

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية



جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



جامعة محمد بوضياف - المسيلة  
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

رقم التسجيل: D.PS/3C/01/17

الموضوع:

## السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى المرضى -دراسة ميدانية بمستشفى الزهراوي-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس

تخصص علم النفس الصحة

إعداد الطالبة:

- عرعار غنية

تاريخ المناقشة: 2021/07/17

أعضاء لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	الرتبة	أعضاء اللجنة
رئيسا	محمد بوضياف المسيلة	أستاذ	إسماعيلي يامنة
مشرفا ومقررا	محمد بوضياف المسيلة	أستاذ محاضر "أ"	بوضياف نوال
عضوا مناقشا	محمد بوضياف المسيلة	أستاذ محاضر "أ"	بوجلال سهيلة
عضوا مناقشا	محمد بوضياف المسيلة	أستاذ محاضر "أ"	شريقي حليلة
عضوا مناقشا	محمد العربي بن مهدي أم البواقي	أستاذ	بخوش وليد
عضوا مناقشا	محمد الشريف مساعدي سوق أهراس	أستاذ محاضر "أ"	مرزوقي سمير

السنة الجامعية: 2020-2021م



# شكر وعرفان

الحمد لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه الذي بذكره تطمئن القلوب  
وبرحمته تغفر الذنوب وبعفوه تستتر العيوب، سدد الخطى وشرح الصدر ويسر  
الأمر، ومن عليا بالصبر وألبسني ثوب الصحة والعافية فله الحمد حمدا كثيرا  
مباركا فيه ملء السموات والأرض وملء ما بينهما نحمده ونستعين به، وأصلي وأسلم  
على خير خلقه المبعوث رحمة للعالمين نبينا محمد ﷺ، وتطبيقا للتوجيه النبوي قول  
الرسول ﷺ "من لا يشكر الناس لا يشكر الله" وعرفانا مني بالجميل أتقدم بالشكر  
والامتنان إلى الدكتورة بوضياف نوال التي تشرفت بقبولها الإشراف على هذا البحث،  
فكان عطاؤها بلا حدود، وبما تحلت به من رحابة الصدر وسماحة القلب، كما  
يسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير إلى الدكتورة اسماعيلي يامنة والدكتورة سامية  
بورنان والدكتور غمراس عبد المالك والدكتور لحسن ذبيحي والأستاذ عزي زهير، كما  
لا يفوتني أن أتقدم بالشكر ووافر الامتنان للدكتور حبيب الجابري و الدكتور سرمد  
الخرجي، والأستاذة أحلام الرهاوي وضحي اليساري والدكتورة براح نعيمة لما قدموه  
لي من دعم ومساندة، فلم يبخلوا عليا لا بوقتهم ولا بجهدهم فكان عطاؤهم بلا  
حدود فجزاهم الله خير الجزاء، وكل من ساعدني من قريب أو بعيد، لكل هؤلاء أقول  
شكرا ودمتم في خدمة العلم.

# داود

إلى من كانت لي أما وأبا وكل شيء في هذه الحياة والدتي حفظها الله.  
إلى والدي رحمه الله وأسكنه جنة الفردوس النواري.  
إلى من نبض لها القلب حبا أختي الوحيدة نورة.  
إلى تلك الرياحين التي تفوح عطر المحبة: أيمن، عبير، محمد الأمين.  
إلى من كانا سنداً ودعماً لي في هذه الحياة بعد الله عز وجل أخوأي: سليم، فريد.  
إلى زوج أختي: علي.

إلى من أهدتني الحياة خلال مشواري الدراسي ريمة لعماري، صبرينة عمي علي، سناء  
جلولي.

إلى أجمل هدايا القدر: ياسمين الشام حنان، جوهرة المغرب نادية، رياحين غزة  
الصمود ألاء الحواجري، وفاء رائد، لؤلؤة قالملة نجاة، نشيده، أسماء  
إلى صديقات العمر من عشت معهم أجمل اللحظات فكسبت أخوات للعمر كله:  
نصيرة، نسيمة، نبيلة، نادية، سارة، شهرزاد، بدره، أمال  
إلى كل من يسكن القلب ولم تتسع الأوراق لذكرهم أهدي عملي المتواضع.

# ملخص الدراسة

الملخص باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة، وإلى التعرف على مستوى كل من السلوك الصحي وجودة الحياة، إلى جانب التعرف على الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة، تكونت عينة البحث من (100) ممرض وممرضة تم اختيارهم بالطريقة العشوائية البسيطة، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة كل من مقياس السلوك الصحي للصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور (2011)، ومقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية تعريب بشرى إسماعيل (2008)، باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي وبعد المعالجة الإحصائية عن طريق برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية تم التوصل إلى 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.

**الكلمات المفتاحية:** السلوك الصحي، جودة الحياة، الممرضين.

الملخص باللغة الفرنسية:

**Résumé:**

La présente étude visait à identifier la nature de la relation entre le comportement sain et la qualité de vie chez les infirmiers travaillant à l'hôpital Al Zahrawi de la ville de M'sila, à connaître le niveau à la fois du comportement sain et de la qualité de vie, outre l'identification des différences entre les sexes dans les variables de l'étude. L'échantillon de recherche était composé de (100) infirmières et infirmiers, qui ont été sélectionnés par la méthode aléatoire simple. Pour atteindre les objectifs de la recherche, le chercheur a utilisé à la fois l'échelle du comportement sain de SAMADI Abdelmadjid et SAMADI Abdelghafour (2011) et l'échelle de qualité de vie établie par l'Organisation Mondiale de la Santé, Arabisée par Bouchra Ismail (2008) et ce, en utilisant méthode descriptive. Après traitement statistique par le programme du paquet statistique pour les sciences sociales (SPSS), les résultats suivants ont été atteints :

- Le niveau de comportement sain chez les infirmiers travaillant à l'hôpital Al Zahrawi est moyen.
- La qualité de vie chez les infirmiers travaillant à l'hôpital Al Zahrawi est élevée.
- Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les scores moyens des infirmiers travaillant à l'hôpital Al Zahrawi sur l'échelle du comportement sain en raison de la variable du sexe.
- Il n'existe pas de différences statistiquement significatives entre les scores moyens des infirmiers travaillant à l'hôpital Al Zahrawi sur l'échelle de qualité de vie en raison de la variable du sexe.
- Il existe une relation statistiquement significative entre le comportement sain et la qualité de vie des infirmiers travaillant à l'hôpital Al Zahrawi.

**Mots clés :** comportement sain, qualité de vie, infirmiers.

## الملخص باللغة الإنجليزية:

### Summary:

The present study aimed to identify the nature of the relationship between healthy behavior and quality of life among nurses working at Al Zahrawi Hospital in M'sila city, to know the level of both healthy behavior and quality of life, in addition to identifying gender differences in study variables. The research sample consisted of (100) male and female nurses, who were selected by the simple random method. To achieve the research objectives, the researcher used both the healthy behavior scale of SAMADI Abdelmadjid and SAMADI Abdelghafour (2011) and the quality of life scale established by the World Health Organization, Arabized by Bouchra Ismail (2008), using the descriptive approach. After statistical processing by the statistical package program for the social sciences (SPSS), the following results were achieved:

- The level of healthy behavior among nurses working at Al Zahrawi Hospital is average.
- The quality of life among nurses working at Al Zahrawi Hospital is high.
- There are no statistically significant differences between the mean scores of nurses working at Al Zahrawi Hospital on the Healthy Behavior Scale due to the gender variable.
- There are no statistically significant differences between the mean scores of nurses working at Al Zahrawi Hospital on the quality of life scale due to the sex variable.
- There is a statistically significant relationship between healthy behavior and the quality of life of nurses working at Al Zahrawi Hospital.

**Keywords:** healthy behavior, quality of life, nurses.

# فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر و عرفان
	إهداء
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
أ-د	المقدمة
	الفصل الأول الإطار العام للدراسة
08	1- إشكالية الدراسة
14	2- أهمية الدراسة
15	3- أهداف الدراسة
15	4- تحديد المفاهيم الإجرائية
16	5- الدراسات السابقة
27	5-1- التعليق على الدراسات السابقة
32	6- فرضيات الدراسة
	الفصل الثاني السلوك الصحي
34	تمهيد
35	أولاً: الصحة والمرض
35	أ/ تعريف الصحة
37	ب/ تعريف المرض

41	ثانيا: السلوك الصحي
41	1- تعريف السلوك الصحي
44	2- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي
49	3- النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي
69	4- أنماط السلوك الصحي
82	5- تغيير السلوكات الغير الصحية
85	6- السلوكات الصحية وجودة الحياة
88	خلاصة
<b>الفصل الثالث</b> <b>جودة الحياة</b>	
90	تمهيد
91	1- مفهوم جودة الحياة
99	2- تعريف جودة الحياة
105	3- أبعاد جودة الحياة
117	4- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة
128	5-مجالات جودة الحياة
131	6- مقومات جودة الحياة
133	7- قياس جودة الحياة
142	خلاصة
<b>الفصل الرابع</b> <b>الإجراءات الميدانية للدراسة</b>	
144	تمهيد.

145	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
145	1- إجراءات الدراسة الاستطلاعية
146	2- نتائج الدراسة الاستطلاعية
146	ثانياً: الدراسة الأساسية
146	1- منهج الدراسة
147	2- مجتمع وعينة الدراسة
149	3- حدود الدراسة
150	4- أدوات الدراسة
150	1-4 مقياس السلوك الصحي
157	2-4 مقياس جودة الحياة
163	5- أساليب المعالجة الإحصائية
164	خلاصة.
<b>الفصل الخامس</b>	
<b>عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة</b>	
166	تمهيد
167	1- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة
168	2- عرض وتحليل نتائج الدراسة.
168	1-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى
169	2-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية
170	3-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
172	4-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
173	2- 5 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة

## فهرس المحتويات:

174	3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة
184	النتائج المتوصل إليها
185	- التوصيات والاقتراحات
187	خاتمة
190	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح المفاهيم الثابتة في نموذج المعتقدات المتعلقة بالصحة وتطبيقاتها	51
02	يوضح أبعاد ومجالات جودة الحياة.	108
03	يبين خصائص عينة المجتمع الأصلي حسب متغير الجنس.	147
04	يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	148
05	يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.	149
06	يبين أبعاد مقياس السلوك الصحي.	151
07	يبين معامل ارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه لمقياس السلوك الصحي.	153
08	يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي وأبعاده الفرعية.	154
09	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس السلوك الصحي.	155
10	يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي.	156
11	يوضح ثبات مقياس السلوك الصحي عن طريق التجزئة النصفية.	157
12	يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة المختصر.	157
13	يوضح درجات فقرات مقياس جودة الحياة المختصر.	158
14	يوضح معامل الارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه لمقياس جودة الحياة المختصر.	160
15	يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية لمقياس جودة الحياة وأبعاده الفرعية.	161
16	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة المختصر.	161
17	يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المختصر.	162

162	يوضح ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق التجزئة النصفية.	18
167	يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرين محل الدراسة.	19
169	يوضح مستوى السلوك الصحي.	20
170	يوضح مستوى جودة الحياة.	21
171	يوضح نتائج اختبار ت ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الجنسين في السلوك الصحي.	22
172	يوضح نتائج اختبار ت ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الجنسين في جودة الحياة.	23
173	يوضح مصفوفة معامل الارتباط بين مقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة.	24

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
41	شكل يوضح السلسلة المتصلة لدرجات الصحة	01
52	شكل يوضح نموذج المعتقدات الصحية	02
57	شكل يوضح نموذج نظرية السلوك المخطط	03
59	شكل يوضح نموذج مراحل التغيير	04
61	شكل يوضح نموذج نظرية الدافع إلى الحماية	05
64	شكل يوضح نموذج التربية الصحية	06
66	شكل يوضح نموذج دولي وشنايدر	07
85	شكل يوضح كيفية تغيير السلوك الغير صحي	08
104	شكل يوضح تعريف جودة الحياة حسب الباحثة	09
117	شكل يوضح نموذج ستلز وونز	10
119	شكل يوضح جودة الحياة حسب نموذج كوستانزا وآخرون	11
124	شكل يوضح جودة الحياة حسب النظرية التكاملية	12
126	شكل يوضح نموذج أبو سريع وآخرون	13
147	شكل يوضح خصائص المجتمع الأصلي حسب متغير الجنس	14
148	شكل يوضح توزيع أفراد العينة الإستطلاعية تبعا لمتغير الجنس	15
149	شكل يوضح خصائص العينة الأساسية حسب متغير الجنس	16
168	شكل يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات متغير جودة الحياة.	17
168	شكل يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات متغير السلوك الصحي.	18

# مقدمة

يمثل الممرضين ركنا أساسيا في النظام الصحي، كما يمثلون العدد الأكبر من موظفي وزارة الصحة ومن المعروف أن العمل في القطاع الصحي خاصة المستشفيات يشكل بيئة عمل مرهقة، إذ تعد مهنة التمريض واحدة من مهن الصحة التي تهتم بالعناية بالأفراد والأسر والمجتمع ومن المهن التي تتضمن الكثير من المشقة والضغوطات لكثرة المواقف الضاغطة إضافة للمسؤولية الملقاة على عاتق الممرضين والمتمثلة في التكفل بأرواح بشرية تحتاج رعايتهم، لذا الصحة النفسية والجسدية للممرضين تلعب دورا هاما في قيامهم بأدوارهم والتكفل بمرضاهم والعناية بهم، وقد ثبت أن تبني أنماط سلوكية صحية تنعكس إيجابا على صحتهم، وللسلوك الصحي أهمية كبيرة ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسمية وحسب وإنما الجوانب النفسية أيضا فهي تؤثر على حياتهم وإنتاجهم إلى حد كبير، حيث تعتبر مشكلة السلوك الصحي بشكل عام أحد المشكلات الاجتماعية لتأثيرها على سلامة المجتمع، فالأسلوب الذي يعتمده الإنسان والعادات التي يمارسها تعد من المتغيرات المؤثرة على صحته سواء الجسدية أو النفسية، فحدوث الكثير من الأمراض والمشكلات الصحية يرجع سببها إلى السلوك الغير الصحي الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية وتبني عادات خاطئة.

وقد حظي موضوع السلوك الصحي باهتمام الباحثين لما له من تأثير على جوانب شخصية الفرد المختلفة وأسلوب حياته ودرجة اعتلاله النفسي والجسدي، كما أن الأفراد يختلفون بشكل متباين في السلوكيات الصحية وقد ترجع هذه الاختلافات إلى القناعة الصحية التي ترتبط مع المتغيرات الاجتماعية والفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة يؤدي إلى حدوث تحولات كبيرة في مستوى إدراك الأفراد إلى أهمية الاهتمام بالسلوك الصحي لديهم والذي يساهم في القيام بممارسات سلوكية معززة للصحة.



وللتقافة الصحية والتوعية الصحية دور فعال في تغيير اتجاهات الأفراد ونمط تفكيرهم حول المشكلات الصحية التي تعترضهم ومحاولتهم تغيير السلوكات السلبية التي تساهم في تفاقم المرض واعتلال الصحة.

وتلعب الأسرة والمحيط ووسائل الإعلام دورا كبيرا في التوعية الصحية وتغيير اتجاهات الأفراد وتصوراتهم حول الصحة والمرض، فالكثير من الأشخاص يمارسون سلوكيات صحية فقط عند المرض أو لتجنب الإصابة بالعديد من الأمراض وهي إجراءات موقفية سرعان ما يعود الأشخاص لتلك العادات السلبية كالتدخين والأكل الغير صحي والسهر التي كانوا يمارسونها في السابق.

إن دراسة وفهم السلوكيات المعززة للصحة هي الخطوة الأولى نحو الابتعاد عن المخاطر الكبيرة الناتجة عن عدم الاهتمام بها، ومحاولة تعديل أنماط هذا السلوك الأمر الذي يجنب الأفراد العادات الصحية الغير جيدة التي تسهم في الأذى الصحي وتعرضهم لمشاكل صحية متعددة، كما يسهم في شعورهم بالسعادة والرضا وتعزيز جودة حياتهم.

ويعد مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي نالت اهتماما كبيرا في العلوم الطبيعية والإنسانية وهو مفهوم يتضمن الكثير من المكونات الاجتماعية والنفسية ويندرج تحتها كل عناصر الصحة النفسية الايجابية، وقد تعددت استخداماته فهو أحيانا يستخدم للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات الاجتماعية والمادية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم في أحيان أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرتهم على إشباع حاجاتهم، وجودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والشعور بالرضا والسعادة، فجودة الحياة مفهوم يهتم بمشاعر الفرد وهذه المشاعر سواء كانت ايجابية أو سلبية فهي مرتبطة بمدى قدرة الفرد على إشباع حاجاته في جميع المجالات وكذا تحقيق أهدافه بالاعتماد على إمكانياته في ظل بيئة يسعى للتكيف والتوافق مع متطلباتها.

لهذا أصبح متغير جودة الحياة من أكثر المتغيرات تناولا في الفترة الأخيرة من خلال تحقيق التوافق والسعادة والرضا والهناء الشخصي لدى الأفراد وبالتالي الصحة النفسية خاصة في ضوء ما يتعرض له الأفراد من مشكلات قد تعيق طموحاتهم نتيجة التغيرات التي طرأت على النواحي الاجتماعية والأسرية والاقتصادية، وبالتالي فإن جودة الحياة تتأثر بالعديد من العوامل التي تجعل الفرد لا يشعر بالرفاهية النفسية والرضا وحسن الحال كالضغوطات النفسية وممارسة بعض السلوكيات الغير صحية والتي ترتبط بانتشار العديد من الأمراض المزمنة كأمراض القلب والسكري وضغط الدم، إضافة إلى الصراعات الداخلية التي تعيق قيامه بأدواره وتحقيق أهدافه وقدرته على إشباع حاجاته دون أن يغفل دور الحروب فهي تؤثر بالسلب على جودة حياة الإنسان حيث تمتد آثارها ونتائجها إلى أجيال وأجيال.

وفي ضوء ما تقدم جاءت الدراسة الحالية للكشف عن العلاقة الموجودة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المرضى، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على الخطة المنهجية التالية:

- **الفصل الأول:** فصل تمهيدي يضم إشكالية الدراسة وفرضياتها وأهميتها، أهدافها، تحديد مصطلحات الدراسة، الدراسات السابقة مع تعليق عام عليها.
- **الفصل الثاني:** تم التطرق إلى مفهوم الصحة والمرض، مفهوم السلوك الصحي، العوامل المؤثرة في السلوك الصحي، النظريات المفسرة للسلوك الصحي، أنماط السلوك الصحي، تغيير السلوكات الغير صحية، السلوكات الصحية وجودة الحياة.
- **الفصل الثالث:** تم التطرق فيه إلى مفهوم وتعريف جودة الحياة، التوجهات النظرية المفسرة لجودة الحياة، أبعاد جودة الحياة، مقومات جودة الحياة، قياس جودة الحياة.

- **الفصل الرابع:** خصص لإجراءات الدراسة الميدانية وتضمن الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية موضحا المنهج المتبع، العينة، أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية، والأساليب الاحصائية المعتمدة في الدراسة .
- **الفصل الخامس:** يتضمن عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث في ظل الدراسات السابقة والتراث النظري، متبوعا باستنتاج عام واقتراحات تتعلق بموضوع الدراسة.



# الفصل الأول

## الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- أهمية الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- تحديد المفاهيم الإجرائية.
- 5- الدراسات السابقة
- 6- فرضيات الدراسة

1- إشكالية الدراسة:

يساهم قطاع الصحة في تحسين نوعية الخدمات المقدمة للمرضى من خلال تقديم الخدمات العلاجية والطبية وأفضل الإمكانيات من الأطباء والممرضين والحرص على التقليل من مشكلة الوفاة المبكرة والبطء في تقديم خدمة العلاج، لهذا تعتبر مهنة التمريض من المهن السامية والإنسانية بسبب ارتباطها بصحة الإنسان والمحافظة على حياته وتخفيف معاناته حيث يلعب الممرضين والممرضات دورا مميّزا في العناية بالمرضى على مدار الساعة في المؤسسات الصحية المختلفة، مما تتطلب جهدا في مراقبة المرضى وتقديم الرعاية الصحية لهم والاهتمام بهم إضافة إلى البقاء المستمر وإلى فترات أطول والتعرض إلى حالات الطوارئ الشديدة ونظام المناوبات الليلية الذي يعزل الممرضين عن وتيرة الحياة الاجتماعية ويسبب لهم اضطرابات في النوم، إضافة إلى مشاعر الإحباط والقلق والغضب من ردود أفعال أقارب المريض أو مراقبه.

وتتعرض مهنة الطب والتمريض إلى معوقات تحول دون قيام الموظف بدوره بشكل فعال وتتضمن قدرا كبيرا من المشقة أو الضغوط لكثرة المواقف التي يجد فيها الممرض نفسه عاجز عن تقديم يد العون للمريض أو أقاربه، فقد أشار مارتن بول (2001) إلى أن الضغوط النفسية يمكنها أن تولد لدى الفرد الرغبة في القيام بسلوكيات تعويضية ومنها على سبيل المثال التدخين، الإدمان، تناول كميات كبيرة من الأطعمة غير النافعة، الامتناع عن تناول العلاج الطبيعي، التوقف عن التمارين النافعة للجسم، تناول المنشطات (أحمان وعبد الصمد، 2018، ص58)، كل هذه المواقف وممارسة الممرضين للعادات والسلوكيات الغير صحية تؤثر سلبا على صحتهم النفسية والجسدية وتجعلهم عرضة لمختلف الأمراض وتنعكس سلبا على أدائهم في العمل وحياتهم بشكل عام.

ويحتل السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية من حياة الفرد، ويعبر عن كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته كالغذاء الصحي والنشاط الرياضي والامتنال للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج

والابتعاد عن عوامل الخطر والسلوك الممرض، فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض، ومنع حدوثها كالسرطان وأمراض فقر الدم والأمراض المعدية، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة (نوار وزكري، 2016، ص87)، فالسلوك الصحي كغيره من السلوكيات يكتسبها الفرد من خلال الأسرة والبيئة التي يعيش فيها، إذ أن غياب ثقافة السلوك الصحي عند الممرضين تؤثر سلبا على حياتهم وتؤدي إلى الإصابة بالأمراض، فقد وجد الباحثان Beblo et Breslow بعد دراسة عينة من 7000 شخص في مقاطعة Alameda في كاليفورنيا أن هناك ست سلوكيات صحية تحافظ على صحة الإنسان وتعد من السلوكيات التعويضية وهي (تناول وجبات منتظمة ومفيدة، إفطار صباحي صحي، التمارين الرياضية، ساعات نوم كافية، الوزن المثالي، الامتناع عن التدخين والكحول) (الدغستاني والمفتي، دس، ص82)، وفي دراسة نشرت عام (1998) بمجلة Ital , cardiol بإيطاليا لاحظ الباحثون أن 83.9% من المصابين بجلطة قلبية كانوا من الشباب المدخنين و28% من هؤلاء الشباب كانوا مصابين بارتفاع الكوليسترول في الدم وقد تساءل الباحث إن كان الأمر متعلقا بأسلوب حياتنا أم لا (بن غذفة، 2007، ص2)، وقد كشفت إحدى الدراسات على عينة قوامها 2567 مريض على أن نوع الغذاء يسهم بنسب متباينة في حدوث بعض الأمراض، فيسهم في حدوث أمراض الجهاز الهضمي بنسبة 44.1% والأمراض الجلدية بنسبة 15.5%، وأمراض الجهاز الحركي والتهاب المفاصل بنسبة 6.8%، وأمراض الجهاز العصبي بنسبة 11.9%، والاضطرابات النفسية بنسبة 8.5% وأمراض الجهاز التنفسي بنسبة 10% (الحارثي، 2014، ص16)، كما أن السمنة تعتبر من نتائج السلوكيات الغير صحية والتي تعد ثاني الأسباب الرئيسية في الوفاة قبل الأوان في أمريكا بعد التدخين، وجاء في تقرير الدراسة التي أجريت على مليون أمريكي أن هناك علاقة بين السمنة وزيادة خطر الموت بأمراض القلب والسرطان (بن غذفة، 2007، ص43، 44)، حيث يرى تايلور أن إنقاص الوزن بنسبة 10% بين الأشخاص الذين

تتراوح أعمارهم بين (53-55) يمكن أن يؤدي إلى خفض نسبة الإصابة بأمراض القلب بنسبة 20%، كما يمكن أن يقلل من تلف الشرايين ومن سرطان المعدة والأمعاء والسكري والنوبات القلبية وإجمالاً ما نسبته 50% من الوفيات الناتجة عن الأسباب العشرة الرئيسية في الولايات المتحدة الأمريكية (تايلور، 2008، ص108)، كما أن سلوك قلة النشاط البدني يعزز كل أسباب الوفيات ويضاعف من خطر أمراض القلب والأوعية الدموية والسمنة والسكري، وزيادة خطر الإصابة بسرطان القولون وهشاشة العظام واضطرابات الدهون والاكنتاب والقلق، ويؤدي قلة النشاط البدني مع الإفراط في التدخين وعدم التوازن الغذائي إلى زيادة سريعة في الإصابة بأمراض عديدة مثل الأمراض الوعائية القلبية والسكري والسمنة، وتعتبر هذه الأمراض من أولى أسباب الوفيات في العالم بأسره (بهلول، 2009، ص44، 45).

تعد دراسة وفهم السلوكيات والعادات السلبية المضرة بالصحة والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي الخطوة الأولى نحو إيجاد آليات لتنمية الصحة وتطويرها والحفاظ على المجتمع من انتشار الأمراض والمشكلات الصحية، فالالتزام الأفراد عامة والمرضى خاصة بأنماط السلوك الصحي ينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية والجسدية وشعورهم بالسعادة والرضا، وضمن التفاعل بين السلوك الصحي وبعض المتغيرات فقد أشارت النتائج التي حصل عليها Abbey Andrews إلى أن الضغط والاكنتاب يرتبطان بقوة مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في حين مصدر الضبط الداخلي والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة (عدودة، 2015، 127).

ويعد مصطلح جودة الحياة ليس حديث الوجود، فقد ظهر أول استخدام لمصطلح جودة الحياة في الفلسفة الإغريقية حين ناقش أرسطو موضوع السعادة والترن وافتراض أرسطو أن السعادة مشتقة فعالية ونشاط الروح وبالتالي تحقق حياة سعيدة، وفي النصف الثاني من القرن العشرين بدأ الاهتمام بجودة الحياة كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي فأصبح مفهوم جودة الحياة كما يرى (Ring, 2007) من الأهداف الصحية للعديد من

المنظمات والحكومات فوضعت أمريكا شعارا بعنوان أشخاص أصحاء لعام (2010) وهذا لتحسين نوعية الحياة وتنمية التوقعات الإيجابية لدى الشعوب (براج، 2020، ص73).

وتظهر جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجاته الصحية والنفسية والرضا عن حياته العملية والقدرة على مقاومة الضغوط النفسية والاجتماعية، وبالتالي فإن جودة حياة الفرد تتأثر باختلاف الحاجات المشبعة وغير المشبعة، وتحقق من خلال قدرة الإنسان على أن يغير نظرتة للحياة أو يعدل عاداته وطرق تفكيره السلبية، وتعتبر جودة الحياة عن قناعة الفرد بما يملك من إمكانيات في ظل الواقع الذي يعيشه ومحاولته استثمار طاقاته في تحقيق أهدافه وقدرته على إقامة علاقات ايجابية مع الآخرين والتكيف الجيد مع التغيرات الحاصلة بالبيئة والمحيط الذي يعيش فيه، كما أن للمعتقدات الدينية أثر كبير على إدراك الفرد لجودة حياته من خلال الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره تجعل الفرد يشعر بالسعادة والرضا عن حياته مهما كانت الصعوبات التي تواجهه.

وقد أجريت العديد من الدراسات لتحديد مدى جودة الحياة لدى الجزائريين وشعورهم بالسعادة، فقد احتلت الجزائر المرتبة 13 عربيا في جودة الحياة، وكشف تقرير آخر " ميرسر" لقياس مستوى جودة الحياة في العالم عن ترتيب جديد لسنة 2012 احتلت فيه الجزائر المرتبة 178 عالميا(بوعيشة، 2014، ص32).

والحديث عن جودة الحياة والسلوك الصحي لدى الممرضين يقودنا للحديث عن أثر بعض العوامل كالجنس للشعور بجودة الحياة وتبني أنماط سلوكية صحية، حيث ترى(مرفت شوقي) أن الرجال يدخنون ويشربون الكحوليات أكثر من النساء مما يجعل الرجال أكثر قابلية للإصابة بالأمراض القلبية وبعض أنواع السرطانات، كما أن الذكور أعلى من الإناث في مستويات تعاطي العقاقير وتناول وجبات غير صحية ويمارسون القيادة الخطرة للسيارات أكثر من الإناث(شوقي، دس، ص166)، كما توصل Waldron (1995) إلى اختلاف السلوك الصحي حسب الجنس ضمن دراسة أجريت لمعرفة النسبة الجنسية لانتشار السلوكيات الخطرة على الصحة(نوار، 2014، ص221)، وتذهب نغم جمال

(2016) إلى القول أن الإناث أكثر شعورا بجودة الحياة وفي مقابل هذا الطرح أثبتت دراسة عبد الصمد (2020) ومحمد الحميدان (2019) عدم تأثر الأنماط السلوكية بالنوع الاجتماعي، بينما يرى جوان إسماعيل بكر (2011) وبرابح (2020) أن الشعور بجودة الحياة لا يتأثر بالجنس.

