



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية - قطب شتمة -

قسم علم النفس وعلوم التربية

عنوان الأطروحة

القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (LMD) في علوم التربية

تخصص: إرشاد وتوجيه

إشراف الأساتذة

إعداد الطالبة:

أ. د شفيقة كحول

لينا خليفي

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
1	مصطفى سليم هدار	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة بسكرة	رئيسا
2	شفيقة كحول	أستاذ تعليم عالي	جامعة بسكرة	مشرفا و مقرا
3	صباح ساعد	أستاذ تعليم عالي	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
4	وسيلة بن عامر	أستاذ تعليم عالي	جامعة بسكرة	عضوا مناقشا
5	نورة زمرة	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة باتنة	عضوا مناقشا
6	ليلى مدور	أستاذ محاضر قسم أ	جامعة باتنة	عضوا مناقشا

السنة الدراسية 2026/2025



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## شكر وتقدير

قال تعالى {وما توفيقى إلا بالله عليه توكلت وإليه أنيب}

سورة هود:88

فلك الحمد ربي كما ينبغي لجلال وجهك وعظيم سلطانك، على توفيقى لي لإتمام هذا العمل.  
والصلاة والسلام على أشرف المرسلين نبينا محمد وأله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

أما بعد

امثالاً لقوله صلى الله عليه وسلم "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

وعرفنا مني بالجميل يسعدني ان أتقدم بشكري وامتناني لمن أشرفت على هذا العمل الأستاذة  
الفاضلة "كحول شفيقة" فجزاك الله عنا خيراً وبارك في جهدك ووقتك.

والشكر موصول أيضاً إلى أعضاء لجنة المناقشة كل باسمه ومقامه على قبولهم مناقشة هذا  
العمل.

كما أتقدم بجزيل الشكر للأستاذ الفاضل راجي إسماعيل الذي لم يبخل علينا لا بوقته ولا  
بعلمه فلك منا كل الشكر والتقدير لشخصك الكريم، وجزاك الله عنا خير الجزاء.

والشكر موصول أيضاً إلى كافة الأستاذة الذين درسوني من قسم علم النفس وعلوم التربية  
بجامعة محمد خيضر بسكرة.

وفي الأخير لا يفوتني ان اشكر كل من دعمني وشجعني وساندي ووقف معي ولو بكلمة أو حرف  
حتى أنجزت هذه الاطروحة.

لينا خليفي

## مستخلص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية بشكل رئيسي إلى الكشف عن القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ، إضافة إلى التعرف على مستوى هذين المتغيرين لدى عينة الدراسة ، كما تهدف أيضا إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين بعد العناية بالجسم و جودة الحية لدى طلبة الجامعة، وعن طبيعة العلاقة بين بعد العناية بالصحة العامة و جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ، بالإضافة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير و جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ، وعن طبيعة العلاقة بين البعد النفسي الاجتماعي و جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ولتحقيق هذه الأهداف تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي التنبؤي باعتباره المنهج المناسب، و تكونت عينة الدراسة من (300) طالبا وطالبة من كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية بجامعة محمد خيضر بسكرة تم اختيارهم بطريقة العشوائية البسيطة ، تم فيها الاستعانة بمقياس السلوك الصحي لصمادي عبد الغفور (2011) و مقياس جودة الحياة لدويده اسيا (2016) وقد استخدمت الباحثة في تحليل البيانات برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss الإصدار 26، توصلت فيها الدراسة إلى أن مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة متوسط ، و مستوى جودة الحياة أيضا متوسط ، إضافة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين بعد العناية بالجسم و جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ، وإلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين بعد العناية بالصحة العامة و جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ، بالإضافة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين بعد التعامل مع الادوية و العقاقير و جودة الحياة لدى طلبة الجامعة و إلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا بين البعد النفسي الاجتماعي و جودة الحياة ، كما توصلت نتائج الدراسة أيضا إلى أن السلوك الصحي يساهم في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

## الكلمات المفتاحية:

القدرة التنبؤية، السلوك الصحي، جودة الحياة.

### Abstract:

The current study mainly aims to reveal the predictive ability of healthy behavior on quality of life among university students , in addition to identifying the level of these two variables among the study sample.it also aims to reveal the nature of the relationship between the body care dimension and quality of life among university students , and the nature of the relationship between the public health care dimension and quality of life among university students in addition to revealing the nature of the relationship between the dimension of dealing with medications and drugs and the quality of life among

university students , and the nature of the relationship between the psychosocial dimension and the quality of life among university students ,to achieve these goals, the descriptive, correlational , predictive approach was relied upon as the appropriate approach, and the study sample consisted of (300) male and female students from the faculty of humanities and social sciences at Mohamed khider university in Biskra, who were selected using a simple random method in it, the healthy Behavior scale by samadi Abdel Ghafour (2011) and the quality of life scale by Doida Asia (2016) were used in analysing the data, the researcher used the statistical Package for the social sciences program Spss version 26, in it the study found that the level of health behavior among university students is average ,and the level of quality of life is also average ,in addition to existence of a statistically significant Positive correlation between the dimension of public health care and the quality of life among university students in addition to the existence of statically significant Positive correlation between the dimension of dealing with medications and drugs and the quality of life among university students , and the existence of a statistically significant Positive correlation between the psychosocial dimension and the quality of life , the results of the study also found that healthy behavior contributes to predicting the quality of life among university students .

**Key Words:**

**Predictive ability; health behaviour; quality of life.**

## فهرس المحتويات

الموضوعات	الصفحة
شكر و عرفان	ب
ملخص الدراسة باللغة العربية	ج
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية	د
فهرس المحتويات	هـ
فهرس الجداول	ز
فهرس الاشكال	ط
مقدمة	01
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول:</b>	
<b>الإطار العام للدراسة</b>	
1-تحديد إشكالية الدراسة	06
2-أهمية الدراسة	11
3-أهداف الدراسة	12
4-تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة	13
5-الدراسات السابقة	13
5-1 الدراسات السابقة الخاصة بالسلوك الصحي	13
5-2الدراسات السابقة الخاصة بجودة الحياة	19
5-3 الدراسات السابقة التي تربط بين المتغيرين (السلوك الصحي وجودة الحياة)	26
6-فرضيات الدراسة	35
<b>الفصل الثاني: السلوك الصحي</b>	
<b>تمهيد</b>	
1-تعريف الصحة	37
2-تعريف المرض	40
3-تعريف السلوك	41
3-1 خصائص السلوك	43
4-السلوك الصحي	44
5-بعض المفاهيم المرتبطة بالسلوك الصحي	46
6-أنماط السلوك الصحي	48
7-العوامل المؤثرة في السلوك الصحي	53
8-أنواع السلوك الصحي	55

63	9-النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي
84	10-علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة
85	-خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث: جودة الحياة</b>	
88	-تمهيد
88	1-تعريف جودة الحياة
94	2-بعض المفاهيم المتصلة بجودة الحياة
95	3-مقومات جودة الحياة
97	4-مؤشرات جودة الحياة
103	5-أبعاد جودة الحياة
109	6-النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة
122	7-قياس جودة الحياة
130	-خلاصة الفصل
<b>الجانب الميداني للدراسة الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية</b>	
132	-تمهيد
133	أولاً-الدراسة الاستطلاعية
133	1-أهداف الدراسة الاستطلاعية
133	2-إجراءات الدراسة الاستطلاعية
133	3-حدود الدراسة الاستطلاعية
134	4-متغيرات الدراسة
134	5-نتائج الدراسة الاستطلاعية
134	ثانياً-الدراسة الأساسية
134	1-إجراءات الدراسة الأساسية
134	2-منهج الدراسة
135	3-مجتمع الدراسة
135	4-عينة الدراسة
135	5-حدود الدراسة الأساسية
136	6-أدوات الدراسة
150	7-الأساليب الإحصائية المعتمدة
151	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج	
153	-تمهيد
153	1-1 عرض نتائج فرضيات الدراسة
153	1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى
154	1-2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية
156	1-3 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
156	1-4 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
157	1-5 عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
157	1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة
158	1-7 عرض نتائج الفرضية العامة
160	2 - تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
160	1-2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
161	2-2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
163	2-3 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
165	2-4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
167	2-5 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
169	2-6 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة
170	2-7 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة
173	الاستنتاج العام
175	الخاتمة
177	قائمة المصادر و المراجع
204	قائمة الملاحق

### قائمة الجداول

الرقم	الفهرس	الصفحة
2-1	يمثل المفاهيم والتعاريف الرئيسية لنموذج الاعتقاد الصحي	65
3-1	يوضح المكونات الفرعية لمجالات جودة الحياة	108
3-2	يمثل مخطط مجالات ومؤشرات جودة الحياة حسب شالوك	117
3-3	يمثل طرق قياس جودة الحياة	122
4-1	يوضح أبعاد مقياس السلوك الصحي	137

139	يوضح العلاقة الارتباطية لنبود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه	4-2
140	يوضح العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس السلوك الصحي والدرجة الكلية للمقياس	4-3
141	يوضح نتائج الصدق التمييزي لمقياس السلوك الصحي	4-4
142	يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي	4-5
142	يمثل ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة التجزئة النصفية	4-6
144	يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة قبل التحكيم	4-7
144	يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة بعد التحكيم	4-8
146	يوضح العلاقة الارتباطية بين كل بند والدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه	4-9
148	يوضح نتائج العلاقة الارتباطية لأبعاد المقياس والدرجة الكلية له	4-10
149	يوضح نتائج اختبار (T test) للتأكد من دلالة الفروق بين المجمعتين (العليا والدنيا)	4-11
149	يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة	4-12
150	يوضح ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية	4-13
153	يوضح فئات قيم المتوسط المرجح لمقياس السلوك الصحي	5-1
153	يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس السلوك الصحي ولدرجة الكلية	5-2
154	يوضح فئات المتوسط المرجح لمقياس جودة الحياة	5-3
155	يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس جودة الحياة ودرجة الكلية	5-4
156	يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة	5-5
156	يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة	5-6
157	يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة	5-7
158	يوضح العلاقة الارتباطية بين البعد النفسي والاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة	5-8
158	يوضح نتائج نموذج الانحدار الخطي البسيط للسلوك الصحي على جودة الحياة	5-9
159	يوضح نتائج تحليل تباين الانحدار الخاص بالمتغير المستقل السلوك الصحي على المتغير التابع جودة الحياة	5-10

159	يوضح نتائج معامل بيتا لمساهمة المتغير المستقل (السلوك الصحي) في التنبؤ بالمتغير التابع (جودة الحياة)	5-11
-----	--	------

### قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الصفحة
1	يمثل أبعاد السلوك الصحي	51
2	يوضح نموذج المعتقدات الصحية	64
3	يمثل نظرية السلوك المخطط	70
4	يوضح نموذج نظرية الدافع للحماية	73
5	يمثل نموذج التوجه نحو السلوك الصحي	75
6	يمثل نموذج التربية الصحية ل Green	78
7	يمثل نموذج مراحل التعبير	81
8	يوضح نموذج دولي وشنايدر	83
9	يمثل مؤشرات جودة الحياة حسب فلوفيد 1990	98
10	يمثل مؤشرات جودة الحياة وفق نوردينفالت 1994	99
11	يوضح المؤشرات الذاتية لجودة الحياة وأدوات قياسها	101
12	يمثل مقاربات وأنظمة لقياس جودة الحياة	102
13	يمثل نموذج رايف 1999	111
14	يمثل نموذج ستلزوونز	112
15	يمثل نموذج AKranaticituti وزملاؤه (2010)	114
16	يوضح جودة الحياة حسب نموذج كوستارز وآخرون	116
17	يمثل جودة الحياة المدركة وفق بصمة البيئة	118
18	يوضح نموذج النظرية التكاملية	119
19	يمثل نموذج أبو سريع	121

مقدمة

## مقدمة:

يعد الطالب الجامعي ركيزة أساسية في بناء و تقدم المجتمع ، على اعتبار أنه عنصر فاعل و قادر على إحداث التغيير الإيجابي ، لذا وجب على الجامعة الاهتمام به و رعايته من كافة النواحي المختلفة ، و ذلك من خلال فهم التحديات التي يواجهها و مساعدته على توجيه طاقاته بشكل بناء ، لذا فإن تشجيعه على الاعتماد على الذات و تحمل المسؤولية ، مع تزويده بالدعم الإيجابي المستمر يعتبر أمر ضروري لي يتمكن الطالب من اجتياز هذه المرحلة بنجاح ، يتوجب عليه التحلي بالاجتهاد و المثابرة و الوفاء بمتطلباته الجامعية ، و مواجهة المشكلات التي تعترضه في حياته (خلف ، 2020،ص1).

إذ تعد البيئة الجامعية تجربة فريدة من نوعها بالنسبة للطلاب الجامعي ، و لكنها غالبا ما تحمل في طياتها قدرا كبيرا من التحديات و الصعوبات ، فينما يطمح الطالب إلى تحقيق النجاح الأكاديمي ، تواجهه ضغوطات مختلفة و مستمرة تتمثل في طول ساعات المحاضرات و كثافة المناهج الدراسية و كثرة البحوث ، ولا تقتصر الصعوبة على الجانب الأكاديمي فحسب بل تتعدى ذلك لتشمل صعوبة التكيف الاجتماعي مع بيئة جديدة تضم زملاء من مناطق و خلفيات مختلفة إضافة إلى ذلك الضغوط النفسية الناتجة عن المنافسة الشديدة بين الطلاب و الخوف من الفشل الدراسي ، لذا الاهتمام بالصحة النفسية و الجسدية يعتبر أمر بالغ الأهمية للطلاب الجامعي ، حتى يتمكن من أداء مهامه الدراسية بكفاءة جيدة ، وفي هذا الصدد أشار بطاط 2020 إلى ان الطلبة ممن يكون لديهم مستوى جيد من السلوك الصحي سوف يكونون أفضل من غيره. (بطاط 2020، ص289).

وعليه فإن السلوك لا تقتصر أهميته على الجانب الجسدي فحسب وإنما يمتد ليشمل الجانب النفسي أيضا. (عودة، 2023، ص107)

إن انتشار الأمراض المزمنة والخطيرة مثل أمراض القلب والسكري والسرطانات بين الطلاب أر مقلق، خاصة وأنها كانت في السابق نادرة الحدوث في هذه الفئة العمرية الشابة، كما وأن نشأة هذه الأمراض ترتبط بعوامل خطر عديدة مثل الاكل غير الصحي وغير المنتظم وإهمال النظافة الشخصية، والتدخين والتعرض المفرط لأشعة الشمس هذه العوامل بدورها ناتجة عن سلوكيات صحية خاطئة يمارسها الافراد بشكل متكرر. (تازي، 2021، ص224)

وعليه ازداد التأكد على أهمية السلوك الصحي ودوره في الوقاية من الأمراض والمشاكل الصحية الخطيرة، فقد أظهرت الأبحاث في علم النفس الصحة أن اتجاهات الفرد نحو الصحة وممارسته للسلوكيات الصحية سواء كانت واعية أو غير واعية، هي العناصر الأساسية التي يجب التركيز عليها لحمايته من المخاطر الصحية، وقد لاحظ الباحثون أن تبني هذه السلوكيات الصحية غالباً ما يحدث في مراحل متقدمة من حياة الإنسان مما يجعل التدخل المبكر ذا فعالية كبيرة. (القص، 2016، ص1)

وبما أن السلوك الصحي يعكس شخصية الطلاب ومختلف أبعادهم المزاجية، النفسية، الجسدية، الفسيولوجية، والاجتماعية، فمن المهم جداً تطوير هذا السلوك ليوافق مع السلوك الإنساني الطبيعي والسوي. (الحسين، 2023، ص87)

وذلك من خلال الاهتمام بالتنقيف الصحي للطلاب نظراً لما له دور بارز وهام في تغيير عادات الأفراد واتجاهاتهم وممارستهم الصحية.

ونجد من بين أهم العوامل التي تتحكم في تشكيل العادات الصحية للفرد التأثيرات الاجتماعية، فالشخص المحيطن بنا مثل العائلة ن الأصدقاء وزملاء العمل يلعبون دوراً محورياً في تحديد هذه العادات، ويمكن ان يكون هذا التأثير إيجابياً، مشجعاً على تبني سلوكيات صحية أو سلبياً دفعاً نحو عادات غير صحية على سبيل المثال قد تؤدي ضغوط الأقران إلى تعلم المراهقين التدخين بينما قد تدفع نفس الضغوط الفرد إلى الإقلاع عن التدخين في مرحلة البلوغ. (عسكر، 2013، ص99)

إن فهم السلوكيات الضارة بالصحة وتلك التي تعززها وكذلك الاتجاهات السائدة نحو الصحة والسلوك الصحي، يشكل نقطة الانطلاق لتطوير الموارد الصحية وتحديد وتعديل العوامل المعيقة لها. (هادي، 2018، ص225).

وعليه فإن السلوكيات الصحية تلعب دوراً حيوياً في تعزيز الصحة من كافة النواحي الجسدية والعقلية والنفسية والتي بدورها تعزز من الشعور بالسعادة والرفاهية العامة وتحقيق جودة الحياة.

و قد حظى مفهوم جودة الحياة باهتمام واسع في مجالات متعددة مثل الطب ، الاقتصاد ، و علم الاجتماع و السياسة ، بينما يعد هذا المفهوم حديثاً نسبياً في علم النفس ، فقد برز بشكل خاص ضمن علم النفس الإيجابي ، هذا المجال المعاصر يركز على دراسة الجوانب الإيجابية و نقاط القوة الكامنة لدى الإنسان ، الهدف من ذلك هو

مساعدة الافراد على تبني سلوكيات منتجة ، و تعزيز نموهم الشخصي و المجتمعي و تحقيق الصحة النفسية ، ووفقا لطلعت منصور (2005) تعتبر جودة الحياة قضية تنموية في جوهرها حيث ترتبط بشكل أساسي بتنمية الإنسان بما يتوافق مع مستويات و معايير الصحة النفسية الإيجابية.( سليم وأبو حلاوة، 2019، ص434)

في حين هناك من ينظر إلى جودة الحياة كدالة للتغير النفسي الاجتماعي الإيجابي الذي ينجم عن استجابات الافراد و المجموعات للبرامج و الخدمات المقدمة، بعبارة أخرى عندما تحدث هذه الخدمات أثر إيجابيا يعكس الفاعلية الإشباعية للسلوك في الاتجاه الصحيح، فإن ذلك يعد معيارا لمساهمتها في تحقيق جودة الحياة. (عدودة، 2015، ص122).

و من هذا المنطلق تعد جودة الحياة المدخل الأساسي للاهتمام بالتنمية الإنسانية الشاملة ، وهي تشمل التركيز المتزايد على النمو السليم و المتكامل لجميع الجوانب النفسية ، العقلية ، الاجتماعية ، الثقافية ، الرياضية و البدنية للإنسان يتحقق هذا النمو من خلال عملية التعلم المستمرة للعادات المهارات ، والاتجاهات الإيجابية (بن شدة ، 2022، ص) و بعبارة أخرى يتضح لنا أن مفهوم جودة الحياة مفهوم شامل و متعدد الابعاد يتجاوز الرضا المادي او الخلو من الامراض بل يمتد ليشمل الصحة النفسية و الجسدية بالإضافة إلى العلاقات الاجتماعية و القدرة على تحقيق الذات و الشعور بالأمان و غيرها العديد و العديد من العوامل الأخرى.

وبالتالي فإن أي اختلال قد يحدث في أحد هذه العوامل قد يحرم الفرد من الشعور بالسعادة والرفاهية النفسية والرضا عن حياته وجودتها فعلى سبيل المثال قد تؤدي ممارسة بعض العادات الصحية الخاطئة كالتدخين مثلا للإصابة بمرض السرطان والذي بدوره قد يؤدي بعدم شعور الفرد بجودة الحياة.

وبناء على ما سبق تسعى الدراسة الحالية للكشف عن القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة وللإجابة على تساؤلات الدراسة، تم تبني الخطة المنهجية التالية: تضمنت الدراسة على جانبين، حيث خصص الجانب الأول من الدراسة للإطار النظري وشمل (03) فصول تمثلت في:

**الفصل الأول:** وتمثل في الإطار العام للدراسة وتم فيه تحديد مشكلة الدراسة وما تضمنته من تساؤلات وفرضيات الدراسة وأهميتها وتحديد أهدافها، مع تقديم تعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة، فالدراسات السابقة التي تناولت المتغيرين ومن ثم التعقيب عليها.

**الفصل الثاني:** والذي احتوى على موضوع السلوك الصحي بدءاً من تمهيد الفصل، ثم تعريف الصحة، تعريف المرض، تعريف السلوك، خصائص السلوك، السلوك الصحي، بعض المفاهيم المرتبطة بالسلوك الصحي، أنماط السلوك الصحي، العوامل المؤثرة في السلوك الصحي، أنواع السلوك الصحي، النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي، مراحل تغيير السلوك الصحي، علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة، خلاصة الفصل.

**الفصل الثالث:** فخصص للحديث عن جودة الحياة بدءاً من التمهيد، ثم تعريف جودة الحياة، وبعض المفاهيم المتصلة بجودة الحياة، ثم مقومات جودة الحياة، ثم مؤشرات جودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، فالنماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة، ثم قياس جودة الحياة، خلاصة الفصل.

أما الجانب الثاني من الدراسة فقد خصص للدراسة الميدانية وشمل على فصلين، تمثلاً في:

**الفصل الرابع للإجراءات المنهجية للدراسة:** والذي استهل بتمهيد، ثم الدراسة الاستطلاعية وما تحتويه من أهداف، وإجراءات الدراسة، ثم حدود الدراسة الاستطلاعية، متغيرات الدراسة، نتائج الدراسة الاستطلاعية، ثم الدراسة الأساسية وما تحتويه من إجراءات الدراسة ثم منهج الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، حدود الدراسة الأساسية، ثم أدوات الدراسة ثم الأساليب الإحصائية المعتمدة وأخيراً الخلاصة.

**في حين الفصل الخامس:** والأخير فخصص لعرض ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري ويختتم الفصل بالاستنتاج العام للدراسة مع تقديم بعض التوصيات والاقتراحات ذات الصلة بموضوع الدراسة.

## الفصل الأول

### الإطار العام للدراسة

#### تمهيد

- 1- تحديد إشكالية الدراسة.
- 2- أهمية الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- تحديد المفاهيم الإجرائية.
- 5- الدراسات السابقة.
- 5-1 الدراسات السابقة الخاصة بالسلوك الصحي.
- 5-2 الدراسات السابقة الخاصة بجودة الحياة.
- 5-3 الدراسات السابقة التي تربط بين المتغيرين (السلوك الصحة وجودة الحياة).
- 6- فرضيات الدراسة.

## 1-تحديد إشكالية الدراسة:

تعد الجامعة مؤسسة اجتماعية محورية، تنهض بمسؤولية التعليم العالي، الذي يمثل قمة الهرم التعليمي، فهي لا تقتصر على صون تراث المجتمعات وثقافتها واصلتها، بل تتطلع أيضا إلى تقدمها وتطورها وازدهارها. فالجامعة تجسد مختلف الأنظمة الاجتماعية وتشكل المصدر الأساسي للخبرة، والمحور الذي يتمحور حوله الأنشطة الثقافية في الآداب والعلوم والفنون، لذلك فإن مهمتها الأساسية تظل تكمن في النقل الخلاق للمعرفة الإنسانية بنطاقها النظري والتطبيقي وتهيئة الظروف لتعزيز الخبرات الوطنية التي لا غنى عنها لتحقيق أي تنمية مجتمعية حقيقية في سائر المجالات (بعلي وجغولي، 2018، ص415).

كما تعتبر المرحلة الجامعية نقطة تحول حاسمة في حياة الفرد، فهي ترسم ملامح مستقبله لكي ينجح الطالب في اجتياز هذه المرحلة عليه أن يبذل جهدا ومثابرة، وان يتحمل الأعباء الدراسية والمتطلبات الجامعية، بالإضافة إلى التعامل مع ضغوط الحياة اليومية كل هذا يتطلب أيضا رضا الطالب واقتناعه بتخصصه الدراسي، وقدرا من التوازن الانفعالي الذي يمكنه من عبور هذه المرحلة بسلام. (مراكشي وحرמוש، 2018، ص ص 61-62).

اذ يمثل طلبة الجامعة الفئة المهمة في أي مجتمع فهم ليسوا مجرد متلقين للمعرفة فقط بل هم جيل المستقبل الذي يعول عليه في بناء الأوطان وتقدمها، وكون أن الطالب الجامعي يمضي معظم وقته في بيئة اجتماعية تتطلب منه فهم الآخرين والتعامل بمرونة ومهارة ومسؤولية مع من حوله قد يواجه بعض الصعوبات التي تعيق تحقيق التوافق والاندماج المطلوب، والتي تظهر غالبا على شكل أزمات مثل سوء العلاقات بين الزملاء، مما يستدعي مواجهتها وحلها بفعالية. (بن كافو، 2018، ص240)

وفي هذا الصدد يؤكد كيسكر (Kisker 1977) أن طلاب الجامعة يمرون بمرحلة انتقالية بين المراهقة والرشد، تواجههم خلالها ضغوط ذات أنماط خاصة، تشمل هذه الضغوط تحديات الامتحانات والمنافسة الأكاديمية، وبعض المشكلات الجنسية، بالإضافة صعوبات الإقامة في المدن الجامعية والتعرض لمشكلات عاطفية واجتماعية، كل هذه العوامل تولد مستويات عالية من الضغوط لدى هؤلاء الطلاب. (الفريحات والربضي، 2010، ص195).

ويشير مارتن بول (2001) إلى أن الضغوط النفسية قد تحفز لدى الفرد ميلا نحو السلوكيات التعويضية، تتضمن هذه السلوكيات على سبيل المثال: التدخين، الإدمان، استهلاك كميات كبيرة من الأطعمة غير المفيدة، الامتناع عن العلاج الطبيعي، التوقف عن ممارسة التمارين البدنية المفيدة. (احمان وعبد الصمد، 2018، ص58).

فإن ممارسة الطلبة للعادات السلوكية الخاطئة سوف يؤثر على أداء الطلبة الاكاديمي و على صحتهم النفسية و الجسدية فعلى سبيل المثال قد تؤدي قلة النوم و عدم الحصول على قسط كاف من الراحة إلى عدم القدرة على التركيز و صعوبة في استيعاب المعلومات الامر الذي ينعكس سلبا على أدائهم في الامتحانات والواجبات ، ولعل الأخطر من كل ذلك هو إن استمر الطلبة على ممارسة مثل هذه العادات الخاطئة ، قد تتحول إلى مشكلات أكثر تعقيد تجعلهم اكثر عرضة للإصابة بالأمراض مما ينعكس سلبا على حياتهم الجامعية بصفة خاصة و حياتهم اليومية بصفة عامة.

وقد برز في الآونة الأخيرة موضوع السلوك الصحي كأحد المواضيع الإنسانية البالغة الأهمية، نظرا لارتباطه المباشر بصحة المتعلم وتأثيره الكبير على أدائه سواء على المستوى الفردي او المجتمعي، وهو انعكاس لشخصية المتعلم وابعاده المزاجية والنفسية والجسدية والفسولوجية والاجتماعية لذلك أصبح تطوير السلوك الصحي ضرورة ملحة ليتوافق مع السلوك الإنساني السوي. (علوان، 2019، ص373)

ويعد السلوك الصحي جزء أساسي من الرعاية الصحية الذاتية الواعية، حيث يتضمن هذا المفهوم تحسين السلوكيات الفردية من خلال مجموعة من الخبرات المنظمة والمصممة لتشجيع الافراد على تبني عادات تعزز صحتهم وصحة بيئتهم ومجتمعهم بشكل تلقائي، ويتميز السلوك الصحي بكونه نسبيا يختلف بشكل كبير من مجتمع لآخر. (أبو ليلي والعموش، 2009، ص139)

فالسلكيات الصحية هي الإجراءات التي يتخذها الفرد عن قصد للحفاظ على صحته وتحسينها كما انها تشمل أيضا الإجراءات التي تهدف إلى الوقاية من الأمراض، لم يعد مفهوم السلوكيات الصحية الإيجابية يقتصر على التوقف عن العادات السيئة فقط مثل التدخين أو تعاطي المخدرات أو تقليل استهلاك الكحول أو تحسين النظام الغذائي أو ممارسة الرياضة بانتظام بل أصبح يمتد ليشمل أيضا السلوكيات الوقائية مثل إجراء الفحوصات الصحية الدورية أو حتى الإجراءات اليومية البسيطة مثل تنظيف الأسنان وغسل اليدين. (خنفار ورواق، 2020، ص22)

والسلوك الصحي شأنه شأن أي سلوك آخر، يكتسب نتيجة لتجارب تعليمية محددة يمر بها الفرد خلال التنشئة الاجتماعية، ويتم ذلك بشكل أساسي من خلال النمذجة والتقليد والعادات الصحية للأفراد المحيطين به من أفراد أسرة، الأصدقاء أو الأقران بالإضافة إلى الملاحظة الاجتماعية التي يمارسها على الأفراد. (عليوة، 2015، ص7).

إذ أن غياب الوعي الصحي والثقافة الصحية عند الطلبة يؤثر بطريقة سلبية على حياتهم ويجعلهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض. (ذيب، 2017، ص42)

وهذا ما تأكده البحوث العلمية الحديثة والتي تطرقت إلى العلاقة بين السلوك والصحة ودور هذه السلوكيات في حدوث الأمراض، فقد أكدت منظمة الصحة العالمية سنة (2007) ان 80% من الأسباب المؤدية للإصابة بأمراض القلب والأوعية تعود إلى عوامل سلوكية يمكن أن يتجنبها، وتتمثل في السمنة والتدخين والعادات الغذائية الغير صحية والابتعاد عن الأنشطة البدنية وارتفاع نسبة الكوليسترول وارتفاع ضغط الدم. (سي بشير ومسعودي، 2016، ص8).

وكشفت دراسة غادة سعد الطلحة (2007) على عينة من مريضات السكري في مدينة الرياض، تكونت من (420) مريضة بالسكري من النوع الثاني وقد تراوحت أعمارهم من 30 إلى 75 سنة فأكثر، وشكلت المستشفيات الحكومية بمنطقة الرياض مجتمع الدراسة، وأكدت نتائج الدراسة على ان أسلوب الحياة والأجواء غير الصحية قد يتسببان في إصابة الشخص السليم بالمرض المزمنة، وقد جاءت أهم نتائج الدراسة على النحو التالي:

تزيد المخاطر الصحية عند غير الملتزمات عن الملتزمات بالسلوك الصحي، وهذا يرجع للدافع للوقاية وكفاية الذات الصحية. (أبو ليلي والعموش، 2009، ص146)

كما تؤكد منظمة الصحة العالمية (WHO) أن تدخين التبغ يعتبر من الأسباب الرئيسية للأمراض والوفيات المبكرة في الدول المتقدمة، تشير الاحصائيات إلى أن التدخين يتسبب في أكثر من 14% من إجمالي الوفيات في الإقليم الأوروبي للمنظمة الصحية العالمية. (عكسة 2020، ص77)

ودراسة N. B Belloc والتي استمرت أكثر من ست سنوات، اكتشف الباحث بيلوك علاقة مباشرة بين عدد العادات الصحية التي يمارسها الافراد ومعدل الوفيات، وخلصت الدراسة إلى أن زيادة العادات الصحية تسهم في انخفاض ملحوظ في معدل الوفيات بين المشاركين. (بن غنفة، 2009، ص45)

و في دراسة أجريت في اليابان من قبل Franceschini Bonolo , Setto (2016) للبحث عن العلاقة بين السلوكيات الصحية و الإبلاغ الذاتي عن الأمراض لدى موظفي الجامعة الفيدرالية العامة ، شملت الدراسة عادات الاكل ، النشاط البدني ، التدخين ، استهلاك الكحول ، و أظهرت النتائج وجود علاقات ذات دلالة إحصائية بين النظام الغذائي غير الصحي و الصدمات الدماغية ، وكذلك بين قلة النشاط البدني و امراض الغدد الصماء و الجهاز الهضمي بين التدخين و أمراض العضلات و العظام كما وجدت الدراسة علاقة إيجابية بين السلوكيات الصحية بشكل عام و الإبلاغ الذاتي عن الامراض.(فارغ،2019،ص57)

كما تشير دراسة (Fontaine KR, 2001) إلى أن السمنة تؤثر سلبا على الأداء البدني والأداء النفسي الاجتماعي للفرد، فمن الناحية البدنية، تتسبب السمنة في تدهور في الصحة العامة والحيوية المدركة، اما من الناحية النفسية والاجتماعية، فغن تأثيرها يكون سلبيا أيضا. (حجازي، 2017، ص262)

وللحفاظ على السلوكيات الصحية على المدى الطويل يجب التركيز على مساعدة الأفراد في إجراء تغييرات دائمة في نمط حياتهم، فالتوجيه الصحي هو عملية أساسية لفهم السلوكيات والممارسات غير الصحية التي قد تؤدي إلى الإصابة بالأمراض، من خلال توضيح أسباب هذه الحالات وكيفية تجنبها، يصبح الأفراد قادرين على اتخاذ إجراءات وقائية فعالة، هذا الفهم والالتزام بالوقاية هو ما يساعدهم في النهاية على تحقيق الصحة النفسية والبدنية المنشودة. (رمح والعابدي، 2011، ص245)

بالإضافة إلى ذلك تشكل القدرة على تلبية متطلبات الحياة بصورة مرضية عاملا هاما في تحقيق جودة الحياة. (آل عقران، 2020، ص139)

كون أن هذه الأخيرة ألا وهي جودة الحياة، تعد في الوقت الحالي من أسرع مجالات البحث والسياسات نموا واهتماما على مستوى العالم، فهي بمثابة مقياس أساسي لرفاهية الأفراد والمجتمعات والشعوب. (دويده، 2016، ص7)

إذ تعتبر مفهوما متكاملًا يشكل بفعل تداخل العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، فضلا عن ظروف المعيشة وبالتالي فهي تشمل أبعادا وجوانب متعددة. (عيادي، 2022، ص6)

حيث عرفها حبيب 2006 : بأنها شعور الفرد بالتحسن المستمر في مختلف جوانب شخصيته ، و يشمل ذلك النواحي النفسية و الصحية و الإبداعية و الثقافية و الرياضية و الشخصية ، والجسمية ، مع تحقيق التناسق بينهما ، تتضمن جودة الحياة أيضا تهيئة المناخ العاطفي و النفسي المناسب للعمل و الإنجاز و التعلم المرتبط

بالعادات و المهارات و التوجهات ، كما تشمل القدرة على حل المشكلات و أساليب التوافق و التكيف و تبني منظور التحسين المستمر للأداء كأسلوب حياة بالإضافة إلى ذلك تعني تلبية الافراد لاحتياجاته ورغباته بشكل متوازن و الاستمرارية في توليد الأفكار و الاهتمام بالإبداع و الابتكار و التعلم التعاوني الذي ينمي مهارته النفسية والاجتماعية. (خمخام، 2022، ص4)

وفي ضوء ذلك شهدت العلوم الإنسانية والاجتماعية نشاطا ملحوظا، حيث عمد المختصون في علم النفس إلى تحديد المتغيرات ذات الصلة بجودة الحياة، ودراسة تأثيرها على السلوكيات والمظاهر النفسية والمعرفية في البيئات المختلفة كما تركزت جهودهم على استكشاف العوامل المؤثرة في هذا الشأن. (برابح، 2020، ص15)

و لعل من ابرز تلك المتغيرات التي لها صلة بمتغير جودة الحياة متغير السلوك الصحي حيث يرى عبد الرحمن عبيد أن هناك علاقة وثيقة بين جودة الحياة و السلوك الصحي ، و تأثيرهما الإيجابي على الصحة العامة للفرد لهذا التأثير يشمل : الحفاظ على القوام ومنع أو علاجها ، رفع مستوى اللياقة البدنية و تنمية عناصرها المختلفة ، تحسين أداء الأجهزة الوظيفية في الجسم ، زيادة كفاءة عمليات النمو و النواحي العقلية و النفسية و الاجتماعية و كل ذلك يؤدي إلى الارتقاء بالحالة الصحية للفرد ليصبح مواطنا فاعلا ، تزيد كفاءته و إنتاجيته، و تقل فرص إصابته بالأمراض بفعل تقوية المناعة الطبيعية كما تساعد هذه الممارسات على وقايته من الامراض و التخلص من حالات القلق و التوتر و الاكتئاب.(فؤاد و آخرون، 2023، ص182)

و قد أثبتت العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين السلوك الصحي و جودة الحياة و من بين هذه الدراسات نذكر دراسة عرعار (2021) و التي توصلت نتائج فرضيتها العامة إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين السلوك الصحي و جودة الحياة لدى الممرضين و في دراسة أمرنتسون و آخرون 2001 حول التغذية و جودة الحياة لدى كبار السن اكدت الدراسة أن التغذية السليمة تساهم في تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال تجنب سوء التغذية و الوقاية من الامراض المزمنة المرتبطة بالنظام الغذائي ، و تعزيز الأداء الأمثل و مع ذلك لا يقتصر مفهوم جودة الحياة على التغذية فقط بل يشمل أيضا النشاط البدني و السلامة العقلية والجسدية. (Amarantos and all,2001,p 54)

كما توصل شويعل (2023) في جزئية من نتائج دراسته إلى أنه توجد علاقة موجبة بين الدعم الاجتماعي المدرك وجودة الحياة لدى المعاقين حركيا، كما توصل أيضا إلى أن الدعم الاجتماعي المدرك ينبئ بجودة الحياة لدى المعاقين حركيا. (شويعل، 2023، ص1)

كما وجد (Rocio) أن هناك علاقة إيجابية بين السلوك الصحي الوقائي وبين الشعور بجودة الحياة وان المنبئ الأكبر للشعور بالسعادة وجودة الحياة هو السلوك الصحي الوقائي. (مصطفى، 2014، ص105)

كما توصلت دراسة طايبي وبعوني 2022 إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى طلبة الجنوب الجزائري كما توصلت أيضا إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة حسب متغير الجنس لدى طلبة الجنوب الجزائري. (طايبي وبعوني، 2022، ص22)

ومن خلال ما سبق برزت الحاجة إلى إجراء هذا البحث الذي يهدف تسألته العام إلى معرفة ما لقدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة؟

ويندرج تحت التساؤل السابق: التساؤلات الجزئية التالية

- ما مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة؟

- ما مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة؟

- هل توجد علاقة بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد التعامل مع الادوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة؟

هل توجد علاقة ارتباطية بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة؟

## 2- أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة من خلال علاقة متغيراته بعينة الدراسة "الطلبة" و ميدانها "الجامعة" ،

وتم تقسيم هذه الأهمية إلى شقين هما:

### الأهمية النظرية:

-ندرة الدراسات العربية والتي تناولت القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة حسب وجهة نظر الطلبة الباحثة.

-توضيح أهمية السلوكيات الصحية بالنسبة للطلبة ودورها في الحفاظ على الصحة والوقاية من الإصابة بمختلف الأمراض.

-توضيح أهمية جودة الحياة لدى الطالب الجامعي بمختلف المستويات النفسية الصحية والاجتماعية، والتعليمية والأسرية والتي بدورها تؤثر على استقراره في حياته المستقبلية

-تبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية المرحلة الجامعية والتي تعتبر مرحلة مهمة في بناء شخصية الطالب وتطوير ذاته وتحديد مستقبله.

-أهمية الفئة المستهدفة ألا وهم طلبة الجامعة الذين يعتبرون نخبة المجتمع.

-تناول هذه الدراسة متغيرات تعد من أهم المتغيرات في مجال علم النفس الإيجابي، وهو مجال يتزايد اهتمام الباحثين به بشكل ملحوظ.

### الأهمية التطبيقية:

-تقدم هذه الدراسة للباحثين إطارا نظريا يمكنهم من تحليل السلوك الصحي وتأثيره على جودة الحياة.

-التعمق في فهم السلوكيات الصحية وأسبابها يمكننا من تصميم برامج وقائية تلائم كل فئة من فئات المجتمع مما يعزز صحتهم العامة.

-فهم جودة حياة الطلاب وتحديد جوانبها المختلفة.

### 3-أهداف الدراسة:

تكمن أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

-معرفة القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة.

-التعرف على مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-الكشف عن العلاقة بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-الكشف عن العلاقة بين بعد الصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-الكشف عن العلاقة بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-الكشف عن العلاقة بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

#### 4-تحديد المفاهيم الإجرائية:

أ-**السلوك الصحي**: يشار إلى السلوك الصحي إجرائيا بأنه الدرجة التي يحرزها الطلبة على مقياس السلوك الصحي المعتمد في هذه الدراسة.

ب-**جودة الحياة**: يشار إلى جودة الحياة إجرائيا بأنها الدرجة التي يحرزها الطلبة على مقياس جودة الحياة المعتمد في هذه الدراسة.

ج-**طلبة الجامعة**: هم جميع الطلاب والطالبات الملتحقين بمختلف كليات الجامعة.

#### 5-الدراسات السابقة:

تم في هذه الدراسة استعراض مجموعة من الدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة، وسيتم التعقيب على هذه الدراسات وذلك بتوضيح أوجه التشابه والاختلاف بين الدراسة الحالية وهذه الدراسات وذلك من حيث الأهداف والمنهج والعينة والأدوات والنتائج.

#### 5-1 الدراسات السابقة الخاصة بمتغير السلوك الصحي

5-1-1 دراسة الثبيات (2016): هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين السلوك الصحي لدى طلبة المراهقة المبكرة والشعور بالأمن النفسي وتنظيم الوقت، وتكونت عينة الدراسة من (371) طالب وطالبة منهم (200) طالبة، و (171) طالب تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، حيث طبق عليهم ثلاثة مقاييس هي: مقياس السلوك الصحي، ومقياس الأمن النفسي، ومقياس تنظيم الوقت، واستخدمت المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي، وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

أن مستوى السلوك الصحي جاء بدرجة متوسطة، كما أن مستوى تنظيم الوقت والشعور بالأمن النفسي لدى طلبة المراهقة كان متوسطا، كما توصلت الدراسة الى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي وكل من تنظيم الوقت والأمن النفسي، وأشارت النتائج أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى طلبة المراهقة المبكرة تعزى للنوع الاجتماعي.

5-1-2 النواصره والهوراني (2017): هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستوى السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين من جهة نظر أمهاتهم في محافظة عجلون في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ودرجة ونوع الإعاقة، ولتحقيق أغراض الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي واختبار السلوك الصحي الذي تم إعداده وتطويره بما يتناسب مع الأطفال المعوقين واعتمادا على مقياس صمادي والصمادي وتكونت العينة من 83 طفلا وطفلة معوقة تم اختيارهم بطريقة عشوائية.

وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي بين الأطفال المعوقين منخفضا ، كما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السلوك الصحي الكلي و أبعاده بين الأطفال المعوقين تبعا لمتغير العمر والجنس ، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السلوك الصحي الكلي و بعد العناية بالصحة العامة وبعد العناية بالجسم على متغير المستوى التعليمي للأم و لصالح أمهات الأطفال المعوقين ذوات المستوى التعليمي ثانوية عامة فما دون ، كما تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السلوك الصحي الكلي و أبعاده بين الأطفال تبعا لمتغير درجة الإعاقة و نوع الإعاقة.

5-1-3 دراسة النصرية (2017): والتي استهدفت التعرف الى العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور، اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس الكفاءة الذاتية ومقياس كفاءة السلوك التغذية الصحية ومقياس السلوك الصحي وتكونت عينة الدراسة من 340 طالب وطالبة تم اختيارهم عشوائيا.

وأظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي ومستوى الكفاءة الذاتية ومستوى كفاءة السلوك التغذية الصحية لدى الطلبة جاء متوسطا كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية في السلوك الصحي والكفاءة الذاتية والتي تعزى لمتغير الجنس.

5-1-4 دراسة السراي (2018): السلوك الصحي و علاقته بدافع الإنجاز الدراسي ، هدفت الدراسة إلى قياس السلوك الصحي لدى التلاميذ في المرحلة الابتدائية ، مقارنة في السلوك الصحي لدى التلاميذ على وفق متغير الجنس (ذكر -أنثى) ، قياس دافع الإنجاز الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية، المقارنة في دافع الإنجاز الدراسي لدى التلاميذ على وفق متغير الجنس (ذكر -أنثى) ، التعرف على طبيعة العلاقة بين السلوك الصحي ودافع الإنجاز الدراسي ، وقد أجريت الدراسة على (60) تلميذ وتلميذة و ذلك بتطبيق مقياس السلوك الصحي

الذي أعده (الكروي 2013) ومقياس دافع الإنجاز الدراسي الذي أعده (الساعدي 2002) و توصلت نتائج الدراسة:

-إن التلاميذ يتصفون بسلوك صحي متوسط.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في دافع الإنجاز الدراسي على وفق متغير الجنس (ذكور - إناث).

-توجد علاقة ارتباطية طردية إيجابية بين السلوك الصحي ودافع الإنجاز.

5-1-5 دراسة صلاح (2020): استهدف البحث التعرف على السلوك الصحي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم وإلى التعرف على الفروق في السلوك الصحي على وفق متغير النوع (ذكور - إناث) واقتصرت الدراسة على عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم لعام (2018 - 2019) والبلغ عددهم (124) تلميذا وتلميذة، استخدمت المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف البحث قامت الباحثة بإعداد مقياسا للسلوك الصحي وظهرت نتائج البحث كما يأتي:

-أن لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم مستوى منخفض من السلوك الصحي

-لا توجد فروق ذات دلالة في السلوك الصحي بين الذكور والإناث.

5-1-6 دراسة عرار وبوضياف (2020): هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة ليسانس بقسم علم النفس بجامعة محمد بوضياف المسيلة، إلى جانب التعرف على الفروق بين طلبة ليسانس بقسم علم النفس بجامعة محمد بوضياف المسيلة في متغير الدراسة والمتمثل في السلوك الصحي، وتكونت عينة الدراسة من 50 طالبا وطالبة، وقد تم استخدام مقياس السلوك الصحي من إعداد الصمادي عبد الغفور والصمادي عبد المجيد (2011)، واعتمدت الباحثتان على المنهج الوصفي المناسب للدراسة وتم التوصل إلى النتائج التالية:

-مستوى السلوك الصحي لدى طلبة ليسانس بقسم علم النفس مرتفع

-عدم وجود فروق دالة إحصائية في السلوك الصحي لدى طلبة ليسانس بقسم علم النفس والتي تعزى

لمتغير الجنس.

5-1-7 دراسة المحاميد (2020): تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المدخنين وغير المدخنين من طلبة جامعة مؤتة لتحقيق أهداف الدراسة تم تطوير

مقياس لقياس الفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية ومقياس السلوك الصحي، وقد تم تطبيقهم على عينة تكونت من (322) طالبا وطالبة، وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- إن مستوى معتقدات الكفاءة الذاتية لدى طلبة الجامعة مؤتة المدخنين وغير المدخنين مرتفعة.
- أن مستوى السلوك الصحي متوسطا، واحتل مجال الحياة العامة المرتبة الأولى، والمرتبة الثانية مجال الطعام والشراب، والمرتبة الثالثة مجال التدرجات والتمارين، والمرتبة الأخيرة مجال الطب والصحة.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في الكفاءة الذاتية لدى طلبة الجامعة مؤتة تعزى للجنس والمستوى الدراسي والتقدير الأكاديمي، ووجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير التدخين ولصالح غير المدخنين.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في السلوك الصحي تعزى لمتغيرات الجنس والمستوى الدراسي والتقدير الأكاديمي والتدخين.

- وجود علاقة إيجابية دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي على الدرجة الكلية والمجالات.
  - عدم وجود اختلاف دال إحصائية في العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي يعزى لمتغير التدخين.
- 5-1-8 دراسة الشديفات (2021): بعنوان السلوك الصحي لدى طلبة المدارس في مرحلة المراهقة المبكرة في ظل جائحة كورونا وعلاقته ببعض المتغيرات : هدفت هذه الدراسة التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة مرحلة المراهقة المبكرة و الكشف عن الفروق في السلوك الصحي لدى طلبة المراهقة المبكرة تبعا لمتغير الجنس و الصف الدراسي ، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي ، حيث تم تطوير مقياس لقياس مستوى السلوك الصحي ، طبقت على عينة عشوائية طبقية تكونت من (305) طالبا و طالبة من طلبة الصفوف (السابع و الثامن و التاسع)

- و توصلت الدراسة الى أن مستوى السلوك الصحي لدى طلبة المدارس في مرحلة المراهقة المبكرة في ظل جائحة كورونا جاء متوسطا بمتوسط حسابي (3.36) ، وقد جاء بعد (العناية بالصحة العامة ) في المرتبة الأولى و بمستوى متوسط و بمستوى حسابي (3.43) بينما جاء بعد (الصحة النفسية) في المرتبة الأخيرة و بمستوى متوسط حيث بلغ متوسطه الحسابي (3.27 من 5) كما تبين وجود فروق في مستوى السلوك الصحي بين الجنسين و لصالح الإناث ووجود فروق تعزى للصف الدراسي و ذلك بين الصفين السابع و التاسع و لصالح طلبة الصف التاسع بينما لم تظهر النتائج وجود فروق تعزى للتفاعل بين الجنس و الصف الدراسي .

5-1-9 دراسة ملال وملال (2021): استهدفت الدراسة موضوع السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين، حيث تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها 200 طالب(ة) من جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، وتم الاعتماد على المنهج الوصفي وذلك باستخدام استبيان السلوك الصحي من تصميم الصمادي والصمادي (2011) وتم التوصل الى النتائج التالية:

-يتمتع الطلبة الجامعيون بمستوى سلوك صحي متوسط، ويتجلى ذلك من خلال الأبعاد التالية: العناية بالجسم، الصحة العامة، التعامل مع الأدوية والبعد النفسي الاجتماعي.

-توجد فروق دالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي تبعا للجنس لصالح الإناث كما توجد فروق في مستوى العناية بالجسم والصحة العامة لصالح الإناث.

5-1-10 دراسة بكر 2022: هدفت الدراسة الى التعرف على تحليل السلوك الصحي و علاقته ببعض الأمراض المزمنة (أمراض القلب و ضغط الدم المرتفع ، والأمراض المعده و الأمعاء، و الأمراض التنفسية المزمنة و السكري ، الام الظهر المزمن ، الام الركبة ) لعينة البحث (السكان مدينة سوران) ، تم استخدام المنهج الوصفي بالسلوب المسحي نظرا لتناسبه مع أهداف البحث ، و اشتملت عينة البحث على سكان مدينة سوران و البالغ عددهم (188)، و اعتمد في إجراء الاختبارات على مقياس السلوك الصحي و معرفة الإصابة بأحد الامراض المزمنة (أمراض القلب و ضغط الدم المرتفع ، و الأمراض المعده و الأمعاء ، و الأمراض التنفسية المزمنة ، و السكري ، الام الظهر المزمن) استخدم التحليل الاحصائي للنتائج طريقة الإحصاء الوصفي و الاستدلالي.

و أظهرت النتائج وجود مستويات في درجة (السلوك الصحي) بين عينة البحث وعلاقته ببعض الأمراض المزمنة ، ظهر وجود مستويات مختلفة في درجة السلوك الصحي بين عينة البحث حسب (نوع الوظيفة أو العمل) ، حيث كانت درجات لمقياس السلوك الصحي ضعيفة و أقل من المتوسط الفرضي للمقياس لكل من (خريج جامعي ، المعلم مدرس مدارس ، المهندس ، الكاسب ) ، و ظهر مستويات اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس لكل من (الطالب جامعي مدرس جامعي، الموظف) ، و ظهر وجود مستويات منخفضة في درجات السلوك الصحي حسب النوع (الجنس) لعينة البحث ، و ظهر أيضا وجود مستويات منخفضة في درجات السلوك الصحي حسب النوع (الفئة العمرية) لعينة البحث ، كما ظهر علاقة و لكن ضعيفة بين درجات المقياس السلوك الصحي حسب و تعرض العينة ببعض أمراض المزمنة لعينة البحث.

5-1-11دراسة بورنان 2022: هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى المرونة النفسية و السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول ، كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في المرونة النفسية و السلوك الصحي ، وبغية التحقق من فرضيات الدراسة تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي و للوصول الى النتائج استخدمت الدراسة مقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثان الصمادي عبد المجيد و الصمادي عبد الغفور و مقياس المرونة النفسية من إعداد الباحثة ، وتكونت عينة الدراسة من (41) مريض و مريضة بالسكري النوع الأول ، وبعد المعالجة الإحصائية توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع
- مستوى السلوك الصحي لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري بمستشفى الزهراوي على مقياس المرونة النفسية والتي تعزى لمتغير الجنس (ذكر -أنثى).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مرضى السكري بمستشفى الزهراوي على مقياس السلوك الصحي والتي تعزى لمتغير الجنس (ذكر - أنثى).

5-1-12مريض وجميل (2022): هدفت الدراسة للكشف عن تباين مستوى السلوك الصحي الوقائي لدى مدرسي المدارس الثانوية في مديرية تربية بغداد الرصافة الأولى ، فضلا عن الكشف عن الفروق بين استجابات أفراد عينة الدراسة تعزى لمتغيرات (النوع الاجتماعي الجنس مدرس مدرسة ، و الموقع الجغرافي للمدارس مركز -نائية و التحصيل الأكاديمي (علمي إنساني ، وعدد سنوات الخدمة ) و للتحقق من اهداف الدراسة استعمل الباحثان المنهج الوصفي التحليلي و قاما ببناء أداة الدراسة (السلوك الصحي الوقائي) و بلغ عدد عينة الدراسة (200) مدرس و مدرسة.

وأظهرت النتائج أن المتوسط الفرضي أكبر من المتوسط الحسابي للعينة وهذا يعني أن الفرق الملاحظ غير دال احصائيا، مما يعني أن الفئة المستهدفة مارست السلوك الصحي الوقائي بدرجة متوسطة، كما أشارت الى أن متوسط درجات المدرسات أعلى من متوسط درجات المدرسين.

5-1-13دراسة رديف 2022: هدف البحث الى تعرف العلاقة بين القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا (covid19) وعلاقته بالسلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد، وكذلك التعرف على الفروق في القلق الصحي

والسلوك الصحي تبعاً لمتغيرات (الجنس، والمهنة، والعمر) ولتحقيق أهداف البحث تم بناء مقياس لقياس القلق الصحي واعتماد مقياس السلوك الصحي المعد من قبل (Renner & Schwarzer, 2005) تم تطبيق المقياسين على عينة بلغ عددها (1150)

وتوصلت النتائج إلى أن عينة البحث لديهم قلق صحي مرتبط بفيروس كورونا بمستوى متوسط، والسلوك الصحي بمستوى مرتفع، كما تبين أن هناك علاقة طردية دالة احصائياً بين القلق الصحي والسلوك الصحي، كما أسفرت النتائج إلى عدم ظهور فرق دال احصائياً في السلوك الصحي تبعاً لمتغير (العمر) ولصالح الفئات العمرية الأعلى موازنة بالفئات الأقل عمراً، وفيما يتعلق بالفروق في السلوك الصحي حسب متغير المهنة (تدريسي، طالب، وموظف) فقد أظهرت النتائج فروفا دالة لصالح عينة التدريسيين.

5-1-14دراسة نجم وجبار2022: هدف البحث الحالي التعرف على (السلوك الصحي لدى المدرسي و مدرسات في المدارس الإعدادية) و تمثل مجتمع البحث بمعلمي و معلمات محافظة القادسية للعام الدراسي (2021- 2022) ، وتم اختيار عينة عشوائية بسيطة بلغ عددها (60) معلماً و معلمة ، و لأجل تحقيق هدف البحث تبنت الباحثتان مقياس السلوك الصحي ل صمادي و الصمادي (2011) بعد اطلاعهن على ما تيسر بين ايديهن من بحوث و دراسات سابقة و قد هدف البحث الحالي الى التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى المدرسين و المدرسات للمدارس الإعدادية ، التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى عينة البحث حسب المستوى التعليمي (معهد بكالوريوس) و بعد تطبيق المقياس على عينة البحث .

وتوصلت الباحثتان في نتائج البحث الى وجود لدى عينة البحث سلوك صحي عال، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى عينة البحث حسب متغير النوع (ذكور - اناث) على مقياس السلوك الصحي، عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى عينة البحث حسب المستوى التعليمي (معهد بكالوريوس) على مقياس السلوك الصحي.

## 5-2 الدراسات السابقة الخاصة بمتغير جودة الحياة:

5-2-1دراسة بلول وعله 2016: هدفت الدراسة الى التعرف على أبعاد جودة الحياة الأكثر شيوعاً لدى عينة من طلبة الجامعة ، كما سعت إلى معرفة مستوى الصحة النفسية لهم ، بالإضافة إلى التحقق من إن كانت هناك علاقة بين أبعاد جودة الحياة و الصحة النفسية لدى أفراد العينة ، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة قصدية قوامها 100 من طلبة الجامعة بجامعة الجلفة ، استعان الباحثان بمقياسين ، مقياس جودة الحياة لمنسي و كاظم

(2006) و مقياس الصحة النفسية، و أعادا التأكد من صدقهما و ثباتهما وفقا للبيئة المحلية ، كما استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي ، و قد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

-أكثر أبعاد جودة الحياة شيوعا هي حسب الترتيب (جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة التعليم والتدريس، جودة العواطف (الجانب الوجداني)، جودة الصحة النفسية، (جودة شغل الوقت وإدارته).

-وجود علاقة دالة إحصائيا بين جودة الحياة والصحة النفسية لدى عينة الدراسة.

-مستوى جودة الحياة ومستوى الصحة النفسية منخفض لدى عينة الدراسة.

5-2-2 دراسة دويده 2016: جاءت هذه الدراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين جودة الحياة و فعالية الذات و معرفة الفروق في هذه المتغيرات نتيجة اختلاف النوع الاجتماعي (ذكور ، إناث) و المستوى الأكاديمي (طلبة ما بعد التدرج ، طلبة التدرج) ، لدى عينة تمثلت في (231) طالبا و طالبة من طلبة كلية العلوم الاجتماعية بجامعة البليدة 2 و هي تمثل حوالي نسبة 10% من المجتمع الأصلي للدراسة حيث اشتملت على (112 طالبا ، 119 طالبة) و (140 طالب من طلبة التدرج ، 91 طالب من طلبة التدرج)، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق كل من مقياس جودة الحياة من إعداد الطالبة الباحثة و مقياس فعالية الذات المصمم من طرف المقارن ، واستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

-وجود مستوى مرتفع من جودة الحياة لدى عينة الدراسة.

-وجود مستوى مرتفع من فعالية الذات لدى عينة الدراسة.

-وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية لجودة الحياة بأبعادها المختلفة والدرجة الكلية لفعالية الذات لدى عينة الدراسة.

-عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

5-2-3 دراسة تواتي و آخرون (2018): هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة طلبة الجامعة في اختصاص علم النفس حسب كل بعد و في جودة الحياة بشكل عام ، كما هدفت إلى الكشف عن الفروق في جودة الحياة طلبة الجامعة حسب متغير الجامعة ، وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (60)

طالب جامعي من اختصاص علم النفس المقبلين على التخرج ، طبق عليهم مقياس جودة الحياة المعد من طرف (تواتي و بشلاغم 2015) و ذلك باستخدام المنهج الوصفي ، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن مستوى جودة الحياة في بعد جودة الحياة الاجتماعية قد جاء متوسط ، أما فيما يخص باقي الأبعاد و المتمثلة في بعد جودة الصحة العامة، الجودة الأكاديمية ، و جودة الحياة الأسرية ، والسعادة الشخصية ، الرضا عن الحياة ، جودة الصحة النفسية قد جاءت مرتفعة ، كما أن مستوى جودة الحياة بشكل عام قد جاء مرتفع ، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية في محاور جودة الحياة التالية(جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية ،جودة الحياة الاجتماعية )تعزى لمتغير الجامعة ، وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في محاور جودة الحياة التالية (جودة الحياة الأكاديمية السعادة الشخصية و الرضا عن الحياة و الصحة النفسية و أداة جودة الحياة ككل تعزى لمتغير الجامعة.

4-2-5- دراسة براج وكتفي (2020): تهدف الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة المسيلة والتعرف على الفروق بين الجنسين في جودة الحياة، تكونت عينة الدراسة من (110) طالبا في طور الليسانس بقسم علم النفس بجامعة المسيلة، وطبق عليهم مقياس جودة الحياة لمحمود منسي، علي كاظم (2006)، تم الاعتماد على المنهج الوصفي القائم على الاستكشاف والمقارنة، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

-مستوى جودة الحياة لدى طلبة الليسانس بقسم علم النفس بجامعة المسيلة متوسط.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى طلبة الليسانس بقسم علم النفس بجامعة مسيلة تعزى لمتغير الجنس.

5-2-5- دراسة عبد القادر وذيب 2020: هدف البحث الى التعرف على مستوى جودة الحياة و الامل لدى طلبة المرحلة الإعدادية في التخصصين العلمي و الادبي من الذكور و الإناث و تعرف العلاقة بين جودة الحياة و مستوى الأمل وفقا لمتغيري الجنس (ذكور ، إناث) و التخصص (علمي ، ادبي)وقد طبق البحث على عينة مكونة من (250) طالبا و طالبة من كلا الفرعين و قامت الباحثتان بإعداد مقياس جودة الحياة و أصبح المقياس بصيغته النهائية مكونا من (52) فقرة و اعتمدت الباحثتان مقياس الأمل المعد من (ميادة عبد الحسن الصالحي 2005) و المكون من (28) فقرة و بعد تطبيق المقاسين و حساب الدرجات .

تبين أن طلبة المرحلة الإعدادية من كلا التخصصين (علمي، ادبي) يتمتعون بمستوى جيد في جودة الحياة والأمل وكانت الفروق دالة إحصائياً في مقياس الأمل لصالح الإناث، كما توصل البحث إلى وجود علاقة دالة إحصائياً بين المتغيرين وكانت العلاقة دالة إحصائياً وفقاً لمتغير الجنس والتخصص، أما بالنسبة للفروق في العلاقة بين المتغيرين فكانت دالة إحصائياً لصالح الإناث، ولم تكن دالة إحصائياً لصالح متغير التخصص.

5-2-6 دراسة القدومي ومصطفى 2020: هدفت الدراسة للتعرف على درجة تقدير عينة من طلبة الجامعات الأردنية (إربد الأهلة و الإسراء) لمستوى جودة الحياة و علاقتها بمستوى تقدير الذات ، و لتحقيق ذلك اتبعت الباحثتان المنهج الوصفي الارتباطي ، حيث طورنا مقياسين ، الأول :جودة الحياة و تكونت (34) فقرة ، والثاني :تقدير الذات، و تكون (24) فقرة ، وشملت العينة (279) طالبا و طالبة ، أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة جاء بدرجة مرتفعة ، و أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس و نوع الكلية ، ما عدا في مجال (جودة الحياة الاجتماعية)،و كانت الفروق لصالح الإناث (الطالبات) ،وفي مجال (جودة الحياة الصحية) لصالح الكليات العلمية ، كما أظهرت النتائج ان مستوى تقدير الذات جاء بدرجة مرتفعة ، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس و نوع الكلية ، ما عدا في مجال (جودة الحياة الاجتماعية) و كانت الفروق لصالح الإناث (الطالبات)، وفي مجال (جودة الحياة الصحية) لصالح الكليات العلمية .

كما أظهرت النتائج أن مستوى تقدير الذات جاء بدرجة مرتفعة، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في تقدير الذات، لكن وجدت فروق تعزى لمتغير نوع الكلية لصالح (الكليات الإنسانية).