ومن جهة أخرى تطرقت العديد من الدراسات إلى تأثير السلوك الصحي على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد، فقد أكدت نتائج الدراسات وجود ارتباط دال بين السعادة والصحة وأن هذا الارتباط يتشكل من خلال أحد طريقتين أولا السعادة ترتبط بانخفاض الضغوطات على الشخص الأمر الذي يؤدي إلى كفاءة أداء جهاز المناعة وانخفاض عوامل الخطر للإصابة بالأمراض وبالتالي تحسن الحالة الصحية، والطريق الثاني للعلاقة الايجابية بين الشعور بالسعادة والحالة الصحية هو أسلوب الحياة الصحي يطور مع الوقت السلوك الصحي ويقلل عوامل الخطر للإصابة بالأمراض، وهناك علاقة إيجابية بين الحالة الايجابية النفسية مثل السعادة والرضا والسلوك الصحي، وقد أكدت نتائج الدراسات أن الشعور بالسعادة وحسن الحال يرتبط بانخفاض مستويات الكوليستيرول في الدم وكذلك ضغط الدم ومعدلات ضربات القلب، وفي دراسة أخرى تناولت العلاقة بين تحسن السلوك الصحي لدى مرضى القلب والشعور بالسعادة أشارت النتائج أن تحسين السلوك الصحي ترتب عليه رفع درجة الشعور بالسعادة وتحسن دال في الحالة الصحية (مصطفى، 2009، ص 107)، وقد تم دراسة العلاقة بين السمنة والاكتئاب من خلال عديد الدراسات وزيادة السمنة حيث يؤدي إلى العجز وانخفاض كفاءة جودة الحياة، وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة سلبية بين السمنة والشعور بالسعادة (مصطفى، 2009، ص 86)، بينما توصلت دراسة أجراها (Siahpush et al, 2008) أن الأشخاص السعداء والراضين عن حياتهم لديهم صحة أفضل ورضا أعلى عن حياتهم، كما كشفت دراسة فاراري وبراون وآخرون حول العلاقة بين السعادة ووقت الفراغ والسلوكيات المرتبطة بالصحة عن وجود علاقة جوهرية بين السعادة وكل من الوزن وممارسة الرياضة (عبد الخالق والنيال، 2019،

ص50،51)، كما وجد (ROCIO, 2002) أن هناك علاقة إيجابية بين السلوك الصحي الوقائي وبين الشعور بالسعادة وجودة الحياة، وأن المنبئ الأكبر للشعور بالسعادة وجودة الحياة هو السلوك الصحي الوقائي (مصطفى، 2009، ص105)، في حين أشارت دراسة محمد الحميدان (2019) إلى وجود علاقة عكسية بين السلوك الصحي والصحة النفسية والتي تعتبر من أبعاد ومقومات الشعور بجودة الحياة.

وبالنظر إلى علاقة الصحة وجودة الحياة نجد أن المرضى هم من يسجلون جودة حياة مرتبطة بالصحة منخفضة وهذا راجع لتأثير المرض على صحتهم النفسية والجسدية عكس الأصحاء فهم يظهرون جودة حياة في الغالب مرتفعة، لكن بالمقابل المرضى ذوي استراتيجيات فعالة لأساليب المواجهة من يتمتعون بالصلافة النفسية والدعم الاجتماعي يظهرون جودة حياة مرتفعة رغم المرض، وهذا يدل أن هناك عوامل تؤثر على جودة الحياة بغض النظر عن ممارستهم أو عدم ممارستهم للسلوكيات الصحية، الأمر الذي يقودنا للبحث في مدى ارتباط ممارسة السلوكيات الصحية بجودة الحياة.

ومما سبق تتضح ضرورة الكشف عن علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة وهذا ما سيسعى البحث إلى الوصول إليه، وذلك من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية:  
**التساؤل العام:**

هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي؟  
**- التساؤلات الفرعية:**

- \* ما مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي؟
- \* ما مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي؟
- \* هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي على مقياس السلوك الصحي والتي تعزى لمتغير الجنس؟

\* هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي على مقياس جودة الحياة والتي تعزى لمتغير الجنس؟

## 2- أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهمية بالغة من خلال علاقة متغيراتها بعينة الدراسة (الممرضين) وميدانها (مستشفى الزهراوي) وتتنوع هذه الأهمية إلى شقين:

### - الأهمية نظرية:

- قلة الدراسات العربية والمحلية التي تناولت علاقة السلوك الصحي بجودة الحياة في حدود علم الطالبة الباحثة.

- إبراز أهمية جودة الحياة لدى الممرضين بمختلف المستويات النفسية والصحية والاجتماعية والأسرية والتي تؤثر على حياتهم بشكل عام وأداءهم في العمل بشكل خاص.

- تناولها لمتغيرات تعتبر من أهم المتغيرات في مجال علم النفس الإيجابي الذي تزايد اهتمام الباحثين السيكولوجيين بهم في الفترة الأخيرة نظرا لما لهم من أهمية في تحسين حياة الفرد في جوانب حياته المختلفة.

- إبراز أهمية السلوكات الصحية في الوقاية من الأمراض والحفاظ على الصحة.

- أهمية الفئة المستهدفة حيث يحتاج لها المجتمع وكونها تعمل في مجال حساس وتحمل مسؤولية النهوض بالقطاع الصحي وتحسين الخدمات الصحية، أيضا هذه الفئة يكتسب من

خلالها المرضى السلوكيات الصحية السليمة عن طريق الرعاية الصحية وبالتالي بناء مجتمع يتمتع بصحة جسدية ونفسية جيدة تحت شعار نحو بيئة صحية آمنة.

### - الأهمية التطبيقية:

- تزويد الباحثين بإطار نظري حول السلوك الصحي وجودة الحياة.

- الوقوف على مستوى السلوك الصحي وأبعاده مما يساعد على إعداد الخطط الوقائية والتثقيفية لمختلف شرائح المجتمع.

- الوقوف على مستوى جودة الحياة مما يساعد على وضع تصور عام عن جودة حياة المرضى وبالتالي إعداد خطط لتحسين جودة حياة الأفراد.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في وضع برامج هادفة تسعى لتنمية السلوكيات الصحية للفئة المستهدفة وتعزيزها.
- لفت انتباه القائمين على القطاع الصحي إلى السلوك الصحي الذي يمارسه الممرضين للتعامل معه بأسلوب علمي.

### 3- أهداف الدراسة:

يمكن تحديد أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- الكشف عن العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي.
- التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي.
- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي.
- الكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات الممرضين العاملين في مستشفى الزهراوي على مقياس السلوك الصحي والتي تعزى لمتغير الجنس.
- الكشف عن دلالة الفروق بين متوسطات درجات الممرضين العاملين في مستشفى الزهراوي على مقياس جودة الحياة والتي تعزى لمتغير الجنس.

### 4- تحديد المفاهيم الإجرائية:

- أ- **السلوك الصحي**: يعرف السلوك الصحي إجرائياً بأنه الدرجة التي يحصل عليها الممرضين على مقياس السلوك الصحي المستخدم بالدراسة الحالية.
- ب- **جودة الحياة**: تعرف جودة الحياة إجرائياً على أنها الدرجة التي يحصل عليها الممرضين على مقياس جودة الحياة المختصر المستخدم بالدراسة الحالية.
- ج- **الممرض**: هو ذلك الشخص الذي سمحت له كفاءته المهنية بعد أن تلقى تكوين في مدرسة الشبه الطبي بمزاولة مهنة التمريض.

وفي دراستنا يقصد به الشخص الذي يزاول مهنة التمريض بمستشفى الزهراوي خلال سنة 2018/2019.

#### 5- الدراسات السابقة:

تعطي الدراسات السابقة نظرة شمولية لآخر ما توصل إليه العلماء والباحثون وتوفر الخبرة الميدانية والتطبيقات العملية والأمثلة الواقعية، وتعطي الشعور والإحساس بالمسؤولية الاجتماعية وتربط العلم بالمجتمع، كما تهدف إلى رؤية واضحة عن هذا التراكم المعرفي وإلقاء الضوء على موقع الدراسة الحالية، وإمكانية الاستفادة من هذه البحوث في تحديد الأدوات المستخدمة فيها والاستفادة من الأخطاء والمشكلات التي تعرض لها الآخرين والاستفادة من النتائج المستخلصة (برابح، 2020، ص24).

واستنادا إلى هذا سوف تستعرض الطالبة الباحثة بعض البحوث والدراسات ذات الصلة بالموضوع ويتم تقسيم الدراسات إلى ثلاث محاور حسب متغيرات الدراسة وهي:

1- المحور الأول: دراسات متعلقة بالسلوك الصحي.

2- المحور الثاني: دراسات متعلقة بجودة الحياة.

3- المحور الثالث: دراسات متعلقة بالعلاقة بين المتغيرين (السلوك الصحي وجودة الحياة)

#### 1- المحور الأول: دراسات حول السلوك الصحي:

دراسة صورية عبد الصمد (2020) والتي هدفت إلى التعرف على السلوك الصحي في ظل متغير الجنس والسن والمستوى التعليمي، وقد أجريت الدراسة على (60) مريض سكري نمط 1 اختيروا بطريقة قصدية عمرهم بين (20-60) طبق عليهم مقياس السلوك الصحي إعداد عليوة (2015)، عولجت البيانات باستخدام اختبار (ت) وتحليل التباين، ومن خلال هذا تم التوصل إلى غياب الفروق بين الذكور والإناث في الدرجات المتحصل عليها على استبيان السلوك الصحي.

كما قامت الحميدان (2019) بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الصحة النفسية والسلوك الصحي، وكذا تحديد الفروق في درجات السلوك الصحي والصحة

النفسية لدى المصابين من الجنسين، واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي المقارن على عينة تكونت من 226 مريضا بالسكري من البالغين (إناث، ذكور)، وتم استخدام استبانته من تصميم الإدارة العامة للتعليم بالإحساء لقياس السلوك الصحي ومقياس النفسية العامة ويستخدم لقياس خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية العامة وأبعادها (القلق، الأرق، التأخر الوظيفي الاجتماعي، الاكتئاب، والدرجة الكلية لمقياس الصحة النفسية)، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات السلوك الصحي بين المصابين بداء السكري من الجنسين، ووجود علاقة ارتباطية عكسية بين متوسط درجة الصحة النفسية وأبعادها (الشكوى النفس جسدية، القلق، الأرق، الاكتئاب) والسلوك الصحي لدى المصابين بداء السكري من الجنسين.

كما أجرت أروى فارح (2019) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية ومدى تأثره بالمتغيرات (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الأكاديمي، الكلية وسنوات الخبرة) ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وقد استخدم اختبار السلوك الصحي الذي يحتوي على مظاهر معينة من السلوك الصحي وأبعاده الخمسة بعد تعديله ليتناسب مع البيئة اليمنية، تكونت العينة من (125) فرد، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي بين أعضاء هيئة التدريس كان متوسطا، كما أشارت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي في ضوء متغيرات (الجنس، العمر والكلية).

وقام أيضا قباجة وسلامة (2018) بدراسة هدفت إلى التعرف إلى السلوك الصحي لدى عينة من طلبة الكليات العلمية في جامعة القدس في ضوء بعض المتغيرات (الجنس، المستوى الأكاديمي، وتكونت عينة الدراسة من (360) طالب من الكليات العلمية بجامعة القدس اختيروا بطريقة عشوائية، وقد استخدم الباحثان مقياس الصمادي (2011) للسلوك

الصحي، وأظهرت نتائج الدراسة أن السلوك الصحي للطلبة كان متوسطا حيث بلغ المتوسط الحسابي للدرجة الكلية للمقياس (3.62) مع انحراف معياري مقداره (1.10)، كما أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق في السلوك الصحي لدى طلبة الكليات العلمية تعزى لمتغير الجنس وكانت الفروق لصالح الذكور.

وفي دراسة النواصره والهوراني (2017) التي هدفت إلى الكشف عن مستوى السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ودرجة الإعاقة، واعتمد الباحث المنهج الوصفي المسحي على عينة تكونت من 83 طفلا وطفلة معوقة (43 من الذكور و40 من الإناث)، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث اختبار السلوك الصحي الذي تم تطويره وإعداده بما يتناسب مع الأطفال المعوقين واعتمادا على مقياس الصمادي، أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي بين الأطفال المعوقين كان منخفضا، كما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السلوك الصحي وأبعاده بين الأطفال المعوقين تبعا لمتغير العمر والجنس.

وأجرى فاضلي وآخرون (2017) دراسة استكشافية استهدفت تحديد مستويات السلوك الصحي لدى عينة قوامها (297) من طلبة الجامعة (السن 18-29)، واعتمد الباحثون على المنهج الوصفي ولتحقيق أهداف البحث تم تطبيق مقياس السلوكيات الصحية من إعداد Jaber (2003)

وقد بينت النتائج أن مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة فوق المتوسط، كما أظهرت نتائج الدراسة لا يوجد اختلاف في استعمال السلوك الصحي يعزى لمكان الإقامة ومتغير النوع.

وفي دراسة النصيرية (2017) والتي استهدفت التعرف إلى 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 عشوائياً، وأظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي ومستوى الكفاءة الذاتية ومستوى كفاءة السلوك التغذية الصحية لدى الطلبة جاء متوسطاً كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية في السلوك الصحي والكفاءة الذاتية والتي تعزى لمتغير الجنس.

كما قام النادر وآخرون (2016) بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة كلية علوم الرياضة وذلك لوجود علاقة كامنة بين الجانب البدني والنفسي، حيث يدرك الرياضي أهمية الكفاءة البدنية والوظيفية والذهنية من أجل الوصول إلى المستويات الرياضية والتغلب على العوامل المسببة للضرر في الصحة وتحسين الحالة النفسية ومن ثم المحافظة على الصحة بشكل عام، وتكونت عينة الدراسة من (219) بواقع (103) طالب و(116) طالبة تم اختيارهم عشوائياً من كلية علوم الرياضة، حيث استخدم الباحثون في هذه الدراسة مقياس السلوكيات الصحية، وأظهرت النتائج أن السلوكيات الصحية جاءت بدرجة متوسطة، وأظهرت النتائج أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

وأجرى الصقر والهنداوي (2016) دراسة هدفت إلى الكشف عن القدرة التنبؤية للسلوك الصحي وأنماط الشخصية مع الضغوط بفاعلية المرشد التربوي، تكونت العينة من (317) مرشد ومرشدة اختيروا بالطريقة العشوائية، ولتحقيق أهداف البحث استخدم الباحثين مقياس السلوك الصحي للصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور، وقائمة آيزنك لأنماط الشخصية ومقياس فاعلية المرشد ومقياس مهارات التعامل مع الضغوط وقد أظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي لدى المرشدين التربويين جاء بدرجة مرتفعة وعلى جميع المجالات.

وقامت عليوة (2015) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي، بالإضافة إلى الكشف عن دلالة الفروق في الضبط الصحي والكفاءة الذاتية والسلوك الصحي تبعاً لمتغيرات (الجنس، المستوى

التعليمي)، واعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي بنوعيه الارتباطي والمقارن وطبقت على عينة قوامها (102) فرد من مرضى السكري، (53) ذكر و(49) أنثى ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الأدوات التالية:

- مقياس مصدر الضبط الصحي لـ Walson ومساعديه، وقد تم ترجمته من طرف جبالي نور الدين.

- مقياس الكفاءة الذاتية لـ Schweizer وترجمة وتعريب سامر جميل رضوان .

- استبيان السلوك الصحي لمرضى السكري النوع الأول من إعداد الباحثة.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج إلى عدم وجود فروق جوهرية في السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى لعامل الجنس.

وأیضا دراسة نوار (2014) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين كل من سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية وكذا المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي، ودور هذه المتغيرات في التخفيف من الألم العضوي.

إضافة إلى الكشف عن دلالة الفروق في السلوك الصحي والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية تبعا لمتغيرات (الجنس، المستوى التعليمي، الفئة العمرية، الوضعية الاجتماعية

اختلاف مدة المرض) لدى عينة مكونة من (250) فردا من مرضى السكري (70) من

الذكور و(135) من الإناث اختيروا بطريقة قصدية من بعض مصالح المؤسسة العمومية

الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة وبعض العيادات المتعددة الخدمات التابعة للصحة

الجوارية بولاية ورقلة، كما أجريت دراسة عيادية على 12 حالة للتعرف على معاشها

النفسية، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة المنهج الوصفي وللإجابة عن تساؤلات

البحث استخدمت الباحثة مجموعة من الأدوات تمثلت في سلم تقدير الذات لروزنبيرغ

(Rosenberg, 1965)، مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر (2002) مقياس المساندة

الاجتماعية المختصر لسارزون (Sarson, 1983)، واستبيان تقدير الألم لسانت أنطوان

(St-Antoine, 1975)، ومقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثة وأظهرت نتائج الدراسة

وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث.

وأجرى الحارثي (2014) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي ومدى تأثيره بمتغيرات (الكلية والمستوى الدراسي للطالب والدخل الاقتصادي للأسرة ومستوى تعليم الوالدين، شارك في الدراسة (1200) من طلاب جامعة أم القرى لمرحلة البكالوريوس تم اختيارهم عشوائياً من جميع التخصصات وجميع المستويات، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي المسحي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث مقياس السلوك الصحي للصمادي عبد المجيد (2011)، وأظهرت النتائج أن السلوك الصحي لطلاب مرحلة البكالوريوس بجامعة أم القرى كان ضمن المتوسط.

وقام أبو سعد والختاتنة (2014) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين التكامل النفسي لدى كبار السن وسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية وبتغيرات أخرى، وقد اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الارتباطي، ومن أجل تحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق الدراسة على مجتمع الكرك، حيث تم اختيار عينة متاحة من كبار السن بلغ عددهم (244) فرداً، وتم تطوير مقياسين وهما التكامل النفسي والسلوك الصحي للمسنين، كما تم استخدام مقياس الكفاية الذاتية المطور من قبل شوارزر (Schwarzer, 1994) وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق في السلوك الصحي حسب النوع الاجتماعي حيث أن للإناث متوسطاً أعلى من الذكور.

## 2- المحور الثاني: دراسات جودة الحياة

دراسة برباح (2020) والتي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة المسيلة، وإلى التعرف على مستوى كل من جودة الحياة والتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي إلى جانب التعرف إلى مستوى الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة، تكونت عينة الدراسة (450) طالب وطالبة من قسم علم النفس، تم اختيارهم

بالطريقة العشوائية التطبيقية، ولتحقيق أهداف الدراسة كل من مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وكاظم (2006) ومقياس دافعية الإنجاز الأكاديمي لعبد الرحمن بن ريكة (2007) واستبيان للتفكير الابتكاري من إعداد الباحثة، باستخدام المنهج الارتباطي وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى:

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

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

كما قام البادري (2019) بدراسة هدفت إلى التعرف على مستويات جودة الحياة ومظاهر الاغتراب لدى المعلمين المغتربين، والكشف عن تأثير جودة الحياة على مظاهر الاغتراب لدى أفراد العينة والتعرف على الفروق في مستويات جودة الحياة ومظاهر الاغتراب تعزى لمتغير الجنس والمحافظة التعليمية، استخدم الباحث المنهج الوصفي لمتغيرات الدراسة، طبق مقياس جودة الحياة والاضطراب على عينة قوامها (430) مغترب ومغتربة وأشارت النتائج إلى حصول مقياس جودة الحياة على مستوى متوسط ومقياس الاضطراب على مستوى منخفض كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في جودة الحياة وفقا لمتغيرات صفة المعلم المغترب والنوع الاجتماعي والمحافظة التعليمية.

كما قامت عبد الصمد وأحمان (2019) بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات وفقا لشروط معينة، وكذا معرفة الفروق في هذا المتغير تبعا لكل من المستوى التعليمي ومدة العلاج ولتحقيق الأهداف تم الاستعانة بالمنهج الوصفي الفارقي، وتم إجراء هذه الدراسة على عينة قصدية من الشباب المدمن على المخدرات، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة الذي يتكون من 60 بند موزعة على 6 محاور، وقد أظهرت النتائج انخفاض في مستوى الجودة.

كما أجرى بنات (2018) دراسة هدفت للتعرف على العلاقة بين قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، كذلك الكشف عن علاقة كل من قلق

الإنجاب وجودة الحياة ببعض المتغيرات (الجنس، نوع الإعاقة، وجود طفل معاق سابقا المستوى التعليمي للوالدين، المستوى الاقتصادي) ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت العينة من (285) من الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، وقد طبق الباحث المقاييس الآتية: مقياس قلق الإنجاب من إعداد الباحث، ومقياس جودة الحياة من إعداد منظمة الصحة العالمية، تعريب بشرى أحمد (2008)، وبينت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة إحصائية بين قلق الإنجاب وجودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة، كما بينت النتائج أن مستوى جودة الحياة بلغ (63.6%) ومستوى قلق الإنجاب (65.3%) وهما ذوا مستوى متوسط، كما كشفت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية حول مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

وقام أيضا بعلي وجفلولي (2018) بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى طالبات جامعة المسيلة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي والاستعانة بمقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من إعداد الباحثان هويدة محمود وفوزية الجمالي، وبعد التأكد من خصائصه السيكومترية تم تطبيقه على عينة قوامها (55) طالبة من مستوى السنة الأولى ماستر بقسم علم النفس بجامعة المسيلة، وتوصلت الدراسة إلى النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة لدى طالبات جامعة المسيلة مرتفع.

وفي دراسة حمايدية وآخرون (2018) التي هدفت للتعرف على العلاقة بين جودة الحياة والتفاؤل لدى عينة من طلبة الدكتوراه والكشف عن إمكانية وجود فروق في مستوى جودة الحياة والتفاؤل تعزى لمتغيرات (الجنس، التخصص)، وقد تكونت عينة الدراسة من (57) طالب وطالبة تم اختيارهم بطريقة قصدية، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثين مقياس جودة الحياة ومقياس التفاؤل وتبعاً للمنهج الوصفي توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى طلبة الدكتوراه تعزى لمتغيري الجنس والتخصص.

وأجرى فواظمية (2018) دراسة هدفت إلى معرفة أثر الاتصال التنظيمي على جودة الحياة لدى المعلمين، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف البحث استخدم الباحث مقياس الاتصال التنظيمي من إعداده ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية وقد تم تطبيق المقياسين على عينة عشوائية تتكون من (300) معلم ومعلمة وتوصلت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة متوسط لدى معلمي التعليم الابتدائي.

كما قامت لونيس (2018) بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى الطالب الجامعي في ضوء بعض المتغيرات، ولتحقيق الأهداف تم الاستعانة بالمنهج الوصفي، وتم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها 103 طالب، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة لكازم منسي الذي يتكون من 60 بندا موزعة على 6 محاور، وبعد المعالجة الإحصائية خلصت النتائج إلى أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة كان مرتفعاً كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس جودة الحياة في متغير الجنس.

وأجرى بن خليفة ولحشر (2017) دراسة استهدفت الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بالإضافة إلى معرفة الفروق التي تعزى لمتغير الجنس وكذا شعبة الدراسة على عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، وتم اعتماد المنهج الوصفي القائم على الاستكشاف والمقارنة ولتحقيق أهداف البحث تم تطبيق مقياس جودة الحياة، وأظهرت النتائج أن 62.30% يتمتعون بجودة حياة متوسطة، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة يعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

وفي دراسة الكبيسي (2016) التي هدفت إلى التعرف على الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة عمر المختار (ليبيا) تبعاً لمتغير البلد الذي ينتمي إليه المدرس (ليبيا، العراق، مصر)، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث

مقياس جودة الحياة مكون من (42) عبارة من إعداده على عينة مكونة من (210) فردا بواقع (170) من الذكور و(40) من الإناث، وأظهرت النتائج ما يلي:

- مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس منخفض.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة بحسب النوع لصالح الإناث.

وقامت **سويد (2016)** بدراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين كل من الحصانة النفسية وقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب من نزلاء مراكز الإيواء في قطاع غزة والتعرف على الفروق الفردية بين أفراد العينة، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة مقياس الحصانة النفسية وجودة الحياة من إعدادها ومقياس قلق المستقبل من إعداد هيام عابد، واعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي التحليلي، وتكونت عينة الدراسة من 368 فردا، وأظهرت النتائج مستوى جودة الحياة مرتفع لدى عينة الدراسة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق في جودة الحياة والتي تعزى لمتغير الجنس.

وقد أجرت **نغم جمال (2016)** دراسة هدفت إلى دراسة العلاقة بين جودة الحياة والحاجات الإرشادية والتعرف إلى مستوى جودة الحياة لدى طلبة المرحلة الثانوية وإلى الفروق في مستوى الجودة لدى الطلبة والتي تعزى لمتغير الجنس، اعتمدت الباحثة في سعيها إلى تحقيق أهدافها على المنهج الوصفي التحليلي، وقد استخدمت الباحثة استبانة جودة الحياة واستبانة الحاجات الإرشادية من تصميمها، شملت عينة البحث على (321) قد أظهرت النتائج ما يلي:

- مستوى جودة الحياة لدى الطلبة متوسط .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة بين الذكور والإناث من أفراد العينة لصالح الإناث.

كما قام **النجار والطلاع (2015)** بدراسة هدفت إلى التعرف على مستوى التفكير الإيجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية، واستخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس التفكير الإيجابي إعداد عبد

السنار إبراهيم (2008) ومقياس جودة الحياة من إعداد الباحثين على عينة تكونت من (100) فرد من العاملين بالمؤسسات الأهلية منهم (64) من الذكور و(36) من الإناث وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس الشعور بجودة الحياة تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي لصالح الذكور.

وأيضاً دراسة أدم والجاجان (2014) والتي استهدفت التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة قسمي علم النفس والإرشاد النفسي حسب متغيرات الجنس والتخصص الدراسي، وقد تم استخدام مقياس تقدير الذات ومقياس جودة الحياة لكازم منسي على عينة قوامها 100 طالب، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس في جودة الحياة.

وأجرت بوعيشة (2014) دراسة هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة الارتباطية بين جودة الحياة والهوية النفسية لدى عينة من ضحايا الإرهاب في الجزائر، واعتمدت الباحثة المنهج الوصفي بأسلوبى المقارنة، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة ومقياس الهوية النفسية من إعداد الباحثة، وقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين ذكور وإناث على مقياس الهوية النفسية وجودة الحياة.

وفي دراسة بكر (2011) والتي هدفت إلى معرفة مستويات جودة الحياة والانتماء والقبول الاجتماعي حسب متغيرات البحث (الجنس، مستوى المعيشة، ومصدر الدخل ومحل الإقامة) واعتمدت على المنهج الوصفي المقارن، ولتحقيق أهداف البحث استخدمت الباحثة مقياس جودة الحياة والانتماء من إعداد الباحثة مع تكيف مقياس القبول الاجتماعي، وتكونت العينة من 430 طالب وطالبة اختيروا بالطريقة العشوائية التطبيقية وقد أشارت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعاً لمتغير الجنس، كما أظهرت النتائج أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث كان مرتفعاً.

### 3- المحور الثالث: دراسات حول العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة

دراسة بن غذفة (2007) والتي هدفت للكشف على مدى ارتباط السلوك الصحي بنوعية الحياة لدى سكان ولاية سطيف، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الإحصائي، على عينة تكونت من (317) فردا (165) من سكان الريف و(152) من سكان المدينة، وطبقت الباحثة مقياس نوعية والسلوك الصحي، أظهرت النتائج ما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية متوسطة القوة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة لدى أفراد العينة.

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

#### 5-1 التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض مجموعة من الدراسات السابقة وتحليلها، ستعرض الطالبة الباحثة أهم النقاط التي تم استخلاصها من تحليل هذه الدراسات وذلك من حيث الموضوعات والأهداف والعينة والمنهج والأدوات والنتائج.

#### • من حيث الموضوع:

ترتبط الدراسات السابقة بالدراسة الحالية في عدة جوانب أهمها أنها تبحث في متغيرات البحث الأساسية، كما تطرقت إلى المفاهيم النظرية التي تعتمد عليها دراستنا الحالية مثل مفاهيم جودة الحياة ونظرياتها وطرق القياس والسلوك الصحي ونظرياته، ففي المحور الأول اهتمت الدراسات بموضوع السلوك الصحي وبعض المتغيرات مثل سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية، التكامل النفسي والكفاية الذاتية، مصدر الضبط، أنماط الشخصية، الصحة النفسية، أما بالنسبة للمحور الثاني فقد اهتمت الدراسات بموضوع جودة الحياة وبعض المتغيرات مثل الانتماء والقبول الاجتماعيين، وتقدير الذات، والهوية النفسية، التفكير الإيجابي، الحصانة النفسية وقلق المستقبل، الحاجات الإرشادية، قلق الإنجاب والتفاؤل، الاتصال التنظيمي، الاغتراب، والتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي.

في حين الدراسة الحالية تناولت جودة الحياة والسلوك الصحي.

• من حيث الهدف:

تباينت أهداف الدراسات السابقة بناء على اختلاف الموضوع والمتغيرات التي تعاملت معها حيث هدفت بعض الدراسات إلى الكشف عن مستوى المتغيرات المدروسة مثل دراسة الحارثي (2014)، ودراسة فاضلي وآخرون (2017)، ودراسة النواصره والهوراني (2017)، ودراسة قباجة وسلامة (2018)، دراسة أروى فارح (2019)، ودراسة عبد الصمد (2020)، إضافة إلى دراسة الكبيسي (2016)، ودراسة بن خليفة ولحرش (2017)، ودراسة بعلي وجغلولي (2018)، ودراسة لونيس (2018)، ودراسة عبد الصمد وأحمان (2019)، في حين هدفت بعض الدراسات إلى الكشف عن العلاقة ببعض المتغيرات مثل دراسة نوار (2014)، ودراسة أبو سعد والختاتنة (2014)، ودراسة عليوة (2015)، ودراسة النادر وآخرون (2016)، ودراسة النصيرية (2017)، إضافة إلى دراسة محمد الحميدان (2019)، ودراسة بكر (2011)، ودراسة آدم والجاجان (2014)، ودراسة بوعيشة (2014)، ودراسة النجار وعبد الرؤوف (2015)، ودراسة سويعد (2016)، ودراسة نغم جمال (2016)، ودراسة بنات (2018)، ودراسة علي حمليدية وآخرون (2018)، ودراسة برباح (2020)، من جهة أخرى تناولت بعض الدراسات تأثير بعض المتغيرات مثل دراسة البادري (2019)، ودراسة فواظمية (2018).

• من حيث العينة:

أجريت الدراسات السابقة على عينات مختلفة، بالنسبة للمحور الأول هناك تنوع في العينات المستخدمة، حيث نجد دراسات استخدمت عينة مرضى السكري مثل دراسة شهرزاد نوار (2014)، ودراسة عليوة (2015)، ودراسة محمد الحميدان (2019)، ودراسة عبد الصمد (2020)، ودراسات استخدمت عينة الطلبة مثل دراسة قباجة وسلامة (2018) ودراسة فاضلي وآخرون (2017)، ودراسة النصيرية (2017)، ودراسة النادر وآخرون (2016) ودراسة الحارثي (2014)، بينما دراسة أبو سعد والختاتنة (2014) كانت عينتها

كبار السن، ودراسة الصقر والهنداوي (2016) كانت العينة المرشد التربوي، أما دراسة النواصره والهوراني (2017) فقد استخدمت عينة الأطفال المعوقين، ودراسة أروى فارح (2019) كانت عينتها أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، وبالنسبة لعينة المحور الثاني نجد دراسات استخدمت عينة الطلبة مثل دراسة بكر (2011)، ودراسة آدم والجان (2014) دراسة نغم جمال (2016)، ودراسة بن خليفة ومحمد لحرش (2017)، ودراسة بعلي وجعلولي (2018)، ودراسة علي حمايدية وآخرون (2018)، ودراسة لونيس (2018) ودراسة بربح (2020)، ودراسات استخدمت عينة المعلمين مثل دراسة فواطمية (2018) ودراسة البادري (2019)، بينما دراسة عبد الصمد وأحمان (2019) كانت عينتها الشباب المدمن على المخدرات، ودراسة بنات (2018) كانت عينتها الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، في حين نجد دراسة سويعد (2016) عينتها الشباب في مركز الإيواء ودراسة الكبيسي (2016) كان عينتها أعضاء هيئة التدريس في الجامعة لعينات (ليبية، عراقية، ومصرية)، ودراسة النجار وعبد الرؤوف (2015) العاملين بالمؤسسات الأهلية في غزة ودراسة بوعيشة (2014) كانت عينتها ضحايا الإرهاب.

وفي الدراسة الحالية استخدمت الطالبة الباحثة عينة الممرضين لإجراء الدراسة.

#### • من حيث المنهج:

يتضح من الدراسات السابقة أن أغلب الدراسات استخدمت المنهج الوصفي المقارن والتحليلي بينما دراسة عبد الصمد وأحمان (2019) استخدمت المنهج الفارقي ودراسة بربح (2020) ودراسة النصيرية استخدمتا المنهج الارتباطي، ودراسة الحارثي (2014) ودراسة النواصره والهوراني (2017) استخدمتا المنهج الوصفي المسحي، بينما الدراسة الحالية استخدمت الطالبة الباحثة المنهج الوصفي.

#### • من حيث الأداة:

تعددت الأدوات التي تم استخدامها في الدراسات السابقة فقد اعتمدت بعض الدراسات على مقاييس جاهزة وأخرى على استبيانات، ففي مجال السلوك الصحي

استخدمت أغلب الدراسات مقاييس جاهزة مثل دراسة الحارثي (2014)، ودراسة الصقر والهنداوي (2016)، ودراسة قباجة وسلامة (2018) استخدموا مقياس السلوك الصحي للصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور، وفي دراسات أخرى استخدمت مقاييس مع استبيانات مثل دراسة محمد الحميدان (2019)، ودراسة عليوة (2015)، ودراسة نوار (2014)، في حين دراسة النواصره والهوراني (2017)، ودراسة أروى فارح (2019) استخدمتا اختبار للسلوك الصحي، أما في مجال جودة الحياة فهناك دراسات استخدمت مقاييس جاهزة مثل دراسة أدم والجاجان (2014)، ودراسة بن خليفة ولحرش (2017)، ودراسات قامت ببناء مقاييس واستبيانات مثل دراسة بكر (2011)، ودراسة بوعيشة (2014)، ودراسة النجار وعبد الطلاع (2015)، ودراسة سويعد (2016)، ودراسة بنات (2018)، ودراسة فواظمية (2018) ودراسة براح (2020).

وفي الدراسة الحالية استخدمت الطالبة الباحثة مقياس السلوك الصحي من إعداد الصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور (2011)، ومقياس جودة الحياة المختصر من إعداد منظمة الصحة العالمية.

#### • من حيث النتائج:

أشارت النتائج في المحور الأول وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي وعدد من المتغيرات ومنها تقدير الذات، الصلابة النفسية، المساندة الاجتماعية، مصدر الضبط باستثناء دراسة محمد الحميدان (2019) التي أظهرت وجود علاقة ارتباطية عكسية بين متوسط الصحة النفسية والسلوك الصحي، وفي مجال البحث في مستوى متغيرات الدراسة بين المرتفع والمنخفض والمتوسط، فقد توصلت نتائج دراسة الحارثي (2014)، ودراسة أبو سعد والختاتنة (2014)، ودراسة النادر وآخرون (2016)، ودراسة النصيرية (2017) ودراسة قباجة وسلامة (2018)، ودراسة أروى فارح (2019) إلى أن السلوك الصحي كان متوسط، بينما توصلت دراسة الصقر والهنداوي (2016)، ودراسة فاضلي وآخرون

(2017) إلى أن السلوك الصحي عند أفراد عينة الدراسة كان مرتفعاً، في حين دراسة النواصره والهوراني (2017) أظهرت سلوك صحي منخفض لدى أفراد العينة. أما بالنسبة للفروق بين الجنسين فقد أظهرت دراسة أروى فارح (2019)، ودراسة عليوة (2015)، ودراسة النصيرية (2017)، ودراسة فاضلي وآخرون (2017) ودراسة محمد الحميدان (2019)، ودراسة النواصره والهوراني (2017)، ودراسة عبد الصمد (2020) عدم وجود فروق في السلوك الصحي تبعاً لمتغير الجنس، بينما أظهرت دراسة أبو سعد والختاتنة (2014)، ودراسة النادر وآخرون (2016)، ودراسة نوار (2014)، ودراسة قباجة وسلامة (2018) التي أظهرت وجود فروق بين الجنسين في مستوى السلوك الصحي.

بالنسبة للمحور الثاني أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين جودة الحياة وعدد من المتغيرات ومنها (القبول الاجتماعي، التفاؤل، تقدير الذات)، في حين أشارت بعض الدراسات إلى وجود علاقة عكسية بين جودة الحياة وبعض المتغيرات مثل دراسة بنات (2018)، ودراسة نغم جمال (2016)، ودراسة بوعيشة (2014)، في حين أشارت كل من دراسة بكر (2011)، ودراسة سويعد (2016)، ودراسة بعلي وجعلولي (2018) ودراسة لونيس (2018)، ودراسة يحي وعبد الرؤوف (2015) إلى جودة حياة مرتفعة بينما أشارت دراسة بن خليفة ولحرش (2017)، ودراسة بنات (2018)، ودراسة فواظمية (2018)، ودراسة البادري (2019)، ودراسة براح (2020) إلى جودة حياة متوسطة لدى أفراد العينة، أما دراسة عبد الصمد وأحمان (2019)، ودراسة الكبيسي (2016) أظهرت جودة حياة منخفضة لدى أفراد العينة.

أما بالنسبة للفروق أشارت كل من دراسة النجار والطلاع (2015)، ودراسة الكبيسي (2016)، ودراسة نغم جمال (2016)، ودراسة بن خليفة ولحرش (2017)، ودراسة بنات (2018)، ودراسة علي حمايدية وآخرون (2018) إلى وجود فروق في متغير الجنس في حين توصلت كل من دراسة بكر (2011)، ودراسة بوعيشة (2014)، ودراسة سويعد

(2016)، ودراسة لونيس (2018)، ودراسة البادري (2019)، ودراسة براج (2020) إلى عدم وجود فروق في متغير الجنس.

• أوجه استفادة الدراسة الحالية من نتائج الدراسات السابقة:

تمت الاستفادة من الدراسات ذات العلاقة بموضوع الدراسة في ما يلي:

- **فرضيات الدراسة:** إن قراءة الدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع ساعدت الباحثة في صياغة فرضيات الدراسة الحالية انطلاقاً من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.  
- **أدوات الدراسة:** لقد سهل لنا الاطلاع على الدراسات السابقة اشتقاق الأدوات المناسبة لقياس متغيرات الدراسة والمتمثلة في مقياس السلوك الصحي للصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور (2011)، ومقياس جودة الحياة المختصر من إعداد منظمة الصحة العالمية.

- **نتائج الدراسة:** سوف تعين النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة الطالبة الباحثة في تفسير نتائج الدراسة الحالية والتي قد تكون نتائجها مدعمة لما توصلت إليه تلك الدراسات، كما استخدمت الطالبة الباحثة الدراسات السابقة في إثراء الجانب النظري للدراسة الحالية.

6- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

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

- الفرضيات الجزئية:

- مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط.

- مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط.

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

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

# الفصل الثاني

## السلوك الصحي

- تمهيد

أولاً: الصحة والمرض

ثانياً: السلوك الصحي

1- تعريف السلوك الصحي

2- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي

3- الاتجاهات النظرية المفسرة لسلوك الصحي

4- أنماط السلوك الصحي

5- تغيير السلوكات الغير صحية

6- السلوكات الصحية وجودة الحياة

- خلاصة

### - تمهيد:

ظهر في العصر الحديث وكأحد فروع علم النفس ما يسمى بعلم النفس الصحي الذي يهدف إلى الحد من انتشار المرض النفسي والجسمي والاهتمام بالجوانب الوقائية فأصبح موضوع السلوك الصحي وتميمته يحتل أهمية كبيرة فقد باتت الحاجة ماسة للتعليم والتثقيف والتربية الصحية إذ تعتبر السلوكيات الصحية وأسلوب العيش من العوامل المؤثرة على صحة الفرد فإتباع عادات صحية وتجنب سلوكيات الخطر تنعكس على صحة الفرد الجسدية والنفسية

فقد أثبتت العديد من الدراسات ارتباط العديد من الأمراض بالسلوكيات اليومية الغير صحية والتي يمارسها الإنسان بشكل يومي ومتكرر في ظل غياب التوعية الصحية لمخاطر ما يتبناه الفرد من عادات سلبية تؤثر على صحته ونمط حياته بشكل عام. وسنحاول في هذا الفصل التطرق إلى تعريف الصحة والمرض بالإضافة إلى تعريف السلوك الصحي والعوامل المؤثرة فيه وأنماطه، إضافة إلى النظريات المفسرة للسلوكيات الصحية وأخيرا السلوكيات الصحية وجودة الحياة.

أولاً - الصحة والمرض:

أ- تعريف الصحة:

تعرف الصحة على أنها مؤشر دال على سير كل الوظائف الدالة على حياة الأعضاء المشكلة للجسم الإنساني بشقيه الفيزيقي والنفسي خلال مدة زمنية كافية تماشياً مع النمط أو النمو العادي الذي تحدده الأصول الطبية والعلمية المتخصصة في هذا المجال، مع استثناء العاهات والإصابات التي تصيب الجسم لكن لا تعيق الأعضاء على أداء وظائفها (مختار، 2014، ص175).

كما يعرفها بركنز (Perkins) على أنها "حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه (خليل، 2006، ص27)

ويرى " تالكوت بارسونز" الصحة على أنها "حالة من الطاقة الكاملة للفرد، يستطيع في ظلها أداء أدواره التي تتم تنشئته على تأديتها بصورة متتالية (السيد، 2007، ص47).

ويعرف أيضاً ونسلو (Winslow) الصحة على أنها " علم وفن الوقاية من المرض وإطالة العمر وترقية الصحة والكافية، وذلك عن طريق القيام بمجهودات منظمة للمجتمع من أجل تحسين صحة البيئة، مكافحة الأمراض المعدية، تعليم الأفراد الصحة الشخصية تنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر والعلاج الوقائي للأمراض وتطوير الحياة الاجتماعية والمعيشية، وأخيراً أضيفت لها خدمات الصحة النفسية" (صافي، 2018، ص933).

كما وضع العالم نيومان (Newman) تعريفاً آخر للصحة مفادها أنها عبارة عن "حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم، وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها (بن عروس، 2013، ص75).

وفي السياق ذاته يعرفها (Hurrelmann) 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 إمكانياته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة .

أما **جونفرنسوا فارلياك (Jean François Verlhac)** عرف الصحة على أنها عبارة عن:

- غياب الإشارات والعلامات الموضوعية الدالة عن الخلل الوظيفي للعضوية

- غياب الأعراض الذاتية أو الأمراض أو الألم (حربوش، 2017، ص251، 252)

وير (udris, 1992) الصحة أنها عبارة "عن حالة توازن بين الموارد الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة وبين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي والبيولوجي والاجتماعي من جهة أخرى، وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائما ببناء وتحقيق صحته سواء أكان الأمر بمعنى الدفاع المناعي أم بمعنى التوافق مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط.

وينظر للصحة في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية يكون فيها الفرد قادرا على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة (أبو سعد، 2015، ص29، 30).

ويرى (بوحريص) أن مفهوم الصحة يستخدم على معنيين الأول أنها تشير إلى حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وبالتالي تقابل المرض كحالة انحراف عن الحالة الطبيعية، أما الاستخدام الثاني فيشير إلى علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال المجهودات المنظمة من طرف المجتمع والتي تشمل العديد من المجالات والميادين (بوحريص، 2014، ص249).

تشير منظمة الصحة العالمية (2015) إلى أن الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا (عمروسي، 2019، ص593)، وليست فقط مجرد الخلو من المرض أو العجز (كتفي وبوحلمة، 2017، ص156).

ويعطي تعريف منظمة الصحة العالمية ثلاث أبعاد رئيسية إذا غابت ظهر المرض وهي:

- البعد الجسمي (العضوي) للصحة.
  - الصحة العقلية والنفسية.
  - الصحة في بعدها الاجتماعي (الدويبي، 2006، ص54).
- فالصحة هي الاكتمال البنائي في الجوانب الجسمانية والعقلية والنفسية وحسن الأداء الوظيفي في صورة اتزان ديناميكي يحقق السلام من الأمراض وأنواع العجز والإصابات مما يمكنه التعامل الإيجابي في الحياة.
- وبهذا يمكن بلورة مفهوم الصحة كما حددها(رشوان، 2006، ص33) في العناصر

التالية:

- حالة كاملة من السلامة في ضوء المعايير القياسية لها .
  - تتضمن كافة جوانب الشخصية (العقلية والنفسية والاجتماعية والجسمانية).
  - هذه الحالة أكبر من كونها خلوا من الأمراض والعجز والضعف.
  - تكمن هذه الحالة السوية للإنسان من التعامل الإيجابي في الحياة
- ولهذا لم يعد مجرد الخلو والسلامة من الأمراض الجسدية مؤشرا كافيا على الصحة لارتباطها بالجوانب النفسية والعقلية والاجتماعية والتي تمكن الفرد من القيام بأدواره الاجتماعية ووظائفه في المجتمع، وعليه فالصحة هي الحالة التي يستطيع فيها الفرد أن يحقق توازنا بين الأبعاد الثلاثة المكونة لها من صحة عضوية وصحة نفسية وعقلية، وكذلك الصحة في بعدها الاجتماعي وذلك من خلال التكيف مع العوامل الاجتماعية المساعدة على توطن وانتشار المرض من جهة والقدرة على مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والنفسية من جهة أخرى(سيدهم، 2017، ص264).

ب- تعريف المرض:

يمثل كما وصفته الموسوعة البريطانية انحرافا ضارا ومؤذيا عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي حيث تظهر عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية ولذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي، كما يمكن التعرف على السمات

المميزة لحالة المرض، فالمرض حسب الموسوعة البريطانية هو خلل عضوي أو وظيفي للكائن يظهر من خلال أعراض يمكن التعرف عليه انطلاقاً منها (شابو، 2019، ص281، 282).

المرض هو الحالة التي يكون عندها العقل أو النفس أو الجسم أو بعض أجهزته أو أعضائه في حالة اضطراب وخلل في وظائفها (الدويبي، 2006، ص54).

ويعرف المرض طبيياً بأنه "اختلال في الحالة الصحية له علاقة بإصابة في بناء أو وظيفة عضو أو عدة أعضاء (بومدين، 2003، ص32).

وفي هذا الصدد أوضح أوبري لويس (Aubrey Lewis) ثلاثة محكات طبية تقليدية في تحديد المرض وهي خبرة المريض واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم والأعراض التي تتوافق مع النمط الإكلينيكي (نظرية تنميط المرض)، ومن هنا نقول أن المرض مفهوم يشير إلى "الحالة الباثولوجية الشاذة التي نشخصها في ضوء العلامات والأعراض" وهي الواردة في التصنيف الدولي للأمراض (مكاوي، دس، ص76).

تذهب صولة إلى القول أن المرض هو "انحراف أو خلل في أحد عوامل الصحة الجسمية أو العقلية يؤدي إلى ظهور اضطراب تظهر له بعض الأعراض، والمرض عملية متطورة منذ ابتداء السبب وحتى ظهور المضاعفات فقد يكون التطور حاداً وسريعاً وقد يكون بطيئاً مزمناً، كما يمكن أن يكون المرض عاماً يصيب أكثر من عضو واحد أو يكون موضعياً فنقتصر الإصابة على عضو واحد أو جزء من عضو (صولة، 2013، ص133).

ويقصد بالمرض أيضاً الاضطراب الوظيفي المتطور، فالمرض ليس حالة ثابتة وإنما حركة متطورة تطور غير طبيعي في جسم الإنسان وهذا التطور قد يأخذ فترة طويلة أو قصيرة ولكنه ينتهي دائماً بنتيجة قد تكون الشفاء التام أو الوفاة أو تقف في مرحلة وسط تعمل على إعداد الجسم لظروف جديدة (مختار، 2014، ص175).

أو هو تغير الحالة الطبيعية للإنسان، وقد يؤثر المرض على جميع أعضاء الجسم الإنساني أو على عضو واحد فقط ويمكن أن يحدث نتيجة أسباب معروفة أو غير معروفة (صافي، 2018، ص 939).

وهناك من يرى أن المرض يشير إلى انحراف ما عن حالة الأداء الوظيفي السوية تكون له نتائج غير مرغوب فيها، نظرا لما يؤدي إليه من إزعاج الشخص، أو ما ينجم عنه من آثار تتعلق بالمكانة الصحية للإنسان في المستقبل، وهناك فرق بين ثلاث مفاهيم (المرض، الاعتلال، السقم).

فالمفهوم الأول (المرض) يحدد لنا بأنه الإدراك الواعي بعدم الراحة أي أن الفرد يحس أو يدرك بأنه مريض، أما المفهوم الثاني (الاعتلال) فهو حالة الاختلال الوظيفي والذي يتأثر به الجانب الاجتماعي وتؤثر على علاقة الفرد بالآخرين (بن عروس، 2013، ص 78)، أما المفهوم الثالث (السقم) فهو حالة مرضية أو أعراض مرضية جسدية (عضوية) نفسية (اجتماعية) تؤثر على أداء وسلوك ونمط معيشة وتصرفات الفرد (علي وآخرون، 2008، ص 99).

وبهذا يكون المفهوم الأول (المرض) عبارة عن التقليل من قدرة الفرد الطبيعية على الوفاء بالتزاماته اتجاه أسرته ومجتمعه وزيادة متاعبه النفسية كالتوتر والقلق والخوف (بن عروس، 2013، ص 78).

في حين ينظر البعض إليه باعتباره حالة في التغير الوظيفي 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).

يذهب دريس إلى القول أن المرض حالة يحدث فيها المرض من الناحية العضوية أو العقلية أو الاجتماعية للفرد ومن شأنه إعاقة الفرد على مواجهة أقل الحاجات اللازمة لأداء وظيفة مناسبة، ويتمثل الوضع الطبيعي للكائن الحي في حالة من التوازن

الفسيولوجي الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني من حيث استمرار العمليات الحيوية بواسطة ميكانيزمات معقدة في الجسم، ومن ثم يتمثل المعنى البديهي للمرض في النتائج المترتبة عن تعطيل تلك الميكانيزمات التي تتحكم في الاتزان البدني داخل الكائن الحي (دريس، 2018، ص 203).

يرى (فيلد) إلى أن المرض يشير إلى " حالة إلى الانحراف العضوي والتي يمكن تحديدها بمجموعة من الشواهد والأعراض، فالمرض هو الحالة الغير سوية للجسم أو أحد أجزائه بحيث يحدث اضطراب أو ارتباك في وظيفته ويتم فهم المرض طبيًا من خلال التركيز على النواحي الموضوعية والمفاهيم الطبية المرتبطة بالحالة العضوية المحددة في الجسم (ميلاط، 2016، ص 372).

وللمرض ثلاث معان حددها (شوقي، دس، ص 5، 6) نقلا عن (Di Matteo, Di Nicola, 1982) فيما يأتي:

أ- المعنى الأول للمرض معنى جسمي خالص يتمثل في تلف الأنسجة أو وجود خلل له سبب حيوي (بيولوجي).

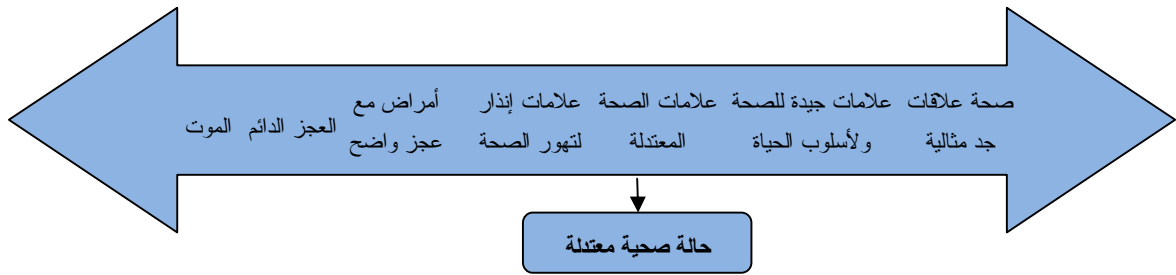
ب- المعنى الثاني للمرض معنى نفسي يشير إلى السلوك الفعلي الذي يصدر عن شخص مصاب بمرض محدد، ويتمثل السلوك في الشعور بالألم والتعب، أو الشعور بالكرب والاكئاب وما إلى ذلك

ج- المعنى الثالث للمرض معنى اجتماعي ويتضمن عجز الشخص عن أداء أدواره التي اعتاد القيام بها في حياته اليومية، ويرى بعض العلماء أن قدرة الأشخاص على أداء وظائفهم في بيئتهم لها دور كبير في تحديد مدى جودة صحتهم أو اعتلالها.

كما أشار (Verlhiac) أن كل من الصحة والمرض مفهومان غير منفصلان يتواجدان لدى الفرد بدرجات، بمعنى درجات للصحة ودرجات للمرض حيث أن الصحة تتنوع على طول متصل حده الأول الصحة المثالية والتي يليها انحدار في درجاتها

ومعاييرها متجها نحو المرض، الإعاقة والعجز منتهيا بالموت (حربوش، 2017، ص252) وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

شكل (01): السلسلة المتصلة لدرجات الصحة



المصدر: (حربوش، 2017، ص253)

### ثانيا - السلوك الصحي:

#### 1- تعريف السلوك الصحي:

يعرف السلوك الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية (ربوح وآخرون، 2019، ص667). ويعرف أيضا على أنه مجموعة أنماط السلوك العننية والإجراءات والعادات التي تتعلق بالحفاظ على الصحة واستعادتها وتحسينها ويستند إلى بناء تقييمات سابقة لقياس السلوكيات ذات الصلة بالصحة مثل المعتقدات والتوقعات والدوافع والقيم والتصورات المعرفية وسمات الشخصية (المحاسنة والختاتنة، 2020، ص286).

وفي تعريف آخر يقصد بالسلوك الصحي " كل ما يصدر عن الإنسان من فكرة أو موقف وكلام وعواطف ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة ويعطينا كذلك طريقة للتدخل وتعديل السلوك عن تغيير بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال (الرصاصي وآخرون، 2018، ص159).

ويقصد بالسلوك الصحي أيضا جميع الاستجابات وردود الأفعال الفعل الواعية والغير واعية مثل الاستشعار بالأعراض المرضية بصورة ذاتية أو عن طريق الآخرين

بسبب خلل أو اضطرابات جسدية أو نفسية تتضمن 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.

كما يعرف أيضا بأنه "مجموع سلوكيات ممارسة من قبل الأفراد للحفاظ على مستويات صحية وجسدية مناسبة، بحيث تنظر لصحة الفرد بأنها محصلة للتكامل بين الجوانب الجسمية والعقلية والانفعالية(مخوف، 2019، ص316).

وفي السياق ذاته يعرف السلوك الصحي على أنه " سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيز فيها على دور الاتجاهات والمعتقدات في تشكيل السلوك الايجابي(النادر وآخرون، 2017، ص327).

ويعرف أيضا "على أنه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية والمحافظة على الإمكانيات الصحية للفرد"(بن زيدان وآخرون، 2019، ص24).

ويعرف القاموس الطبي السلوك الصحي بأنه إجراء يتخذه الشخص للحفاظ على الصحة الجيدة أو الحصول عليها أو استعادتها أو الوقاية من المرض، ويعكس السلوك الصحي معتقدات الشخص الصحية وبعض السلوكيات الصحية الشائعة هي ممارسة الرياضة بانتظام وتناول غذاء متوازن والتطعيمات اللازمة .

بينما يعرفه قاموس ويلنر بأنه أي نشاط يقوم به الفرد بغض النظر عن الحالة الصحية الفعلية أو المتصورة لغرض التعزيز أو الحماية أو الحفاظ على الصحة، سواء كان ذلك السلوك فعالا بشكل موضوعي لبلوغ تلك الغاية أو لا(فارغ، 2019، ص60).

وفي السياق ذاته يعرفه مزاراسو (1980, Matarazzo) بأنه "أسلوب الحياة الذي يركز على فلسفة صحية تعتمد كلياً على المسؤولية الشخصية في الوقاية من الأمراض والاضطرابات الصحية المختلفة التي قد يتعرض لها الفرد في مرحلة من مراحل حياته النمائية"، كما يعرف على أنه تلك الأنشطة التي يقوم بها الأشخاص ليبقوا أصحاء، وذلك بهدف منع المشكلات الصحية(هنداوي، 2009، ص10).

كما تعرفه **الشويخ** بأنه مجموعة السلوكيات هدفها الوقاية من الإصابة بالأمراض والمحافظة على دوام الصحة الجيدة، وتتمثل هذه السلوكيات التي يركز عليها السلوك الصحي في ممارسة الرياضة وتناول الطعام الصحي والرعاية الذاتية، والنوم وتجنب التدخين والمواد النفسية (النصيرية، 2017، ص 17، 18).

في حين ترى **العزابي وآخرون** أن السلوك الصحي هو " التصرف الصحي السليم للأفراد في المواقف الصحية المختلفة فيما يتعلق بصحتهم الشخصية وصحة المجتمع ككل (العزابي وآخرون، 2016، ص 177).

ويشير **الصمادي** إلى أن السلوك الصحي هو "مجموعة السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب انطلاقاً من نظرية الاختيار ونظرية النظم والتي تنظر إلى الصحة العامة للفرد كمحصلة لتكامل جميع جوانب الفرد الجسمية والعقلية والانفعالية والحركية (الصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور، 2011، ص 84).

ويشير **نولدنر** أيضاً (Noldner,1989) إلى أن المقصود بالسلوك الصحي " كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد (بطاط، 2018، ص 39).

ويعرفه **كونر ونورمان** (Conner and Norman,1996) " أي نشاط يقوم به الفرد لغرض منع أو كشف المرض أو لتحسين الصحة والرفاه"

وفي السياق ذاته يعرف **كوجمان** (Gochman,1997) السلوك الصحي بأنه "أنماط السلوك، النشاط والعادات المتعلقة بصيانة الصحة لاستعادة وتحسين الصحة" (الدباغ ورضا، 2014، ص 224).

ويعرف كل من **كازل وكوب** (Kasl et Cobb) السلوك الصحي بأنه " أي نشاط يقوم بأدائه الفرد الذي يعتقد في نفسه أنه معافى بهدف الوقاية من الأمراض أو الكشف عن أعراض المرض في مراحله المبكرة

كما يعرف (الصبوة) السلوك الصحي الإيجابي بوصفه تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الأفراد أو الفرد الواحد بمساعدته في

الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه من الأذى أو الضرر البدني والنفسي وتجعله يقلع عن الانحراف والشذوذ، وتساعد في الاكتشاف المبكر للمرض والعجز، أو تساعد في التخفيف من المرض (عليوة، 2015، ص101).

ويعرفه (Sarafino,1994) بأنه "كل نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المراحل المبكرة" (فاضلي وآخرون، 2017، ص440).

ويرى (فوشمان) أن السلوك الصحي يتمثل في عزو الفرد لمعتقداته، توقعاته اندفاعاته، إدراكاته، وعناصر معرفية وشخصية أخرى التي من شأنها أن تساعد في الحفاظ على الصحة، تجديدها وتحسينها".

ويعود السلوك الصحي إلى نشاطات الأفراد والجماعات، والمنظمات لتحسين استراتيجيات المواجهة للمرض وتعزيز جودة الحياة.

وهو تصورات اجتماعية، نفسية واقتصادية لأي شكل من أشكال سلوك الإنسان توضح تحفيز وتحريض الفرد أو الجماعة لتحسين صحتهم والوقاية من المرض والتشخيص، أو الشفاء من المرض (عيادي وجبالي، 2015، ص284).

يلاحظ من خلال التعريفات السابقة اتفاق كل الباحثين على أن السلوك الصحي يهدف إلى الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض.

➤ وعليه ترى الطالبة الباحثة أن السلوك الصحي هو عبارة " عن مجموعة من السلوكيات يكتسبها الفرد من الأسرة والمحيط الذي يعيش فيه لتجنب الإصابة بالأمراض والتمتع بصحة جيدة".

### 2- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي:

توجد عدة عوامل تؤثر وتتأثر بسلوك الفرد فمنها تقود البعض على إتباع نهج صحي في حياته، في حين تقود آخرين إلى المجازفة بصحتهم وهي كالاتي:

### ■ العوامل الديموغرافية:

تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديموغرافية فالأشخاص الأصغر سناً والأكثر ثراءً وتعليماً والأقل تعرضاً للضغط والأكثر حصولاً على المساندة الاجتماعية يمارسون عادات صحية جيدة أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون إلى مستويات أعلى من الضغط ولديهم إمكانيات أقل ومثل هؤلاء الأشخاص هم غالباً ما ينتمون إلى مستويات معيشية متدنية (خشاب، 2011، ص70).

■ **القيم:** كما أن للقيم التي يتبناها الأشخاص تأثير على العادات الصحية التي يمارسونها فعلى سبيل المثال يعد النشاط الرياضي وممارسة التمارين الرياضية من قبل النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكن لا تعتبر كذلك في ثقافات أخرى، مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات (تايلور، 2008، ص111).