5-2-7 دراسة شاتي وفراحي 2021: هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى جودة الحياة لدى طلاب طب الأسنان، وقد اتبعت الباحثة المنهج الوصفي للقيام بهذه الدراسة، بالاعتماد على استبيان تم تصميمه من قبل الباحث بالاعتماد على استبيان لحمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم (2006)، وقد تم توزيعه على عينة مكونة من (40) طبيب وطبيبة بمستشفى الجامعي لطب الاسنان بوهران على الأكثر.

أثبتت الدراسة وجود مستوى مرتفع لجودة الحياة بين طلاب طب الاسنان.

5-2-8 دراسة العثمان ودندي 2021: هدف البحث إلى معرفة مستوى جودة الحياة وتحديد علاقتها مع مستوى ممارسة النشاط البدني لدى عينة من طلبة جامعة دمشق وذلك تبعا لمتغير الجنس وتصنيفات مستوى ممارسة النشاط البدني، وكذلك إلى معرفة الفروق في مستوى جودة الحياة بينها. تم استخدام المنهج الوصفي

التحليلي وشارك بالعينة (243) طالبا جامعيًا بينهم (128) طالبة و (115) طالبا. استخدم الباحثان مقياس منسي وكاظم لقياس جودة الحياة والاستبانة العالمية المختصرة للنشاط البدني (IPAQ brief) لتحديد مستوى ممارسة النشاط البدني.

توصل البحث إلى نتائج مفادها أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة كان متدنيا و أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور و الإناث على محاور الصحة العامة و العواطف و الصحة النفسية و المقياس الكلي لصالح الذكور. أيضا ، بلغت نسبة غير النشطين الإجمالية حسب تصنيفات مستوى ممارسة النشاط البدني (36.62%) للذكور و للإناث (46.50%) ، إضافة لذلك ، إن العلاقة بين مستوى جودة الحياة و مستوى ممارسة النشاط البدني إيجابية طردية متصاعدة ، إذ كلما كان مستوى جودة الحياة أعلى ارتفع مستوى النشاط البدني و مع معامل ارتباط  $(r=0.86)$ .

5-2-9 دراسة مقدم ومصباح (2021): استهدفت هذه الدراسة الكشف عن علاقة الصلابة النفسية للمسن بمستوى جودة حياتهم وفيما إذا كانت توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المسنين في مستوى صلابتهم النفسية وجودة حياتهم وقد تم تطبيق مقياسين الأول خاص بالصلابة النفسية والثاني خاص بجودة الحياة لمنسي وكاظم (2006) على عينة قوامها 150 مسنا ومسنة، اختيروا بطريقة قصدية، منتهجين في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي وتوصلت إلى النتائج التالية:

- أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية ومستوى جودة الحياة لصالح متوسط العينة، حيث مستوى الصلابة النفسية لدى المسنين بولاية عين الدفلى مرتفع، في حين مستوى جودة حياتهم متوسط كما تبين أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية قوية بين الصلابة النفسية للمسن وجودة حياتهم.

5-2-10 دراسة بوعامر 2022: هدف الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة و قلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد بمدينة الأغواط ، وهل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى كل من جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تعزى للمتغيرات التالية: جنس الطفل التوحيدي ، درجة الإصابة بالتوحد ، المستوى الاقتصادي للأسرة و هل يمكن التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء متغير جودة الحياة و ابعاده لدى أفراد عينة الدراسة ، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي ، تم تطبيق الدراسة الأساسية على عينة قوامها 120 أم لطفل مصاب بالتوحد و تم الاعتماد على

مقياس جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد من إعداد الباحثة و مقياس قلق المستقبل لزينب شقير (2005) ، وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية:

-مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد يتسم بالانخفاض

-مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد يتسم بالارتفاع

-توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين جودة الحياة وقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير جنس الطفل التوحد

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغيري درجة إصابة الطفل بالتوحد والمستوى الاقتصادي للأسرة.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغير جنس الطفل التوحد.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى قلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد تعزى لمتغيري درجة الإصابة بالتوحد والمستوى الاقتصادي للأسرة.

5-2-11 دراسة خلوف (2022): هدف البحث إلى التعرف على مستوى جودة الحياة ، و مستوى الضغوط النفسية لدى عينة من أساتذة كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية بجامعة مولود معمري بتيزي وزو - قطب تامدا كما تهدف إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين جودة الحياة و الضغوط النفسية لدى الأستاذ الجامعي ، و مدى وجود فروق في جودة الحياة و الضغوط النفسية وفقاً لبعض المتغيرات ، حيث تم استخدام المنهج الوصفي التحليلي على عينة قوامها (100) أستاذ و أستاذة ، وطبقنا عليهم مقياس جودة الحياة ل السيد (2016) و مقياس الضغوط النفسية و أسفرت النتائج إلى:

-مستوى جودة الحياة عند الأستاذ الجامعي بجامعة مولود معمري بتيزي وزو مرتفع

-مستوى الضغوط النفسية عند الأستاذ الجامعي بجامعة مولود معمري بتيزي وزو مرتفع

-توجد علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين جودة الحياة والضغوط النفسية لدى الأستاذ الجامعي بجامعة مولود معمري بتيزي وزو

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأساتذة الجامعيين في جودة الحياة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأساتذة الجامعيين في الضغوط النفسية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.

5-2-12 دراسة قاسمي (2022): تهدف الدراسة الى التعرف عن الفروق المتواجدة بين الجنسين من كبار السن المقيمين بدار المسنين في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية ، مع إبراز أهم الأساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي يعتمدون عليها ، كما تهدف إلى التعرف عن مستوى التوافق النفسي لديهم ، مع الكشف عن الفروق المتواجدة بين الجنسين في توافقه النفسي ، مع محاولة توضيح العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و التوافق النفسي لدى عينة الدراسة ، بالإضافة إلى محاولة التعرف على مستوى جودة الحياة لديهم ، مع الإشارة إلى الفروق المتواجدة في جودة حياتهم باختلاف جنسهم ، مع الكشف عن العلاقة الارتباطية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و جودة الحياة لديهم ، والعلاقة الارتباطية بين التوافق النفسي و جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين، و لتحقيق اهدف البحث تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي ، مع تطبيق مقاييس الدراسة المتمثلة في كل من مقياس مواجهة الضغوط النفسية للمسنين ، و مقياس التوافق النفسي للمسنين ، و مقياس جودة الحياة ل الزروق (2009) ، وذلك على عينة بلغت (100 مسن) مقيم بدار المسنين .

و قد توصلت الدراسة الى أنه لا توجد فروق في أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و ذلك راجع باختلاف الجنس لديهم ، كما أن كبار السن المقيمين بدار المسنين يعتمدون على أساليب ترتكز على السند الاجتماعي أكثر من استعمالهم لأساليب التي ترتكز على المشكلة او الانفعال في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم ، مع أننا توصلنا إلى أن لدى أغليبيتهم مستوى التوافق النفسي مرتفع ، كما تم الكشف على أن هناك فروق لصالح الإناث في مستوى التوافق النفسي لديهم ، مع التوصل إلى أنه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و التوافق النفسي لدى عينة الدراسة ، كما تم التوصل إلى أن لدى أغلبية كبار السن المقيمين بدار المسنين مستوى جودة متوسط ، بالإضافة إلى أننا توصلنا إلى أنه

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى كبار السن ، وأخيرا تم التوصل إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي و جودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين .

5-2-13 دراسة دويذة واليازدي 2023: هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة والتوجيه نحو المستقبل لدى عينة تكونت من 312 طالبا و طالبة من طلبة الجامعة بجامعتي البليدة ،حيث تم سحبها بطريقة الأسلوب القصدي و تتوزع من حيث الجنس إلى (121 طالب 191 طالبة) ومن حيث التخصص (150 تخصص علمي ، و 162 تخصص أدبي) ، و تم تطبيق كل من مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة و مقياس التوجه نحو المستقبل المصمم من طرف (Maddox ,Mercandante ,sherer and all (1982) من خلال تطبيق المنهج الوصفي و استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة أسفرت الدراسة عن النتائج التالية :

-عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الدرجة الكلية لجودة الحياة والدرجة للتوجه نحو المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة.

-جودة مستوى متدني من كل من جودة الحياة والتوجه نحو المستقبل لدى طلبة الجامعة.

### 5-3 الدراسات السابقة التي تربط بين المتغيرين (السلوك الصحي وجودة الحياة)

5-3-1 دراسة بن غدفة 2007: تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن نوع العلاقة التي تربط متغير السلوك الصحي بنوعية الحياة، وكذا عن إمكانية وجود فروق في درجات هذين المتغيرين حسب بعض المتغيرات الأخرى، كالمنطقة السكنية (ريف /مدينة) والجنس (ذكور /إناث) والحالة الصحية (أصحاء / مرضى) وكذلك الحالة المدنية (متزوجين /عزاب)، والعمل (عاملين /بطلين) أخيرا حسب المستوى الدراسي (أميين / م، متوسط /ثانوي /جامعيين).

وقد تم استخدام أداتين هما مقياس السلوك الصحي، ومقياس نوعية الحياة وطبق هذان المقياسان على عينة بلغ عدد أفرادها 317 فرد والساكنين ببعض مدن وأرياف سطيف، كما استخدم المنهج الوصفي المقارن، وقد أسفرت الدراسة الحالية على النتائج التالية:

-هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين السلوك الصحي ونوعية الحياة وتقدر ب 0.49 وعند

مستوى دلالة معنوية 0.01.

-هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين سكان الريف وسكان المدينة بقيمة  $T = 2.07$  وبمستوى دلالة معنوية  $0.05$ ، وفي درجات نوعية الحياة بقيمة  $T = 2.58$  وبمستوى دلالة معنوية وعند مستوى دلالة معنوية  $0.01$ .

-هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين الاصحاء والمرضى بقيمة  $T = 3.26$ ، وبمستوى دلالة معنوية  $0.01$  وفي درجات نوعية الحياة بقيمة  $T = 3.39$ ، وبمستوى دلالة معنوية  $0.01$ .

-لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الإناث والذكور.

-هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين العاملين والبطالين بقيمة  $T = 2.31$ ، وبمستوى دلالة معنوية  $0.05$  وفي درجات نوعية الحياة بقيمة  $T = 2.09$ ، وبمستوى دلالة معنوية  $0.05$ .

-لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي بين المتزوجين والعزاب. بينما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب بقيمة  $T = 1.06$ ، وبمستوى دلالة معنوية  $0.05$ .

-لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى الدراسي. بينما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين الأميين والجامعين فقط بقيمة  $F = 3.32$ ، ومستوى دلالة معنوية  $0.05$ .

**5-3-2 دراسة بوعيشة وزكري 2020:** هدف هذه الدراسة الكشف عن العلاقة الارتباطية الموجودة بين جودة الحياة والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، حيث اعتمدنا على المنهج الوصفي الارتباطي ولتحقيق اهداف الدراسة قمنا بتطبيق مقياسين تمثلا في: مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، ومقياس السلوك الصحي ل بن غذفة، واعتمدنا على عينة قوماها 20 مريض بالسكري تم اختيارهم بطريقة قصدية، وتم التوصل الى النتائج التالية:

-توجد علاقة ارتباطية بين مقياس جودة الحياة ومقياس السلوك الصحي لدى عينة من مرضى السكري.

**5-3-3 دراسة عرار (2021):** هدفت الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين السلوك الصحي و جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة ، و الى التعرف على مستوى كل من السلوك الصحي وجودة الحياة إلى جانب التعرف على الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة ، و تكونت عينة البحث من (100) ممرض و ممرضة تم اخبارهم بالطريقة العشوائية البسيطة ، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة كل من مقياس السلوك الصحي للصمادي عبد المجيد و الصمادي عبد الغفور (2011) و

مقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى إسماعيل (2008) ، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي و قد تم التوصل الى النتائج التالية :

-مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط.

-مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي مرتفع.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي على مقياس السلوك الصحي تعزى لمتغير الجنس. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

-توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي.

5-3-4 دراسة طايبي وبعوني (2022): تهدف الدراسة الى استكشاف العلاقة بين مستوى السلوك الصحي ونوعية الحياة لدى طلبة الجنوب الجزائري وأخذنا المركز الجامعي كنموذج لهذه الدراسة، وللإجابة على تساؤلات البحث تم الاعتماد على المنهج الوصفي على عينة قوامها 30 طالب وطالبة، كما استخدم مقياس السلوك الصحي لدى الطلبة للصمادي والصمادي (2011) المعدل من طرف الحارثي (2014) ومقياس نوعية الحياة الخاص بالطلبة لمحمود منسي وكاظم (2010)، وتوصلت نتائج البحث إلى:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي حسب متغير الجنس لدى طلبة الجنوب الجزائري.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة حسب متغير الجنس لدى طلبة الجنوب الجزائري

-توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى طلبة الجنوب الجزائري.

5-3-5 دراسة عيادي (2022): هدفت هذه الدراسة الى معرفة العلاقة بين السلوكات الصحية وجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري عن طريق المنهج الوصفي، حيث تكونت عينة الدراسة من (302) مراهق ومراهقة مصابين بالسكري من النوع الأول، واعتمدت في هذه الدراسة على استمارة السلوكات الصحية واستمارة جودة الحياة، وأسفرت النتائج التالية:

-أغلب المراهقين المصابين بمرض السكري يمارسون سلوكات صحية بمختلف أبعادها.

-أغلب المراهقين المصابين بمرض السكري لديهم جودة حياة مرتفعة بمختلف أبعادها.

-توجد علاقة طردية ضعيفة بين السلوكات الصحية وجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري.

-توجد علاقة طردية ضعيفة بين النشاط البدني وجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري.

-توجد علاقة طردية ضعيفة بين الغذاء الصحي وجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري.

توجد علاقة طردية ضعيفة بين الالتزام الصحي وجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري.

-توجد علاقة طردية ضعيفة بين السلوك الصحي العام وجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري.

-توجد فروق في بعض مؤشرات السلوكات الصحية تبعا لمتغير الجنس، مدة الإصابة بالمرض والمستوى

المعيشي.

-توجد فروق في بعض مؤشرات جودة الحياة تبعا لمتغير الجنس، مدة الإصابة بالمرض والمستوى

المعيشي.

5-3-6 دراسة الحسين 2023: هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين السلوك الصحي بجودة الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة مرات ولتحقيق هدف الدراسة استخدم المنهج الوصفي الارتباطي واستخدم مقياسين من إعداد الباحثة مقياس السلوك الصحي، وتم تطبيق المقياسين على (212) من طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة مرات تم اختيارهم بالطريقة العشوائية.

و توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية ما بين (متوسطة ، قوية) دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الطلاب على مقياس السلوك الصحي و أبعاده و قياس جودة الحياة و أبعاده ، ووجود علاقة ارتباطية طردية (ضعيفة) دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) بين درجات الطلاب على مقياس السلوك الصحي و أبعاده ، كما يوجد تأثير إيجابي لأبعاد السلوك الصحي على جودة الحياة للطلاب ، ولا توجد فروق بين متوسطات درجات الطلاب حسب متغيرات :الجنس ،الصف ، الوزن، التخصص في السلوك الصحي ، و يوجد فرق دال وفق متغير المستوى العام للصحة لصالح المستوى الصحي ممتاز و متغير التدخين على مقياس السلوك الصحي ، بينما لا توجد فروق بين متوسطات درجات كل من الطلاب ذوي التخصص ، الصف ، الوزن، التدخين في مقياس جودة الحياة بينما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب

حسب متغير الجنس لصالح الذكور ، وحسب المستوى العام للصحة لصالح المستوى الصحي ممتاز على مقياس جودة الحياة.

5-3-7 دراسة فؤاد وآخرون 2023: يهدف البحث إلى التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي للرياضيين، واستخدم الباحث المنهج الوصفي لملائته لطبيعة البحث وتحقيق أهدافه، كما تم اختيار العينة ممثلة للمجتمع الأصلي قوامها (230) لاعب ولاعبة باستخدام الطريقة العشوائية، وأشارت أهم النتائج الى:

- أن مستوى جودة الحياة للرياضيين تراوحت المتوسطات الحسابية المرجحة لأبعاد المقياس بين (2.25-2.37) حيث كان البعد الثالث (المؤشرات الذهنية) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي مرجح قدره (2.37) وبدرجة استجابة (كبيرة)، بينما جاء البعد الأول (المؤشرات الانفعالية) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مرجح قدره (2.25) وبدرجة استجابة (متوسطة)، بينما بلغ المتوسط الحسابي المرجح للمجموع الكلي للمقياس (2.32) وبدرجة استجابة (متوسطة).

- مستوى السلوك الصحي للرياضيين حيث تراوحت المتوسطات الحسابية المرجحة لأبعاد المقياس بين (2.31- 2.54) حيث كان البعد الأول (الصحة الشخصية) في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي مرجح قدره (2.54) وفي اتجاه الاستجابة (دائما)، بينما جاء البعد الخامس (السلوك النفسي الاجتماعي) في المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي مرجح قدره (2.31) وفي اتجاه الاستجابة (غالبا)، بينما بلغ المتوسط الحسابي المرجح للمجموع الكلي للمقياس (2.41) وفي اتجاه الاستجابة (دائما).

- وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد مقياس جودة الحياة و المجموع الكلي للمقياس بين لاعبي الرياضات الفردية و لاعبي الرياضات الجامعية ، حيث تراوحت قيم "ت" المحسوبة بين (5.9- 10.02) و كانت جميع القيم المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى معنوية (5.50) و هذا يوضح زيادة مستوى جودة الحياة للاعبي الرياضات الجامعية عند لاعبي الرياضات الفردية في بعد المؤشرات الاجتماعية و المجموع الكلي للمقياس ، كما وجد زيادة مستوى جودة الحياة للاعبي الرياضات الفردية عن لاعبي الرياضات الجماعية في بعدي (المؤشرات الانفعالية، المؤشرات الذهنية).

- وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد مقياس السلوك الصحي و المجموع الكلي للمقياس بين لاعبي الرياضات الفردية و لاعبي الرياضات الجماعية ، حيث تراوحت قيم "ت" المحسوبة بين (5.4-: 14) و كانت جميع القيم المحسوبة أكبر من قيمة (ت) الجدولية عند مستوى المعنوية (0.05) و هذا يوضح زيادة

مستوى السلوك للاعبين الرياضات الجماعية عن لاعبي الرياضات الفردية في أبعاد السلوك الصحي (الصحة الشخصية، السلوك الصحي الغذائي، السلوك الصحي القوامي، السلوك الصحي الرياضي، السلوك النفسي و الاجتماعي) و المجموع الكلي لمقياس السلوك الصحي .

- وجود علاقة ارتباطية طردية بين (أبعد مقياس جودة الحياة والمجموع الكلي للمقياس، أبعاد مقياس السلوك الصحي والمجموع الكلي للمقياس) حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط المحسوبة بين (0.95 - 0.75) وكانت القيم المحسوبة أكبر من القيمة الجدولية عند مستوى معنوية (0.05).

### ➤ التعليق على الدراسات السابقة:

بعد مراجعة وتحليل الدراسات السابقة، ستعرض الباحثة أهم النقاط التي استخلصتها من هذا التحليل، وذلك من حيث: المواضيع، والأهداف، والعينة، والمنهج، والأدوات، والنتائج.

### من حيث الموضوع:

تتشابه الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية في عدة نقاط مهمة، حيث أنها تبحث في نفس المتغيرات الأساسية، فضلا عن تناولها للمفاهيم النظرية التي تشكل أساس دراستنا الحالية مثل مفاهيم السلوك الصحي والعوامل المؤثرة فيه ونظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي وجودة الحياة ومؤشراتها والنماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة وقد ركز الجزء الأول على دراسة السلوك و عدد من المتغيرات الأخرى كالأمن النفسي وتنظيم الوقت، الكفاءة الذاتية، والدافع للإنجاز الدراسي، معتقدات الكفاءة الذاتية، القلق الصحي أما بالنسبة للجزء الثاني فقد ركز على دراسة جودة الحياة و عدد من المتغيرات الأخرى كالصحة النفسية، فعالية الذات، ممارسة النشاط البدني، الصلابة النفسية، قلق المستقبل، الضغوط النفسية، التوجه نحو المستقبل.

أما الدراسة الحالية تبحث في القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة.

### من حيث الهدف:

اختلفت الأهداف البحثية للدراسات السابقة بناء على اختلاف موضوعاتها والمتغيرات التي تناولتها، فقد هدفت بعض الدراسات إلى الكشف عن مستوى المتغيرات المدروسة مثل دراسة النواصره و الحوراني (2017)، دراسة صلاح (2020)، دراسة عرعار وبوضياف (2020)، الشديفات (2021)، دراسة ملال و ملال (2021)، بورنان (2022)، دراسة رميض و جميل (2022)، دراسة نجم و جبار (2022)، دراسة تواتي و

آخرون (2018)، دراسة براج و كنفى (2020)، دراسة عبد القادر و ذيب (2020)، دراسة شاتي و فراحي (2021)، و دراسة خلوف (2022)، في حين هدفت دراسات أخرى للكشف عن العلاقة ببعض المتغيرات مثل دراسة الثبيات (2016)، دراية النصرية (2017)، السراي (2018)، المحاميد (2020)، بكر (2022)، دراسة رديف (2022)، بلول و علة (2016)، دويده (2016)، دراسة القدومي و مصطفى (2020)، دراسة العثمان و دندي (2021)، مقدم و مصابيح (2021)، بوعامر (2022)، قاسمي (2022)، دويده و اليازدي (2023)، بن غذفة (2007)، بوعيشة و زكري (2020)، عرعار (2021)، طايب و بعوني (2022)، عيادي (2022)، الحسين (2023)، فؤاد و آخرون (2023).

#### من حيث العينة:

تنوعت العينات المستخدمة في الدراسات السابقة ، ففي الجزء الأول شملت الدراسات عينة طلبة مثل دراسة الثبيات (2016)، دراسة النصرية (2017)، السراي (2018)، صلاح (2020)، عرعار و بوضياف (2020)، المحاميد (2020)، الشديفات (2021)، و دراسة ملال و ملال (2021)، بينما دراسة رميض و جميل (2022)، ودراسة نجم و جبار (2022) كانت عينتها معلمين و معلمات ، ودراسة النواصره و الحوراني (2017) كانت عينتها الأطفال المعوقين ، أما دراسة بكر (2022) فكانت عينتها أفراد من سكان مدينة سوران ، في حين كانت عينة دراسة بورنان (2022) مرضى ، بينما دراسة رديف (2022) كانت عينتها منتسبي جامعة أما بالنسبة لعينة الجزء الثاني نجد دراسات استخدمت عينة طلبة مثل دراسة بلول و علة (2016) ، دويده (2016) تواتي و آخرون (2018)، بن راج و كنفى (2020)، عبد القادر و ذيب (2020)، القدومي و مصطفى (2020)، العثمان و دندي (2021)، طهيري (2022)، دويده و اليازدي (2023)، أما دراسة شاتي و فراحي (2021) طبقت على عينة من الأطباء، بينما دراسة مقدم و مصابيح (2021)، ودراسة قاسمي (2022) فقد طبقت على عينة من المسنين في حين دراسة بوعامر (2022) طبقت على عينة من أطفال توحده ، أما دراسة خلوف فقد طبقت على عينة من الأساتذة. وفي الجزء الثالث شملت الدراسات على عينة طلبة مثل دراسة طايب و بعوني (2022)، ودراسة الحسين (2023)، أما دراسة بن غذفة (2007) فقد طبقت على عينة من سكان مدن وأرياف سطيف، في حين دراسة عرعار (2021) طبقت على عينة من الممرضين، أما بالنسبة لدراسة بوعيشة و زكري (2020) فقد طبقت على مرضى السكري، في حين دراسة عيادي (2022) طبقت على عينة من المراهقين، وفي دراسة فؤاد و آخرون (2023) فقد طبقت على عينة من الاعبين.

وفي الدراسة الحالية تم استخدام طلبة الجامعة كعينة للدراسة.

**من حيث المنهج:**

من خلال تحليل الدراسات السابقة يتبين أن معظم الدراسات السابقة اعتمدت بشكل أساسي على المنهج الوصفي والمنهج الوصفي الارتباطي في حين دراسة الثببتات (2016) استخدمت المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي ودراسة النواصره والحوارني (2017) استخدمت المنهج الوصفي المسحي بينما دراسة بورنان (2022) استخدمت المنهج الوصفي التحليلي ودراسة دويده (2016) استخدمت المنهج الوصفي المقارن بينما دراسة بن غذفة (2007) استخدمت المنهج الوصفي المقارن، بينما الدراسة الحالية استخدمت الطالبة الباحثة المنهج الوصفي.

**من حيث الأداة:**

تنوعت الأدوات المستخدمة في الدراسات السابقة. فبينما اعتمد بعض الباحثين على مقاييس جاهزة قام آخرون بتطوير استبيانات خاصة بهم لجمع البيانات ، حيث أن في مجال السلوك الصحي استخدمت معظم الدراسات مقاييس جاهزة مثل دراسة (الثببتات (2016) ،دراسة النصرية (2017) ،دراسة السراي (2018) ،دراسة عرعار و بوضياف (2020) ، دراسة ملال و ملال (2021) ،دراسة بكر(2022) ،دراسة بورنان (2022) ،دراسة رديف (2022) ،دراسة نجم و جبار (2022) و في دراسة أخرى قاموا بإعداد مقاييس و استبيانات مثل دراسة النواصره و الحوارني (2017) ،دراسة صلاح (2020) ،دراسة الشديفات (2021) ،دراسة رميض و جميل (2022) ، أما فيما يخص مجال جودة الحياة فهناك دراسات استخدمت مقاييس جاهزة مثل دراسة بلول و علة (2016) ،دراسة تواتي و آخرون (2018) ،دراسة براج و كتفي (2020) ،دراسة العثمان و دندي (2021) ، دراسة مقدم و مصابيح (2021) ، دراسة خلوف (2022) ، دراسة قاسمي (2022) ،في حين دراسات أخرى قاموا بإعداد مقاييس و استبيانات مثل دراسة دويده (2016) ،دراسة عبد القادر و ذيب (2020) ،دراسة القدومي و مصطفى (2020) ،دراسة شاتي و فراحي (2021) ،دراسة بوعامر(2022) ،دراسة دويده و اليازيدي (2023)

أما في الدراسة الحالية فقد اعتمدت الطالبة الباحثة على مقياس كل من السلوك الصحي ل صمادي والصمادي (2011) ومقياس جودة الحياة ل دويده (2016).

**من حيث النتائج:**

أجمعت الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين السلوك الصحي و جودة الحياة على وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين، أما في جزئية البحث عن مستوى متغيرات الدراسة فقد تنوعت النتائج بين المستوى المرتفع، المتوسط، والمنخفض، فالنسبة لمتغير السلوك الصحي توصلت كل من دراسة عرعار و بوضياف (2020)، ودراسة بورنان (2022)، ودراسة رديف (2022)، ودراسة نجم وجبار (2022) إلى أن مستوى السلوك الصحي مرتفع في حين توصلت دراسة كل من السراي (2018)، ودراسة الثبيات (2016)، ودراسة النصرية (2017) ودراسة المحاميد (2020)، ودراسة الشديفات (2021)، ودراسة ملال وملال (2021) ودراسة رميض و جميل (2022) إلى أن مستوى السلوك الصحي متوسط، في حين توصلت دراسة كل من النواصره و الحوراني (2017)، ودراسة صلاح (2020)، ودراسة بكر (2022) إلى أن مستوى السلوك الصحي منخفض.

وفي متغير جودة الحياة توصلت كل من دراسة دويده (2016) و دراسة تواتي و آخرون (2018)، ودراسة عبد القادر و ذيب (2020)، ودراسة القدومي و مصطفى (2020) و دراسة شاتي و فراحي (2021)، ودراسة طهيري (2022) إلى ان مستوى جودة الحياة مرتفع، بينما توصلت دراسة كل من بن راجح و كنفى (2020)، ودراسة مقدم و مصبايح (2021)، ودراسة خلوف (2022)، ودراسة قاسمي (2022) إلى ان مستوى جودة الحياة متوسط بينما توصلت دراسة كل من بلول و علة (2016)، ودراسة العثمان و دندي (2021)، ودراسة بوعامر (2022)، ودراسة دويده و اليازيدي (2023) إلى أن مستوى جودة الحياة منخفض.

تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بتركيزها على القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة، وهو ما لم تستطع الطالبة الباحثة التوصل إليه في أي من الدراسات السابقة السالفة الذكر، كما وأنه قد تم الاستفادة من الدراسات السابقة في فهم متغيرات الدراسة بشكل أكبر، بالإضافة الى مساهمتها في صياغة إشكالية الدراسة، و تعرف الطالبة الباحثة بأدوات جمع البيانات المتوفرة في الموضوع، وكذلك تحديد منهج الدراسة، صياغة فرضيات الدراسة و كذلك مقارنة نتائج الدراسة الحالية بالنتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، بالإضافة إلى ذلك فقد تم الاستفادة من الجانب النظري لبعض الدراسات مثل دراسة عيادي (2022)، ودراسة طهيري (2023) في تفسير و مناقشة بعض الفرضيات و المتمثلة في الفرضيات التي تربط بين أبعاد مقياس السلوك الصحي بدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة ككل و ذلك راجع لعدم تمكن الطالبة الباحثة من التحصل و بلوغ دراسات سابقة تربط بين كل بعد على حدى من ابعاد السلوك الصحي بالدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة، و بالتالي هذا ما جعل الطالبة الباحثة تلجا لتفسير نتائج هذه الفرضيات بناء على

ما تم التوصل إليها من اطار نظري لبعض الدراسات السابقة ، و الذي يتكلم ضمنيا عن البنود المتعلقة بكل بعد معين من هذه الأبعاد (أبعاد السلوك الصحي) و علاقته بجودة الحياة .

#### 6-فرضيات الدراسات:

-مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة متوسط.

-مستوى جودة الحياة لدة طلبة الجامعة مرتفع.

-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

-يساهم السلوك الصحي في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

## الفصل الثاني السلوك الصحي

### تمهيد

- 1- تعريف الصحة.
- 2- تعريف المرض.
- 3- تعريف السلوك.
- 3-1 خصائص السلوك.
- 4- السلوك الصحي.
- 5- بعض المفاهيم المرتبطة بالسلوك الصحي.
- 6- أنماط السلوك الصحي.
- 7- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي.
- 8- أنواع السلوك الصحي.
- 9- النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي.
- 10- علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة.

### خلاصة الفصل

## تمهيد:

يعتبر موضوع السلوك الصحي من المواضيع التي لفت أهمية كبيرة في عصرنا الحالي. وذلك راجع للحاجة الماسة والضرورة الحتمية للتثقيف الصحي والتربية الصحية، حيث أن عملية التنشئة الاجتماعية التي يتعرض لها الفرد ونمط حياته يعد من العوامل المؤثرة على صحته بدرجة الأولى، لذا فإن الاهتمام بالعبادات الصحية والسلوكيات التي يمارسها الفرد في حياته اليومية والاهتمام بتصحيح معتقداته الصحية الخاطئة يجنبه الإصابة بالعديد من الأمراض وبالتالي ينعكس ذلك على صحته الجسمية والنفسية وكذا الاجتماعية.

وفي هذا الفصل سوف نحاول تعريف الصحة، تعريف المرض، تعريف السلوك، خصائص السلوك، السلوك الصحي، بعض المفاهيم المرتبطة بالسلوك الصحي، أنماط السلوك الصحي، العوامل المؤثرة في السلوك الصحي، أنواع السلوك الصحي، النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي، مراحل تغيير السلوك الصحي، علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة.

## 1-تعريف الصحة

تعرف الصحة في المبادئ النظرية الحديثة الى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة. (ديوا،2018، ص88)

كما تعرف الصحة: على أنها حالة من السلامة والكفاءة البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز. (ناجم وآخرون، 2022، ص12)

وفي تعريف آخر للصحة: هي توازن بين الفرد والوسط الذي يعيش فيه والذي يشمل كافة النواحي البدنية والحركية والنفسية والاجتماعية. (نعيم،2013، ص12)

تعرف الصحة: بأنها حالة من التكامل الجسمي، والعقلي، والاجتماعي، وليس مجرد غياب المرض أو الضعف. (رودهام، 2009، ص23).

كما ينظر للصحة من المنظور السوسولوجي: بوصفها نظاما اجتماعيا ثقافيا، أي مجموعة من المؤسسات النظامية التي تستهدف إشباع احتياجات الناس ومن ثم المحافظة على الصحة ومقاومة المرض. (النبلاوي والهاشمي، 2008، ص34)

ويعرف بيركنز (perkinz) الصحة بأنها حالة التوازن بين وظائف الجسم وأن هذا التوازن ينتج من تكيف الجسم للعوامل الضارة التي تتعرض لها بصفة مستمرة، كما أكد على أن تكيف الجسم للعوامل الضارة هو عملية إيجابية مستمرة تقوم بها قوى الجسم المختلفة المحافظة على حالة التوازن. (بن عروس، دس، ص79) كما تعرف الصحة: على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم الناجمة عن تكيفه مع العوامل البيئية التي يعيش فيها الجسم. (المحي، 2012، ص6)

كما تعرف الصحة: هي علم وفن الوقاية من الأمراض وإطالة الحياة وترقية الصحة الفعالية البدنيتين عن طريق الجهود الجماعية المنظمة الساعية لتطهير المحيط، التحكم في الأمراض المستقلة وتعليم الأفراد سبل النظافة والوقاية الشخصية وتنظيم الخدمات الطبية والتمريضية بعرض التشخيص والعلاج المبكرين للأمراض ووضع جهاز اجتماعي يضمن لكل فرد داخل الجماعة معيار حياة ملائم للحفاظ على السلامة. (بوحريص، 2014، ص252)

كما تعرف الصحة: هي الحالة المثالية لتركيب الإنسان الجسماني والعقلي والنفسي والاجتماعي بحيث يكون فيها الشخص خاليا من أي إعاقة أو مرض. (علي وجاسم، دس، ص58)

وتعرف الصحة أيضا: بأنها قدرة الفرد صحيا على التفاعل مع ظروف البيئة الاجتماعية المختلفة وتمكنه من أداء وظائفه بشكل فاعل وفقا لمقتضيات محيطية الاجتماعي الذي يعيش فيه. (عبد، 2020، ص123)

كما يقصد بالصحة العامة: حماية صحة الأفراد من كل ما من شأنه أن يضربها من أمراض أو أوبئة، حيث تعتمد الإدارة الى تطعيم الأفراد من الأمراض المعدية وتتخذ الإجراءات التي تمنع انتشارها، كما تشرف على توفير المياه الصالحة للشرب وتراقب صلاحية الأغذية للاستهلاك البشري ومدى تقيد المجال العام بالشروط الصحية. (بن محفوظ وبوجادي، 2021، ص84)

ويعرفها هوريلمان 1995 hurelmann أنها عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما. وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متناسبة مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة. (حربوش، 2017، ص251)

ومن العوامل المحددة للصحة هي:

- التراث البيولوجي والجيني

- الجنس

- الثقة

- النمو الصحي خلال الطفولة

- شبكات الدعم الاجتماعي

- التربية ومحو الأمية

- العمل وظروف العمل

- المحيط الاجتماعي

- المحيط الجسدي

- عادات الحياة ومهارات التكيف الفردية

- المراكز الصحية

- الدخل والوضع الاجتماعي (سائل، 2021، ص28)

والصحة: هي حالة من الرفاهية أو نقص المرض وهي في الواقع امتياز إنساني. (حسين وآخرون، 2022،

ص554)

وتعرف منظمة الصحة العالمية تعريفا إيجابيا للصحة وهو أن الصحة حالة من الرفاهية البدنية الكاملة

العقلية والاجتماعية وليس مجرد غياب المرض والعلل. (بولنج، 2007، ص 31)

ويعرف فوزي جاد الله الصحة على الوجه التالي: الصحة من ناحية شدتها يمكن أن ينظر إليها على أنها

مدرج قياس، أحد طرفيه الصحة المثالية والطرف الآخر هو انعدام الصحة (الموت) وبين الطرفين درجات

متفاوتة من الصحة. (شعباني، 2006، ص146)

من خلال التعاريف السابقة ترى الطالبة الباحثة أنه يمكن فهم الصحة من خلال منظورين متكاملين

المنظور الأول المصور الذاتي والذي يعتمد على إدراك الشخص لصحته مثل الرفاهية النفسية والراحة الجسدية

أما فيما يخص المنظور الثاني يتمثل في المنظور الموضوعي فهو يقدم تقييم خارجا لحالة الفرد الصحية.

لذلك يمكن القول أن الصحة المزيج الذي يحققه هذين الجانبين كونهما ضرورتين للحصول على تقييم شامل لحالة الفرد الصحية.

## 2-تعريف المرض

يعرف المرض: بأنه تجسيد طبي لذلك الشعور تتبعه عادة طرق للمعالجة. (ساري،1996، ص142)

كما يعرف المرض: إن المرض عبارة عن اختلال في التوازن الطبيعي (ومع الطبيعة) يجب إصلاحه (حملات وحملات، 2022، ص 127)

ويعرف المرض: هو فساد الصحة وعجز الجسد عن استعمال الدفاع التنظيمي ضد الاعتداءات الخارجية (صدمة، تسمم، عدوى)، وحل الصراعات النفسية. (خنفار، رواق، 2019، ص26)

كما يعرف المرض: بأنه حالة من الاضطرابات التي تعترى الفرد وتخلق لديه مشكلات على مستويات مختلفة (جسما نفسيا واجتماعيا) فالمرض يعبر عن خلل وظيفي يفقد الفرد قدرته على أداء أدواره الاجتماعية بانتظام، أي أن المرض يعني اعتلال في الصحة والعجز عن قيام بالواجبات الاجتماعية. (شيخ، ناصري، 2020، ص 107)

وينظر للمرض أيضا على أنه: حالة التغير في الوظيفة أو الشكل لعضو ما، ويكون الشفاء منه صعبا أو مستحيلا بدون علاج ولإعادة التوازن الفسيولوجي يتطلب ذلك من الجسم عدة عمليات ووظائف لا تدخل في الوظائف الفسيولوجية المسؤولة عن التوازن في العضو المصاب. (حسين،2018، ص 160)

ويعرف المرض أيضا بأنه: حال انحراف الوضع الصحي الذي يتسبب عنه الشعور بعدم الاطمئنان على الوضع الاعتيادي العام للمريض. (السبعوي،2009، ص 399)

أما فيما يخص النظرة الطبية العملية للمرض: يعني الفشل أو الاضطراب في عمليات النمو والتطور وأداء الوظائف والتكيف سواء بالنسبة للجسم ككل أو لأي من أعضائه وأجهزته.

وقد حدد أوبري لويس: Lewis Aubrey ثلاث محاكات طبية تقليدية لتحديد المرض هي:

-إحساس المريض بمشاعر ذاتية بالمرض

-اكتشاف خلل في وظيفة عضو ما

-ظهور بعض الأعراض التي تتطابق مع نموذج إكلينيكي معين، أو مع نظرية إكلينيكية للمرض يعتمدها الطبيب. (بن فرج الله، 2022، ص 139)

كما يعرف المرض: هو الحالة التي يكون عندها العقل أو النفس أو الجسم أو بعض أجهزته أو أعضائه في حالة اضطراب وخلل في وظائفها. (ميلاط، 2016، ص 372)

ويعرف المرض أيضا: حدث محسوس يصيب فردا ما وهو حدث اجتماعي تفرضه الظروف البيولوجية للإنسان. (الفتلاوي والعدراوي، 2017، ص 501)

والمرض: هو الحالة غير السوية للجسم أو أحد أجزائه، بحيث يحدث اضطراب أو ارتباك في وظيفته، ويتم فهم المرض -طبيا - من خلال التركيز على النواحي الموضوعية والمفاهيم الطبية المرتبطة بالحالة العضوية المحددة في الجسم (ماقري، 2018، ص 199)

وفي سياق ذاته المرض: هو فقدان الجسم للياقة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية أو هو فقدان حالة التوازن الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي مما يؤدي الى القصور الوظيفي لعضو من الأعضاء أو أكثر ويصعب ذلك ظهور الاعراض والعلامات المميزة للمرض والتي تبعا لها قد يكون المرض خفيفا، متوسطا أو شديدا. (لفقير وسلامي، 2019، ص 102)

ويعرف المرض أيضا: على أنه مجموعة أعراض وعلامات (كضغط الدم وارتفاع درجة الحرارة والغثيان...الخ). (شابو، 2019، ص 282)

ويقصد بالمرض أيضا: الاضطراب الوظيفي المتطور، فالمرض ليس حالة ثابتة، وإنما حالة حركية متطورة تطور غير طبيعي في جسم الانسان، وهذا التطور قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه ينتهي دائما بنتيجة قد تكون إما الشفاء التام أو الوفاة أو تقف في مرحلة وسط تعمل على إعداد الجسم لظروف جديدة. (مختار، 2014، ص 175)

وخلال ما تم عرضه من تعاريف سابقة للمرض يمكن تعرفه على أنه: خلل وظيفي يؤثر على الفرد بشكل سلبي ويمكن أن يحدث نتيجة عوامل داخلية وخارجية.

### 3-تعريف السلوك:

**مفهوم السلوك الإنساني:** هو النشاط الموجه نحو هدف ما، من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجته كما خبرها في المجال الظاهري الذي يدركه. (أحمد، 2023، ص90)

**ومفهوم السلوك الإنساني:** يعتبر السلوك مجموع النشاط النفسي والجسمي والحركي والفسولوجي واللفظي الذي يصدر عن الانسان وهو يتفاعل مع بيئته. (أبو أسعد، 2014، ص21)

**يعرف جونستون وبنبيكر 1980 السلوك بأنه:** ذلك الجزء من تفاعل الكائن الحي مع بيئته، الذي يمكن من خلاله تحري حركة الكائن الحي او حركة جزء منه في المكان والزمان، والذي ينتج عنه تغير للمقياس في جانب واحد على الأقل من جوانب البيئة. (الخطيب، 2003، ص18)

**كما يعرف السلوك:** بأنه ذلك النشاط الإنساني الذي يصدر عن الانسان من قول أو فعل أو عمل سواء أكان إراديا أم غير إرادي، ظاهريا أم باطنا. (الشريفين، 2002، ص 5)

**ويعرف السلوك الإنساني:** على أنه الأنشطة المتعددة التي يقوم بها الانسان في حياته وذلك لكي يتكيف مع متطلبات البيئة والحياة المحيطة به فهو بذلك عبارة عن ممارسات يؤديها الانسان لحركات وفعاليات جسمية ونفسية الغرض منها إشباع وتحقيق حاجاته. (حفيظي، 2022، ص480)

**كما يعرف السلوك:** بأنه كل نشاط أو فعل أو عمل أو لفظ موجه يقوم به شخص لتحقيق هدف أو إشباع حاجة معينة. (الكعبي، 2009، ص1).

**وفي السياق ذاته يعرف السلوك:** هو سيرة الفرد واتجاهاته، غالبا ما يرتبط السلوك بالبيئة المحيطة بالفرد، يكون السلوك واعيا أو غير واعيا، واختياري أو غير اختياري. (بوكعبة وبشقة، 2020، ص 807)

**كما يعرف السلوك:** هو مجموعة التصرفات والتعبيرات الخارجية والداخلية التي يسعى الفرد عن طريقها الى تحقيق عملية التأقلم والتوفيق بين مقومات وجوده ومقتضيات الإطار الاجتماعي الذي يعيش داخله. (مازن وإبراهيم، دس، ص 20)

**ويعرف السلوك أيضا:** كل أشكال الأفعال والتصرفات والتعبيرات ومحاولات التأثير وغيرها من الأنشطة التي يمارسها الإنسان خلال حياته. (نعيم، 2013، ص 19)

ويعرف عزيز حنا نقلا عن يوسف محمد 1981: السلوك أنه كل أنواع النشاط العقلي سواء كانت فيه حركة ظاهرية كالرسم والكتابة والحل والتركيب او لم تكن واضحة كالتفكير والتخيل. (مدني وآخرون، 2017، ص 831)

نستنتج من التعاريف السابقة للسلوك أن السلوك يكون إما وراثيا أو مكتسب وأنه غالبا ما ينتج نتيجة لتأثره بالبيئة المحيطة والعوامل النفسية.

### 3-1 خصائص السلوك:

#### 1 القابلية للتنبؤ:

إن السلوك الإنساني ليس ظاهرة عفوية ولا يحدث نتيجة للصدفة وإنما يخضع لنظام معين وإذا استطاع العلم تحديد عناصر ومكونات هذا النظام فإنه يصبح بالإمكان التنبؤ به ويعتقد معدلي السلوك أن البيئة المتمثلة في الظروف المادية والاجتماعية الماضية والحالية للشخص هي التي تقرر سلوكه، ولذلك نستطيع التنبؤ بسلوك الشخص بناء على معرفتنا بظروفه البيئية السابقة والحالية، وكلما ازدادت معرفتنا وكانت تلك المعرفة بشكل ضروري أصبحت قدرتنا على التنبؤ بالسلوك أكبر، ولكن هذا لا يعني أننا قادرون على التنبؤ بالسلوك بشكل كامل، فنحن لا نستطيع معرفة كل ما يحيط بالشخص من ظروف بيئته سواء في الماضي أو الحاضر. (عباس، 2021، ص 80)

#### 2-القابلية للضبط:

إن الضبط في ميدان تعديل السلوك عادة ما يشمل تنظيم أو إعادة تنظيم الأحداث البيئية التي تسبق السلوك أو تحدث بعده، كما أن الضبط الذاتي في مجال تعديل السلوك يعني ضبط الشخص لذاته باستخدام المبادئ والقوانين التي يستخدمها لضبط الأشخاص الآخرين. (بترس، 2010، ص 18)

#### 3-القابلية للقياس:

بما أن السلوك الإنساني معقد لأن جزءا منه ظاهر وقابل للملاحظة والقياس والجزء الأخير غير ظاهر لا يمكن قياسه بشكل مباشر، لذلك فإن العلماء لم يتفقوا على نظرية واحدة لتفسير السلوك الإنساني، وعلى الرغم من ذلك فالعالم لا يكون علميا دون تحليل وقياس الظواهر المراد دراستها، وعليه فقد طور علما النفس أساليب مباشرة لقياس السلوك كالملاحظة وقوائم التقدير والشطب وأساليب غير مباشرة كاختبارات الذكاء

واختبارات الشخصية وإذا تعذر قياس السلوك بشكل مباشر فمن الممكن قياسه بالاستدلال عليه من مظاهره المختلفة. (أبو أسعد، 2014، ص 24)

من خلال ما سبق ترى الطالبة الباحثة أن الباحثين قد اجمعوا على أن هناك ثلاثة خصائص أساسية للسلوك الإنساني هي القابلية للتنبؤ، القابلية للضبط، القابلية للقياس.

#### 4-تعريف السلوك الصحي

يعرف كل من كوب وكازل ( kasl and coob ) السلوك الصحي: بأنه أي نشاط يقوم بأدائه الفرد الذي يعتقد الفرد في نفسه أنه معافى صحيا بهدف الوقاية من الأمراض أو الكشف عن أعراض المرض في مرحلة مبكرة. (عرعار وبوضياف، 2020، ص 683)

وفي السياق ذاته يعرف السلوك الصحي: بأنه النشاط الذي يمارسه الفرد نتيجة لتفاعله مع البيئة كما يعتبر مجموعة الأفعال التي تتصف ببعض الخصائص المحددة. (بن سميثة، 2021، ص 39)

ويرى حربوش 2019: بأن السلوك الصحي الوقائي هو كل عمل يقوم به الأفراد معتقدين أنهم سيكونون بصحة جيدة من أجل الحفاظ على صحتهم في حال انتشار الأمراض في البيئة المحيطة بهم. (رميض وجميل، 2022، ص 850)

كما يعرف السلوك الصحي نقلا عن نايت عبد السلام 2014: أنه مجموعة من السلوكيات هدفها الوقاية من الأمراض والمحافظة على دوام الصحة. (فقيير وربيعي 2021، ص 1174)

كما يعرف الصبوة السلوك الصحي الإيجابي : بوصفها تلك الأفعال و النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الأفراد أو الفرد الواحد بمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه من الأذى و الضرر البدني و النفسي أو تجعله يقلع عن الانحراف و الشذوذ و تساعده في الكشف المبكر للمرض و العجز و الميل الشاذ أو يساعده في تخفيف من المعاناة و المرض بحيث يتم تحسين الحالة الصحية البدنية و النفسية و تقليل الانحراف والشذوذ و القضاء عليه و تحميه من المخاطرة التي شأنها إحداث ضرر و أذى بدني أو نفسي أو كليهما ،ومن الاستهداف للانحراف والاستهداف للانحراف والشذوذ السلبي ،وبالتالي فإن معكوس هذه الأفعال و التصرفات تمثل السلوك الصحي السلبي. (عليوة، 2018، ص 74)

يعرف أبو ليلى والعموش 2009 السلوك الصحي بأنه: بأنه الإدراك الواعي والخبرات المنظمة التي تنعكس إيجابيا على صحة الفرد الجسمية والنفسية والحفاظ على البيئة من الملوثات. (فلاحي وبعلي، 2022، ص 408)

ويشير النوري إلى أن السلوك الصحي هو كل ما يصدر عن الفرد من اتجاهات أو أقوال أو أفعال ترتبط بممارسته الصحية. (النوري، 2016، ص219)

ويقصد بالسلوك الصحي: جميع الاستجابات وردود الأفعال الواعية والغير واعية مثل الاستشعار بالأعراض المرضية بصورة ذاتية أو عن طريق الآخرين بسبب خلل أو اضطرابات جسمية أو نفسية وتتضمن الكثير من الاستجابات المحتملة في اتخاذ القرارات في البحث عن الجهات الطبية المتخصصة، والاعتقاد بأسباب المرض والإجراءات الوقائية والعلاجية التي يقوم بها الأفراد للحفاظ على صحتهم. (أبو ليلى والعموش، 2009، ص 144)

يعرف سرافينو السلوك الصحي بأنه: أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من الأمراض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة. (عيادي، جبالي، 2015، ص 284)

ويعرف محمد الأمين 1982: بأنه كل ما يصدر عن الفرد من اتجاهات وأقوال ترتبط بممارسته الصحية. كما يعرفه احمد أمين فوزي 2003: بأنه كل ما يصدر عن الفرد من تصرفات وحركات وأفعال أو نشاط (مدني وآخرون، 2017، ص 832)

يعرف جوشمان Gochman السلوك الصحي: بأنه يخص أولئك الأشخاص الذين يتميزون مثلا بقناعات، توقعات دوافع، قيم، إدراك ومعارف كخصائص شخصية تشمل على حالات عاطفية شعورية وميزات وأنماط سلوكية واضحة، أفعال وعادات مرتبطة بصيانة استعادة وتحسين الصحة. (برجم، 2017، ص 284)

وفي نفس السياق يعرف بركيرسون السلوك الصحي: يرجع لأفعال الأفراد المجموعات والمنظمات فضلا عن العوامل المحددة لهذه الأفعال حيث يشمل هذا كله التغيير الاجتماعي، الوعي السياسي والإنجازات المحققة، محسنة بذلك المهارات ومعززة لنوعية الحياة. (بلبول، 2013، ص83)

كما يعرف السلوك الصحي: على أنه سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيز فيها على دور الاتجاهات والمعتقدات في تشكيل السلوك الصحي الإيجابي. (النادر وآخرون، 2017، ص 327)

ويشير نولدنر 1989 Noeldner إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف الى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد. (بطاط، 2018، ص39)

ويعرف تروشكا وآخرين السلوك الصحي على أنه الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الامراض ومنع حدوثها. وهذا يشمل على أنماط السلوك الصحي التي تبدو ملائمة من اجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية. (رضوان وريشكة، 2001، ص 9)

وعرفته هادي بأنه: مجموعة من السلوكيات الصحية التي يتبعها الفرد للحفاظ على صحته والوقاية من المرض واستخدام الأساليب الصحية على أنها أسلوب حياة. (هادي، 2018، ص 229)

ويعرف إسماعيل ومتولي وعطية السلوك الصحي على أنه: مجموع السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب على اعتبار صحة الفرد هي نتاج تكامل جوانب النمو الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية. (إسماعيل وآخرون، 2022، ص 149)

ويعرف زعطوط وقريشي السلوك الصحي على أنه الكيفية التي يتعرف بها المريض على الاعراض التي تظهر عليه وعلى مراقبة جسمه وطلب المساعدة وهو جزء من السلوك الصحي العام. (زعطوط وقريشي، 2014، ص 282)

يعرف فيربر 1979 Ferber السلوك الصحي على أنه: مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية. (بوعيشة، 2021، ص70)

ويعرف الصمادي السلوك الصحي على أنه: مجموعة السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب انطلاقا من نظرية الاختيار ونظريات النظم والتي تنظر الى الصحة العامة للفرد كمحصلة لتكامل جميع جوانب الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية على اعتبار ان صحة الطالب هي من خلال قيام جميع أجهزة الجسم بوظائفها على أكمل وجه وألفة وانسجام. (صمادي والصمادي، 2011، ص84)

ترى الطالبة الباحثة أن السلوك الصحي يكتسب من طرف الاسرة ويعزز وينمى عبر الوقت من باقي المؤسسات الاجتماعية الأخرى، وأن هدفه الأول يتمثل في الحفاظ على الصحة والوقاية من الإصابة بالمراس.

## 5- بعض المفاهيم المرتبطة بالسلوك الصحي:

أسلوب الحياة:

حيث يعرفونه أنصا التوجه السلوكي بأنه القرارات والسلوكيات المرتبطة بالصحة التي تتحكم في أداء الفرد الى حد كبير. أو أنه السلوكيات النوعية التي تمثل عوامل خطر الإصابة بالأمراض أو الموت الفجائي. (مصطفى، 2014، ص29)

### التربية الصحية:

عرفها سلامة بأنها عملية تغيير أفكار واحاسيس وسلوك الأفراد فيما يتعلق بصحتهم. (جمعية، 2017، ص 82)

### الامن الصحي:

حيث تعرف بروبة الأمن الصحي على انه: عبارة عن الاستراتيجيات المتبعة من مختلف القطاعات الاجتماعية الصحية، التعليم، الأمن والاقتصاد... للمحافظة على السلامة الصحية للأفراد من خلال القضاء والوقاية من تفشي الامراض المعدية والمتقلة وكل المخاطر والتهديدات الطبيعية والبشرية. (بوروبة، 2021، ص 1125)

### العادة الصحية:

هي عادة ترتبط بسلوك الصحي راسخ، يؤدي بشكل أوتوماتيكي ولا يستدعي تدخل الشعور. وغالبا ما تتطور العادات في مرحلة الطفولة وتثبت ما بين الحادية عشرة والثانية عشرة. (تايلور، 2008، ص109).

### الوعي الصحي:

ويقصد به الإلمام بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم. وهو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والاقناع وتحول تلك الممارسات الصحية الى عادة تمارس بلا شعور او تفكير. (العربي وحريتي، 2018، ص 3)

### التثقيف الصحي:

تعتبر عمارة 2013 التثقيف الصحي بانه عملية متصلة ومستمرة وتراكمية، فهي لا تهدف الى إيصال المعرفة فقط ولكن الى تغيير السلوك من سلوك صحي غير سليم الى سلوك صحي سليم، فالتثقيف الصحي هو عملية توعية يتم من خلالها تزويد أفراد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف تأثير بشكل إيجابي على سلوكياتهم ومعلوماتهم وكذا ممارستهم واتجاهاتهم فيما يخص صحتهم. (عمارة، 2013، ص 120)

الصحة السلوكية:

مجال دراسي متعدد التخصصات يهتم بتعزيز الصحة والوقاية من الامراض لدى الأشخاص الأصحاء.

(Lyons and chamberlain ,2005,p372)

## 6-أنماط السلوك الصحي:

البعد الوقائي:

ويتضمن الممارسات الصحية التي تحمي الانسان من خطر الاصابة بالمرض كالحصول على التلقيح

ضد مرض معين، أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية (ملال وملال،2021، ص380).

بعد الحفاظ على الصحة:

ويشير الى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد بالإقبال على الأكل الصحي

مثلا أو التقييد بسلوكات صحية أخرى منصوص بها.

بعد الارتقاء بالصحة:

يشير الى الممارسات الصحية التي من شأنها أن ترتقي بصحة الفرد الى أعلى مستويات ممكنة من خلال

النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم. (عيادي، عبيدي،2021، ص 96)

وقد قسم ماتارازو و Matarozzo1984 السلوكات الصحية من حيث:

العادات الغربية على الصحة:

التي دعاها مسببات السلوكية للأمراض (مثل التدخين، تناول نظام غذائي عالي الدهون)

السلوكات الوقائية الصحية:

والمسمات المناعية السلوكية: مثال حضور فحص الصحة.

وباختصار فرق ماتارازو (1984) بين نوعيين من السلوكات: السلوكات التي لها أثر سلبي على صحة الفرد

واعتبرها سلوكات ممرضة مثل التدخين، تناول جرعات عالية من الكحول والسلوكيات التي لها أثر إيجابي

وهي السلوكات المناعية مثل تنظيف الاسنان مع الفحوصات الدورية، عدد ساعات نوم كافية في الليل (خنفار

ورواق،2018، ص 27-28)

كما حدد جوشمان 1988 أنماط السلوك الصحي في ثلاث فئات

### السلوك الصحي الوقائي:

الذي يعني أي نشاط يقوم به الفرد وهو يعتقد أنه يحاول منع أو كشف المرض وهذا يشمل سلوك الرعاية الذاتية الذي يهدف الى إضفاء الحماية المحتملة مثل ارتداء الخوذة عند ركوب الدراجة واستخدام حزام الأمان عند قيادة السيارة والواقي الذكري أثناء الممارسة الجنسية. (السيد، سليمان، 2021، ص 382-383)

كما يشير فراج 1999 بأن السلوك الصحي الوقائي بأنه الفهم والادراك السليم اللازمان للأفراد للتعرف على مواضيع الخطر واكتساب القدرة على مواجهتها والتعرف السليم حيالها في مؤسساتهم ومنازلهم وبيئاتهم المختلفة دون أن يتعرضوا للخطر أو الحاق الأذى بالآخرين (رميض وجميل، 2022، ص 850)

بحيث 50% من الوفيات تثبت فيها 10 أمراض أغلبها قابلة للوقاية كما يمكننا تجنب 25 من نسبة الوفاة بالسرطان بمحاربة التدخين، وتخفيض 10% من وزن البالغين بين (35-56 سنة) يؤدي الى انخفاض نسبة 20% من إصابات شرايين القلب وكذا الرئة والسكري وجلطات القلب والدماغ. (برجم، 2018، ص 62)

### السلوك المرضي:

أثبتت الدراسات التي أجريت في النصف الثاني من القرن العشرين بشكل خاص أهمية السن والجنس في السلوك المرضي وكذا ارتباطه بالعرق والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية الاقتصادية التي تؤثر في سرعة ظهور الأعراض.

وتوصل ميكانيك (Mekanic 1995) في دراسة للمحددات الشخصية للسلوك المرضي الى أن هذه الأخيرة تنشأ من أسباب معقدة تتضمن التركيبات البيولوجية قبل المرض، طبيعة العرض، المؤثرات الوقفية والحوافز الخاصة بنظام العناية الذاتية وبذلك فإن الطبقة المتوسطة والمنخفضة هي أكثر ميلا الى التأخر في السعي للعناية الصحية المختصة مع وجود أعراض خطيرة. (نوار، 2014، ص 194)

### سلوك لعب دور المريض

أي فعل يقوم به الفرد يعتبر نفسه من خلاله أنه مريض من أجل الحصول على حالة جيدة بحيث تتضمن هذه الحالة إجراءات طبية علاجية وبشكل عام تشمل الكثير من السلوكات المرتبطة بالمرض وتؤدي الى الاعفاء من بعض المسؤوليات المعتادة. (بلبول، 2015، ص 22)

### برسوتز عرف دور المريض بأربع خصائص رئيسية:

- الفرد المريض حر أو معفى من تحمل الأدوار الاجتماعية الطبيعية الخارجة، زيادة صرامة المرض تزيد من تحرر الفرد من الأدوار الاجتماعية الطبيعية.
- أن الفرد ليس مسؤول مباشر عن المأزق أو المشكل
- الفرد المريض يحتاج للمعالجة للكسب الحسن
- كما ان الفرد المريض في دور المرض يجيب أن يسعى للمساعدة الكافية والتعاون مع العناية الطبية للنيل الحسن (بطاط، 2018، ص ص 77-78).

في حين قدم صمادي والصمادي 2011 العديد من الصور للسلوك الصحي منها:

#### أ. السلوك الصحي الوقائي:

وهو نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى صحياً، بغرض الوقاية ضد الأمراض.

#### ب. السلوك الصحي المرضي:

وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يدرك أنه مريض ليصل الى حالة من الصحة والشفاء بالعلاج المناسب له من خلال ممارسة التمرينات الرياضية وتناول الطعام الصحي والرعاية الذاتية والنوم وتجنب التدخين واستخدام العقاقير النفسية. (النواصره، وآخرون، 2018، ص 1117)

#### ت. السلوك الصحي بحكم العادة:

وهو السلوك الذي يتفاده الفرد للحفاظ على صحته (النفسية أو الجسمية)

(نجم وجبار، 2022، ص 591)

وقد ذكر سليمان 2023 أنماط أخرى للسلوك الصحي وهي كالاتي

- السلوكات النفسية والاجتماعية الإيجابية

- سلوك العناية الذاتية

- الرياضة المنتظمة

- الطعام الصحي

- تجنب المواد المؤثرة نفسيا

- النوم الصحي المنتظم (سليمان، 2023، ص130)

ويوجد تقسيم آخر للسلوك الصحي تمثل العناصر التالية:

- السلوك الصحي الإيجابي: أسلوب الحياة الصحي

- السلوك الصحي الوقائي

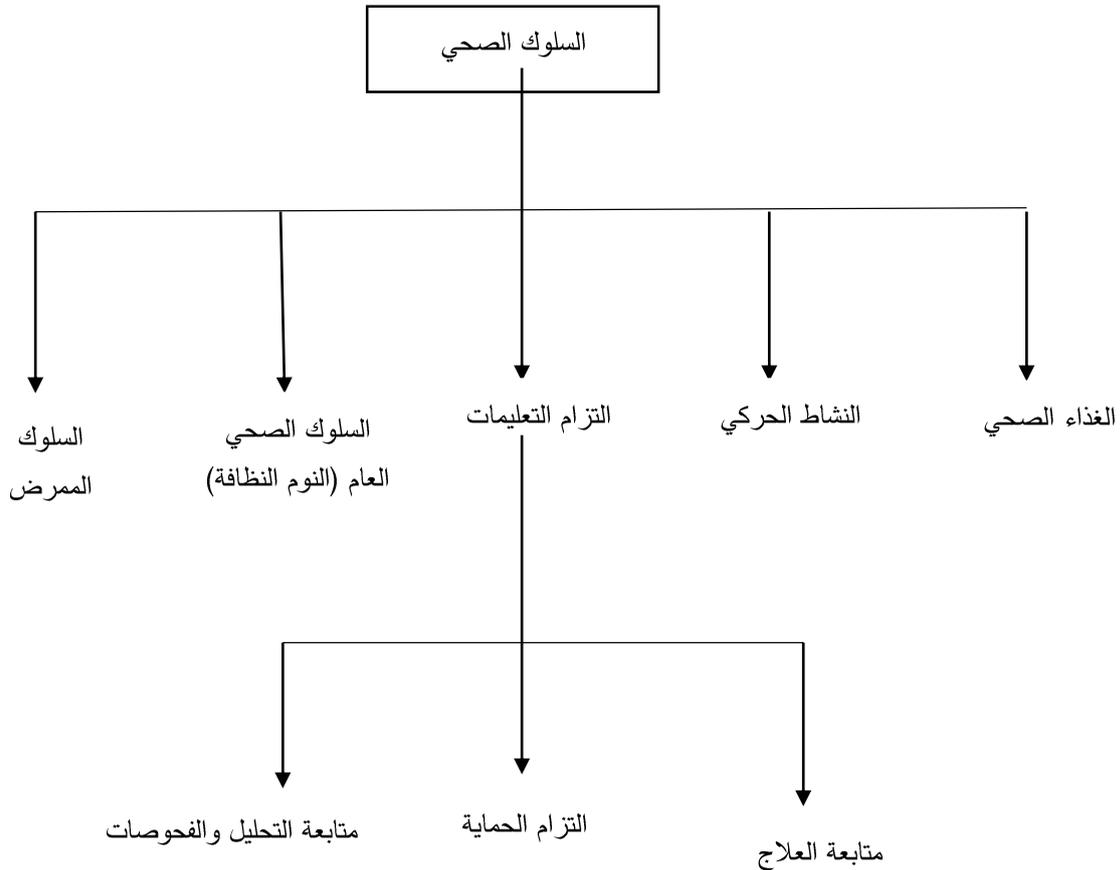
- السلوك المرضي

- دور المريض

- استخدام وسائل العناية الصحية (بوقطوشة، 2013، ص48)

كما طرح زعطوط وقريشي تصورا لأبعاد المكونة للسلوك الصحي وهي كما يلي:

الشكل رقم (1) يمثل أبعاد السلوك الصحي:



(زعطوط وقريشي، 2014، ص 284)

كما حدد بيلوك وبرسيلو belloc et bresslow 1972 أنماط السلوك الصحي التالية:

-النوم لمدة 7-8

-عدم التدخين

-تناول الإفطار في كل يوم

-ممارسة الرياضة بشكل منتظم

-تجنب الأكل بين الوجبات

-تجنب حدوث زيادة في الوزن تزيد عن 10% عن الحد المطلوب

-تجنب المشروبات الكحولية. (سرار، 2020، ص 21)

وقد حددت منظمة الصحة العالمية (2012) أربعة مجالات للسلوك الصحي:

أولاً: مجال العادات الصحية: ويتعلق بتناول الإفطار الصباحي والغذاء وكل ما قد يأكل ويشرب.

ثانياً مجال الممارسات الصحية الوقائية: ويتعلق بتنظيف الأسنان وغسل اليدين وشرب الماء والحفاظ على

الصحة وممارسة الرياضة والوقاية من الأمراض المعدية

ثالثاً مجال الصحة النفسية:

رابعاً: مجال التدخين والمنشطات والمواد المخدرة. (السراي، 2018، ص 11)

ترى الباحثة أن إتباع الفرد لأنماط السلوك الصحي يعد امر ضروري خاصة في ظل ما يشهده العالم اليوم من انتشار متزايد للأمراض لذا فإن من خلال دمج عادات بسيطة ومستمرة مثل الالتزام بنظام غذائي متوازن وممارسة الرياضة بشكل منتظم و الحصول على قسط كافي من النوم لا يقتصر تأثيرها على الوقاية من الأمراض الجسدية فحسب بل يمكن ان يمتد ذلك ليشمل تعزيز الصحة النفسية و قد يقود أيضا إلى إحداث تحسين في جودة الحياة ، حيث أن باتباع و ممارسة الفرد لهذه العادات الصحية خاصة فيما يوجهه من تحديات صحية راهنة أصبح ذلك بمثابة خط الدفاع المساهم في تقوية الجهاز المناعي لديه لذا فإن الاهتمام بالصحة و محاولة الارتقاء بها يمنحه القوة و المرونة في مواجهة أزمات صحية في وقت لاحق

## 7-العوامل المؤثرة في السلوك الصحي:

-**الصلابة:** هي نمط شخصية يتميز بثلاث سمات رئيسية هي

**الالتزام:** وهو الوعي الدائم بالهدف الذي نسعى لتحقيقه.

**الضبط:** وهو القدرة على التحكم في النفس وتوجيه السلوك نحو تحقيق الأهداف.

**التحدي:** يعتبر التحدي محرك للتغيير والنمو الشخصي، ويشجع على تبني منظور إيجابي تجاه التطور المستمر.

**نمط الشخصية:** أظهرت الدراسات أن لاختلاف شخصية الأفراد دور يساهم بدرجة معينة في تبنيهم للسلوكات الصحية، حيث أكدت الدراسات أن أنواع الشخصيات المختلفة ترتبط ارتباطا وثيقا ببعض الأمراض فمثلا، أشارت

الأبحاث إلى أن الأشخاص ذوي الشخصية من النوع A و B أكثر عرضة لأمراض القلب بينما يرتبط الأشخاص ذوي الشخصية من النوع C بالأورام السرطانية و النوع D بأمراض القلب أيضا(عيادي، 2022، ص41).

**المعتقدات الصحية:** وهي الطريقة التي نفكر بها حول الصحة حيث أن معتقداتنا حول الصحة تؤثر بشكل كبير على سلوكنا الصحي. تتشكل هذه المعتقدات نتيجة عوامل متعددة، منها فهمنا للصحة. وهذا ما نقشناه بشكل مفصل في الفصل الأول، ومن أجل ذلك سوف نعرضه بشكل مختصر هنا، بالإضافة الى توضيح تأثير سلوكنا الصحي على كل من: مركز الضبط والهوية الثقافية، والمستوى المعرفي لدينا مع التركيز على نموذج التنظيم الذاتي ل ليفينثال والذي يساعدنا على فهم كيفية استجابتنا للمرض (رودهام، 2009، ص43).

**الهندسة الاجتماعية:** تهدف الهندسة الاجتماعية الى تعديل البيئة المحيطة بطرق تشجع الأفراد على اتباع سلوكيات صحية. وتنقسم هذه التدخلات الى نوعين: إيجابية وسلبية. تعتبر الإجراءات الإيجابية تلك التي تتطلب من الفرد اتخاذ خطوة فعلية، مثل ربط حزام الأمان لحماية نفسه في حالة وقوع حادث. أما الإجراءات السلبية فتلك التي تعمل تلقائيا دون حاجة لتدخل الفرد، مثل الوسائد الهوائية التي تنتشر لحمايته في حالة الاصطدام. (تايلور، 2008، ص154)

**وسائل الاعلام:** تلعب وسائل الاعلام المختلفة (التلفزيون، الراديو، الصحف، الأنترنت) دورا حيويا في تشكيل السلوك الصحي للأفراد وذلك من خلال برامج توعوية متنوعة (علوان، 2019، ص377).

**الضغوط:** إن ارتفاع مستوى الضغط يضعف الالتزام بالسلوك الصحي، ويضعف المناعة، مما يزيد من قابلية الإصابة بالأمراض المعدية والمزمنة ويؤخر التئام الجروح (سليمان، 2023، ص132).

**الجنس:** تختلف الأنماط الصحية بين الجنسين بشكل كبير، إذ تؤثر العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية على سلوك كل منهما. فالذكور، على سبيل المثال، يميلون إلى اتباع سلوكيات أكثر خطورة مقارنة بالإناث، كما أظهرت دراسة كورتي وزملائه 2002.

في حين كشفت دراسة كورتييس 2002 أن النساء يبدن اهتماماً أكبر بصحتهن، ويتجهن للطبيب العام بشكل أكثر انتظاماً من الرجال. (شينار وبولجال، 2020، ص67).

**التعليم:** ترتبط صحة الفرد ارتباطاً وثيقاً بمستواه التعليمي فالتعليم، الذي يزودنا بالمعرفة والمهارات اللازمة للحياة، يؤثر بشكل مباشر على ممارستنا للسلوك الصحي (السيد وسليمان، 2020، ص388).

**العوامل الثقافية:** أظهرت العديد من الدراسات أن الثقافة تؤثر بشكل كبير على نظرتنا للصحة والسلوك الصحي. فكل ثقافة لها طرقها الخاصة في التعامل مع الأمراض والمحافظة على الصحة وهذا يفسر الاختلافات الكبيرة بين الناس في هذا المجال.

وفي تقرير قدمه زولا 1966 حول اختلافات في وصف الأعراض الجسدية بين مجموعتين عرقيتين في الولايات المتحدة الأمريكية لاحظ أن عند زيارة الطبيب المرضى الأمريكيون من الأصل الإيطالي يميلون إلى وصف أكبر عدد من الأمراض الجسمية مقارنة بالمرضى الأمريكيين من أصول إيرلندية، وهذا ما لفت انتباه العديد من الباحثين لإجراء دراسات في هذا الصدد وعليه فقد تم التأكد من أن للاختلافات الثقافية دور في ممارسة السلوك الصحي (بولجال وشينار، 2020، ص71-72).

### إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:

تؤثر سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية بشكل مباشر على سلوكياتنا الصحية، فالحصول على فحوصات منتظمة للكشف المبكر عن الأمراض، مثل السل والتصوير الطبقي للثدي، وتطعيم الأطفال، هي أمثلة واضحة على ذلك، هذه السلوكيات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بمدى توافر المؤسسات الصحية وقربها منا.

كما لا تقتصر تأثيرات سهولة الوصول إلى الرعاية الصحية على الفحوصات المنتظمة فقط فالنصائح الإرشادات التي نتلقاها من الأطباء حول أسلوب الحياة الصحي، مثل فقدان الوزن والتوقف عن التدخين، تشجعنا

على اتخاذ قرارات صحية أفضل، وبالتالي تلعب المؤسسات الصحية دورا حيويا في تشكيل سلوكنا الصحي بشكل عام. (عليوة، 2015، ص106)

كما يوجد تقسيم آخر للعوامل المؤثرة في السلوك الصحي:

هناك عدة عوامل يمكن أن تؤثر في السلوك الصحي

- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المهارات، الاتجاهات...)
- العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي) (عرعار وبوضياف، 2020، ص683).
- العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى المحافظة أو القطر مثلا العروض المتوافرة وسهولة استخدام والوصول الى مراكز الخدمات بمعنى التربية التوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة. (العنزي، 2021، ص28).
- العوامل الاجتماعية والثقافية عموما (مثل منظومات القيم الدنية والعقائدية، الأنظمة القانونية)
- عوامل المحيط المادي (مثل الطقس، الطبيعة، البنى التحتية) (نعيم، 2013، ص25)

من خلال ما سبق عرضه نستنتج أن العوامل المؤثرة في السلوك الصحي تتعدد و تتداخل لتشكل بذلك شبكة معقدة تؤثر على الفرد في اتخاذ قراراته بشأن تبني أو ممارسة سلوك صحي معين ، فالعوامل البيولوجية مثلا نذكر منها على سبيل المثال الوراثة تلعب دورا في الاستعداد لبعض الأمراض ، بينما تؤثر العوامل الاجتماعية كدعم الاجتماعي و العادات الثقافية على قرارات الفرد الصحية ...و غيرها العديد و العديد من العوامل المؤثرة في السلوك الصحي مثل جودة الهواء و الخدمات الصحية باختصار يمكن القول أن السلوك الصحي هو نتاج معقد بين هذه العوامل المتنوعة.

## 8-أنواع السلوك الصحي:

\*السلوك الغذائي الصحي :

التغذية ليست عملية منعزلة، بل هي جزء لا يتجزأ من حياتنا الاجتماعية والثقافية، عاداتنا الغذائية تتشكل بفعل عائلتنا، مجتمعنا، وحتى ثقافتنا، فالتغذية الصحية تتطلب تكييف هذه العادات لتناسب مع أهدافنا الصحية، مع الأخذ في الاعتبار التحديات التي تواجهنا في بيئة معقدة (درياس، 2020، ص37).

كما أن التغذية الصحية هي حجر الزاوية في الحفاظ على صحة جيدة والوقاية من الأمراض، فاختيار الأطعمة المناسبة يمثل خط الدفاع الأول ضد الأمراض المزمنة مثل السكري والسمنة وأمراض القلب، على الرغم من اختلاف عادات الأكل بين المجتمعات والأفراد، إلا أن إتباع نظام غذائي متوازن يبقى ضرورة ملحة لصحة أفضل. (عيادي، 2022، ص29-30)

فقد أثبتت العديد من الدراسات وجود ارتباط وثيق بين أنماط التغذية وانتشار الأمراض المختلفة، فاختلاف العادات الغذائية بين المناطق يؤدي إلى تفاوت في معدلات الإصابة بأمراض القلب والشرابين والسرطان، على سبيل المثال يرتبط ارتفاع استهلاك الدهون المشبعة بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب، بينما يرتبط تعاطي التبغ بارتفاع نسبة الإصابة بسرطان الفم (حربوش، 2019، ص347)

ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية: يمكن تجنب ما يصل إلى 80% من ثلث حالات أمراض القلب التاجية و90% من حالات مرض السكري من نوع 2 وثلث السرطانات عن طريق التحول إلى نظام غذائي صحي، وزيادة النشاط البدني والإقلاع عن التدخين. (slimàkova, 2008, p2)

لذا فإن التحلي بالعادات الغذائية الصحية وتعديل النظام الغذائي يعد وسيلة فعالة لتحسين الصحة العامة.

### \*سلوك ممارسة الرياضة :

يقصد بسلوك ممارسة التمرينات الرياضية بأنه نشاط بدني منتظم ومتكرر وبهدف الحفاظ على اللياقة البدنية الجيدة وصحة المثالية.

وقد شهدت السنوات الأخيرة تقدماً ملحوظاً في فهم المختصين لاحتياجات الإنسان من النشاط البدني، وقد أظهرت الأبحاث العلمية وجود علاقة وثيقة بين العمر والحالة الصحية ونوع التمارين المناسبة، ونتيجة لهذه الدراسات، تم تحديد أربعة مستويات أساسية لممارسة التمارين الرياضية

1- مستوى الأنشطة البدنية الحياتية: لزيادة النشاط البدني يمكننا دمج تمارين بسيطة في روتيننا اليومي كالمشي

إلى العمل أو المدرسة، واستخدام الدرج بدلا من المصعد، والقيام بالأعمال المنزلية، هذه الأنشطة البسيطة تساهم بشكل كبير في تحسين الصحة العامة.

2 - مستوى الأنشطة البدنية الهوائية: مثل (المشي، السباحة، ركوب الدراجة حيث يجدر ممارستها بانتظام وذلك من 3-5 مرات أسبوعيا لمدة زمنية بين 30 - 60 دقيقة.

3 - مستوى تمارين القوة العضلية وتمارين المرونة: والتي ينبغي تكرارها بواقع مرتين إلى ثلاث مرات أسبوعيا.

4- مستوى الإقلال من الراحة والخمول: مثل الجلوس المطول أمام الشاشات أو البقاء في السرير دون مبرر صحي. (شويخ، 2012، ص68)

فالمشاركة في الرياضة تساهم في تحسين جودة الحياة على المستوى الفردية والمجتمعية من خلال تعزيز الصحة البدنية والنفسية والتكامل الاجتماعي، واحترام الذات وتوسيع آفاق المعرفة، على العكس يؤدي الخمول البدني الذي يؤدي إلى زيادة مخاطر السمنة والأمراض المزمنة مما يؤثر سلبا على جودة الحياة (طهيري، 2023، ص559).

فقد أكدت دراسة Powers coll سنة 2007 أن ممارسة الرياضة لمدة 60 دقيقة يوميا، وبكثافة تتراوح بين 60% و70% من أقصى استهلاك للأكسجين تقلل خطر الإصابة بأمراض الشرايين التاجية وتجنب المضاعفات القلبية الناتجة عن النوبات القلبية. (سي بشير وظريفة، 2016، ص8).

على الرغم من انتشار الخمول البدني بشكل كبير في أنحاء العالم، حيث أصبح قلة النشاط البدني وضعف ممارسة الرياضة سمة من سمات العصر الحديث، حيث تشير التقديرات إلى أن 60% من الأطفال و71% من الشباب و80% من البالغين يعانون من قلة النشاط البدني كما أصبح الخمول البدني يشكل تحديا كبيرا في العالم خصوصا في العالم العربي وذلك بنسبة 60% (القص، 2016، ص158).

حيث أشارت منظمة الصحة العالمية في تقرير لها عام 2002 أن قلة ممارسة التمارين الرياضية أصبحت وباء عالمي حيث تحتل المرتبة الرابعة من بين الأسباب الرئيسية المسبب للوفيات بنسبة 6% عالميا كما تحدد الإحصائيات أن الخمول البدني يعد السبب الرئيسي وراء إصابة نحو 21% و25% بسرطان القولون والثدي و27% من مرض السكري (أل عقران، 2020، ص139).

لذا تعد الرياضة هي مفتاح الصحة والعافية، فهي تعزز اللياقة البدنية وتقوي الجسم، مما يمكن الفرد من أداء مهامه اليومية بفعالية أكبر والمساهمة بشكل إيجابي في مجتمعه (ربوح وآخرون، 2019، ص665)

يذكر سمير سيد (2009) أن أهمية وفوائد النشاط الرياضي ترجع إلى:

- 1 من خلال ممارسة الرياضة يستطيع الفرد تعزيز قدرته على التعبير عن مشاعره بطريقة صحيحة، وتطوير مهاراته في التعامل مع الآخرين، وتحسين قدرته على التحكم في ردود فعله الانفعالية.
  - 2 الحاجة الماسة إلى برامج لتطوير القدرات البدنية للشباب مما يمكنهم من الاستفادة المثلى من أوقات فراغهم في أنشطة صحية وهادفة بعيدا عن السلوكيات الضارة.
  - 3 المساهمة في تعزيز الصحة العامة والعافية للفرد.
  - 4 تعزيز ووظائف الأعضاء الحيوية.
  - 5 صقل المهارات الجسدية والعقلية والنفسية.
  - 6 الوصول إلى القوام المثالي من خلال بناء عضلات قوية وتحسين اللياقة البدنية (أل عقران، 2020، ص141).
- بالإضافة إلى أن ممارسة التمارين الرياضية تساهم بشكل كبير في تنمية شخصية الفرد الذي يمارس الرياضة باعتبار أن ممارسة النشاط البدني من الوسائل الفاعلة في تحقيق النمو الجسمي، بالإضافة إلى تهديب وتعديل السلوك.

حيث يرى ياسين 2008 أن ممارسة الرياضة بصورة عامة بمثابة فرصة لتعديل وتطوير سلوك الفرد وسماته الشخصية من مختلف الجوانب (نعيم، 2013، ص30).

**\*سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية :**

يشكل التدخين تهديدا كبيرا على فئات المجتمع خاصة الشباب، بسبب أثاره الضارة والمتعددة على الصحة على المدى القصير والطويل، لذا تركز العديد من الدراسات على الكشف على هذه الأضرار، حيث أكدت دراسة للكلية الملكية للأطباء في بريطانيا أن كمية النيكوتين الضئيلة الموجودة في سيجارة واحدة كافية للقضاء على حياة شخص سليم إذا ما تم حقنها مباشرة في عروقه (صدقة وبن لمبارك، 2021، ص335).

فالتدخين يؤدي إلى الإصابة بأمراض خطيرة كالسرطان وغيرها من الأمراض القاتلة بسبب المواد السامة الموجودة في دخان السجائر، إذ يحتوي دخان السجائر على أكثر من 4000 مادة كيميائية سامة، منها 250 مادة ضارة و50 مادة مسرطنة. حيث لا شك أن التدخين هو المسبب الرئيسي لـ 85% من حالات سرطان الرئة، كما يرتبط ارتباطاً وثيقاً بزيادة خطر الإصابة بأنواع أخرى من السرطان مثل سرطان الشفاه، اللسان، الفم، الحنجرة، البلعوم، المريء، القصبة الهوائية، المعدة والمثانة. (حربوش، 2019، ص354)

كما أكدت هذا الطرح إحصائيات أمريكية حيث ذكرت أن 30% من السرطان سببها التدخين 21% من حالات الذبحة الصدرية سببها التدخين (صدقة وبن لمبارك، 2021، ص296).

وقد كشفت أحد التقارير الطبية الصادرة عن اللجنة الأمريكية لمكافحة السرطان عن ارتفاع هائل في حالات الإصابة بسرطان الرئة، حيث بلغ عدد الحالات الجديدة سنوياً 60 ألف حالة، والمقلق أن 98% من هؤلاء المرضى مدخنون، كما أن عدد الوفيات الناجمة عن هذا المرض وصل إلى 27 ألف حالة سنوياً، وحوالي 92% من هؤلاء المتوفين كانوا مدخنين (القسم العلمي بمدار الوطن، د.س، ص16).

ففي دراسة طبقت في الهند أظهرت أن التدخين عامل رئيسي في وفاة مرضى السل، حيث يمثل المدخنون نصف حالات الوفاة بهذا المرض (بهلول، 2009، ص37)

ويشير تقرير لمنظمة الصحة العالمية لعام (2013) بأن التدخين يؤدي إلى وفاة حوالي (6) ملايين شخص سنوياً بالإضافة إلى مليون آخر بسبب التدخين السلبي، وتشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى ارتفاع هذه الأرقام إلى أكثر من (8) ملايين بحلول عام 2030، مما يجعل التدخين أحد أكبر التهديدات للصحة العالمية. (فتحي عبد الرحمن وآخرون، 2018، ص641).

حيث لا يزال التدخين هو السبب الرئيسي للوفاة المبكرة في الدول المتقدمة، ففي الولايات المتحدة وحدها تسبب التدخين في وفاة 434000 شخص في عام 1993، أي ما يعادل وفاة شخص واحد من كل خمسة بسبب التدخين. (زقعار وبراهيمي، 2018، ص175)

كما يؤثر التدخين سلبيًا على صحة القلب والأوعية الدموية عبر عدة آليات، فالنيكوتين يرفع مستوى الكوليسترول الضار ويقلل من الكوليسترول النافع، مما يسهل ترسب الدهون على جدران الشرايين، بالإضافة إلى ذلك يزيد التدخين من لزوجة الدم ويساهم في تكوين الجلطات، مما يرفع خطر الإصابة بالنوبات القلبية على عكس الأشخاص الغير المدخنين (شيلي، 2008، ص260).

بينما يعنى بالمواد النفسية Psychoactive drug أي مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي، خاصة المراكز العليا المسؤولة عن العمليات العقلية والنفسية، أي المواد القادرة على تغيير وظائف الدماغ ويكون هذا التأثير منشطا أو مثبطا أو حتى محدث للهلاوس أو تغييرات في الإدراك ويوجد مصطلح إنجليزي آخر وهو Psychotropic substance (سويف، 1996، ص 26)

حيث يشكل التدخين والكحول تهديدا كبيرا للصحة الجسدية والنفسية، وهما إلى جانب المواد المؤثرة نفسيا من أكثر المواد استهلاكا عالميا، لذلك يعد الإقلاع عن هذه العادات وتجنبها من أهم الخطوات للحفاظ صحة جيدة (سليمان، 2023، ص 131).

كما وقد شهدت نسبة انتشار التدخين في الجزائر وفقا لأحدث البيانات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية ارتفاعا ملحوظا خلال العقود الماضية فمن 7.7% عام 1978 تضاعفت ثلاث مرات لتصل إلى 20.6% عام 1998 واستمر هذا الاتجاه الصاعد حتى بلغ ذروته عند 28.6% عام 2004، ومن ثم بدأت تتراجع تدريجيا لتصل إلى 20% عام 2018 (عكيسة، 2020، ص 77)

حيث أن التوقف عن التدخين يقلل بشكر خطر الإصابة بأمراض الشرايين التاجية، بعد حوالي 5 سنوات من الإقلاع يصبح خطر الإصابة بهذا المرض لدى المدخن السابق مساويا لخطر غير المدخن (سي بشير، 2016، ص 7)

\*سلوك النوم:

ويعرف مجدي الدسوقي (2006) النوم بأنه حالة طبيعية نمر بها بشكل متكرر، حيث يسترخي الجسم والعقل تماما، خلال النوم، يقل تفاعلنا مع ما حولنا، ويقوم الجسم بتجديد طاقته وإصلاح نفسه هذا الأمر ضروري للحفاظ على صحتنا وقدرتنا على القيام بالأنشطة اليومية (محمود، 2018، ص 92).

كما يعتبر النوم ركن أساسي في حياة الإنسان، ولا يمكن الاستغناء عنه فهو عملية طبيعية ضرورية لإعادة نشاط الجسم وتجديد طاقته، خلال النوم يقوم الجسم بوظائف حيوية عديدة مثل إصلاح الأنسجة وتنظيم الهرمونات وتعزيز الجهاز المناعي والحرمان من النوم يؤثر سلبا على كافة جوانب الحياة، حيث يسبب صعوبات في التركيز، ضعف الذاكرة وتقلبات مزاجية وزيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة (خضر وعبد الغني، 2013، ص 48).

إذ ترتبط جودة النوم ارتباطاً وثيقاً بالنظام الغذائي والنشاط البدني، فالنوم الغير الكافي يعطل توازن الطاقة في الجسم مما يدفعنا لتناول أطعمة غير صحية وتقليل ممارسة الرياضة هذا الاضطراب والذي يؤدي بدوره الى مشاكل صحية مثل السمنة والسكري وضعف المناعة (بشقة وبوكعبة، 2021، ص75).

وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات حيث أشارت نتائج دراسة أجرتها أيف فانتكزتو في جامعة شيكاغو، تم تقليل ساعات نوم مجموعة من الشباب الأصحاء إلى أربع ساعات يوميا وقد لاحظت أن هذه الفترة القصيرة من النوم أدت إلى اضطرابات في عملية الأيض، مما زاد من احتمالية الإصابة بالسمنة والسكري ومع ذلك عند العودة إلى نمط نوم صحي، استعادت أجسام المشاركين توازنها واستعادت عملية الأيض طبيعتها (موفق، 2020، ص861).

و قد أظهرت دراسات التراث الإكلينيكي أن للنوم المتقطع تأثير سلبي على القدرات الذهنية والمزاج و العلاقات الاجتماعية و التركيز و السلوك و الصحة العامة و جودة الحياة بصفة عامة ، كما ترتبط قلة النوم بزيادة خطر الحوادث و القلق و الاكتئاب كما يؤدي النوم المتقطع إلى اختلال توازن المواد الكيميائية في الدماغ مما يضعف القدرة على التفكير و التحكم في الانفعالات بالإضافة إلى ذلك يزيد من خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية و عليه نستنتج أن اضطراب النوم يؤدي إلى خلل في جودة الحياة(عبد الحميد و عرابي، 2024، ص661).

فقد اكدت العديد من الدراسات على أهمية مدة النوم الطبيعية التي يحتجها الانسان ليحظى بصحة جيدة وأنها تختلف حسب المرحلة العمرية. ففي دراسة استقصائية واسعة النطاق أجراها طبيب الأمراض العقلية دان كرييل شملت أكثر من مليون شخص بالغ خلال عامي(1959- 1960) كشفت نتائج متابعة المتابعة لمدة (6) سنوات عن علاقة مثيرة للاهتمام بين مدة النوم ومعدل الوفيات ، فقد أظهرت الدراسة أن الأفراد الذين يحصلون على قسط كاف من النوم أي ما بين 7 و 8 ساعات كل ليلة كانوا الأقل عرضة للوفاة ومع ذلك لوحظ ارتفاع ملحوظ في معدل الوفيات لدى الأفراد الذين يعانون من قلة النوم الشديد (أقل من 4 ساعات) وكذلك لدى أولئك الذين ينامون بشكل مفرط (أكثر من 10 ساعات) ، وقد بلغت زيادة معدلات الوفيات في المجموعة الأولى ضعفين و نصف المرة مقارنة بالمجموعة التي تحصل على قسط كاف من النوم بينما ارتفعت بنسبة تتراوح بين مرة ونصف و مرتين في المجموعة الثانية(كاظم، 2014، ص274).

\*سلوك الرعاية الذاتية:

هي عملية مستمرة تتضمن اتخاذ قرارات صحية يومية للحفاظ على الصحة والعافية، كما تشمل الرعاية الذاتية مجموعة واسعة من السلوكيات مثل التغذية السليمة وممارسة الرياضة والنظافة الشخصية وتجنب المخاطر، كما يلعب الخبراء دوراً هاماً في تمكين الأفراد من اتخاذ خيارات صحية واعية (الوقداني، 2023، ص346).

كما يشمل سلوك الرعاية الذاتية بعض العادات اليومية مثل تنظيف الأسنان، واستخدام أدوات شخصية نظيفة وتجنب المخاطر مثل حوادث السيارات ومراجعة الطبيب بانتظام والحفاظ على صحة الجسم من خلال تجنب الإصابات والحوادث (النواصره وآخرون، 2018، ص1118).

وأضح سلام 2006 أنه لكي يحيا الفرد حياة صحية متوازنة، يجب على الفرد أن يهتم بثلاثة مجالات رئيسية هذه المجالات الثلاثة مرتبطة ببعضها البعض ولا يمكن الاستغناء على أي منها

➤ يجب على الفرد أن يوازن بين متطلبات جسده وعقله وبيئته ويمكن تحقيق ذلك من خلال ممارسة السلوك الصحي مثل الاهتمام بالنظافة الشخصية وممارسة الأنشطة الترفيهية، وتنظيم الوقت بين العمل والراحة.

➤ عليه أن يتجنب كل ما قد يعرضه للأمراض، سواء كانت معدية أو ناتجة عن حوادث، والابتعاد عن كل ما يسبب الهموم والضغوط النفسية.

➤ ينبغي عليه الانتباه إلى أي تغييرات في صحته واللجوء إلى الرعاية الطبية فوراً لتشخيص وعلاج أي مرض محتمل، وذلك لمنع تطور الحالة وتفاقمها (التخاينة، 2022، ص673).

كما يجب على الفرد أن يحرص على تناول الأغذية الصحية والتي بدورها تساهم في الحفاظ على صحته مثل سلوك تناول الأغذية المليئة بالفيتامينات: إذ يعد تناول الأطعمة الغنية بالفيتامينات بانتظام أمراً حيوياً لصحة الجسم، حيث تساهم في تعزيز امتصاص الحديد ويزود الجسم بمضادات الأكسدة مثل الكاروتينات التي تحمي من العديد من الأمراض. (رميض وجميل، 2022، ص856).

كما وقد أكدت منظمة الصحة العالمية أن العديد من الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسرطان وأمراض الكبد، يمكن الوقاية منها باتباع أنماط حياة صحية، ومن الأمثلة على ذلك تجنب مشاركة الأدوات الشخصية غير المعقمة مثل شفرات الحلاقة والتي تعد عامل خطر رئيسي للإصابة بفيروس التهاب الكبد الوبائي، المزمّن (شويخ، 2012، ص70-71)

من خلال ما سبق يتضح أن الاهتمام بالصحة لا يقتصر على نوع واحد من أنواع السلوك الصحي بل تتعدد هذه الأنواع وعليه فإن تبني هذه السلوكيات المختلفة يعزز من الرفاهية الجسدية والنفسية، ويمكن الأفراد من عيش حياة أفضل وأكثر توازناً.

## 9- النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي:

### 9-1 نموذج المعتقدات الصحية (القناعة الصحية):

يعد نموذج المعتقدات الصحية، الذي ظهر في عام 1952 على يد مجموعة من علماء النفس الاجتماعي (روزامسٹوك، بيكر Rosenstoc, Becker) من أوائل الإطارات النظرية التي سعت إلى تفسير السلوكيات الصحية غير مرغوب فيها، وقد نشأ هذا النموذج من دراسة أسباب امتناع الأفراد عن إجراء فحوصات طبية وقائية مثل أشعة X للكشف المبكر عن السل (بطاط، 2018، ص88).

كما وقد مر هذا النموذج بعدة مراحل تطوير بدءاً من أعمال روزنتوك عام 1966 (Rosenstock) وصولاً إلى الأبحاث التي أجراها بيكر، ماينمان وروزنتوك (Becker, Mainman et Rosenstock) بهدف التنبؤ بكيفية استجابة الأفراد المصابين بأمراض مزمنة للإجراءات الوقائية والعلاجية. (ساعد، 2019، ص225)

ويعتبر هذا النموذج أن السلوك البشري، بما في ذلك السلوك الصحي، هو نتيجة لاختيارات منطقية يقوم بها الفرد بناء على تقييمه الشخصي للموقف والتي تهدف لتحقيق أقصى فائدة بأقل تكلفة (عيادي، 2009، ص39).

ويهدف نموذج المعتقدات الصحية إلى تحديد العوامل المؤثرة على سلوك الفرد الصحي، مما يساهم في التنبؤ بتصرفاته وتحسين البرامج الوقائية، ووفقاً لهذا النموذج فإن قرار الأفراد باتخاذ إجراءات وقائية يتأثر بشكل كبير بتقديرهم للعواقب السلبية والإيجابية المتوقعة من هذا الإجراء، أي لتنفيذ السلوك الوقائي لا بد من توفر الشروط التالية

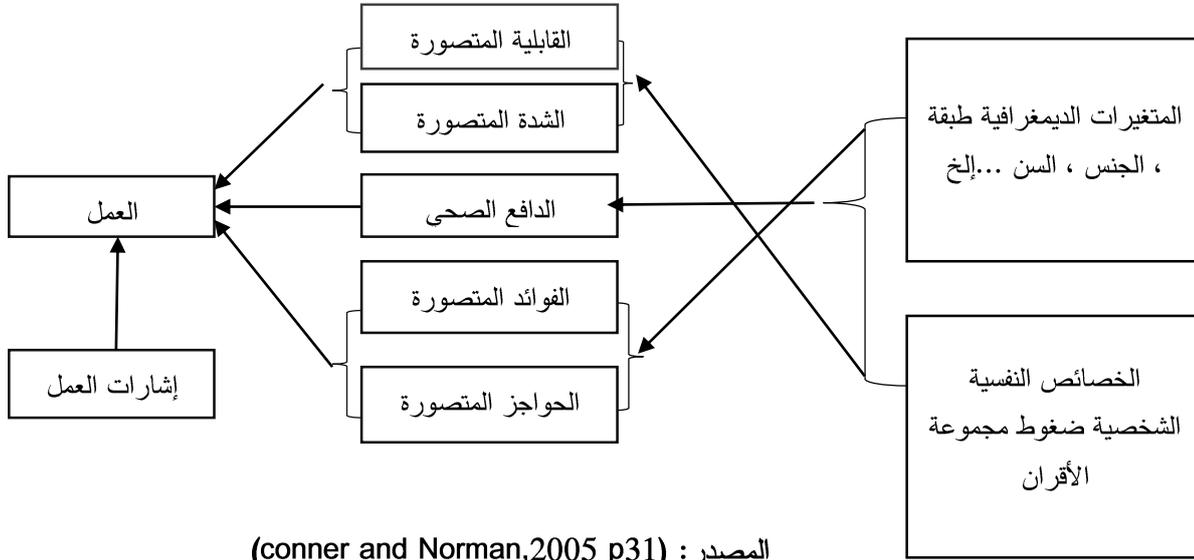
- بمجرد أن يدرك الفرد أن عدم الاهتمام بصحته من خلا إهمال الإجراءات الوقائية سوف يؤدي إلى مشاكل صحية خطيرة.

قد يتسبب إهمال اتخاذ الإجراءات الوقائية في حدوث مشاكل كبيرة.

أن يكون الاستثمار في الإجراءات الوقائية يجنبنا تكاليف باهظة في المستقبل، حيث تفوق فوائده المتوقعة بكثير أي تكاليف أولية

-لتحقيق سلوك صحي مستدام، يجب أن تتضافر الجهود الداخلية والخارجية (اتجاهات... نحو السلوك الصحي). (بطاط،2014، ص ص 97-98)

شكل رقم (2) يوضح نموذج المعتقدات الصحية



المصدر: (conner and Norman,2005 p31)

ويذهب هذا النموذج إلى أن انخراط الأفراد في السلوك الصحي الوقائي أو عدمه يرتبط بشكل كبير بعدد من المعتقدات الصحية وهي:

1 القابلية المدركة للإصابة: زيادة شك الفرد في احتمال أنه قد يصاب بمرض ما.

2 الشدة المتصورة: هي الإحساس بمدى خطورة المرض وعواقب تركه دون علاج، يتضمن هذا المفهوم إدراك عواقب جسدية محتملة للمرض (مثل الألم والموت) والنطاق الأوسع للعواقب الاجتماعية في حياة الشخص (مثل الإعاقة والوصم). (ANDERSON,2004, p474)

وبالتالي كلما ارتفع تصورنا لخطورة مرض ما، سواء كان ذلك بسبب شدة المرض أو احتمالية إصابتنا به زادت دافعيتنا للوقاية منه، فعلى سبيل المثال نكون أكثر استعداد لاتخاذ إجراءات وقائية ضد السرطان مقارنة بالإنفلونزا، لأننا ندرك أن الأول يمثل تهديدا أكبر لصحتنا (القص، 2016، ص123)

3 الفوائد المتصورة: هو مدى إيمان الفرد بأن اتباع سلوك صحي وقائي سيساهم بشكل فعال في حمايته من تهديد صحي معين، إذ لا يمكن تفعيل السلوك الوقائي إلا بتعزيز الوعي لدى الأفراد بالمنافع التي يجنيها هذا السلوك (بطاط،2014، ص97)، مثال ذلك اعتقاد الشخص أن الإقلاع عن التدخين سوف يوفر له مبالغ مالية كبيرة يمكنه استثمارها في أشياء مفيدة أخرى (Curtis ,2000 ,p12)

**4 الحواجز المدركة:** هي العواقب السلبية المحتملة أو التكاليف المرتبطة باتخاذ إجراء لتحسين الصحة، قد تشمل العوامل التي يمكن أن تعيق مسار العمل أو خطر مرتبط بإجراء ما على سبيل المثال المخاوف من المرض أو التعرض للإشعاع من تصوير الثدي بالأشعة السينية) أو الخوف من الحصول على تشخيص (السرطان).

بالإضافة إلى ذلك قد يكون تغيير العادات اليومية صعبا، خاصة إذا كانت هذه العادات ممتعة (مثل تناول الأطعمة الدهنية) أو إذا كانت قد ترسخت لدينا بقوة مثل التدخين (ANDERSON,2004 ,p474)

**5 أشارت الفعل:** وهي المحفز الذي يدفع إلى السلوك، يمكن أن تكون داخلية كالأعراض المرضية أو خارجية كوسائل الإعلام (عبد اللطيف، 2020، ص164)

**6 الكفاءة الذاتية:** تم إضافة مفهوم الكفاءة الذاتية لاحقا و ذلك لتعزيز استعداد الفرد للعمل، حيث تساهم رسائل التوعية الصحية المتنوعة من وسائل الإعلام إلى التوجيه المباشر في تحويل هذا الاستعداد إلى سلوكيات صحية (Murphy,2005,p6)

#### جدول رقم 1-2 يمثل المفاهيم والتعاريف الرئيسية لنموذج الاعتقاد الصحي:

المفهوم	التعريف	التطبيق
القابلية المتصورة	الإيمان بفرص التعرض لخطر أو الإصابة بحالة أو مرض	-تحديد السكان المعرضين للخطر، ومستويات الخطر -تبويب المخاطر بناء على خصائص الشخص أو السلوك -جعل القابلية المتصورة متنسقة مع المخاطر الفعلية للفرد
الشدة المتصورة	الإيمان بمدى حدية الحالة والتابعات لها	تحديد عواقب المخاطر والشروط
الفوائد المتصورة	الإيمان بفعالية الإجراءات المطلوب لتقليل المخاطر أو خطورة الأثر	-تحديد الإجراءات الواجب اتخاذها كيف، حيث، متى توضيح ما يلي: الأثار الإيجابية المتوقعة

الحواجز المتصورة	الإيمان بالملمس والتكاليف النفسية للإجراء المنصوح به	-تحديد وخفض الحواجز المتصورة من خلال الطمأنينة وتصحيح المعلومات الخاطئة والحوافز والمساعدة
إشارات العمل	استراتيجيات لتنشيط "الاستعداد"	توفير المعلومات وتعزيز الوعي واستخدام نظم التذكير المناسبة
الكفاءة الذاتية	الثقة في قدرة الفرد على اتخاذ إجراء	-توفير التدريب والتوجيه في تنفيذ الإجراءات الموصى بها -استخدام تحديد الهدف التدريجي إعطاء التعزيز اللفظي -إظهار السلوكيات المرغوبة -تقليل القلق.

(Glanz ,et al,2008,p48)

من خلال ما سبق عرضه يوضح نموذج المعتقدات الصحية أن قرار الفرد باتباع سلوك صحي يتأثر بشكل كبير بتوقعه للفائدة المتوقعة من هذا السلوك بالإضافة الى تقييمه لمدة صعوبة أو تكلفة القيام به، ومع ذلك فقد واجه هذا النموذج بعض الانتقادات أهمها:

- يطبق هذا النموذج أكثر على السلوكيات الصحية الوقائية مثل ممارسة الرياضة وإتباع حمية غذائية معينة.
- هذا النموذج قد لا يكون مناسباً لدراسة السلوك المرضي.
- يعتمد هذا النموذج بشكل كبير على الانطباعات الذاتية والتقييمات الشخصية، مما قد يؤثر على دقة النتائج العلمية ومثال ذلك قد يتخذ الأشخاص قرارات صحية خاطئة بناء على فهمهم الخاطئ لحالتهم ويحدث هذا عندما يعتمد على تقييم ذاتي غير دقيق لحالتهم ومع ذلك فهناك من يرون أن التقييم الذاتي أكثر موضوعية (الوريكات، 2011، ص104).
- النموذج يتجاهل الصعوبة الحقيقية لتغيير المعتقدات ولا يقدم أي خطوات علمية لتحقيق ذلك.

- أغفل دور العلاقات الاجتماعية والعواطف في اتخاذ القرارات (بوقطوشة، 2013، ص55) على الرغم من أن هذه الأخيرة من جهة نظر الباحثة تلعب دورا حاسما في تشكيل سلوكنا الصحي فالأصدقاء والعائلة والمجتمع بشكل عام يؤثرون على قراراتنا بشأن التغذية وممارسة الرياضة والعادات الصحية الأخرى، فالدعم الاجتماعي من الأشخاص المقربين يمكن أن يشجعنا على إتباع نمط حياة صحي.

## 9-2 نظرية الفعل المعقول (المدرس):

هي نظرية عمدة للسلوك تم تطويرها كاستجابة للإخفاقات المتكررة التي واجهها التوجه التقليدي في التنبؤ الدقيق بسلوكيات محددة.

تم تقديم النظرية لأول مرة عام 1967 من قبل مارتن فيشبين (Martin Fishbein) وتم تطويرها لاحقا بواسطة فيشبين وإيزيك أجزن (Fishbein and Icek Ajzen) حيث انطلقت هذه النظرية من فرضية بسيطة وهي إمكانية التنبؤ بسلوك الأفراد من خلال سؤالهم عما إذا كانوا سيقدّمون على سلوك معين أم لا والمثير للدهشة أن الناس تبين أنهم متنبئون جيّدون بسلوكهم. (ANDERSON, 2004, p796)

ووفقا لنظرية السلوك المعقول، فإن البشر يعتبرون كائنات عقلانية تتخذ قرارات من خلال عملية تفكير متأنية تشمل تجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات قبل اتخاذ القرار النهائي، وبناء على افتراضات الفعل المعقول والتي سعت إلى تفسير كيفية تحويل النوايا (المقاصد) إلى سلوك بالإضافة إلى محاولة معرفة المعتقدات الخاصة، المواقف، المعيار الذاتي الذي يؤثر على هذا التحويل (بطاطا، 2014، ص89).

كما وقد تم تطبيق نظرية الفعل المعقول بشكل واسع لدراسة السلوكيات المتأثرة بالمواقف في سياق علم النفس الاجتماعي، وقد أكدت هذه النظرية على أن الفعل المعقول هو المحرك الأساسي وراء تطوير الإدراك الاجتماعي، علة هيئة معايير شخصية (معتقدات الفرد حول عالمه الاجتماعي والتي تقوم على أساس المعتقدات والتقييمات (كل العوامل التي تشكل مواقف الفرد) (فدان، 2018، ص607).

وتتمحور هذه النظرية حول دراسة الآليات النفسية التي تؤدي إلى نشوء النوايا السلوكية وليس حول تحليل السلوك الظاهري وحده

وتتضح مقاصد التصرف أو نواياه من خلال عاملين هما:

- الاتجاه نحو السلوك المشكوك فيه.

- المعيار الذاتي أي من خلال ضغط التوقعات الناجمة عن الآخرين وتشكل القناعات المعيارية الشخصية  
الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج. (القص، 2016، ص132)

وتشكل القناعات المعيارية والشخصية المحرك الأساسي لعمل هذا النموذج، حيث تدفع القناعات الشخصية  
نحو استكشاف نتائج غير مؤكدة وتقييمها (العنزي، 2021، ص28).

بينما القناعات المعيارية تتشكل من خلال التوقعات التي يصغها علينا الأشخاص المقربون إلينا أو  
الجماعات التي تنتمي إليها. هذه التوقعات تسعى الى تغيير نظرنا للأمور وتعديل قيمنا الشخصية، مما يؤدي  
بدوره الى تغيير نوايا وأفعالنا (السراي، دس، ص13)

وباختصار فإن هذه النظرية تشير الى أن الاحتمال الأكبر لقيام الفرد بسلوك معين يرتبط ارتباطاً مباشراً  
بمشاعر الإيجابية تجاه هذا السلوك وبالتوقعات الاجتماعية المحيطة به ويكون ذلك إما بالدعم أو الرفض.

وقد أضاف أجزين (Ajzen 1985-1988) القابلية الذاتية لضبط التصرف الى النموذج والذي يشير الى  
الإحساس بالقدرة الذاتية على تنفيذ سلوك معين، مما يساهم في تفسير العديد من الظواهر السلوكية (عسكر، 2013،  
ص104).

ووفقاً لنظرية توقعات الكفاءة لباندورا (Bandura 1977-1986) فإن نية الفرد لاتخاذ سلوك صحي تتطلب  
مزيجاً من التوقعات الإيجابية والثقة بالنفس بالإضافة الى تصور النتائج المرجوة، يجب أن يعتقد الفرد في  
قدرته على تحقيقها (نوار، 2014، ص202) مثال إذا قصدت التوقف عن التدخين لكي تصبح أكثر صحة، وتعتقد  
ان تغييراً سلوكياً سيؤدي الى النية المرغوبة، وان الأشخاص المهمين لك سيؤيدون سلوكك فهناك يصبح لديك  
قصد قوي لهذا السلوك وتوقع كبير لإنجازه (بوقطوشة، 2013، ص52).

### 9-3 نظرية السلوك المخطط:

تعد نظرية السلوك المخطط Theory of planned Behavior (TPB) إمتداداً منطقياً لنظرية الفعل المعقول  
Theory of reasoned action لأجزن وفيشين وهي استكمال للنظرية التي وضعها Martin Fishbein و Icek  
Ajzen في عام (1985) وهي نظرية معرفية اجتماعية كما أنها من أحسن النظريات التي اهتمت بتفسير علاقة  
الاتجاه بالسلوك (يوسف، 2024، ص79).

كما تعتبر هذه النظرية واحدة من أكثر النظريات شهرة في التنبؤ بالسلوك الفردي بناء على معتقدته وأراءه وقد وجدت تطبيقات واسعة في مجالات متنوعة كعلم النفس والتسويق والتعليم. (قاعود وآخرون، 2022، ص41)

وتشدد هذه النظرية على أن النية هي نقطة البداية في عملية اتخاذ القرار والسلوك، ولكنها تؤكد أيضا أن السياق الاجتماعي والثقافي والعوامل الشخصية تلعب دورا حاسما في تحديد مدى نجاح الفرد في تحقيق أهدافه، وفقا للنظرية الجديدة فإن حدوث السلوك يرتبط بشكل مباشر بمدى سيطرة الفرد على أفعاله وقوة عزمه على تنفيذها فكلما زادت قدرته على التحكم في سلوكه وتقويته بنوايا راسخة زادت احتمالية تحويله من مجرد فكرة إلى واقع. (شائع ومحمد، 2022، ص215)

ووفقا لهذه النظرية يسترشد سلوك الانسان من خلال 3 أنواع من المعتقدات هي:

**الاتجاهات:** هي مشاعرنا تجاه الأشياء والأفعال، سواء كانت إيجابية أو سلبية، وهي تتأثر بشكل كبير بما نؤمن به ونعتقد (نايت، 2014، ص257).

**المعايير الذاتية تجاه الفعل:** يعكس المعيار الذاتي المدرك التوقعات الاجتماعية التي تؤثر على سلوكنا هذه التوقعات التي نشكلها بناء على تصوراتنا لأراء الآخرين، تعمل كمعيار داخلي يقودنا لاتخاذ قرارات معينة (الداغستاني والمفتي، دس، ص101).

**التحكم السلوكي المدرك:** ويتكون مفهوم التحكم السلوكي المدرك من عنصرين أساسيين يؤثران في سلوك الفرد وهما الكفاءة الذاتية (تقديرات الفرد لقدرته على إنجاز مهمة معينة سواء كانت سهلة أو صعبة) وإمكانية التحكم (الاعتقادات التي يحملها الشخص حول مدى تأثير أفعاله على النتائج) (قاعود وآخرون، 2022، ص43).

وتتكون نظرية السلوك المخطط من ستة عناصر تؤثر معا على قدرة الشخص على اتخاذ قرار معين وهي:

**1-المواقف: Attitudes** هي ميل نفسي داخلي لدى الفرد، يتشكل بناء على معتقداته حول عواقب أفعاله المتوقعة، مما يؤثر بشكل كبير على سلوكه وقراراته أي أنه يستدعي تحليل العائد من هذا السلوك.

**2- النية السلوكية: Behavioral intention** هي القوة الدافعة التي تدفع الفرد إلى القيام بسلوك معين، وتتأثر بالعوامل التي تعزز أو تضعف قوة هذه القوة.

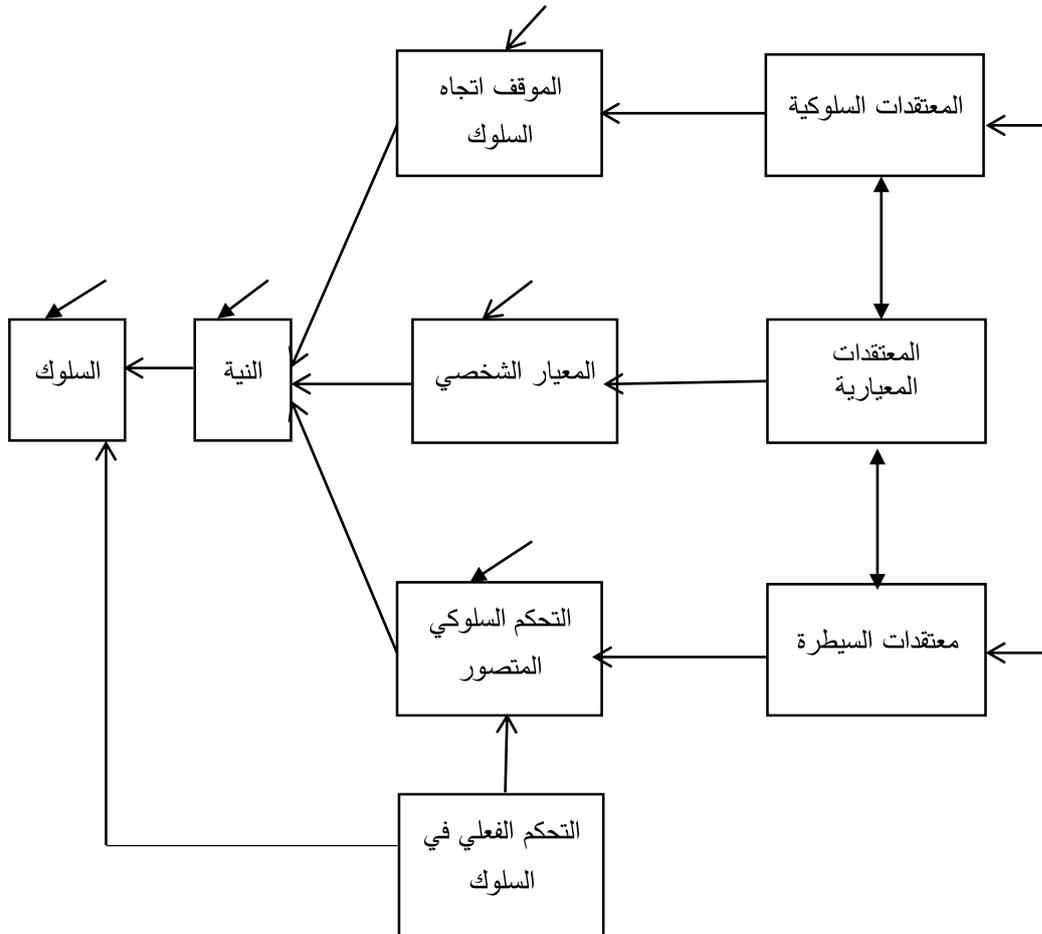
3- المعايير الشخصية: **Subjective norms** تعكس اعتقاد الفرد حول مدى قبول المجتمع لسلوك معين، هي قيم ومعتقدات تدفع الشخص لاتخاذ قرارات معينة بناء على رأي الأشخاص المهمين في حياته (سعد، 2016، ص 129)

4- المعايير الاجتماعية: **Social norms** هي القواعد التي تحكم سلوك الأفراد في المجتمع

5- القوة المدركة: **Perceived power** هي القدرة على فهم العوامل المؤثرة على سلوكنا، سواء كانت تساعدنا أو تعيقنا، بالإضافة الى إدراك مدى سيطرتنا على هذه العوامل.

6- السيطرة السلوكية المحسوسة: **perceived behavioral control** مدى سهولة أو صعوبة أداء السلوك حسب معتقدات الشخص (الصريفي وعدنان، 2022، ص 1)

الشكل رقم (3) يمثل نظرية السلوك المخطط.



المصدر: (Sutton et al,2005 ,p109)

ومع ذلك فالنظرية لا تخل من القصور حيث من الانتقادات التي وجهها لها أنه أقل وضوح بشأن العوامل التي تؤدي الى ترجمة الموقف أو الاتجاه الى نوايا (Conner and Norman,2005,p171)

كما أنها انتقدت من قبل شوارزرر 1992 Schwatzer : لعدم مراعاتها للجانب الزمني وغياب وصف واضح لتطور الأفكار أو وجود صلة نسبية بينها (ساعد، 2019، ص228).

#### 9-4 نظرية الدافع الى الحماية:

تم تطوير نظرية دافع الحماية (PMT) من قبل روجرز (Rogers 1975) كإطار لفهم تأثيرات نداء الخوف. طور روجرز هذه النظرية لاحقا (Rogers 1983) لتقديم سرد أكثر عمومية لتأثير الاتصالات المقنعة مع التركيز على العمليات المعرفية التي تتوسط في تغيير السلوك (Conner and Norman,2005,p81)

ونموذج الدافع للحماية يقوم على التفريق بين أربعة مركبات:

1-الدرجة المدركة من الخطورة: (Severity) يشير الى قدرة الفرد على فهم وتقدير طبيعة ومستوى التهديدات التي تتربص بصحته في المستقبل.

2- القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية: (Vulnerability) هي مدى اعتقاد الفرد بقدرته على الإصابة بهذه الأمراض وتأثير هذا الاعتقاد على تصرفاته الصحية (الثببتات، 2016، ص12).

3-فعالية السلوك الوقائي الموصى به: or The efficacy The Perceived Response Efficacy recommended preventive behavior أي الاعتقاد بأن السلوكات الوقائية الموجودة فعالة في الحد من خطر المرض.

4- توقع الكفاءة الذاتية: Self efficacy expectancy اعتقاد الفرد بأنه قادر أو غير قادر على أداء السلوك المطلوب.

وقد أثبت كل من الباحثين: (condiotte et lichtenslein 1981) ان التغييرات في السلوك والتغيرات في متوسط الكفاءة الذاتية مرتبطة ارتباطا إيجابيا مما يشير الى التغييرات في متوسط الكفاءة الذاتية المتوقعة تتوسط التغييرات السلوكية. (Maddux and Rogers ,1983, p470-471)

وتلعب هذه العوامل دوراً مهماً في تشجيع الناس على إتباع عادات صحية ووفقاً لنظرية الفعل المعقول Theory of reasoned action يمكن استخدام هذه العادات لتوقع السلوك الحقيقي للشخص بشكل أفضل. (راضوان وريشكة، 2001، ص12).

أي ان دافع الحماية نابع من كل من:

#### تقييم التهديد: Theat appraisal

**الشدة (Severity):** وتشير الى قوة الدافع الناتج عن إدراك تهديد محتمل وتوقع تأثيره على الفرد (أي الشدة المدركة: perceived severity)

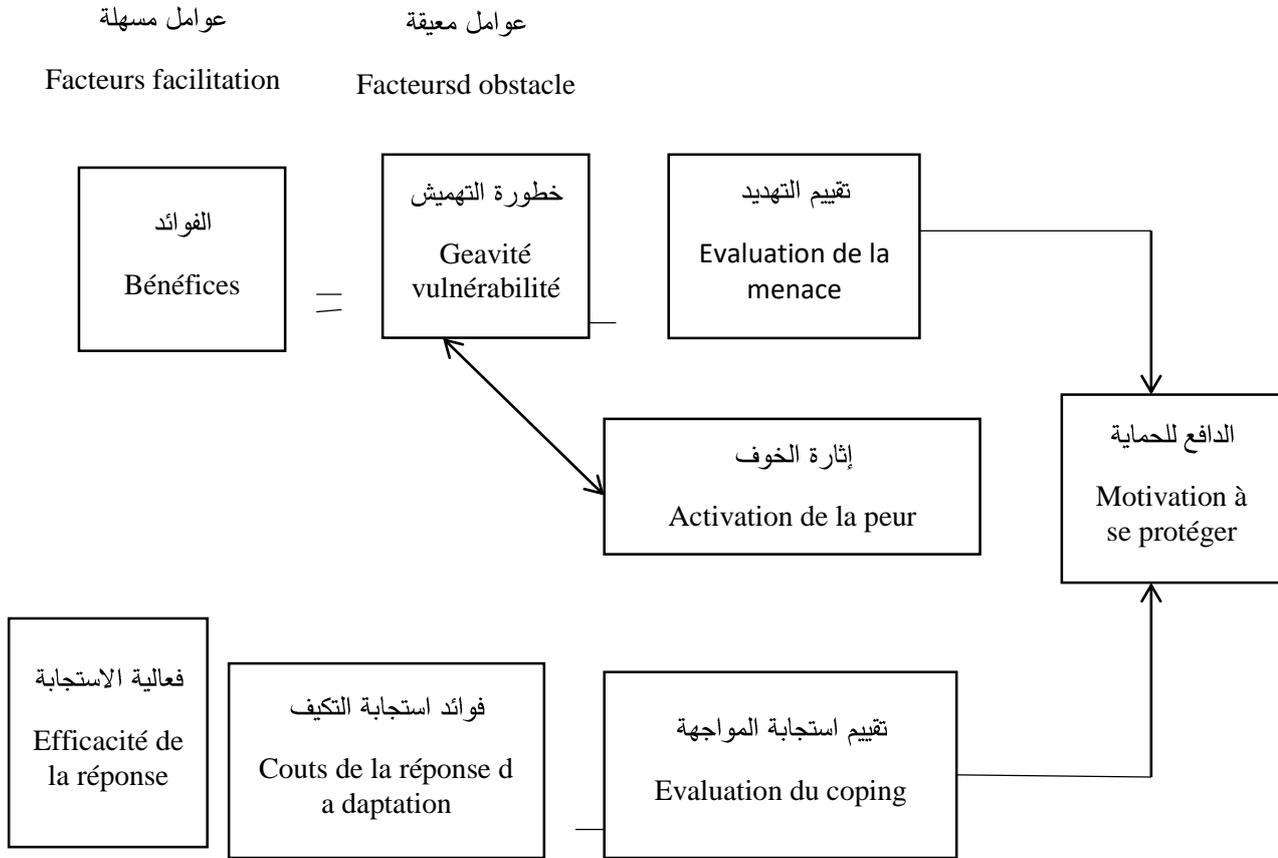
**الضعف (vulnerability):** هو قابلية الشخص للتأثر بتهديد معين (أي الضعف المدرك perceived vulnerability) ومعنى ذلك أنه إذا اكتشف الناس وجود تهديد حقيقي وخطير على صحتهم سوف يدفعهم الى الشعور بمستوى أعلى من الخوف، مما يحفزهم الى زيادة الدافع لحماية أنفسهم. (أبو الحسن، 2021، ص386).

**تقييم التأقلم (التكيف): The coping appraisal** وتسمى أيضاً تقييم المواجهة ويقصد بها كيف يستجيب الشخص للموقف، إذ يركز على كيفية تعامل الفرد بالتهديدات وتخطيها ويتكون من:  
فاعلية الاستجابة: هي سلوك يهدف الى تجنب أو تقليل الأضرار المتوقعة.  
الكفاءة الذاتية: إيمان الفرد بقدرته على أداء السلوك المنتظر منه بنجاح.

**تكاليف الاستجابة:** هي التكاليف الناتجة عن اتباع السلوك المنتظر منه. (سالم، 2023، ص381).

ويمكن القول إن نظرية الدافع الى الحماية تربط بين الإيمان بأهمية الوقاية وبين اتخاذ الإجراءات الوقائية الفعلية، وتقتصر النظرية أن هذا الارتباط يتأثر بوجود عامل وسطي بينهما وهو الدافع الى الحماية والذي يتأثر بالفاعلية الذاتية، وقد وجدت هذه النظرية تطبيقاً واسعاً في مجالات مختلفة مثل الوقاية من الأمراض الخطيرة مثل السرطان والسيدا، بالإضافة الى مجال تغيير السلوكيات الصحية الخاطئة والاتجاهات نحو الإدمان والتدخين وممارسة النشاط البدني وغيره. (عباس، 2021، ص90)

شكل رقم (4) يوضح نموذج نظرية الدافع للحماية



المصدر: (القص، 2016، ص136).

وعلى الرغم من أن نظرية الدافع للحماية قد تم تطبيقها على نطاق واسع في مختلف المجالات، إلا أنها لم تخل من بعض الانتقادات نذكر منها:

-تقوم النظرية على افتراض أن الافراد يتخذون القرارات بعقلانية.

-أهملت العادات السلوكية الأساسية مثل غسل الاسنان. (عيادي، 2009، ص39).

-لم تهتم لدور الأساسي للمحيط (لم تعطي أهمية لاهتمامات الآخرين) والعوامل المحيطة.

في 1992 انتقد شوارزر هذه النظرية لعدم اخذها في الاعتبار كيف أن الظروف تتطلب التغيير. (بطاط، 2018، ص85).

9-5 نموذج التوجه نحو السلوك الصحي (HAPA):

تم اقتراح نموذج Approach Health Action Process من قبل شوارزر (schwarzer1992) وهو نموذج نظري شامل يراعي جميع العوامل الهامة التي تم تناولها سابقاً، مثل القابلية للإصابة بالمرض، تقدير الفرد لشدة المرض، المعتقدات المتعلقة بالنتائج المتوقعة للسلوك أو فعالية الذات تركز هذه النظرية على كيفية ظهور وتبني الأفراد للسلوكيات الصحية، بالإضافة إلى استمرارهم في الحفاظ عليها، تمر بمرحلتين مرحلة الدافعية ومرحلة الإقدام على الفعل. (زناد وبورجي، 2017، ص7)

### 1-مرحلة الدافعية:

عندما يرغب الفرد في تبني سلوك ما فإن هذه الرغبة تخضع لتأثير ثلاثة أنواع من القناعات أو الإدراكات:

-تقدير المخاطر

-النتائج المتوقعة من تطبيق السلوك الوقائي

-الفعالية الذاتية المدركة. (تودرت، 2020، ص17).