■ **الضبط الذاتي:** إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه له دور في تقرير العادات الصحية التي يتبعها فعلى سبيل المثال بينت الأبحاث التي قام بإجرائها ولستون (Walston) ورفاقه مستخدمين مقياس موقع الضبط في تحديد المدى الذي وفقه يعد الأشخاص أنفسهم قادرين على التحكم بوضعهم الصحي، أو يرون أن وضعهم الصحي يتقرر بفعل تحكم الآخرين، أو تقرر عوامل المصادفة بشكل رئيسي، كشفوا بأن الذين يحملون قناعات مسبقة وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية وتكون لديهم قابلية أكثر لممارسة العادات الجيدة من أولئك الذين يعتقدون أنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي (عليوة، 2015، ص104، 105).

■ **المؤثرات الاجتماعية:** ويمكن أن تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء والزملاء في مكان العمل يمكن أن يؤثرُوا جميعاً في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، وأحياناً يكون هذا التأثير بالاتجاه الإيجابي وفي حالات أخرى يكون في الاتجاه السلبي، فالضغوط التي يمارسها الرفاق

على سبيل المثال غالبا ما تقود إلى تعلم المراهقين التدخين، لكن الضغوط الاجتماعية قد تؤدي إلى ترك عادة التدخين في سن الرشد.

▪ **الأهداف الشخصية:** ترتبط العادات الصحية الاجتماعية ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية، فإذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة للفرد فإنه سيكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة على أساس منتظم مما لو تشكل اللياقة البدنية هدفا ذاتيا مهما بالنسبة له (خشاب، 2011، ص71).

▪ **الأعراض المدركة:** يحدث التحكم في بعض العادات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعو لإتباع عادات صحية معينة، فقد يتحكم المدخنون في تدخينهم بسبب الحساسية التي يسببها لهم التدخين، فالمدخن الذي يعاني من السعال في الصباح ومن آلام الحلق يمكن أن يتوقف عن التدخين بسبب اعتقاده أن التدخين هو السبب في تعرضه للمشاكل الصحية التي يعاني منها تلك الفترة (تايلور، 2008، ص112).

▪ **إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:** سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية يؤثر أيضا في الممارسة الصحية التي يتبعها الفرد، فإجراء الفحوصات الطبية للكشف المبكر عن أمراض السل، وإجراء الاختبارات للكشف المبكر عن أمراض السرطان، وتطعيم الأطفال الصغار من الأمراض المعدية هي أمثلة عن السلوكيات التي ترتبط بشكل مباشر بالمؤسسات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية وهناك أنماط صحية أخرى مثل فقدان الوزن، والتوقف عن التدخين قد يتم تشجيعها بطريقة غير مباشرة من مؤسسات الرعاية الصحية نظرا لأن كثيرا من الناس لا يتلقون من أطبائهم إرشادات ونصائح ترتبط بأسلوب حياتهم (عليوة، 2015، ص106).

▪ **العوامل المعرفية:** وأخيرا فإن ممارسة السلوكيات الصحية ترتبط بالعوامل المعرفية مثل الاعتقاد بأن ممارسات صحية معينة ضرورية، أو إحساس الشخص بأنه أصبح عرضة للإصابة بأمراض خطيرة إذا لم يراعى ممارسات سلوكية صحية معينة (خشاب، 2011، ص72).

يرى (سارافينووسميث، 2011) العوامل المؤثرة في السلوك المرتبط بالصحة تتمثل في:  
✓ **الوراثة:** تؤثر العوامل الوراثية في بعض السلوكيات المرتبطة بالصحة، فقد أثبتت الدراسات التي أجريت على التوائم وعلى الأبناء بالتبني أن للوراثة دورا في نشأة تعاطي الكحوليات.

✓ **التعلم:** يكتسب الناس كثيرا من السلوكيات المرتبطة بالصحة عن طريق التعلم وخصوصا التشريط الفعال، ففي هذا النوع من التشريط يتم تغير السلوك بناء على العواقب التي تلحق بهذا السلوك (شوقي، دس، ص152).

✓ **العوامل الاجتماعية:** تتأثر كثير من السلوكيات المرتبطة بالصحة بالعوامل الاجتماعية فالأسرة والأصدقاء قد يشجعان أو يثبطان ممارسة الأطفال للسلوكيات المرتبطة بالصحة مثل التغذية والتدخين وممارسة الرياضة ويتم ذلك عن طريق العواقب التي يقدمها الأهل والأصدقاء للطفل بعد ممارسة هذه السلوكيات سواء كانت مدحا أو ذما أو شكوى.

✓ **الشخصية:** ترتبط شخصية الفرد بالسلوكيات الصحية مثل ارتباط سمة الالتزام والتفاني بممارسة الكثير من سلوكيات الصحة، فقد كشفت حويلة دراسات عديدة أجريت على هذه السمة على مدار السنوات 2006/1995 عن أن أصحاب الدرجات المرتفعة على هذه السمة يكونون أكثر لياقة بدنية ويختارون الأطعمة الصحية ويتناولون الأدوية حسب تعليمات الطبيب ويدركون أنهم أصحاب.

✓ **الإدراك والمعرفة:** يمكن أن تؤثر الأعراض التي يعانيها الناس في سلوكياتهم المرتبطة بالصحة وهم يستجيبون لهذه الأعراض بطرق متباينة تتراوح بين تجاهل المشكلة إلى السعي للحصول على الرعاية المتخصصة فور ظهور الأعراض، وبالتأكيد عندما تدرك الأعراض على أنها شديدة سيسعى كل شخص للحصول على الرعاية المناسبة، لكن عندما تدرك الأعراض على أنها ليس شديدة فإن الناس غالبا ما يغيرون من عاداتهم الصحية.

✓ الانفعالات: تجد أن الأشخاص الذين يعانون من مستويات مرتفعة من المشقة يميلون لممارسة عادات صحية سلبية لخفض التوتر (شوقي، دس، ص154، 156).

يشير تروشكة (Troschker) وآخرون أن العوامل المحددة للسلوك الصحي هي:

- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات... الخ)

- العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي،... الخ) (بن غزفة، 2007، ص39).

- العوامل الاجتماعية الثقافية على مستوى البلديات (العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمة الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة...).

- العوامل الثقافية الاجتماعية عموماً (منظومة القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية).

- عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية) (زاوي وبرجم، دس، ص4).

ويذكر (يخلف، 2001) أن العوامل المحددة للسلوك الصحي تنقسم إلى عوامل

شخصية وعوامل محيطية تتمثل في:

### • المحددات المحيطية:

أ- المحيط الفيزيائي: والمتمثل في عوامل المناخ التي تؤثر على السلوكيات الصحية كالحرارة والبرودة.

ب- المحيط الاجتماعي: ويقصد به الأصدقاء والأبنية الاجتماعية التي تؤثر في السلوك الصحي والمساندة العائلية التي يتلقاها الفرد.

ج/ المحيط المهني: كزملاء العمل، العمل وظروفه التي تساند أو تعيق السلوك الصحي.

• المحددات الشخصية: وتتمثل في كل المحددات الوراثية، الصحة العقلية ومحددات

الوعي المعرفي (نوار، 2014، ص209).

### 3- النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي:

يعتمد أي عامل أو باحث في مجال علم نفس الصحة أثناء تفسيره لفهم السلوك المولد للمرض على أسس ونماذج علمية يزر بها التراث العلمي، وفي هذا المجال أقدم مجموعة من العلماء والباحثين على صياغة نظريات علمية ونماذج نظرية لتفسير سبب تبني الفرد لسلوكات صحية دون أخرى ومن أهم هذه النماذج:

#### 3-1 نموذج المعتقدات الصحية (القناعة الصحية):

طور هذا النموذج من قبل روزنتوك (Rosenstock,1966) ثم عبر أعمال بيكر (Becker,1974,1975,1984) وآخرون، ونقصد التنبؤ بالسلوكات الصحية الوقائية والاستجابة السلوكية للعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة (شفيق، 2019، ص 225).

ويعد نموذج المعتقدات الصحية من النماذج النظرية الأكثر شيوعاً في الأوساط الصحية وخصوصاً في مجال الصحة العامة إذ يعتمد في تفسير الممارسات الصحية الوقائية.

وحسب هذا النموذج فإن احتمال تنفيذ السلوكات الوقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها (المحاسنة والختاتنة، 2020، ص 290).

كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديم السلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته شديتين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض مرتفعاً، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة هذا السلوك معتبرة (العاسمي، 2016، ص 302).

ويتضمن هذا النموذج مبادئ أساسية حسب ما ذكرته (نوار، 2014، ص 197):

- استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد هو نتائجه وآثاره.
- تقييم الفرد لنتائج السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.

- وجود مثير للسلوك يدفع الفرد للبحث عن السلوك الصحي المناسب وقد يكون هذا المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام)

كما يشير هذا النموذج إلى وجود أنماط من المعتقدات تزيد من احتمال قيام الفرد بفعل معين يناسب مرضا أو ظروف محددة وهي كالاتي:

▪ **القابلية المدركة للمرض:** تشير القابلية المدركة لإصابة بمرض ما وجود احتمال ذاتي لدى الفرد بأنه قد يصاب بهذا المرض، وإذا ما كان قد سبق للفرد الإصابة فإن القابلية المدركة للإصابة تعد صياغتها لتشمل توقع التشخيص، وتقديرات الفرد لقابلية الإصابة بهذا المرض مرة أخرى وقابلية الإصابة بالمرض بشكل عام(عليوة، 2015، ص108).

▪ **الخطورة المدركة للمرض:** تحتوي الإحساسات المتعلقة بخطورة المرض على تقديرات لكل من العواقب الطبية والعيادية (الموت، العجز، الألم) والعواقب الاجتماعية (تأثيرات الحالة المرضية على العمل وعلى حياة العائلة والعلاقات الاجتماعية)(Glanz,2008, p47) ويشير "كابلان" إلى أن القابلية للإصابة بالمرض وخطورة هذا المرض المدركة يشكلان معا التهديد المدرك للمرض ومثال ذلك "إذا شعرت أن لدي القابلية للإصابة بمرض خطير فإن الدافعية لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون مرتفعة لأن مستوى التهديد مرتفع، أما إذا شعرت بأن لدي القابلية للإصابة بالمرض أقل خطورة فإن الدافعية لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة لأن مستوى التهديد منخفض(عليوة، 2015، ص108).

▪ **الفوائد المدركة:** تقييم الفرد لمدى نجاح الإجراء الموصى به في تقليل المخاطر أو التخفيف من تأثير الحالة (Collen A et al,2000,p182).

فعلى الرغم من أن الفرد قد يكون لديه اعتقاد كبير بقابليته للإصابة بمرض في القلب مثلا فإن لم يكن لديه ثقة تامة بأن تغيير نظامه الغذائي سوف يقلل من الخطر، فلن يكون هناك احتمالا أن يغير من نظامه الغذائي.

▪ **السبل للفعل أو نتائج للفعل:** قد تكون داخلية (أعراض المرض) أو خارجية (نصائح الطبيب أو ممرض أو إشهار)، فالمدخن الذي يعاني من السمنة لا يدرك أنه معرض

لخطر الأزمة القلبية التي قد تؤدي للموت فجأة، غير أن سلوك التدخين قد يرتبط في ذهن المدخن بالمنافع التي سيجنيها في مقابل التكاليف المترتبة عن السلوك وأهمها الآثار الجسدية والنفسية(القص، 2016، ص128، 129).

▪ **المعوقات المدركة للفعل:** تقييم الفرد لمدى صعوبة الإجراء الموصى بها أو كم سيكلف من الناحية النفسية وغيرها (Collen A et al,2000,p182).  
وتؤثر المعوقات على احتمالية القيام بالفعل، فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتا طويلا أو مجهودا كبيرا فقضاء ساعة يوميا في الاسترخاء للتحكم في ضغط الدم المرتفع قد يدركه بعضنا بوصفه سلوكا غير ملائم(عليوة، 2015، ص109).  
وتشتمل الموانع أو العوائق التي قد يدركها الناس عند اتخاذ السلوك الوقائي كما ذكرها (شوقي، دس، ص181) في:

- ✓ اعتبارات مالية: المال اللازم لتسديد فواتير العلاج .
- ✓ اعتبارات نفسية اجتماعية: مثل اعتقاد الناس عن الشخص الذي يقوم بإجراء فحوصات دورية أنه تقدم في العمر .
- ✓ اعتبارات مكانية فيزيائية: مثل السكن في المناطق النائية وبعد المستشفيات أو العيادات الطبية وعدم وجود وسائل نقل.

### جدول رقم (01) يوضح المفاهيم الثابتة في نموذج المعتقدات المتعلقة بالصحة

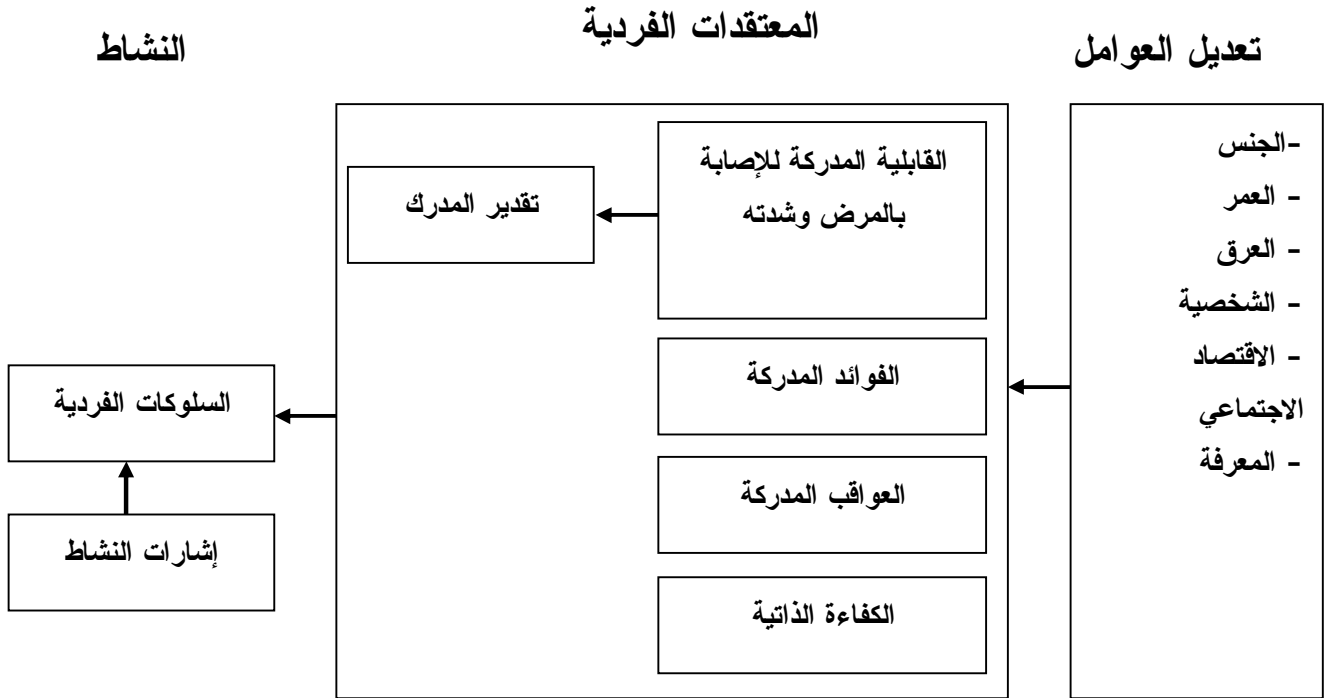
#### وتطبيقاتها

المفهوم	التعريف	التطبيقات
الحساسية المدركة	رأي الفرد حول فرص التعرض للمرض	* تحديد الأفراد المعرضين للخطر. * تحديد مستويات الخطر. * تصنيف المخاطر استنادا إلى خصائص الأفراد وسلوكياتهم. * زيادة إدراك شدة الحساسية لدى الأفراد خاصة إذا كانت منخفضة
الخطورة المدركة	رأي الفرد حول مدى خطورة حالته، وما هي نتائجها ؟	تحديد الآثار المترتبة على المخاطر وحالة الفرد

تحديد الإجراءات اللازم اتخاذها: كيف؟ ومتى؟ وأين؟ *توضيح الآثار الإيجابية المرجوة.	إيمان الفرد بمدى فعالية الإجراءات الموصى بها من أجل التقليل من المخاطر أو خطورة التأثير .	الفوائد المدركة
تحديد وتقليل العواقب من خلال الطمأنة والحوافز والمساندة .	رأي الفرد في التكاليف الملموسة النفسية للإجراءات الموصى بها	العواقب المدركة
توفير التكوين، التدريب والتوجيه أثناء تنفيذ الإجراءات .	ثقة الفرد في القدرة على اتخاذ الإجراءات اللازمة .	الكفاءة الذاتية

المصدر: (حربوش، 2019، ص364).

### شكل رقم(2): يوضح نموذج المعتقدات الصحية



المصدر: (Rakhashanderou et al, 2020,p2)

بوجه عام وعلى الرغم من أن الدراسات عن نموذج المعتقدات الصحية قد وجدت دعماً لقدرته على التنبؤ بالسلوك ذي الصلة بالصحة إلا أن الباحثين أثاروا بعض الأسئلة حول فائدته، فهذا النموذج لا يشتمل على مكون فعالية الذات، أو ثقة المرء بإمكانية أن ينخرط في السلوك بفعالية حيث تعتبر فعالية الذات مؤثراً قوياً على السلوك ذي الصلة بالصحة، أيضاً في حين أن العوائق المدركة وسرعة التأثير المدرك أفضل المؤشرات فإن

الحدة المدركة ليست مؤشرا قويا على السلوك بل مؤشر ضعيف في الحالات التي يصعب فيها تعريف المشكلات الصحية بلغة الحدة (الحالات الطبية التي لا يألفها الناس وهو مفيد في التنبؤ بالسلوكيات المحدودة أكثر من السلوكيات المعتادة) (ساندرسون، 2019، ص92).

ومن جهة أخرى وبتركيز هذا النموذج على العلاقة المباشرة بين الاعتقادات الخاصة للفرد حول إدراكه لخطر الاستعداد للمرض وبين السلوك الوقائي فإننا نعتقد بأنه يهمل بالمقابل الدور الذي تلعبه الاتجاهات في توجيه السلوك المتعلق بالصحة وينفي الطابع الاجتماعي عن هذا السلوك خاصة وأن السلوك الصحي يمكن أن ينشأ عن طريق تقليد الآخرين، وفي هذا السياق يرى زاني (Zani, 2002) أن الفرد يبدو في هذا النموذج وكأنه يحدد سلوكياته فقط من منطق عقلائي بمعزل عن انفعالاته ودوافعه وعلاقاته مع الآخرين (الزروق، 2015، ص20).

### 3-2 نظرية الفعل المعقول:

مجال هذه النظرية هو علم النفس الاجتماعي إذ تأسست سنة (1967) على يد كل من إريك أجازن ومارتن فيشن (Irek Ajzen, Martin Fishhein) من خلال فرضياتهما في دراسة مصطلح "الاتجاه" أو "الموقف" أين اهتمتا بمعرفة العلاقة بين الموقف والسلوك انطلاقا من نظرية قيمة التوقع (عيادي، 2009، ص33).

استخدمت نظرية الفعل المعقول على نطاق واسع لدراسة السلوكيات التي تلعب دورا محوريا في النقاش في علم النفس الاجتماعي المتعلقة بالعلاقة بين المواقف والسلوك، وقد أشارت هذه النظرية إلى أن الفعل المعقول يلعب دورا مركزيا في الإدراك الاجتماعي في شكل معايير شخصية (معتقدات الفرد حول عالمه) وتشمل كل من المعتقدات والتقييمات (كل العوامل التي تشكل مواقف الفرد) (العاسمي، 2016، ص123، 124)

وهذه النظرية لا تركز على السلوك نفسه وإنما تركز على تشكل النوايا (تشكيلية المحددات الممكنة للنوايا السلوكية)، وتتحدد مقاصد أو نوايا السلوك من خلال عاملين:  
أ- الاتجاه نحو السلوك المشكوك فيه.

ب- المعيار الذاتي أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن دعم الآخرين .  
وتشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لعناصر هذا النموذج وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه نحو التقييمات (الشبيبات، 2016، ص11).

أما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب الأشخاص أو مجموعات الإطار المرجعي للشخص ومن أجل تعديل الاتجاهات أو المعيار الشخصي، وبالتالي تعديل النوايا وأخيرا السلوك لا بد من تعديل القناعات (العاسمي، 2016، ص123، 124).  
وعموما فإن المعنى العام للنظرية هو اتجاهاتنا نحو السلوك تتشكل بمعتقداتنا السلوكية وهي محصلة:

- معتقداتنا عن النتائج المتوقعة من إجراء السلوك.

- معتقداتنا عن قيمة وأهمية هذه النتائج .

وكذلك معاييرنا الاجتماعية = الضغوط الاجتماعية والتي هي محصلة عاملين:

- اعتقاد الفرد عن وجهة نظر المقربين في إجراء للسلوك (تشجيع أو رفض).

- رغبة الفرد بالارتباط بهؤلاء المقربين.

وبمعنى آخر تشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة لسلوك المشكوك فيه نحو التقييمات، أما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب أشخاص أو مجموعات الإطار المرجعي ومن أجل تعديل الاتجاهات وبالتالي تعديل النوايا وأخيرا السلوك، لا بد في البداية من تعديل القناعات (الداغستاني والمفتي، دس، ص100).

وفي تطوير آخر أضاف أجزين (Adjzen) عاملا آخر والمتمثل في القابلية الذاتية لضبط التصرف والتي يقصد بها قناعة الشخص على أن يقوم بالفعل بتصرف ما، وطبقا لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لباندورا (Banadora) (بن غذفة، 2007، ص41)

فإن نية الفرد من أجل القيام بالسلوك الصحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه، أي أنه على الشخص لا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة مثلا من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعا على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين. (الرصاصي وآخرون، 2018، ص160).

### 3-3 نظرية السلوك المخطط:

لقد جاءت نظرية السلوك المخطط TPA والتي وضعها (Ajzen,1985) بعد نشر مقالته تحت عنوان "من النوايا إلى الأفعال: نظرية السلوك المخطط" امتدادا لنظرية الفعل المبرر أو المعقول التي اقترحها أيضا (Ajzen,Fishbien,1975) التي استندت بدورها على عدة نظريات: نظرية التعلم، نظرية توقع القيمة، نظرية الاتساق ونظرية العزو حيث افترضت هذه النظرية أنه إذا قيم الفرد السلوك تقييما إيجابيا (الموقف)، وكان يعتقد أن الأشخاص المهمين بالنسبة إليه يريدونه أن يقوم بالسلوك (المعايير الذاتية) سوف يكون نية عالية ومرتفعة (دافعية) ويكون أكثر قابلية للقيام بسلوك معين (حربوش، 2019، ص367). وبالتالي نلاحظ هنا وجود ارتباط قوي بين الموقف، المعايير الذاتية، ونية القيام بالسلوك (النية السلوكية) وكذلك السلوك الصادر أو المطلوب في حد ذاته والذي أكدته العديد من الدراسات.

ولكن بعدها جاءت أدلة عكسية تنفي العلاقة القوية بين نية القيام بالسلوك والسلوك الفعلي الصادر عن الفرد، حيث توصلت بعض الدراسات أنه بسبب القيود الظرفية فإن النية السلوكية لا تؤدي إلى السلوك الفعلي (المطلوب) وفسرت ذلك بأنه لا يمكن لنية القيام بالسلوك أن تكون محدد حصري ووحيد بمعنى رقابة الفرد للسلوك تكون غير كاملة. من أجل ذلك عدل (Ajzen) نظرية الفعل المبرر بإضافة عنصر جديد وهو "الرقابة السلوكية" مستخلصا بذلك نظرية جديدة سميت "نظرية السلوك المخطط" والتي جاءت لتلم بالسلوكات اللاإرادية وللتنبؤ بالنية السلوكية والسلوكات الفعلية (حربوش، 2019، ص367).

عموماً تفترض هذه النظرية أن مقاصد السلوك هي التي تدفع الفرد إلى سلوك معين، وتعتمد وظيفة السلوك على محددات ثلاث على النحو التالي:

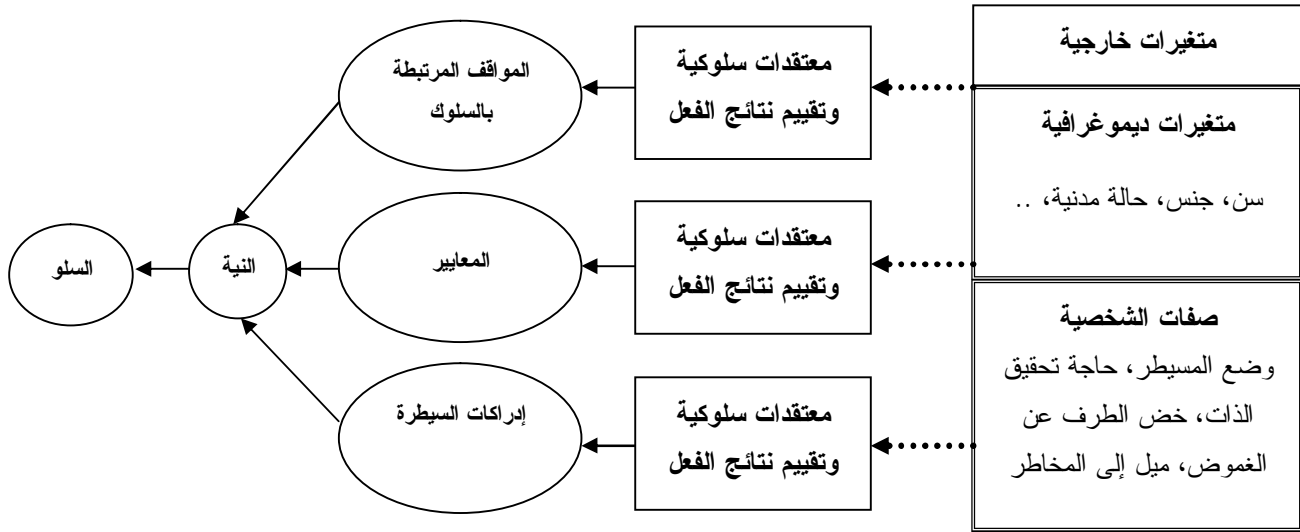
- **الاتجاهات:** وهي المشاعر الإيجابية والسلبية الناتجة عن الانخراط في سلوك محدد.  
- **المعايير الذاتية:** وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أم لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد ومثال ذلك معتقدات الأسرة، مفاهيم الإعلام والنماذج المجتمعية (عبد الخالق والنيال، 2019، ص 24، 25).

- **الضبط السلوكي المدرك:** ويتكون من اعتقاد الفرد أنه بإمكانه تنفيذ أسلوب أو سلوك معين استناداً إلى وجهة نظر عوامل الضبط الداخلية (المهارات، القدرات، المعلومات) وعوامل الضبط الخارجية (مثل الصعوبات، الفرص) وكلاهما يتصلان بالسلوك الماضي، كذلك يتضمن هذا البعد الأخذ في الاعتبار درجة المعارف التي يمتلكها الشخص ومؤهلاته الخاصة ومصادره، وفرصه الضرورية اللازمة لتحقيق السلوك المرغوب.

ووفقاً لنظرية السلوك المخطط فإن هذه العوامل الثلاث للنوايا السلوكية ترتبط بالسلوك وأن حالات الضبط السلوكي المدرك يمكن أن يكون لها تأثير مباشر على السلوك دون تأثير وسيط للنوايا السلوكية وذلك كما يوضحه الشكل (3) (العاسمي، 2016، ص 125).

تمكنت **نظرية الفعل المخطط** من تحديد عدد من العوامل الأساسية المهمة في التنبؤ بالنية والسلوك والتي تمكنا من فهم لما يتخذ شخص ما قرار يتصل بالصحة، وأكدت دور الأحكام القائمة على التوقع-القيمة في تكوين نية سلوكية أو هدف فيما يتصل بالمعتقدات العامة المرتبطة بنواتج السلوك والمعتقدات المتصلة بالكيفية التي يكون فيها للنفوذ الاجتماعي للأشخاص المهمين تأثير على المجازاة السلوكية (شوقي، دس، ص 171).

شكل رقم (3): يوضح نموذج نظرية السلوك المخطط



المصدر: (بن أشنهو وبوسيف، 2017، ص143)

رغم أن نموذج السلوك المخطط حاول معالجة مشكلة العوامل الاجتماعية والبيئية (المعتقدات المعيارية) ومع هذا فإن هذه النظرية لا تخلو من جوانب القصور، فقد انتقدت من قبل شوارزر (Schwartz, 1992) بسبب إغفاله للعنصر الزمني وعدم وصف ترتيب تلك المعتقدات أو أي اتجاه للسببية (شفيق، 2019، ص227).

### 3-4 نموذج مراحل التغيير:

طور كل من بروشاسكا وديكلمنت (Diclemente, Prochaska) هذا النموذج لتغيير السلوك إذ يبين هذا النموذج أن تغيير السلوك عملية معقدة وأن الأفراد يقومون بالتغييرات بطريقة تدريجية وليس من الضروري أن يتم ذلك في ترتيب محدد ومنطقي. ويشير الجزء الأساسي في هذا النموذج لتغيير السلوك إلى أن الأشخاص ينطلقون من مرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية وأنهم يفقدون مراحل في بعض الأحيان وقد يرجعون في وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل أن ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، فيظهر هذا النموذج وكأنه دوامة، وقد أشار "كونر" إلى أن هناك بعض الباحثين الذين افترضوا أنه من الممكن أن يكون هناك بعض المراحل الكيفية في مبادرة السلوك الصحي واستمراره، ولكي نحصل على فهم كامل عن السلوك الصحي ومحدداته فمن الضروري إجراء تحليل مفصل

لطبيعة كل المراحل، وقد استخدمت مراحل التغيير الصحي بنجاح للتحكم في تعاطي الكحول والتوقف عن التدخين وفي العلاج النفسي (عبد الخالق والنيال، 2019، ص 25، 26).

وهناك خمس مراحل للتغيير:

• **مرحلة ما قبل العزم أو ما قبل التفكير في الفعل:** تظهر مرحلة ما قبل التفكير في الفعل عندما يكون الفرد ليس لديه نية لتغيير سلوكه، وعديد من الأفراد لا يكون لديهم وعي بأنهم يعانون من مشكلة في حين أن أسرهم والأصدقاء أو الزملاء قد يكونون على وعي بالمشكلة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، ومثال ذلك مشكلة المدخن الغافل عن المشكلات التي يسببها لأسرته.