### 2-مرحلة الفعل: تنقسم هذه المرحلة إلى ثلاث خطوات

-وضع خطة الفعل ومتابعتها.

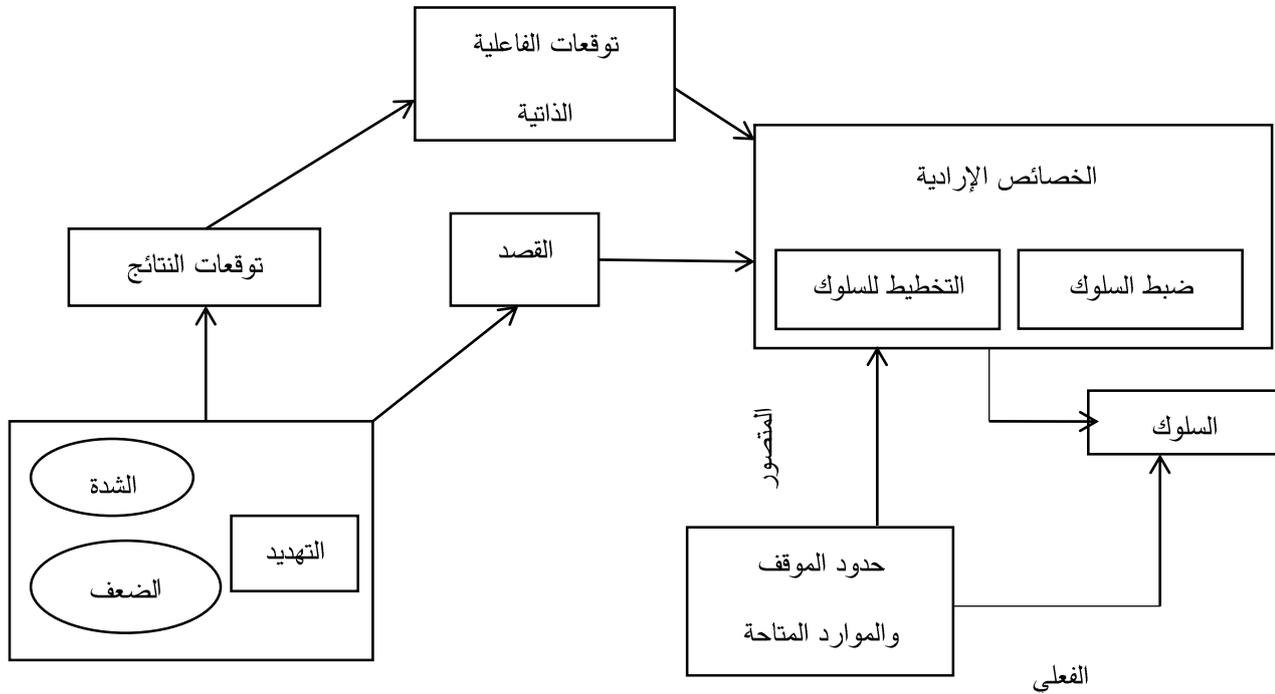
-الفعل

-المحافظة على الفعل (القص، 2016، ص139)

إذ تعتبر فعالية الذات مفهوماً أساسياً في نموذج التوجه نحو السلوك الصحي (HAPA)، حيث تؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على اتخاذ القرارات الصحية والمبادرة على تنفيذها والمحافظة على الاستمرار فيها. (زناد وبورجي، 2017، ص7)

أظهرت الدراسات أن هذا النموذج مهم لفهم العلاقة بين السلوك الوقائي و الدافعية و الفعالية الذاتية ، حيث أظهرت نتائج بحث شواتز و فوشيز (Schwatzet et Fuchs 1996) حول التغذية الصحية ، و التي أجريت على عينة قدرت ب (800) فرد في ألمانيا ، و قد تم تطبيق نموذج التوجه نحو السلوك الصحي (HAPA) لتحديد أثر كل من الفعالية الذاتية و التوقعات الإيجابية و السلبية ، و إدراك المخاطر عدم اتباع نظام غذائي صحي على رغبته في هذا النمط ، أظهرت النتائج أن الفعالية الذاتية هي الأكثر ارتباطاً بالمتغيرات الأخرى(الزروق، 2009، ص20).

الشكل رقم (5) يمثل نموذج التوجه نحو السلوك الصحي:



المصدر: (ساعد، 2019، ص 229)

### 6-9 النظرية المعرفية الاجتماعية:

تطورت النظري المعرفية الاجتماعية (SCT) من نظرية التعلم الاجتماعي التي وضعها ألبرت باندورا في (1960)، وقد تم تقديم النظرية المعرفية الاجتماعية بشكل رسمي في كتابه: التأسيس الاجتماعي للفكر والعمل عام 1986. (عيادي، 2009، ص 35)

ويرى باندورا أن السلوك البشري يتشكل من خلال تفاعل معقد بين العوامل السلوكية والبيئية الشخصية، مع التركيز بشكل خاص على المعرفة كعنصر أساسي، ويشير باندورا إلى هذا النموذج على أنه نظام من ثلاثة عوامل تؤثر على بعضها البعض بشكل متبادل، يمكن تصور هذه العلاقة على شكل مثلث هي السلوك والبيئة والشخص. (عليوة، 2015، ص 121)

وتقترح نظرية باندورا أن السلوك يتشكل من خلال التوقعات والحوافز والادراك الاجتماعي وتشمل ما

يلي:

توقعات نتائج الموقف: situation outcome Expectancies

من المتوقع أن يكون السلوك خطيرا مثل التدخين الذي يحتمل أن يسبب سرطان الرئة.

-**توقعات النتيجة: Outcome Expectancies** تعني توقع التأثيرات الإيجابية التي يمكن أن تحدثها سلوكيات معينة على صحتك على سبيل المثال الإقلاع عن التدخين يمكن أن يقلل بشكل كبير من خطر الإصابة بسرطان الرئة.

-**توقعات الكفاءة الذاتية: Self efficacy Expectancies** إيمان الفرد بقدرته على انجاز سلوك معين على سبيل المثال إذ كنت أعتقد أنني أستطيع الإقلاع عن التدخين فمن المرجح أن أحاول وأنجح. (عرعار، 2021، ص63)

فقد أظهرت الدراسات أن الثقة بالنفس أو ما يعرف بالفعالية الذاتية لها تأثيرات جمة على سلوك الفرد فيما يخص صحته، فهي تدفعه إلى الإقلاع عن التدخين، وممارسة الرياضة بانتظام واتباع نظام غذائي صحي ومتوازن، وقد أكدت أغلب الدراسات وجود علاقة وثيقة بين إيمان الفرد بقدرته على إحداث تغيير في سلوكه الصحي وبدايته الفعلية في هذا التغيير، ثم الحفاظ على هذا التغيير على المدى الطويل. (بطاط، 2018، ص86)

وتؤثر فعالية الذات على النشاط النفسي والاجتماعي للفرد وعاداته الصحية بعدة طرق:

-القرارات التي يتخذها الفرد بشأن الأنشطة التي يمارسها في حياته اليومية.

-مقدار الطاقة المبذولة لتحقيق الهدف المنشود.

-حجم الضغط الذي سيعاني منه عند مواجهة مطالب الحياة وتحدياتها.

-طريقة تفكيره الافتراضات المتوقعة للواقع. (عيادي، 2009، ص36)

وبالتالي فإن باندورا يعتقد أن التعلم القائم على الملاحظة سواء من خلال النمذجة أو التقليد، يمثل المصدر الرئيسي لفاعلية الذات، ويعتبر هذا العنصر حاسما في التدخلات الوقائية والعلاجية ضمن علم النفس الصحي. (القص، 2016، ص143)

### 9-7 نموذج برسيد للتربية الصحية:

يعتبر جرين (Green 1974) رائدا في مجال التربية الصحية، وقد وضع نموذجا نظريا هاما يعرف بنموذج الإعداد أو برسيد modele de precede، يقدم هذا النموذج إطارا علميا لكيفية التخطيط لبرامج الصحة العامة الفعالة، بهدف تحسين صحة المجتمعات والارتقاء بها إلى أعلى المستويات.

يرى جرين Green أن الصحة الجيدة تتأثر بشكل كبير بالبيئة التي يعيش فيها الفرد، بالإضافة إلى نمط حياته الصحي. وقد أوضح أن هناك مجموعة من العوامل التي تتحكم في السلوك الصحي للفرد (نوار، 2014، ص203) وتتمثل في:

### 1-عوامل أو متغيرات الاستعداد:

تعتبر العوامل المعرفية مثل المعارف والاتجاهات والمعتقدات الصحية والوعي الصحي من العوامل الحاسمة التي تؤثر في تبني الأفراد للسلوكيات الصحية، تسعى برامج التربية الصحية تقليدياً إلى تغيير هذه المكونات المعرفية بهدف تحفيز الأفراد على ممارسة الأنشطة والعادات الصحية السليمة. (عرعار، 2021، ص65).

### 2-عوامل أو متغيرات التنفيذ:

تتضمن عوامل ومتغيرات التنفيذ مجموعة من القدرات والمهارات الأساسية لتحقيق الأنشطة الصحية المنشودة تشمل هذه العوامل الكفاءة في تنفيذ المهام، والمهارات الحياتية السليمة التي تمكن الفرد من مراقبة صحته بشكل فعال، مثل قياس ضغط الدم والكوليسترول، أو حتى اكتساب مهارات جديدة كتعلم السباحة، هذه العوامل مجتمعة تساهم في تأهيل الفرد لتحقيق مستوى صحي جيد. (نوار، 2014، ص203)

### 3-عوامل و متغيرات التعزيز:

تشمل طيفا واسعا من المؤثرات الاجتماعية والثقافية التي تلعب دورا محوريا في تشكيل سلوك الفرد وعاداته الصحية، يمكن لهذه العوامل أن يكون لها تأثير إيجابي أو سلبي، وهي تتضمن وسائل الإعلام، التي قد تساهم في التصحيح والتوعية والأصدقاء الذين يمارسون سلوكيات صحية جيدة بالإضافة إلى عوامل التنشئة الصحية الأخرى مثل سلوك المربين أو المصلحين. (عودة، 2015، ص88)

## الشكل رقم (6) يمثل نموذج التربية الصحية ل Green

1. عوامل الاستعداد Predisposing factors

قيم، اتجاهات

2. عوامل الكفاءة Enabling Factors

مهارات موارد ← سلوك صحي ← صحة جيدة

3. عوامل التعزيز Reinforcing factors

"معايير اجتماعية"

المصدر: (عرعار، 2021، ص64)

## 9-8 نظرية التسيير الذاتي TAR:

استند نموذج التسيير الذاتي Self-Regulation، الذي طوره ليفينثال (leventhal 1992) إلى دراسات حول استجابات الأفراد للخوف والمعلومات المتعلقة بالعواقب السلبية للسلوكيات الضارة مثل التدخين، يهدف هذا النموذج إلى فهم العوامل التي تؤثر في تشكيل التصورات المعرفية والعاطفية للأمراض، والتي بدورها توجه الأفراد نحو تبني سلوكيات صحية والحفاظ عليها. (زناد وبورجي، 2017، ص8)

ويعتبر الفرد في هذه النظرية مشاركا فعال في حل مشكلاته الصحية، فهو يتخذ إجراءات تعكس سعيه لسد الفجوة بين وضعه الصحي الحالي والمثالي، مدفوعا بهدفه من السلوك الصحي الذي يتبناه، وترى النظرية أن هذا السلوك يعتمد على فهم الفرد لحالته الراهنة والمثالية، والاستراتيجيات التي يستخدمها لتحسين وضعه، بالإضافة إلى آليات تقييم النتائج. (عرعار، 2021، ص67)

أو بعبارة أخرى فالتنظيم الذاتي هو عملية مستمرة تتضمن تقييم وضعنا الحالي ومقارنته بالهدف الذي نرغب في تحقيقه بناء على هذا التقييم، نقوم بتعديل تصرفاتنا وخطواتنا للتحرك نحو الهدف، هذه العملية -

التقييم والتعديل هي جوهر التنظيم الذاتي وهي حاضرة في العديد من جوانب حياتنا اليومية. (الدغستاني والمفتي، دس، ص103).

وهذا النموذج مبني على ثلاثة افتراضات أساسية هي:

-الفرد يلعب دورا محوريا (نشط) في سعيه للتغلب على مشكلاته الصحية، حيث يعمل جاهدا لتقليل الفجوة بين وضعه الصحي الحالي والمستوى الأمثل الذي يطمح إليه. (سامعي، 2015، ص113)

يساهم فهنا المعرفي والانفعالي لتهديد وخطر المرض في قدرتنا على التأقلم وتقييم بيئة العمل بشكل أفضل (نوار، 2014، ص209).

-أن هذا التصور شخصي وقد يختلف من فرد لآخر، وقد لا يعكس بالضرورة الحقائق الطبية. (زناد وبورجي، 2017، ص8).

تتضمن هذه النظرية ثلاث مراحل أو سلاسل من المتغيرات التي تتحكم في السلوك التكيفي ضمن إطار الصحة وهي كالتالي:

-التمثيل المعرفي للخطر المهدد للصحة: يشمل إدراك طبيعة التهديد (الأعراض، المعرفة بالمخاطر، الأسباب المحتملة)، النتائج والعواقب المحتملة، بالإضافة إلى فهم كيفية تأثير هذا التهديد على الصحة في فترة زمنية محددة. (حربوش، 2019، ص382).

-خطة العمل أو التدريب على التكيف: يعتمد الفرد على معايير محددة لتقييم مدى نجاحه في أعماله التكيفية. (عرعار، 2021، ص68)

-التقييم: يتمكن المريض من تقييم مدى فعالية استراتيجياته في المواجهة، يجري تعديلات على أفكاره ومشاعره المتعلقة بالمرض، مما يقوده إلى تبني أساليب أكثر نجاعة للتعامل معه. (بطاط، 2018، ص6)

## 9-9 نموذج مراحل التغيير:

يعرف هذا النموذج أيضا بنموذج "عبر النظري" لتغيير السلوك، وقد قام كل من بروشاسكا وديكلمنت (Prochaska and Diclemente) بطويره ويوضح هذا النموذج أن تغيير السلوك عملية معقدة وأن الأفراد يمرون بالتغييرات بشكل تدريجي وليس بضرورة بترتيب محدد ومنطقي أي يتم الانتقال من مرحلة إلى مرحلة أخرى بشكل لولبي (نايت، 2014، ص258).

ويرى هذا النموذج أيضا أن الأشخاص في بعض الأحيان يتقدمون في بعض الأحيان ويتراجعون في أحيان أخرى وقد يتخطون بعض المراحل أو يعدون إلى مراحل سابقة قبل أن يتمكنوا من إحراز تقدم، ومنه يظهر هذا النموذج وكأنه دوامة. (زيدان وعرعار، 2020، ص496)

كما أن نموذج مراحل التغيير صمم في الأساس للتعامل مع مجموعة متنوعة من اضطرابات الإدمان، بما في ذلك إدمان التبغ والمخدرات والكحول، بالإضافة إلى ذلك فقد تم تطبيقه بنجاح لتغيير بعض السلوكيات الأخرى، مثل تشجيع ممارسة الرياضة بانتظام وإجراء فحوصات الثدي الطبية الدورية، ويمكن تقسيم المراحل التي يمر بها الأفراد لدى محاولتهم إحداث تغيير في سلوكهم على النحو التالي. (تايلور، 2008، ص151)

**مرحلة ما قبل العزم أو ما قبل التفكير في الفعل:** في مرحلة ما قبل التفكير، يفتقر الفرد إلى الدافع لتغيير سلوكه، وغالبا ما يجهل وجود مشكلة لديه، بينما قد يكون المقربون منه كأولاد والأصدقاء والزملاء على دراية بتلك المشكلة، مثال على ذلك المدخن الذي يغفل عن الأضرار التي يسببها تدخينه لعائلته.

في بعض الأحيان يلجأ هؤلاء الأفراد إلى العلاج بعد أن تعرضوا لضغوط من الآخرين ويشعرون بأنهم مرغمون على تغيير سلوكهم، وليس من المستغرب أن يعودوا في كثير من الأحيان إلى أنماط سلوكهم السابقة.

(عودة، 2015، ص103)

**مرحلة العزم:** في هذه المرحلة، يدرك الأفراد وجود مشكلة ما ويبدوون في التفكير فيها، لكنهم لا يتخذون أي إجراء ملموس حيالها فالكثير من الناس قد يظلون في هذه المرحلة لسنوات طويلة مثل المدخن الذي يعلم تماما أن عليه

التوقف عن التدخين لكنه لا يلتزم بذلك، بل يستمر في تقييم الإيجابيات والسلبيات المترتبة على تغيير سلوكه، ويركز على الجوانب الإيجابية المتعلقة بالمتعة التي يحققها الاستمرار في التدخين. (القص، 2016، ص138)

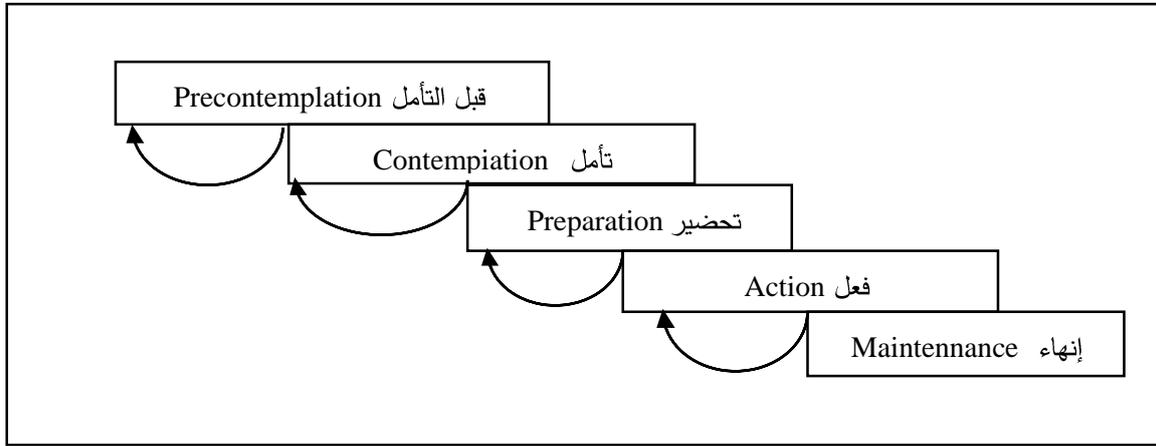
**مرحلة الإعداد للفعل:** مرحلة التحضير هي الفترة التي يخطط فيها الفرد للقيام بسلوك معين في المستقبل القريب، والذي عادة ما يتم تحديده بفترة زمنية لا تتجاوز الشهر خلال هذه المرحلة، يضع الفرد خطة واضحة ومحددة لتحقيق هذا السلوك، مثل الاشتراك في برنامج رياضي أو البحث عن معلومات حول كيفية الإقلاع عن التدخين، وقد يبدأ الفرد خلال هذه المرحلة بتغيير بعض جوانب سلوكه بشكل تدريجي، مثل تقليل عدد السجائر التي يدخنها يوميا، ولكنه لم يتوقف تماما عن تدخين بعد. (عودة، 2015، ص104)

مرحلة التنفيذ: هي مرحلة التطبيق التي يبدأ فيها الفرد بتغيير سلوكه بشكل فعلي مثل الإقلاع عن التدخين أو التغلب على مشكلة صحية، تتطلب هذه المرحلة غالبا إرادة قوية ومثابرة لتحقيق أي تغيير ملموس في السلوك

(عليوة، 2015، ص118)

مرحلة التثبيت والحفاظ: في مرحلة التثبيت، يسعى المفحوص لتثبيت النتائج التي حققها وتعزيزها، وتجنب الانتكاس، هذه المرحلة تعني الاستمرار في السلوك الإيجابي الذي اكتسبه والمحافظة عليه والالتزام به بهدف الوصول الى مرحلة يتمكن فيها من تعميم هذا السلوك على مختلف جوانب حياته (سامعي، 2015، ص105).

الشكل رقم (7) يمثل نموذج مراحل التغيير:



(عصماني، 2019، ص462).

9-10 نموذج دولي وشنايدر (Dodly and Schneider 1991):

وهو نموذج يستخدم لتحديد اتجاهات الناس في تبني السلوكات الصحية عن طريق:

- إدراك التهديد الصحي

- اختزال التهديد المدرك

أ- إدراك التهديد الصحي: يتأثر بمجموعة من العوامل هي:

القيم الصحية وتحتوي:

- العناية بالصحة والحفاظ عليها.

-قناعات الفرد عن بساطة التعويض عن الأذى.

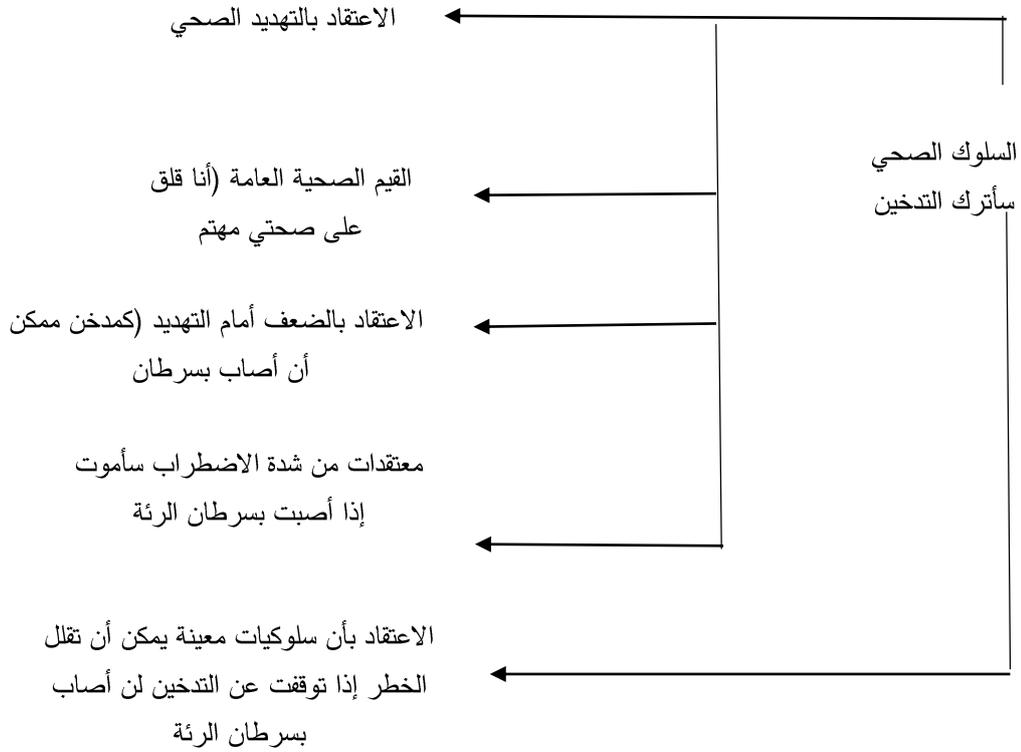
-معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا، على سبيل المثال إذا كان الشخص يعتقدون أن أمراض القلب خطيرة للغاية، فقد يكون أكثر عرضة لتغيير نظامه الغذائي لتقليل الكوليسترول، خاصة إذا كان يقدر صحته ويشعر بالتهديد من خطر الإصابة بأمراض القلب. (عرعار، 2021، ص ص65-66)

ب-اختزال التهديد المدرك: هو إدراك الفرد لوجود خطر ما يهدده، مع اعتقاده بوجود طريقة أو وسيلة ما يمكن أن تقلل من هذا التهديد أو تزيله وذلك عن طريق احتمالين:

- إن كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده

- إذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها وأيد ذلك رونسوك في نظريته، على سبيل المثال قد يدرك شخص ما خطر الإصابة بأزمة قلبية، لكنه قد يتردد في تغيير نظامه الغذائي قد يعتقد أن مجرد تغيير نوع الطعام لن يقلل بشكل من هذا الخطر، أو أنه سيقبل من استمتاعه بالحياة، بحيث قد يكون لدى الشخص نية (غايته) في تغيير نظامه الغذائي، مدفوعا برغبة في تحسين صحته و تقليل خطر الإصابة بالأمراض، قد يكون لديه قناعة بأن النظام الغذائي الصحي يمكن أن يساهم في تقليل الأعراض و المضاعفات المرتبطة ببعض الأمراض و لكنه قد يفتقر إلى الإيمان بأن هذا التغيير سيؤدي إلى تقليل التهديد بشكل عام.(عليوة، 2015،ص123)

## الشكل رقم (8) يوضح نموذج دولي وشنايدر



(الداغستاني والمفتي، دس، ص93)

نلاحظ من خلال ما تم عرضه من نظريات و نماذج مفسرة للسلوك الصحي أن هناك تداخل و تضارب بين هذه النظريات و النماذج ، حيث ان كل منها يقدم رؤية معينة لفهم و تغير السلوك فمثلا نجد نموذج المعتقدات الصحية يركز على القابلية المتصورة و الفوائد المتصورة بينما نظرية الفعل المعقول و نظرية السلوك المخطط تركزان على النية باعتبارهما أهم مؤشرات للسلوك ، بالإضافة إلى المعايير الذاتية تجاه الفعل و المواقف و التحكم السلوكي المدرك ، إلا أن أوجه التشابه في هذه النظريات و النماذج تكمن في ان غالبيتها تؤكد على العوامل النفسية و المعرفية في تشكيل السلوك فمثلا النظرية المعرفية الاجتماعية و نظرية الدافع للحماية تتشاركان في فكرة الفعالية الذاتية و توقعات النتائج هما من يحددان قيام الفرد بالسلوك إلا أن التضارب يكمن في ترتيب اختلاف هذه العوامل في حين أن نموذج التفسير الذاتي ركز على عملية التنظيم الذاتي في حين أن نموذج مراحل التغيير ركز على أن الأفراد يمرون بسلسلة من المراحل و التي قد تكون في بعض الأحيان بطريقة لولبية و غير متسلسلة.

إن هذا التعدد في النماذج يؤكد على أن السلوك الإنسان سلوك معقد ولا يمكن لنظرية ونموذج واحد أن يفسر جوانب السلوك الصحي مما يستدعي على الباحثين والممارسين استخدام نهج تكاملي يجمع بين الأفكار المختلفة لهذه النماذج والنظريات لفهم أعمق وتدخلات أكثر فعالية.

## 10- علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة:

تعد جودة الحياة مؤشرا حاسما لتقييم الصحة الشاملة للأفراد، حيث تشمل جوانب الصحة البدنية والنفسية على حد سواء. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، تتكون جودة الحياة من أربعة أبعاد أساسية: الصحة البدنية، العلاقات النفسية، والتفاعلات الاجتماعية، والبيئية المحيطة و يعتمد مفهوم جودة الحياة المرتبطة بالصحة على هذا النهج المتكامل الذي يراعي جميع جوانب الصحة. (jasinska and al ,2021,p659) نتيجة لذلك، سعى العديد من الباحثين إلى استكشاف الرابط بين جودة الحياة و الجانب الصحي، وقد شمل ذلك دراسة: جيمس و آخرون 2022 حول الأكل الصحي كطريقة جديدة للحياة، والتي توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن المشاركون قد ابلغوا عن رغبة قوية في الشعور بالتحسن و بحثوا في دور النظام الغذائي كوسيلة ممكنة لتحسين الرفاهية من خلال العادات اليومية و المشاركة المستمرة في الموضوع، أبح الأكل الصحي أسلوب حياة للعديد من المشاركين، إن تجربة فوائد اتباع نظام غذائي أكثر صحة و تطور القيم القوية فيما يتعلق بالنظام الغذائي و صحة تدعم الصيانة طويلة الأجل (James and al,2022,p1)

وقد أجرى (أمرنتسون وآخرون 2001) دراسة حول التغذية وجودة الحياة لدى كبار السن: أكدت الدراسة على أن التغذية السليمة تساهم في تحسين جودة الحياة المرتبطة بالصحة من خلال تجنب سوء التغذية والوقاية من الأمراض المزمنة المرتبطة بالنظام الغذائي، وتعزيز الأداء الأمثل ومع ذلك لا يقتصر مفهوم جودة الحياة على التغذية فقط، بل يشمل أيضا النشاط البدني والسلامة العقلية والجسدية.

(Amarantos and al , 2001 ,p1)

كما يؤكد كل من محمد الحمامي 2006 و تهاني عبد السلام 2001 على الأثر الإيجابي لممارسة الشباب للأنشطة الرياضية الترفيهية بشكل دوري على صحتهم النفسية، هذه الممارسة لا تساعدهم فقط على التعبير عن ذواتهم و التخلص من مشاعر المكبوتة، بل تعمل أيضا على تخفيف حدة التوتر العصبي و النفسي الذي تفرضه الحياة العصرية، كما تساهم الرياضة في تحقيق الاسترخاء و و التوازن النفسي، مما يساعد الشباب

على التغلب على القلق و الضغوط العصبية و الإرهاق البدني و العقلي و في نهاية المطاف ، الشعور بالرضا و السعادة (الأحمد، 2023، ص22).

و في دراسة (ستيفانوفيش و آخرون 2015) بعنوان الكحول و تعاطي المخدرات و علاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين ، والتي هدفت للكشف عن العلاقة بين الكحول و تعاطي المخدرات و جودة الحياة لدى المراهقين في كلا من الهند و إندونيسيا و نيجيريا و صربيا، و تركيا و بلغاريا و كرواتيا ، و قد تكونت العينة من 2.393 مراهق ، و توصلت نتائج الدراسة الى وجود ارتباط بين تعاطي المخدرات / الكحول و انخفاض أبعاد مستوى جودة الحياة ، كما أظهرت النتائج ارتفاع نسب التعاطي لدى المراهقين الذكور الأكبر سنا و المصابين باضطرابات نفسية ، و مشاكل اجتماعية و وضع اقتصادي متدني و مستوى جودة حياة منخفض (الشرجي و المطيري، 2022، ص405).

وفي دراسة قامت بها عمير 2023 حول جودة الحياة وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى اللاعبين ذوي الاحتياجات الخاصة، فقد خلصت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة والتوافق النفسي الاجتماعي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحرك.

وفي دراسة قامت بها (حجازي) بهدف التعرف على مدى تأثير السمنة على درجة الشعور بجودة الحياة لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية طبقت على عينة عشوائية بلغت 316 فردا وقد أشارت نتائج الدراسة الميدانية إلى أن درجة الشعور بجودة الحياة أعلى لدى الأفراد الذين لا يعانون من السمنة عنها من الأشخاص الذين يعانون منها لدى مجمل أفراد العينة (حجازي، 2017، ص209).

كما قام فؤاد وآخرون بدراسة حول جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي للرياضيين وقد توصل إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين أبعاد مقياس جودة الحياة والمجموع الكلي للمقياس، أبعاد مقياس السلوك الصحي والمجموع الكلي للمقياس) حيث تراوحت قيم معاملات الارتباط المحسوبة بين (0.70) و(0.95) وكانت المحسوبة أكبر من القيم المجدولة عند مستوى المعنوية (0.05) (فؤاد آخرون، 2023، ص178).

### خلاصة الفصل:

إن الهدف من ممارسة السلوك الصحي لا يقتصر فقط على الوقاية من الإصابة بالأمراض، بل يتعدى ذلك ليشمل إلى الارتقاء بالصحة وذلك باتباع نمط حياة صحي حيث أن زيادة حرص الفرد على ممارسة

السلوكات الصحية الإيجابية مثل ممارسة الرياضة وزيادة الاهتمام بالتغذية السليمة بالإضافة إلى تجنب العادات الضارة مثل التدخين وقلة النوم.

وبالتالي فإن فهم الفرد لهذه العلاقة المتبادلة بين الصحة والسلوك هو ما يجعله يحرص على تطبيق السلوكات الصحية السليمة والتي بدورها سوف تساهم في شعوره بالسعادة والرفاهية، وصولاً إلى تحقيق ما يعرف بجودة الحياة.

## الفصل الثالث

### جودة الحياة

#### تمهيد

- 1- تعريف جودة الحياة.
- 2- بعض المفاهيم المتصلة بجودة الحياة.
- 3- مقومات جودة الحياة.
- 4- مؤشرات جودة الحياة.
- 5- أبعاد جودة الحياة.
- 6- النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة.
- 7- قياس جودة الحياة.

#### خلاصة الفصل.

## تمهيد

يعتبر موضوع جودة الحياة من المواضيع التي له جذور تاريخية عميقة، وقد زاد الاهتمام بهذا الموضوع من قبل الباحثين في بداية النصف الثاني من القرن العشرين أي بعد الحرب العالمية الثانية، حيث أنه لم يعد مفهوم جودة الحياة ذلك المفهوم الذي كان ينظر إليه في بدا الأمر من زاوية فلسفية محضة بل أصبح يشمل جوانب متعددة ومختلفة تجمع بين الجانب الذاتي مثل الشعور بالرضا عن الحياة والجانب الموضوعي مثل الظروف المادية والعلاقات الاجتماعية.

وفي هذا الفصل سوف نحاول التطرق الى تعريف جودة الحياة وبعض المفاهيم المتصلة به بالإضافة الى مقومات جودة الحياة، مؤشرات جودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة.

## 1-تعريف جودة الحياة

**تعرف شقير (2009 ص6)** جودة الحياة هي أن يعيش الإنسان بصحة جيدة سواء كانت صحته بدنية أو عقلية أو نفسية، وأن يكون راضيا وسعيدا بحياته، كما تشمل القدرة على مواجهة التحديات، والنجاح في الحياة الشخصية والاجتماعية وتحقيق الأهداف والطموحات بالإضافة إلى ذلك، تشمل جودة الحياة احترام الذات والشعور بالسعادة، والتفاؤل بالمستقبل، التمسك بالقيم الأخلاقية والانتماء للموطن ومساعدة الآخرين (خليل، 2014، ص33).

**يرى مصطفى الشرقاوي** أن جودة الحياة تتجسد في قدرة الفرد على تطوير ذاته نفسيا و عقليا ، وذلك من خلال اكتساب مهارات حل المشكلات ، والتعامل بفعالية مع الضغوط ، والمبادرة بتقديم العون للآخرين و التضحية من أجل رفاهية المجتمع ترتبط هذه الجودة ارتباطا وثيقا بالشعور بالرضا و السعادة و تنعكس في قدرة الفرد على تلبية احتياجاته النفسية الأساسية مثل الصحة الجسدية و العلاقات الاجتماعية الإيجابية و الاستقرار الأسري و الرضا الوظيفي و الاستقرار المالي ، بالإضافة إلى القدرة على مواجهة التحديات الاجتماعية و الاقتصادية ، ويؤكد الشرقاوي أن الشعور بالصحة النفسية هو مؤشر قوي على جودة الحياة.(برابح و كتيبي، 2020، ص300).

**ويعرفها عبد الفاتح وآخرون 2006:** بأنها حالة من الرفاهية الشاملة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية والبيئية المحيطة، والشعور بالرضا والإشباع للحاجات الأساسية، وفهم الذات وقدراتها، وإدراك معنى الحياة،

بالإضافة إلى التمتع بصحة جسدية جيدة، والشعور بالسعادة، والعيش في انسجام وتوافق مع القيم السائدة في المجتمع. (النجار والطلاع، 2015، ص8).

ويعرفها وينجو 1980: بأنها مجموعة الظروف الاجتماعية والطبيعية التي يعيش فيها الأفراد، والتي تم تصميمها لتلبية احتياجاتهم وتطلعاتهم. تتضمن جودة الحياة جميع الجوانب المادية والمعنوية للبيئة المحيطة، والتي تشكل الأساس الذي يعتمد عليه الأفراد في حياتهم، وتسعى جميع الجهود البشرية إلى تحسين هذه الجودة من خلال توفير الخدمات الأساسية وتحقيق الرفاهية والسعادة. (عبد الواحد، دس، ص14)

كما عرفت جودة الحياة وفقا لمنظمة الصحة العالمية 1993: على انها تصور الأفراد لمكانتهم في الحياة في سياق الأنظمة الثقافية والقيمية التي يعيشون فيها وعلاقتها بأهدافهم وتوقعاتهم ومعاييرهم واهتماماتهم، يتضمن هذا المفهوم تقييم لجوانب مختلفة من حياتهم، مثل الرضا عن الحياة والأنشطة اليومية (بوعايدة، 2016، ص80).

ويعرف الدسوقي 1998 جودة الحياة: بأنها تحقيق الفرد لمستوى الرضا الذي يراه مناسباً لظروف حياته (بلول وعلة، 2016، ص172).

تعرف Anne Bowling 2001 جودة الحياة: على أنها الحالة المثلى للرفاهية الشاملة للفرد، وتشمل الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية وتتضمن هذه الحالة العلاقات الاجتماعية والمعتقدات الشخصية والصحة العامة واللياقة البدنية والشعور بالرضا والراحة في الحياة. (فالق وعدوان، 2022، ص582)

كما يعرف عادل الأشول 2005 جودة الحياة: بأنها مستوى رفاهية الفرد الذي يتحقق من خلال جودة الخدمات المادية والاجتماعية المتاحة له هذا المفهوم يؤكد على أهمية البيئة المادية النفسية والاجتماعية في حياة الفرد، مع التركيز على إدراكه الشخصي لمدى إشباع هذه الخدمات لاحتياجاته بغض النظر عن تأثير علاقاته الاجتماعية. (حساني، 2015، ص44)

ووفقا لسليمان يرى أن جودة الحياة تعتمد على شعور الفرد بالنمو المتواصل في شخصيته ، من خلال تطوير الجوانب النفسية و المعرفية و الإبداعية و الثقافية و الرياضية و الشخصية و الجسمية مع تحقيق التوازن بينها كما تتطلب توفير مناخ نفسي و عاطفي إيجابي يدعم العمل و الإنجاز و التعلم المستمر و اكتساب مهارات حياتية مثل حل المشكلات و التكيف و اعتماد التحسين المستمر كمنهج حياة ، بالإضافة إلى ذلك يجب على

الفرد تلبية احتياجاته ورغباته بشكل متوازن و السعي نحو الابداع و الابتكار و تعزيز التعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية و الاجتماعية .(عتوتة و خنيش، 2017،ص300)

ويرى أبو سريع وآخرون 2006: أن جودة الحياة تتجسد في الشعور الشخصي بالسعادة والرضا سواء عن الذات أو عن جوانب الحياة الهامة ويؤكدون على أهمية إدراك الفرد لذاته حيث يعتبر تقييمه الذاتي لمدى سعادته ورضاه هو المعيار الأساسي لجودة حياته. (مرسي ومتولي، 2015، ص16).

يعرف جيانياس 1998 Gianias ,d,a : جودة الحياة بأنها مقياس مركب يعكس مستوى الرفاهية و المتعة المتحقق من خلال عوامل مختلفة مثل الأجور و السكن و يكمن التحدي الرئيسي في قياس هذا المفهوم في تديد الأهمية النسبية لكل عامل من هذه العوامل. (الخلقي، 2022، ص1194)

يرى منسي وكاظم أن جودة الحياة: على أنها تتجسد في مدى شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على تلبية احتياجاته، يتحقق ذلك من خلال البيئة المحيطة والخدمات المقدمة في مجالات الصحة والمجتمع والتعليم والنفس بالإضافة إلى إدارة الوقت واستغلاله بشكل فعال. (منسي وكاظم، 2010، ص45)

في حين يرى فرانك Frank2000: أن جودة الحياة تتحقق عندما يستثمر الإنسان قدراته العقلية والإبداعية بشكل كامل، ويعزز مشاعره وقيمه الإنسانية، هذه التنمية الشاملة للفرد تؤدي بدورها إلى تحسين جودة المجتمع، ويتم ذلك من خلال المؤسسات الأساسية مثل الأسرة والمدرسة والجامعة. (عربي وقارة، 2023، ص253).

يرى صلاح وتوفيق 2009 أن جودة الحياة: تتحقق بتوفر الرفاهية الاقتصادية الدعم الاجتماعي فرص العيش الكريم استثمار المهارات الكسب المادي والرعاية الصحية (الغامدي، 2015، ص190).

يعرف رينيه وآخرون 2003 جودة الحياة: بأنها الشعور الذاتي للفرد بالسعادة والرضا والذي يتأثر بشكل مباشر بظروف حياته اليومية وتقلبات مشاعره. (بوعمامة، 2019، ص348)

وتعرف القطان 2002 ص98 جودة الحياة: بأنها مجموعة من العناصر المتداخلة، تشمل القدرة على أداء الأدوار الوظيفية والأسرية وجودة العلاقات الاجتماعية والأسرية والصحة النفسية والجسدية الجيدة، بالإضافة إلى الرضا العام عن الحياة (مقدم ومصباح، 2021، ص43-44).

يرى الغندور 2006 أن جودة الحياة: تشمل جوانب متعددة بدءاً من الاستمتاع بالظروف المادية المحيطة، مروراً بالشعور بالفراغية وتحقيق الاحتياجات وصولاً إلى الرضا عن الحياة وإدراك القدرات الشخصية وانتهاءً بالشعور بالسعادة والعيش بتناغم بين القيم الداخلية والقيم المجتمعية (القحطاني والكثيري، 2017، ص143).

ويعرف مهدي 2006: جودة الحياة بأنها شعور داخلي يجعل الفرد واثقاً من قدرته على تلبية احتياجاته الأساسية والمكتسبة والاستمتاع بظروف الحياة (بن يحي، 2021، ص1048).

يرى ليتوين أن جودة الحياة لا تقتصر على التغلب على الصعاب وتجاوز العقبات والأمور السلبية فحسب، بل تمتد لتشمل تطوير الجوانب الإيجابية. (بورزق وشلاي، 2016، ص85)

وتعرف جودة الحياة بأنها: تحقيق الفرد للنضج الشخصي والنفسي، مما يؤدي إلى سعادته الذاتية وإيجاد معنى لحياته، من خلال الأمل الذي يغمر جميع جوانبها، وبالتالي الشعور بالرضا التام (المشابعة، 2015، ص35).

كما يرى ضياء أحمد الكرد 2013: أن جودة الحياة: تتجسد في شعور الطالب بالرضا عن حياته وقدرته على التكيف مع مختلف جوانبها مما يؤدي إلى السعادة والاطمئنان. (بن كافو، 2018، ص243)

ويرى كومنز: Cummins 1997 أن جودة الحياة تتجسد في الاستجابات الموضوعية والذاتية التي يبديها الفرد تجاه المواقف الهامة التي تواجهه في جانب حياته المختلفة سواء كانت مادية، صحية، عاطفية، إنتاجية، اجتماعية أو تتعلق بالسلامة والمكانة الاجتماعية. (فارح، 2021، ص64)

يرى براون: Brown 2000 أن جودة الحياة تعكس حالة داخلية للفرد، تتجلى في توازنه العاطفي، وحيويته وإقباله على الحياة بفرح وشعوره بالسعادة واهتمامه بالآخرين ووضوحه مع ذاته ومع غيره. (النعيمات، 2016، ص24).

كما يرى حسام عزب أن جودة الحياة: تعتبر هدف يسعى إليه الجميع، ولكن تحقيقها بشكل كامل ليس سهلاً فالناس قد يحققون جوانب معينة منها، ولكن الوصول إلى الكمال فيها أمر نادر ويؤكد أن جودة الحياة لا تعتمد بالضرورة على المال أو المكانة الاجتماعية أو التعليم، فقد يشعر شخص فقير يعيش في كوخ بسيط بجودة حياة عالية، بينما يفقد شخص ثري ذو مكانة مرموقة، ويرى أن الشعور بالأمان والاطمئنان والرضا عن النفس وعن الحياة، بالإضافة إلى حب الناس والتقرب إلى الله، وهي المكونات الأساسية التي تحدد جودة الحياة. (عزب وآخرون، 2017، ص465).

ويمكننا القول إن تعريفات جودة الحياة قد تعددت واختلفت باختلاف المرجعيات النظرية التي قدمت من خلالها، حيث نجدها اتخذت مسارات متباينة ومن أبرزها الاتجاهات التالية:

### 1-الاتجاه الاجتماعي

### 2-الاتجاه النفسي

### 3-الاتجاه الطبي. (الهمص،2010، ص ص 42-43).

### أولا الاتجاه الاجتماعي:

برز مفهوم جودة الحياة في سبعينيات القرن الماضي، بفضل أعمال برذبورن (Bradburn 1969) ممثلاً تحولاً جذرياً في الفكر. فبدلاً من التركيز على السعادة، بدأ الاهتمام يتجه نحو الوجود الجيد وجودة الحياة بمفهومها الأوسع، وسعى الباحثون في هذا المجال إلى التمييز بين جوانب متعددة للصحة تشمل الصحة البدنية والصحة العقلية والانفعالية والاندماج الاجتماعي، وهذا التمييز سمح بدراسة عوامل مهمة مثل مستويات التوتر، الدافع والرضا عن الأهداف الحياتية ووجود العلاقات الاجتماعية والعائلية وكل هذه العوامل تدرس في سياق علاقتها بالصحة العامة. (خرموش،2020، ص131)

يرتبط مفهوم جودة الحياة من المنظور الاجتماعي ارتباطاً وثيقاً بمجموعة من المؤشرات الاجتماعية الموضوعية تتجلى هذه المؤشرات في البيانات والإحصاءات الرسمية ، و تشمل جوانب حيوية مثل نظافة البيئة و سهولة المواصلات و نوع العمل و طبيعته .كما تشمل أيضاً توفر السلع و زيادة الدخل و توفر فرص التعليم و العمل ، بالإضافة إلى توفر الخدمات الصحية المناسبة .علاوة على ذلك تعد حرية التعبير و الاعتقاد و توفر أماكن الترفيه و الاستجمام و توفر العدالة الاجتماعية من المكونات الأساسية لجودة الحياة .و من الجدير بالذكر أن هذه المؤشرات قد تختلف من مجتمع لآخر بناء على خصوصية كل بيئة اجتماعية.(دقيش، 2021، ص 29).

### الاتجاه النفسي:

يرى هذا الاتجاه أن الإدراك يلعب دوراً محورياً في تحديد جودة الحياة. فالجودة هنا لا تعدو كونها تعبيراً عن الإدراك الذاتي للفرد ، بمعنى آخر ما يدركه الإنسان من حياته هو ما يشكل جوهر تجربته ، و تستند هذه الفكرة إلى أن المتغيرات الاجتماعية المتعددة ، و التي سبق الإشارة إليها ، تعتمد في الأساس على تقييم الفرد

للمؤشرات الموضوعية في حياته ، هذا يعني أن العوامل النفسية تتدخل بقوة في التقييمات الاجتماعية و الاقتصادية التي يجريها الفرد و يرتبط مفهوم جودة الحياة بشكل وثيق بالعديد من المفاهيم النفسية الأساسية مثل القيم و الإدراك الذاتي و الحاجات و الاتجاهات و الطموح و التوقع .بالإضافة إلى ذلك ، يتكامل هذا المفهوم مع المفاهيم مثل الرضا و التوافق و الصحة النفسية ، ليشكل بذلك رؤية شاملة لكيفية تأثير الإدراك على رفاهية الفرد.(دويده،2024،صص 26-27)

ووفقا لسندريني بريسر " Sandrine Bercier" تشمل جودة الحياة الانفعالات والحالة العاطفية، بينما يرى آخرون أنه تتضمن أيضا غياب الوجدانيات السلبية مثل القلق والاكتئاب، بهذا المعنى تقترب جودة الحياة من مفهومي الصحة النفسية أو الراحة الذاتية، وهما مفهومان أوسع يشملان جوانب معرفية مثل الرضا عن الحياة. بينما تصنف المفاهيم المرتبطة بالكفاءات والقدرات العصبية والنفسية المعرفية والحركية ضمن بعدين رئيسيين، فبعض الباحثين يدرجونها ضمن البعد النفسي، إلا أنه يفضل آخرون تصنيفها ضمن البعد الخاص بالصحة الجسمية والقدرات الوظيفية (بن عيشة،2023، ص127).

### الاتجاه الطبي:

يهدف هذا المجال إلى تحسين جودة حياة الأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية أو نفسية أو عقلية من خلال برامج إرشادية وعلاجية متخصصة، إذ تعد جودة الحياة موضوعا شائعا في المحاضرات المتعلقة بالصحة وتطويرها، وقد ازداد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة حياة المرضى، وذلك من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم. (برابح وكتيفي،2020،ص302) مع التركيز على فهم مشاعرهم تجاه جوانب حياتهم المختلفة، ويعود هذا الاهتمام المتزايد إلى إدراك أن المرضى هم الأكثر حساسية لقيمة حياتهم، وقد شمل هذا التوجه بشكل خاص المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة أو خطيرة، مثل الأمراض النفسية والسرطان، بهدف تحسين جودة حياتهم بشكل شامل. (البيار،2023، ص770)

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف جودة الحياة بأنها حالة تكاملية تعكس إدراك الفرد لرفاهيته وسعادته ورضاه، كما هي قناعة الفرد بما يمتلكه من إمكانيات في الواقع الذي يعيش فيه، وسعيه لاستثمار طاقته لتحقيق أهدافه، إلى جانب قدرته على بناء علاقة إيجابية مع الآخرين والتكيف بفعالية مع متغيرات محيطه، كما تؤكد

على الأثر البارز للمعتقدات الدينية في تشكيل إدراك الفرد لجودة حياته حيث يعزز الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره مشاعر الرضا والقناعة لديه.

## 2- بعض المفاهيم المتصلة بجودة الحياة:

### 1-2 معنى الحياة:

يرى فرانكل أن معنى الحياة يكمن في سعي الإنسان الدؤوب لتحقيق هدف يضفي على حياته قيمة وجدارة بالعيش، وهذا السعي هو نتاج لإشباع الدافع الأساسي لديه، ألا وهو إرادة المعنى. (ميروخ وهاروني، 2021، ص418)

### 2- 2 الرضا عن الحياة:

ترى مجدي 2009 أن الرضا عن الحياة هو تقييم الفرد لموقعه في الحياة، آخذا بعين الاعتبار أهدافه، توقعاته، معاييرها واهتماماته، هذا التقييم يتأثر بالسياق الثقافي والقيم المجتمعية، وهو مفهوم شامل يتداخل فيه الصحة الجسدية الحالة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية والتفاعل مع البيئة المحيطة. (الرواشد، 2016، ص29)

### 2- 3 السعادة:

السعادة هي مزيج من المشاعر الإيجابية، تشمل الرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات إنها حالة من البهجة واللذة، تتجسد في إدراك قيمة الحياة والتمتع بالصحة الجسدية. (قاسمي، 2022، ص138)

### 2- 4 علم النفس الإيجابي:

عرف مصطفى خليل وفضل إبراهيم علم النفس الإيجابي بأنه الدراسة العلمية التطبيقية التي تركز على التجارب الإيجابية والصفات الحميدة لدى الأفراد والمؤسسات النفسية والاجتماعية ويهدف هذا العلم إلى تنمية هذه التجارب والصفات الحميدة لدى الأفراد والمؤسسات النفسية والاجتماعية ويهدف هذا العلم إلى تنمية هذه التجارب والصفات وتحسينها، مما يساعدهم في بناء شخصية إيجابية فعالة ولا يقتصر علم النفس الإيجابي على تحليل الواقع الحالي، بل يسعى إلى تحقيق الأفضل في مستقبل الفرد (بوراس، 2020، ص73).

### 2- 5 أسلوب الحياة:

يشير أسلوب الحياة إلى مجموعة العادات والسلوكيات التي تميز الفرد، ويمكن تعديلها عند الحاجة، خاصة إذا كانت تؤثر سلباً على الصحة الجسدية أو النفسية أو تزيد من خطر الإصابة باضطرابات معينة.

(بن عيسى، 2019، ص74)

## 2-6 الرفاهية الذاتية:

يمكن تعريف الرفاهية الذاتية وفقاً لرونالد 2000، من خلال ثلاثة عناصر أساسية:

- حيث يعتمد الفرد على نظريته الذاتية للحياة، وليس على الظروف المادية أو الخارجية
- يركز على شعور الفرد بالرضا العام عن حياته وتقييمه الإيجابي لها.
- يؤكد على أهمية وجود مشاعر إيجابية في حياة الفرد، مع التركيز على تعزيز هذه المشاعر بدلاً من مجرد تجنب السلبية (كوسه، 2021، ص69).

من خلال المفاهيم المتصلة بجودة الحياة التي تم عرضها يتضح أن مفهوم جودة الحياة مفهوم شامل يتداخل مع العديد من المفاهيم، حيث يتمثل معنى الحياة في السعي لتحقيق هدف يضفي قيمة على الوجود و هذا يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالرضا عن الحياة الذي يمثل التقييم الإيجابي للفرد لحياته بناءً على معايير و قيمه، بينما تمثل السعادة الجانب العاطفي لهذا الرضا، وتتقطع هذه المفاهيم جميعاً مع علم النفس الإيجابي الذي يهتم بدراسة هذه الجوانب و تنميتها، بينما يمثل أسلوب الحياة الذي يختاره الفرد انعكاساً مباشراً لهذه المفاهيم، فالقرارات التي يتخذها الفرد في حياته و العلاقات التي يبنها و الصحة تساهم في تشكيل مسار الفرد نحو الرفاهية الذاتية و التي تقاس من خلال النظرة الإيجابية للحياة وهي تشمل الصحة الجسدية و النفسية وحتى العاطفية مما تقود في الأخير الى تعزيز جودة الحياة.

## 3- مقومات جودة الحياة:

- امتلاك القدرة على التفكير وضع القرارات

- إمكانية التحكم

- السلامة الجسدية والعقلية

- مستوى المعيشة والعلاقات الاجتماعية

## -الإطار الديني والثقافي والحضاري

-إن طبيعة الأوضاع المالية والاقتصادية التي يعيشها كل فرد هي الأساس الذي يبنى عليه تصوراته عن الأشياء ذات الأهمية القصوى في حياته والتي يرى فيها تحقيق سعادته (بوعيشة،2013، ص53).

ولتحقيق جودة حياة جيدة هناك أربعة جوانب أساسية تؤثر على صحة الإنسان وتطوره بشكل ملحوظ وهذه الجوانب تتكامل مع بعضها البعض وهي:

(أ) الناحية الجسمية

(ب) الناحية الشعورية

(ج) الناحية العقلية

(د) الناحية النفسية. (شيخي،2014، ص97)

حيث تتضمن هذه الجوانب الأربعة الاحتياجات الأساسية الأخرى التي لا يستطيع الإنسان أن يحيا بدونها وهي ما يمكن أن نطلق عليه الاحتياجات الأولية، وتعد هذه الاحتياجات عنصرا أساسيا وملازما لمفهوم جودة الحياة، بل إنها جزء مكمل له وأي إهمال أو نقص في أي من هذه الجوانب من شأنه أن يؤدي إلى نشوء حالة من الصراع. (قاسمي،2022، ص133)

وعلى الرغم من ذلك ن توجد مؤثرات آخرا غير إرادية تؤثر على مقومات جودة حياته وصحته مثل العجز، التقدم في العمر، الألم، الخوف، ضغط العمل، الحروب، الموت، الإحباط، الأمل، اللياقة الجسمية بالإضافة إلى الراحة، إلا أنه من المهم التمييز بين هذه العوامل الطبيعية وتلك الناتجة عن خيارات نمط حياة أو الأمراض. (برابح وكتيفي،2020، ص301).

**حددت منظمة الصحة العالمية مقومات جودة الحياة في العناصر التالية:**

**الصحة النفسية:** تشير الصحة النفسية إلى امتلاك الفرد القدرة على إدراك مشاعره المختلفة والتعبير عنها بشكل صحي، بالإضافة إلى الشعور العام بالسعادة والسكينة النفسية دون التعرض لاضطرابات أو الشعور بالتردد والقلق.

**الصحة الروحية:** تشير الصحة الروحية إلى سلامة القدرات الذهنية التي تمكن الفرد من التفكير بوضوح وانتظام، بالإضافة إلى شعوره بالمسؤولية الذاتية وقدرته على اتخاذ خيارات وحسم أموره. (بليز دوح وبن صغير، 2021، ص85)

**الصحة الجسمية:** تعني امتلاك القدرة على أداء وظائف الجسم المختلفة بكفاءة وحيوية.

**الصحة العقلية:** تشير الصحة العقلية إلى حالة من القدرة على التفكير الواضح والمنظم، وتحمل المسؤوليات، والتمتع بالكفاءة في اختيار القرارات وتنفيذها. (بورزق وشلاي، 2016، ص90)

**الصحة الاجتماعية:** تتمثل في امتلاك المهارات اللازمة لتكوين علاقات إيجابية ودائمة، بالإضافة إلى القدرة على التواصل الفعال والمحترم مع المحطين

**الصحة المجتمعية:** تعكس قدرة الفرد على بناء وتوطيد علاقاته مع محيطه الاجتماعي، بما في ذلك الأفراد والقوانين والأنظمة التي تحكم هذا المحيط. (الكوشة، 2017، ص38)

#### 4 مؤشرات جودة الحياة:

قدم بيتر مان وسيليا Petermann & Cella مؤشرات لجودة الحياة تمثلت في المحاور التالية:

-التوازن في الانفعالات يعني إدارة المشاعر بنوعها الإيجابي والسلبي.

-تقييم الصحة العامة للجسم.

-الاستقرار في العمل والشعور بالرضا الوظيفي من الجوانب الهامة التي تؤثر في جودة الحياة.

-قوة الترابط الأسري واستمرار التواصل الفعال داخل العائلة.

-الحفاظ على الروابط الاجتماعية وتنميتها خارج حدود الأسرة.

-الاستقرار الاقتصادي يعني امتلاك الفرد لدخل كاف لتلبية احتياجاته الأساسية ومواجهة تكاليف المعيشة.

-يرتبط مفهوم التوائم الجنسي ارتباطا وثيقا بكيفية إدراك الفرد لجسده وشعوره بالقبول تجاه مظهره وشكله

العام. (حساني، 2015، ص ص50-51)

وفي هذا السياق، قدم فلوفيد (Floyd 1990) مؤشرات لجودة الحياة على النحو التالي:

الإحساس بجودة الحياة: جودة الحالة هي شعور يجعل الفرد يرى نفسه قادرا على تلبية احتياجاته الأساسية والمكتسبة، والاستمتاع بظروف حياته وفقا لتقييمه في استبيانات جودة الحياة.

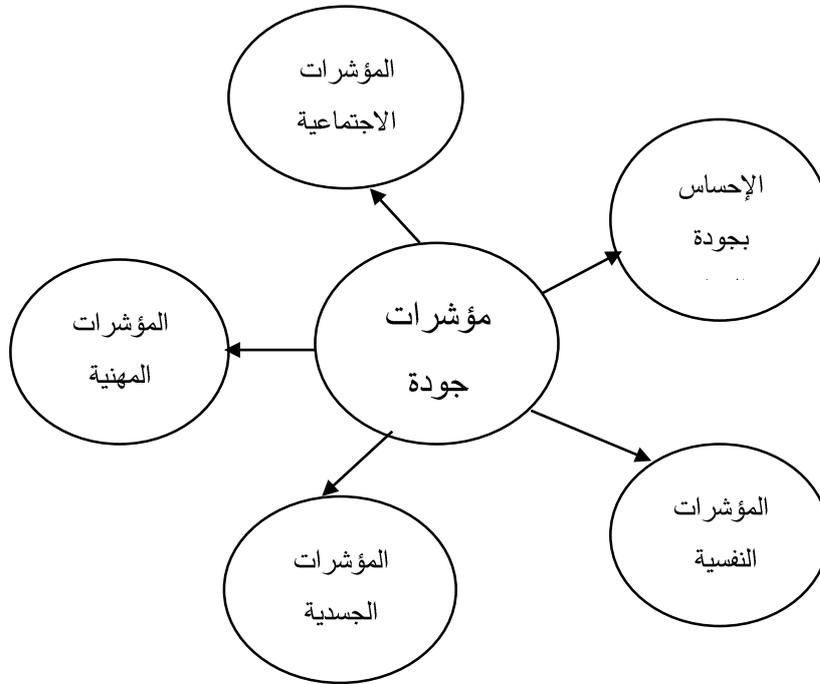
المؤشرات النفسية: تتجلى المؤشرات النفسية في مشاعر القلق والاكتئاب أو التكيف مع المرض أو الإحساس بالسعادة والرضا. (مرسي ومتولي، 2015، ص18)

المؤشرات الاجتماعية: تشمل المؤشرات الاجتماعية قدرة الفرد على بناء علاقات شخصية جيدة ونوعيتها، بالإضافة إلى مشاركته في الأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

المؤشرات المهنية: تشمل الرضا الوظيفي والشغف بالمهنة، سهولة أداء المهام، والقدرة على التكيف مع متطلبات العمل. (منسي وكاظم، 2010، ص45)

المؤشرات الجسدية والبدنية: تعكس المؤشرات الجسدية والبدنية حالة الفرد من حيث رضاه الصحي، تعامله مع الألم، نمطه الغذائي والنومي، وكفاءته الجنسية. (مقدم، مصباح، 2021، ص44)

الشكل رقم (9) يمثل مؤشرات جودة الحياة حسب فل وفيديو 1990:



المصدر: (من إعداد الطالبة الباحثة)

كما يوجد تقسيم اخر لمؤشرات جودة الحياة تمثل في العناصر التالية:

-يعد شعور الفرد بالرضا عنصرا أساسيا في إدراكه لجودة حياته.

-إن تلبية الاحتياجات الأساسية وحدها لا تضمن شعور الفرد بالرضا، فالرضا وجودة الحياة أمران نسبيان يتأثران بالفروق الفردية والسياقات الثقافية المتنوعة.

-إن استثمار الفرد لقدراته في الأنشطة الإبداعية، وتمتعه بعلاقات اجتماعية قوية، وسعيه لتحقيق أهداف ذات قيمة، بالإضافة إلى الدعم العائلي الذي يمنحه إحساسا بالحيوية، كعوامل جوهرية تساهم في تعزيز شعوره بجودة الحياة. (قاسم والحسين، 2016، ص318)

ويؤكد جود 1994 Goode على وجود عوامل أساسية تؤثر في جودة الحياة وهي:

-احتياجات الفرد العاطفية والاجتماعية والجنسية

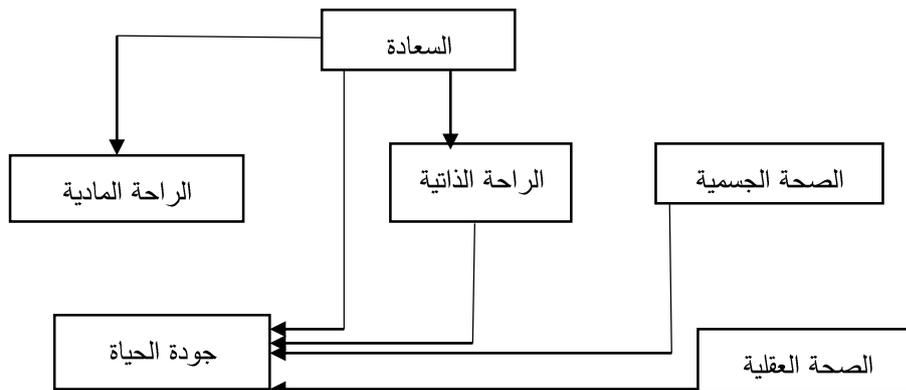
-يفترض أن تكون هذه الحاجات خاصة بالمجتمع.

-الإمكانيات المتاحة لتلبية هذه الاحتياجات على نحو سليم.