وأحيانا يطلب هؤلاء الأفراد العلاج في هذه المرحلة إذ تم الضغط عليهم من قبل الآخرين ويشعروا أنهم مجبرون على تغيير سلوكهم، وليس مفاجئاً أن هؤلاء غالبا ما يعودون لسلوكياتهم القديمة مرة أخرى (عدودة، 2015، ص 103).

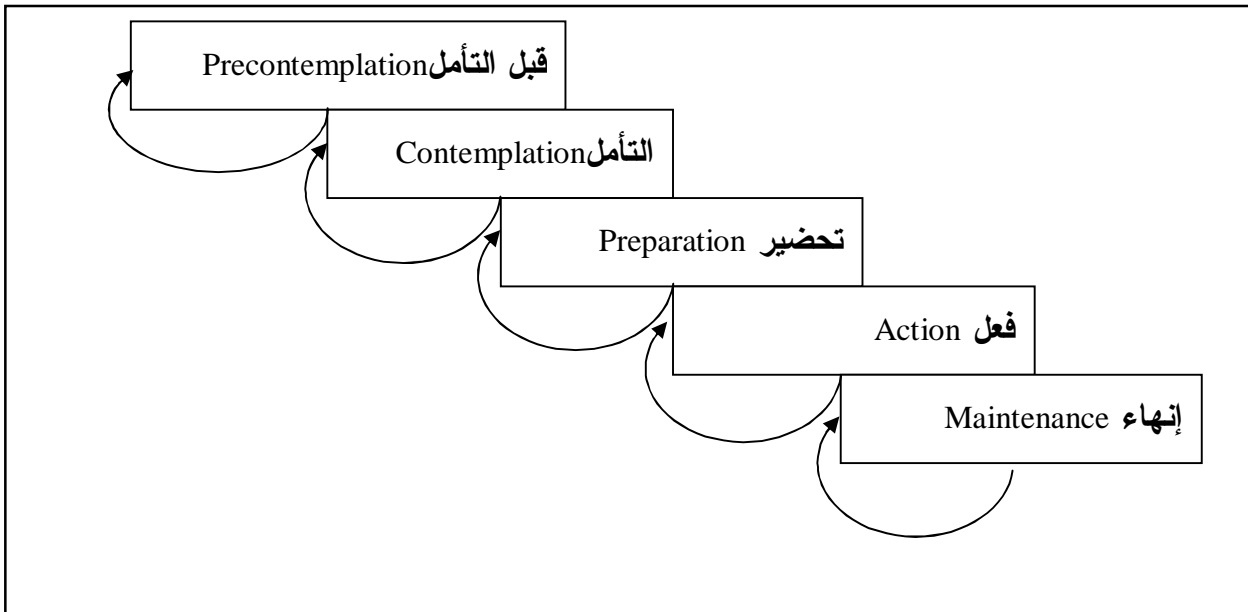
• **مرحلة العزم:** في هذه المرحلة يشعر الأفراد بوجود المشكلة ويبدوون في التفكير بها ولكنهم لا يلتزمون بسلوك معين، إن الكثير من الناس يظلون في مرحلة العزم لسنوات عديدة مثل المدخن الذي يدرك تماما أن عليه التوقف عن التدخين ولكنه لا يلتزم بالتوقف بل يستمر بتحديد الإيجابيات والسلبيات التي يسفر عنها تغيير سلوكه، ويستمر بإبراز المظاهر الإيجابية المرتبطة بالمتعة التي يسببها الاستمرار بالتدخين.

• **مرحلة التحضير:** في مرحلة التنفيذ يعقد الأفراد العزم على تغيير دون أن يكونوا قد بدأوا بعد بالتغيير وفي بعض الحالات يعود ذلك إما لأنهم لم يحققوا النجاح في السابق، أو لأنهم يؤخرون القيام بذلك إلى حين تمكنهم من إنجاز أمر معين، أو للتخلص من الضغوط التي يواجهونها في مرحلة ما وفي حالات أخرى يقوم الأشخاص في مرحلة التحضير بتعديل السلوك إلى حد ما كأن يقوموا بتدخين عدد من السجائر أقل مما اعتادوا عليه، ومع ذلك فإنهم لا يعملون على الالتزام باستبعاد السلوك بالشكل الكامل (تايلور، 2008، ص 151، 152).

• **مرحلة الفعل والتنفيذ:** يحدث تعديل وتغيير فعلي في السلوك كالإقلاع عن التدخين مثلا وتغلب الفرد على مشكلته الصحية، كما يلاحظ تغير في المتغيرات المحيطة بالشخصية المحيط العائلي ويكون التغيير واضحا في هذه المرحلة حيث يصب الفرد اهتمامه في الفعل ويتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير، وغالبا ما تتطلب هذه المرحلة إرادة كبيرة وجهدا مستمرا لإحداث أي تغيير ملموس في تعديل السلوكات ويتطلب الأمر كذلك الدعم الإيجابي من طرف المحيط والفريق الطبي وتعزيز الذات لضمان عدم الانتكاسة(نوار، 2014، ص205، 206).

• **مرحلة التثبيت والاحتفاظ بالسلوك:** فهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس (القص، 2016، ص138)، كما يعمل على توطيد النتائج التي توصل إليها وهي مرحلة الثبات التي تعني الاستمرارية في السلوك الإيجابي والالتزام به (نوار، 2014، ص206).

شكل رقم (4): يوضح نموذج مراحل التغيير



المصدر: (عصماني، 2019، ص462).

3-5 نظرية الدافع إلى الحماية:

وضع روجرز (Rogers, 1975) نظرية دافع الحماية وأشار إليه بأنه دافع لحماية السلوكيات المرتبطة بالصحة، ويقوم هذا النموذج على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين العناصر الأربع التالية:

- الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة، وفي هذه الدرجة يكون الفرد على بينة من نوع وطبيعة المخاطر التي ستواجهه في المستقبل وتهدد صحته (الثبتات، 2016، ص12).

- القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.

- الفاعلية المدركة لإجراء ما من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.

- توقعات الكفاءة الذاتية أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر (بن غزفة، 2007، ص41).

الدافع للحماية هو نتيجة لتقييم التهديد وتقييم التعامل، فتقييم التهديد هو تقدير لفرصة الإصابة بالمرض (الضعف) والتقدير لخطورة المرض (الشدة). وتقييم التعامل يتكون من فعالية الاستجابة والكفاءة الذاتية، فعالية الاستجابة المتوقعة للفرد أن تنفذ التوصيات التي يمكن إزالة هذا التهديد.

الكفاءة الذاتية هي الاعتقاد في قدرة المرء على تنفيذ توصيات الجلسات العلاجية، والدافع للحماية هو متغير وسيط تتمثل مهمته في إثارة واستمرار وتوجيه السلوك الصحي الوقائي (العاسمي، 2016، ص119).

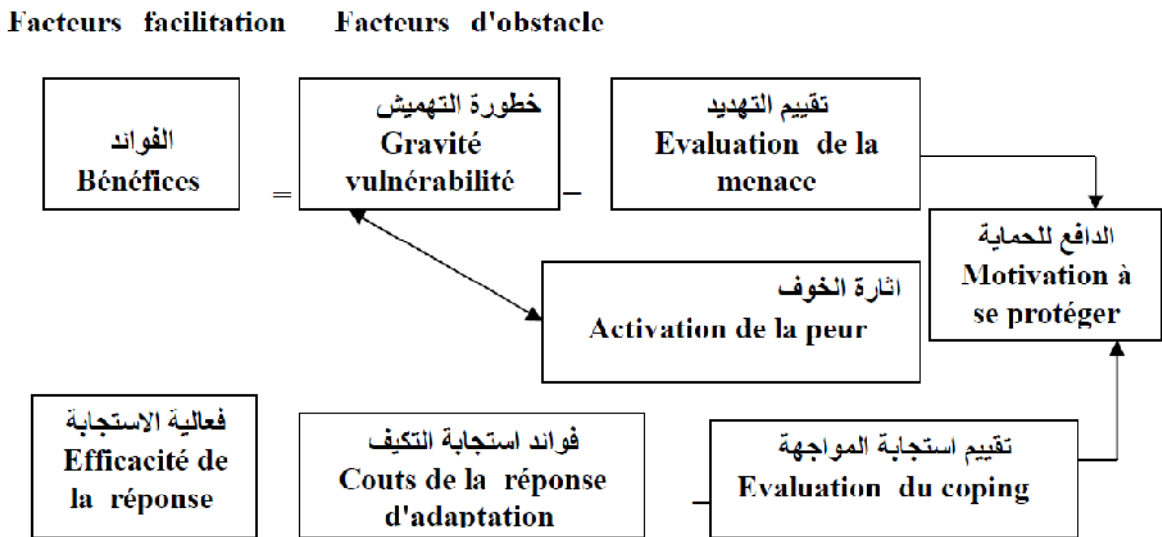
وفي هذا السياق تم الكشف عن وجود علاقة بين كل من الاستعداد المدرك للمرض الشدة المدركة لخطورة المرض والفعالية الذاتية والسلوك الوقائي، وذلك في (65) بحثا قام بتحليل نتائجه فلويد (Floyed, 2000) وزملائه.

يمكن القول أن نظرية دافع الحماية تشرح العلاقة بين الاعتقادات والسلوك الوقائي بوجود عامل وسيط بينهما هو الدافع على الحماية والرغبة في ممارسة السلوك التي

تغذيها الفاعلية الذاتية المدركة، ولقد استخدمت نظرية الدافع إلى الحماية بشكل واسع في مجال الوقاية من الأمراض الخطيرة كالسرطانات والسيدا (الزروق، 2015، ص21).

وبالرغم من الاستخدامات الواسعة لنظرية دافع الحماية إلا أنها انتقدت من خلال تركيزها على السلوكيات المدركة ولا تأخذ بالحسبان السلوكيات المعتادة، وإهمال دور العوامل الاجتماعية وبغض النظر عن هذه الانتقادات فإن لهذه النظرية قوة دعم تجريبي قوي في ما يتعلق بالسلوكيات الصحية التي يمارسها الأفراد في حياتهم اليومية سواء بالاتجاه الايجابي أو السلبي (العاسمي، 2016، ص121).

### شكل رقم(5): يوضح نموذج نظرية الدافع للحماية



المصدر: (الفص، 2016، ص136)

### 3-6 سيرورة التأثير على الصحة:

وضع شواتزر (Schwartz, 1992) هذا النموذج الذي يجمع بين الأبعاد المعرفية والاجتماعية والزمنية للسلوك الوقائي بغرض تحديد كيفية تأثير الاعتقادات على الفعالية الذاتية بالنسبة للمتغيرات المتعلقة بالصحة، وهو تناول يركز على العلاقة بين الرغبة في السلوك والسلوك الفعلي، ويعتبر أن ظهور السلوكيات الصحية وتبنيها والحفاظ عليها يتم ضمن سيرورة من المراحل يمكن تقسيمها إلى مرحلتين (الزروق، 2015، ص24).

أ- **مرحلة الدافعية:** عندما يختار الفرد تبني فعل أو خلق نية، وهذه المرحلة تتأثر بثلاث معتقدات وهي:

- إدراك خطر المرض أو شروط الصحة (إدراك الخطر).

- النتيجة المرتقبة من السلوك الوقائي .

- إدراك الفعالية الشخصية .

ب- **مرحلة الفعل:** تنقسم بدورها إلى ثلاث خطوات .

- تحضير مخطط الفعل ومراقبته.

- الفعل.

- المحافظة على الفعل.

هذه المرحلة تتأثر بمعوقات الفعل وأيضاً بالفعالية الشخصية أو قدرة الفرد على الاستمرار في مواجهة التهديد أو الاستمرارية في القيام بالسلوك الوقائي عبر الزمن (القص، 2016، ص 139، 140).

لقد أثبتت الدراسات أهمية هذا النموذج من خلال قدرته على شرح العلاقة بين السلوك الوقائي وبين كل من الدافعية والفعالية الذاتية، إذ بينت نتائج البحث الذي قام به شواتزر وفوشز (Fuchs, Schwatzer, 1996) حول التغذية الصحية على عينة مكونة من (800) فرد في ألمانيا والتي تم فيها تطبيق نموذج (HAPA) لمعرفة كل من الفعالية الذاتية والتوقعات الإيجابية السلبية المنتظرة من تطبيق السلوك الوقائي وإدراك الخطر على الرغبة في تبني نظام غذائي صحي، بينت أن الفعالية الذاتية احتلت أعلى معدلات الارتباط بين المتغيرات الأخرى (الزروق، 2015، ص 25).

### 3-7 النظرية المعرفية الاجتماعية:

وفقاً لهذه النظرية فإن الناس يتعلمون الاتجاهات عن سلوكيات معينة بملاحظة الآخرين وهم ينخرطون في هذا السلوك وبرؤية النواتج التي يمر بها الناس من هذا

السلوك، وتؤكد هذه النظرية على قوة الملاحظة في مساعدة الناس على تشكيل الاتجاهات عن سلوكيات معينة.

وتحدث النمذجة المباشرة عندما يلاحظ الناس الآخرين في شبكاتهم الاجتماعية وعلى العكس فإن النمذجة الرمزية تحدث عندما يلاحظ الناس الآخرين كصور في وسائل الإعلام بما في ذلك الصحف والمجلات والتلفاز.

إن لهذه الأنواع من النمذجة تأثير قوي على الأنواع المختلفة من السلوكيات ذات الصلة بالصحة بما في ذلك السلوكيات المعززة التي ينخرط فيها الناس وكيف يستجيبون للأدوية والعلاجات (ساندرسون، 2019، ص 92)، وتدرس نماذج المعرفة الاجتماعية العوامل التي تنبأ بالسلوك أو النوايا السلوكية بالإضافة إلى دراسة لما يفشل الناس في الحفاظ بالسلوك الذي قاموا به، وقد وضعت هذه النظرية من قبل باندورا Banadora, (1987) الذي يقترح أن السلوك يخضع للتوقعات والحوافز والإدراك الاجتماعي وذلك من خلال ما يلي:

**1- توقعات نتائج الموقف (Situation Outcome Expectancies):** التوقع بأن السلوك يكون خطيرا ومثال ذلك التدخين يمكن أن يسبب سرطان الرئة.

**2- توقعات النتيجة Outcome Expectancies:** وتعني المتوقع من السلوك الذي يمكن أن يقلل من الضرر على الصحة، ومثال ذلك "إيقاف التدخين يمكن أن يقلل من فرص الإصابة بسرطان الرئة".

**3- توقعات الكفاءة الذاتية Self efficacy Expectancies:** من المتوقع أن يكون الفرد قادرا على القيام بالسلوك المطلوب ومثال ذلك "يمكنني أن أتوقف عن التدخين إذا كنت أريد ذلك" (العاسمي، 2016، ص 122).

كما يرى باندورا (Banadora) أن ذوي فاعلية الذات يكونون قادرين على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة تخدم صحتهم وتزيد من ثقتهم ومن قدراتهم على مواجهة التحديات في حياتهم اليومية، ووفقا لذلك فقد يكتسبون عادات صحية سليمة ويتخذون سلوكيات وقائية عكس الذين يفتقرون إلى فاعلية ذات فيتصفون بالعجز والتشاؤم

وعدم الثقة، حيث يرى أن العوامل النفسية الاجتماعية لها تأثير على الممارسة الصحية وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة من خلال تأثيرها على:

- ✓ ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- ✓ مستوى الجهد الذي يبذله للوصول لهدف معين.
- ✓ مستوى الضغط الذي سيعاني منه لدى مواجهته لمطالب الحياة وتحدياته.
- ✓ طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع (شفيق، 2019، ص 2019).

### 3-8 نموذج التربية الصحية (برسيد):

يعتبر لورانس جرين (Lawrence Green, 1974) رائد في مجال التربية الصحية ولقد صاغ نمودجا نظريا يعرف بنمودج الإعداد أو برسيد (Percede Model) حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة والارتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى المستويات. يرى جرين أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي ومباشر بالبيئة المحيطة بالفرد والعادات الصحية التي يمارسها، واستطاع جرين تحديد مجموعة من المتغيرات أو العوامل يفترض أنها تتحكم أو تضبط في نشأة وممارسة مظاهر السلوك الصحي (عدودة، 2015، ص 87) ويوضحها الشكل التالي:

### الشكل رقم (6): يوضح نموذج التربية الصحية لـ 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"

1- عوامل أو متغيرات الاستعداد: تتضمن هذه العوامل المتغيرات المعرفية مثل المعارف الصحية والقيم والاتجاهات والمعتقدات الصحية والوعي الصحي، وتشكل هذه المتغيرات الهدف التقليدي لبرامج التربية الصحية والتي غالباً ما تسعى من خلال تغيير هذه المكونات المعرفية إلى دفع الفرد لممارسة الأنشطة والعادات الصحية السليمة (نوار، 2014، ص203).

2- عوامل أو متغيرات الكفاءة: وتشمل الكفاءة والمهارات والموارد الأخرى مثل الكتاب أو النادي الرياضي أو جمعية خاصة بضبط الوزن، وكلها تساعد على تنفيذ النشاط الصحي المرغوب كمرقبة مستوى ضغط الدم أو مراقبة استهلاك الكوليستيرول أو تعلم السباحة وبمعنى عوامل أو متغيرات الكفاءة تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق مستوى صحي جيد (عدودة، 2015، ص88).

3- عوامل أو متغيرات التعزيز: وتشمل جميع العوامل الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تؤثر على سلوك الفرد وعاداته الصحية وعوامل التنشئة الصحية الأخرى كسلوك المربين أو المصلحين (نوار، 2014، ص203).

### 3-9 نموذج دولي وشنايدر (Dodly and Schneider, 1991):

وهي نظرية في تحديد اتجاهات الناس والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

- إدراك التهديد الصحي.
- اختزال التهديد المدرك.
- أ- إدراك التهديد الصحي يتأثر بمجموعة عوامل هي:
  - القيم الصحية وتتضمن:
  - الاهتمام بالصحة ورعايتها.
  - معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى.

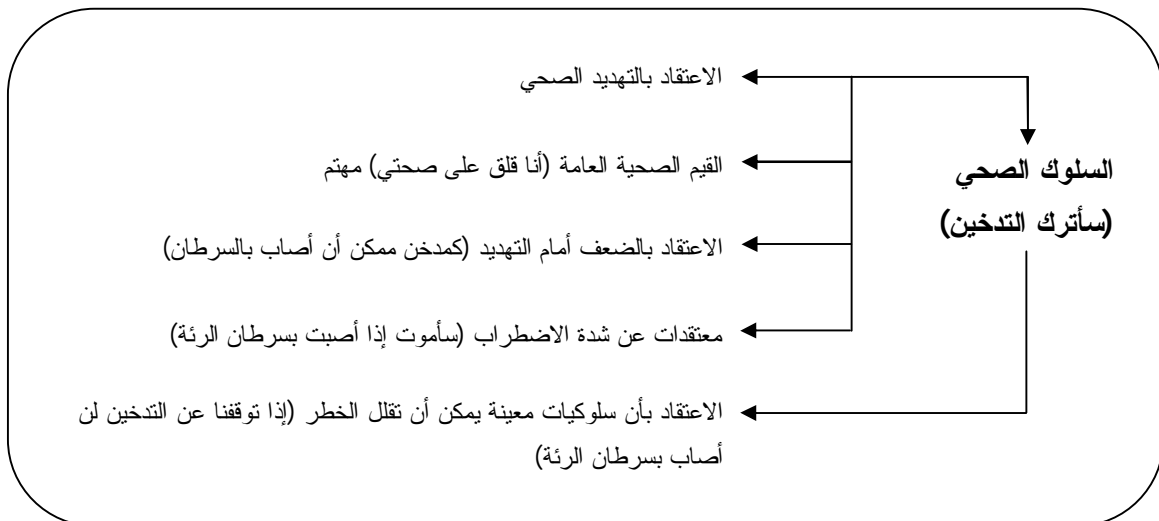
- معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا، فمثلا قد يغير الناس حميتهم في أي دقيقة ليضيفوا إلى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي القليل من الكوليسترول فيما إذا كانوا يقدرون الصحة كثيرا ويشعرون بتهديد إمكانية إصابتهم بأمراض القلب مع إدراكهم أن لأمراض القلب تهديد خطير وقاسي (عليوة، 2015، ص122، 123).

ب- اختزال التهديد المدرك: وهو اعتقاد الشخص بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي يتربصه وذلك باحتمالين:

- إن كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده.

- إذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها وأيد ذلك روزنستوك في نظريته، فعلى سبيل المثال الرجل الذي يشعر أنه مهدد في (إصابته بالقلب) وهو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية وقد يعتقد بأن تغيير نوع الغذاء وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه وان تغيير غذاءه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة، بحيث تصبح نيته (غايته) في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكدا بأن الحمية تفيد تقليل المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد وسوف لن يقوم بأي تغيير، وكذا ينطبق الحال على السلوكيات الصحية التي يمارسها الأشخاص المدخنين بقصد وقف التدخين لما له من خطر على الصحة والإصابة بأمراض القلب (الداغستاني والمفتي، دس، ص93).

### شكل رقم (7): يوضح نموذج دولي وشنايدر



المصدر: (عليوة، 2015، ص124).

- الاعتقاد بأن مراعاة معايير صحية معينة يكون لها تأثير فعال في إيقاف الخطر الناجم عن تهديد معين (إذا توقفت عن التدخين الآن لن أصاب بسرطان الرئة).
- الاعتقاد بأن الفائدة التي تحققها مراعاة معايير صحية معينة تفوق التكاليف (مع أنني سأجد صعوبة في التوقف عن التدخين إلا أن الأمر يستحق العناء لتجنب خطر الإصابة بسرطان الرئة(عليوة، 2015، ص120).

### 3-10 نظرية النسق المنظم ذاتيا لـ(LEVINTHAL,1984):

أنت نظرية النسق المنظم ذاتيا لتشكل همزة وصل بين النظريات المعرفية المفسرة للسلوك الصحي والنظريات المفسرة لطرق تبني وصيانة السلوكات الصحية، فجاءت مفسرة للسلوكات الصحية من منظور معرفي سلوكي، حيث اعتبرت الفرد مشارك فعال في حل المشكلات وتبني سلوكات تعكس جهوده في سد الفجوة بين حالته الصحية الراهنة والحالة المثالية وهدفه من السلوك الصحي الصادر عنه، ووفقا لهذه النظرية فإن السلوك الصحي يعتمد على التمثيلات المعرفية للحالة الراهنة والحالة المثالية وكذا الاستراتيجيات المستخدمة لتغيير الوضع الحالي والتقنيات أو القواعد التي تمكنها من تقييم العملية (حربوش، 2019، ص381، 382).

يقوم النموذج على ثلاث مسلمات أساسية تعتبر أولها الفرد عاملا نشطا وفعالا في حل مشكلته إذ يعمل على تقليص الهوة بين وضعيته الحالية والحالة التي يصبو إليها ويرتكز المسلم الثاني على التصور المعرفي والانفعالي لتهديد وخطر المرض يساعد على التكيف وتقييم محيط العمل، في حين يشير الثالث إلى أن التصور يتعلق بكل فرد على حدا كما قد يكون غير ممثل للحقيقة الطبية(نوار، 2014، ص209).

كما تحدد هذه النظرية ثلاث مراحل أو سلاسل من المتغيرات التي تنظم السلوك التكيفي داخل حلقة الصحة، وهي كالاتي:

❖ التمثيل المعرفي للخطر المهدد للصحة: والذي يشمل أبعاد الهوية المدركة (الأعراض، معرفة التهديد والخطر، الأسباب المحتملة)، النتائج والعواقب الممكنة وكذا إدراك كيفية تجل التهديد المتعلق بالصحة في وقت معين.

❖ خطة العمل أو التدريب على التكيف: عندما يستخدم الفرد معايير محددة لتقييم نجاح أعماله التكيفية (حربوش، 2019، ص382).

❖ مرحلة التقييم: تشير هذه المرحلة إلى تقييم الفرد المريض لمدى نجاح الاستراتيجيات التي تبناها وبالمقابل يغير التصور الانفعالي والمعرفي الذي كونه عن مرضه لكي يتمكن من تسيير الوضعية الضاغطة، كما يعمل المريض على تقييم فعالية السلوك الذي يتعامل بواسطته مع المرض فإذا كان فعالا يواصل إتباعه، أما إذا كان مضرا يتخلى عنه وهذا ما يعرف بعملية التقييم وإعادة التقييم (نوار، 2014، ص211، 212)

➤ ترى الطالبة الباحثة بعد أن تم عرض العديد من النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي يمكن القول أنها قدمت رؤى جديدة ومختلفة لتفسير عملية تبني سلوكيات صحية وقائية، كما أن أغلب النظريات ركزت على أهمية الموارد التي يمتلكها الفرد لمواجهة المرض والحفاظ على الصحة وكذا القيام بالسلوكيات الصحية المناسبة، ومن أهم الموارد الذاتية التي ركزت عليها أغلب التوجهات النظرية المفسرة لسلوك الصحي فاعلية أو كفاءة الذات حيث تعتبر فعالية الذات مؤثرا قويا على السلوك ذي الصلة بالصحة، إضافة إلى معتقدات الشخص حول سلوك أو مرض معين حيث يتوقف تنفيذ سلوك أو نشاط ما على تقدير الإيجابيات والسلبيات التي تنجم عن ذلك النشاط، أما أجزن (Ajzen) فقد أدخل مفهوم الرقابة السلوكية ويؤكد على أهمية النوايا السلوكية التي تدفع الفرد إلى سلوك معين.

كما نلاحظ من خلال عرض مختلف النماذج والنظريات المفسرة للسلوك أنها متكاملة، حيث يسمح نموذج النسق الذاتي بالتصور المعرفي والانفعالي للمرض، ويقوم نموذج دافع الحماية على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي والذي يتم عبر مراحل فيما يعرف بنموذج

مراحل التغيير، ولنجاح عملية التغيير أو القيام بأنماط سلوكية صحية لابد من قناعة صحية بوجود خطر يهدد الصحة وكذا توفر موارد تساعد الفرد على النجاح ومنها الكفاءة الذاتية أو الفاعلية الذاتية الذي أشار إليها (بانديورا) في النظرية المعرفية الاجتماعية وبالتالي هناك تداخل بين النماذج المفسرة للسلوك الصحي.

وترى الطالبة الباحثة أيضا أن النظريات المفسرة للسلوك الصحي أهملت دور الجانب الوجداني في حياة الفرد وتلك العلاقات الاجتماعية التي قد تلعب دورا كبيرا في تبني الأفراد لعادات صحية ايجابية، فالأفراد عندما يتعرضون لمواقف ضاغطة وتكون لديهم مشاعر سلبية يميلون لممارسة عادات سلبية كالسهر والأكل الغير صحي، في حين أولئك الذين يحملون مشاعر ايجابية ويحظون بدعم المحيطين بهم يتبنون عادات صحية ويسعون للحفاظ على صحتهم ويكون دافعهم أقوى لمواجهة المرض والشفاء أو التخلص من العادات السلبية التي كانوا يمارسونه في وقت سابق.

#### 4- أنماط السلوك الصحي:

حدد كاسل وكوب (Kasl,Cobb) ثلاث أنماط للسلوك الصحي هي:

#### أ- السلوك الصحي الوقائي:

بالنسبة لكوب وكاسل (Kasl,Cobb) يرمز السلوك الصحي إلى تلك النشاطات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتقدون أنهم أحسن والذين ليس لديهم تجربة مع أي علامات أو أعراض المرض بهدف البقاء في مستوى صحي جيد، أي أن السلوك الصحي الوقائي هو كل نشاط صحي يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه سيكون سليم ومعافى لغرض الوقاية أو تجنب المرض في المرحلة دون أعراض (عيادي، 2009، ص28).

➤ وترى الطالبة الباحثة أن دافع الفرد لحماية نفسه من المخاطر تدفعه للقيام بالسلوكات الوقائية وهو ما يقودنا للحديث عن ما حدث في العالم من انتشار وباء كوفيد19، ففي ظل نقشي وباء كورونا أصبح المواطن أكثر إدراكا لخطورة الوضع مما أدى إلى محاولة الأفراد إلى تبني سلوكات صحية وقائية لتجنب الإصابة بالمرض مثل غسل اليدين بشكل

متكرر، تجنب الملامسة الجسدية بين الأشخاص كالمصافحة والعناق، استخدام الواقي أو الكمادات. وضع القفازات، تجنب التجمعات، ومنع الازدحام في أماكن الانتظار، التباعد الاجتماعي بين الأشخاص يتجاوز متر، وكذا التزام الحجر والحظر الصحي، استعمال المعقمات وتجنب لمس العينين والشم والأنف، تغطية الفم والأنف بالمرفق أو منديل عند العطس والتخلص من المنديل بعد استخدامه.

ويمكن القول أن السلوك الوقائي هو سلوك احترازي لتفادي الإصابة أو تجنب المرض والحفاظ على الصحة في ظل تفشي هذا الوباء وبمجرد زوال المرض نجد أن غالبية الأفراد يعودون إلى ممارسة عاداتهم الصحية القديمة لأن الدافع من وراء تلك الممارسات انتهى.

**ب- السلوك المرضي:** عرف على أنه أي سلوك يمارسه الفرد الذي يدرك أو يشعر بالمرض بمعنى هو الاستعداد لتجربة المرض، وكثير من الدراسات أكدت أهمية السن والجنس في السلوك المرضي خاصة في استخدام الخدمات الطبية وبنسبة كبيرة عند النساء، كما تؤكد أيضا أن السلوك المرضي يختلف حسب العرق، بنية التعليم، بنية العائلة، الأنظمة الاجتماعية، الحالة الاجتماعية والاقتصادية.

يرى (Davide Meckanic) الرائد في دراسة السلوك المرضي أن السلوكيات المرضية تنشأ من أسباب معقدة متضمنة التركيبات البيولوجية القبلية، طبيعة العرض المؤثرات الموقفية والحوافز الخاصة بنظام العناية الذاتية(عيادي، 2009، ص29).

**ج- سلوك لعب دور المرض:** هو نشاط يقوم به الفرد المريض بهدف تحسين حالته ويشمل ذلك تلقي العلاج والخدمات الطبية، ويشمل مجموعة كاملة من السلوكيات غير المستقلة(حربوش، 2019، ص344).

وذكرت (شوقي، دس، ص115) أن هذا السلوك يعتمد على فكرة أن المرضى يؤدون دورا خاصا يتحررون بمقتضاه من التزاماتهم ومهام حياتهم المعتادة كالعامل والذهاب إلى المدرسة، ويستخدمون الوصفات الطبية حسب إرشادات الطبيب.

في حين عرف (برسوتر) أربع خصائص لدور المريض:

- الفرد المريض حر أو معفى من تحمل الأدوار الاجتماعية الطبيعية الخارجية، وزيادة صرامة المرض تزيد من تحرر الفرد من الأدوار الاجتماعية .
- الفرد هنا ليس مسؤول مباشر عن المأزق أو المشكل.
- الفرد المريض يحتاج للمعالجة للكسب الحسن.
- في دور المرض الفرد المريض يجب أن يسعى للمساعدة الكافية والتعاون مع العناية الطبية(عيادي، 2009، ص29).

وفي السياق ذاته ذكرت(عليوة، 2015، ص103) تقسيم آخر للسلوك الصحي أعطاه

سرافينو (Sarafino):

- **البعد الوقائي:** يتضمن الدراسات التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.
- **بعد الحفاظ على الصحة:** ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوك صحية أخرى منصوص بها.
- **بعد الارتقاء بالصحة:** ويتضمن كل الممارسات التي تعمل على تنمية وترقية الصحة والارتقاء بها وذلك من خلال النشاط البدني بشكل منتظم ومستمر، ويكتسب السلوك الصحي من خلال تعرض الفرد لخبرات تعليمية تدريبية أثناء عملية التنشئة الاجتماعية (المحاسنة والختاتنة، 2020، ص290).

وهناك من قسم السلوك الصحي إلى:

- السلوك الصحي الإيجابي: أسلوب الحياة الصحي.
- السلوك الصحي الوقائي.
- السلوك المرضي.
- دور المريض.

- استخدام وسائل العناية الصحية.

وقد أضاف (Alonzo, 1993) السلوك الصحي الاجتماعي، يعكس هذا النوع ما يقوم به المجتمع من أجل التعاون الصحي وماذا يمكن للأفراد أن يقوموا به من أجل أنفسهم، أي أن هذا التعريف يتضمن تلك النشاطات الاجتماعية التي تنشأ من التربية الصحية، ضمان الأمن الغذائي (عيادي، 2009، ص 28، 29).

ونجد برسلو وزملاؤه (Bellok Breslowk, 1972) برهنوا أن هناك ست سلوكيات يومية تؤثر على الحالة الصحية للفرد، وهي مدة النوم، عادات التغذية المتضمنة التكرار والاعتدال في الأكل وتناول فطور الصباح، إدارة الوزن، الراحة الجسمية المتضمنة ممارسة الرياضة سباحة أو مشي، أخذ العطل، عدم شرب الكحول وعدم التدخين (عيادي، 2009، ص 28، 29).

وقد حدد كل من هاريس وجوتن (Harris,Guten, 1979) السلوكيات الصحية ب:

- عدم التدخين أو تعاطي الكحول.
- الغذاء وتخفيض الوزن.
- الرياضة.
- وقاية الأسنان.
- النوم (خشاب، 2011، ص 68).
- استعمال حزام الأمن.
- سلوكيات مواجهة الكرب.
- استعمال الأدوية.
- إتباع التعليمات الطبية.
- استغلال وسائل الرعاية الصحية.
- السلوك الجنسي المناسب (زعطوط، 2005، ص 23).

وحسب ماترازو (Matarazzo,1984) هناك نوعان رئيسيان من السلوكيات الصحية:

- سلوكيات الخطر: والتي تعد مرضية وتزيد من احتمال الإصابة بالأمراض مثل التدخين، شرب الكحول، الاستهلاك المكثف للمواد الدهنية أو السكريات.
- السلوكيات الوقائية: والتي تعمل على التقليل من خطر الإصابة بالمرض مثل ممارسة النشاط البدني بانتظام، النوم الجيد، التغذية الصحية المتوازنة، استعمال الواقي الجنسي (سي بشير ومسعودي، 2016، ص6).

وتذهب بسنت مصطفى إلى تقسيم أبعاد السلوك الصحي إلى:

أ- أبعاد السلوك الصحي الإيجابية والمحسنة للصحة وتشتمل على السلوكيات التالية:

- ممارسة التمرينات الرياضية والنشاط البدني.
- السلوك الغذائي أو الحمية وضبط الوزن.
- عدم التدخين
- عدم تعاطي المخدرات والكحوليات.
- عدم التعاطي غير الطبي للأدوية النفسية.

ب- أبعاد السلوك الصحي الوقائي وتشتمل على الممارسات السلوكيات التالية:

- السلوكيات الخاصة بتدابير الأمان.
- الفحص الدوري والذاتي.
- سلوك التعرض لأشعة الشمس.

ج- أبعاد السلوك الصحي لدى المرضى وتشتمل على الممارسات السلوكية التالية:

- استخدام الخدمات الصحية.

- سلوك الالتزام بالتعليمات العلاجية (مصطفى، 2014، ص30، 31).

ولذلك سنعرض أهم السلوكيات الصحية المؤسسة لأسلوب حياة الفرد والمتحكمة

في نوعية حياته.

### ➤ سلوك ممارسة التمرينات الرياضية:

لاشك لممارسة الأنشطة البدنية فوائد عديدة منها زيادة كفاءة الجهاز التنفسي والدوري والوصول إلى وزن الجسم المثالي، والحفاظ على قوة العضلات وتخفيض مستوى الكوليستيرول في الدم واستمرارية اللياقة البدنية وتسهيل عملية التمثيل الغذائي وتقوية الأنسجة العضلية، ومرونة المفاصل، كما أن الأشخاص الذين يمارسون التمرينات الرياضية بمعدل منتظم يكونون أقل عرضة للإصابة ببعض الأمراض مثل هشاشة العظام والأورام السرطانية، وشرابيين القلب والسكري بالمقارنة بمن لا يمارسون التمرينات الرياضية (شويخ، 2012، ص 68، 69).

إلا أن الخمول البدني أصبح مرضاً مستوطناً في كل بلدان العالم، حيث يعاني منه حوالي 60% من الأطفال الناشئة و71% من الشباب و80% من البالغين، وأصبحت ظاهرة قلة النشاط البدني وضعف ممارسة الرياضة سمة العصر حيث تصل نسبة الخمول البدني 60% من إجمالي سكان العالم وفي الدول العربية على وجه الخصوص (القص، 2016، ص158).

وقد قدر الخمول البدني أنه السبب الرئيسي في نحو 21% من عبء أمراض القلب و25% من عبء سرطان الثدي و27% من السكري، علاوة على أن الأمراض السارية مسؤولة الآن تقريبا على 6 من بين 10 وفيات عالميا، وفضلا على ما أقرته منظمة الصحة العالمية بأن الصحة تتأثر على مستوى العالم باتجاهات ثلاثة: الشيخوخة، التحضر السريع الغير مخطط له والعولمة، والتي تؤدي جميعها إلى بيئات وسلوكيات غير صحية (حربوش، 2019، ص350)، ومن أجل ذلك سارعت منظمة الصحة العالمية لوضع استراتيجيات خاصة للحفاظ على الصحة وتقليل مخاطر الأمراض ومن أهمها المشاركة في ممارسة النشاط البدني.

ويورد (بهاريا، 2008) عدد من الفوائد التي تتحقق للفرد على المدى الطويل من جراء

ممارسة الرياضة:

- ✓ تحسن المزاج
- ✓ الوقاية من أمراض القلب والسكتة الدماغية
- ✓ تخفيض ضغط الدم.
- ✓ تقليل خطر الإصابة هشاشة العظام.
- ✓ تقليل خطر الإصابة بالسكر النوع الثاني (عن طريق تحسين استجابة الجسم للأنسولين).
- ✓ تقليل خطر الإصابة بمرض القلب الوعائي.
- ✓ تقليل خطر الإصابة ببعض أنواع السرطانات (سرطان القولون، والثدي).
- ✓ إنقاص الوزن (عن طريق حرق السعرات الحرارية).
- ✓ تحسين مستوى الكوليستيرول (عن طريق إزالة البروتينات الدهنية قليلة الكثافة من جدران الشرايين) (شوقي، دس، ص 150).

ففي دراسة (Power et coll, 2007) أوضح أن التدريب البدني يضمن وقاية القلب من أمراض شرايين القلب التاجية وأن النشاط البدني بدرجة (60) دقيقة في اليوم يسمح بتجنب مضاعفات العضلة القلبية الناتجة عن إحتشاء العضلة القلبية، كما أوضحت دراسة (Waunamethee, Sheper, Walker, 2000) أن مستوى النشاط البدني المتراوح بين خفيف ومعتدل لمدة (30) دقيقة في اليوم يرتبط إلى حد كبير بانخفاض نسبة الوفاة الناتجة عن الإصابة بمرض شريان القلب التاجي (سي بشيري ومسعودي، 2016، ص 8).

ولا تقتصر فوائد ممارسة التمرينات على الجوانب الجسمية فقط بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية، فهي تحسن من الحالة المزاجية وتمنح شعور بالارتياح، فرياضة المشي مثلا تساعد على تنبيه الجسم لإفراز هرمون أندورفين الذي يماثل كيميائيا مادة المورفين مما يجعل الفرد قادرا على تحمل الضغوط اليومية والتوتر والقلق، ويمنحه شعور بالسعادة والهدوء والراحة في أثناء النوم (شويخ، 2012، ص 69).

ولهذا صدرت الكثير من التوصيات والوثائق الإرشادية من قبل العديد من المنظمات الصحية والهيئات العلمية المهمة بصحة الإنسان تؤكد على أهمية النشاط البدني للصحة

وتحت على إتباع نمط حياة أكثر نشاطا وحركة من قبل أفراد المجتمع وتطالب الحكومات والهيئات بسن تشريعات تشجع على ممارسة النشاط البدني، ومن بين أهم هذه الوثائق ما صدر من المركز الوطني لمكافحة الأمراض والتحكم فيها، والكلية الأمريكية للطب الرياضي وكذلك منظمة الصحة العالمية التي توجت اهتمامها بهذا الموضوع بإصدارها في عام (2004) إستراتيجيتها الدولية للغذاء والنشاط البدني(القص، 2016، ص157، 158).

### ➤ السلوك الغذائي:

أظهرت الكثير من الدراسات علاقة بين عادات غذائية معينة وارتفاع أو انخفاض انتشار أمراض معينة، ففي بعض المناطق نجد ارتفاع معدل أمراض القلب والشرابين بينما نجدها في مناطق أخرى منخفضة حسب السلوكيات الغذائية في كل منطقة وحسب ونوع الغذاء أو الدهون المتناولة(حربوش، 2019، ص347)

وقد كشفت إحدى الدراسات على عينة قوامها (2567) مريض على أن نوع الغذاء يسهم بنسب متباينة في حدوث بعض الأمراض، فيسهم في حدوث أمراض الجهاز الهضمي بنسبة 44.1%، والأمراض الجلدية بنسبة 15.5%، وأمراض الجهاز الحركي والتهاب المفاصل بنسبة 6.8%، وأمراض الجهاز العصبي بنسبة 11.9%، والاضطرابات النفسية بنسبة 8.5%، وأمراض الجهاز التنفسي بنسبة 10%(الحارثي، 2014، ص16).

فقد وجد أن سوء اختيار الطعام كان من الأسباب القائمة وراء ارتفاع مستوى الكوليستيرول في الدم وارتفاع ضغط الدم والأمراض القلبية الوعائية، وبعض أنواع السرطان والداء السكري النوع الثاني، ومن بين الأطعمة المرتبطة ارتباطا كبيرا بالإصابة بالأمراض في جميع أنحاء العالم الزيادة المفرطة في تناول الدهون الحيوانية، حيث وجد معدلات مرتفعة في دهون الدم في أوروبا الشرقية واقتربت بها زيادة معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض القلب الوعائية بنسبة 30% وكان من بين السلوكيات التي يداوم سكان أوروبا على انتهاجها: الإفراط في استهلاك الدهون الحيوانية، الإفراط في استخدام الملح إلى جانب التدخين وعدم ممارسة الرياضة بالقدر الكافي(شوقي، دس، ص148).

لذا فإن تغيير النظام الغذائي للفرد يمكنه من تحسين حالته الصحية، فعلى سبيل المثال ارتفاع نسبة الألياف في الغذاء قد تحمي الفرد من السمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية، كما أن تعديل النظام الغذائي يمكنه أن يقلل من مستوى الكوليستيرول في الدم وهذا التعديل من شأنه أن يقلل خطر الإصابة بتصلب الشرايين(شويخ، 2012، ص69، 70).

➤ **سلوك النوم:**

يشغل النوم أكثر من ثلث حياة الإنسان وهو يعتبر المحدد الرئيسي للنمو، نضج الدماغ وتنمية والحفاظ على القدرات المعرفية فهو ضروري لضبط العديد من الإفرازات الهرمونية والحفاظ على درجة الحرارة الداخلية للجسم(حربوش، 2019، ص351).

وأشارت الكثير من الدراسات أن الأشخاص الذين لا ينامون بشكل كاف معرضون لكثير من الأمراض ففي دراسة لـ **ايف فانكزتر** في جامعة شيكاغو على مجموعة من الشبان الأصحاء سمحت لهم بالنوم لمدة أربع ساعات يوميا لمدة أسبوع وجدت أن معدلات التمثيل الغذائي لديهم قد تغيرت بطريقة جعلتهم عرضة للإصابة بالسمنة والسكر، وبمجرد أن سمحت لهم بالنوم المعتاد عادت معدلات التمثيل الغذائي للمستوى الطبيعي، وفي دراسة معملية في استكشاف العلاقة الكامنة بين النوم والأيض وبعد إتباع أسلوب لتقييد النوم يصبح الأنسولين أقل فاعلية في خفض نسبة السكر في الدم وتتنصر قدرة الجلوكوز على معدلاته بمنأى عن الأنسولين (أو ما يسمى بانخفاض تحمل الجلوكوز)

كما أن العواقب الايضية للحرمان من النوم تؤدي إلى زيادة معدلات الدهون في الدم وقد تؤدي مع الوقت إلى زيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب(موفق، 2020، ص861، 862).

وتشير نتائج الدراسات المسحية إلى وجود علاقة جوهرية بين طول فترة النوم ومعدلات الوفيات، حيث كان أدنى معدل للوفيات ينتشر بين الناس الذين تقع فترة نومهم بين سبع ساعات وثمانية ساعات كل ليلة، ثم يزداد هذا المعدل بشكل دال مع تزايد ساعات نومهم على ذلك أو تناقصها عنها(شويخ، 2012، ص71).

وبذلك فإن النوم ضروري لكل وظائف الجسم فنقص النوم ينتج عنه نقص في التركيز والذاكرة وبطء في ردة الفعل واتخاذ القرارات الصحيحة، وتشير الأبحاث إلى أن الاستيقاظ المتواصل لمدة 24 ساعة لا يوصل القدرة العقلية لاتخاذ القرار السريع والصحيح، كما يؤدي النوم إلى اختلال في إفراز الكثير من الهرمونات المهمة ويفقد الجسم القدرة التنظيمية والإيقاع اليومي لإفراز الهرمونات، ومن الهرمونات التي تتأثر الكورتيزون والأدرينالين وهرمون النمو المهم جدا للجسم، كما أن نقص النوم يؤثر على الهرمونات الجنسية، وثبت حديثا أن نقص النوم المزمن يزيد الوزن ويضعف الجهاز المناعي وقدرة الخلايا المناعية على التعامل مع الأجسام الغريبة والميكروبات(حربوش، 2019، ص352).

### ➤ سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية:

يعتبر التدخين نوعا من أنواع الإدمان، حيث أثبتت الأبحاث الطبية أن تدخين التبغ يسبب الإدمان مثل جميع المواد المخدرة حيث تبلغ نسبة من يدمن التدخين 96%، وسبب الإدمان أن النيكوتين الموجود في السجارة يدخل الدم الذي يغذي شرايين المخ وسرعان ما يعتاد المخ والجهاز العصبي على وجود النيكوتين فيتعود ويطلبه باستمرار وتتحول العادة بذلك إلى إدمان، كما يعد التدخين بوابة واسعة لعالم المخدرات(حربوش، 2019، ص353).

أضح التدخين وباءا قاتلا ومشكلة تؤرق أغلب المجتمعات لما له من آثار سلبية خطيرة تشمل الجانب النفسي والصحي والاقتصادي والاجتماعي، فقد أشار رئيس مصلحة أمراض الرئة بالمؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران إلى أن التدخين يسجل وفاة أكثر من 15000 شخص سنويا في الجزائر بسبب الأمراض الناتجة عن التدخين، إذ أن 75% من مرضى القلب و70% من مرضى الذبحة الصدرية من المدخنين هذا بالإضافة إلى الموت المفاجئ والتعجيل بمظاهر الشيخوخة بحيث أن أنسجة جسم المدخن تتقدم بيولوجيا ب15 عاما تقريبا مقارنة مع غير المدخنين(نواتي واليازيدي، 2019، ص31).

كما يقلل التدخين من المناعة ضد الأمراض ويزيد من سرعة الإجهاد ويقضي على حاستي التذوق والشم (حسين، 2012، ص22).

وقد ذكرت إحصائية سعودية حديثة أن عدد المصابين بالسرطان بالمملكة نتيجة التدخين قد تجاوز 10 آلاف مريض، وأن 80% من المصابين بسرطان الرئة هم من المدخنين و80% كذلك من المصابين بسرطان الحنجرة هم كذلك من المدخنين، وكشف تقرير منظمة الصحة العالمية في اليوم العالمي للامتناع عن التدخين أن وباء التبغ يؤدي بحياة ما يقرب (6) مليون سنويا منهم أكثر من (600000) شخص من غير المدخنين الذين يموتون بسبب استنشاق الدخان بشكل غير مباشر، ويعتبر التبغ المنتج القانوني الوحيد الذي يقتل نصف أولئك الذين يستعملونه بشكل منتظم (العنزي، 2015، ص210).

وقد أكدت دراسة (Framingham) أن خطر حدوث مرض شرايين القلب عند المدخنين يبلغ أضعاف ما هو عليه عند غير المدخنين، كما أن إيقاف التدخين يؤدي إلى انخفاض احتمال حدوث أمراض شرايين القلب، فبعد (05) سنوات تقريبا من التوقف عن التدخين يزول تأثير التدخين بحيث يصبح احتمال حدوث مرض شرايين القلب لما هو عند غير المدخنين (سي بشير ومسعودي، 2016، ص7).

كما توصل الطب إلى أن التدخين يمكن أن يسبب حوالي (25) مرضا خطيرا وأن التبغ هو المسؤول الأول عن العديد من أنواع السرطانات التي تصيب الفم واللسان والحنجرة والأنف والرئة، كما أن أول دراسة أثبتت خطر التدخين على الجهاز التنفسي كانت بمدينة هيراياما Hirayama باليابان سنة (1981) وقد تعلقبت بحادثة اكتشاف انتشار سرطان الرئة عند النساء غير المدخنات المتزوجات برجال مدخنين، كما أثبت الطب أن التدخين يتلف خلايا المخ بسبب نقص كفاءة الدم في إيصال الأوكسجين مما يؤدي إلى حدوث صداع مفاجئ واضطراب في الذاكرة وبروز نوبات تهيج، كما يسبب اضطراب في ضغط الدم وضعف بالدورة الدموية بالمخ واضطرابات في الكبد وفقدان الشهية مما يؤدي إلى سوء التغذية وفقر الدم وقد يصاب المرء والبلعوم بالسرطان، وبالنسبة للجهاز

البولي والتاسلي فإن التدخين يؤثر بإتلاف وظيفة الكلى والإصابة بالسرطان على مستوى المثانة، كما يؤكد المختصون أن أول سبب للموت في العالم كله يمكن تجنبه هو التدخين (علاق، 2014، ص52).

وقد كشفت نتائج البحوث التي استهدفت تحليل بول المدخنين عن ارتفاع بعض المواد مثل:

N-methylnicotinamideHydroxy Kynurenine، وانخفاض مادة Hydroxyanthranilic، وهي من المواد المسببة للإصابة بأورام المثانة، وقد يكون تأثير هذه المادة اتجاه

التنشيط وقد يكون في اتجاه التسكين أو إحداث الهلوس (الحارثي، 2014، ص18).

وله تأثير متزايد على الرؤية بفعل تأثير النيكوتين على الألياف العصبية والشعيرات الدموية كما يسبب قصور الشريان التاجي وتلف أنسجة القلب والأزمة القلبية والسكتة الدماغية (حربوش، 2019، ص354).

يقصد بالمواد المؤثرة نفسياً أية مادة إذا تناولها الفرد أثرت في العمليات النفسية، وقد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التسكين Sedation أو اتجاه التنشيط Stimulation، وقد يكون في اتجاه بعض الهلوس Hallucinogenic، وقد كشفت الدراسات عن أن استخدام بعض العقاقير لفترات طويلة أو بجرعات عالية وبدون إشراف الطبيب قد يؤدي إلى تلف نخاع الكلى (شويع، 2012، ص72).

ينتج عن تعاطي المواد النفسية ضعف وارتعاش وتغير في الإدراك البصري والسمعي وكذلك تغيرات في الحالة المزاجية، كذلك لوحظ انخفاض في مستويات تركيز الانتباه ومن النتائج السلبية للمهلوسات الحالات الاكتئابية والمشاعر الاضطهادية وترسيب بعض الأعراض الفصامية، وتؤدي المواد المهبطة (الباربيتورات) إلى حالة من التسمم عن طريق خفضها لنشاط كل من المخ والأعصاب والعضلات وقد تؤدي إلى الغيبوبة والموت كنتيجة لكف مراكز ضبط التنفس في المخ (مصطفى، 2014، ص43).

### ➤ سلوك الرعاية الذاتية:

يعد سلوك الرعاية الذاتية أحد أنماط السلوك الإيجابي، والهدف منه دعم الصحة من خلال إجراءات الحفاظ على الأفراد أصحاء، سواء أكان ذلك من خلال الوقاية من الإصابة بالأمراض أم بتعزيز أساليب الحياة الصحية(الحارثي، 2014، ص16).

ومن سلوكيات هذا النمط نجد تنظيف الأسنان، واستخدام الأدوات الخاصة مثل (شفرات الحلاقة)، والذهاب للطبيب بمجرد الشعور بأي تعب جسمي، والحفاظ على النفس من إصابات الحوادث(النواصره وآخرون، 2018، ص118).

ويرى (سلام، 2006) أنه لكي يحافظ الإنسان على صحته عليه أن يعمل في ثلاث مجالات يكمل بعضها بعضا ولا غنى له عن أي منهما:

**أولاً:** يحرص على سلامة بدنه وعقله وبيئته من خلال السلوك الصحي كالغناية بالنظافة الشخصية وأن يحرص أيضا على الترويح على النفس، وتنظيم الوقت والعمل.

**ثانياً:** أن يتجنب كل ما يعرضه للمرض كالتعرض للعدوى وللحوادث، وأن يتحاشى أسباب الهم والكرب والانفعالات.

**ثالثاً:** أن يبادر في اكتشاف ما يصيبه من عوارض وأمراض ويسرع لعلاجها قبل أن تنتسج دائرة إصابته بالمرض(شويخ، 2012، ص70).

➤ ترى الطالبة الباحثة أن هناك العديد من الأنماط السلوكية الصحية التي تؤثر على صحة الفرد ولكن بالنظر إلى التطورات التكنولوجية على مستوى العالم وما ترتب عنها من تغيرات في جميع المجالات بالإضافة إلى تغير النسق الثقافي والقيم لتلك المجتمعات فلا بد لنا من إضافة نمط آخر إلى تلك التقسيمات التي تحدث عنها الباحثون وهو **سلوك تجنب الإدمان على مواقع التواصل الاجتماعي**، فقد أحدثت وسائل التواصل الاجتماعي تغيرات عميقة، فلم تستطع المجتمعات العربية مقاومة التأثيرات التي أحدثتها تلك المواقع سواء على منظومة القيم والعادات والتقاليد أو على المستوى الاقتصادي والسياسي وغيره من المجالات، والجدير بالذكر أن انتشار استخدام مواقع التواصل والإدمان عليها انعكس سلباً

على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد، ومن بين هذه الانعكاسات عدم النوم بشكل كاف بسبب السهر وزيادة عدد الساعات في استخدام مواقع التواصل وسبق وذكرنا أهمية النوم وتأثيره على صحة الفرد، أيضا الاستخدام الطويل يؤثر على العينين بسبب الإشعاع الذي تنبثه الشاشة إضافة إلى الأضرار التي تصيب اليدين والعمود الفقري بسبب وضعية الجلوس الغير صحية.

كما أن مواقع التواصل ارتبطت بالسمنة والنظام الغذائي الغير صحي، فالنوم المتأخر يؤدي بالأفراد إلى الإقبال على الأكل بشراهة وهذا يؤثر على زيادة الوزن، أيضا من جانب آخر إهمال الوجبات بسبب الجلوس لساعات أمام شاشة الحاسوب، كما لا نغفل الجوانب النفسية فالإدمان على مواقع التواصل أدى إلى الانسحاب الاجتماعي والعزلة الاجتماعية وإهمال الواجبات العائلية وتغير نمط العلاقات الاجتماعية، والانتقال من العلاقات الحقيقية إلى العلاقات الوهمية وإحداث الكثير من المشكلات بين الأزواج، ضف إلى ذلك التوتر والقلق في حال وجود عائق للاتصال بالشبكة أو انقطاعها قد يصل إلى الاكتئاب.

عموما مواقع التواصل الافتراضي بمختلف أنواعها أسست بيئة تفاعلية جديدة من خلال إعادة تشكيل بنية المجتمع الذي ترك أثرا على جميع المستويات.

### 5- تغيير السلوكات الغير الصحية:

هي عملية تتضمن الاستمرار في السلوك المرغوب فيه وتحويل السلوك الغير مرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه، وهي عملية لتحسين وتعديل سلوكات غير صحية كنتيجة لتدخل خارجي سواء كان تثقيفا أو غيره، فمن السهل وصف دواء لكن من الصعب تغيير سلوك شخص أدمن المخدرات والتدخين وقلة النشاط الحركي، وهنا يتجلى الدور الفعال للتثقيف الصحي(القص، 2016، ص153).

والسلوك الصحي للأفراد وإجراءات تغييره تتأثر بعدة مؤثرات منها اجتماعية كقبول المجتمع للمفهوم وتأثير الأصدقاء والعائلة والقيم الثقافية والاجتماعية وهناك المؤثرات

المعرفية الإدراكية مثل معرفة قيمة شيء أو عمل معين أو حتى شخص معين مما يؤدي للحفاظ عليه، يتبع ذلك الحصول على الرعاية الطبية ويرتبط بذلك التعليم والدخل وعدد الأفراد ونوعية الوعي والسلوك السائد والتثقيف الصحي (الحارثي، 2014، ص 28).

وترى الباحثة أن للتوعية الصحية دور كبير وفعال في تغيير اتجاهات الأشخاص لمساعدتهم على فهم مشكلاتهم الصحية والتعرف عليها ومن ثم اكتساب المهارات اللازمة لاتخاذ القرارات المناسبة والمتعلقة بصحتهم بهدف تغيير السلوكات الغير صحية وتبني عادات صحية سليمة.

وتعتبر التوعية الصحية عملية متصلة وتراكمية محصلتها النهائية هو تغيير سلوك الأفراد والمجتمع، وتغير السلوك يمر بسلسلة من المراحل قبل إتباع السلوك الجديد ويجب على كل من يقوم بالتوعية الصحية فهم هذه المراحل جيد لكي يكون مصرا على محاولاته من اجل التغيير وهذه المراحل كالآتي:

- **مرحلة الوعي:** وهي مرحلة الإلمام بالحقائق والمعلومات الصحية.
- **الاهتمام:** وهي المرحلة التي يبحث فيها الفرد عن تفاصيل المعلومات ويكون مرحبا بالاستماع أو القراءة أو التعلم عن الموضوع.
- **التقييم:** وأثناء هذه المرحلة يزن الفرد الايجابيات والسلبيات لهذا السلوك ويقوم بتقييم فائدتها له ومثل هذا التقييم هو نشاط ذهني ينتج عنه قرار بمحاولة إتباع السلوك المقترح أو رفضه (بورنان، 2017، ص 72، 73).

- **المحاولة:** وهي المرحلة التي يتم فيها تنفيذ القرار عمليا ويحتاج الفرد لمعلومات إضافية ومساعدة أثناء هذه المرحلة للتغلب على المشكلة التي تعترضه.
- **الإتباع:** وفي هذه المرحلة يكون الفرد مقتنعا ويقرر صحة السلوك الجديد وإتباعه.

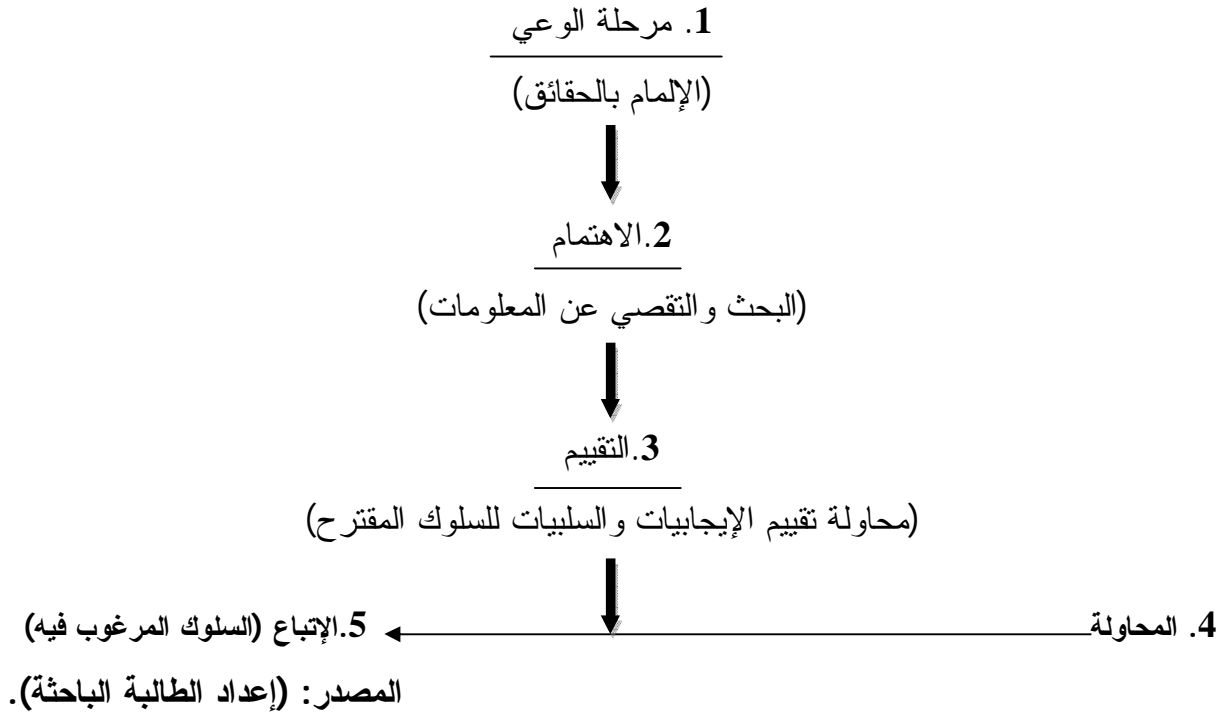
وهذه المراحل ليست أجزاء مستقلة حرفيا عن بعضها حيث تتداخل مع بعضها أثناء تنفيذها ويمكن للأشخاص المختلفين الذين تعرضوا لنفس المعلومات أن يمروا

بمراحل مختلفة من عملية الإلتباع وهو ما يمكن تشجيعه بالسلوك الجماعي الإيجابي حيث يكون بطيئاً في البداية ويزداد كلما اتبعه عدد أكبر من الأفراد (الحارثي، 2014، ص30).