-البيئة الداعمة لإشباع هذه الحاجات. (الكوشة، 2017، ص36)

كما قدم نورد نفالنت 1994 Nordenfelt تصورا تخطيطيا يوضح فيه مؤشرات جودة الحياة: حيث أكد على تكامل عدة مؤشرات وشمل هذا التصور السعادة ذات المنطلق الفلسفي والراحة المادية والوجود الذاتي بجذوره الاجتماعية والنفسية بالإضافة إلى الصحة البدنية ذات الطبيعة الطبية، والصحة العقلية ويمكن تمثيل هذا الترابط في شكل تخطيطي كما يلي:

الشكل رقم (10) يمثل مؤشرات جودة الحياة وفق نوردينفالنت 1994



المصدر: (بوعامر، 2022، ص41)

كما تحدد جودة الحياة بناء على مجموعة من المؤشرات، والتي يمكن استخلاصها من خلال بعدين رئيسيين يتضمن كل منهما مؤشرات محددة وهي كالآتي:

#### المؤشرات الموضوعية:

تعكس المؤشرات الموضوعية التحسينات القابلة للقياس في جودة الخدمات المادية والاجتماعية المقدمة للأفراد وتشمل هذه التحسينات ارتفاع المستوى الاقتصادي والدخل القومي، وتوفير السلع، وتطوير الخدمات الاجتماعية والسكنية والنقل والتعليم والرعاية الصحية، فضلا عن تقييم المكانة الاجتماعية والاقتصادية ومدى الدعم المقدم من شبكات العلاقات الاجتماعية وتعتبر هذه المؤشرات ذات أهمية خاصة للإحصائيين والعاملين في القطاع الحكومي والعلماء والمنظمات الدولية التي تركز على التنمية. (دويده، 2016، ص36)

#### المؤشرات الذاتية:

تعتبر المؤشرات الذاتية أداة مهمة لفهم جودة حياة الأفراد ، وذلك من خلال التركيز على تقييم الجوانب النفسية لديهم ، ويشمل هذا التقييم قياس الرفاهية النفسية ، والرضا عن الحياة ، والسعادة الشخصية ، بالإضافة إلى المشاعر الإيجابية، و التوجهات ، والتطلعات المستقبلية و يؤكد الباحثون في هذا المجال على أن البعد العاطفي ، بما فيه مشاعر الفرد و تجاربه الصعبة ، يمثل جوهر التقييم الذاتي لجودة الحياة ، فالسعادة على سبيل المثال هي حالة وجدانية تساهم في شعور الفرد بالرضا و تمكنه من رؤية الأمور بمنظور واقعي ، وتبرز الرفاهية الذاتية كأكثر المفاهيم استخداما للتعبير عن مدى رضا الفرد عن حياته ، كما أنها توفر رؤى أعمق حول السياق الاجتماعي مقارنة بمفاهيم أخرى مثل السعادة و التفاؤل و تقبل الذات .(القلاف، 2012، ص25)

#### من المؤشرات الذاتية نذكر التالي:

-التفاعلات الاجتماعية مع الزملاء والأساتذة.

-التعليم المتميز.

- الشعور بالسعادة والرضا.

-الانتساب الى الأسرة.

- الانسجام الاجتماعي.

- استثمار أوقات الفراغ.

- الاشتراك في المبادرات الجماعية.

- تحمل المسؤولية الاجتماعية والفردية. (بكر، 2013، ص52)

- القدرة على التحكم في الانفعالات.

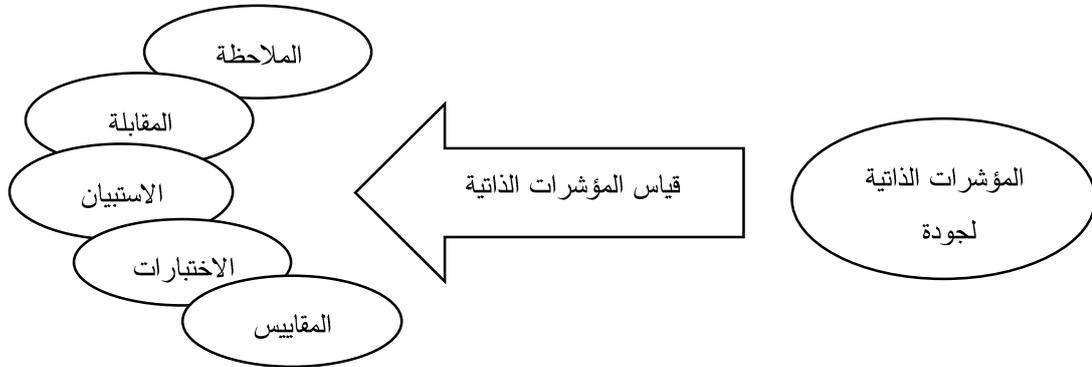
- الحفاظ على الصحة العامة.

- الحفاظ على الصحة النفسية.

- درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر. (بن شدة، 2022، ص55)

يمكن تقييم المؤشرات الذاتية لجودة الحياة باستخدام أدوات نوعية كالملاحظة والمقابلة وكمية كالاستبانات والمقاييس والاختبارات مع التأكيد على استيفائها للمعايير السيكومترية.

### الشكل رقم (11) يوضح المؤشرات الذاتية لجودة الحياة وأدوات قياسها

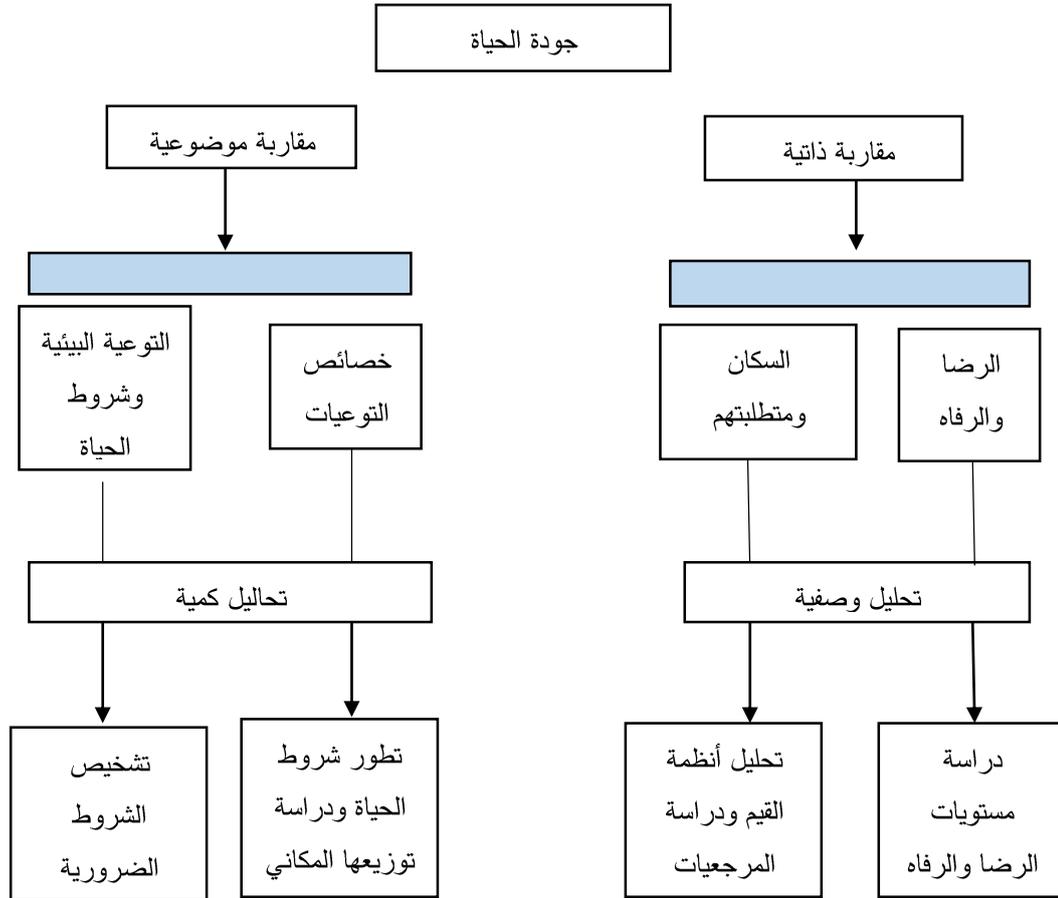


(بكر، 2013، ص53)

تعتمد جودة الحياة على التفاعل بين العناصر الموضوعية والذاتية المكونة للسعادة الفردية، ففي حين أن الجوانب الموضوعية تؤثر في جودة الحياة، فإن هذا التأثير يتوقف على التقييم الشخصي لتلك الجوانب، ويتم قياس البعد الموضوعي من خلال مقارنة الواقع الحالي بالإمكانيات المتاحة بالحد الأدنى المقبول للظروف المعيشية وجدير بالذكر أن جودة الحياة مفهوم شامل يتضمن على الأقل خمسة جوانب أساسية هي: الرضا

الجسدي، والرضا المادي، والرضا الاجتماعي والرضا العاطفي والرضا عن الأنشطة الشخصية. (أبو شمالة، 2016، ص27)

الشكل رقم (12) يمثل مقاربات وأنظمة لقياس جودة الحياة:



المصدر: (بن غضبان، 2015، ص98).

وهذا ما أكد عليه أبو سريع وزملاؤه 2006 حيث أكد على أن جودة الحياة تتحقق من خلال التفاعل بين عناصر ذاتية وموضوعية، حيث تشمل الجوانب الذاتية إحساس الفرد بالسعادة الشخصية ويؤكدون على أن تأثير العوامل الموضوعية يرتبط بتقييم الفرد لها أما قياس الجانب الموضوعي فيتم بمقارنة الوضع الحالي بما هو ممكن ومتاح، بالإضافة إلى مقارنته بالحد الأدنى من الظروف المعيشية اللائقة. (خلف، 2020، ص23)

يتضح مما تم عرضه من مؤشرات قياس جودة الحياة أن تتعدد و تتباين لتشمل أبعادا موضوعية و ذاتية متكاملة، فمن الناحية الموضوعية تقاس الجودة من خلال مؤشرات قابلة للرصد مثل المستوى الاقتصادي و توفر الخدمات الأساسية كالسكن و الصحة الخ، أما من الناحية الذاتية فتعكس التقييم الشخصي للفرد، كما

تتضمن المؤشرات أبعاداً جسدية كالصحة العامة و التعامل مع الألم و اجتماعية كقوة الروابط الأسرية ، و نفسية مثل مستوى القلق ، المهنة كالتكيف مع متطلبات العمل ، و يضل تحقيق جودة الحياة مرهونا بالتفاعل بين هذه العوامل الموضوعية الملموسة و تقييم الفرد الذاتي و احساسه بالسعادة و الرضا.

### 5-أبعاد جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة بناءً معقداً و متعدد الجوانب و قد أقر الباحثون الذين سعوا إلى فهم شامل لهذا المتغير بأنه يتميز بتعدد أبعاده و غموض ملامحه و تفاصيله و يفسر هذا الغموض بالانتشار الحديث نسبياً لدراسة جودة الحياة في مختلف الحقول العلمية كالطب و الاقتصاد و علم الاجتماع و برامج الإرشاد و التأهيل، و هو ما عزز التأكيد على طبيعته المتعددة الأبعاد. (الخلقي، 2022، ص ص 1198-1199)

و يحدد سليمان 2009 ثلاثة أبعاد لجودة الحياة وهي كالاتي:

**جودة الحياة الموضوعية:** التي تشمل الإمكانيات المادية التي يوفرها المجتمع و الحياة الاجتماعية الشخصية للفرد.

**جودة الحياة الذاتية:** والتي تركز على تجربة الفرد الشخصية و تقييمه لجودة الحياة التي يعيشها، بما في ذلك مستوى رضاه و قناعاته العامة و بالتالي شعوره بالبهجة و السعادة.

**جودة الحياة الوجودية:** و تشير إلى مدى إحساس الفرد بجودة حياته الداخلية، و الذي يتحقق من خلال عيش حياة متناعمة تشمل الإشباع الكافي للحاجات البيولوجية و النفسية، بالإضافة إلى الانسجام مع الأفكار و القيم الروحية و الدينية السائدة في محيطه الاجتماعي. (بن بردي، 2021، ص ص 278-279)

و تشير منظمة الصحة العالمية (W.H.A) بأن جودة الحياة: هي سعي الفرد لتحقيق أقصى ما يمكن بلوغه من الكمال في جوانب حياته المختلفة: وهي تشمل الأبعاد التالية:

**البعد الجسمي:** الذي يتناول كيفية تعامله مع الألم و الإزعاج و النوم و التخلص من الإرهاق و مستوى طاقته و حركته العامة.

**البعد النفسي:** و يركز على المشاعر و السلوكيات الإيجابية، و الانتباه، و القدرة على التعلم و التفكير و التذكر، و تقدير الذات، و الصورة الذاتية للجسم، و كيفية العمل مع المشاعر السلبية.

**البعد الاجتماعي:** والذي يشتمل على العلاقات الشخصية والاجتماعية بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية. (الطريفي والنعيمات، 2021، ص131)

**بعد الاستقلالية:** ويقصد بها كلما زادت قدرة الفرد على الاعتماد على نفسه في حياته وحركته وأنشطته اليومية، ارتفعت توقعات جودة حياته.

**البعد الديني:** ويتضمن الالتزام بالقيم الأخلاقية والشعور بالسكينة الروحية من خلال أداء الشعائر الدينية.

**البعد البيئي:** ويشمل ممارسة الحرية الإيجابية والشعور بالأمان. (النعيمات، 2016، ص26)

كما وقد استخلص منسي وكاظم 2006 ستة أبعاد لجودة الحياة لدى طلاب الجامعة، وذلك بعد مراجعة سبعة مقاييس أجنبية وهذه الأبعاد هي:

-جودة الصحة العامة

-جودة التعليم والدراسة

-جودة الصحة النفسية

-جودة الحياة الأسرية والاجتماعية

جودة العواطف (الجانب الوجداني)

-جودة شغل وقت الفراغ وإدارته. (الدهني، 2018، ص279)

كما وقد حددت مكونات جودة الحياة في العناصر التالية:

-الحساس الداخلي بالرضا عن واقع الحياة التي يعيشها الفرد والتي هي جوهر الشعور بحسن الحال، والذي يرتبط بدوره بالحالات الانفعالية المختلفة.

-القدرة على تلبية الاحتياجات الشخصية وتحمل المسؤوليات والقيام بالواجبات الاجتماعية.

-الاستفادة المثلى من الموارد البيئية المتاحة سواء كانت اجتماعية كالدعم المجتمعي أو مادية. (حمادية وآخرون، 2018، ص199)

ويرى غرب 2004 ص 589 أن مفهوم جودة الحياة يتكون من ستة أبعاد وهي:

-التفاؤلية

-تقدير الذات

-الرضا عن المهنة

-التوقعات المرجوة في المستقبل

-الممارسات الدينية والحالة الصحية العامة. (سويعد،2016، ص55)

-البعد النفسي: ويتمثل في تحقيق السلام الداخلي والتخلص من المشاعر السلبية كالقلق والاكتئاب

-البعد المعرفي: ويركز على تطوير القدرات الإبداعية وتوسيع آفاق الفكر.

البعد الثقافي والرياضي: ويتضمن الانفتاح على ثقافات متنوعة والاهتمام بالشأن الرياضي

البعد الشخصي والاقتصادي: ويشمل استغلال أوقات الفراغ بشكل مفيد وتعزيز العلاقات الاجتماعية

البعد الشخصي: (التطويري) ويهدف إلى النمو الذاتي وتحسين الصفات الشخصية. (الحسين،2023، ص99)

كما استكشف لواساكي LWASSKI من خلال دراسته لعينات من ثقافات متنوعة في آسيا و الشرق الأوسط و التي من خلالها طرح عدة أبعاد تحتمل أن تساهم في تعزيز جودة الحياة شملت هذه الأبعاد : التعليم و التنمية البشرية و التواصل الاجتماعي و الثقافي و السعي لإيجاد معنى للحياة ، بالإضافة إلى الهوية و تقدير الذات ، كما لاحظ لواساكي وجود ارتباط بين مشاعر الإيجابية كالتفاؤل و السعادة و بين مفاهيم الحياة الجيدة و التمتع ، و الرضا عن الحياة و أكد على أن جودة الحياة هي محصلة للصحة النفسية الجيدة مشددا على أهمية جعل تحسن جودة الحياة هدفا رئيسيا لبرامج الصحة(القحطاني و الكثيري ،2017،ص147).

ويشير Widal et al 2003 إلى وجود اتفاق عام حول أربعة أبعاد لجودة الحياة وهي:

البعد الجسمي: الذي يتعلق بالأمراض وما يصاحبها من أعراض.

البعد الوظيفي: الذي يركز على الحصول على الرعاية الطبية ومستوى النشاط البدني للفرد.

البعد الاجتماعي: الذي يشمل علاقات الفرد وتفاعله مع محيطه الاجتماعي.

البعد النفسي: الذي يغطي الجوانب المعرفية والعاطفية، بالإضافة إلى تصور الفرد العام لصحته النفسية والجسدية، ومدى رضاه عن حياته وشعوره بالسعادة (بوعمامة، 2019، ص353)

ظروف الحياة: وهي تتضمن وصفا موضوعيا للأفراد وأحوالهم المعيشية.

كما وقد قدم فيلسفي وبيري **Felce et Perry 1995**: نموذجا ثلاثيا لجودة الحياة يركز على تفاعل ظروف المعيشة، والرضا عن الحياة، والقيم الفردية، وقاما بتحديد هذه العناصر بدقة كما يلي:

الرضا الشخصي عن الحياة: ويشمل الإحساس بالرغبات والرضا عن كل من الظروف المعيشية ونمط الحياة. (عرعار، 2021، ص107)

القيم الشخصية والطموح الشخصي: وتتضمن القيمة أو الأهمية النسبية التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية. (خلف الله، 2015، ص24)

في حين يرى شالوك **Schalock 2002** أن جودة الحياة تتكون من ثلاثة مؤشرات يمكن قياسها، وتتوزع هذه المؤشرات على ثمانية مجالات أساسية في حياة الفرد:

-السعادة الانفعالية: الرضا مفهوم الذات، انخفاض الضغوط.

-العلاقات بين الشخصية: التفاعلات، العلاقات المساندة.

-السعادة المادية: الحالة المادية، العمل، المسكن.

-النمو الشخصي: التعليم، الكفاءة الشخصية، الأداء. (أبو يونس، 2013، ص69)

-السعادة البدنية: الصحة أنشطة الحياة اليومية، استغلال وإدارة وقت الفراغ.

تقرير المصير: الاستقلالية، الأهداف والقيم الاختبارات.

-الاندماج والمشاركة الاجتماعية: التكامل الترابط الاجتماعي، المشاركة الاجتماعية الأدوار المجتمعية، المساندة الاجتماعية.

-الحقوق البشرية: الإنسانية القانونية، العمليات الواجبة (أعقاب ورزمان، 2021، ص595)

لا شك أن مسار حياتنا وما نمر به من خبرات مختلفة في كل محطة عمرية يلعب دورا محوريا في تحديد مدى ثبات أو تغير منظورنا لجودة حياتنا الذاتية، ومع أن لكل فرد معايير الخاصة، هناك نمط يتيح

تحديد ثمانية أبعاد مشتركة يمكن من خلالها تقييم جودة الحياة الشخصية لأي إنسان، بغض النظر عن رؤيته الفردية وهي:

-السلامة البدنية والتكامل البدني العام.

-الشعور بالسلامة والأمن

-الشعور بالقيمة والجدارة الشخصية

-الحياة المنظمة المقننة. (حساني، 2015، ص 47)

-الإحساس بالانتماء إلى الآخرين

-المشاركة الاجتماعية

-أنشطة الحياة اليومية ذات المعنى أو الهادفة

-الرضا والسعادة الداخلية

يفتقر هذا النطاق من الأبعاد إلى بنية هرمية محددة وثابتة حيث يقوم كل فرد بتشكيل ترتيبه الهرمي الخاص استنادا إلى أولوياته الفردية وتقييمه الذاتي لأهمية كل قيمة في تحقيق جودة حياته، ومع ذلك يخضع ترتيب هذه الأبعاد لتأثير الخبرات الذاتية والسياق الثقافي للفرد وعليه يمكن ملاحظة قدر من التشابه في الترتيب الهرمي لهذه الأبعاد لدى غالبية الأفراد المنتمين إلى نفس الثقافة أو الجماعة الاجتماعية، وذلك نتيجة لتعرضهم لظروف حياتية مشتركة وتجارب مماثلة إلى كبير. (خلف الله، 2015، ص ص 28-29)

كما قد قاما كاربيج جاكسون لوصف أبعاد جودة الحياة ضمن إطار ثلاثي الأبعاد، موضحا إياه على النحو التالي:

1-الكينونة: Being

2-الإنتماء: Belonging

3-السيرورة: Becoming

ويوضح الجدول التالي المكونات الفرعية التي تتضمنها هذه المجالات:

## الجدول رقم: 1-3 يوضح المكونات الفرعية لمجالات جودة الحياة

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة (الوجود) Being	الوجود البدني Physical being	(أ) القدرة البدنية على التحرك وممارسة الأنشطة الحركية. (ب) أساليب التغذية وأنواع المأكولات المتاحة
	الوجود النفسي Psychological being	(أ) التحرر من القلق والضغط. (ب) الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح / عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Spiritual being	(أ) وجود أمل في المستقبل (الاستبشار) (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ.
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني (البدني) Social Belonging	(أ) المنزل أو الشقة التي أعيش فيها (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي Community Belonging	(أ) القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش معها (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية مهمة).
	الانتماء المجتمعي Practical becoming	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية، إلخ) (ب) الأمان المالي
الصيرورة Becoming	الصيرورة العلمية Practical Becoming	(أ) القيام بأشياء حول منزلي (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة.
	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه، التمرير) (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	الصيرورة التطورية (الارتقائية) Groth Becoming	(أ) تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

(دحمان، 2020، ص ص 119-120)

كما أنه تتضمن رؤية العجمي ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل في: القيم، الفاعلية، النشاط، وينبثق عن هذه الأبعاد العشرة مكونات رئيسية تشمل: الحقوق، العلاقات، الرضا، البيئة، الأمن الاقتصادي، الاحتواء الاجتماعي، الضبط الفردي، الخصوصية، الصحة، والنضج والنمو.

استخلاص منازع خمسة عشر بعدا رئيسيا يؤثر في جودة الحياة و هي : الرضا عن الذات ، الاجتماعية ، التوافقية ، الأسرة ، الجوانب المعرفية ، التدخين ، الصحة النفسية ، الصحة الجسمية ، الاهتمامات ، الطموح ، الحاجات ، النشاطات اليومية ، وقت الفراغ ، العمل ، الدخل ، التقاعد ، الاستقلال ، الرضا عن الحياة ، و السعادة(عرعار، 2021، ص111).

يتجلى من خلال أبعاد جودة الحياة السابقة الذكر أن جودة الحياة بناء معقد ومتعدد الأبعاد، يجمع بين العناصر الموضوعية الملموسة والعناصر الذاتية النفسية، كما تشمل أبعاد أساسية أخرى (الجسدية والنفسية والاجتماعية والروحية بالإضافة الى الأبعاد الوظيفية) يمكن ادرجها تحت العناصر الموضوعية و الذاتية و يتفاعل تقييم الفرد لهذه الابعاد بشكل ديناميكي مع ظروف حياته و قيمه و خبراته، مما يشكل تصوره الفريد لجودة حياته.

## 6-النماذج والنظريات المفسرة لجودة الحياة:

### 1-نظرية رايف 1999 Ryff Theory:

تعتبر طريقة رايف التي نشرت عام 1999 أن السعادة النفسية Psychological happiness هي نتاج شعور الفرد بالرضا عن جودة حياته، وقد قام رايف بتحديد ستة أبعاد أساسية تساهم في تكوين هذا الشعور بالسعادة، حيث يحتوي كل منها على ست صفات متداخلة، وتشكل هذه الصفات مجتمعة المعنى العميق للسعادة النفسية، والتي تعكس قدرة الفرد الإيجابية على تعزيز مسار حياته، وتتضمن هذه الأبعاد:

1-الاستقلالية: تشير الاستقلالية إلى مجموعة من الخصائص الفردية التي تمكن الشخص من اتخاذ قراراته الخاصة بشأن حياته، الاعتماد على الذات في تلبية احتياجاته، اظهار مقاومة للتأثيرات الاجتماعية المختلفة، تبني أنماط سلوكية تتسم بالملاءمة والتنظيم، بالإضافة إلى امتلاك القدرة على تقييم الذات بصورة موضوعية في ضوء القدرات الشخصية المتاحة. (عناد مبارك، دس، ص726)

2-العلاقات الإيجابية مع الآخرين: تتجلى في قدرة الشخص على بناء روابط اجتماعية ناعمة ومتبادلة، أساسها المودة والتعاطف والثقة المشتركة. (الخفاجي وجاسم، 2018، ص289)

3-التمكين البيئي: يتمتع الفرد المتمكن بيئيا بالقدرة على تكييف محيطه أو حتى إيجاد بيئة جديدة تلائم احتياجاته وطموحاته وحالته النفسية، هذه السمة التي تعكس صحة نفسية جيدة، تمنحه القدرة على التجديد والابتكار واتخاذ

القرارات الحاسمة، فالتمكن البيئي هو شعور بالكفاءة والسيطرة على البيئة المحيطة، حيث يستثمر الفرد خبراته السابقة والحالية والفرص المتاحة لتحقيق أهدافه في الحياة. (قاسم والحسين، 2016، ص317)

4- النمو الشخصي: وهو سعي الفرد الدائم نحو تطوير إمكانياته و قدراته الشاملة، سواء على الصعيد العقلي أو النفسي أو الاجتماعي، وفي هذا المسعى، يسعى الفرد إلى فهم واستثمار طاقاته الكامنة في رحلة نمو شخصي لا يتوقف، رحلة قوامها الارتقاء المستمر وتنمية الذات وتوسيع آفاقها، يتسم هذا النمو بالانفتاح والاستعداد لاكتساب معارف جديدة تثري خبرات الفرد وتسهم في تطوره، ومع مرور الوقت وتراكم التجارب، يجد الفرد نفسه قد خطا خطوات واسعة نحو التطوير والتقدم، مدفوعا بإحساسه المتزايد بالواقع. (مرازقة، 2016، ص54).

5- تقبل الذات: يعني أن ينظر الشخص إلى نفسه بإيجابية ويحتضن جميع أبعادها، بما في ذلك الصفات المحببة وغير المحببة، بالإضافة إلى الشعور بالارتياح تجاه ماضيه. (بكر، 2013، ص67)

6- الحياة الهادفة: تتجلى في سعي الفرد نحو تحقيق أهدافه الجوهرية في الحياة، مع امتلاكه منظومة من المعتقدات التي تضي معنى على تجاربه الماضية وحاضره الراهن، كما تتضمن وضع أهداف مستقبلية تمنح حياته قيمة من خلال العمل على إنجازها، بالإضافة إلى القدرة على تحديد هذه الأهداف وتوجيهها بفاعلية ويعد الإحساس بمعنى الحياة وإدراك الأهداف الشخصية من الركائز الأساسية للصحة النفسية. (عبد الساتر وآخرون، 2021، ص31)

ويندرج تحت هذا البعد الصفات التالية:

- أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة

- أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها

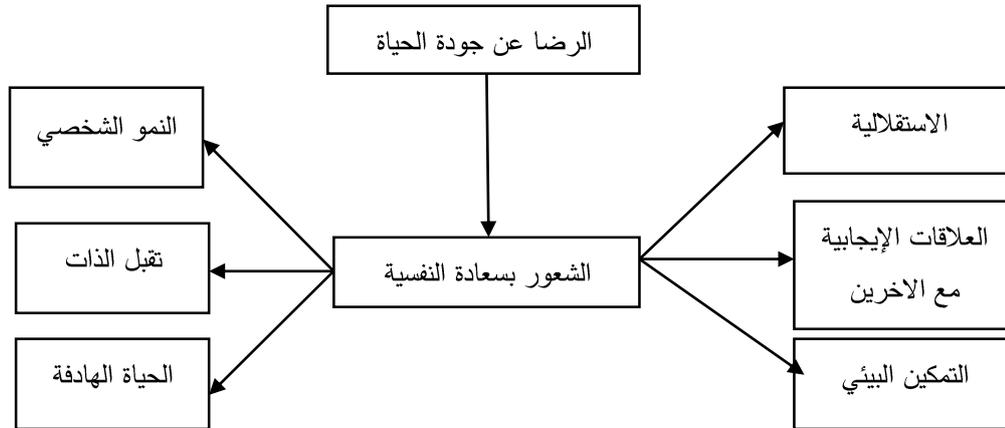
- أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة

- أن تكون لديه القدرة على توجيه أهداف حياته

- أن يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته

- أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة. (يحي، 2016، ص42)

الشكل (13) رقم يمثل نموذج رايف 1999:



المصدر: (من إعداد الطالبة الباحثة)

## 2- نموذج فين وهوفين

ويتألف من أربعة مفاهيم مترابطة ومنظمة وهي

أ- فرص الحياة: ويقسمها إلى محورين رئيسيين:

- جودة البيئة الخارجية، أي التي تتعلق بالجودة المتوفرة في المحيط الخارجي للفرد، والتي تشمل غالبا ما يعرف بجودة الحياة والرفاهية.

- جودة البيئة الداخلية للفرد، أي ما يمتلكه من إمكانيات وقدرات شخصية تمكنه من التعامل بكفاءة أكبر مع صعوبات الحياة. (كيسة، 2016، ص ص 87-88)

ب- نتائج الجودة: ويقسمها إلى محورين رئيسيين:

- الفائدة أو المنفعة: التي تمثل الجودة في السياق الخارجي وتقيس جودة الحياة من خلال النتائج وفقا لقيم الفرد وبيئته.

- تقدير الحياة: الذي يمثل الجودة الداخلية وينبع من تقييم الفرد لذاتي لحياته، مثل شعوره بالهناء والرضا والسعادة. (حمزة، 2019، ص 49)

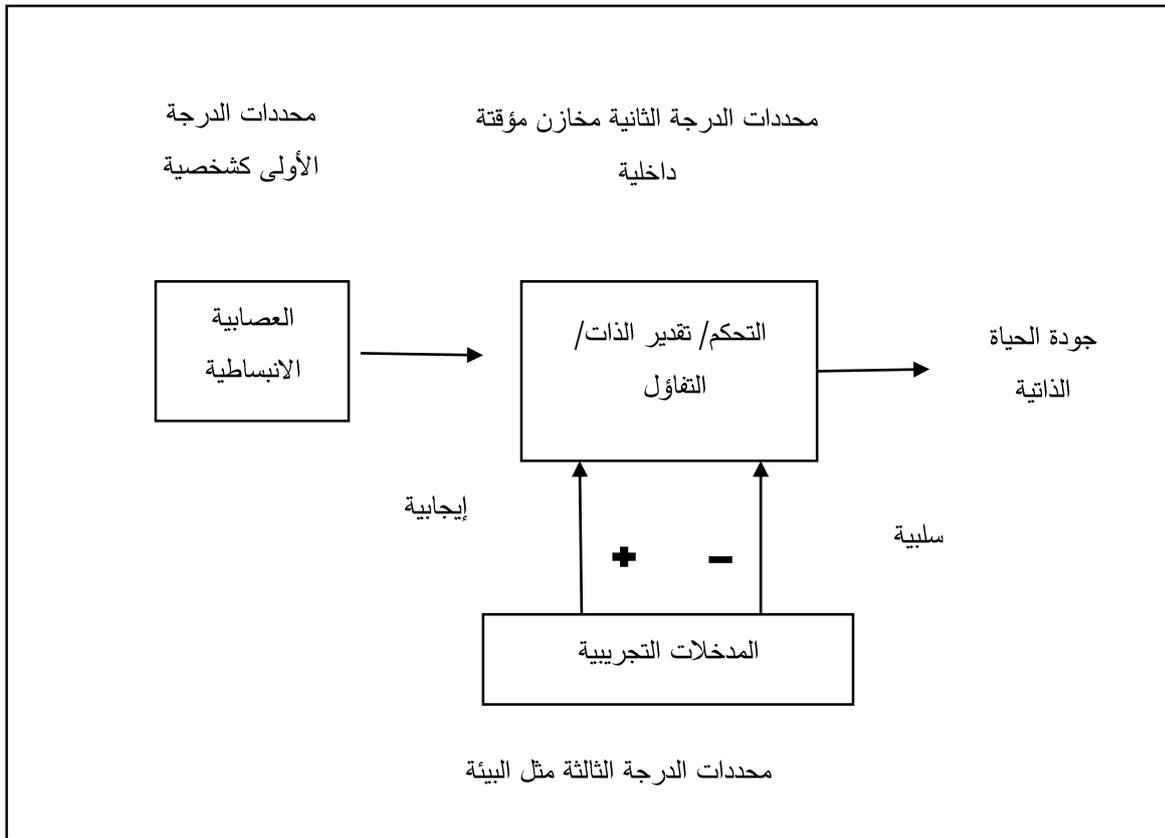
## 3- نموذج سلتز وونز 2002 Steels and ones

اقترح سلتز وونز نموذجا نظريا يوضح كيف تتداخل جودة الحياة من المنظور الذاتي مع مفهومي السعادة والرضا عن الحياة، وصولا في نهاية المطاف إلى حالة الوجود الذاتي الأفضل.

و وفقا للشكل (14) نعرض النموذج المحددات التي تؤثر في جودة الحياة بناء على تقييم الفرد لها، و يشير إلى أن جودة الحياة الذاتية تتكون من ثلاثة محددات تتفاعل معا و لها ترتيب معين حسب أهميتها و تأثيرها. (مرازة، 2016، ص55)

وهي كما لاتي

الشكل رقم (14) يمثل نموذج ستلز وونز



المصدر: (أبو حلاوة، 2010، ص11)

-المحددات من الرتبة الأولى، والتي تحدد طبيعة الشخصية بمكوناتها وخصائصها، وتتألف من بعدين رئيسيين هما:

أ-الانبساطية في مقابل الانطوائية

ب -العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي. (بوعيشة،2014، ص86)

-المحددات من المرتبة الثانية: هي عوامل داخلية خاصة بالفرد، وتشمل أبعادا شخصية متنوعة مثل

أ-وجهة الضبط أو مركز التحكم

ب-تقدير الذات

ج-التفاؤل في مقابل التشاؤم. (أبو حلاوة،2010، ص11)

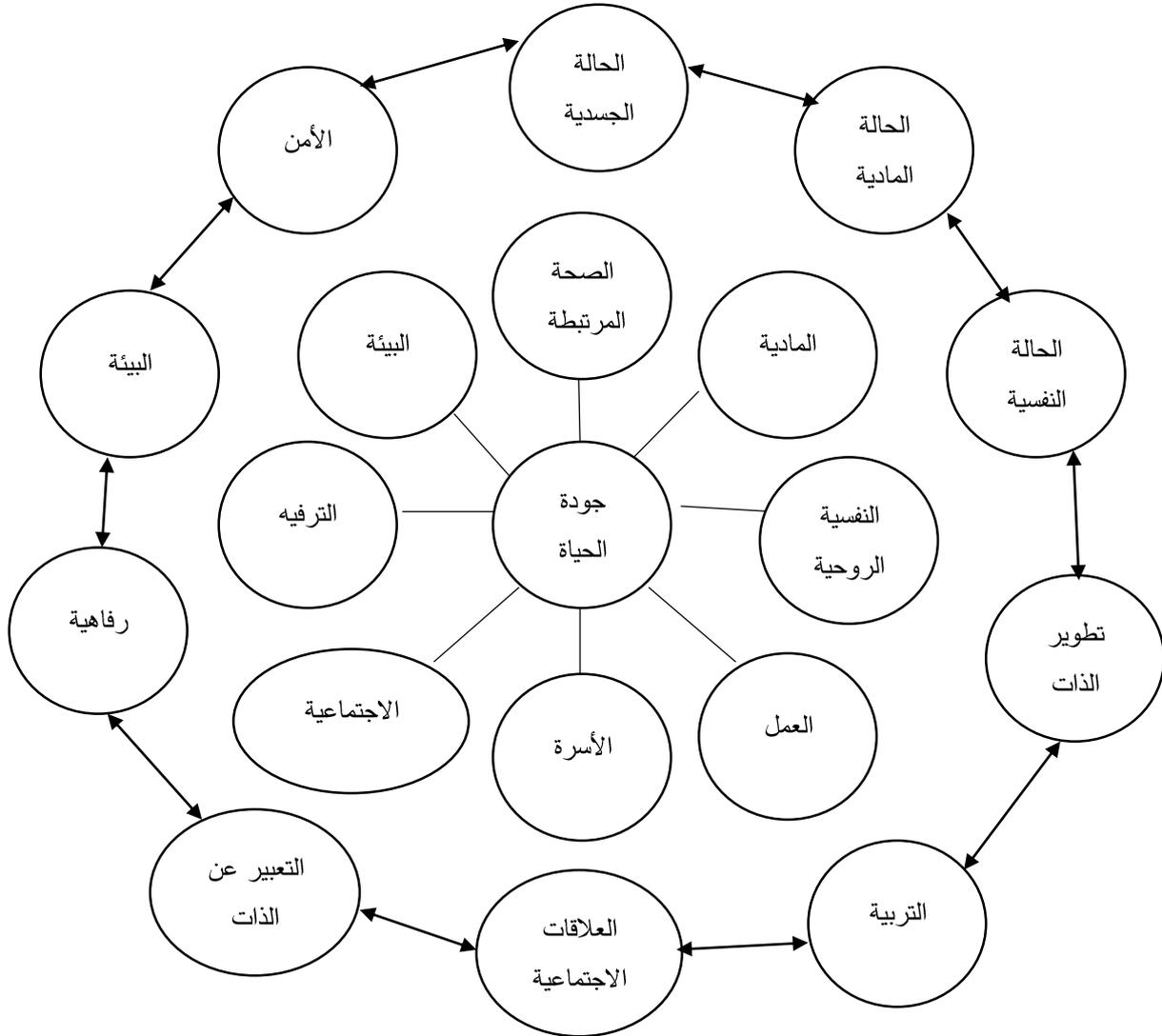
-المحددات من المرتبة الثالثة: هي المدخلات الخبرية البيئية، وتشمل جميع العناصر والأبعاد البيئية المادية والاجتماعية، بما فيها مصادر الإشباع والدعم.

وجودة الحياة ببساطة هي كيف يرى كل شخص حياته التي يريدّها وهذا يجعلها أمرا شخصيا للغاية، إن تصورنا لجودة الحياة -بالتحديد جودة حياتنا نحن كأفراد - يعتمد على كيف نحول الجوانب الهامة في حياتنا إلى أهداف وتوقعات واضحة نستطيع قياسها ورؤيتها، ثم نعمل بفعالية لتحقيقها. (بحرة،2014، ص45)

#### 4-نموذج Akranavicitutiوزملاؤه2010:

اتفق كل من (2007) Timossi و(2010) Akranavicituti & Rueevitius على نموذج يتضمن مجالات الحياة ومؤشراتها القابلة للملاحظة والقياس، (درياس،2020، ص84)

الشكل رقم (15) يمثل نموذج AKranaticituti وزملاؤه (2010)



المصدر: (Jouzas,2014, p322)

##### 5- نموذج غيش Reich وزوترا Zautra:

ينطلق هذا النموذج من فكرة محورية مفادها أن جودة الحياة الفردية تتأثر بشكل مباشر بسلسلة الأحداث الحياتية التي يعيشها الشخص، وبتفصيل أكبر يؤكد هذا النموذج على الدور الذي يلعبه كل من التأثير الوجداني والمعرفي لتجارب الفرد في صياغة إحساسه بجودة الحياة وتشتمل هذه النظرية على مجموعة من المبادئ (بن عيسى، 2019، ص81) نذكر منها:

**الضبط المعرفي Le contrôle cognitif:** و يتمثل في قدرة الفرد على توجيه سلوكه نحو هدف محدد ، فالأفراد يبادرون بالأفعال لتحقيق غياتهم انطلاقاً من رغبتهم الذاتية ، وهذه حرية الاختيار تلعب دوراً محورياً في كيفية فهمهم لمسار حياتهم و تفسيرهم لأحداثها . (فواطمية ،2018،ص90)

**الوجدان الإيجابي:** يتشكل من خلال سلسلة الأحداث التي يمر بها الفرد، فالطاقة التي يستثمرها في مواجهة متطلبات الحياة اليومية تؤدي إلى نتائج واضحة على مستوى جودة حياته. إجراءات، يتجلى تأثير الأحداث على جودة الحياة في صورة سيرورة تقويمية تتألف من أربعة عناصر رئيسية تتمثل في:

أ-العوامل الخارجية الضاغطة

ب-الحاجات والرغبات الداخلية كمصدر للضغط

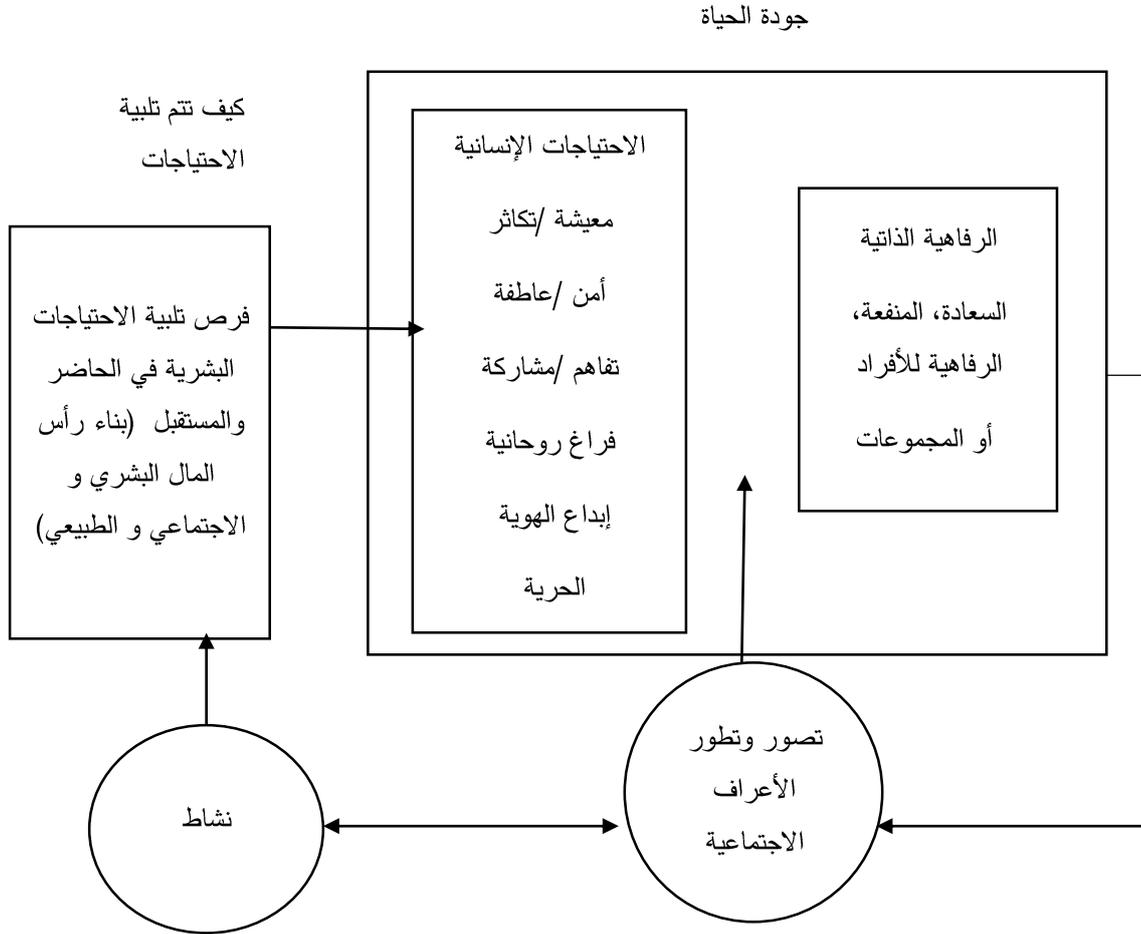
ج-أليات استجابة الفرد للمواقف المختلفة

د-عملية التقييم المعرفي والعاطفي لنتائج الأحداث وتأثيرها على الرضا. (برابح،2020، ص ص 94-95)

**6-نموذج كوستارز وآخرون:**

طور روبرت كوستارز وآخرون تصوراً نظرياً يوفق بين الأبعاد الموضوعية والذاتية عند تحليل كيفية إشباع احتياجات الإنسان، يتضمن هذا التصور وصفاً للظروف التي تتيح تلبية هذه الاحتياجات، ثم يتعمق في تفاصيل الاحتياجات نفسها، وكيف يشعر الفرد بتحقيق هذا الإشباع. (بكر،2013، ص58)

## الشكل رقم (16): يوضح جودة الحياة حسب نموذج كوستارز وآخرون



المصدر: (costanza and al ,2007,p269)

ووفقا لهذا المفهوم، تتحدد جودة الحياة بناء على مدى التباين الملحوظ بين تطلعات الفرد لتحقيق أو إشباع احتياجاته، والإشباع الفعلية التي يحصل عليها وهي حالة لا تحقق تلقائيا أو بتوفر مصادر الإشباع بل هي دالة بتوفر عاملين هما: (أبو حلاوة، 2010، ص12)

أ- القدرة على التكيف والتفاعل الإيجابي مع مختلف ظروف وأحداث الحياة، يشمل ذلك الأداء الفعال للأنشطة اليومية في الجوانب الاجتماعية والنفسية والبدنية والاقتصادية.

ب- القيام بأنشطة موجهة نحو تلبية الاحتياجات الشخصية بطريقة تولد شعورا عميقا بالرضا (يحي، 2016، ص51).

7- نموذج شالوك: Schalok1996:

قدم شالوك 1996، في مؤلفه «جودة الحياة: تطبيق على الأشخاص ذوي الإعاقة»، نموذجاً تحليلياً بارزاً لمفهوم جودة الحياة، يرى شالوك أن هذا المفهوم متعدد الأوجه، ويتكون من ثمانية مجالات رئيسية، كل مجال منها يقاس بثلاثة مؤشرات. يتمحور جوهر نموذجه حول فكرة أن للأبعاد الذاتية تأثيراً مهيمناً على تحديد شعور الأفراد بجودة الحياة، يفوق الأبعاد الموضوعية. ويؤكد بشكل قاطع أن طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته تعد عاملاً حاسماً في تحديد نسبة كبيرة من هذا الشعور. (بوفج، 2018، ص111)

ويمكن تصور مؤشرات جودة الحياة في الآتي:

**الناحية الذاتية:** ينظر إلى التقييم الوظيفي كقياس شامل يعكس مستوى الوظيفة، والانطباع عن العلامة التجارية، واستبيانات الظروف المحيطة، وتأثير الأحداث البيئية، ومدى التفاعل في الأنشطة اليومية، والشعور بتقرير المصير، والتحكم الشخصي، وأخيراً، أوضاع الدور في الحياة (كالتعليم والمهنة والسكن).

**الظروف الخارجية:** تتمثل في مجموعة العوامل التي تشمل المنبهات الاجتماعية، ومستوى المعيشة، ومستوى العمل. (خمخام، 2022، ص91)

الجدول رقم 2-3 يمثل مخطط مجالات ومؤشرات جودة الحياة حسب شالوك:

المجالات							المؤشرات
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البيئية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين الشخصية	
الحقوق الفردية حقوق الجماعة القانون و العمليات الواجبة	التكامل الترايط الاجتماعي	الاستقلالية الأهداف الاختبارات	الاستقلالية الأهداف الاختبارات	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	الحالة المادية العمل المسكن	التفاعلات العلاقات الإسناد	الرضا مفهوم الذات انخفاض الضغوط

(بوعيشة، 2014، ص92).

8-نظرية لاوتن 1977: Lawton theory

وفقا للاوتن، يرتبط مفهوم جودة الحياة ارتباطا وثيقا ب طبيعة البيئة. يتأثر إدراك الفرد لجودة حياته

بعاملين رئيسيين (شيخي، 2014، ص84) هما:

#### الظرف المكاني:

حيث تؤثر البيئة المحيطة بالفرد بشكل كبير على إدراكه لجودة حياته. وينقسم هذا التأثير إلى شقين:

تأثير مباشر يمس حياة الفرد وصحته، وتأثير غير مباشر يعكس مدى رضا الفرد عن بيئته، مما يحمل مؤشرات

إيجابية على جودة الحياة. (دويده، 2016، ص53)

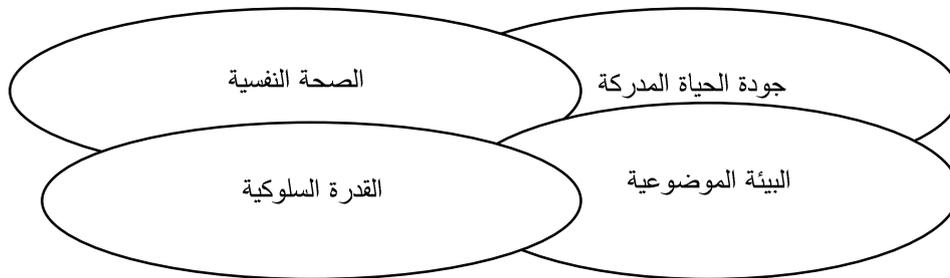
#### الظرف الزمني

يلاحظ أن إدراك الفرد للتأثير الإيجابي للطبيعة على جودة حياته يتعاضد مع التقدم في العمر، حيث

يكتسب سيطرة أكبر على بيئته. هذا النضج في الإدراك والتحكم يسهم بشكل كبير إيجابي في شعوره بجودة

الحياة. (حمزة، 2019، ص48).

#### الشكل رقم (17) يمثل جودة الحياة المدركة وفق بصمة البيئة



المصدر: (عيادي، 2022، ص64)

#### 9- النظرية التكاملية (Ventegodt Merrick and Andersen (2003):

لتفسير جودة الحياة، طور فوندجودت، مريك، وأندرسون إطارا نظريا تكامليا. يضم هذا الإطار مفاهيم

أساسية مثل الرفاه Well Being، الرضا بالحياة Satisfaction with life، السعادة Habbiness، المعنى في الحياة

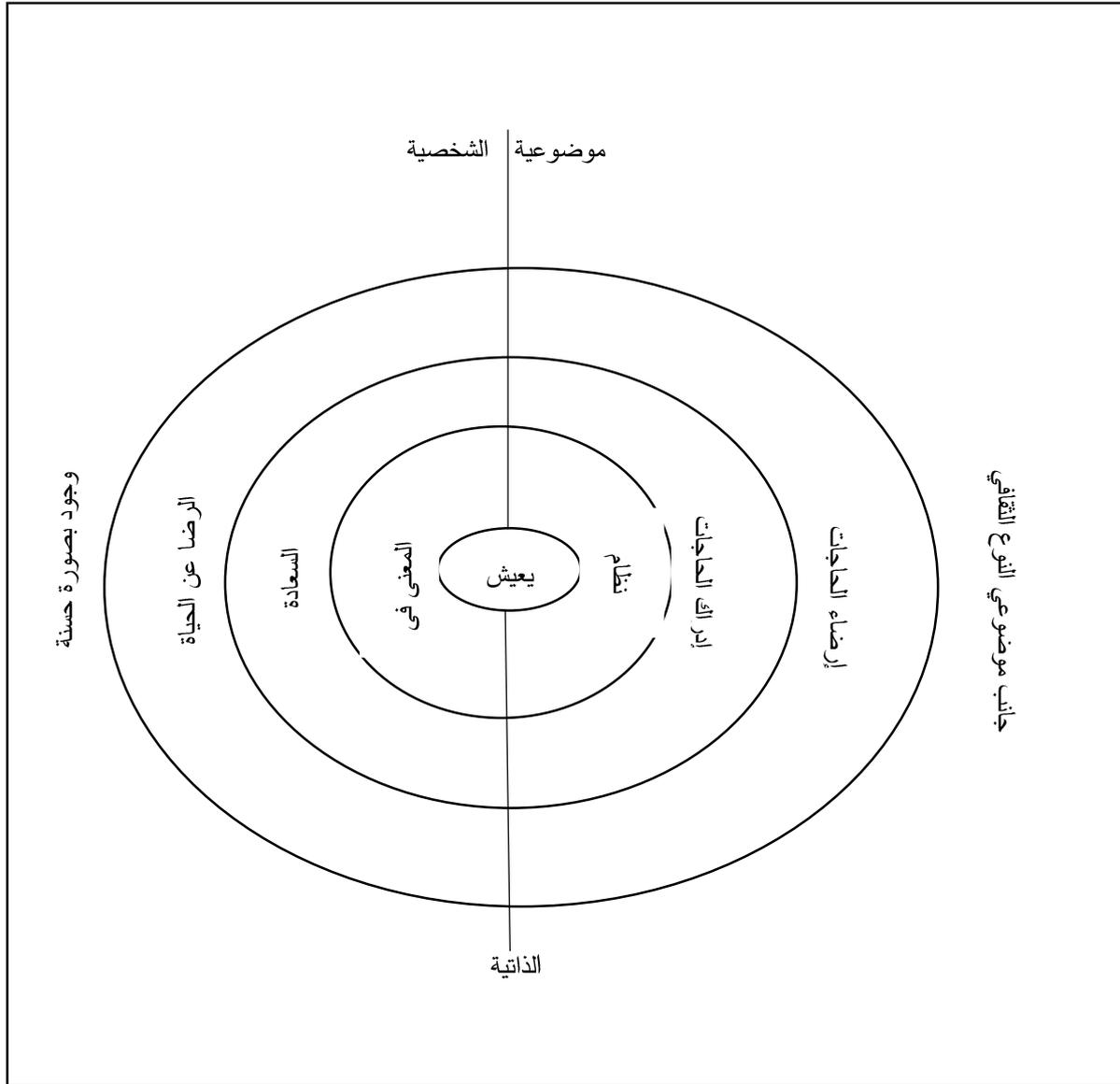
Meaning in life، بالإضافة إلى نظام المعلومات البيولوجي The bioical infomation System، تحقيق الحياة

الواقعية المحتملة Realizing life Potential، الحاجات Fulfillment of needs وعوامل موضوعية أخرى.

(مرازقة، 2016، ص60)

ويعد هذا النموذج من أهم الأطر التي تناولت جودة الحياة، خاصة في سعيه للجمع بين الجانبين الذاتي والموضوعي وقد نتج عن هذا الجهد مفهوم "متصل جودة الحياة Quality-of life Spectrumi" الذي بني عليه النموذج التكاملي لجودة الحياة (برابح، 2020، ص95). وهو ما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل رقم (18) يوضح نموذج النظرية التكاملية:



المصدر: (باشا، 2019، ص159)

ويرى أندرسون أن إدراك الفرد لحياته يمكنه من تقييم ما يحيط به شخصياً، وتكوين أفكار تساعد على تحقيق الرضا عن الحياة life satisfaction، ويشير إلى أن هذا الرضا ينتج عن اجتماع ثلاث سمات رئيسية تساهم في جودة الحياة. (عناد، دس، ص727) وهي:

الأولى: الأفكار المتعلقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد لتحقيقه.

ثانياً المعنى الوجودي الذي يمثل نقطة التقاء الأفكار والأهداف.

ثالثاً: العمق الداخلي للشخصية. (صندوق، 2015، ص40)

وفي ضوء ما سبق، تقدم النظرية التكاملية المؤشرات التالية كدلالة على جودة الحياة:

-ينبع شعور الفرد بجودة حياته من رضاه الشخصي والذي يتحقق بوضع أهداف واقعية قابلة للتحقيق، والسعي لتكيف البيئة المحيطة لتتوافق مع هذه الأهداف.

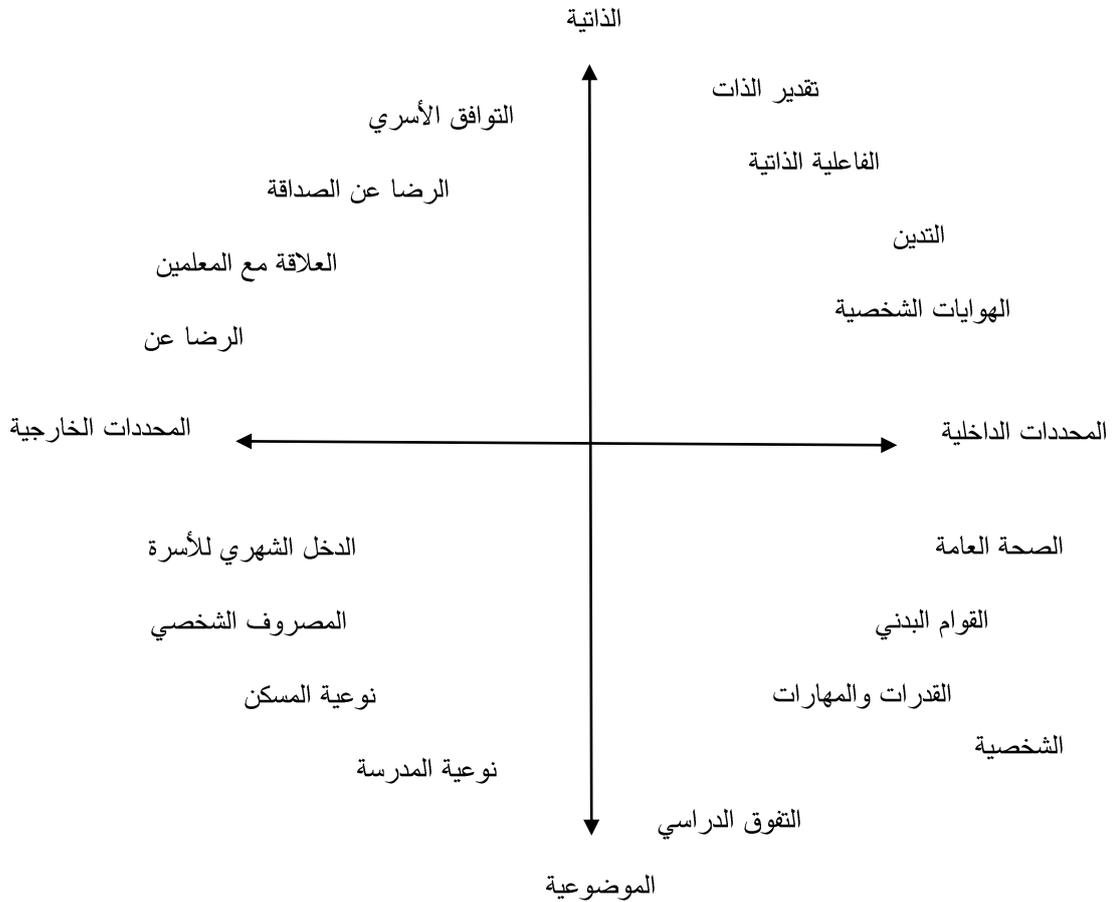
-لا تضمن إشباع الحاجات بالضرورة رضا الفرد أو شعوره بجودة الحياة، إذ أن هذا الأمر نسبي يختلف من شخص لآخر ومن ثقافة لأخرى. (حساني، 2015، ص57)

-يتحقق شعور الفرد بجودة الحياة من خلال استغلاله لإمكانياته في أنشطة إبداعية، وبناء علاقات اجتماعية قوية، والسعي نحو أهداف ذات معنى، بالإضافة إلى وجود عائلة تعزز لديه الإحساس بجودة الحياة. (عناد، دس، ص728)

### 10- نموذج أبو سريع وآخرون 2006:

قدم أبو سريع وآخرون نموذجاً لتفسير جودة الحياة النفسية، يركز على بعدين رئيسيين ومتعامدين، يمثل البعد الأفقي توزيع العوامل المؤثرة على جودة الحياة، والتي تصنف إما ك محددات شخصية داخلية (من داخل الفرد) أو محددات خارجية، ويتناول البعد الرأسي كيفية توزيع العوامل المحددة و ذلك بناء على طريقة قياسها وتقييم مدى تحققها ، وتتراوح هذه الأسس بين ما هو ذاتي ، حيث يقدرها الفرد من منظوره الشخصي و إدراكه و شعوره الخاص ، وما هو موضوعي ، والذي يشمل الاختبارات و المقاييس ، أو مقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط مجموعته المعيارية ، كما يمكن الاعتماد على معايير كمية و نوعية أخرى مثل الملاحظة و مقاييس التقدير ، ويعرف هذا البعد "بعد الذاتية في مقابل الموضوعية". (كاظم و البهادلي، 2007، ص7)

## الشكل رقم (19) يمثل نموذج أبو سريع



المصدر: (رشيد، 2019، ص910)

ترى الطالبة الباحثة أن النماذج و النظريات المفسرة لمفهوم جودة الحياة على الرغم من تنوعها تجمع على حقيقة أساسية و هي أن تقييم جودة الحياة يعتمد بشكل جوهري على مؤشرات موضوعية (كالمستوى المعيشي و الظروف المادية) و على المؤشرات الذاتية (كالإحساس بالرضا و السعادة)، وقد سعت معظم هذه النماذج الى دمج هذين البعدين لفهم العوامل المؤثرة في جودة الحياة، غير أن بعض النماذج قدمت إضافات مميزة، فنجد أن نموذج فين و هوفين ميز بين الإمكانيات (الفرص الداخلية و الخارجية) و النتائج (التقييم الموضوعي و الذاتي) مما يوفر نظرة ثنائية متكاملة تربط بين ظروف الفرد و مدى رضاه عن حياته و نجد أيضا نموذج سلتز وونز الذي يربط بشكل خاص بين التقييم الذاتي للحياة و مفاهيم السعادة و الرضا بهدف الوصول الى حالة الوجود الذاتي الأمثل.

## 7- قياس جودة الحياة:

يعد قياس جودة الحياة تحديا كبيرا، وذلك للصعوبة الكبيرة في تحديد مفهوم دقيق وواضح "للحياة الجيدة"، فما يعتبر جودة حياة لفئة معينة قد يختلف تماما بالنسبة لفئات أخرى، حتى داخل البيئة الواحدة، يزداد الأمر تعقيدا عند محاولة قياس جودة الحياة لأفراد ينتمون لبيئات مختلفة تماما، هذا التباين هو ما جعل الباحثين والمتخصصين في العلوم النفسية والاجتماعية يواجهون صعوبة بالغة في التوافق على تعريف موحد لجودة الحياة، مما ينعكس بدوره على صعوبة تحديد أبعادها ومؤشراتها بشكل دقيق. (بوراس، 2020، ص84)

لذا تعد عملية قياس جودة الحياة من المجالات التي تتطلب مزيدا من الجهد والبحث المتخصص، وذلك على الرغم من توفر العديد من المقاييس التي عالجت هذا المفهوم، فالكثير من هذه المقاييس تفنقر إلى الشمولية، ولا يمكن تطبيقها إلا في سياقات محدودة، مما جعلها عرضة لانتقادات عديدة. (عبد النبي، 2016، ص75)

حيث يشير كومينز و ماك كيب (Commins ,R A & Mc Cobe,M ,P1994) إلى وجود قصور عامة في مقاييس جودة الحياة ، تتجلى هذه المشاكل في غياب الشفافية حول العمليات التي بنيت عليها المقاييس ، إذ لم تعرض أو تشرح هذه العمليات بالتفصيل ، علاوة على ذلك ، اعتمدت غالبية هذه المقاييس على الصدق الظاهري بهدف القياس في سياقات خاصة ترتبط بأهداف البحث ، غالبا ما كانت المقاييس المستخدمة مجرد تعديلات لمقاييس سابقة.(عودة، 2015، ص136)

تعد جودة الحياة مفهوما ذا أبعاد متعددة، يشمل على مؤشرات موضوعية وذاتية. تهدف الجهود المبذولة لقياس جودة الحياة إلى فهم رضا الفرد عن حياته، حيث تقاس من منظور الفرد (جودة الحياة الذاتية) ومن خلال خصائص الظروف التي يعيشها (جودة الحياة الموضوعية) ويرى لاوتن وزملاؤه أنه من الصعب الفصل بين هذين المؤشرين، خاصة وأن مصدر المعلومات في كلتا الحالتين هو الفرد نفسه. (صادق، 2023، ص751)

## الجدول رقم 3-3 يمثل طرق قياس جودة الحياة:

النظرة	التركيز	التعريف
الطب	الأشخاص والأمراض	جودة الحياة تمثل التأطير الوظيفي للمرض وتبعات العلاج على المرض كما ينظر إليها المريض
أمور تتعلق بالصحة	أشخاص مع أمراض أو إعاقات	الجسدية، العقلية والاجتماعية للمرض على الوظائف الحياتية

اليومية وتمتد لتشمل مدى رضا الإنسان بظروف الحياة المحيطة التي يمكن إنجازها		
التكيف والرضا عن الحياة	الأشخاص في المجتمعات	التشخيص الاجتماعي
الدرجة التي يستمتع الإنسان بكل الإمكانيات المتاحة	لكل الأشخاص	التركيز على تطوير الصحة

(بحرة، 2014، ص ص 39-40)

وقد حدد فولفيد (1990Fallowfield) مؤشرات قياس جودة الحياة كما يلي:

- المؤشرات النفسية: وتتضح في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا.
  - المؤشرات الاجتماعية: وتتجلى من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
  - المؤشرات المهنية: وتظهر من خلال درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها والقدرة على تنفيذ مهام وظيفية وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.
  - المؤشرات الجسمية والبدنية: وتظهر عبر رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية.
- وتعتبر هذه المؤشرات ممتازة لقياس جودة الحياة ويمكن استخدامها عند إعداد مقاييس في هذا المجال. (حساني، 2015، ص58).

وصنف وكلانند وآخرون (Wiklund & all 2000) مقاييس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

القياس العالمي:

صمم هذا الأسلوب بهدف قياس جودة الحياة بطريقة شاملة ومتكاملة. يمكن أن تتم ذلك من خلال سؤال واحد يطرح على الشخص لتقييم جودة حياته بشكل عام، على غرار مقياس فلانجان لجودة الحياة الذي يستفسر عن مدى رضا الأفراد في 15 مجالا مختلفا من مجالات الحياة. (حمزة، 2019، ص53)

القياس العام:

يمتلك هذا المقياس نقاط مشتركة مع القياسات العالمية وقد تم تطويره لأغراض وظيفية، لا سيما في سياق الرعاية الصحية. يعرف بتصميمه الشامل الذي يقيس التأثير المحتمل للمرض أو أعراضه على جودة حياة المرضى يطبق هذا المقياس العام على شرائح واسعة من السكان، وتتمثل قوته الكبرى في تغطيته الشاملة وقدرته على تسهيل المقارنات بين مجموعات مرضى متنوعة. لكن يعاب عليه عدم تقديمه معلومات محددة أو ذات صلة مباشرة بمرض معين. (عبد الصمد، 2020، ص76)

### القياس الخاص بالمرض:

تم تطوير هذا القياس خصصا لمراقبة استجابة العلاج في الحالات التي تستدعي اهتماما خاصا، تقتصر هذه الإجراءات على مجموعة محددة من المرضى الذين يتسمون بحساسية عالية للتغيير وصعوبة في ربط تحسنهم بمفهوم جودة الحياة حيث يركز هذا القياس على مشكلات محددة تواجه هؤلاء المرضى، مثل الألم والتعب وتدهور الوظائف الجسدية، تساهم هذه الإجراءات والقياسات في تحديد المشكلات الخاصة التي يمكن حلها بفعالية من خلال التدخل العلاجي المناسب. (الهمص، 2010، ص51)

وتصنف الزروق (2009) وسائل وأدوات قياس جودة الحياة كالتالي:

➤ بطارية المؤشرات (Batteries d'indicateurs)

➤ ملامح الصحة (Profil de Sante)

➤ مقاييس الفعالية (Mesures de l'utilité)

➤ مقاييس النوع (Echelles spécifiques)

تسعى الفئة الأولى من الأدوات، المعروفة بـ "بطاريات المؤشرات" إلى تطوير مؤشرات متعددة الأبعاد تعكس الجوانب المتفق عليها في مفهوم "طريقة الحياة" ومن أبرز الأمثلة على هذا النوع الأداة التي أعدها فريق عمل المنظمة العالمية للصحة.

بالنسبة لفئة الثانية من الأدوات، وهي الملامح (Profile) فإنها تعتمد على استبيان واحد يستخدم لتقييم تأثير المرض بشكل عام على جودة حياة الفرد، وبالتحديد في جانبي الأداء البدني والنفسي ( Fonctionnement physique et psychique) من الأمثلة المعروفة لهذا النوع من الأدوات، وفقا لهذا التصنيف، مقياس تأثير المرض (Sickness Impact Profile) ويرمز له اختصارا SIP. (كيسة، 2016، ص96)

بينما تعنى مقاييس الفعالية بمقياس الشعور بالسعادة (Well-being) ويركز ذلك على مدى رضا الفرد عن نوعية حياته، كما يقيّمها هو شخصياً، يبرز هذا النوع من المقاييس بشكل خاص في فهم توقعات الأفراد بهدف تحسين أساليب حياتهم، ومن الأمثلة الشائعة على مقاييس الفعالية هو مقياس (Psychological Well-being) (General Well) .

أما فيما يخص المقاييس النوعية فهي تهدف بشكل أساسي إلى تقييم تأثير مرض معين على جودة حياة المرضى، وكيف يحد هذا المرض من أدائهم في مختلف جوانب الحياة لذلك، فإن المقاييس النوعية المتوفرة بكثرة، تركز على فكرة تحديد سمات خاصة لتأثير وضع صحي محدد على نمط الحياة. (بوراس، 2020، ص 86-87)

ويقسم تورجرسون (Torgerson 1999: 1413-1414) المقاييس إلى ثلاث فئات رئيسية:

المجموعة الأولى: وهي المقاييس النوعية، والتي تتميز بارتباطها الوثيق بمواقف معينة، وظروف خاصة وعينات محددة، بالإضافة إلى أهداف واضحة.

المجموعة الثانية: المقاييس العامة والشاملة، هذه المقاييس تركز على استفسارات حول الصحة العامة للفرد ومختلف مجالات حياته. (أبو يونس، 2013، ص 74)

المجموعة الثالثة: المقاييس المؤسسة على النفع والفائدة: تركز هذه المقاييس بشكل خاص على التفضيلات الفردية في أوقات معينة

ويرى البعض أن جودة الحياة تقاس بمجمعتين من المؤشرات التي تعكس ارتفاعها أو انخفاضها. المجموعة الأولى هي جودة الحياة الذاتية، والتي تعتمد على إدراك الفرد للرضا عن حياته من منظور شخصي. أما المجموعة الثانية، فهي جودة الحياة الموضوعية، وتتضمن خصائص وضع الفرد الحالي التي يمكن قياسها بشكل موضوعي. (بن عيسى، 2019، ص 87)

ونستعرض فيما يلي بعض المقاييس التي استخدمت في قياس جودة الحياة:

ظهر أول مقياس لجودة الحياة سنة 1970 على يد فيتاغرام (The Vitagram) وبعد ست سنوات، في عام 1976، قدم كل من بريستمان وباون مقياساً آخر لـ "نوعية الحياة". وقد شمل هذا المقياس مؤشرات تتراوح

بين مشاعر الرفاهية ومشاعر الألم، مما يعكس نظرة أوسع للجوانب التي تؤثر على جودة حياة الأفراد. (بوعمار، 2022، ص53)

#### مقياس جودة الحياة لفريش 1992 Frisch:

يهدف هذا المقياس إلى تقييم الرضا عن الحياة (جودة الحياة)، ويشتمل على مقياس ذاتي يضم 17 جانباً مختلفاً من الحياة. من هذه الجوانب: العمل، الصحة، كيفية قضاء وقت الفراغ، طبيعة العلاقات الاجتماعية (مثل الصداقات، العلاقة مع الأبناء، الأقارب، والجيران)، مستوى المعيشة، الرؤى الفلسفية للحياة، والمشاركة في العمل الوطني. يطلب المقياس من المفحوص أن يقيم مدى رضاه عن كل جانب من هذه الجوانب، وأن يحدد كذلك مدى أهمية هذا الجانب في تحقيق سعادته الشاملة. (خمخام، 2022، ص97)

#### مقياس بيرنس (Bernes 1995) لجودة الحياة:

هذا المقياس يتضمن أربعة أبعاد أساسية تتعلق بالشخصية والحالة الاجتماعية والأسرية والعمل. وهو مصمم لتقييم الرضا الشخصي، والإحساس بالإنجاز. (أبو شمالة، 2016، ص28)

#### مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL 1997) :

طورت منظمة الصحة العالمية مقياساً شاملاً لتقييم جودة الحياة، بهدف استخدامه عالمياً مع مراعاة التنوع الثقافي بين الدول. يتوفر المقياس في نسختين: نسخة أصلية مطولة ونسخة مختصرة. وقد تم إعداد وتكييف كلتا النسختين في 15 دولة تحت إشراف المنظمة، تسمح النسخة المطولة من المقياس والمكونة من 100 بند بتقييم ستة مجالات رئيسية لجودة الحياة، وهي الصحة الجسدية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، البيئة المحيطة، الجانب الروحي، أما النسخة المختصرة فتتألف من 28 بنداً أو سؤالاً وتقيس أربعة مجالات: الصحة الجسدية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، البيئة المحيطة، وتتراوح درجات المقياس المختصر من 28 إلى 140، وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة أفضل. (مداسي، 2023، ص142)

#### مقياس تقييم جودة الحياة لهوثري (Hawthorne1999):

تقيم جودة الحياة المتعلقة بالصحة باستخدام مقياس يتكون من 15 مفردة، وهو يغطي خمسة أبعاد رئيسية: (الأمراض والحياة، "العيش" المستقلة، والعلاقات الاجتماعية، والنواحي الجسمية، والسعادة النفسية) حيث تمنح الدرجة 0 = للجودة السيئة، والدرجة 1 = جودة الحياة العادية. (خمخام، 2022، ص ص97-98)

### Mos-Sf 36 للتقدير جودة الحياة (الشكل المختصر) :

وهو من أشهر المقاييس، حيث يتميز هذا المقياس بعدم تخصصه بفئة معينة، ويعد أحد مشاريع الهيئة الدولية لجودة الحياة LQOLA. (لحامة، 2023، ص86)

مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي صعوبات التعلم الأكاديمية المعد من طرف كومينيس (Cummins1997):

تم تطوير هذا المقياس بهدف تقييم جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و18 عاما ولديهم صعوبات تعلم. يستغرق إكمال المقياس ما بين 15 إلى 20 دقيقة ويتألف من ثلاثة أجزاء رئيسية.

#### الجزء الأول: الجانب الموضوعي (Objective)

يركز هذا الجزء على جمع معلومات أساسية متعلقة بالطفل يتكون من 24 سؤالاً موزعة على 7 أبعاد فرعية، بواقع 3 أسئلة لكل بعد. تشمل هذه الأبعاد: الارتياح المادي، الصحة، الإنتاجية، الألفة، الأمان، المكانة الاجتماعية، السعادة الوجدانية. (بوعامر، 2022، ص54)

#### الجزء الثاني: الجانب الذاتي (Subjective)

**الأهمية: Impotence:** يركز هذا الجزء على مدى الأهمية التي تمثلها جوانب معينة في حياة الطفل بالنسبة له. يتضمن هذا المقياس 7 عبارات مصممة لتقييم شعور الطفل نحو هذه الجوانب.

**الرضا: Satisfaction:** يقيس هذا الجزء مدى رضا الطفل عن جوانب حياته المختلفة. يتكون هذا المقياس من 7 عبارات تقدم باستخدام مقياس ليكرت السباعي يختار الطفل الإجابة التي تعبر عن شعوره بدقة من بين الخيارات التالية "مسرور جدا"، "مسرور"، "مسرور إلى حد ما"، "لا أستطيع التحديد"، "غير مسرور جدا"، "غير مسرور"، "أو مفزوع". (حرطاني، 2014، ص35)

#### مقياس (Quality of life Questionnaire for cancer Patients) le Qlo –C30

تم تطوير هذه الأداة من قبل المنظمة الأوروبية لأبحاث وعلاج السرطان لتقييم جودة حياة مرضى سرطان الرئة، ثم تم تكييفها لمرضى السرطان الآخرين يتضمن 30 عنصراً وقياساً 9 أبعاداً محددة من جودة الحياة كالحالة البدنية، الحد من الأنشطة، الحالة المعرفية، الحالة العاطفية، العلاقات الاجتماعية، الغثيان، التعب، الألم، الصحة العامة. (رزيق، 2025، ص ص 29-30)

## مقياس ميكنا (MCKenna 2001)

قام ميكنا بتطوير مقياس لجودة الحياة لدى كبار السن. **Quality of life scale for Elderly (QISE)**. تم إعداد هذا المقياس بناء على مقابلات أجريت مع عدد من كبار السن، بهدف تحديد الجوانب التي يرونها مهمة في تقييمهم الشخصي لجودة حياتهم، والآراء التي عبروا عنها حول إحساسهم بجودة الحياة.

صممت بعد ذلك فقرات المقياس لتعكس الخبرة في مجال رعاية كبار السن. وقد طبق هذا المقياس على عينة مكونة من 399 مسناً لتقييم خصائصه السيكومترية. كشفت نتائج التحليل العاملي أن المقياس يتألف من خمسة عوامل رئيسية: التدخل المجتمعي، والإدراك الإيجابي للصحة، والمصادر، والاستقلال، والتبعية. (منسي وكاظم، 2020، ص45)

## مقياس تقدير أثر داء المفاصل (L AIMS)

أعد من طرف مركز أبحاث جامعة بوسطن في البداية اشتمل المقياس على 57 بنداً موزعة على 9 أبعاد رئيسية، تشمل: الحركة، النشاط الجسمي، الأنشطة اليومية، الأعراض، الصحة المدركة الشاملة، الانزعاج الوظيفي، وشدة الألم. طبق هذا المقياس على عينة بلغت 625 مفحوصاً، مما أتاح للباحثين فرصة تحسينه وتطوير نسخة ثانية منه تعرف بـ **LAIMS 2**. هذه النسخة المطورة، التي صدرت عام 1995، تضم 78 بنداً موزعة على 12 بعداً، وهي تمثل النسخة المعدلة والمراجعة من المقياس.

كيف الفرنسيون نسخة من استبيان لتقييم مرضى التهاب المفاصل، نتج عنها مقياس يتألف من 26 سؤالاً خاصاً بداء المفاصل الروماتيزمي (LEMIR). يستخدم هذا المقياس لتقدير أبعاد موثوقة وثابتة تشمل الحالة الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية، بالإضافة إلى الأعراض. (كوسه، 2021، ص73)

## مقياس الذبحة الصدرية لسياتل (Seattle Angina Questionnaire SQA):

يهدف هذا الاستبيان إلى تقييم جودة الحياة لمرضى الذبحة الصدرية. يتكون من 19 سؤالاً تغطي جوانب متعددة متعلقة بالمرض ومضاعفاته، بالإضافة إلى العلاقة مع الطبيب المعالج. تنتوزع هذه الأسئلة على خمسة أبعاد رئيسية وهي:

-الحدود الجسدية (9 أسئلة)

-استقرار الذبحة (1 سؤال)

-تكرار نوبات الآلام الصدرية (2 أسئلة)

- الرضا عن العلاج (4 أسئلة)

-إدراك المرض (3 أسئلة). (عدودة، 2015، ص139)

**مقياس الرضا عن جودة الحياة (الهنداوي 2001):**

يتألف المقياس من 150 بندا موزعة على ثمانية محاور أساسية، وقد صمم خصيصا لتقييم جودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة. أثبت هذا المقياس فعاليته في قياس الخاصية التي وضع لأجلها، ويتمتع بمستويات عالية من الصدق والثبات. (بوفج، 2018، ص ص138-139)

**مقياس (دارتماوث):** الذي يقيس تسعة أبعاد أساسية هي: الوظائف الجسمية والاجتماعية والأدوار، والوضع الانفعالي، والدعم الاجتماعي، والألم والرضا عن الحياة، والصحة العامة، والتغيرات الصحية (حرطاني، 2014، ص36).

**مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة منسي وكاظم:**

يتكون المقياس من ستة محاور رئيسية وهي: جودة الصحة العامة، جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، وجودة التعليم، وجودة العواطف (الجانب الوجداني)، وجودة الصحة النفسية، وجودة شغل الوقت وإدارته. وقد تم صياغة 10 فقرات لكل محور (5 فقرات موجبة، و5 فقرات سالبة)، وأمام كل فقرة مقياس تقدير خماسي (أبدأ، قليلا جدا، إلى حد ما، كثيرا، كثيرا جدا). (منسي وكاظم، 2010، ص41)

**مقياس جودة الحياة سليمان 2010:**

ويتكون المقياس من 50 عبارة تقيس 5 أبعاد لجودة الحياة بواقع 10 بنود لكل بعد والأبعاد هي: 1 جودة الصحة العامة 2 جودة الحياة الأسرية والاجتماعية 3 جودة التعليم 4 جودة الصحة النفسية 5 جودة وإدارة الوقت. (معمرية، 2021، ص235)

يتضح من خلال ما تم عرضه من مقاييس خصصة لقياس جودة الحياة أن قياس جودة الحياة يواجه تحديا كبيرا بسبب تعدد وتعقد أبعادها والتي تشمل مؤشرات موضوعية وذاتية، ويعود هذا التعقيد الى اختلاف مفهوم جودة الحياة من فرد لآخر ومن ثقافة لخرى، لذا تعددت المقاييس المستخدمة لقياسها، هناك المقاييس النوعية

التي ترتبط بمواقف محددة (كمرض معين) وهناك المقاييس العامة وشاملة، ومقاييس قائمة على التفضيلات الفردية، تهدف هذه المقاييس المجتمعة الى تقييم الفرد عن مختلف جوانب حياته.

### خلاصة الفصل:

يتضح من خلال ما سبق عرضه في هذا الفصل أن مفهوم جودة الحياة أصبح مطلب أساسي يسعى الفرد إلى تحقيقه و ذلك لما يحمله هذا المفهوم من معاني إيجابية تساهم في شعور الفرد بالسعادة و التفاؤل و الرفاهية في حياته كما أنه مفهوم يختلف فرد إلى آخر و من مجتمع إلى آخر و ذلك تبعاً للمعايير التي يحددها كل فرد لنفسه و كل مجتمع على خلاف الآخر و بالتالي يجب دائماً الأخذ بالاعتبار خصوصية كل بيئة ثقافية و اجتماعية أثناء تحديد مفهوم جودة الحياة، لذا كلما تمكن الفرد من تحقيق أهدافه و طموحاته زاد ذلك من شعوره بقيمة نفسه و أهميتها بالنسبة للمجتمع الذي ينتمي إليه و بالتالي ينعكس ذلك بالإيجاب عليه.

## الفصل الرابع

### إجراءات الدراسة الميدانية

#### مهيد

#### أولا - الدراسة الاستطلاعية

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.
- 2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية.
- 3- حدود الدراسة.
- 4- متغيرات الدراسة.
- 5- نتائج الدراسة.

#### ثانيا- الدراسة الأساسية

- 1- إجراءات الدراسة الأساسية.
- 2- منهج الدراسة.
- 3- مجتمع الدراسة.
- 4- عينة الدراسة.
- 5- حدود الدراسة الأساسية.
- 6- أدوات الدراسة.
- 7- الأساليب الإحصائية المعتمدة.

#### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

لا شك أن قيمة أي بحث علمي يحتوي على جانب تطبيقي يقاس بدرجة دقة إجراءات ومصادقية أدوات البحث التي اعتمد عليها في دراسته، وباعتبار أن الدراسة الميدانية هي خطوة أساسية لأي بحث علمي. سوف نحاول في هذا الفصل و المعنون ب فصل الإجراءات المنهجية للدراسة توضيح أهم الإجراءات المنهجية التي اتبعناها في هذه الدراسة بداية من الدراسة الاستطلاعية وما تحتويه من أهداف و إجراءات ونتائج الى غاية الدراسة الأساسية والتي نحدد من خلالها المنهج المناسب المستخدم في الدراسة وكذلك مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، حدود الدراسة (الزمانية، المكانية، البشرية) وأدوات الدراسة المعتمدة والتي نتحقق من مدى صلاحيتها عن طريق حساب خصائصها السيكمترية ومن ثم الأساليب الإحصائية الملائمة حسب تساؤلات الدراسة وفرضياتها وعدد المتغيرات فيها.

**أولا -الدراسة الاستطلاعية:**

تعد الدراسة الاستطلاعية بمثابة الخطوة الأولى في الأبحاث الاجتماعية، فهي بمثابة الدعامة التي يرتكز عليها البحث الميداني وذلك لما تقدمه للباحث من مساعدة تمكنه من معرفة الظروف التي سيتم فيها إجراء الدراسة الأساسية وكشف جوانبها وابعادها كما تساهم في معرفة الصعوبات والعقبات التي قد تواجه الباحث، لمحاولة إزالتها والتغلب عليها وصياغة مشكلة البحث صياغة دقيقة وواضحة حتى يتسنى له دراستها دراسة متعمقة، وكذلك التحقق من مدى صلاحية أدوات الدراسة عن طريق التحقق من صدقها وثباتها.

**1-أهداف الدراسة الاستطلاعية:**

- التعرف على طبيعة أفراد المجتمع الذي ستطبق عليه إجراءات الدراسة الأساسية وذلك بتعرف على خصائصهم
- تجريب أدوات الدراسة لقياس مدى صلاحية خصائصها السيكمترية.
- تحديد طريقة اختيار عينة الدراسة
- تعريف أفراد العينة بمتغيرات الدراسة
- التأكد من درجة فهم عينة الدراسة لبنود المقياس
- الكشف عن الصعوبات التي قد تعترض الباحث أثناء الدراسة الأساسية والعمل على حلها

**2-إجراءات الدراسة الاستطلاعية:**

قبل استخدام أدوات الدراسة في إجراءات الدراسة الأساسية لابد من التأكد من صدقها وثباتها ويتم ذلك من خلال القيام بالدراسة الاستطلاعية. حيث تم توزيع كل من مقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة على عينة من طلبة قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة محمد خيضر بسكرة.

**3-حدود الدراسة الاستطلاعية:**

**الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة الاستطلاعية خلال الموسم الدراسي 2022-2023.

**الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، بجامعة محمد خيضر بسكرة.

الحدود البشرية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قدرة ب (52) طالب وطالبة من شعبة علوم التربية بجامعة محمد خيضر بسكرة.

#### 4-متغيرات الدراسة

1- السلوك الصحي

2- جودة الحياة

#### 5-نتائج الدراسة الاستطلاعية:

تمثلت نتائج الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- تحديد عينة الدراسة والتي تكونت من (300) طالب وطالبة.
- حساب الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة.

#### ثانيا - الدراسة الأساسية

##### 1-إجراءات الدراسة الأساسية:

بعد تحديد الكلية التي سيتم فيها تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية وفقا لتوجهات الأساتذة المشرفة ، قامت الباحثة بتوزيع أدوات البحث و المتمثلة في مقياس السلوك الصحي و مقياس جودة الحياة على عينة الدراسة الأساسية في كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، و بعد تطبيق أدوات الدراسة في شكلها النهائي استبعدت الطالبة الباحثة النسخ التي لم يتم الإجابة عليها مقبل الطلبة عينة الدراسة و استبعدت كذلك النسخ التي أجاب الطلبة فيها على نفس البند بإجابتين و قد قدر عدد هذه النسخ الناقصة (23) نسخة و بذلك أصبح عدد عينة الدراسة الأساسية (300) طالب و طالبة بدلا من (323) طالب وطالبة.

ومن ثم قامت الطالبة الباحثة بعملية ترميز وتفرغ بيانات كل من مقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة من اجل القيام بعملية تحليلهما، وقد استخدمت في ذلك برنامج Excel 2013 وبرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss (إصدار 26)

##### 2-منهج الدراسة

لا تخلو أي دراسة علمية من إتباع منهج علمي محدد، ينظم من خلاله الباحث أفكاره ويحللها لكي يصل الى الحقائق المرجوة. فمنهج البحث العلمي هو بمثابة الطريق المنظم الذي يسلكه الباحث لتقصي عن حقيقة الظاهرة التي هو بصدد دراستها.

ونظرا لأن المنهج يحدد بناء على موضوع الدراسة فقد اتبعنا في دراستنا المنهج الوصفي والذي يقوم على جمع البيانات وتصنيفها وتبويبها ومحاولة تفسيرها وتحليلها بهدف استخلاص النتائج ومعرفة كيفية الضبط والتحكم في هذه العوامل وأيضا التنبؤ بسلوك الظاهرة في المستقبل (بوعيشة، 2018، ص 230).

وذلك بالاعتماد على الأسلوب التنبؤي كون ان الباحثة تهدف الى كشف عن التنبؤ بالعلاقة بين متغيرين هما: المتغير المنبئ والممثل في الدراسة الحالية في متغير السلوك الصحي في تفسيره للمتغير المحكي أو المنبئ به والممثل في متغير جودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

### 3-مجتمع الدراسة:

تمثل في طلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، من جامعة محمد خيضر بسكرة.

### 4-عينة الدراسة:

عادة ما يلجأ الباحث الى الاعتماد على أسلوب المعاينة أثناء تطبيقه لإجراءات الدراسة الأساسية، كونها توفر له الجهد والوقت خصوصا لوكان مجتمع الدراسة كبير ويصعب إجراء حصر شامل لعناصره.

إذ تعتبر العينة جزء من مجتمع البحث تمثله تمثيلا مناسباً، وهي جزء المجتمع لها نفس خواص المجتمع الأصلي وعليه فإن اختيار العينة وقياس المتغيرات موضوع البحث يجب ان تكون ممثلة للمجتمع الأصلي، فإن الهدف الأساسي يرتكز على تعميم النتائج المحصل عليها من دراسة العينة وتعميمه على افراد المجتمع. (باشيوه وآخرون، 2010، ص 258)

وبناء على ذلك فقد تم اختيار أفراد عينة الدراسة الحالية بالطريقة العشوائية البسيطة وذلك لمناسبتها لطبيعة واهداف الدراسة.

### 5-حدود الدراسة الأساسية:

الحدود المكانية: تحدد إجراء الدراسة بجامعة محمد خيضر -بسكرة- (كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية).

الحدود الزمانية: تم تطبيق مقاييس الدراسة الأساسية على عينة الدراسة خلال الموسم الدراسي 2023-2024

الحدود البشرية: طبقة إجراءات الدراسة الأساسية على عينة قدر حجمها ب (300) طالب وطالبة من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة محمد خيضر بسكرة.

#### 6-أدوات الدراسة:

تتمثل أدوات الدراسة في الوسائل التي يستخدمها الباحث لجمع المعلومات والبيانات المتعلقة بمشكلة دراسته، حيث يختلف شكل الأداة من دراسة الى أخرى (استبيان، مقياس، شبكة ملاحظة ...) ويرجع ذلك لطبيعة الأهداف التي يحددها الباحث والتي يسعى الى بلوغها وكذلك الى نوع الدراسة وتصميمها كما أنه قد يعتمد الباحث في دراسته على أكثر من أداة للإجابة على تساؤلات وفرضيات التي طرحها.

لذا ومن اجل الإجابة على تساؤلات وفرضيات الدراسة الحالية قامت الباحثة بالاطلاع على العديد من الدراسات السابقة والمشابهة المتعلقة بمتغيرات الدراسة من كتب ورسائل ومقالات وأطروحات وذلك حتى يتسنى لها الاستفادة من المقاييس التي أعدت في هذه الدراسات واختيار الأنسب منها واعتمادها في الدراسة الحالية، ومنه فقد تمثلت الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسة في:

1- مقياس السلوك الصحي المعد من طرف صمادي أحمد عبد المجيد والصمادي محمد عبد الغفور (2011)

والمطبق في البيئة الجزائرية من طرف الباحثة عرعار غنية (2021)

2-مقياس جودة الحياة المعد من طرف الباحثة دويده أسية (2016) والمطبق في البيئة الجزائرية.

ومن ثم تم تطبيق المقاييس في وقت واحد وذلك من اجل التحقق من الارتباط والتنبؤ بالعلاقة بين المتغيرين (السلوك الصحي - جودة الحياة).

-مقياس السلوك الصحي

وصف المقياس

تم إعداد مقياس السلوك الصحي من طرف الصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور (2011) وقد طبق هذا المقياس في البيئة الجزائرية من قبل عرار غنية وذلك في إطار تحضيرها لأطروحة الدكتوراه تحت عنوان: السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي.

وتكون المقياس من أربعة أبعاد فرعية وهي: (بعد العناية بالجسم، بعد العناية بالصحة العامة، بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير، البعد النفسي الاجتماعي).

حيث استعان الباحثان أثناء تحديدهم لأبعاد المقياس على التراث النظري والدراسات السابقة وبعض المقاييس مثل مقياس أسلوب الحياة 15، إذ تكون المقياس في صورته الأولية من (64) فقرة توزعت على أبعاد المقياس بشكل غير متساوي وبعد تحكيمه وإخضاعه لتجربة تشكل في صورته النهائية من (45) فقرة.

#### جدول رقم 1-4 يوضح أبعاد مقياس السلوك الصحي

البعد	عدد الفقرات	الفقرات الممثلة
العناية بالجسم	8	1 إلى 8
العناية بالصحة العامة	14	9 إلى 21
التعامل مع الأدوية والعقاقير	8	22 إلى 29
البعد النفسي الاجتماعي	15	30 إلى 45

(عرار، 2021، ص151)

#### مفتاح تصحيح المقياس

كتبت جميع بنود المقياس بالصيغة الإيجابية حيث قابل كل بند تدرج خماسي وفق سلم ليكرت وتوضح على النحو التالي،

دائما = (5 درجات)

غالبا = (4 درجات)

أحيانا = (3 درجات)

نادرا = (درجتين)

مطلقا = (درجة واحدة)

بحيث يمكن أن تتراوح درجة المفحوص بين (45 - 225) ويشير الى أنه كلما ارتفعت درجة المفحوص دل ذلك على أن الفرد يمارس سلوكيات صحية، أي أن أسلوب حياته يتميز بالإيجابية. (ملال وملال 2021، ص382)

#### \*الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الأصلية:

قامت الباحثة عرعار بتأكد من الشروط السيكومترية للمقياس وذلك بتطبيقه على عينة تقدرت ب (30) مفحوصا ومن ثم تم حساب الصدق بطريقتين (طريقة الاتساق الداخلي وطريقة المقارنة الطرفية) وحساب الثبات بطريقتين (طريقة الاتساق الداخلي بمعامل ألفا كرو نباخ وطريقة التجزئة النصفية بمعامل سبيرمان براون) وتوصلت الى النتائج التالية:

#### 1-صدق المقياس

تراوحت معاملات ارتباط فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد بين (0,44- 0,79) كما جاءت معاملات ارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس محصورة بين (0,66 - 0,88) وهذا يدل على قوة الاتساق الداخلي للمقياس كما بلغ متوسط درجات المجموعة العليا للمقياس (199.50) ومتوسط المجموعة الدنيا (128.12) ما يعني تفوق المجموعة العليا وبالتالي فإن المقياس يتمتع بصدق تميزي.

#### 2-ثبات المقياس

تراوحت درجات أبعاد المقياس بطريقة ألفا كرو نباخ بين (0,75 - 0,92) بينما بلغت قيمة ألفا كرو نباخ للمقياس ككل (0,93) وهذا ما يؤكد أن المقياس ثابت، في حين بلغت قيمة الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0,90) وبمعاداة سبيرمان براون (0,94) وهي ما تعبر عن ثبات المقياس.

#### \*الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

#### أ-الصدق

تم التأكد من صدق مقياس السلوك الصحي بطريقتين: طريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب ارتباط بنود كل بعد مع الدرجة للبعد الذي ينتمي إليه وكذلك بحساب ارتباط كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس أما الطريقة الثانية وتمثلت في طريقة الصدق التمييزي.

### الطريقة الأولى: طريقة صدق الاتساق الداخلي

#### 1- ارتباط بنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه:

تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين بنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه والجدول التالي يوضح ذلك.

#### جدول رقم 2-4: يوضح العلاقة الارتباطية لبنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه

بعد العناية بالجسم			بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير		
رقم العبارة	معامل الارتباط	sig	رقم العبارة	معامل الارتباط	sig
1	0.603**	0.01	22	0.309*	0.05
2	0.643**	0.01	23	0.775**	0.01
3	0.587**	0.01	24	0.602**	0.01
4	0.725**	0.01	25	0.717**	0.01
5	0.515**	0.01	26	0.284*	0.05
6	0.390**	0.01	27	0.578**	0.01
7	0.405**	0.01	28	0.502**	0.01
8	0.626**	0.01	29	0.541**	0.01
بعد العناية بالصحة العامة			البعد النفسي الاجتماعي		
رقم العبارة	معامل الارتباط	sig	رقم العبارة	معامل الارتباط	Sig
9	0.532**	0.01	30	0.439**	0.01
10	0.351*	0.05	31	0.574**	0.01
11	0.576**	0.01	32	0.653**	0.01
12	0.437**	0.01	33	0.596**	0.01
13	0.325*	0.05	34	0.644**	0.01
14	0.453**	0.01	35	0.569**	0.01
15	0.251	غير دال	36	0.510**	0.01
16	0.421**	0.01	37	0.275*	0.01

0.01	0.480**	38	0.01	0.650**	17
0.01	0.569**	39	0.01	0.519**	18
0.01	0.425**	40	0.01	0.608**	19
0.01	0.609**	41	0.01	0.565**	20
0.01	0.540**	42	غير دال	0.210	21
0.01	0.449**	43	** دال عند 0.01 * دال عند 0.05		
0.01	0.556**	44			
0.01	0.387**	45			

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات Spss(v26)

يتضح من خلال الجدول رقم (2-4) أن أغلب قيم معاملات ارتباط بنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه جاءت دالة إحصائياً عند مستوى (0,01) حيث تراوحت معاملاتهما بين (0,38 - 0,77) باستثناء ثلاث بنود والتي جاءت دالة عند مستوى (0,05) وهي البند رقم (10) من البعد الثاني العناية بالصحة العامة وقد قدر معامل ارتباطه ب (0,35) والبند رقم (22) و (26) من البعد الثالث التعامل مع الأدوية والعقاقير حيث بلغت قيمة ارتباط كل منهما على التوالي ب (0,30) و (0,28).

أما بالنسبة للبنود التالية، البند رقم (15) و (21) من البعد الثاني العناية بالصحة العامة فقد جاءت غير دالة ما جعل الباحثة تقوم بحذفها وبالتالي أصبح عدد بنود المقياس في صورته النهائية يتكون من (43) بند، وهذا ما يدل على ان المقياس يتمتع بدرجة اتساق داخلي مقبولة.

## 2- إرتباط أبعاد مقياس السلوك الصحي بالدرجة الكلية للمقياس

من خلال حساب ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس ويتضح ذلك في النتائج المبينة في الجدول التالي:

الجدول رقم 3-4: يوضح العلاقة الارتباطية بين أبعاد مقياس السلوك الصحي والدرجة الكلية للمقياس

أبعاد مقياس السلوك الصحي	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد العناية بالجسم	0.48**	0,01
بعد العناية بالصحة العامة	0.67**	0,01
بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير	0.30*	0,05

0,01	0.63**	البعد النفسي الاجتماعي
------	--------	------------------------

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (v26) Spss

نلاحظ من خلال الجدول رقم (3-4) أن معامل الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية للمقياس كانت دالة عند مستوى (0,01) وتراوحت بين (0,48- 0,67) ماعدا البعد الثالث التعامل مع الأدوية والعقاقير فقد كان دال عند مستوى (0,05) بحيث بلغت قيمة ارتباطه (0,30). مما يعتبر مؤشرا دال على تحقق صدق الاتساق الداخلي أي أن المقياس صالح لقياس الخاصية التي وضع لها.

#### الطريقة الثانية: طريقة الصدق التمييزي

للتحقق من صدق المقارنة الطرفية قامت الطالبة الباحثة بترتيب الدرجات المتحصل عليها من أفراد العينة تصاعديا ومن ثم أخذ ثلث من استجابات المجموعة الدنيا والتي قدرة ب (17) فرد وثلث من استجابات المجموعة العليا والذي قدر أيضا ب (17) فرد ومن ثم حساب الفرق بين المجموعتين عن طريق اختبار "ت" باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss26) وكانت النتائج كالآتي.

#### الجدول رقم 4-4: يوضح نتائج الصدق التمييزي لمقياس السلوك الصحي

المقياس	المجموعتين	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	الدنيا	17	148.23	4.76	32	-15.45	0.05
	العليا	17	180.23	7.08			
قيمة "ت" 0.05							

من إعداد الباحثة باستناد على مخرجات (v26) Spss

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (4-4) أنه توجد فروق دالة احصائيا بين المجموعتين (الدنيا والعليا) عند مستوى (0,05) حيث بلغت قيم درجات متوسط المجموعة العليا (180.23) وهي أكبر من قيم درجات المجموعة الدنيا والتي قدرت ب (148.23) وهذا ما يعني أن أداة الدراسة تتمتع بصدق تمييزي.

#### ب-الثبات

قامت الباحثة بتأكد من ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقتين هما معامل ألفا كرو نباخ كما تم التأكد منه بطريقة التجزئة النصفية، باستخدام معادلة تصحيح جوتمان.

### 1-معامل ثبات ألفا كرو نباخ:

تم التحقق من موثوقية بنود مقياس السلوك الصحي بواسطة استخدام معامل الثبات ألفا كرو نباخ وجاءت النتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

#### جدول رقم 5-4: يوضح نتائج معامل ألفا كرو نباخ لمقياس السلوك الصحي

بنود مقياس السلوك الصحي	معامل ألفا كرو نباخ
45	0.73

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (5-4) أن قيمة معامل ألفا كرو نباخ قدرت ب (0.73) وهي قيمة مقبولة جدا مما يدل على أن بنود مقياس السلوك الصحي يتمتع بدرجة عالية من الاتساق مما يجعل المقياس صالح لتطبيق في الدراسة الأساسية.

### 2-طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة التجزئة النصفية حيث قسمت بنود المقياس الى نصفين (البنود الزوجية معا والبنود الفردية معا) وبعدها قامت الباحثة بحساب الارتباط بين النصفين وهو كما موضح في الجدول التالي:

#### الجدول رقم 6-4: يمثل ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة التجزئة النصفية

المقياس	معامل الارتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعدلة جوتمان
السلوك الصحي	0.62	0.76

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

يتضح من خلال الجدول رقم (6-4) أن معامل الارتباط قبل تصحيح المقياس ساوى (0.62)، وبعد تصحيح المعامل بمعادلة جوتمان ساوى (0.76).

### مقياس جودة الحياة

#### وصف المقياس

أعد مقياس جودة الحياة من قبل الباحثة دويدة أسيا (2016) وذلك في إطار تحضيرها لرسالة الماجستير تحت عنوان: جودة الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى عينة من طلبة الجامعة حيث طبقت المقياس في البيئة الجزائرية، ومن أجل إعداد المقياس قامت الباحثة بمراجعة التراث السيكولوجي والأطر النظرية وأدبيات الدراسات السابقة المرتبطة بمتغير الدراسة (جودة الحياة) وتمثلت هذه الدراسات في:

-دراسة فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتفوقين والمتعثرين لهويدة محمود وفوزية الجمالي (2010).

-دراسة جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين واللبيين لمهدي كاظم وعبد الخالق البهالي.

-تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة لمنسي وكاظم (2010).

-الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية للباحث أحمد محمد عبد الخالق (2008).

كما اطلعت على عدد من المقاييس النفسية في مجال متغير دراستها وهي:

-مقياس الرضا عن الحياة لنجوى إبراهيم عبد المنعم (2010).

-مقياس جودة الحياة لدى عينة من طلبة جامعة تبوك لشاهر خالد سليمان (2008).

-مقياس تشخيص معايير جودة الحياة لزينب محمود شقير (2009).

-مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة لمنسي وكاظم (2006).

-مقياس تصور مشروع الحياة لدى الطلبة ل بن خيرة سارة (2013).

وتكون المقياس في صورته الأولية من (60) فقرة وزعت على (06) أبعاد بشكل متساوي وهي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم 7-4: يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة قبل التحكيم

البعد	عدد الفقرات	فقرات البعد
الصحة العامة	10	1-7-13-19-25-31-37-43-49-55
الرضا عن الحياة	10	2-8-14-20-26-32-38-44-50-56
العلاقات الاسرية والاجتماعية	10	3-9-15-21-27-33-39-45-51-57
الصحة النفسية	10	4-10-16-22-28-34-40-46-52-58
النجاح الأكاديمي	10	5-11-17-23-29-35-41-47-53-59
شغل أوقات الفراغ	10	6-12-18-24-30-36-42-48-54-60
المقياس	60	

من إعداد الباحثة

بعد صياغة البنود تم فحص المقياس من قبل (7-4) مختصين في العلوم التربوية والنفسية والذين طلب منهم إبداء آراءهم حول مدى صلاحية المقياس في قياس الخاصية التي أعد من أجلها وتحديد مستوى شمولية البنود التي تم صياغتها وبعد الاخذ بتوجيهات الخبراء حول بنود المقياس وحسب الصدق الظاهري له أصبح المقياس يتكون من (56) بند والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 8-4: يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة بعد التحكيم

البعد	عدد الفقرات	فقرات البعد
-------	-------------	-------------

1-7-13-19-24-30-45-	08	الصحة العامة
51		
2-8-14-20-25-31-36-	10	الرضا عن الحياة
41-46-52		
3-9-15-21-26-32-37-	09	العلاقات الأسرية والاجتماعية
47-53		
4-10-16-22-27-33-38-	10	الصحة النفسية
42-48-54		
5-11-17-28-34-39-43-	09	النجاح الأكاديمي
49-55		
6-12-18-23-29-35-40-	10	شغل أوقات الفراغ
44-50-56		
	56	المقياس

من إعداد الباحثة

### مفتاح التصحيح:

احتوى المقياس على (4-8) بدائل وهي (أوافق بشدة، أوافق، محايد، أعارض، أعارض بشدة)، وذلك بالاعتماد على طريقة ليكرت لتدرج الخماسي وقد بلغت أوزان البدائل (1، 2، 3، 4، 5) بالنسبة للبند الإيجابية و (1، 2، 3، 4، 5) بالنسبة للبند السالبة.

حيث يمكن أن تتراوح درجة المفحوص على المقياس بين (56) درجة كحد أدنى و(280) درجة كحد أقصى.

### الخصائص السيكومترية للمقياس في صورته الاصلية:

#### أ-صدق المقياس:

قامت الباحثة صاحبة المقياس بالتحقق من صدق مقياس جودة الحياة بأكثر من طريقة وذلك من خلال عرضه على (10) من المحكمين الدكاترة بقسم علم النفس بجامعة البليدة 2، وبعد القيام بعملية التعديل والحذف بناء على

توجيهات المحكمين أصبح المقياس يتشكل من (56) بند، كما قامت بحساب الصدق الاتساق الداخلي من خلال ارتباط بنود المقياس بالدرجة الكلية و توصلت الى ان معاملات الارتباط دالة مما يشير الى أن المقياس يتميز بصدق الاتساق الداخلي أما فيما يخص صدق المقارنة الطرفية فقد ادلت النتائج بوجود فرق بين المجموعتين الدنيا والعليا لصالح المجموعة العليا مما يثبت بأن المقياس صادق.

#### ب- ثبات المقياس:

تحققت الباحثة صاحبة المقياس من الثبات من خلال حساب معامل ألفا كرو نباخ وبلغت قيمة معامل ألفا كرو نباخ (0.94) مما يؤكد ان المقياس يحظى بدرجة عالية من ثبات كما قامت بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وقد توصلت الى أن معامل الارتباط يساوي (0.83) ما يؤكد ثبات المقياس.

#### الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

#### 1- الصدق:

قامت الباحثة بتحقق من صدق مقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية بطريقتين والمتمثلتين في صدق الاتساق الداخلي: من خلال حساب معامل ارتباط بنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ومن ثم حساب درجة ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية له في حين تمثلت الطريقة الثانية في طريقة الصدق التمييزي.

#### أ- الطريقة الأولى: صدق الاتساق الداخلي

\* حساب معامل ارتباط بنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه: وهو كما وضح في الجدول الموالي.

جدول رقم 9-4: يوضح العلاقة الارتباطية بين كل بند والدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه:

بعد الصحة العامة			بعد العلاقات الأسرية والاجتماعية			بعد النجاح الأكاديمي		
رقم العبارة	معامل الارتباط	sig	رقم العبارة	معامل الارتباط	sig	رقم العبارة	معامل الارتباط	sig
1	0.476**	0.01	3	0.501**	0.01	5	0.648**	0.01
7	0.458**	0.01	9	0.454**	0.01	11	0.594**	0.01

0.01	0.603**	17	0.01	0.447**	15	0.01	0.626**	13
غير دال	0.128	28	0.01	0.368**	21	0.01	0.614**	19
غير دال	0.270	34	0.01	0.388**	26	0.01	0.428**	24
0.01	0.634**	39	0.01	0.515**	32	غير دال	0.156	30
0.05	0.321*	43	0.01	0.455**	37	0.05	0.274*	45
0.01	0.588**	49	غير دال	0.169	47	0.01	0.399**	51
0.01	0.494**	55	0.01	0.444**	53	////////////////////		
بعد شغل وقت الفراغ			بعد الصحة النفسية			بعد الرضا عن الحياة		
sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة
0.01	0.526**	6	0.01	0.360**	4	0.01	0.439**	2
غير دال	0.188	12	0.01	0.363**	10	0.01	0.604**	8
0.01	0.671**	18	غير دال	0.268	16	0.01	0.511**	14
0.01	0.575**	23	0.01	0.481**	22	0.01	0.420**	20
0.05	0.314*	29	غير دال	-0.036	27	0.05	0.347*	25
0.01	0.407**	35	غير دال	-0.030	33	0.05	0.317*	31
0.01	0.527**	40	0.01	0.515**	38	0.01	0.538**	36
0.01	0.621**	44	0.05	0.289*	42	غير دال	0.209	41
0.01	0.597**	50	0.01	0.617**	48	غير دال	0.266	46
0.01	0.411**	56	0.01	0.482**	54	0.01	0.535**	52
* دال عند 0.05						** دال عند 0.01		

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات Spss(v26)

يشير الجدول رقم (9-4) أن معظم معاملات ارتباط بنود كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه قد جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) حيث انحصرت معاملاتهما بين (0.36-0.71) باستثناء البنود التالية: بند رقم (45) من بعد الصحة العامة و (25)، (31) من بعد الرضا عن الحياة و (42) من بعد الصحة النفسية و (43) من بعد النجاح الأكاديمي و (29) من بعد شغل وقت الفراغ فقد جاءت دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وقد بلغت معاملات ارتباطها على التوالي ب (0.27)، (0.34)، (0.31)، (0.28)، (0.32)، (0.31).

أما البنود التالية والمتمثلة في بند رقم (30) من بعد الصحة العامة و (41)، (46) من بعد الرضا عن الحياة و(47) من بعد العلاقات الأسرية والاجتماعية و(16)، (27)، (33) من بعد الصحة النفسية و(28)، (34) من بعد النجاح الأكاديمي و (12) من بعد شغل وقت الفراغ، فقد جاءت غير دالة لذا وجب على الباحثة حذفها وبهذا أصبح المقياس يتكون في صورته النهائية من (46) بند، ومنه يمكن القول إن المقياس يتمتع بتجانس واتساق داخلي تجعله قابل للتطبيق في الدراسة.

\* حساب معامل ارتباط بيرسون كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 10-4: يوضح نتائج العلاقة الارتباطية بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية له:

أبعاد مقياس جودة الحياة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة sig
الصحة العامة	0.68	0.01
الرضا عن الحياة	0.58	0.01
العلاقات الاسرية والاجتماعية	0.74	0.01
الصحة النفسية	0.73	0.01
النجاح الأكاديمي	0.77	0.01
شغل أوقات الفراغ	0.74	0.1

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات Spss (v26)

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (10-4) أن أبعاد مقياس جودة الحياة جاءت دالة عند مستوى الدلالة (0.01) حيث تراوحت معاملات الارتباط بيرسون لهذه الأبعاد بين (0.58-0.77) درجة وبالتالي فإن مقياس جودة الحياة يتمتع بدرجة اتساق مرتفعة.

ب- الطريقة الثانية: طريقة الصدق التمييزي (الفروق الطرفية)

لقياس جودة الحياة قامت الباحثة باتباع الخطوات التالية:

- تسجيل الدرجات التي تحصل أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية والمقدرين ب (52) فرد
- قامت الباحثة بترتيب هذه الدرجات تصاعدياً.
- تم أخذ الثلث من قيم درجات كل من المجموعة (علياً والدنيا)

- تطبيق اختبار (T test) للتأكد من دلالة الفروق بين المجمعتين (الدنيا والعليا) وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي.

الجدول رقم 4-11: يوضح نتائج اختبار (T test) للتأكد من دلالة الفروق بين المجمعتين (الدنيا والعليا)

المقياس	المجموعتين	ن	المتوسط	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
جودة الحياة	الدنيا	17	181.76	10.40	32	-11.17	0.05
	العليا	17	219.35	9.17			
قيمة "ت" 0.05							

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss (v26)

أظهرت النتائج من خلال الجدول رقم (4-11) فروق دالة إحصائية بين المجموعتين (الدنيا، العليا) عند مستوى الدلالة (0.05) حيث أجرت الباحثة مقارنة بين متوسطات الحسابية للمجموعتين وتوصلت الى أن متوسط درجات المجموعة العليا قد تفوق على متوسط درجات المجموعة الدنيا، وقد بلغ في المجموعة العليا (219.35) بينما بلغ في المجموعة الدنيا (181.76) مما يؤكد أن المقياس لديه قدرة تمييزية بين المجموعتين المتطرفتين أي أن المقياس يحظى بصدق تمييزي.

## 2 الثبات

تأكدت الباحثة من ثبات مقياس جودة الحياة بطريقتين ألا وهما: طريقة معامل ألفا كرو نباخ وطريقة التجزئة النصفية بمعامل سبيرمان براون.

أ- الطريقة الأولى: طريقة معامل ألفا كرو نباخ للمقياس:

قامت الباحثة بحساب معامل ألفا كرو نباخ لمقياس جودة الحياة والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم 4-12: يوضح نتائج معامل ألفا كرو نباخ لمقياس جودة الحياة

بنود مقياس جودة الحياة	معامل ألفا كرو نباخ
56	0.81

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss (v26)

يتضح من خلال الجدول رقم (12-4) أن درجة معامل ألفا كرو نباخ قد بلغت (0.81) وهي درجة مرتفعة جدا مما يشير الى أن أداة الدراسة تتميز بثبات عالي ومنه يمكن القول إن مقياس جودة الحياة صالح لتطبيق في الدراسة الحالية.

#### ب- الطريقة الثانية طريقة التجزئة النصفية:

تم التأكد من ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية من خلال تقسيم بنود المقياس الى نصفين (البنود الفردية معا والبنود الزوجية معا) وبعدها تم حساب معامل الارتباط للمقياس والجدول الموالي يوضح ذلك.

الجدول رقم 13-4: يوضح ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية

المقياس	معامل الارتباط قبل التصحيح	تصحيح المعامل بمعادلة سبيرمان براون
جودة الحياة	0.73	0.84

من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

يظهر الجدول رقم (13-4) أن معامل الثبات لنصفي المقياس قد قدر ب (0.73) وبعد تصحيح معامل الثبات الكلي ل سبيرمان براون بلغت قيمة ثبات المقياس الكلي (0.84)، مما يشير الى أن المقياس ثابت

#### 7- الأساليب الإحصائية المعتمدة

لنتسم نتائج الدراسة بالدقة والموضوعية لابد على الباحث ان يستعين بطرق والأساليب الإحصائية المناسبة. لذا كان من الضروري على الباحثة الاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss (إصدار 26) كونه برنامج يتميز بالمرونة والبساطة وبالتالي يسهل على الباحثة إدخال البيانات وتعديلها ومعالجتها، وقد استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية:

#### 1- الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة الاستطلاعية

- المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري - المتوسط المرجح
- اختبار T test لحساب الفروق بين العينات المستقلة في حساب الصدق التمييزي لأدوات الدراسة.

- معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي.
- معامل ألفا كرو نباخ لثبات الاتساق الداخلي لأدوات الدراسة.
- معامل جوتمان ومعامل سبيرمان براون لحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية.

## 2- الأساليب الإحصائية في الدراسة الأساسية

- المتوسط الحسابي - الانحراف المعياري.
- معامل الارتباط بيرسون لحساب الفرضيات العلائقية.
- معادلة الانحدار الخطي البسيط.

## خلاصة الفصل

تم التطرق في هذا الفصل الى أهم الخطوات المنهجية المتبعة في الإجراءات الميدانية للدراسة حيث قامت الباحثة بتقسيم الفصل الى جزئين جزء خاص بالدراسة الاستطلاعية وما تحويه من إجراءات واهداف ونتائج اما الجزء الثاني فقد خصصته للدراسة الأساسية وتناولت فيه إجراءات الدراسة الأساسية ومنهج الدراسة والذي تمثل في المنهج الوصفي بالاعتماد على الأسلوب التنبؤي باعتباره المنهج المناسب الذي يساهم في الوصول الى النتائج المرجوة من الدراسة كما حددت مجتمع الدراسة وعينة الدراسة وطريقة اختيارها بالإضافة الى الأدوات المستخدمة في الدراسة ، وقد قامت أيضا بالتحقق من الشروط السيكمترية للمقاييس عن طريق حساب (الصدق و الثبات) بأكثر من طريقة أما العنصر الأخير فقد خصصته للأساليب الإحصائية التي اعتمدها. وفي الفصل الموالي سوف نحاول عرض ومناقشة النتائج.

تمهيد

1- عرض نتائج فرضيات الدراسة.

1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

1-2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية

1-3 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

1-4 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.

1-5 عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.

1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة.

1-7 عرض نتائج الفرضية العامة.

2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة.

2- 1 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى.

2-2 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

2-3 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

2-4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.

2-5 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.

2- 6 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة.

2-7 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة.

الاستنتاج العام، مقترحات.

خاتمة.

**تمهيد:**

في هذا الفصل تتناول الطالبة الباحثة عرض ومناقشة نتائج الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المذكورة سابقا من خلال العرض والمناقشة بالاستناد على الإطار النظري والدراسات السابقة لمتغيرات الدراسة.

**1- عرض نتائج فرضيات الدراسة****1-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الاولى:**

تنص الفرضية الأولى على أن: مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة متوسط.

وللإجابة عن هذه الفرضية المتعلقة بمستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة فقد تم استخدام الإحصاء الوصفي، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسط المرجح لأفراد عينة الدراسة. وهو كما مبين في الجدول التالي

**الجدول رقم 1-5 يوضح فئات قيم المتوسط المرجح لمقياس السلوك الصحي**

فئات المتوسط المرجح	المتوسط المرجح
منخفض	2.33 فما دون
متوسط	2.34-3.66
مرتفع	3.67 فما فوق

المصدر: من إعداد الباحثة

يتضح من الجدول رقم (1-5): أن قيم المتوسط المرجح انحصرت بين (1 - 5) وهذا تبعا لبدائل المقياس (دائما، غالبا، أحيانا، نادرا، مطلقا) إذ وبعد ما يتم حساب المتوسطات الحسابية لأبعاد المقياس ومن ثم حساب المتوسط الحسابي للمقياس ككل، نقوم بإجراء المقارنة وفق للفئات المتوسط المرجح وذلك حتى نتمكن من استخلاص النتائج.

جدول رقم (2-5) يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس السلوك الصحي ودرجة الكلية.

الابعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النتيجة	الرتبة

4	متوسط	0.82	2.85	العناية بالجسم
3	متوسط	0.69	3.10	العناية بالصحة العامة
2	مرتفع	0.84	3.73	التعامل مع الأدوية والعقاقير
1	مرتفع	0.56	4.20	النفسي الاجتماعي
//////	متوسط	0.48	3.47	السلوك الصحي

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

أظهرت النتائج من خلال الجدول رقم (2-5) أن مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة جاء بدرجة متوسطة ، حيث احتل البعد النفسي الاجتماعي المرتبة الأولى بمتوسط حسابي مرتفع قدر ب (4.20) و بانحراف معياري بلغ (0.56) وجاء بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مرتفع قدر ب (3.73) و بانحراف معياري بلغ (0.84) و جاء بعد العناية بالصحة العامة في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي متوسط قدر ب (3.10) و بانحراف معياري بلغ (0.69) في حين جاء بعد العناية بالجسم في المرتبة الرابعة و الأخيرة بمتوسط حسابي متوسط قدر ب (2.85) و بانحراف معياري بلغ (0.82) أما فيما يخص الدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي فقد جاءت متوسطة بمتوسط حسابي قدر ب (3.47) و بانحراف معياري بلغ (0.48).

## 1-2 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أن: مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة مرتفع.

وللإجابة على هذه الفرضية المتعلقة بمستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة فقد تم استخدام الإحصاء الوصفي عن طريق حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسط المرجح لعينة الدراسة الحالية وهو مبين في الجدول التالي

## الجدول رقم (3-5) يوضح فئات المتوسط المرجح لمقياس جودة الحياة

فئات المتوسط المرجح	المتوسط المرجح
منخفض	2.33 فما دون
متوسط	3.66 - 2.34
مرتفع	3.67 فما فوق

المصدر: من إعداد الباحثة

يتوضح من خلال الجدول رقم (3-5) ان قيم المتوسط المرجح انحصرت بين (1 - 5) وذلك وفقا للبدائل المقياس (أوافق بشدة، أوافق، محايد، أعارض، أعارض بشدة) وبعد حساب المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس جودة الحياة وكذلك درجته الكلية، نقوم بإجراء مقارنة تلك القيم وفق للفئات التي حددناها للمتوسط المرجح، ومن ثم نستخلص النتائج.

جدول رقم (4-5) يوضح قيم المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مقياس جودة الحياة ودرجته الكلية

الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النتيجة	الرتبة
الصحة العامة	3.32	0.54	متوسط	5
الرضا عن الحياة	3.74	0.58	مرتفع	2
العلاقات الأسرية والاجتماعية	4.00	0.53	مرتفع	1
الصحة النفسية	3.61	0.56	متوسط	3
النجاح الأكاديمي	3.49	0.60	متوسط	4
شغل أوقات الفراغ	3.25	0.53	متوسط	6
جودة الحياة	3.57	0.40	متوسط	//////

المصدر: إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

أظهرت النتائج من خلال الجدول رقم (4-5) أن مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة جاء بدرجة متوسطة، حيث تحصل بعد العلاقات الاسرية والاجتماعية على المرتبة الأولى بمتوسط حسابي مرتفع بلغ (4.00) وبانحراف معياري قدر ب (0.53)، ثم جاء بعد الرضا عن الحياة في المرتبة الثانية بمتوسط حسابي مرتفع بلغ (3.74) و بانحراف معياري قدر ب (0.58)، و جاء بعد الصحة النفسية في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي متوسط بلغ (3.61) و بانحراف معياري قدر ب (0.56)، وجاء بعد النجاح الأكاديمي في المرتبة الرابعة بمتوسط حسابي متوسط بلغ (3.49) و بانحراف معياري قدر ب (0.60)، و جاء بعد الصحة العامة في المرتبة الخامسة بمتوسط حسابي متوسط بلغ (3.32) و بانحراف معياري قدر ب (0.54) وجاء في المرتبة السادسة والأخيرة بعد شغل أوقات الفراغ بمتوسط حسابي متوسط بلغ (3.25) و بانحراف معياري قدر ب (0.53) في حين جاءت الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة بمتوسط حسابي متوسط بلغ (3.57) و بانحراف معياري قدر ب (0.40).

## 3-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة. ومن أجل الإجابة على هذه الفرضية فقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5-5) يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

جودة الحياة			حجم العينة	بعد العناية بالجسم
القرار	Sig	معامل ارتباط بيرسون		
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.000	0.279**	300	

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

ويتضح من الجدول رقم (5-5) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد العناية بالجسم والدرجة الكلية لجودة الحياة قد بلغت (0.279\*\*) وهي قيمة ضعيفة موجبة وقد جاءت النتيجة دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha=0.01$ ) أي كلما زادت درجة العناية بالجسم زادت درجة جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ومنه نستنتج وجود علاقة بين درجة العناية بالجسم ودرجة جودة الحياة.

## 4-1 عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

ومن أجل الإجابة على هذه الفرضية فقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5-6) يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

جودة الحياة			حجم العينة	بعد العناية بالصحة العامة
القرار	Sig	معامل ارتباط بيرسون		
دال عند مستوى الدلالة 0.01	0.000	0.415**	300	

المصدر من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (v26) Spss

ويتضح من الجدول رقم (5-6) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد العناية بالصحة العامة والدرجة الكلية لجودة الحياة قد بلغت ( $0.415^{**}$ ) وهي قيمة متوسطة موجبة وقد جاءت النتيجة دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha = 0.01$ ) أي كلما زادت درجة العناية بالصحة العامة زادت درجة جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ومنه نستنتج وجود علاقة بين العناية بالصحة العامة ودرجة جودة الحياة.

#### 1-5 عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

تنص الفرضية الجزئية الخامسة على انه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد التعامل مع الادوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة. ومن أجل الإجابة على هذه الفرضية فقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين بعد التعامل مع الادوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5-7) يوضح العلاقة الارتباطية بين بعد التعامل مع الادوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

جودة الحياة			
بعد التعامل مع الادوية والعقاقير	حجم العينة	معامل ارتباط بيرسون	Sig
300	0.286**	0.000	القرار
			دال عند مستوى الدلالة 0.01

المصدر من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (v26) Spss

ويتضح من الجدول رقم (5-7) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير والدرجة الكلية لجودة الحياة قد بلغت ( $0.286^{**}$ ) وهي قيمة ضعيفة موجبة وقد جاءت النتيجة دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha = 0.01$ ) أي كلما زادت درجة الطلبة على بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير زادت درجة جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ومنه نستنتج وجود علاقة بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير ودرجة جودة الحياة.

#### 1-6 عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تنص الفرضية الجزئية السادسة على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة. ومن أجل الإجابة على هذه الفرضية فقد تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة والجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول رقم (5-8) يوضح العلاقة الارتباطية بين البعد النفسي والاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

جودة الحياة		معامل ارتباط بيرسون	Sig	القرار
البعد النفسي والاجتماعي	حجم العينة			
	300	0.581**	0.000	دال عند مستوى الدلالة 0.01

المصدر من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات (Spss v26)

ويتضح من الجدول رقم (5-8) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين البعد النفسي والاجتماعي والدرجة الكلية لجودة الحياة قد بلغت ( $0.581^{**}$ ) وهي قيمة قوية موجبة وقد جاءت النتيجة دالة عند مستوى الدلالة ألفا ( $\alpha = 0.01$ ) أي كلما زادت درجة الطلبة على البعد النفسي والاجتماعي زادت درجة جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ومنه نستنتج وجود علاقة بين البعد النفسي والاجتماعي ودرجة جودة الحياة.

#### 7-1 عرض نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على ما يلي: يساهم السلوك الصحي في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة

وبهدف الإجابة على هذه الفرضية، قامت الباحثة باستخدام معامل الانحدار الخطي البسيط (Simple

Linear Regression)، والجدول الموالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (5-9) يوضح نتائج نموذج الانحدار الخطي البسيط للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى

طلبة الجامعة.