ترى الطالبة الباحثة للدخول في دائرة التغيير والاقنتاع بضرورة تعديل السلوك هو تعرض الفرد لمشكلات صحية يدرك مدى خطورتها على صحته إن أهملها وتخلي عن علاجها ولا بد من الإصرار والثبات على التغيير، فهناك الكثيرين ممن لا يستطيعون مواصلة عملية التغيير والعودة لتلك السلوكيات الضارة مثل العودة إلى التدخين بعد التوقف عنه لمدة أو عدم التقيد بالحمية الغذائية والنظام الصحي بعد مدة من إلتباعه وبالنهاية العادات الصحية التي يمارسها الفرد ما هي إلا سلوكيات اكتسبها من الأسرة والبيئة التي يعيش فيها وانعكاساً لثقافة المجتمع، وبالتالي للأسرة والمجتمع دور فعال في تغيير السلوكيات الغير صحية من خلال التربية الصحية والتثقيف الصحي.

وإضافة إلى كل ما سبق يمكن الإشارة أيضاً إلى دور العادات في نشأة تلك السلوكيات التي يمارسها الأفراد، فتنحول تلك الأنماط السلوكية إلى عادات يكررها الأفراد بشكل يومي يصبح من الصعب تغييرها في ظل مجتمع يساهم في ترسيخ عادات سلبية وغير صحية، لهذا لا بد من التركيز على التربية الصحية منذ الطفولة لترسيخ ممارسات صحية وتعليم الأطفال أهمية الحفاظ على الصحة وإتباع سلوكيات صحية والابتعاد عن كل ما يضر بالصحة ويؤدي إلى المرض وتفاقم المشكلات الصحية.

شكل رقم (8): يوضح تغيير السلوك الغير الصحي



6- السلوكات الصحية وجودة الحياة:

ترى منظمة الصحة العالمية أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية والحالة النفسية ومستوى الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية وعلاقاتهم بالميزات البارزة للبيئة (مرازقة، 2016، ص68)، لهذا حاول الكثير من الباحثين دراسة العلاقة بين جودة الحياة والجانب الصحي ومن بينها الدراسة التي قامت بها **هنا الجوهري** حول المتغيرات الاجتماعية الاقتصادية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة في المجتمع الأصلي فوجدت أن الصحة احتلت المرتبة الأولى في أوليات السكان، كما أشارت أن 20.8% من إجمالي العينة أجابوا بأنهم لا يعرفون مدى استمتاعهم بحياتهم (بهلول، 2009، ص58)، وقد أجرى (Siahpush and al, 2008) دراسة هدفت لبحث تأثير السعادة والرضا عن الحياة في الصحة على عينة قوامها (9918) شخص توصلوا إلى أن الأشخاص السعداء والراضين عن حياتهم قرروا صحة أفضل ورضا أعلى عن حياتهم (عبد الخالق والنيال، 2019، ص50)، وتوصلت دراسة لـ (Henderson) وآخرون إلى أن مصادر السعادة الرئيسية كما يأتي:

- الأكل والشرب.
  - الراحة والنوم.
  - العلاقة مع الزوج والأصدقاء وغيرها من العلاقات .
  - النشاط الجسمي والألعاب الرياضية والشعور بالصحة.
  - النجاح والترقي والرضا عن الذات (مصطفى، 2019، ص80، 86).
- وفي دراسة قامت بها (أريج أحمد آل عقران) حول ممارسة الأنشطة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الجامعة فقد أظهرت النتائج أنه كلما زادت ممارسة الأنشطة الرياضية كلما زادت جودة الحياة كجودة الحياة الصحية كما وجدت الدراسة أن جودة الحياة الأسرية والاجتماعية كانت أولوية أفراد العينة (آل عقران، 2020، ص137).
- وفي دراسة على (5101) من الكنديين تفوق أعمارهم (50) عاماً توصل جيليس وهيردس (Gillis, k.jHirdes, j.p.1996) إلى أن التدخين وتعاطي الكحوليات والبدانة والسمنة تؤثر بصورة سلبية على جودة الحياة. بينما تؤدي الأنشطة الرياضية إلى تحسينها (أغنية، 2012، ص27).
- وذكر (إبراهيم، 2006) أن للنشاط البدني والرياضي تأثير بالغ على الفرد وعلى صحته النفسية، وعلاقاته الاجتماعية، فممارسة الرياضة تزيد من قدرة الفرد على تحمل الضغوط النفسية، وتحسن من طريقة إدراكه لذاته وللآخرين، وإحساسه بالسعادة والتوافق وتحسين جودة الحياة التي يحياها الفرد، فالصحة واللياقة البدنية والحالة الوظيفية الجسمية الجيدة من العناصر الموضوعية لجودة الحياة، فهذا المفهوم يعبر عن حالة من الرفاهية الجسمية والاجتماعية والنفسية (حسن، 2010، ص15).
- وبحث (فراري) وآخرون العلاقة بين السعادة ووقت الفراغ والسلوكيات المرتبطة بالصحة ولاسيما النظام الغذائي والنشاط الجسمي والتدخين وكشفت الدراسة عن علاقة جوهرية بين السعادة وكل من الوزن وممارسة الرياضة بانتظام والتعرض إلى دخان التبغ وتناول الفواكه والخضروات (عبد الخالق والنيال، 2019، ص51)، والنتائج التي حصل عليها

Abbey Andrews إلى أن الضغط والاكتئاب يرتبطان بقوة مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في حين مصدر الضبط الداخلي والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة(عودة، 2015، 127).

وقد تم دراسة العلاقة بين السمنة والاكتئاب من خلال عديد الدراسات وزيادة السمنة حيث يؤدي إلى العجز وانخفاض كفاءة جودة الحياة، وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة سلبية بين السمنة والشعور بالسعادة (مصطفى، 2009، ص86)، كما وجد (Rocio, 2002) أن هناك علاقة إيجابية بين السلوك الصحي الوقائي وبين الشعور بالسعادة وجودة الحياة، وأن المنبئ الأكبر للشعور بالسعادة وجودة الحياة هو السلوك الصحي الوقائي(مصطفى، 2009، ص105).

### خلاصة:

تعد دراسة السلوك مسألة ذات أهمية كبيرة لارتباطه بالجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد، فالسلوك ذو العلاقة بالصحة من المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها علم النفس الصحة والذي أصبح له مكانة كبيرة في حياة الفرد والمجتمع، فهو يشير إلى الممارسات التي يقوم بها الفرد وتؤثر على صحته والارتقاء بها، وتجنب الإصابة بالأمراض التي أثبتت الكثير من الدراسات ارتباطها بممارسة عادات سلبية كالتدخين وعدم الالتزام بنظام غذائي صحي وعدم ممارسة الرياضة.

وبالتالي الحفاظ على صحة جيدة ينعكس إيجاباً على شعور الفرد بالسعادة والرضا عن حياته وبالتالي يكون لديه شعور إيجابي بجودة حياته.

# الفصل الثالث

## جودة الحياة

تمهيد

1- مفهوم جودة الحياة

2- تعريف جودة الحياة

3- أبعاد جودة الحياة

4- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة

5- مجالات جودة الحياة

6- مقومات جودة الحياة

7- قياس جودة الحياة

خلاصة

### تمهيد:

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الجوهرية في علم النفس الإيجابي والتي لديها صلة وثيقة ببعض المصطلحات كالسعادة والرفاهية والرضا عن الحياة إذ هي مفهوم دينامي يتضمن الكثير من المكونات الذاتية والاجتماعية والنفسية ويندرج تحتها كل عناصر الصحة النفسية الإيجابية.

كما تعدد استخدام مفهوم الجودة في مجالات عديدة مثل التعليم، الصحة، العمل الإنتاج، الأسرة والمجتمع، وغيرهم من المجالات التي ترتبط بحياة الفرد بحثًا عن السعادة والرفاهية والاستمتاع بالحياة وتحقيق الذات في ظل الإمكانيات المتوفرة في المحيط الذي يعيش فيه للوصول إلى حياة لها قيمة ومعنى ومتوافقة بين جوهر الإنسان والمجتمع الذي يعيش فيه.

وسنحاول في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم جودة الحياة وبعض الجوانب المرتبطة بها والأبعاد والمجالات المحددة لها، إلى جانب أهم النظريات والنماذج المفسرة لها.

### 1- مفهوم جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة التطور الأحدث في مسألة شغلت البشرية منذ قديم الزمان بمسميات متعددة حيث لم يظهر بمحض الصدفة وإنما كان ظهوره عبر الزمن وامتداد للجهود السابقة في علوم أخرى غير علم النفس، فقد أشار لامبيري وآخرون (Lambiri et Al) إلى تزايد الاهتمام بمفهوم جودة الحياة في المجالات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى البحث النظري الميداني وخاصة علم الاجتماع والاقتصاد الحضري نتيجة تأثير جودة الحياة على التنافسية ومعدلات الرفاهية، إذ يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي يحمل مضمونها امتداد لفكرة قديمة فهو المعنى الذاتي الذي يعبر به الناس على ما يعرف بحسن الحال أو الوجود الأفضل (حرارة، 2017، ص55).

وعليه سوف نستعرض المفهوم من عدة زوايا نذكر منها:

#### ▪ مفهوم جودة الحياة من المنظور الفلسفي:

يمكن اعتبار أن محاولات تحديد وقياس جودة الحياة للأفراد قد تطورت حديثا نسبيا في مجال الرعاية الصحية ومع ذلك هناك أدلة على أن هذا الموضوع كان موضع اهتمام العلماء من قرون عديدة، فقد كرس الفلاسفة اليونان القدماء الكثير من الطاقة لوضع مبادئ توجيهية للعيش التي من شأنها أن تساعد الأفراد على تحقيق المستوى الأمثل في الأداء.

فتناولت الفلسفة مفهوم جودة الحياة بوصفه دافعا أساسيا للسلوك الإنساني، حيث قدم جميع الفلاسفة الإغريق أفكارا تتفق حول معنى هذا المفهوم على أنه يأتي من معرفة الحقيقة ومن تطهير الإنسان نفسه من الانفعالات المكبوتة أو المؤلمة التي تأتي من خلال وجوده مع أشخاص آخرين، أو نقيض ذلك وهو العزلة والتفكير الفردي المنعزل (الخزاعي، 2016، ص33).

وأشار (أرسطو) بأن على الفرد أن يتحلى بالفضائل حتى يصل بحياته إلى السعادة ويشعر بجودتها ويرى أن للإنسان مجموعة من القدرات يستعملها للوصول إلى غايته في

الحياة، وقد هدف أرسطو لـ **Eudaimonia** التي عادة ما تترجم إلى السعادة أو الرفاه ويعني هذا المفهوم حسب أرسطو وجود فهم لأفضل وسيلة ليعيش الفرد حياته ويتطلب تحقيق حالة من (**eudaimonia**)، وأكد أرسطو على أن كل عمل واستفسار واختيار نقوم به يجب أن تكون السعادة هي الهدف الجيد له، وكانت السعادة لأرسطو هي نتاج الأنشطة الموجهة نحو أهداف محددة بوضوح والتي تغمر الحياة كلها بدل أن تكون ذات مدى قصير (مرازقة، 2016، ص 46، 47).

وبشكل عام يؤكد الاتجاه الفلسفي على أن جودة الحياة "حق متكافئ والازدهار" وهناك الكثير من المواطن التي تتطلب الجودة حتى يحصل الإنسان على "جودة حياة" (خلف الله، 2015، ص 13)

فمفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البرجماتية المشهورة والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العلمي أو القيمة الفورية وليس المرجأة، والمستوى العلمي أقرب إلى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه إلى أي مفهوم آخر (برايح، 2020، ص 67).

وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالية تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخانق، وترك العنان للحظات من خيال إبداعى (ابراهيمى وبن كتيلة، 2017، ص 366).

وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور " مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لألام الحياة ومصاعبها والنوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية (بحرة، 2014، ص 24).

▪ مفهوم جودة الحياة من المنظور الاجتماعي:

يعد راييموند باور (Raymond Bauer) أول علماء علم الاجتماع الذين أشاروا إلى المؤشرات الاجتماعية كما تناوله أيضا دانييل بيل (Daniel Bell, 1962) حيث وضع أربع مجالات هي: التكلفة الاجتماعية، العائد الصافي الناتج عن الاختراعات الاقتصادية الأمراض الاجتماعية كالجريمة والصدع الأسري، مجال الاحتياجات الاجتماعية كالإسكان والتعليم والحراك الاجتماعي (هيري وبشلاغم، 2018، ص214).

ويرتبط مفهوم جودة الحياة من المنظور الاجتماعي بعدد من المؤشرات الاجتماعية الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، نوعية السكن، مستويات التعلم عند أفراد المجتمع، مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر (حرارة، 2017، ص58).

ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد المهنية مع زملائه تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله (محمدي وبوعيشة، 2013، ص6).

ويرى (الغندور) بأن أصحاب الاتجاه الاجتماعي يعرفون جودة الحياة من منظور يركز على الأسرة والمجتمع وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والسكن والمتغيرات الاجتماعية الأخرى وتعتبر منظمة اليونسكو هذا المفهوم شاملا لكل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي للفرد عبر تحقيقه ذاته (سويعد، 2016، ص51).

ويرى (الشرفي، 2012) فيما يتعلق بالاتجاه الاجتماعي أن جودة الحياة ترتبط بعوامل موضوعية تتصل بالبيئة والمحيط الخارجي الذي يعيش فيه الفرد من ناحية وبمكونات ذاتية تتعلق بالفرد من ناحية أخرى (العروقي، 2014، ص33).

### ■ مفهوم جودة الحياة من المنظور النفسي:

أما الاتجاه النفسي فيفترض أن جودة الحياة هي نتيجة لعدد من المحددات، أولها ما يتعلق بالمفاهيم النفسية وأهمها القيم والحاجات النفسية والإدراك الذاتي والاتجاهات ومفهوم الطموح والتوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا والتوافق والصحة النفسية (إبراهيم وصديق، 2006، ص278)، ومن ثم فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلال جودة حياة الأفراد (الكنج، 2014، ص22، 23).

ويوضح علماء النفس جودة الحياة بأنها الحالة الحسنة والحالة السيئة، وقدرة الفرد على إشباع حاجاته ومشاعره واستجابته للحياة ككل أو بعض جوانبها، مع إبراز الجانب المعرفي وأهميته وتحقيق الذات فالإنسان كائن سيكولوجي (العجمي، 2015، ص20). كما ينظر لمفهوم جودة الحياة وفقا للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة" (شيخي، 2014، ص83)، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية.

وكما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، ما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا "في حالة الإشباع وعدم الرضا في" حالة عدم الإشباع' نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة (بحرة، 2014، ص24).

وبالنسبة لآخرين مثل جريفين (Griffin, 1988) يعتمد مجموع الحاجات والرغبة الإنسانية على نظام معايير (مكتسب) يعطي للحياة معناها وبنيتها، (تحقيق الذات والنجاح، تحقيق الاستقلالية والحرية، فهم الذات نفسها، تقدير الفرح وجمال الحياة، وبناء علاقات شخصية مع الآخرين)، تطرح هذه المفاهيم أشكال التمييز بين الحاجات الأساسية

والضرورية المشتركة لدى الإنسانية للبقاء على قيد الحياة وفي الوقت نفسه الرغبات الأكثر تفضيلاً وذاتية لأنها محددة بمعايير شخصية معينة "وفي هذه الحالة" يكون التصنيف دون شك اصطناعياً، تقتصر جودة الحياة بالنسبة لآخرين على إحدى مكوناتها مثل السعادة والرضا والراحة الذاتية (مرازقة، 2016، ص48).

ويرى (جليمان وإيستر بورك وفراي) (Gilman,r,Easterbrooks,Frey,2004) أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لميكانيزمات داخلية، وبالتالي على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن: الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، ونوعية ومستوى طموحاته، وسرعان ما انتشر هذا التوجه في مجال أدبيات الإرشاد والتأهيل النفسي (أبو حلاوة، 2010، ص3).

إذن فجودة الحياة من الناحية النفسية تمثل مفهوماً يتكرر بشكل ضمني يحمل معنى خاص لكل فرد وبالرغم من هذا التداول في تكرار المفهوم إلا أنه لا يصل إلى الحد الذي يمكن معه وضع حدود ثابتة ودقيقة لإيضاحه وقياسه.

وقد شهد تحديد المصطلح في مراحلها الباكرة على يد كامبل وآخرون (Cambell and al , 1976) إشارات إلى غموض المفهوم وعدم معرفة مضمونه بالرغم من الحديث عنه ضمن الدراسات والأبحاث، إلا أنهم رغم ذلك أوضحوا أن جودة الحياة تشير إلى مدى واسع من التصورات جزء منها موضوعي والآخر ذاتي، وهذه التصورات تؤثر على الرضا عن الحياة بشكل عام وهي من قبيل الوضع المهني، فرص العمل وحالة المسكن الأمن الشخصي والأنظمة التعليمية وقضاء وقت الفراغ، الحالة الصحية والظروف النفسية التي يعيشها الفرد (مرازقة، 2016، ص48، 49).

### ▪ مفهوم جودة الحياة من المنظور الطبي:

يعتبر المنظور الصحي أحد مؤشرات جودة الحياة في المجال الطبي وفي علاج الأمراض العضوية بالإضافة إلى توفير العناية الطبية وتكاليف العلاج والحالة الاجتماعية

للأسرة والمجتمع، أما فيما يخص مجال الأطفال وعلم الأورام فإن المفهوم مرتبط بالأجهزة التشخيصية وأي تقدم في أجهزة التشخيص وكذا العلاج يفيد في سد حاجات السكان وهو عين التقدم في جودة الحياة(حبي، 2015، ص32).

واعتمد الاتجاه الطبي على تحديد مؤشرات جودة الحياة ولم يحدد تعريفا واضحا لهذا المفهوم، وقد زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم(خلف الله، 2015، ص14).

ويحدد المتخصصون في الطب جودة الحياة بالوظيفة العضوية، في حين كان الأطباء النفسيون ينظرون إلى جودة الحياة باقتران العلاقات المتداخلة بين المجال العضوي والانفعالي والاجتماعي(الخزاعي، 2016، ص33).

ويهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض مختلفة جسمية أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية(حرطاني، 2014، ص23)، حيث أن أعراض المرض المزمن إما أن تأخذ منحى جسيا فتظهر أعراض ضعف القلب أو أعراض مرض السكر أو ارتفاع ضغط الدم، أو تأخذ منحى نفسي فيسود الاكتئاب بمظاهره المختلفة

فيظهر القلق بمستوياته المختلفة، وأصبح الفرد لديه شعور بالعجز عما كان يقوم به في الماضي من أعمال بحيث تغيرت جودة حياته إلى درجة أقل، حيث تأثر شعوره بالسعادة أو الرفاهية، وحل بدلا عنها الشعور بالألم ونقص في الموارد(العروقي، 2014، ص34).

وعموما وحدة أبحاث جودة الحياة التابعة لقسم الصحة العامة بجامعة تورنتو بكندا تقول "أن الهدف النهائي من دراسة جودة الحياة وتطبيق ذلك على حياة الناس هو جعل الناس أن تعيش حياة ذات جودة، حياة لها معنى ويتم الاستمتاع بها"(الهمص، 2010، ص44).

### ▪ مفهوم جودة الحياة من المنظور الاقتصادي:

يعتمد الاقتصاد التقليدي في دراسته لجودة الحياة على البيانات الكمية، إذ كان يركز على معدل الدخل القومي، توافر السلع والخدمات، أما في الثمانينات ظهرت العديد من الدراسات التي تنتقد التحليلات الاقتصادية المعتمدة على نموذج أحادي البعد، أي التركيز على الكم وتجاهل الكيف، مثل دراسة توماس باور (T, Power) التي تتبنى عناصر للحياة الطيبة التي هي مقاييس مباشرة لتقديم جودة الحياة ومنها الجريمة، تلوث البيئة، التعليم الصحة والرفاهية... الخ.

يمكننا القول أن الدراسات الاقتصادية لتحديد مؤشرات جودة الحياة من المنظور الاقتصادي قد غلب عليها استخدام المؤشرات الموضوعية أحادية البعد، ثم سرعان ما تبنت مفهوم جودة الحياة من منظورات أخرى لتوازي بين المؤشرات الموضوعية والذاتية عند قياس الجودة (حبي، 2015، ص34).

### ▪ مفهوم جودة الحياة من المنظور البيئي:

يرى أصحاب المنظور البيئي أن جودة الحياة في المجتمع تعتمد على جودة البيئة باعتبارها تحدد خط الأساس لحجم الجهد المطلوب من الفرد لتحقيق أفضل مستوى للتعايش مع البيئة، وتكمن أهمية هذا المنظور من خلال ما تضيفه من معان أخرى لجودة الحياة .

ويرى بيرجر (Barger) أن التصميم المعماري والبيئة الطبيعية يؤثران على جودة حياة الأفراد والمسنين بشكل خاص، كما يرى (Lowe) أن البيئة تؤثر على جودة الحياة لذلك لابد من تحسين أنظمة التفاعل مع البيئة والمحافظة على البيئة الطبيعية(الغزي، 2015، ص32، 33).

وفي نظر (Erbanet Education Network) ينظر للجودة على أنها مجموعة عوامل تضمن تغطية حاجات الفرد، وحسبهم لكي يتمكن من تطوير جودة الحياة لا بد من الاهتمام بالمصالح العمومية كالمستشفيات والمدارس والبنى التي من شأنها أن ترفع جودة الحياة البيئية لتطوير الإمكانيات البشرية والتعليمية والمنتجات والمساحات الخضراء (مأمون، 2015، ص73).

وعموماً فإن المنظور البيئي اتجه إلى التركيز على المؤشرات الموضوعية لجودة الحياة من منظور الحفاظ على البيئة ومواردها الطبيعية دون رفض لفكرة النمو، واتسع المنظور البيئي ليعبر عن اتساع مفهوم جودة البيئة الذي يشمل بجانب البيئة الطبيعية البيئة الحضرية، بحيث لم يعد مقتصرًا على المؤشرات التقليدية للبيئة والتي تشمل الماء والهواء والتربة وكل ما يتعلق بالحياة الطبيعية من حيوان ونبات، بل امتد ليشمل علاقة الإنسان بالمكان من كافة أبعاده وعلاقة الإنسان بالأمان أيضاً (الغزي، 2015، ص32، 33).

### ▪ مفهوم جودة الحياة من المنظور الإسلامي:

يعرض (العروقي، 2014، ص35) نقلاً عن (الفرماوي، 2009) تصوراً نظرياً لمفهوم جودة الحياة من منظور إسلامي، فيرى أن السبيل إلى جودة الحياة يكون في ثلاثة أمور:

- مجاهدة النفس بين متضادتين مادية وروحية.
- تمسك الإنسان بجوهره وتعميق الوجود، وهذا يجعله يسعى إلى تنمية مواهبه وإمكاناته الذاتية وتوظيفها.
- استشراق الإنسان لأفق الحرية فجوهر الإنسان التعصب الذي هو ضد السعي وراء الحقيقة، وضد جودة الحياة.

ويعقب (أرنوط، 2008) على ما تقدم من اتجاهات فيقول " كل منا ينظر لجودة الحياة من منطلق المقومات الجسمية والنفسية، والعقلية والاجتماعية والمادية والبيئية، ولكننا نغفل عن أهمية المقومات الروحية لأن هذه المقومات كل منها مكمل للآخر ومتفاعلاً معه، وإن حدث اختلال في إحداها أدى وبلا شك إلى خلق الصراع والاضطراب داخل الفرد (سويد، 2016، ص52).

ويلخص لنا القرآن الكريم جودة الحياة وهنأها في قوله تعالى: (مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَآنَحْنُ نُنِيَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً) [النحل 97]

### 2- تعريف جودة الحياة:

يمكن تعريف جودة الحياة على أنها رضا الفرد عن أبعاد حياته، ويعتمد تقييم جودة الحياة على نظام القيم الفردية وعلى البيئة الثقافية التي يعيش فيها، كما أنها تتأثر بالصحة الجسدية والنفسية ودرجة الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية مع البيئة (Juozas, 2007, p43,44).

ويذهب (Rouke,1973) إلى القول أن "جودة الحياة تعني إحساس الشخص بالرفاهية ورضاه أو عدم رضاه عن الحياة أو سعادته أو التعاسة (kerce,1992, p3). عرف (Rogdan, Taylor, 1990) جودة الحياة بأنها "رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة وعرفها(جواد، 1990) "بأنها امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى"(نعيسة، 2012، ص150، 151).

ويعرفها (العارف، 1999) "بأنها البناء الكلي الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للإنسان، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس الإمكانيات المتدفقة على الفرد، ومؤشرات ذاتية تقيس مقدار الإشباع الذي تحقق، وعرفها (Dodson, 1994) "بأنها الشعور الشخصي بالكفاءة وإجادة التعامل مع التحديات(الدهني، 2018، ص278).

في حين فرانك (Frank, 2000) عرفها على أنها "إدراك الفرد للعديد من الخبرات وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة وجودة الحياة بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية"(مأمون، 2015، ص74).

وترى (Ryff) وآخرون أن جودة الحياة هي "الإحساس الايجابي بحسن الحال، كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام (اسماعيل ونويوة، 2017، ص 105)، كذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية ومقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة لتحقيق استقلاليته في تحديد وجهة

مسار حياته واستمراره في علاقات اجتماعية وإيجابية متبادلة مع الآخرين، كما ترتبط بكل من الإحساس العام بالسعادة والاستمتاع بالحياة والسكينة والطمأنينة النفسية" (بوتي وبرقيقة، 2020، ص 39).

ويرى (Church,2004) على أنها قياس لقدرة على الأداء الجيد بدنيا وانفعاليا واجتماعيا في سياق بيئته عند مستوى يتسق مع توقعاته".

ويعرف (عبد الكريم، 2006) جودة الحياة بأنها "درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته في النواحي النفسية والمعرفية والإبداعية والثقافية والرياضية والشخصية والجسمية والتنسيق بينها مع تهيئة المناخ المزاجي والانفعالي المناسبين للعمل والانجاز والتعلم المتصل للعادات والمهارات والاتجاهات وكذلك تعلم حل المشكلات وأساليب التوافق والتكيف وتبني منظور التحسن المستمر للأداء كأسلوب حياة وتلبية الفرد لاحتياجاته ورغباته بالقدر المتوازن واستمرارية في توليد الأفكار والاهتمام بالإبداع والابتكار والتعلم التعاوني بما ينمي مهاراته النفسية والاجتماعية" (جخراب وعبد الحفيظي، 2016، ص 474).

وعرفها (الأشول، 2005) على "أنها درجة من الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم من الأصدقاء وأقارب، أي جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد" (السوفي، 2020، ص 378).

ويرى (حبيب، 2006) أن مفهوم جودة الحياة يقصد به درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصيته من النواحي النفسية والعقلية والاجتماعية والثقافية والرياضية والدينية والجسمية والتنسيق بينهم (براج وكنفي، 2020، ص 293)، مع تهيئة المناخ المزاجي والمناسبين للعمل والانجاز مع تبني فلسفة التطوير والتحسين لمواجهة الأزمات واتخاذ القرارات (محمود والجمالي، 2010، ص 70).

أما (عبد المعطي) فيعرف جودة الحياة بأنها "تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد وتقييمه للنواحي المادية المتوافرة في حياته ومدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد في وقت محدد، وفي ظل ظروف معينة ويظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، ويؤثر بدوره على تعاملات الفرد وتفاعلاته اليومية (محمدي وبوعيشة، 2013، ص4).

وأكد كل من (Patrick, Bushnel, Bonomi) أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها (مسعودي، 2015، ص205).

أما (عبد الفتاح وحسين، 2006) يعرف جودة الحياة "بأنها الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بالسعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه (دحماني، 2020، ص119).

أما (Alfred Michael Dochery) فقد عرفها "بأنها الوصول إلى تحقيق إشباع لكل من الحاجات المادية والمعنوية للفرد بما يحقق ذاتية الرضا لديه المعبرة عن الدرجة التي يحكم فيها الفرد عن نوعية حياته باعتبارها حياة مواتية"

وفي رأي (Cummins) فإن جودة الحياة تعني "شعور الفرد بالسعادة والرضا عن حياته بالإضافة إلى الإقبال عليها بحماس والرغبة في معاشتها وبناء شبكة علاقات اجتماعية مع المحيطين، وشعور متزايد بالأمن والطمأنينة والثقة في قدرته والسعي لإنجاز الأهداف وعدم الإحساس بالفشل والتمتع بالصحة البدنية والنفسية، وأن كل هذا من شأنه يزيد من طموحاته فضلا عن إحساسه الداخلي بما حققه من انجازات تمكنه من الوصول لوضع وظيفي مناسب في المستقبل" (حسام، 2017، ص51، 52).

ويرى إسماعيل الفرى وزهير "أن جودة الحياة حالة عامة إيجابية يشعر خلالها الفرد بالصفاء والهدوء والطمأنينة والبهجة والارتياح والرضا وحسن الحالة الصحية والنفسية وتقبل وفهم الذات كما هي، والتوافق والتفاعل الأكاديمي الاجتماعي(الفرى والنواجحة، 2012، ص66).