النموذج	معامل الارتباط R	معامل التحديد R2	معامل التحديد المصحح R2	خطا التقدير
1	0.608	0.370	0.367	14.918

المصدر من إعداد الباحثة بالاعتماد على مخرجات (Spss v (26)

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (5-9) أن قيمة معامل الارتباط الكلي بين المتغير المستقل (السلوك

الصحي) والمتغير التابع (جودة الحياة) قدر ب (0.608) وبعد تربيعه وتصحيحه أصبح يساوي (0.367) أي

بنسبة (37%) وهي تعتبر نسبة معتبرة حيث يشير خطأ التقدير إلى خطأ قليلة نسبيا في النموذج وقدرت ب 14.91. مما يعني الى أنه هناك ارتباط موجب للبواقي المعيارية.

ومن أجل التحقق من دلالة النموذج تم إجراء تحليل التباين الأحادي (Anova)، كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (10-5) يوضح نتائج تحليل تباين الانحدار الخاص بالمتغير المستقل السلوك الصحي على المتغير التابع جودة الحياة

مصدر التباين	مجموعات المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
الانحدار	38878.856	1	38878.856		0.000 دال عند
البواقي	66317.314	298	2252.541	174.704	0.01
الكلية	105196.170	299	//////////		

المصدر من اعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات Spss (v 26)

يتضح من خلال الجدول رقم (10-5) أن قيمة (F) المحسوبة دالة عند مستوى الدلالة (0.01) مما يعني ويؤكد على أنه يوجد نموذج ومعادلة للانحدار، وبهدف التأكد من أن النموذج يساهم في التنبؤ تم استخراج معاملات (Beta) المعيارية كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (11-5) يوضح نتائج معامل بيتا لمساهمة المتغير المستقل (السلوك الصحي) في التنبؤ بجودة الحياة

النموذج	معامل B	الخطأ المعياري	قيمة معامل B المعيارية	قيمة اختبار T	مستوى الدلالة Sig
الثبات	76.757	6.680	/	11.491	0.000
السلوك الصحي	0.568	0.043	0.608	13.218	0.000

المصدر: من إعداد الباحثة بالاستناد على مخرجات Spss(v26)

نستنتج من خلال مخرجات الجدول رقم (11-5) وجود مساهمة للمتغير السلوك الصحي في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة وقد استدل على ذلك من خلال قيمة بيتا المعيارية (0.608) وهي قيمة موجبة مما يعني أنه كلما زادت درجة الطلبة على مقياس السلوك الصحي بدرجة معيارية واحدة يصاحبه تغيير وارتفاع

في الشعور بجودة الحياة لديهم بدرجة معتبرة (0.608) أي بنسبة (60.8%) ومنه يمكن صياغة معادلة الانحدار الخطي بالشكل التالي:

$$\text{جودة الحياة} = 76.757 + 0.568 \times \text{السلوك الصحي}$$

$$Y = 76.757 + 0.568 x$$

## 2- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

### 2-1 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

نصت الفرضية الجزئية الأولى على أن: مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة متوسط، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات تم التأكد من تحقق هذه الفرضية ، وتتفق نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه بعض الدراسات ، حيث توصلت دراسة السراي (2018) ودراسة الثبيات (2016) ، النصرية (2017) ، المحاميد (2020)، الشديفات (2021)، و دراسة ملال و ملال (2021) ، و دراسة رميض و جميل (2022) إلى أن مستوى السلوك الصحي متوسط بينما تختلف نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه نتائج كل من دراسة النواصره و الحوراني (2017) و دراسة صلاح (2020) ودراسة بكر (2022) حيث تم التوصل في كل دراسة من هذه الدراسات الى ان مستوى السلوك الصحي منخفض.

كما تختلف نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع نتائج كل من دراسة عرعار وبوضياف (2020) ودراسة بورنان (2022)، ودراسة رديف (2022) ودراسة نجم وجبار (2022) حيث تم التوصل في كل دراسة من هذه الدراسات الى ان مستوى السلوك الصحي مرتفع.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة الى أن طلبة الجامعة يمارسون سلوكيات وعادات صحية بدرجة متوسطة ما ظهر جليا من خلال الدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي وعلى بعديه العناية بالجسم والعناية بالصحة العامة وبالتالي فإن الباحثة تعزو هذه النتيجة إلى درجة الوعي والثقافة الصحية لدى طلبة الجامعة.

كما تعكس هذه النتيجة أسلوب حياة الطلبة الجامعيين ، الذي لا يبالي بالفحوص الدورية ، وقد يكون للمرحلة العمرية التي هم فيها دور في ذلك باعتبار أن الفرد في مرحلة الشباب يكون في كامل قوته ولا تظهر لديه أعراض مرضية تستدعي مراقبتها على خلاف المراحل العمرية اللاحقة ، علاوة على ذلك إهمال ممارسة الرياضة بانتظام والتي بدورها تساهم في الحفاظ على صحة الجسم ، بالإضافة الى إقبال الطلبة على الوجبات

السريعة بدرجة كبيرة والتي تحتوي على نسب عالية من السرعات الحرارية و الدهون غير الصحية و نسب عالية من ملح الصوديوم الذي يعرضهم للأخطار الصحية وقد يرجع ذلك الى طبيعة الحياة الجامعية التي لا تخلو من التحديات التي قد تواجه الطلبة من أعباء دراسية و انشغالهم بالمحاضرات وربما قطع مسافات طويلة للوصول الى الجامعة هو ما يجعلهم يلجئون إلى أسهل الحلول في الاعتماد على الوجبات السريعة خلال يومهم الدراسي بحيث يصبح من الصعب التزامهم بنظام غذائي صحي .

كما تفسر الباحثة هذه النتيجة وفق نموذج المعتقدات الصحية أو ما يعرف أيضا باسم (القناعات الصحية)، كون ان هذا النموذج من أكثر النماذج تطبيقا في السلوكات الصحية الوقائية كما أن هذا النموذج يقوم على التقييم الذاتي للفرد.

بمعنى آخر أن احتمال قيام الفرد بسلوك صحي وقائي معين يتوقف على معتقداته والتي تترجم من خلال إدراكه للتهديد الصحي الذي قد يعترضه كالإصابة بمرض ما أو العواقب السيئة التي تترتب عن المرض، كما أن احتمال تنفيذ الفرد للسلوكات الصحية الوقائية يتوقف على الفوائد المجنية من القيام به وأيضا على الأضرار التي سوف تعترضه ما إذ تخلى عنها. ووفقا لهذا النموذج القائم على هذين المجالين من المعتقدات (إدراك التهديد، فوائد القيام بسلوك والأضرار الناجمة عن التخلي عنه).

فإن هذا النموذج يبرر اهتمام الطلبة المحتشم لممارسة السلوكات الصحية، خاصة في مجال العناية بالجسم ومجال العناية بالصحة العامة وما يحتويه هذين المجالين من عادات صحية تساهم في الحفاظ صحة الطلبة مثل متابعة برامج التنقيف الصحي المتعلقة بالغذاء والرياضة، والحرص على النوم الكافي، وممارسة الرياضة بأنواعها وغيرها من السلوكات الصحية الوقائية.

ومنه يمكن القول إن طلبة الجامعة لا يقومون بعملية التقييم الذاتي للسلوك على أكمل وجه ما انعكس من خلال الدرجة المتوسطة للسلوك الصحي لديهم.

## 2-2 تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

نصت الفرضية الجزئية الثانية أن: مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة مرتفع، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات تم التوصل إلى أن مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة متوسط ، وبالتالي عدم تحقق الفرضية الجزئية الثانية، وتتفق نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه بعض الدراسات ، حيث توصلت دراسة بن براجح وكتفي (2020) ودراسة مقدم و مصباح(2021) ودراسة خلوف (2022) ودراسة

قاسمي (2022) إلى أن مستوى جودة الحياة متوسط بينما تختلف نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع توصلت إليه نتائج كل من دراسة دويده (2016) ودراسة تواتي واخرون (2018) ودراسة عبد القادر وذيب (2020) ودراسة القدومي ومصطفى (2020) ودراسة شاتي وفراحي (2021) ودراسة طهيري (2022) حيث تم التوصل في كل من هذه الدراسات الى ان مستوى جودة الحياة مرتفع.

كما تختلف نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع نتائج كل من دراسة بلول وعله (2016)، ودراسة العثمان ودندي (2021)، ودراسة بوعامر (2022)، ودراسة دويده واليازيدي (2023) حيث تم التوصل في كل دراسة من هذه الدراسات الى ان مستوى جودة الحياة منخفض.

وباعتبار أن جودة الحياة مرتبطة بجوانب عديدة ومختلفة إذ ترتبط بحسن الخدمات المادية والصحية والنفسية وبإشباع الحاجات عن طريق ثراء البيئة، والرضا عن الحياة وكذلك الشعور بالرفاهية والسعادة والعلاقات الأسرية والاجتماعية وحسن التخطيط والاستغلال الأمثل للوقت كما ترتبط بحسن الخدمات السكانية والتعليمية للفرد. حيث أكد سكينر على الدور المهم للبيئة في تعديل سلوك الفرد وفي تعلمه سلوكيات جديدة يمكن أن توصله الى تحقيق جودة الحياة ومنه فإن الباحثة تعزو النتيجة المتوصل إليها الى البيئة الجامعية للطلبة عينة الدراسة حيث يذكر حاتم جاسم حيدر طارق 2009 أن الجامعة تعتبر أحد أهم المؤسسات التربوية التي تهدف إلى استثمار وقت الفراغ لدى الطلاب بشكل يحقق طموحاتهم وآمالهم ، و ذلك من أجل بناء إنسان قادر على مواجهة متطلبات الحياة ، وذلك من خلال الاستثمار الأمثل لأنشطة وقت الفراغ التي تسهم في إعداد الطلاب إعداد يساهم في تحقيق أفضل النتائج ، بل و يشبع حاجاتهم و تستغل قدراتهم و تهئ لهم الفرص للتعبير عن قدراتهم ، و من ثم فإن أهمية استثمار الفراغ أصبح من المستلزمات.(الأحمد،2023، ص 21)

لذا اعتبرت الباحثة أن للبيئة الجامعة دور ساهم في شعورهم بدرجة متوسطة ومعتدلة من جودة الحياة بحكم أن الطلبة يقضون جل وقتهم في الجامعة وبالتالي فإن الخدمات المقدمة لهم من قبل الجامعة سواء كانت متعلقة بطموحهم الدراسي أو بالدعم الأكاديمي المقدم لهم من قبل الأساتذة أو الأنشطة الترفيهية وباستثمار الوقت أو غيرها من الخدمات الصحية والنفسية وبالتالي فهي لم تشبع احتياجاتهم ولم تلبي رغباتهم بالقدر الكافي ليصلوا الى درجة مرتفعة من جودة الحياة.

وهذا ما أشر إليه لا وتن أثناء شرحه لتأثير البيئة المحيطة على إدراك الفرد لجودة حياته من خلال الظرف المكاني والذي بدوره يكون له تأثيران أحدهما يكون مباشر على حياة الفرد مثل التأثير على الصحة والثاني يكون غير مباشر مثل رضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها. (الهاجري والخرافي، 2024، ص266)

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة الى الخلفية الاجتماعية والثقافية للمجتمع الذي ينتمي إليه الطلبة، إذ تلعب الخلفية الثقافية و الاجتماعية دور بارز في تقييم الأفراد لجودة حياتهم ، حيث أن مصطلح جودة الحياة يتأثر بالجوانب مختلفة من بينها النظام السائد في المجتمع فمثلا عن النظام السياسي ، التقاليد الاجتماعية و مفهوم الرفاهية و معتقدات الأفراد المختلفة. (فواطمية ، 2018، ص93) والتي قد تفرض عليهم مجموعة من القيود و الممارسات و تعرضهم لضغوطات ما يعقهم على تحقيق إشباع حاجاتهم كما أنها قد تحد من طموحاتهم و أهدافهم و التي حتما سوف تؤثر على جودة حياتهم.

### 2-3 تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

نصت الفرضية الجزئية الثالثة على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات تم التأكد من تحقق الفرضية.

وتفسر الباحثة هذه النتيجة على أن العناية بالجسم من خلال إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بشكل منتظم قد يساهم في زيادة تحقيق صحة الطلبة باعتبار أن الصحة حالة من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد غياب المرض أو غياب العجز. (حجازي، 2017، ص260) ومنه فإن المفهوم الحديث للصحة يغطي أيضا جودة الحياة.

كما وقد أشار روز Rose بأن صحة الانسان تتأثر بالعديد من العوامل المتداخلة المتمثلة في الهواء النقي وحد التلوث البيئي، بالإضافة الى الاسترخاء النفسي وكذلك العصبي، وممارسة الرياضة والتغذية التي تعتبر أهم عامل. (بلبول، 2015، ص67)

أي أن اهتمام طلبة الجامعة بالعناية بأجسامهم يساهم في شعورهم بصحة وكما قد يمتد الى تحسين جودة الحياة لديهم.

حيث أكدت (عيادي، 2022) على العلاقة الوطيدة بين ما يتناوله الانسان من غذاء وصحته النفسية وكذا

الجسدية وجودة الحياة لديه بشكل عام. (عيادي، 2022، ص202)

وبالتالي فإن الباحثة ترى أنه عندما يحرص طلبة الجامعة على العناية بأجسامهم عن طريق إتباع نمط حياة صحي وذلك بتناول الأغذية الجيدة وممارسة النشاط الرياضي سوف يجنبهم التعرض للمشاكل الصحية المتعددة كسمنة والاكتئاب والقلق وضغط الدم وزيادة نسبة السكر في الدم وزيادة نسبة الكوليسترول في الدم وغيرها من أمراض العصر الحالي المنتشرة بكثرة، حيث أنه في السنوات الأخيرة زاد الاهتمام من قبل الباحثين على استكشاف أثر الأمراض الجسدية والعقلية على الشعور بجودة الحياة. (حجازي، 2017، ص 261)

فقد أكدت العديد من الدراسات على أن أسلوب حياة الفرد يلعب دور مهم جدا في صحته.

حيث أشارت مارجيت سليماكوفا على أن التغذية الجيدة تحظى بأهمية كبيرة جدا هذه الأيام مقارنة بأي وقت مضى، كون أن ما لا يقل عن أربعة من عشرة الأسباب الرئيسية للوفاة في البلدان الصناعية كان السبب الرئيسي فيها أمراض القلب والسرطان والسكتة الدماغية ومرض السكري وهي أمراض مرتبطة ارتباطا مباشرا بالنظام الغذائي المتبع كما أوضحت أنه لكل فرد لديه إمكانية اختيار نظامه الغذائي اليومي بمعنى أن لديه القدرة على اتخاذ القرار بشأن صحته، وأكدت أيضا على أن الأكل الصحي هو أساس الصحة الجيدة. (slimakova,2008,p1) و وفقا لما أقرت به سليماكوفا يتضح لدينا ان الغذاء يؤثر بشكل مباشر على صحتنا، إذ أن النظام الغذائي الغير متوازن مثل الغذاء الغني بالدهون المشبعة والسكر و الأطعمة المصنعة و غيرها من الأطعمة الغير صحية يمكن أن يؤدي الى زيادة خطر الإصابة بأمراض مزمنة مثل ضغط الدم والسكري والسمنة، بينما يساهم النظام الغذائي المتنوع في تعزيز صحة الجسم .

وفي دراسة (oneil 2007-2008) وجد أن الأفراد الذين يتبعون نظاما غنيا بالحبوب المكررة منزوعة النخالة، اللحوم المصنعة، الأغذية السريعة، المشروبات الغازية والمملحات والمقليات والأغذية الدهنية، يضعف لديهم الإحساس بالرغافه وجودة الحياة على المدى الطويل. (درياس، بركو، 2020، ص 1118) ومن خلال ما سبق يتضح لدينا أن للغذاء تأثير على حياة الفرد وعلى صحته حيث أن سوء التغذية يضعف جهاز المناعة ويجعل الجسم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، لذلك فإن الحفاظ على نظام غذائي صحي ومتوازن يعد بمثابة الخطوة الأولى لتحسين الصحة وجودة الحياة. وعليه فكلما ألتزم طلبة الجامعة بالأكل الصحي كلما تمتعوا بصحة جسمية جيدة وكلما انعكس ذلك بالإيجاب على جودة حياتهم.

أما فيما يخص ممارسة الرياضة كونها أحد أنماط الحياة الصحية التي تساهم في زيادة اللياقة البدنية والجسمية للفرد، فإن المشاركة في الرياضة يمكن أن يساهم بشكل كبير في تحسين جودة حياة على المستويين

الفردى والاجتماعى وبالتالى تعزز الصحة لديهم كما تساهم فى زيادة احترامهم لذواتهم وثقتهم بأنفسهم فى حين أن عدم ممارسة الرياضة يعزز من حدوث زيادة الوزن والأمراض السارية مثل أمراض القلب والسكري والتي تؤدي الى تدنى جودة الحياة. (طهيري، 2023، ص559)

وفى دراسة أجراها الباحث هيثم محمد 2017 أكد على أنه هناك علاقة وثيقة بين جودة الحياة وممارسة الرياضة باعتبار أن الأنشطة الرياضية المتنوعة تساعد الطالب الجامعى على التعامل مع مختلف المواقف التي تواجهه مما يزيد من فهمه لها، كما تساعده فى اكتشاف قدراته الكامنة وتطوير مهاراته وإمكانيته هذا الأمر يساعده على بناء ثقة أكبر بنفسه والتوجه نحو المستقبل بطموح وتفاؤل. (الأحمد، 2023، ص23) وعليه فإن العناية بالجسم عن طريق مختلف الممارسات الصحية الجيدة والتي تعد ممارسة الرياضة أحد أهم تلك الممارسات الضرورية المساهمة فى تحقيق الصحة الجسمية بالنسبة لطلبة الجامعة فإن ممارستهم لرياضة سوف يساعدهم على تحقيق صحة جسمية أفضل بالإضافة الى ذلك سوف يزيد من جودة حياتهم.

#### 2-4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

نصت الفرضية الجزئية الرابعة على انه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، وبعد المعالجة الإحصائية تم التأكد من تحقق الفرضية.

حيث ترى الباحثة أن العناية بالصحة العامة تتحقق من خلال إتباع الفرد مجموعة من السلوكيات الصحية مثل ممارسة الرياضة وتناول وجبة الإفطار يوميا بانتظام والأكل الصحي والنوم الكافي وإجراء الفحوص الدورية السنوية وغيرها من السلوكيات التي قد تساهم بدورها أيضا فى تحقيق جودة الحياة.

إذ أنه لتحقيق جودة الحياة يجب أن يتمتع الفرد بالصحة الجيدة، وهذا لا يعنى انعدام المرض فقط بل بإتباع سلوكيات وأنماط فى الحياة تتسم بالإيجابية مثل غذائية والرياضية. (أل عقران، 2020، ص139)

وبالتالى فإن اهتمام طلبة الجامعة بممارسة العادات الصحية الجيدة يؤدي الى تحسين صحتهم العامة وقد ينعكس ذلك على جودة الحياة لديهم.

وفى هذا الصدد أكدت العديد من الدراسات على الدور المهم للعادات الصحية فى شعور بالصحة العامة وتحقيق جودة الحياة فقد أشارت وزارة الصحة (2008) فى المملكة العربية السعودية على ضرورة ربط مفهوم الصحة العامة باللياقة البدنية وذلك لان أداء التمارين الرياضية بصورة منتظمة له علاقة وطيدة فى تقليل خطر

الإصابة بالعديد من امراض الجهاز القلبي والتنفسي والجانب النفسي والتغلب على الضغوط اليومية. (هشلول واليميني، 2020، ص35) كما أن لممارسة الرياضة أهمية بالغة في حياة الفرد والمجتمع، ولا يمكن بأي شكل من الأشكال التقليل من أهميتها بالنسبة لأفراد المجتمع بشكل عام ولطلبة الجامعة بشكل خاص نظرا للفوائد التي تمنحها إياهم منها زيادة الصحة الجسمية والنفسية ورفع المعنويات والشعور بجودة الحياة. (طهيري، 2023، ص568)

كما يتفق هذا مع ما أشار إليه كل من كمال درويش ومحمد الحمامي 2008 فقد أوضحا أن ممارسة الأنشطة الرياضية تساهم في تحقيق الحاجات الإنسانية للأفراد كما تطور كل من الصحة الجسمية والانفعالية والعقلية لهم وتخلصهم من الضغوط النفسية والتوتر المصاحب للحياة، وتشعرهم بالسعادة والاستقرار فهي تعد من أهم الجوانب الرئيسية المساهمة في شعور بجودة الحياة. (الأحمد، 2023، ص36)

وفي دراسة سماح فرج (2015) والتي سعت الى معرفة تأثير التمرينات المتنوعة على عناصر اللياقة البدنية المرتبطة بالصحة وجودة الحياة لدى السيدات الغير ممارسات للرياضة، وقد طبق البرنامج على 10 سيدات غير ممارسات للرياضة وتوصلت الى النتائج التالية برنامج التمرينات المتنوعة يؤثر إيجابيا على الصحة العامة وجودة الحياة لديهن. (أل عقران، 2020، ص139)

ويتضح من خلال ما توصلت اليه فرج أن ممارسة الرياضة تساهم في تحقيق صحة شاملة للفرد، حيث أنها لا تعزز فقط صحته البدنية، بل تساهم أيضا في تحسين صحته النفسية والعقلية، مما يجعل حياته أكثر سعادة ورضا ورفاهية.

وبهذا فإن الباحثة ترى أن اهتمام طلبة الجامعة بالعناية بصحتهم العامة عن طريق ممارسة الرياضة التي تعتبر عامل هام في تحسين الصحة قد تؤدي بضرورة الى زيادة الشعور بجودة الحياة لديهم.

ومن العوامل الصحية التي تساهم أيضا في تحسين الصحة العامة نجد النوم، ونقصد بيه النوم الكافي للجسم فقد اهتم المختصين بالصحة بدراسة الصلة والتفاعل بين السلوكيات الحركية المتنوعة على مدار 24 ساعة كما ممارسة الرياضة بكل أنواعها وسلوك النوم وتأثيرها على الصحة العامة. (إرشادات الحركة على مدار 24 ساعة للمملكة العربية السعودية، دس، ص13).

والتي قد تؤثر أيضا على جودة الحياة لدى الأفراد وهذا ما أكده Jacoby et al 2015 فقد توصل الى أن جودة الحياة تتأثر بمجموعة من العوامل وهي القلق ومشكلات النوم الليلية التي تؤدي إلى مستويات منخفضة

من الدعم الاجتماعي والشعور بالقلق تجاه المستقبل وكذلك ضعف الصحة العامة وأن للقلق أيضا دور في خفض جودة الحياة. (صالح، 2017، ص108)

وبالتالي تستنتج الباحثة أن حصول طلبة الجامعة على قسط كافي من النوم يساهم في تحسين صحتهم العامة مما يؤدي الى زيادة شعورهم بجودة الحياة.

ومن العادات الصحية المساهمة في تحسين الصحة العامة والمرتبطة بجودة الحياة نجد التغذية السليمة فقد أشار (Amarantos et al) الى أن التغذية السليمة تمنع المشاكل الصحية كما أنه يمكن أن تحسن من الصحة وتساعد أيضا في تجنب الإعاقات في الحالة الوظيفية وأنه أيضا تزيد من جودة الحياة والرفاهية لدى كبار السن. (Amarantos et al 2001p 57)

كما وقد اكدت Huluhof et al 1991 على أن الأشخاص الذين لا يحرصون على تناول وجبة الإفطار يوميا أو الذين يكثر من شرب القهوة يوميا يصابون بالسمنة والتي تعد من المشاكل الصحية التي تؤدي الى الشعور بدرجة منخفضة من جودة الحياة حسب ما طرحته Dezwaan M2009. (حجازي، 2017، ص 262-266)

ومنه تستنتج الباحثة أنه كل ما التزم طلبة الجامعة بتناول وجبات غذائية صحية خاصة وجبة فطور الصباح كلما كانوا في صحة جيدة وكانت جودة حياتهم مرتفعة.

وبالتالي كلما زادت عناية طلبة الجامعة بصحتهم العامة من خلال ممارستهم لمختلف السلوكيات الصحية السليمة السالفة الذكر وغيرها من السلوكيات المساهمة في العناية بالصحة العامة كلما شعروا بالسعادة والرفاهية وبجودة الحياة.

## 2-5 تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية الخامسة:

نصت الفرضية الجزئية الخامسة على أنه: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين بعد التعامل مع الادوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، وبعد المعالجة الإحصائية تم التأكد من تحقق الفرضية.

اذ تفسر الباحثة هذه العلاقة بالرجوع الى الإطار النظري (نظرية المعتقد الصحي) والتي تفرض أن قيام الفرد بسلوك صحي يمكن أن يتحقق من خلال عاملين ألا وهما الدرجة التي يدرك بها الفرد أنه معرض لتهديد صحي أما العامل الثاني فيتمثل في إدراك الفرد أن قيامه بممارسات صحية محددة سوف يجنبه هذا التهديد.

حيث ترى الباحثة أن طلبة الجامعة حسب هذه النتيجة المتوصل إليها يتمتعون بدرجة مقبولة نوعا ما من الإدراك والوعي بخطورة الاستعمال الغير المناسب للأدوية والعقاقير وما قد يترتب عليه من أضرار على صحة العقلية والبدنية لديهم وهذا ما جعلهم يعزفون عن الممارسات الصحية السالبة مثل استخدام أنواع التبغ المختلفة بالإضافة الى إقبالهم الى ممارسة السلوكات الصحية الإيجابية مثل حرصهم على التعرف على الأعراض الجانبية للأدوية وغيرها من الممارسات الصحية السليمة وبالتالي قد يكون هذا ما جعلهم يشعرون بجودة الحياة.

اذ تؤكد الدراسات على أن لانخفاض الالتزام الصحي تأثير بدرجة أولى وكبيرة على الجانب البدني من خلال زيادة تفاقم أعراض المرض وعوامل الخطر المرتبطة به والذي من شأنه أن ينعكس على باقي مجالات جودة الحياة. (عبد الصمد، 2020، ص179)

وبالتالي فإنه كلما كان هناك التزام صحي وممارسة للسلوكات الصحية من طرف طلبة الجامعة كعدم التدخين وتجنب تعاطي الأقرص المنومة وغيرها ... كلما انعكس ذلك بطريقة إيجابية على جودة الحياة لديهم. كما جاءت نتائج دراسة الجزاعي، دبله 2010 تؤكد على أن أهم مجالات التحسن في نوعية الحياة بعد التوقف عن تعاطي المخدرات تمثلت في الاستقرار الاسري، تحسن مستوى التعليم الأبناء، تحسن صحتهم وصحة أفراد الاسرة، اختلاف النظرة من الإباء الى الأبناء وكذلك تقبل أفراد المجتمع والأصدقاء لهم في حين المجالات الاقتصادية فهي سداد الديون، الحرص على إنفاق الدخل على أفراد الأسرة وتأمين مستلزمات الحياة لهم، الاعتماد على النفس، الحفاظ على ممتلكات الاسرة. (الجزاعي ودبله، 2010، ص10)

ومن الدراسات التي أكدت هذا الطرح نجد دراسة صالح وفاطنة 2020 والتي وتوصلت الى أن الإدمان على المخدرات يجعل مستوى جودة الحياة غير جيدة، إلا أن نتائج الدراسة الحالية تتنافى مع ما توصلت إليه بهلول 2009 في دراستها والتي خلصت إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة وسلوك التدخين رغم أنها أكدت أن هذه النتيجة لا تتفق مع الجانب الذي يؤكد على أن سلوك التدخين يؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للفرد كما أنه يؤثر على جودة الحياة. (بهلول، 2009، ص123)

ومنه تستنتج الباحثة أن تجنب طلبة الجامعة للسلوكات الصحية السلبية كتعاطي المخدرات وإساءة استخدام الأدوية التي تصرف بوصفة طبية يساهم في زيادة شعورهم بالرفاهية وجودة الحياة.

كما تعزو الباحثة هذه النتيجة الى دور الجامعة في الإرشاد والتعريف بمخاطر الإدمان والوقاية عن طريق مقرراتها الدراسية والبرامج الصحية الهادفة التي تؤثر فيما يخص المؤثرات العقلية. (أحمد، 2018، ص23) ورجحت أن الثقافة الصحية التي يمتلكها طلبة الجامعة حول خطورة سوء استخدام العقاقير و الأدوية على صحتهم يعود للجهود المبذولة من طرف الجامعة للحد من هذه المشاكل التي تترتب عنها و بالتالي هذا ما جعل الطلبة يلتزمون بالعادات الصحية السليمة حتى تتحقق لديهم الصحة الجسمية و النفسية و التي بضرورة سوف تشعرهم بالسعادة و الرفاهية و تحقق لديهم جودة الحياة.

## 2-6 تفسير ومناقشة الفرضية الجزئية السادسة:

نصت الفرضية الجزئية السادسة على أنه توجد: علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة وبعد المعالجة الإحصائية تم التأكد من تحقق الفرضية.

حيث ترى الباحثة أن سبب وجود علاقة ارتباطية بين البعد النفسي والاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة على أنه كلما كان لطلبة الجامعة القدرة على تقبلهم لمشاعرهم وسيطرتهم عليها واستغلالهم لقدراتهم العقلية لأقصى درجة ممكنة كلما ساهم ذلك في زيادة شعورهم بجودة الحياة حيث أشار الهنداوي 2010 إلى أن جودة العوامل النفسية تتمحور في حسن توظيف إمكاناته العقلية والإبداعية وإثراء وجدانه وذلك ليتسامى بعواطفه ومشاعره وقيمه الإنسانية وتكون المحصلة هي جودة الحياة وجودة المجتمع. (خرموش وفرشان، 2020، ص510)

كما يؤكد مبارك 2012 أن جودة حياة الفرد ترتبط بالمستوى الذي يصل إليه في إشباع وإرضاء مختلف حاجاته النفسية والاجتماعية. (مبارك، 2012، ص718)

وضيف عمير 2023 أنه لا يمكن أن يتحقق مفهوم جودة الحياة إلا إذا كان هناك توافق نفسي واجتماعي سواء أكان ذلك من خلال توافق الفرد مع نفسه أو مع الآخرين. (عمير، 2023، ص579)

وبالتالي هذا ما يوضح سبب وجود العلاقة الطردية بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

كما ترى الباحثة أنه كلما حرص طلبة الجامعة على تكون علاقات اجتماعية قوية مع أفراد الأسرة والزملاء والأصدقاء والأساتذة من شأنه أن يحسن الجانب النفسي لديهم وبالتالي تتحسن جودة حياتهم.

وهذا ما أكدته منظور علم النفس الفردي أثناء تفسيره للعلاقة بين جودة الحياة والصحة النفسية فقد أوضح أن الأشخاص المنعزلون اجتماعيا لديهم صعوبات في مسائل الحياة التالية (العلاقات الاجتماعية، الحب العمل) كما انهم لا يمتلكون جودة حياة بينما الأشخاص الذين يبنون علاقات اجتماعية متوازنة ويشاركون في الحياة المجتمعية هم أشخاص يعيشون حياة أكثر سعادة ويمتلكون درجة مرتفعة من الصحة النفسية وجودة الحياة. (عاشور، 2021، ص144)

كما وقد أورد لونجست Longest 2008 أن جودة الحياة تظهر من خلال قدرة الشخص على اشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات الفسيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية، والتوافق الاسري وغيرها من الحاجات النفسية ومنه فإن هذا يؤكد أن إحساس الشخص بالصحة النفسية من المؤشرات العالية التي تدل على تحقيق جودة الحياة. (خيذر، 2020، ص7)

ونجد الأشول 2005 أيضا يؤكد ذلك حيث قال أنه لا يمكن للفرد أن يدرك جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم مثل (الأصدقاء، الزملاء، والاشقاء والأقارب وغيرهم) بمعنى أن جودة الحياة ترتبط بالبنية المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها. (الخلقي، 2022، ص1194)

ومنه تستنتج الباحثة أن تلبية الحاجات النفسية والاجتماعية المتنوعة للطلبة الجامعة يعد أمر جد ضروري على اعتبار أنهم اجتماعيين بطبعهم وأنه من المستحيل أن تتحقق جودة حياتهم اذ كانوا في عزلة تامة عن أفراد المجتمع.

## 2-7 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة:

نصت الفرضية العامة على ما يلي: يساهم السلوك الصحي في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، وبعد المعالجة الإحصائية تم التأكد من تحقق الفرضية.

وتبين من خلال نتائج الدراسة الى ان السلوك الصحي يعد مساهم في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة بنسبة (37%) ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن تحلي طلبة الجامعة بسلوكات صحية إيجابية يعد عامل مهم وفعال ومؤثر في تحسين جودة الحياة لديهم.

اذ ان انتهاج السلوكات الصحية وتبني العادات الصحية وكذلك الابتعاد عن كل السلوكات المضرة والغير صحية يساهم بدرجة كبيرة في التمتع بالصحة الجسدية والشعور بحسن الحال كما يساهم ذلك في إدراك الفرد لجودة الحياة. (عيادي، 2022، ص 254)

ومنه فإن ممارسة السلوك الصحي من شأنه حماية الأفراد من خطر الإصابة بالأمراض كما أنه يساهم في الحفاظ والارتقاء بصحتهم مما يحسن من جودة حياتهم.

حيث يعرف كل من مثنى وكاظم 2006 جودة الحياة: بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على اشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية وحسن إدارته للوقت والاستغلال الأمثل. (خير 2020، ص57)

ومما سبق تستنتج الباحثة أن ممارسة الطلبة لمختلف السلوكات الصحية و الوقائية مثل ممارسة الرياضة و الأكل الصحي و إقامة علاقات اجتماعية إيجابية من شأنه أن يساعدهم في تحقيق صحة جيدة و يفتقهم من خطر الإصابة بالأمراض مثل السمنة و السكرى و غيرها من الأمراض الأخرى التي يمكن أن تشكل عائق في تحقيق جودة الحياة ، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات نذكر منها دراسة رويسو Rocio 2002 والتي أثبتت أن هناك علاقة إيجابية بين كل من السلوك الصحي الوقائي و بين الشعور بالسعادة و جودة الحياة ، كما توصل أيضا إلى أن المتنبئ الأكبر للشعور بالسعادة و جودة الحياة هو السلوك الصحي الوقائي. (مصطفى، 2014، ص 105)

كما توصل دينر وسو ولوكس وسميث إلى أن جودة الحياة ترتبط بمدى شعور الأفراد بامتلاكهم لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين. (بن خنيس، 2022، ص18) وفي دراسة كورية لي وآخرون (lee et al2019) لاحظ الباحثون ارتباط ارتفاع جودة النظام الغذائي بانخفاض أعراض الاكتئاب ومستوى جودة حياة أفضل لدى البالغين الكوريين. (المحمدي والعتيبي، 2021، ص353)

كما أكدت دراسة جيلسون وآخرون (Gilison et al 2009) على العلاقة القوية بين محاور مقياس جودة الحياة ومستوى ممارسة النشاط البدني والتي تكمن في التأثيرات الحيوية للنشاط البدني على الحالة الصحية والنفسية والذهنية للطالب، كما أن هذه التأثيرات تمتد لتصل إلى الأداء الوظيفي للأعضاء الجسدية. (العثمان، دندي، 2021، ص343)

كما توصلت لو ولي (Lo et Lee 2012) في دراستهما الى نتيجة مفادها وجود علاقة عكسية بين اضطراب النوم وبين جودة الحياة المتعلقة بالنواحي الصحية لدى كبار السن. (المحمدي والعتيبي، 2021، ص 355) بمعنى آخر أنه اذ عانى الشخص من اضطراب النوم والذي يعتبر أحد السلوكات الصحية السلبية سوف يترتب عليه عواقب سلبية تتعلق بجودة الحياة خاصة في المنحى الصحي لدى الفرد.

وبالتالي يمكن القول إنه كلما عمل طلبة الجامعة على ممارسة السلوكات الصحية الجيدة وكانوا أكثر التزاما بالعادات الصحية السليمة كلما تمكنوا من الحفاظ والارتقاء بصحتهم الجسدية والنفسية والتي بضرورة سوف تنعكس بطريقة إيجابية على جودة حياتهم سواء في البيئة الجامعية أو في الحياة اليومية، ومنه يتحقق لديهم الشعور بالسعادة والرفاهية النفسية والرضا عن الحياة وهذا ما يتفق مع دراسة بن غذفة (2007)، بوعيشة وزكري (2020)، عرعار (2021)، طايبي وبعوني (2022)، عيادي (2022)، الحسين (2023)، فؤاد وآخرون (2023).

## الاستنتاج العام:

من خلال الفصل الخامس من الدراسة ، وانطلاقاً من إشكالية الدراسة المطروحة و تساؤلاتها ، وبعد صياغة فرضيات الدراسة و اختبارها و ذلك بالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة ، وتطبيق أدوات الدراسة متمثلة في كل من مقياس السلوك الصحي ل الصمادي و الصمادي (2011) و مقياس جودة الحياة ل دويده (2016) و الذي طبق على عينة بلغت (323) طالبا وطالبة من كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية من جامعة محمد خيضر بسكرة ، وما تم التوصل إليه من نتائج الدراسة والتي تم تحليلها و مناقشتها في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة ، وتوصلت الطالبة الباحثة إلى النتائج التالية:

- مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة متوسط

- مستوى جودة الحياة لدى طلبة الجامعة متوسط

- توجد علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين بعد العناية بالجسم وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

- توجد علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين بعد العناية بالصحة العامة وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

- توجد علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

- توجد علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائياً بين البعد النفسي الاجتماعي وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

- يساهم السلوك الصحي في التنبؤ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة.

وفي ضوء ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية، بعد تفسيرها ومناقشتها، يمكن تقديم مجموعة من المقترحات:

- السلوك الصحي يجب أن يعزز منذ الطفولة ويستمر عبر مراحل متقدمة من العمر.

- إجراء دراسات حول السلوك الصحي وربطه بمتغيرات أخرى كمعنى الحياة.

- إجراء دراسات تتناول جودة الحياة وعلاقتها بمتغيرات أخرى كالمعتقدات الصحية.

- عقد ورشات عمل في الجامعات تساهم في تعزيز وتطوير الثقافة الصحية لدى الطلبة.

- القيام بإجراء دراسات حول السلوك الصحي وجودة الحياة على عينات أخرى

-زيادة التركيز على نشر الوعي الصحي والثقافة الصحية بين مختلف شرائح المجتمع.

**الخاتمة:**

تناولت الدراسة موضوع القدرة التنبؤية وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، حيث أهذه المتغيرات تعتبر أحد أهم المواضيع في مجال علم النفس الإيجابي.

وباعتبار أن الطالب الجامعي معرض للعديد من الضغوط المختلفة في حياته الجامعية والتي قد تكون من أبرزها الضغوط الأكاديمية ككثرة الواجبات الدراسية و طول ساعات الدراسة ، وضيق الوقت لتسليم البحوث و المنافسة بين الطلبة للحصول على درجات عالية بالإضافة إلى التغيرات الحاصلة في حياته الاجتماعية كالبعد عن أفراد أسرته و أقاربه كل هذا قد يؤل به إلى محاولة تخفيف هذه الضغوط باللجوء إلى ممارسة بعض السلوكات و الممارسات الغير صحية مثل النوم الغير كافي و الجلوس لساعات طويلة أمام شاشة الحاسوب أو إتباع نظام غذائي غير متوازن يعتمد على الوجبات السريعة و الأطعمة المصنعة التي تفتقر للعناصر الغذائية الأساسية و غيرها من السلوكات الغير صحية مثل التدخين و قلة ممارسة النشاط الرياضي... إلخ مما قد يزيد و بشكل كبير من احتمالية إصابته بالعديد من الامراض المزمنة التي تؤثر على صحته الجسدية والنفسية.

لذا إن اهتمام الطالب الجامعي بممارسة السلوك الصحي أصبح ضرورة قسوة وأمر لا بد منه حتى يتمكن من الارتقاء بصحته.

باعتبار أن ممارسته للعادات والسلوكات الصحية السليمة مثل ممارسة الرياضة بانتظام والالتزام بنظام غذائي سليم وأخذ قسط كافي من النوم لا يقتصر فقط على تجنبه الإصابة بالأمراض، بل يمتد ليشمل تحسين جودة حياته لذا أصبح من الضروري زيادة الاهتمام بالتوعية الصحية والتثقيف الصحي لدى هذه الفئة.

كون أن جودة الحياة تعتبر من أهم المساعي والمتطلبات التي يسعى جميع أفراد المجتمع الى تحقيقها بما فيهم الطالب الجامعي وذلك لما تساهم به في شعوره بالسعادة والرفاهية والتفائل، وبالتالي فهي لا تقتصر على جانب محدد بل هي متعددة الجوانب تشمل الصحة والتعليم والعلاقات الاجتماعية والراحة المادية والشعور بالأمن وغيرها.

قائمة المصادر  
والمراجع

## المراجع العربية:

- القرآن الكريم
- الأحاديث النبوية
- أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف، (2014). تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق، ط2، دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- أبو الحسن، فاطمة شعبان، (2021). تأثير الآليات المعرفية ودافع الحماية على مدركات الشخص الثالث دراسة ميدانية على إدراك المرأة المصرية لخطورة انتشار فيروس كوفيد، المجلة المصرية لبحوث الرأي العام، 19، المجلد 20، العدد1، (373-420).
- أبو حلاوة، محمد السعيد، (2010). جودة الحياة المفهوم والابعاد، المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- أبو شمالة، رجاء محمد عبد الهادي، (2016). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والمهارات الحياتية لدى زوجات الشهداء في قطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو ليلي، يوسف حسن والعموش، أحمد فلاح، (2009). مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات، شؤون اجتماعية، العدد 102.
- أبو يونس، إيمان محمود محمد، (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتفكير الناقد وجودة الحياة لدى معلمي مرحلة التعليم الأساسي بمحافظة خان يونس، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أحمان، لبنى وعبد الصمد (2018). جودة الحياة والسلوك الصحي لدى عينة من الشباب، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد 3، العدد 2، 57-70.
- أحمد، عبير نجم عبد الله، (2018). دور الوعي الاجتماعي في وقاية الشباب الجامعي من المخدرات في المرحلة الراهنة العراق انموذجا، مركز البحوث التربوية والنفسية.
- أحمد، ليلي مراد محمد، (2023). المدخل الوقائي وتنمية الوعي الصحي بالسلوكيات الخاطئة، مجلة بحوث في الخدمة الاجتماعية التنموية، المجلد 4، العدد 2.

- الأحمّد، مصطفى عيسى على، (2023). أثر ممارسة الأنشطة الترويحية الرياضية على جودة الحياة لدى طلاب وطالبات جامعة الملك فيصل بالمملكة العربية السعودية، مجلة العلوم التطبيقية الرياضية، المجلد 5، العدد 1، (21-44).
- إرشادات الحركة على مدار 24 ساعة للملكة العربية السعودية covid // <https://19.cdc.gov.sa>2021/10>24his-ar>
- إسماعيل، محمد سعد، وآخرون، (2022). أثر ممارسة الأنشطة الرياضية على تنمية السلوك الصحي لتلاميذ المرحلة الابتدائية بالمعاهد الازهرية، مجلة التربية البدنية وعلوم الرياضة، المجلد 27، العدد 8.
- أعقاب، نور الدين وزرمان، كريم، (2021). جودة الحياة والمسؤولية الاجتماعية دراسة استطلاعية لأراء الطلبة بجامعة خنثلة، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 8، العدد 3.
- آل عقران، أريج أحمد سعيد (2020). ممارسة الأنشطة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الجامعة، المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 12.
- آل هشلول، موسى واليميني، أسماء، (2020). قياس مستوى النشاط البدني والسلوك الغذائي الصحي لدى المجتمع السعودي، مجلة علوم التربية الرياضية، المجلد 13، العدد 4.
- باشيوة، لحسن عبد الله وآخرون (2010). البحث العلمي، مفاهيم، أساليب، تطبيقات (ط1) مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع
- بحرة، كريمة، (2014). جودة حياة التلميذ وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.
- براهيم نعيمة وكتيفي، عزوز، (2020). مستوى جودة الحياة لدى طلبة علم النفس بجامعة المسيلة دراسة ميدانية على طلبة الليسانس، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد 13، العدد 1.
- براهيم، نعيمة، (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- برجم، رضوان، (2017). دراسة تحليلية لسلوك الغذائي والصحي لدى لاعبي كرة القدم صنف أوسط ولاية المدية، مجلة معارف، المجلد 12، العدد 22، (89-100).

- برجم، رضوان، (2018). علاقة السلوك الغذائي والصحي بالإصابات الرياضية لدى فئة المراهقين (15-18) سنة، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3.
- بشقة، عز الدين وبوكعبة، زهية، (2021). السلوكيات الصحية وانعكاساتها على الصحة النفسية والعقلية في ظل جائحة كورونا تحليل نظري، مجلة تنمية الموارد البشرية، المجلد 16، العدد 2.
- بطاط، نور الدين (2020). الفاعلية الذاتية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي دراسة مقارنة بين طلبة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية (staps) وبعض التخصصات الأخرى بجامعة المسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 5، العدد 1، (287-321).
- بطاط، نور الدين، (2014). اتجاهات التلاميذ الممارسين للتربية البدنية والرياضية نحو السلوك الصحي دراسة ميدانية لمتوسطات مينة المسيلة، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 3.
- بطاط، نور الدين، (2018). الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى طلبة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة المسيلة، مجلة الإبداع الرياضي، المجلد 9، العدد 2، (36-56).
- بطاط، نور الدين، (2018). الفاعلية الذاتية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 3.
- بطرس، بطرس حافظ، (2010). تعديل وبناء سلوك الأطفال، ط1، دار المسيرة، الأردن.
- بعلي، مصطفى وجغلولي، يوسف (2018). مستوى جودة الحياة لدى طالبات جامعة المسيلة دراسة ميدانية على عينة من طالبات قسم علم النفس بجامعة المسيلة، الجزائر، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد 8.
- بكر، جوان إسماعيل (2013). جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين، ط1، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، عمان.
- بكر، أسو محمود رضا (2022). السلوك الصحي وعلاقته ببعض الأمراض المزمنة لسكان مدينة سوران، مجلة دراسات وبحوث، المجلد 32، العدد 2، (423-437).
- بلبول، موسى، (2015). السلوك الصحي وعلاقته بالاتجاهات نحو الصحة لدى لاعبي كرة القدم، أطروحة دكتوراه منشورة، معهد التربية البدنية والرياضية سيدي عبد الله، جامعة الجزائر 03.

- بلبول، موسى، (2013). السلوك الصحي لدى الرياضيين دراسة لبعض أفرقة الرابطة الوطنية هواة لكرة القدم بالشرق الجزائري، مجلة الإبداع الرياضي، العدد 9.
- بلول، احمد وعله عيشة، (2016). أبعاد جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة الجلفة، المجلد 1، العدد 2، (167-188).
- بليردوح، كوكب الزمان وبن صغير، كريمة، (2021). جودة الحياة لدى الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد 19)، مجلة الروائز، المجلد 5، العدد 1، (81-97).
- بن بردي، مليكة، (2021). جودة الحياة لدى الفتيات المتأخرات عن الزواج دراسة مقارنة، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 7، العدد 2، (273-293).
- بن خنيش، أمينة، (2022). دور المساندة الاجتماعية في تسيير الانفعالات وتحسين مستوى جودة الحياة لدى مرافق مريض الزهايمر، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
- بن سميثة، العيد، (2021). ممارسة الأنشطة الترويحية الرياضية وانعكاساتها على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة، مجلة التميز الفكري للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 6، (37-47).
- بن شدة، كلتوم، (2022). فاعلية برنامج إرشادي قائم على الإرشاد بالمعنى لتحسين جودة الحياة الدراسية لدى التلاميذ المتفوقين بالمرحلة الثانوية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.
- بن عروس، حياة، (2013). الأنثروبولوجيا الطبية ودورها في قضايا الصحة والمرض، مجلة دراسات اجتماعية، العدد 13.
- بن عيسى، صابر، (2019). الرضا الوظيفي وعلاقته بجودة الحياة لدى أساتذة التربية البدنية والرياضية، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- بن عيشة، حنان، (2023). التفكير الإيجابي وجودة الحياة وعلاقتها بمستوى الدافعية للإنجاز لدى المراهقين، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة لونيبي علي البلدية 2.
- بن غذفة، شريفة (2007). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة بولاية سطيف، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة.

- بن غزفة، شريفة (2009). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة دراسة ميدانية بولاية سطيف، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد 21.
- بن غضبان، فؤاد، (2015). جودة الحياة بالتجمعات الحضرية تشخيص مؤشرات التقييم، (ط1)، الدار المنهجية للنشر والتوزيع.
- بن فرج الله، بختة، (2022). تصورات الصحة والمرض لدى الطلبة الجامعيين دراسة ميدانية لعينة من الطلبة بجامعة الوادي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد 10، العدد 2، (136-153).
- بن كافو، عبير محمد أبو القاسم، (2018). تنمية الذكاء الاجتماعي لدى طالبات الجامعة كمدخل لتحسين جودة الحياة، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 19.
- بن محفوظ، مريم وبوجادي، عمر، (2020). توسيع صلاحيات الوالي في مجال المحافظة على الصحة العامة في ظل تفشي فيروس كورونا (كوفيد 19)، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 8، العدد 2.
- بن يحي، بومدين، (2021). جودة الحياة في ضوء نمط التفكير (الإيجابي والسلبي) دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة تلمسان، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، المجلد 6، العدد 3، (1042-1060).
- بهلول، سارة أشواق، (2009) سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات، قلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- بوبعابة، يمينة، (2016). أبعاد جودة الحياة الأكثر شيوعا وعلاقتها بالتفكير الإيجابي لدى عينة من الشباب الجامعي، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، المجلد 2، العدد 15.
- بوحريص، محمد الصديق، (2014). الصحة العامة ما وراء الحدود الوطنية: حول مفهوم الصحة العالمية والخطابات السائدة حوله، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، العدد 7.
- بوراس، ابتسام، (2020). البنية العاملية للمقياس المئوي لجودة الحياة المنظمة الصحية العالمية (WHOQOL)، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.
- بورزق، كمال وشلاللي، لخضر، (2016). جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام دراسة ميدانية بمدينة الاغواط الجزائر، مجلة العلوم القانونية والاجتماعية، المجلد 1، العدد 4.

- بورنان، سامية، (2022). مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول - دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي بالمسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 7، العدد 2، (1235-1206).
- بوروبة، أمال، (2021). التربية الصحية في الوسط المدرسي ودورها في تعزيز الأمن الصحي وحدات الكشف والمتابعة لولاية سطيف نموذجا، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 6، العدد 1، (1118 - 1139).
- بوعامر، نعيمة، (2022). جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة غرداية.
- بوعمامة حكيم، (2019). جودة الحياة: المفهوم والأبعاد دراسة تحليلية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 8، العدد 1، (360-343).
- بوعيشة، أمال وزكري، نرجس (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، أعمال الملتقى الوطني الأول جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر - الأبعاد والتحديات.
- بوعيشة، أمال، (2013). جودة الحياة لدى ضحايا الإرهاب في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 5، العدد 13، (56-47).
- بوعيشة، أمال، (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب بالجزائر دراسة ميدانية ببلدية براقى دائرة الحراش الجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- بوعيشة، أمال، (2021). علاقة المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي لمرضى سرطان الثدي (دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، المجلد 6، العدد 1، (77-67).
- بوعيشة، فتيحة (2018). أثر سمات الشخصية والتحكم المدرك وسلوك القيادة المخاطرة على ارتكاب الحوادث المرورية، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد

- بوفج، وسام، (2018). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري دراسة ميدانية ببلدية سكيكدة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- بوقطوشة، إيمان، (2013). مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي الاجتماعي لدى الفرد، رسالة ماجستير، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة قسنطينة 2.
- بوكعبة، زهية وبشقة، عز الدين، (2020). السلوك الاعتمادي لدى الطالبات الجامعيات المقيّمات دراسة تقييمية في الإقامة الجامعة حملة -4 - ، المجلة الجزائرية للأمن الإنساني، المجلد 5 ، العدد2، (798 - 820).
- بولجال، أية وشينار، سامية، (2020). واقع السلوك ذو العلاقة بالصحة لدى الشباب الجامعي في ضوء متغيري السن والجنس، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، المجلد 9، العدد 3.
- بولنج، آن، (2007). قياس الصحة عرض لمقاييس جودة الحياة، ترجمة حسين، ط1 مجموعة النيل العربية، القاهرة.
- البيار، هدى صبري عبد العزيز حجازي، (2023). جودة الحياة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد 8، العدد 4.
- تازي، أمينة (2021). علاقة الوعي الصحي بممارسة السلوك الصحي دراسة على عينة من التلاميذ الممارسين للأنشطة الرياضية، مجلة ضياء للبحوث النفسية والتربوية، المجلد 2، عدد1، (222-234).
- تايلور، شيلي، (2008). علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا داود، ط1، دار الحامد، الأردن.
- التخاينة، قصي خالد أحمد، (2022). مستوى التشوهات المعرفية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المتعافين من فيروس كورونا في محافظة الكرك، العدد 45.
- تواتي، حياة وآخرون (2018). مستوى جودة حياة الطالب الجامعي دراسة ميدانية على طلبة اختصاص علم النفس، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، العدد 8.
- تودرت، نسيمه علي، (2020). محاضرات في علم النفس الصحة.
- الثبيات، ميسون امين، (2016). السلوك الصحي لدى طلبة المرحلة المبكرة وعلاقته بالشعور بالأمن النفسي وتنظيم الوقت، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة، الأردن.

- جمعة، عارف أسعد، (2017). إدراج مواضيع التنقيف الصحي في مناهج التربية الإسلامية للمرحلة المتوسطة (دراسة تحليلية)، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، العدد 36.
- حجازي، عائشة بنت علي (2017). تأثير السمنة على الشعور بجودة الحياة لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية التربية، العدد 6.
- حجازي، عائشة بنت علي، (2017). تأثير السمنة على الشعور بجودة الحياة لدى عينة من سكان مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، مجلة كلية لتربية، العدد 6.
- حربوش، سمية، (2017). الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة، مجلة روافد، العدد 2.
- حربوش، سمية، (2019). محددات الصحة ومظاهر السلوك الصحي دراسة ميدانية على عينة من المراهقين بمدينة سطيف، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2، الجزائر.
- حرطاني، أمينة، (2014). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.
- حساني، فاطمة، (2015). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين المتمدرسين (13- 14- 15 سنة) دراسة ميدانية على بعض المتوسطات بولاية الوادي، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- حسن، براء عبد الكاظم عباس، (2022). التحليل الاجتماعي والعائلي لحارس أختي (2004) بواسطة جودي بيكولت: استنادا إلى فكرة جورج موردوك التنشئة الاجتماعية والوظيفية، مجلة آداب الكوفة، العدد 54.
- الحسين، أسماء عبد العزيز، (2023). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة مرات، مجلة العلوم التربوية، المجلد 1، العدد 34.
- حسين، محمد جلال، (2018). الصحة والمرض في المجتمع الأوغندي: رؤية انثربولوجية ميدانية، مجلة أنثروبولوجيا، المجلد 4، العدد 8.
- حفيظي، ليليا، (2022). البيئة العمرانية والسلوك الإنساني في ظل التحديات المعاصرة، مجلة آفاق للعلوم، المجلد 7، العدد 3، (477- 488).

- حمادية، علي وآخرون، (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلبة الدكتوراه (ل. م. د)، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 9، العدد 2.
- حملات، بن عتو، وحملات خولة، (2022). الثقافة الصحية وكيفية التعامل مع المرض المزمن، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، المجلد 2، العدد 14، (140-124).
- خرموش، سميرة، فرشان، لويزة، (2021). جودة الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطالب الجامعي، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 6، العدد 1، ص 498-522.
- خرموش، سميرة، (2020). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالصحة النفسية في ظل جودة الحياة لدى الطالب الجامعي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أبو القاسم سعد الله.
- الخزاعي، حسين عمر، دبله، عبد العالي أحمد، (2010). التوقف عن إدمان المخدرات وأثره على تحسين نوعية الحياة، المجلة الجزائرية للدراسات السوسولوجية، العدد 4.
- خضر، عادل كمال وعبد الغني، خالد محمد، (2013). إعداد مقياس أنماط اضطرابات النوم لدى الراشدين والمسنين في المجتمع المصري، علم النفس دراسات وبحوث، المجلد 26، العدد 96، (64-48).
- الخطيب، جمال، (2003). تعديل السلوك الإنساني، ط1، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الخفاجي، زينب حياوي بديوي وجاسم، ساره جبار سلمان، (2018). جودة الحياة النفسية لدى طلبة الجامعة، مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، المجلد 43، العدد 3.
- خلف الله، عذبة صلاح خضر، (2015). جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- خلف، وعد محمد علاوي الشيخ، (2020). مستوى جودة الحياة والامن النفسي لدى الطلبة ذوي الإعاقة في الجامعات الأردنية الملتحقين وغير الملتحقين بالنوادي الرياضية، رسالة ماجستير، جامعة مؤتة.
- الخلقي، هاجر عايض محمد، (2022). جودة الحياة لدى الأبناء، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد 9، العدد 2.
- خلوف، حفيظة (2022). جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسية لدى الأستاذ الجامعي في ضوء بعض المتغيرات دراسة ميدانية على عينة من أساتذة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة مولود معمري بتييزي وزو -قطب تامدا-، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 16 العدد، (643-624).

- خليل، نعمة سيد، (2014). الضغوط النفسية وعلاقتها بالسلوك التوكيدي وجودة الحياة لدى الطلاب الوافدين في معاهد البعوث الإسلامية، دراسات الطفولة.
- خمخام، دليلة، (2022). الكفاءة الذاتية وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى المصابين بالسمنة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة 1.
- خنفار، سامرة ورواق، علبة (2020). السلوك الصحي الوقائي من سرطان الثدي لدى عينة من النساء، les cahiers du LAPSI، المجلد 17، العدد 1، 77-90.
- خيزر، سميرة، (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالتوافق النفسي والتكيف الدراسي لدى تلاميذ السنة الثانية ثاني، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، عمار تليجي، الأغواط.
- الداغستاني، سناء عيسى والمفتي، ديار عوني، (د.س). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان 26-27.
- دحماني، مريم، (2020). جودة الحياة لدى تلاميذ الثانوية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 4، (115-128).
- درياس، ليلي وبركو، محمد، (2020). أثر السلوك الغذائي في جودة الحياة: تطوير استبيان جودة الحياة المرتبطة بالتغذية مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 7، العدد 3.
- درياس، ليلي (2020). جودة الحياة لدى المتفوقين في ضوء السلوك الغذائي الصحي، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة 1.
- دقيش، رحمة، (2021). فاعلية برنامج إرشادي علاجي في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بحبسة بروكا، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف.
- الدهني، غفران غالب أحمد، (2018). جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك وحائل دراسة مقارنة، مجلة العلوم التربوية، العدد 1.
- دويدة، أسية، (2016). جودة الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى عينة من طلبة الجامعة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.

- دويده، اسية واليازيدي، فاطمة الزهراء، (2023). جودة الحياة وعلاقتها بالتوجه نحو المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة بالبلدية، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 8، العدد 1، (902-926).
- دويده، أسية، (2024). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة وعلاقتها بكل من التوجه نحو المستقبل ومستوى الطموح، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البلديّة 2 .
- ديوا، مكي باكر سعيد، (2018). بعض العادات لدى طالبات كليات التربية وعلاقتها بالتوافق النفسي (دراسة حالة طالبات كليتي التربية - حنتوب بجامعة الجزيرة والتربية أساس بجامعة القران الكريم وتأصيل العلوم)، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، العدد 38.
- ذيب، ميرفت عاهد، (2017). المؤشرات الصحية المتعلقة بنمط الحياة والتي تؤثر على السلوك الصحي لدى طلبة جامعة البلقاء التطبيقية، مجلة تطبيقات علوم الرياضة، العدد 93.
- ربوح، صالح، وآخرون، (2019). دراسة السلوك الصحي لتلاميذ المرحلة الثانوية من خلال ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية، حوليات جامعة الجزائر 1، العدد 33.
- رديف، سيف محمد (2022). القلق الصحي المرتبط بفايروس كورونا (Covid 19) وعلاقته بالسلوك الصحي لدى منتسبي جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية، المجلد 19، العدد 73.
- رزيق، منال، (2025). جودة الحياة ومصادر الضبط الصحي لدى الشباب، أطروحة دكتوراه، كلية علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2.
- رضوان، سامر جميل وريشكة، كونراد، (2001) السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، مجلة شؤون اجتماعية، المجلد 18، العدد 72.
- رمح، عباس رمضان والعايدي، عادل خضير (2011). التوجه الصحي لدى طلبة الجامعة، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، المجلد 14، العدد 3.
- رميض، صباح مهدي وجميل، محمد عامر (2022). تباين مستوى السلوك الصحي الوقائي لدى مدرسي المدارس الثانوية "جائحة كورونا 2019 - 2022 أنموذجا"، مجلة مداد الآداب، المجلد 12، العدد 28.
- الرواشده، عمرو محمود، (2016) اتجاهات طلبة التمريض نحو المهنة وعلاقتها بمستوى الطموح وجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة.

- رودهام، كارين، (2009)، علم النفس الصحي، ترجمة شويخ، هناء أحمد محمد، مكتبة الأنجلو المصرية.
- الزروق، فاطمة الزهراء، (2009). دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر.
- زعطوط، رمضان وقريشي، عبد الكريم، (2014). الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 17.
- زقعار، فتحي وبراهيمي، شلبي، (2018). نمط الشخصية A و B وعلاقته بسلوك التدخين لدى الطالب الجامعي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد 27، (173-185).
- زناد، دليلة وبورجي، شاكرا أمير الدين، (2017). علم النفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، المجلد 2، العدد 1.
- زيدان، عذراء إسماعيل وعرعار، غنية، (2020). السلوك الصحي للمواطن العربي في ظل أزمة كورونا 2020-2021، مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية، العدد 48.
- ساري، سالم، (1996). البناء الاجتماعي للحقيقة الطبية: جدلية الطبي والاجتماعي، مجلة البلقاء، المجلد 4، العدد 2.
- ساعد، شفيق، (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- سالم، انتصار محمد السيد، (2023). أثر متغيرات الحماية (PMT) على العلاقة التنبؤية بإدمان مواقع التواصل الاجتماعي والشعور بالاكنتاب لدى طلاب الجامعات، المجلة العلمية لبحوث الصحافة، العدد 25.
- سامعي، صهيب، (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.
- سايل، حدة وحيدة، (2021). التربية الصحية وترقية الصحة لأجل بناء مجتمع والأفراد، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد 37، العدد 1.
- السبعراوي، هناء جاسم، (2009). الصحة والمرض وأثرهما في التنمية دراسة تحليلية للواقع الصحي في مدينة الموصل، مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد 8، العدد 4.

- سرار، عائشة، (2020). الانضباط الصحي وعلاقته بدرجة القلق لدى مرضى السكري، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد 13، العدد 3.
- السراي، زمن هاشم كشيح، (2018). السلوك الصحي وعلاقته بدافع الإنجاز الدراسي (السلوك الصحي، دوافع الإنجاز، تلاميذ الابتدائية)، وزارة التربية، بغداد العراق
- سعد، رانية مسعد، (2016). تطبيقات لنظرية السلوك المخطط في تصمم أثاث المطبخ الذكي المفتوح لتحسين الأداء، مجلة التصميم الدولية، المجلد 6، العدد 1، (127-140).
- سليم، عبد العزيز إبراهيم وأبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد، (2019). نموذج بنائي للعلاقات بين جودة الحياة والهوية الاجتماعية والسلوك الاجتماعي الإيجابي لدى طلاب كلية التربية جامعة دمنهور، مجلة الدراسات التربوية والإنسانية، المجلد 11، العدد 2.
- سليمان، محمد محمد الهادي حسن، (2023). توهم المرض السيبراني كمنبئ بالالتزام بالسلوك الصحي لدى مستخدمي الإنترنت السودانيين، مجلة العلوم التربوية، العدد 1.
- سويعد، ميرفت ياسر، (2016). الحصانة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب في مراكز الإيواء في قطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة.
- سويف، مصطفى، (1996). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية، عالم المعرفة.
- سي بشير، كريمة وظريفة، مسعودي، (2016). المعتقدات الصحية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى شرايين القلب التاجية، مجلة دراسات، المجلد 7، العدد 13، (143-158).
- السيد، عثمان فضل السيد أحمد فضل وسليمان، محمد محمد الهادي، (2021). مستوى الالتزام بالسلوك الصحي الواقي من جائحة كورونا كوفيد 19 لدى السودانيين، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد 1.
- شابو، صلاح الدين، (2019). عزو المرض وعلاقته بالتكيف النفسي، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 25، العدد 2.
- شاتي، نجاه وفراحي فيصل (2021). جودة الحياة لدى طلاب طب الاسنان، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، المجلد 10، العدد 1.

- شائع، زينب كريم ومحمد، ابتسام سعدون، (2022). المعتقدات الصحية لدى المراهقين، مجلة كلية التربية، العدد 1
- الشديفات، هاني موسى سلامة، (2021). السلوك الصحي لدى طلبة المدارس في مرحلة المراهقة المبكرة في ظل جائحة كورونا وعلاقته ببعض المتغيرات، مجلة العلوم، المجلد 5، العدد 38، (140-156).
- الشرجبي، إخلاص عبد الرقيب والمطيري، رحاب بنت محمد دعيح، (2022). جودة الحياة وعلاقتها باتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات لدى عينة من الشباب السعودي، مجلة شباب الباحثين، العدد 13.
- الشريفيين، عماد عبد الله محمد، (2002). تعديل السلوك الإنساني في التربية الإسلامية، رسالة ماجستير، كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، جامعة اليرموك.
- شعباني، مالك، (2006). دور الإذاعة المحلية في نشر الوعي الصحي لدى الطالب الجامعي دراسة ميدانية بجامعة قسنطينة وبسكرة، أطروحة دكتوراه، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- شويخ، هناء أحمد، (2012). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بوصفها منبئات للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد 40، العدد 1.
- شويعل، يزيد (2023). الدعم الاجتماعي المدرك لدى المعاقين حركيا وعلاقته بمستوى جودة الحياة، دراسة ميدانية، مجلة حمورابي للدراسات المجلد 1، العدد 45.
- شيخ، علي، وناصر، ليندة، (2020). الصحة والمرض في الثقافة التقليدية، مجلة مؤشر للدراسات الاستطلاعية، العدد 1، المجلد 1، (104-130).
- شيخي، مريم، (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات، رسالة ماجستير كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بلقايد.
- صادق، ليلي محمود عبد الحكيم، (2023). جودة الحياة لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة، المجلد 8، العدد 4.
- صالح، هيام فتحي مرسي، (2017). جودة الحياة ومشكلات النوم كمنبئات لاضطراب الانتباه لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، المجلد 33، العدد 1، ص 91-133.

- صدقة، إيمان وبن لمبارك، (2020). التفاؤل غير الواقعي وعلاقته بكل من السلوك الصحي وسلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين (دراسة ميدانية)، مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، المجلد 11، العدد 2، (349-334).
- الصريفي، انعام قاسم خفيف وعدنان، حنين عادل، (2022). السيطرة السلوكية المدركة لدى طلبة الجامعة، مجلة كلية التربية للعلوم الإنسانية، المجلد 12، العدد 4.
- صلاح، شهلاء سعدي، (2020). السلوك الصحي لدى التلاميذ ذوي صعوبات التعلم من وجهة نظر امهاتهم، مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد 26، العدد 108.
- الصمادي، أحمد عبد المجيد والصمادي، محمد عبد الغفور، (2011). مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، المجلة العربية للطب النفسي، المجلد 22، العدد 1، (88-83).
- صندوق، فريحة، (2015). جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بالتفوق الدراسي لدى عينة من المراهقين الثانويين بالأغواط، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عمار تليجي بالأغواط
- طايبي، لمياء وبعوني، نجات (2022). مستوى السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى طلبة الجنوب الجزائري -المركز الجامعي إيليزي نموذجاً-، مجلة الاكاديمية للبحوث في العلوم الاجتماعية، المجلد 4، العدد 2، (35-22).
- الطريفي، ميساء أحمد والنعيمات، محمود هارون، (2021). جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في الأردن في ظل جائحة كورونا، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 5، العدد 37، (143-127).
- طهيري، وفاء، (2023). دراسة مقارنة في جودة الحياة بين الممارسين للرياضة وغير الممارسين من طلبة جامعة الجزائر 2، مجلة المعيار، المجلد 27، عدد 3.
- عاشور، العالية، (2021). فاعلية الذات وعلاقتها بالصحة النفسية وجودة الحياة كمؤشرات إكلينيكية لدى المراهق، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.
- عباس، عبد الرحمان، (2021). بناء مقياس الإلتزام السلوكي الصحي لدى ذوي الأمراض المزمنة دراسة عرضية سيكومترية في ظل بعض المتغيرات الاجتماعية والنفسية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.

- عبد الحميد، إبراهيم شوقي وعرابي، كريمة مختار محمد، (2024). اضطرابات النوم وعلاقتها بالتحصيل الدراسي دراسة مقارنة بين الجنسين من طلبة الجامعة، مجلة دراسات نفسية، المجلد 43، العدد 4، (651-703).
- عبد الساتر، علا سيد، وآخرون، (2021). أثر برنامج قائم على عادات العقل في تحسين جودة الحياة لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية ذوي صعوبات التعلم الاجتماعية والانفعالية، المجلة الدولية للعلوم التربوية والنفسية، المجلد 38، العدد 66.
- عبد الصمد، صورية، (2020). الالتزام الصحي وجودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاقنوية، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.
- عبد القادر، لمياء حسن وذيب أحلام محمد (2020). جودة الحياة وعلاقتها بمستوى الامل لدى طلبة المرحلة الإعدادية في مركز محافظة نينوى، أداب الرافدين، العدد 73.
- عبد اللطيف، أسامة جبريل أحمد، (2020). فاعلية برنامج في العلوم قائم على نماذج الاقناع في تنمية السلوكيات الصحية الوقائية وتعديل المعتقدات الخاطأ تجاه فيروس كورونا لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، مجلة كلية التربية، العدد 44.
- عبد النبي، فاتن طلعت توفيق بكر شاهين، (2016). جودة الحياة وعلاقتها بإتجاهات طلاب الجامعات الحكومية والجامعات الخاصة نحو تطبيق الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، مجلة البحث العلمي في الآداب، المجلد 17، العدد 2.
- عبد الواحد، أحمد رفعت، (د س). أبعاد الذكاء الوجداني وجودة الحياة كمحددات لدافعية العمل التطوعي، مجلة بحوث كلية الآداب.
- عبد، صالح رحمن، (2020). الثقافة الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية: دراسة اجتماعية ميدانية لدى طلبة كلية الآداب جامعة بغداد، مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية، المجلد 28، العدد 11.
- عتوتة، صالح وخنيش، (2017). الحاجات النفسية والاجتماعية لعامل وجودة الحياة في منظومة العمل، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد 4، العدد 16، (296-313).

- العثمان، محمود عبد الله ودندي، إيمان، (2021). جودة الحياة وعلاقتها بمستوى ممارسة النشاط البدني والرياضي لدى عينة من طلبة جامعة دمشق، مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، المجلد 37، اعدد 2.
- عدودة، صليحة(2023). مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين المتعافين من فيروس كوفيد 19، مجلة دفاتر المخبر، المجلد 18، العدد 2، (105-120).
- عدودة، صليحة، (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- العربي، محمد وحريتي، حكيم، (2018). الوعي الصحي وعلاقته باللياقة البدنية المرتبطة بالصحة: دراسة أجريت على طلبة قسم علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بالبيض، مجلة علوم وممارسات الأنشطة البدنية الرياضية والفنية، المجلد 2018، العدد 14، (1-10).
- عرار، غنية وبوضياف، نوال، (2020). مستوى السلوك الصحي لدى طلبة ليسانس بقسم علم النفس دراسة ميدانية بجامعة المسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 5، العدد 2، (678-697).
- عرار، غنية، (2021). السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- عزب، حسام الدين محمود وآخرون، (2017). الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 50.
- عسكر، سهيلة عبد الرضا، (2013). المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 39.
- عصماني، سفيان، (2019). إسهامات التسويق الاجتماعي في مجال الصحة العامة، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، المجلد 12، العدد 1، (452-466).
- عكسة، حليلة، (2020). معتقدات المراهقين المتمدرسين في التعليم الثانوي حول سلوك التدخين دراسة ميدانية ببعض ثانويات ولاية باتنة، مجلة العلوم النفسية والتربوية، المجلد 6، العدد 3، (76-89).

- علوان، وسن قاسم، (2019). السلوك الصحي وعلاقته بالتحصيل الدراسي دراسة مقارنة بين الطلبة الموهوبين والغير موهوبين، مجلة ميسان للدراسات الأكاديمية.
- علي، يونس حمادي وجاسم، خديجة حسن، (دس). علم الاجتماع الطبي في ميدان الصحة والمرض، مجلة دراسات اجتماعية، العدد 44.
- عليوة، سمية (2015). علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري من النوع الأول، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- عليوة، سمية، (2018). تأثيرا اعتقادات وادراكات الفرد على الكفاءة الذاتية وممارسة السلوكيات الصحية للفرد، مجلة دراسات في سيكولوجيا الانحراف، المجلد 3، العدد 2، (71-87).
- عمارة، سامية، (2013). السلوكيات الصحية لدى النساء في مرحلة نهاية الخصوبة، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
- عميرة، منيرة، (2023). جودة الحياة وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى اللاعبين ذوي الاحتياجات الخاصة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، المجلد 13، العدد 1، ص 577-594.
- العنزي، عبد العزيز بن حجي، (2021). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتعزيز ممارسة السلوك الصحي لدى الشباب، مجلة العلوم التربوية، العدد 47.
- عيادي، ريمة، (2022). السلوكيات الصحية وعلاقتها بجودة الحياة عند المراهق المصاب بالسكري، أطروحة دكتوراه منشورة، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة عبد الحميد مهري، قسنطينة 2.
- عيادي، ريمة وعبيدي، سناء، (2021). السلوكيات الصحية عند المراهق المصاب بمرض السكري، Les cahiers du LAPSI، المجلد 18، العدد 1، (91-106).
- عيادي، نادية وجبالي، نور الدين، (2015). العلاقة بين الضغوط المهنية وممارسة السلوك الصحي لدى عمال الإدارة، دراسات وأبحاث، المجلد 7، العدد 20، (289-280).
- عيادي، نادية، (2009). علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة (دراسة ميدانية بجامعة باتنة)، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر باتنة

- الغامدي، محمد عبد الله على ال علي، (2015). الأمن النفسي وعلاقته بجودة الحياة لدى عينة من طلبة جامعة الدمام بمدينة الدمام، مجلة كلية التربية بينها، العدد 108.
- فارح، والويد عبد الله، (2021). الضبط الوالدي وعلاقته بكل من مفهوم الذات وجودة الحياة لدى طلاب المرحلة الجامعية، مجلة القلزم للدراسات التربوية والنفسية واللغوية، العدد 5.
- فارح، أروى عبد الله أحمد (2019). مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الدراسات الاجتماعية، المجلد 25، العدد 2.
- فاطيمة، حمزة، (2019). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى العاملات بالقطاع الصحي بالجلفة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عمار تليجي الأغواط.
- فالح، باهية وعدوان، يوسف، (2022). أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد 7، العدد 1، (577-592).
- فتحي عبد الرحمن، صابرين، (2018). الفروق بين المعتمدين على النيكوتين وغير المعتمدين في مركز التحكم في التدعيم، مجلة دراسات عربية، المجلد 17، العدد 4، (639-673).
- الفتلاوي، مؤيد فاهم محسن والعرداوي، أحمد يحيى جواد، (2017). أثر العادات والتقاليد بأمراض المفاصل بحث في الانثروبولوجيا الطبية، مجلة كلية التربية الأساسية، المجلد 23، العدد 99.
- فدان، سهام، (2018). أساليب التدخل لتغيير الاتجاه والسلوك الصحي: الرياضة كسلوك مساند للصحة، مجلة المحترف، المجلد 5، العدد 18، (603-613).
- الفريحات، عمار والربضي، وائل (2010). مواقف الحياة الضاغطة لدى طالبات كلية عجلون الجامعية، مجلة جامعة الخليل للبحوث، المجلد 5، العدد 2، 193-222.
- فقر، تقي الدين وربيعي، محمد، (2021). المرونة النفسية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط بمؤسسة كمال زمراين المدية، مجلة المعيار، المجلد 12، العدد 2.
- فلاح، بشير وبعلي، مصطفى، (2022). الوعي الصحي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى ممارسي رياضة كمال الأجسام، مجلة الإبداع الرياضي، المجلد 13، العدد 1، (403-421).
- فؤاد، وآخرون، (2023). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي للرياضيين، المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، المجلد 31، العدد 3.

- فواظمية، محمد، (2018). الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي دراسة ميدانية ببعض المدارس التعليم الابتدائي بولاية مستغانم، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم.
- قاسم، انتصار كمال والحسين، سميرة عبد، (2016). المسائرة -المغايرة وعلاقته بالتوكيد وجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، مجلة العلوم النفسية، العدد 22.
- قاسمي، إيمان، (2022). أساليب التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي وجودة الحياة لدى كبار السن المقيمين بدار المسنين، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.
- قاعد وآخرون، (2022). نظرية السلوك المخطط على النية السلوكية للسائحين بإتخاذ القرار السياحي في ظل جائحة كورونا، المجلد 16، العدد 3.
- القحطاني، الجازي بنت عبد الله والكثيري، نورة بنت علي، (2017). جودة الحياة النفسية لدى ذوات صعوبات التعلم وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، المجلد 5، العدد 19.
- القدومي، خولة عزات ومصطفى، رسمية (2020). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعات الأردنية، مجلة جامعة الخليل للبحوث، المجلد 15، العدد 1.
- القسم العلمي بمدار الوطن، (د.س) التدخين قاتل الملايين، دار الوطن للنشر.
- القص، صليحة، (2016). فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين التوتة باتنة، أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- القلاف، عذاري علي راشد، (2012). جودة الحياة وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية كما يدركها المراهقون المعاقون ذهنيا في دولة الكويت، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة الخليج العربي.
- كاظم، علي محمود، (2014). قياس اضطرابات النوم لدى طلبة المرحلة الإعدادية، مجلة كلية التربية الأساسية، العدد 15.
- كاظم، علي مهدي والبهادلي، عبد الخالق نجم، (2007). جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين والليبيين دراسة ثقافية مقارنة، مجلة الأكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك، العدد 3.

- كسية، حسايم، (2016). تأثير جودة الحياة على الأداء المعرفي لدى المسنين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.
- الكعبي، صبيح جبر، (2009). التدخين والسلوك الاجتماعي دراسة نظرية في علم الاجتماع الطبي، مجلة كلية التربية للبنات، المجلد 20، العدد 1.
- كوسة، وسيلة، (2021). القصور الكلوي المزمن وعلاقته بتدهور جودة الحياة لدى المصابين، أطروحة دكتوراه، كلية علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة قسنطينة 2
- الكوشة، فايز ضيف الله مصلح، (2017). فاعلية برنامج إرشادي مستند إلى نظرية هولاند في تحسين مهارة اتخاذ القرار المهني وجودة الحياة لدى طلاب الصف العاشر، أطروحة دكتوراه، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة.
- لحامة، حورية، (2023). الصلابة النفسية وجودة الحياة كعوامل حماية من الضغط النفسي لدى المراهقين دراسة ميدانية على المراهقين المتمدرسين بالطور الثانوي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2 لونييسي علي.
- لعربي، سمير وقارة سعيد، (2023). الصلابة النفسية كمنبئ لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري دراسة ميدانية على بعض مرضى السكري بمدينة المسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد 8، العدد 1، (247-268).
- لفقير، زوبير وسلامي، خديجة، (2019). التصورات الاجتماعية للصحة والمرض من منظور سوسيو انثروبولوجي، مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية، المجلد 4، العدد 16، (98-123).
- الماحي، أمينة عبد القادر، (2012). التحليل الإحصائي للعوامل المؤثرة على الخدمات الصحية في السودان (دراسة حالة ولاية الجزيرة للعام 2009)، رسالة ماجستير، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة أم درمان الإسلامية.
- مازن، ليلي وإبراهيم، عنايات، (د س). العلوم السلوكية، كلية التجارة التعليم المفتوح.
- ماقري، مليكة، (2018). تمثلات الصحة والمرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري -مقاربة سوسيولوجية، مجلة الحكمة للدراسات الاجتماعية، المجلد 6، العدد 1، (59-76).

- مبارك، بشرى عناد، (2012). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الادب، العدد 99، ص 714-770.
- المحاميد، أسيل أحمد (2020). الفروق في معتقدات الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى المدخنين وغير المدخنين من طلبة جامعة مؤتة، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة.
- المحمدي، ايمان علي والعتيبي، نجوى ثواب، (2021). الفروق في جودة الحياة وفقا لبعض العادات الصحية والسلوكية أثناء الحجز المنزلي خلال جائحة فيروس كورونا المستجد لدى عينة من السعوديين، المجلة العلمية لكلية الآداب جامعة أسيوط، المجلد 24، العدد 77 ص 333-376.
- محمود، سهى سامي، (2018). دور اضطرابات النوم في التنبؤ بالانتكاسة لدى المعتمدين على المواد النفسية، المجلة القومية لدراسات التعاطي والإدمان، المجلد 15، العدد 1.
- مختار، رجب، (2014). الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 15.
- مداسي، عبد الوهاب، (2023). الجلد كوسيط بين إدراك الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسرطان، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.
- مدني، عبد الرحمن عبد الباسط، وآخرون (2017). السلوك الصحي لتلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمحافظة أسيوط "دراسة مسحية"، مجلة أسيوط لعلوم وفنون الرياضة، المجلد 45، العدد 3.
- مرازقة، وليدة، (2016). جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.
- مراكشي، مريم وخرموش، مراد رمزي (2018). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى الطلبة الجامعيين: دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة سطيف 2، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، العدد 13، 59-75.
- مرسي، عزة أحمد ومتولي، شيماء بهيج محمود، (2015). علاقة أنماط السيطرة الدماغية بفاعلية الذات وجودة الحياة الأكاديمية لدى طلاب جامعة الحدود الشمالية، مجلة بحوث في العلوم والفنون النوعية، العدد 3.

- المشاقبة، محمد احمد خدام، (2015). جودة الحياة كمنبئ لقلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية والآداب في جامعة الحدود الشمالية، مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية، المجلد 10، العدد 1، (33-49).
- مصطفى، بسنت محمد، (2014). أبعاد السلوك الصحي المنبئة ببعض مؤشرات الصحة النفسية والبدنية لدى المسنين، أطروحة دكتوراه، جامعة القاهرة، مصر.
- معمريّة، بشير، (2021). علم النفس الإيجابي وقياس متغيراته في المجتمع الجزائري، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- مقدم، أمال ومصباح، فوزية، (2021). الصلابة النفسية للمسّن وعلاقتها بمستوى جودة حياته دراسة ميدانية بولاية عين الدفلى، مجلة السلوك، المجلد 8، العدد 1، (38-56).
- ملال، خديجة وملال صافية، (2021). السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين، المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية، المجلد 13، العدد 2، (376-393).
- منسي، محمد عبد الحليم وكاظم، علي مهدي، (2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان، مجلة أماراباك، المجلد 1، العدد 1، (41-60).
- موفق، ديهية، (2020). اضطرابات النوم والمشاكل الصحية، مجلة المعيا، المجلد 24، العدد 52.
- ميروح، كريمة، هاروني، موسى، (2021). جودة الحياة وعلاقتها بمعنى الحياة عند المراهق المتمدرس بالثانوية، الإنسانية والاجتماعية، المجلد 7، العدد 1، (413-430).
- ميلاط، نضرة، (2016). الأبعاد الاجتماعية للمرض تحليل سوسولوجي، مجلة مقاربات، المجلد 4، العدد 3.
- ناجم، وآخرون، (2022). وقع السلوك الصحي لدى الناشئين في كرة القدم في ظل الموجة الثالثة لفيروس كورونا (كوفيد-19)، مجلة الممارسة الرياضية والمجتمع، المجلد 5، العدد 2.
- النادر، هيثم محمد وآخرون، (2017). السلوك الصحي لدى لاعبي كرة اليد في الأردن، مجلة دراسات، المجلد 44، العدد 4.
- نايت عبد السلام، كريمة، (2014). علاقة بعض المتغيرات النفسية والشخصية وطرق التعامل من الضغط النفسي والاتجاه نحو السلوك الصحي بارتفاع ضغط الدم الشرياني الجوهري دراسة مقارنة بين المرضى وغير المرضى، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2.

- النبلاوي، عايدة فؤاد والهاشمي، سلطان بن محمد، (د س). الأبعاد الاجتماعية والثقافية للصحة والمرض: دراسة انثربولوجية لأمراض الدم الوراثية في المجتمع العماني، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية.
- النجار، يحيى والطلاح، عبد الرؤوف أحمد، (2015). التفكير الإيجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظات غزة، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد 29، العدد 2.
- نجم، نغم عادل وجبار، شروق كاظم، (2022). السلوك الصحي لدى مدرسي ومدرسات المدارس الإعدادية، المؤتمر العلمي الدولي الأول للعلوم الإنسانية والتطبيقية والصرفية، أيام 22/21/شباط.
- النصرية، راية بنت مسلم بن خميس (2017). العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور، رسالة ماجستير، جامعة نزوى.
- نعيم، عماد جميل، (2013). واقع الأنماط السلوكية الصحية لدى لاعبي المنتخبات الوطنية في الأردن، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية.
- النعيمات، محمود هارون، (2016). الضغط النفسي لدى عينة من الأيتام في محافظة العقبة وعلاقته بالصلابة النفسية وجودة الحياة لديهم، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، جامعة مؤتة.
- نوار، شهرزاد، (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري دراسة عيادية وفق نموذج علم النفس الصحة، جامعة الجزائر 2.
- النواصره، فيصل عيسى عبد القادر والهوراني، صفاء عايش عبد الله، (2017). السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين (من وجهة نظر أمهاتهم) في محافظة عجلون في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ودرجة ونوع الإعاقة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 6، العدد 11.
- النواصره، فيصل، وآخرون، (2018). السلوك الصحي لدى الموهوبين والعادين من طلبة المدارس في محافظة عجلون وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد 32، العدد 6.
- النوري، أنوار عبد الله نوري محمد، (2016). برنامج تربوية صحية إلكتروني مقترح وأثره على مستوى السلوك الصحي لدى طلاب المرحلة المتوسطة بدولة الكويت، مجلة أسبوط لعلوم وفنون التربية الرياضية، المجلد 43، العدد 3، (215-235).

- الهاجري، منيرة عبد الله الخرافي، نورية مشاري، (2024). الإبداع الانفعالي وعلاقته بجودة الحياة، مجلة بحوث، المجلد 4، العدد 2، ص 253-291.
- هادي، ابتسام راضي، (2018)، الرضا الوظيفي وعلاقته بالسلوك الصحي لدى أساتذة التربية الأساسية، مجلة الأستاذ، المجلد 3، العدد 224.
- الهمص، صالح إسماعيل عبد الله، (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية.
- الوريكات، عايد، (2011). علم الاجتماع الطبي، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- الوقداني، يوسف بن عبد الله مطلق، (2023). فعالية برنامج سلوكي معرفي في تنمية الرعاية الذاتية لدى الطلاب المهملين بالمرحلة المتوسطة في محافظة الطائف، مجلة الإرشاد النفسي، العدد 67.
- يحي، عبد الحفيظي، (2016). تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الطلبة الجامعيين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- يوسف، مجدي حسن يوسف، (2024)، نظرية السلوك المخطط (أيسك أجزن)، مجلة تطبيقات علوم الرياضية، العدد 120.

### المراجع الأجنبية:

- Amarantos, Eleni and al (2001). Nutrition and Quality of life in older Adults, journals of Gerontology: SERIESA, volume 56, (54-64).
- Anderson, Norman B (2004). Encyclopedia of HEALTH BEHAVIOR, SAGE Publications.
- Conner, Mark and Norman, Paul (2005). PREDICTING HEALTH BEHAVIOUR: Research and Practice with Social Cognition Models, Second edition, open University Press.
- Costanza, Robert and al, (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and Subjective Well-being, ecological economic 61, (267- 276).
- Curtis, Anthony j, (2000). Health Psychology, first published, by Routledge.
- GIANZ, KAREN and al. (2008). HEALTH BEHAVIOR and health Education Theory, Research, and Practice, jossey Bass, San Francisco.
- James, Anna and al, (2022). Healthy Eating as a New Way of life: Qualitative Study of Successful long-Term Diet change, the journal of health care, volume59, (1-10).

- jasinska, malgorzata and al (2021). Quality of life healthy edting habits, and physical development of middle school adolescents in the Swietokrzyskie, Annls of Agricultural and Environmental Medicine, N4, volume 28, (659-666).
- Lyons, Antoniac and chamberlain, Kerry (2005). Helth Psychology Acrritical Introduction, CAMBRIDGE univeraity Press.
- Maddux, James and Rogers, Ronald w (1983). Protection Motivation and self-Efficacy: Arevised Theory of Fear Appeals and Attitude change, journal of Experimental Social Psychology, N19(469 -479).
- Murphy, Elaine M, (2005). Promoting Healthy Behavior, Publications of the Population Reference Bureau, Number 2.
- Ruzevicius, juozas (2014), Quality of life and of Working life: conceptions and Research, Liverpool john Moores university.
- Slimakova, Margit (2008). Nutrition and the quality of life, <https://WWW.margit.cz>.
- Sutton, Stephen and al, (2005). The SAGEHAND Book OF HEALTH Psychologe, SAGE Publications.

الملاحق

## الملاحق رقم (1) مقياس السلوك الصحي في صورته الأولوية:

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص ارشاد وتوجيه

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة

في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه تخصص إرشاد وتوجيه بعنوان القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة نتقدم إليكم بمجموعة من المؤشرات التي تقيس السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة وعليه نرجو منكم قراءة المؤشرات جيدا والاجابة عليها بوضع (x) في الإجابة التي ترى أنها مناسبة.

البيانات الأولية

ضع علامة (x) داخل الخانة التي تعبر عنك

المستوى الدراسي.....

الجنس.....

التخصص.....

رقم السؤال	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
1	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي.					
2	أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح البيضاء (الملح الأبيض المكرر).					
3	أقلل من الأغذية الغنية بالسكر الأبيض.					
4	أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية.					
5	أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون.					
6	أتابع برامج التنقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء.					
7	أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها.					
8	أمارس رياضة المشي بشكل منتظم.					

				عندما أختار البروتين فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك.	9
				أتناول وجبة الإفطار يوميا بانتظام.	10
				أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي.	11
				أكثر من شرب المياه النقية (السوائل).	12
				أنوع من الأغذية التي أتناولها.	13
				أقوم بإجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم.	14
				أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام.	15
				أحصل على كفايتي من النوم.	16
				أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم.	17
				أأخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية.	18
				أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري (كل سنة).	19
				أراجع طبيب الأسنان دوريا للتأكد من سلامة أسناني.	20
				أتجنب استخدام أدوات وأغراض الآخرين الشخصية.	21
				ألجا إلى استخدام الأدوية والعقاقير عند الضرورة فقط.	22
				لا أستخدم أي نوع من التبغ (سجائر، معسل، شيشة).	23
				أتجنب تناول العقاقير المهدئة إلا بوصفة الطبيب.	24
				أتجنب تناول الادوية المنومة إلا بوصفة طبية.	25
				أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها الطبيب.	26
				أتجنب الحصول على الادوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها (فقط الأطباء).	27
				أحاول التعرف على الأعراض الجانبية لأي دواء أتناوله.	28
				أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف الطبيب.	29
				أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج له.	30
				أحاول أن أحظى بالقبول من جميع أفراد أسرتي.	31
				أعامل الناس كما أحب أن يعاملوني.	32
				لدي إحساس جيد بالمرح.	33
				أشعر بالرضا عن ذاتي.	34

					35	أمتنع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة.
					36	أشعر بأن حياتي العائلية مستقرة.
					37	لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية.
					38	من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين.
					39	أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي أعيشها وأتقبلها.
					40	أعبر عن مشاعري بسهولة.
					41	أتحمل نتائج جميع تصرفاتي.
					42	أضع لئفي أهدافا واقعية بحيث يمكن تنفيذها.
					43	أأخذ قرارات بدون الشعور بالضغط.
					44	أفهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم.
					45	أجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار.

### الملحق رقم (2) مقياس السلوك الصحي في صورته النهائية:

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص ارشاد وتوجيه

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة

في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه تخصص إرشاد وتوجيه بعنوان القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة

لدى طلبة الجامعة نتقدم إليكم بمجموعة من المؤشرات التي تقيس السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة وعليه نرجو منكم قراءة المؤشرات جيدا والاجابة عليها بوضع (x) في الإجابة التي ترى أنها مناسبة.

البيانات الأولية

ضع علامة (x) داخل الخانة التي تعبر عنك

المستوى الدراسي.....

الجنس.....

التخصص.....

رقم السؤال	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
01	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي.					
02	أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح البيضاء (الملح الأبيض المكرر).					
03	أقلل من الأغذية الغنية بالسكر الأبيض.					
04	أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية.					
05	أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون.					
06	أتابع برامج التثقيف الصحي الخاصة بالرياضة والغذاء.					
07	أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها.					
08	أمارس رياضة المشي بشكل منتظم.					
09	عندما أختار البروتين فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك.					
10	أتناول وجبة الإفطار يوميا و بانتظام.					
11	أتناول الخضار والفواكه الطازجة بشكل يومي.					
12	أكثر من شرب المياه النقية (السوائل).					
13	أنوع من الأغذية التي أتناولها.					
14	أقوم بإجراء الكشف المناسب عندما أعاني من أي ألم.					
15	أحصل على كفايتي من النوم.					
16	أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم.					
17	أخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية.					
18	أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري (كل سنة).					
19	أراجع طبيب الأسنان دوريا للتأكد من سلامة أسناني.					
20	ألجا إلى استخدام الادوية والعقاقير عند الضرورة فقط.					
21	لا أستخدم أي نوع من التبغ (سجائر، معسل، شيشة).					
22	أتجنب تناول العقاقير المهدئة إلا بوصفة الطبيب.					

					23	أتجنب تناول الأدوية المنومة إلا بوصفة الطبيب.
					24	أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها الطبيب.
					25	أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها (فقط الأطباء).
					26	أحاول التعرف على الأعراض الجانبية لأي دواء أتناوله.
					27	أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف الطبيب.
					28	أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج له.
					29	أحاول ان أحظى بالقبول من جميع افراد أسرتي.
					30	أعامل الناس كما أحب أن يعاملوني.
					31	لدي إحساس جيد بالمرح.
					32	أشعر بالرضا عن ذاتي.
					33	أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة.
					34	أشعر بان حياتي العائلية مستقرة.
					35	لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية.
					36	من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين
					37	أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي أعيشها وأتقبلها.
					38	اعبر عن مشاعري بسهولة.
					39	أتحمل نتائج جميع تصرفاتي.
					40	أضع لنفسي أهدافا واقعية بحيث يمكن تنفيذها.
					41	اتخذ قرارات بدون الشعور بالضغط.
					42	افهم مشاعر الآخرين ووجهات نظرهم.
					43	أجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار.

الملحق رقم (3) مقياس جودة الحياة في صورته الأولى:

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص ارشاد وتوجيه

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة

في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه تخصص إرشاد وتوجيه بعنوان القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة نتقدم إليكم بمجموعة من العبارات التي نقيس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة وعليه نرجو منكم قراءة العبارات جيدا والاجابة عليها بوضع (x) في الإجابة التي ترى أنها مناسبة.

البيانات الأولية

ضع علامة (x) داخل الخانة التي تعبر عنك

الجنس .....

المستوى الدراسي.....

التخصص.....

رقم السؤال	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض بشدة
1	أتمتع بصحة جسمية جيدة.					
2	أشعر أن لحياتي معنى كبير .					
3	أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين.					
4	أشعر بتفاؤل تجاه مستقبلي.					
5	أشعر أنني أحصل على دعم أكاديمي من أساتذتي.					
6	وقت الفراغ مهم جدا بالنسبة لي وأحرص على استغلاله.					
7	أتمتع بالحيوية والنشاط.					
8	أقبل على الحياة بحماس.					
9	تمتاز علاقاتي الاجتماعية بالإيجابية.					
10	أشعر بأن روحي المعنوية متدنية.					
11	التخصص الذي اخترته يضمن لي النجاح مستقبلا.					
12	أجد صعوبة في تنظيم وإدارة أوقات فراغي.					
13	غالبا ما أنام جيدا.					
14	أنا راض عن حياتي.					
15	أجد تقديرا واحتراما في وسطي الاجتماعي.					
16	أشعر بالارتياح لوجود الجميع حولي.					

				أشعر بالرضا عما وصلت إليه في دراستي.	17
				أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية في حياتي اليومية.	18
				توفر لي الجامعة خدمات صحية مناسبة.	19
				أشعر بأن حياتي مستقرة.	20
				أشعر بعدم ثقة الآخرين بي.	21
				أستطيع ضبط انفعالاتي.	22
				ليس لدي وقت فراغ.	23
				أمارس بعض التمارين الرياضية في حياتي اليومية.	24
				أفكر في تغيير أسلوب حياتي.	25
				أتمتع بحياة اجتماعية سعيدة.	26
				أشعر بالقلق تجاه حياتي ومستقبلي.	27
				أشعر بأن دراستي الجامعية لن تحقق طموحاتي المهنية.	28
				تنظيم وقت الدراسة والاستذكار صعب للغاية.	29
				أميل إلى تنقيف نفسي صحيا.	30
				أشعر أنني أفضل حالا من غيري.	31
				أحصل على دعم عاطفي من أسرتي.	32
				أشعر بأنني عصبي جدا.	33
				أجد صعوبة جمة في حياتي الدراسية.	34
				أستغل وقت الفراغ في الاستمتاع بالأشياء الجميلة والسارة.	35
				أقبل على الحياة بتفاؤل.	36
				أشعر بأن والدي راضيان عني.	37
				لست خائفا من المستقبل.	38
				أشعر بالرضا عن مستوى التدريس.	39
				أنجز واجباتي في الوقت المحدد.	40
				الحياة روتينية غير متجددة.	41
				أشعر بالحزن بدون سبب واضح.	42
				لدي طموحات كثيرة اتجاه مستقبلتي الدراسي.	43
				أستغل وقت فراغي بأشياء تفدني.	44
				أشعر بالانزعاج نتيجة كثرة إصابتي بالأمراض.	45
				أثقيل ذاتي كما هي.	46
				أشعر أن أسرتي مفككة غير متماسكة.	47
				أواجه مواقف الحياة بإرادة قوية وأعصاب هادئة.	48
				أشعر بأن علاقة أساتذتي معي جيدة.	49

					أستمتع بمزاولة الأنشطة الجامعية في أوقات فراغي.	50
					أنا راض عن صحتي الجسمية.	51
					أنا مستمتع بحياتي.	52
					أشعر بالرضا تجاه أسرتي.	53
					أستطيع الاسترخاء بسهولة.	54
					أرى ان مناخ العلاقات الاجتماعية بالكلية يتميز بالفعالية.	55
					انا راض عن طريقتي في قضاء وقت الفراغ.	56

الملحق رقم (4) مقياس جودة الحياة في صورته النهائية:

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص ارشاد وتوجيه

عزيزي الطالب عزيزتي الطالبة

في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه تخصص إرشاد وتوجيه بعنوان القدرة التنبؤية للسلوك الصحي على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة ننتقد إليكم بمجموعة من العبارات التي تقيس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة وعليه نرجو منكم قراءة العبارات جيدا والاجابة عليها بوضع (x) في الإجابة التي ترى أنها مناسبة.

البيانات الأولية

ضع علامة (x) داخل الخانة التي تعبر عنك

الجنس .....

المستوى الدراسي.....

التخصص.....

رقم السؤال	العبارات	أوافق بشدة	أوافق	محايد	أعارض بشدة	أعارض
01	أتمتع بصحة جسمية جيدة.					

					أشعر أن لحياتي معنى كبير .	02
					أجد صعوبة في التعامل مع الآخرين .	03
					أشعر بتفاؤل تجاه مستقبلي .	04
					أشعر أنني أحصل على دعم أكاديمي من أساتذتي .	05
					وقت الفراغ مهم جدا بالنسبة لي وأحرص على استغلاله .	06
					أتمتع بالحيوية والنشاط .	07
					أقبل على الحياة بحماس .	08
					تمتاز علاقاتي الاجتماعية بالإيجابية .	09
					اشعر بأن روحي المعنوية متدنية .	10
					التخصص الذي اخترته يضمن لي النجاح مستقبلا .	11
					غالبا ما أنام جيدا .	12
					أنا راض عن حياتي .	13
					أجد تقديرا واحتراما في وسطي الاجتماعي .	14
					اشعر بالرضا عما وصلت إليه في دراستي .	15
					أهتم بتوفير وقت للنشاطات الاجتماعية في حياتي اليومية .	16
					توفر لي الجامعة خدمات صحية مناسبة .	17
					أشعر بأن حياتي مستقرة .	18
					أشعر بعدم ثقة الآخرين بي .	19
					أستطيع ضبط انفعالاتي .	20
					ليس لدي وقت فراغ .	21
					أمارس بعض التمارين الرياضية في حياتي اليومية .	22
					أفكر في تغيير أسلوب حياتي .	23
					اتمعت بحياة اجتماعية سعيدة .	24
					تنظيم وقت الدراسة والاستذكار صعب للغاية .	25
					أشعر أنني أفضل حالا من غيري .	26
					أحصل على دعم عاطفي من أسرتي .	27
					أستغل وقت الفراغ في الاستمتاع بالأشياء الجميلة والسارة .	28
					أقبل على الحياة بتفاؤل .	29
					أشعر بأن والداي راضيان عني .	30
					لست خائفا من المستقبل .	31
					أشعر بالرضا عن مستوى التدريس .	32



x2	Corrélation de Pearson	,643**	,456**	1	,531**	,471**	,081	-,014	-,039	,315*
	Sig. (bilatérale)	,000	,001		,000	,000	,570	,923	,786	,023
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x3	Corrélation de Pearson	,587**	,136	,531**	1	,339*	,285*	,042	-,054	,339*
	Sig. (bilatérale)	,000	,336	,000		,014	,040	,768	,706	,014
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x4	Corrélation de Pearson	,725**	,444**	,471**	,339*	1	,381**	,238	,162	,212
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,000	,014		,005	,089	,251	,132
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x5	Corrélation de Pearson	,515**	,198	,081	,285*	,381**	1	,123	,043	,242
	Sig. (bilatérale)	,000	,159	,570	,040	,005		,385	,761	,083
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x6	Corrélation de Pearson	,390**	,060	-,014	,042	,238	,123	1	,347*	,044
	Sig. (bilatérale)	,004	,674	,923	,768	,089	,385		,012	,755
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x7	Corrélation de Pearson	,405**	,102	-,039	-,054	,162	,043	,347*	1	,376**
	Sig. (bilatérale)	,003	,473	,786	,706	,251	,761	,012		,006
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x8	Corrélation de Pearson	,626**	,250	,315*	,339*	,212	,242	,044	,376**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,074	,023	,014	,132	,083	,755	,006	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).										
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).										

Corrélations														
بعد العناية بالصحة العامة	x9	x10	x11	x12	x13	x14	x15	x16	x17	x18	x19	x20	x21	

بعد العناية بالصحة العامة	Corrélation de Pearson	1	,532*	,351*	,576*	,437*	,325*	,453*	,251	,421*	,650*	,519*	,608*	,565*	,210
	Sig. (bilatérale)		,000	,011	,000	,001	,019	,001	,073	,002	,000	,000	,000	,000	,135
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x9	Corrélation de Pearson	,532**	1	,229	,275*	,093	,098	,211	-,080	,133	,293*	,250	,217	,119	,099
	Sig. (bilatérale)	,000		,103	,048	,511	,488	,133	,573	,347	,035	,074	,122	,399	,487
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x10	Corrélation de Pearson	,351*	,229	1	,333*	-,059	,005	-,121	-,061	,183	-,027	,019	,033	,223	,097
	Sig. (bilatérale)	,011	,103		,016	,676	,973	,394	,666	,195	,851	,894	,817	,112	,496
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x11	Corrélation de Pearson	,576**	,275*	,333*	1	,336*	,319*	,097	-,043	,148	,190	,174	,268	,182	,070
	Sig. (bilatérale)	,000	,048	,016		,015	,021	,494	,760	,295	,178	,217	,055	,198	,624
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x12	Corrélation de Pearson	,437**	,093	-,059	,336*	1	,311*	-,050	,105	,118	,148	,271	,195	,029	,367*
	Sig. (bilatérale)	,001	,511	,676	,015		,025	,724	,458	,406	,295	,052	,166	,836	,007
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x13	Corrélation de Pearson	,325*	,098	,005	,319*	,311*	1	,063	,098	-,073	,001	,018	,065	-,046	,421*
	Sig. (bilatérale)	,019	,488	,973	,021	,025		,659	,491	,609	,993	,898	,649	,745	,002
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x14	Corrélation de Pearson	,453**	,211	-,121	,097	-,050	,063	1	,241	-,063	,626*	,179	,306*	,195	-,039
	Sig. (bilatérale)	,001	,133	,394	,494	,724	,659		,086	,658	,000	,205	,027	,166	,785
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x15	Corrélation de Pearson	,251	-,080	-,061	-,043	,105	,098	,241	1	,155	,070	,139	,103	,141	-,075
	Sig. (bilatérale)	,073	,573	,666	,760	,458	,491	,086		,272	,623	,326	,467	,319	,595



بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير	Corrélation de Pearson	1	,309*	,775**	,602**	,717**	,284*	,578**	,502**	,541**
	Sig. (bilatérale)		,026	,000	,000	,000	,041	,000	,000	,000
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x22	Corrélation de Pearson	,309*	1	,277*	-,039	,127	-,273	,048	,056	,164
	Sig. (bilatérale)	,026		,047	,783	,369	,050	,735	,691	,246
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x23	Corrélation de Pearson	,775**	,277*	1	,472**	,468**	-,025	,350*	,112	,316*
	Sig. (bilatérale)	,000	,047		,000	,000	,863	,011	,429	,023
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x24	Corrélation de Pearson	,602**	-,039	,472**	1	,461**	,129	,042	,060	,194
	Sig. (bilatérale)	,000	,783	,000		,001	,362	,765	,671	,168
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x25	Corrélation de Pearson	,717**	,127	,468**	,461**	1	,246	,270	,249	,131
	Sig. (bilatérale)	,000	,369	,000	,001		,079	,053	,075	,355
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x26	Corrélation de Pearson	,284*	-,273	-,025	,129	,246	1	,085	,412**	,115
	Sig. (bilatérale)	,041	,050	,863	,362	,079		,551	,002	,416
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x27	Corrélation de Pearson	,578**	,048	,350*	,042	,270	,085	1	,465**	,382**
	Sig. (bilatérale)	,000	,735	,011	,765	,053	,551		,001	,005
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x28	Corrélation de Pearson	,502**	,056	,112	,060	,249	,412**	,465**	1	,299*
	Sig. (bilatérale)	,000	,691	,429	,671	,075	,002	,001		,031
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x29	Corrélation de Pearson	,541**	,164	,316*	,194	,131	,115	,382**	,299*	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,246	,023	,168	,355	,416	,005	,031	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

\*\*.. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).







	Sig. (bilatérale)	,000	,00	,04	,14	,02	,01	,01	,53	,74	,02	,87	,13	,00	,00	,72	,19
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
x45	Corrélation de Pearson	,387**	,064	-,040	,158	-,037	,155	,126	,281*	,233	,040	,266	,075	,330*	,211	,150	,181
	Sig. (bilatérale)	,005	,652	,780	,263	,794	,273	,373	,044	,096	,776	,057	,599	,017	,133	,289	,199
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

### حساب معامل ارتباط أبعاد مقياس السلوك الصحي بالدرجة الكلية

Correlations						
		الدرجة الكلية	بعد العناية بالجسم	بعد العناية بالصحة العامة	بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير	البعد النفسي الاجتماعي
الدرجة الكلية	Pearson Correlation	1	.489**	.677**	.304*	.639**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.028	.000
	N	52	52	52	52	52
بعد العناية بالجسم	Pearson Correlation	.489**	1	.455**	-.230	-.032
	Sig. (2-tailed)	.000		.001	.102	.822
	N	52	52	52	52	52
بعد العناية بالصحة العامة	Pearson Correlation	.677**	.455**	1	-.087	.089
	Sig. (2-tailed)	.000	.001		.538	.531
	N	52	52	52	52	52
بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير	Pearson Correlation	.304*	-.230	-.087	1	.082
	Sig. (2-tailed)	.028	.102	.538		.563
	N	52	52	52	52	52
البعد النفسي الاجتماعي	Pearson Correlation	.639**	-.032	.089	.082	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.822	.531	.563	
	N	52	52	52	52	52

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

طريقة (2) نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس السلوك الصحي

## Group Statistics

	الطرفين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	الدنيا	17	148.2353	4.76353	1.15532
	العليا	17	180.2353	7.08457	1.71826

## Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الدرجات	Equal variances assumed	4.972	.033	-15.455	32	.000	-32.00000	2.07055	-36.21758	-27.78242
	Equal variances not assumed			-15.455	28.012	.000	-32.00000	2.07055	-36.24126	-27.75874

الثبات

(1) ثبات ألفا كرو نباخ لمقياس السلوك الصحي

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.738	45

(2) نتائج التجزئة النصفية لمقياس السلوك الصحي

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.594
		N of Items	23 <sup>a</sup>
	Part 2	Value	.550
		N of Items	22 <sup>b</sup>
Total N of Items			45
Correlation Between Forms			.621
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.767
	Unequal Length		.767



y24	Corrélation de Pearson	,428**	-,019	-,081	,149	,336*	1	-,144	,059	-,047
	Sig. (bilatérale)	,002	,892	,569	,290	,015		,310	,678	,740
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y30	Corrélation de Pearson	,156	-,008	-,114	,201	-,057	-,144	1	-,103	-,123
	Sig. (bilatérale)	,269	,954	,422	,153	,688	,310		,467	,384
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y45	Corrélation de Pearson	,274*	-,231	-,020	,121	,060	,059	-,103	1	-,266
	Sig. (bilatérale)	,049	,100	,886	,392	,671	,678	,467		,057
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y51	Corrélation de Pearson	,399**	,392**	,411**	,008	,195	-,047	-,123	-,266	1
	Sig. (bilatérale)	,003	,004	,002	,954	,166	,740	,384	,057	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).										
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).										

		بعد الرضا عن الحياة	y2	y8	y14	y20	y25	y31	y36	y41	y46	y52
بعد الرضا عن الحياة	Corrélation de Pearson	1	,439**	,604**	,511**	,420**	,347*	,317*	,538**	,209	,266	,535**
	Sig. (bilatérale)		,001	,000	,000	,002	,012	,022	,000	,137	,057	,000
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y2	Corrélation de Pearson	,439**	1	,457**	,222	,001	,285*	-,128	,416**	-,115	-,184	,005
	Sig. (bilatérale)	,001		,001	,114	,993	,040	,365	,002	,418	,190	,973
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y8	Corrélation de Pearson	,604**	,457**	1	,230	,325*	,003	,109	,424**	-,145	-,074	,352*
	Sig. (bilatérale)	,000	,001		,101	,019	,986	,440	,002	,304	,602	,010

	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y14	Corrélation de Pearson	,511**	,222	,230	1	,189	,179	-,097	,122	-,108	,027	,388**
	Sig. (bilatérale)	,000	,114	,101		,181	,204	,494	,388	,446	,848	,005
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y20	Corrélation de Pearson	,420**	,001	,325*	,189	1	-,246	,073	,114	,031	-,032	,440**
	Sig. (bilatérale)	,002	,993	,019	,181		,078	,606	,422	,825	,824	,001
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y25	Corrélation de Pearson	,347*	,285*	,003	,179	-,246	1	-,190	,065	,228	-,120	,003
	Sig. (bilatérale)	,012	,040	,986	,204	,078		,178	,645	,104	,396	,981
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y31	Corrélation de Pearson	,317*	-,128	,109	-,097	,073	-,190	1	,160	-,036	,368**	,058
	Sig. (bilatérale)	,022	,365	,440	,494	,606	,178		,257	,799	,007	,681
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y36	Corrélation de Pearson	,538**	,416**	,424**	,122	,114	,065	,160	1	-,222	,198	,148
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,002	,388	,422	,645	,257		,114	,160	,294
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y41	Corrélation de Pearson	,209	-,115	-,145	-,108	,031	,228	-,036	-,222	1	,000	-,075
	Sig. (bilatérale)	,137	,418	,304	,446	,825	,104	,799	,114		1,000	,599
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y46	Corrélation de Pearson	,266	-,184	-,074	,027	-,032	-,120	,368**	,198	,000	1	,000
	Sig. (bilatérale)	,057	,190	,602	,848	,824	,396	,007	,160	1,000		1,000
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y52	Corrélation de Pearson	,535**	,005	,352*	,388**	,440**	,003	,058	,148	-,075	,000	1

Sig. (bilatérale)	,000	,973	,010	,005	,001	,981	,681	,294	,599	1,000	
N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations												
		بعد العلاقات الأسرية و الاجتماعية	y3	y9	y15	y21	y26	y32	y37	y47	y53	
بعد العلاقات الأسرية والاجتماعية	Corrélation de Pearson	1	,501**	,454**	,447**	,368**	,388**	,515**	,455**	,169	,444**	
	Sig. (bilatérale)		,000	,001	,001	,007	,004	,000	,001	,230	,001	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
y3	Corrélation de Pearson	,501**	1	,037	,192	,141	,037	-,047	,205	,131	,021	
	Sig. (bilatérale)	,000		,796	,173	,318	,797	,739	,144	,355	,881	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
y9	Corrélation de Pearson	,454**	,037	1	,259	-,192	,370**	,284*	,236	-,241	,216	
	Sig. (bilatérale)	,001	,796		,064	,174	,007	,042	,093	,085	,125	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
y15	Corrélation de Pearson	,447**	,192	,259	1	-,146	,198	,290*	,126	,057	,051	
	Sig. (bilatérale)	,001	,173	,064		,300	,160	,037	,374	,686	,719	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
y21	Corrélation de Pearson	,368**	,141	-,192	-,146	1	-,250	-,033	-,034	,455**	,064	
	Sig. (bilatérale)	,007	,318	,174	,300		,074	,814	,813	,001	,650	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
y26	Corrélation de Pearson	,388**	,037	,370**	,198	-,250	1	,207	,231	-,274*	,265	
	Sig. (bilatérale)	,004	,797	,007	,160	,074		,140	,099	,050	,058	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	
y32	Corrélation de Pearson	,515**	-,047	,284*	,290*	-,033	,207	1	,172	-,170	,249	
	Sig. (bilatérale)	,000	,739	,042	,037	,814	,140		,223	,227	,075	



y22	Corrélation de Pearson	,481**	-,099	,069	,285*	1	-,192	-,520**	,242	-,158	,484**	,375**
	Sig. (bilatérale)	,000	,484	,629	,040		,172	,000	,085	,264	,000	,006
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y27	Corrélation de Pearson	-,036	-,189	,089	-,393**	-,192	1	,356**	-,360**	,203	-,254	-,365**
	Sig. (bilatérale)	,802	,179	,528	,004	,172		,010	,009	,150	,069	,008
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y33	Corrélation de Pearson	-,030	-,039	-,222	-,222	-,520**	,356**	1	-,095	,193	-,280*	-,215
	Sig. (bilatérale)	,831	,785	,113	,113	,000	,010		,504	,170	,045	,125
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y38	Corrélation de Pearson	,515**	,366**	,104	,190	,242	-,360**	-,095	1	-,305*	,412**	,111
	Sig. (bilatérale)	,000	,008	,463	,177	,085	,009	,504		,028	,002	,434
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y42	Corrélation de Pearson	,289*	-,048	,154	-,031	-,158	,203	,193	-,305*	1	-,108	,125
	Sig. (bilatérale)	,038	,734	,276	,828	,264	,150	,170	,028		,444	,376
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y48	Corrélation de Pearson	,617**	,286*	,098	,112	,484**	-,254	-,280*	,412**	-,108	1	,250
	Sig. (bilatérale)	,000	,040	,490	,430	,000	,069	,045	,002	,444		,074
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y54	Corrélation de Pearson	,482**	-,007	-,012	,269	,375**	-,365**	-,215	,111	,125	,250	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,962	,932	,054	,006	,008	,125	,434	,376	,074	
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).												
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).												

Corrélations											
		بعد النجاح الأكاديمي	y5	y11	17	y28	y34	y39	y43	y49	y55
بعد النجاح الأكاديمي	Corrélation de Pearson	1	,648**	,594**	,603**	,128	,270	,634**	,321*	,588**	,494**

	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,365	,053	,000	,020	,000	,000
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y5	Corrélation de Pearson	,648**	1	,247	,253	-,112	,120	,261	,066	,662**	,208
	Sig. (bilatérale)	,000		,077	,071	,431	,397	,062	,643	,000	,139
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y11	Corrélation de Pearson	,594**	,247	1	,298*	-,332*	,021	,510**	,377**	,321*	,179
	Sig. (bilatérale)	,000	,077		,032	,016	,881	,000	,006	,021	,204
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
17	Corrélation de Pearson	,603**	,253	,298*	1	,039	,006	,538**	,083	,181	,192
	Sig. (bilatérale)	,000	,071	,032		,784	,968	,000	,557	,200	,173
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y28	Corrélation de Pearson	,128	-,112	-,332*	,039	1	,428**	-,255	-,238	-,221	,094
	Sig. (bilatérale)	,365	,431	,016	,784		,002	,068	,089	,115	,506
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y34	Corrélation de Pearson	,270	,120	,021	,006	,428**	1	-,075	-,302*	-,130	,024
	Sig. (bilatérale)	,053	,397	,881	,968	,002		,595	,030	,357	,866
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y39	Corrélation de Pearson	,634**	,261	,510**	,538**	-,255	-,075	1	,132	,299*	,371**
	Sig. (bilatérale)	,000	,062	,000	,000	,068	,595		,351	,031	,007
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y43	Corrélation de Pearson	,321*	,066	,377**	,083	-,238	-,302*	,132	1	,269	,100
	Sig. (bilatérale)	,020	,643	,006	,557	,089	,030	,351		,054	,479
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y49	Corrélation de Pearson	,588**	,662**	,321*	,181	-,221	-,130	,299*	,269	1	,084
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,021	,200	,115	,357	,031	,054		,556
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
y55	Corrélation de Pearson	,494**	,208	,179	,192	,094	,024	,371**	,100	,084	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,139	,204	,173	,506	,866	,007	,479	,556	





	N	52	52	52	52	52	52	52
بعد الصحة العامة	Pearson Correlation	.683**	1	.246	.413**	.486**	.416**	.397**
	Sig. (2-tailed)	.000		.078	.002	.000	.002	.004
	N	52	52	52	52	52	52	52
بعد الرضا عن الحياة	Pearson Correlation	.589**	.246	1	.288*	.350*	.472**	.245
	Sig. (2-tailed)	.000	.078		.038	.011	.000	.080
	N	52	52	52	52	52	52	52
بعد العلاقات الأسرية و الاجتماعية	Pearson Correlation	.743**	.413**	.288*	1	.594**	.471**	.484**
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.038		.000	.000	.000
	N	52	52	52	52	52	52	52
بعد الصحة النفسية	Pearson Correlation	.739**	.486**	.350*	.594**	1	.410**	.419**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.011	.000		.003	.002
	N	52	52	52	52	52	52	52
بعد النجاح الأكاديمي	Pearson Correlation	.778**	.416**	.472**	.471**	.410**	1	.498**
	Sig. (2-tailed)	.000	.002	.000	.000	.003		.000
	N	52	52	52	52	52	52	52
بعد شغل أوقات الفراغ	Pearson Correlation	.746**	.397**	.245	.484**	.419**	.498**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.004	.080	.000	.002	.000	
	N	52	52	52	52	52	52	52
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).								

طريقة (2) نتائج حساب الصدق التمييزي لمقياس جودة الحياة

Group Statistics					
	الطرفين	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
الدرجات	الذنيا	17	181.7647	10.40751	2.52419
	العليا	17	219.3529	9.17157	2.22443

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
الدرجات	Equal variances assumed	1.676	.205	-11.172	32	.000	-37.58824	3.36447	-44.44143	-30.73504
	Equal variances not assumed			-11.172	31.502	.000	-37.58824	3.36447	-44.44568	-30.73079

الثبات مقياس جودة الحياة بطريقتين:

(1) نتائج حساب ألف كرو نباخ

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
.817	56

(2) الطريقة الثانية التجزئة النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	.692
		N of Items	28 <sup>a</sup>
	Part 2	Value	.673
		N of Items	28 <sup>b</sup>
Total N of Items			56
Correlation Between Forms			.730
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		.844
	Unequal Length		.844
Guttman Split-Half Coefficient			.843
a. The items are: الفردية			
b. The items are: الزوجية			

الملاحق رقم (7) يوضح نتائج مستوى السلوك الصحي

Statistics						
		الصحي السلوك	بعد العناية بالجسم	بعد العناية بالصحة العامة	بعد التعامل مع الادوية والعقاقير	البعد النفسي الاجتماعي
N	Valid	300	300	300	300	300
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		3.4760	2.8583	3.1003	3.7363	4.2092
Std. Deviation		.48467	.82570	.69214	.84115	.56879

الملحق رقم (8) يوضح نتائج مستوى جودة الحياة

Statistics								
		جودة الحياة	بعد الصحة العامة	بعد الرضا عن الحياة	بعد العلاقات الاسرية والاجتماعية	بعد الصحة النفسية	بعد النجاح الأكاديمي	بعد شغل أوقات الفراغ
N	Valid	300	300	300	300	300	300	300
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		3.5729	3.3276	3.7417	4.0038	3.6162	3.4971	3.2511
Std. Deviation		.40801	.54327	.58024	.53322	.56000	.60895	.53398

الملحق رقم (9) يوضح نتائج ارتباط أبعاد السلوك الصحي بدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة

Correlations			
		بعد العناية بالجسم	الدرجة الكلية جودة الحياة
بعد العناية بالجسم	Pearson Correlation	1	.279**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	300	300
الدرجة الكلية جودة الحياة	Pearson Correlation	.279**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	300	300

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Correlations

		بعد العناية بالصحة العامة	الدرجة الكلية جودة الحياة
بعد العناية بالصحة العامة	Pearson Correlation	1	.415**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	300	300
الدرجة الكلية جودة الحياة	Pearson Correlation	.415**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	300	300

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations			
		بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير	الدرجة الكلية جودة الحياة
بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير	Pearson Correlation	1	.286**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	300	300
الدرجة الكلية جودة الحياة	Pearson Correlation	.286**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	300	300

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Correlations			
		البعد النفسي الاجتماعي	الدرجة الكلية جودة الحياة
البعد النفسي الاجتماعي	Pearson Correlation	1	.581**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	300	300
الدرجة الكلية جودة الحياة	Pearson Correlation	.581**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	
	N	300	300

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملاحق رقم (10) يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون لمقياس السلوك الصحي مع مقياس جودة الحياة

Correlations			
		الدرجة الكلية جودة الحياة	الدرجة الكلية السلوك الصحي
Pearson Correlation	الدرجة الكلية جودة الحياة	1.000	.608
	الدرجة الكلية السلوك الصحي	.608	1.000
Sig. (1-tailed)	الدرجة الكلية جودة الحياة	.	.000
	الدرجة الكلية السلوك الصحي	.000	.
N	الدرجة الكلية جودة الحياة	300	300
	الدرجة الكلية السلوك الصحي	300	300

الملحق رقم (11) يوضح نتائج التحقق من القدرة التنبؤية للسلوك الحصى على جودة الحياة وفق معادلة الانحدار الخطي البسيط.

Model Summary <sup>b</sup>				
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.608 <sup>a</sup>	.370	.367	14.918
a. Predictors: (Constant), الدرجة الكلية السلوك الصحي				
b. Dependent Variable: الدرجة الكلية جودة الحياة				

ANOVA <sup>a</sup>						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	38878.856	1	38878.856	174.704	.000 <sup>b</sup>
	Residual	66317.314	298	222.541		
	Total	105196.170	299			
a. Dependent Variable: الدرجة الكلية جودة الحياة						
b. Predictors: (Constant), الدرجة الكلية السلوك الصحي						

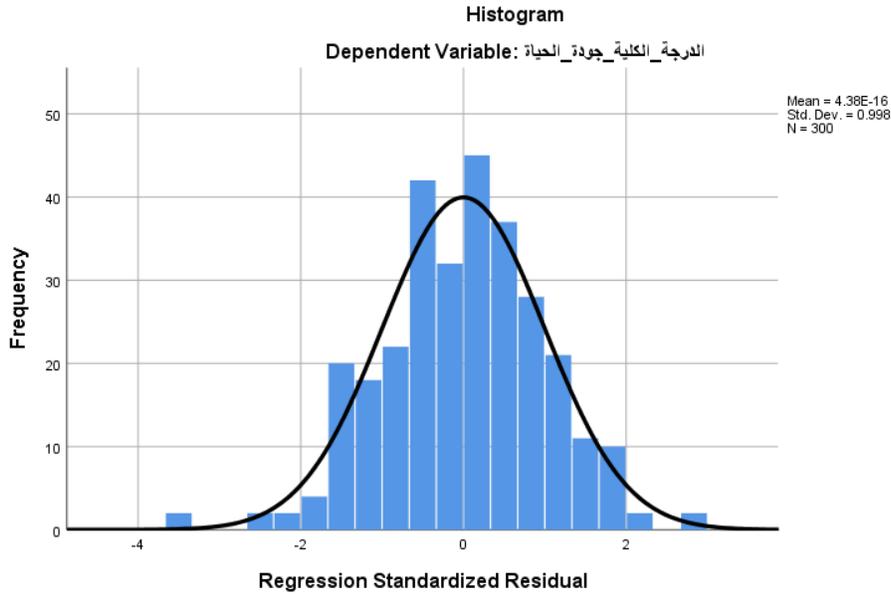
Coefficients <sup>a</sup>						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	76.757	6.680		11.491	.000
	الدرجة الكلية السلوك الصحي	.568	.043	.608	13.218	.000

a. Dependent Variable: الدرجة الكلية جودة الحياة

Residuals Statistics <sup>a</sup>					
	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	130.69	190.88	164.31	11.403	300
Residual	-52.914	44.137	.000	14.893	300
Std. Predicted Value	-2.948	2.330	.000	1.000	300
Std. Residual	-3.547	2.959	.000	.998	300

a. Dependent Variable: الدرجة الكلية جودة الحياة

التوزيع البياني



مخطط التشتت لدرجة الكلية لجودة الحياة