ويعرفها (جسام، 2009) درجة الرضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة (مام وحلاب، 2017، ص 305)، كما أنها تشتمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كنتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي-النشاطات، ومدى انجاز الفرد للمواقف(حبيب، 2017، ص475).

بينما يؤكد (احمد، دس، ص19، 20) نقلا عن (زينب شقير) أن جودة الحياة "هو أن يعيش الفرد في حالة جيدة متمتعاً بصحة بدنية وعقلية وانفعالية على درجة من القبول والرضا، وأن يكون قوى الإرادة صامداً أمام الضغوط التي تواجهه، ذو كفاءة ذاتية واجتماعية عالية، راضياً عن واجباته الأسرية والمهنية والمجتمعية محققاً لحاجاته وطموحاته واثقاً من نفسه غير مغرور ومقدراً لذاته مما يجعله يعيش شعور السعادة.

ويشير(محمد، 2011) إلى أن جودة الحياة تشير بوجه عام إلى الحياة النفسية حتى بالرغم من تضمين الظروف البيئية في بعض التعريفات، وبالتالي فإن هذا المفهوم المركب يتم تقييمه من خلال التقدير الذاتي للرضا عن الحياة بوجه عام (السعادة أو الاستمتاع) والتقدير الذاتي للرضا في مجالات أو جوانب معينة (العمل، الصحة، العلاقات مع الآخرين) وبالتالي تتحدد جودة الحياة من خلال قوى داخلية وخارجية، فإحساس الشخص بالسعادة الشاملة يكون معتمداً على الخصائص الموضوعية للموقف وتتمثل العوامل الداخلية المؤثرة في جودة الحياة في مستوى الطموح والخبرة والتوقعات الشخصية والإدراك للظروف الحالية(المشاقبة، 2015، ص35).

يرى (صلاح الدين، مصطفى مظلوم، 2005) على أن جودة الحياة "هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها، كما يرى أن جودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي.

بينما يرى (عبد التواب، 2000) أن جودة الحياة "هي شعور الفرد بتحمل المسؤولية والرضا عن الحياة وأن حياته ذات معنى وهدف، وإدراكه لنوعية الحياة التي يعيشها بشكل جيد من خلال إدراكه لنوعية ومقدار الخدمات المقدمة له في المجتمع .

ويعرفها (الكافوري، 2010) بأنها "حالة من الرضا العام التي يعيشها الفرد نتيجة تقييمه لمستوى إشباع مختلف حاجاته المادية والمعنوية من خلال مصدرين أساسيين في الحياة:

- المصدر الأول: وضعه الاقتصادي والاجتماعي .

- المصدر الثاني: وضعه النفسي والاجتماعي مع الجماعات المختلفة التي ينتمي إليها

(السرسى وآخرون، 2016، ص 289، 290).

وأخيرا يشير (عزب، 2003) إلى أن جودة الحياة تعتبر مثل أعلى يصبو إليه كل فرد على أمل أن يحقق بشكل أو آخر، ولكن لا ينجح في استكمال مكوناته فالكل يمكن أن يحقق درجة منه أو أخرى ويضيف أيضا أن هذا المفهوم لا يرتبط بثراء أو فقر، ولا بعلم أو جهل ولا منصب أو جاه فقد ينعم بجانب وفير من جودة الحياة فقير في كوخ بسيط ويحصل على قوت يومه بالكاد هو وأسرته وقد يحرم منه ثري ذي حسب ونسب(الغنتبلي وآخرون، 2021، ص104).

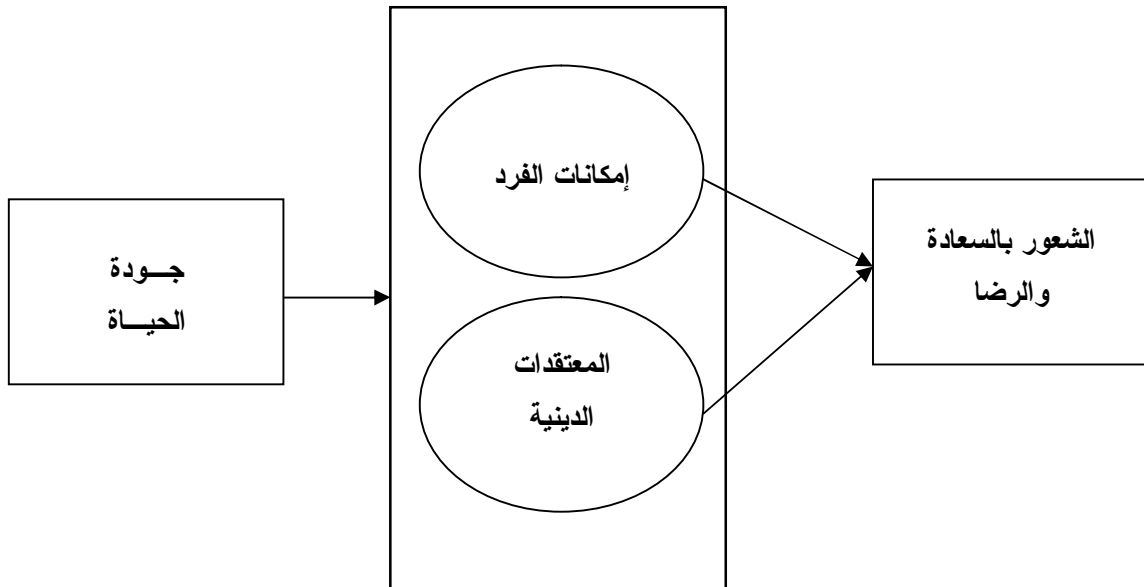
من خلال ما تم عرضه من آراء وتعريفات للباحثين باختلاف توجهاتهم الفكرية والعقائدية ومنطلقاتهم الفلسفية والنفسية، نجد بعض التعريفات تشترك في تفسير جودة الحياة من منظور كونها تعبير عن انفعالات وإحساس الفرد بالرضا والسعادة.

- فيما ركز البعض في تعريفه للجودة على أنها درجة إشباع الفرد لحاجاته والرضا عن الحياة بشكل عام.

- والبعض الآخر ركز في تعريفه لجودة الحياة على الإدراك والقيم الشخصية للفرد التي تجعله يشعر بالرفاهية وحسن الحال.
- ومنهم من ركز على محددات مادية وبيئية قابلة للملاحظة والقياس كالدخل والاقتصاد والمكانة الاجتماعية وحجم المساندة الاجتماعية المتاحة وشبكة العلاقات.
- وذهب البعض إلى التركيز على القدرة على الانجاز والعمل والابتكار والتعلم وحل المشكلات.

➤ وعليه ترى الطالبة الباحثة أنه يمكن تعريف جودة الحياة على أنها "قناعة الفرد بما يملك من إمكانيات في ظل الواقع الذي يعيشه ومحاولته استثمار طاقاته في تحقيق أهدافه وقدرته على إقامة علاقات إيجابية مع الآخرين والتكيف الجيد مع التغيرات الحاصلة بالبيئة والمحيط الذي يعيش فيه كما أن للمعتقدات الدينية أثر كبير على إدراك الفرد لجودة حياته من خلال الإيمان بالقضاء والقدر خيره وشره تجعل الفرد يشعر بالسعادة والرضا عن حياته مهما كانت الصعوبات التي تواجهه.

### شكل رقم (9): يوضح تعريف جودة الحياة البيئة



المصدر: إعداد الطالبة الباحثة

3- أبعاد جودة الحياة:

إن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ونسبي يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية وفق المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقييم الحياة ومطالبها والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدررة على التفكير واتخاذ القرار والقدررة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والمعتقدات الدينية والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق لهم السعادة الحالية وتوقعهم المتفائل بالمستقبل(العروقي، 2014، ص35، 36).

وهناك العديد من الأبعاد ترتبط بجودة حياة الفرد تتمثل في:

- **البعد البيولوجي (الجسمي):** ويتعامل مع تنمية الفرد من حيث طاقاته البدنية والجسمية، ويعمل على ضمان صحته واستمرارها مدى حياته.
- **البعد المعرفي (القدرات العقلية):** ويتعامل مع تنمية قدرات الفرد الأدائية والعقلية والمهارية، وتجعلها في تطور وتجدد مستمرين(بوعمامة، 2019، ص352).
- **البعد السيكولوجي (النفسي):** ويتعامل هذا البعد مع تنمية قدرات الفرد الروحية والنفسية والثقة وتقدير الذات.
- **البعد الاجتماعي:** ويتعامل مع تنمية المهارات الاجتماعية المختلفة للفرد من تقدير المجتمع والذات الاجتماعية الفردية والاجتماعية، وتقدير العلاقات البيئية مع الآخرين (السوفي، 2020، ص382).

وأضح فرانكل (Frankl,1986) أن أهم مكونين لجودة الحياة هما:

- **الهدف من الحياة:** ويتمثل في شعور الفرد بالرضا عن حياته، وإدراكه أن لحياته هدف وذلك من خلال رضاه عن نوعية ومقدار الخدمات المقدمة له في المجتمع.
  - **معنى الحياة:** يقصد بمعنى الحياة بالنسبة للفرد كل شيء يمثل أهمية ودلالة لهذا الفرد في حياته، وتكوين فلسفة لحياته لتحقيق مستقبل أفضل(الكنج، 2014، ص24).
- ويحدد (عبد المعطي، 2005) خمسة أبعاد لجودة الحياة وهي:

- العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال.
- إشباع الحاجات والرضا عن الحياة.
- إدراك الفرد للقوى والمتضمنات الحياتية وإحساس الفرد بمعنى الحياة.
- الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة.
- جودة الحياة الوجودية وهي الوحدة الموضوعية والذاتية لجوانب الحياة، كما أنها تمثل جودة الحياة الأكثر عمقا في داخل النفس (أبو يونس، 2013، ص68).

ويشير (صالح، 1990) أنه خلال العقدين الأخيرين ظهر نوعان من المؤشرات لجودة الحياة:

❖ **المؤشرات الموضوعية:** ويلاحظ أن المتحمسين لهذا النوع من المؤشرات الإحصائيون والعاملون بأجهزة الدولة والعلماء والمنظمات المهمة بالتنمية وتشمل (السكان، المكانة الاجتماعية، والعمل، الدخل وتوزيعه، المواصلات، الإسكان، التعليم، الصحة) (الكبيسي، 2016، ص435).

❖ **المؤشرات الذاتية:** وتهتم بتقييم جودة الحياة كما يدركها ويستجيب لها الأفراد وما تحقق لهم من اشباعات وبالتالي فسعادة الناس ورضاهم أو تعاستهم وسخطهم هو أفضل مؤشر لجودة الحياة (أبو حمدة، 2017، ص52).

ويتفق مع هذا الطرح (Brown, 1989) حيث يؤكد على وجود عاملين لجودة الحياة:

- **العوامل الموضوعية:** الدخل، البيئة، الصحة، التطور والتحكم في المهارات.
- **العوامل الذاتية:** الرضا عن الحياة، الجودة النفسية، إدراك الاحتياجات والمهارات.

وطرح (Good, 1990) نموذج ثلاثي العناصر على النحو التالي:

- العلاقات التفاعلية.
- التوافق بين متطلبات البيئة والخصائص الشخصية.
- إدراك حاجات الشخص وموارد البيئة الاجتماعية (Schalock, 1993, p139).

كما طرح (Felce, Perry,1995) نموذج ثلاثي العناصر لجودة الحياة يعكس التفاعل بين ظروف الحياة والرضا عن الحياة والقيم الشخصية وقدم تعريفات محددة لهذه العناصر على النحو التالي:

• **ظروف الحياة:** وتتضمن الوصف الموضوعي للأفراد وللظروف المعيشية لهم (خلف الله، 2015، ص24).

• **الرضا الشخصي عن الحياة:** ويتضمن ما يعرف بالإحساس بحسن الحال والرضا عن ظروف الحياة أو أسلوب الحياة .

• **القيم الشخصية والطموح الشخصي:** وتتضمن القيمة أو الأهمية النسبية التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية (أبو حلاوة، 2010، ص7، 8).

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن مفهوم جودة الحياة يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية، الحالة الانفعالية، الرضا عن الحياة، المعتقدات الدينية، التفاعل الأسري الدخل المادي، هذا وتتكون جودة الحياة من خلال الإدراك للفرد وحالته العقلية وصحته الجسمية وقدراته، ومدى فهمه للأعراض التي تعتريه.

ويذكر (Wider,2003) أن هناك إجماعاً على وجود أربعة أبعاد أساسية لجودة الحياة هي:

- **البعد الجسمي:** وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

- **البعد الوظيفي:** وهو خاص بالرعاية الطبية ومستوى النشاط الجسمي.

- **البعد الاجتماعي:** وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي بالمحيطين (العروقي، 2014، ص36).

- **البعد النفسي:** وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية والإدراك العام للصحة النفسية والرضا عن الحياة والسعادة .

بينما يرى (Peterman and Cella ,2000) بأن أبعاد جودة الحياة عبارة عن سبعة أبعاد يمكن من خلالها قياس جودة الحياة لدى الفرد وهي:

- التوازن الانفعالي ويتمثل في ضبط الانفعالات الايجابية والسلبية كالحزن والكآبة والقلق وغيرها من الانفعالات.
- الحالة الصحية العامة للجسم.
- الاستقرار المهني: حيث يمثل الرضا عن العمل بعدا مهما في جودة الحياة.
- استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية داخل البناء العائلي.
- الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة (أبو شمالة، 2016، ص 23، 24).

ويرى (Craig.Jackson, 2010) أن جودة الحياة تتكون من ثلاث مجالات أساسية وهي:

أ- الكينونة Being

ب- الانتماء Belonging

ج- الصيرورة Becoming

ويوضح الجدول التالي تفاصيل هذه المجالات

جدول رقم (02): يوضح أبعاد ومجالات جودة الحياة

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة	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 (ب) أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء	الانتماء المكاني Physical Belonging	(أ) المنزل أو الشقة التي أعيش فيها (ب) نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد
	الانتماء الاجتماعي Social Belonging	(أ) القرب من أعضاء الأسرة التي أعيش فيها. (ب) وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية)
	الانتماء المجتمعي Community Belonging	(أ) توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية) . (ب) الأمان المالي

(أ) القيام بأشياء حول منزلي (ب) العمل في وظيفة أو الذهاب إلى المدرسة	الصيرورة العملية Practical Becoming	الصيرورة
(أ) الأنشطة الترفيهية الخارجية (ب) الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه)	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	
(أ) تحسن الكفاءة النفسية والبدنية (ب) القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة	الصيرورة التطورية ( الارتقائية ) Groth Becoming	

المصدر: (ميلودي، 2018، ص291، 292).

وترى (إيمان الطائي، 2015) أن هناك ثلاث أبعاد لجودة الحياة وهي كالتالي:

▪ **جودة الحياة الموضوعية:** وتتمثل بما يوفره المجتمع من إمكانات مادية، إلى جانب الحياة الاجتماعية للشخص.

▪ **جودة الحياة الذاتية:** التي تعني كيفية شعور كل فرد بالحياة الجيدة التي يعيشها أو مدى الرضا والقناعة عن الحياة ومن ثم الشعور بالسعادة.

▪ **جودة الحياة الوجودية:** وتعني مستوى عمق الحياة الجيدة داخل الفرد والتي من خلالها يمكن للفرد أن يعيش حياة متناغمة والتي يصل فيها إلى الحد المثالي في إشباع حاجاته البيولوجية والنفسية، كما يعيش في توافق مع الأفكار والقيم الروحية والدينية السائدة في المجتمع (الطائي، 2015، ص47).

بينما قسم (الشرافي، 2013) أبعاد جودة الحياة إلى:

- **الصحة الجسمية:** ويقصد بها مدى تمتع الفرد بالعمليات الحيوية لوظائف الجسم وخلوها من الأمراض التي تعيق حياته.

- **الصحة النفسية:** ويقصد بها قدرة الفرد على التكيف مع نفسه ومع الآخرين والشعور بالرضا والسعادة والرغبة في الحياة .

- **الصحة الاجتماعية:** يقصد بها محصلة التفاعل الاجتماعي وإدراكه للسلوك المتبادل بينه وبين الآخرين، وقدرته على تكوين علاقات متميزة بين أفراد الجماعة المنتمي لها .

- الصحة المجتمعية: ويقصد بها شعور الفرد وإدراكه لجوانب الحياة المعاشة التي يتمتع بها أو يعاني منها على الصعيد السياسي والاقتصادي والتعليمي والصحي (بنات، 2018، ص44،45).

وقد اشتمل مفهوم جودة الحياة في موسوعة علم النفس على مجموعة من الأبعاد لخصها (بيترمان وسيلا) على أنها سبعة محاور وهي كالتالي:

- التوازن الانفعالي: حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الإيجابية والانفعالات السلبية كالحزن والكآبة والقلق والضغوط النفسية (بوتي وبرقيقة، 2020، ص42).

- الحالة الصحية.

- الاستقرار المهني: حيث يتمثل في الرضا عن العمل أو الدراسة بعد هام في جودة الحياة.

- الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي.

- الاستقرار الاقتصادي: وهو يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة.

- التواءم الجنسي: ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام (حرطاني، 2014، ص22)

أما شالوك فيشير إلى وجود ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم الجودة وهي جودة المعيشة الانفعالية، العلاقات بين الأشخاص، جودة المعيشة المادية، الارتقاء الشخصي، جودة الحياة الجسمية، محددات الذات، التفاعل الاجتماعي، الحقوق (المشاقبة، 2015، ص36).

ويضيف أبو سريع وآخرون أن جودة الحياة تقوم على تكامل المؤشرات أو المقومات الموضوعية والذاتية للسعادة الشخصية مع مراعاة أن تأثير الجوانب الموضوعية يعتمد على التقييم الذاتي، ولقياس الجانب الموضوعي تجرى المقارنة بين الوضع القائم وبين الحد الأدنى من الظروف المعيشية المناسبة، ويضيفوا أيضا أن مفهوم

الجودة مفهوم متعدد الأبعاد يشمل خمس مجالات على الأقل وهي: الرضا البدني، والمادي والاجتماعي والوجداني والنشاط الشخصي (السويركي، 2013، ص 68، 69).

ويشير **العجمي** إلى وجود ثلاث أبعاد رئيسية وهي: القيم، الفاعلية، النشاط، ويتفرع منهم 10 مكونات رئيسية وهي: الحقوق، العلاقات، الرضا، البيئة، الأمن الاقتصادي الاحتواء الاجتماعي، الضبط الفردي، الخصوصية، الصحة، النضج والنمو.

ويشير **منازع** إلى استخلاصه لخمس عشرة بعدا من أبعاد جودة الحياة في حياة الفرد وهي: الرضا عن الذات، الاجتماعية، التوافقية، الأسرة، الجوانب المعرفية، التدين الصحة النفسية، الصحة الجسمية، الاهتمامات والطموح والحاجات، نشاطات الحياة اليومية، وقت الفراغ، العمل والدخل والتقاعد، الاستقلال الرضا عن الحياة، السعادة (العجمي، 2015، ص 27، 28).

وتوضح (شقيير، 2010) أن هناك ثلاث أبعاد رئيسية لجودة الحياة (معيار الصحة، معيار الخصائص الشخصية السوية، المعيار الخارجي) (أبو يونس، 2013، ص 71).

وهذه الأبعاد تتضمن عناصر فرعية عديدة وهي كما يلي:

### ❖ الصحة: وتتضمن

- **الصحة البدنية:** مقدار ما يتمتع به الفرد من صحة جسدية جيدة خالية من الأمراض.

- **الصحة العقلية:** مقدار ما يتمتع به الفرد من قدرة على حل المشكلات واتخاذ

القرارات (أغنية، 2012، ص 40).

- **الصحة الانفعالية:** مجموعة من العواطف والانفعالات الايجابية اتجاه الفرد نفسه

واتجاه الأشخاص والموضوعات والمواقف.

### ❖ بعض خصائص الشخصية السوية:

- **السلوك التوكيدي:** قدرة الفرد على التفاعل الناجح مع أقرانه والتأثير فيهم والاستقلال

والتعاون مع الآخرين ومشاركتهم مختلف الأنشطة والالتزام بالقواعد والتعليمات.

- السعادة: تتمثل في الجانب الانفعالي السوي في الشخصية والتي يوازن بها الفرد بين مشاعره الايجابية والسلبية ويسمو بانفعالاته وعواطفه إلى الجانب السار في الحياة.
- التفاؤل: اتجاه أو اعتقاد الفرد بأن أفضل شيء هو الذي سيحدث.
- الاستقلال النفسي: مهارة الفرد في الاعتماد على نفسه في أداء المهام التي يكلف بها وقدرته على إشباع حاجاته النفسية والبيولوجية دون الاعتماد على غيره(العمروسي، 2015، ص144).

- الكفاءة الذاتية: المتمثلة في مجموعة متميزة من المعتقدات أو الادراكات المترابطة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة بالضبط الذاتي.
- الصلابة النفسية: هي صمود الفرد أمام ما يواجهه من صدمات وضغوط حياتية في مجالات الحياة المختلفة في ضوء ما يعتقد الفرد بأنه يمتلك الإمكانيات النفسية والعقلية والاجتماعية التي تساعده على تلك المواجهة.
- الثقة بالنفس: أوضح جيلفورد أن معايير الثقة بالنفس تتمثل في الشعور بتقبل الآخرين والإيمان بالنفس والاتزان الانفعالي(أغنية، 2012، ص40).
- الرضا عن الحياة: تقبل الفرد لذاته ولأسلوب الحياة التي يحيهاها في المجال الحيوي المحيط به، ويبدو هذا الرضا في توافق الشخص مع ربه وذاته وأسرته وسعادته في العمل وتقبله لأصدقائه وزملائه، كما يتضمن الرضا عن الانجازات الماضية والتفاؤل بالمستقبل(قنون، 2013، ص102).

#### ❖ المعيار الخارجي:

- الانتماء: يحقق الشعور بالانتماء تماسك المجتمع وارتباط الفرد بالأفراد المحيطين به.
- العمل: يساعد الفرد على إشباع حاجاته الأولية والأساسية له ولأسرته، كما أنه يساعده في تحقيق مكانة اجتماعية هامة.
- المهارات الاجتماعية.
- القيم الخلقية الدينية والخلقية والاجتماعية.

- **المساندة الاجتماعية:** مقدار ما يتلقاه الفرد من مساعدة ودعم مادي وسلوكي ومعرفي من الآخرين.
- **المكانة الاجتماعية:** قدرة الفرد في الوصول إلى منزلة عالية ومتميزة في مجتمعه (العمرسي، 2015، ص 144، 145).
- بينما يرى (العزب، 2004) بأن جودة الحياة عبارة عن مفهوم يشير إلى ستة أبعاد أساسية ويمكن قياس جودة الحياة من خلالها وهي:
  - **التفؤولية:** توقع الأفضل في المستقبل .
  - **تقدير الذات:** وتشير إلى تصورات الفرد لقدراته وتقديره لذاته وكفاءته .
  - **الرضا عن المهنة:** أي الرضا عن كافة متطلبات المهنة سواء الراتب أو المكانة الاجتماعية، العلاقات الإنسانية، نمط القيادة وغيرها.
  - **التوقعات المستقبلية:** وهي مجموعة تصورات يتوقعها الفرد ويرجوها في المستقبل.
  - **الممارسات الدينية:** هي تشمل كافة الجوانب العقائدية والمرتبطة بالنواحي الروحية.
  - **الحالة الصحية العامة:** وتمثل الجانب الصحي بشكل عام، والسلامة البدنية (أبو شمالة، 2016، ص 25).
- وقد ذكر (Katschnig,2006) أن جودة الحياة تتكون من ثلاث مكونات رئيسية وتتمثل فيما يلي:
  - الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة العقلية التي يعيشها المرء (يرتبط الإحساس بحسن الحال بالانفعالات، والرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس وكليهما مفاهيم نفسية ذاتية) (عبد القادر، 2020، ص 46).
  - القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية (تمثل الإعاقة المنظور المناقض لهذه القدرة وترتبط بعجز المرء عن الالتزام أو الوفاء بالأدوار الاجتماعية).
  - القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة الاجتماعية منها (المساندة الاجتماعية) والمادية (معيار الحياة) وتوظيفها بشكل ايجابي (السلمي، 2015، ص 46).

- كما حدد (منسي، كاظم، 2006) ستة أبعاد لجودة الحياة وهي:
- جودة الصحة العامة.
  - جودة الحياة الأسرية والاجتماعية.
  - جودة التعليم والدراسة (الدهني، 2018، ص 279).
  - جودة العواطف (الجانب الوجداني للفرد).
  - جودة الصحة النفسية.
  - جودة شغل الوقت وإدارته (حامد وبدوي، 2021، ص 133).
- بينما تناولت (بخش، 2006) في دراستها أربعة أبعاد أساسية وتتمثل في: السلامة البدنية، التفكير العقلاني، الاتزان الانفعالي، المهارات الاجتماعية .
- في حين قامت (خميس، 2011) بتحديد خمسة أبعاد لجودة الحياة وتتمثل في: تقدير السعادة الذاتية، تقدير درجة النضج الشخصي والنفسي، الرضا عن الحياة، الأمل في الحياة، معنى الحياة (أبو يونس 2013، ص 69، 71).
- وذكر (Stewart,King) أن لجودة الحياة بعدين أساسين هما:
- **جودة الحياة الانفعالية:** وتعني الإدراك الذاتي للفرد لمدى معاناته من أعراض الاكتئاب والقلق.
  - **جودة المعيشة الجسمية:** ويشير لمدى قدرة الفرد على أداء المهام ونشاطات الحياة اليومية، وأكد (Greenley,Greenber) أن جودة الحياة تتمثل في بعدين هما البعد الذاتي والبعد الموضوعي (الغزي، 2015، ص 36).
- إلا أن البعض أشار إلى عدم اقتصار جودة الحياة على بعدين فقط فقد حدد (Fallowfield) أربعة أبعاد لجودة الحياة في أربعة مؤشرات:
- **المؤشرات النفسية** وتظهر في عدم شعور الفرد بالقلق أو الاكتئاب، أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا (نعيسة، 2012، ص 149).

- المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية .

- المؤشرات المهنية: وتتمثل في درجة رضا الفرد عن مهنته وحبها، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله .

- المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء(البصري وحسين، 2017، ص247، 248).

ويرى (Rosen,1995) أن جودة الحياة تتضمن أربعة أبعاد أساسية تضمنها المقياس الذي أعده لهذا الغرض وهي:

- الضغط النفسي المدرك.

- العاطفة.

- الوحدة النفسية.

- الرضا(أبو حمدة، 2017، ص52).

ويرى دونفان (Donvan ,1995) أن جودة الحياة تتضمن الوظائف الجسمية المتمثلة في إنجاز الأنشطة اليومية، والوظائف النفسية المتمثلة في الأفكار والانفعالات، والنشاط الاجتماعي والبيئي، والرضا عن الحياة بشكل عام(الحلو، 2016، ص322، 323).

ويقرر كل من كومينز وماك كيب (Cummins, McCabe,1994) أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المتعددة الأبعاد وأن جميع المقاييس التي أعدت في هذا المجال تأخذ بهذا الاتجاه، ويضيف أن مقياس جودة الحياة يجب أن يتضمن مؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية، ويرى الباحثان على الرغم من أن كلا من المؤشرات الموضوعية والذاتية ترتبط ارتباطا قويا بجودة الحياة(الكبيسي، 2016، ص435)، إلا أن الملفت للنظر أن الارتباط بين البعدين يعتبر ارتباطا ضعيفا، ربما يعود ذلك إلى أن الاتجاهين يستعرضان مجموعتين مختلفين من البيانات.

فبينما تعتبر المؤشرات الموضوعية المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها الفرد محكا مرجعيا وتقيس بيانات مثل الدخل والسكن والعمر....الخ، فإن المؤشرات الذاتية

تكون أكثر خصوصية للفرد ومن ثم لا يمكن استخدام المؤشرات الموضوعية لقياس الذاتية إلا في حالة معرفة قيمة هذه المؤشرات بالنسبة للفرد واتجاهاته (الهنداوي، 2011، ص38).

وتعد تصورات (Ventegodt, et al, 2003) من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي، إذ صاغوا ما يعرف بمتصل الجودة وطرحوا في ضوءه ما يعرف بالنظرية التكاملية للجودة والذي يؤكد أن جودة الحياة أو ما يطلق عليه جودة الحياة الوجودية تتضمن بعدين (القاضي، 2020، ص15).

• **البعد الذاتي:** ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في الرفاهية الشخصية، والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات معنى.

• **البعد الموضوعي:** ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في عوامل موضوعية مثل المعايير الثقافية، إشباع الحاجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية (خلف الله، 2015، ص25).

وينفق **ليتمان** (Leitman, 1999) على تقسيم مؤشرات جودة الحياة إلى مؤشرات موضوعية وذاتية إلا أنه يرى أن المؤشرات يجب أن تميل للذاتية، وهذا لأن الجودة يمكن تعريفها طبقاً للفرد وللخبرة والقيم الثقافية، ولذلك فإن المؤشرات وقيمها يمكن أن تختلف بصورة لا نهائية طبقاً لمن يقيس ومن يقاس.

ويضيف **ليتمان** أن مؤشرات جودة الحياة يمكن أن لا تكون مرتبطة ببعضها نظراً لأنها صممت لأغراض أكاديمية بحثية أو محسوسة دون ربطها بفلسفة علمية محددة، علاوة على ذلك فإن المشكلات التقنية يمكن أن تقلل من ارتباط هذه المؤشرات، وحسب ليتمان فإن قياس جودة الحياة يجب أن يتم على مستويين هما:

- **المستوى الشخصي:** حيث يقيس رضا الفرد في إطار مناخ حياته الخاصة .
- **المستوى البيئي:** الذي يقيس متغيرات البيئة التي تساعد على خلق إحساس بالرضا أو عدم الرضا.

ويرى **روش** (Roche, 1990) أن جودة الحياة تقاس ذاتياً من خلال الرأي الشخصي وتعرف موضوعياً من حيث المقاييس الموحدة وتظهر المؤشرات الموضوعية والذاتية

مترابطة ولكن ينشأ تناقض في عملية التقييم عندما يتم تقييم مؤشرات ذاتية بأداة مغلقة (مرازقة، 2016، ص 65، 66).

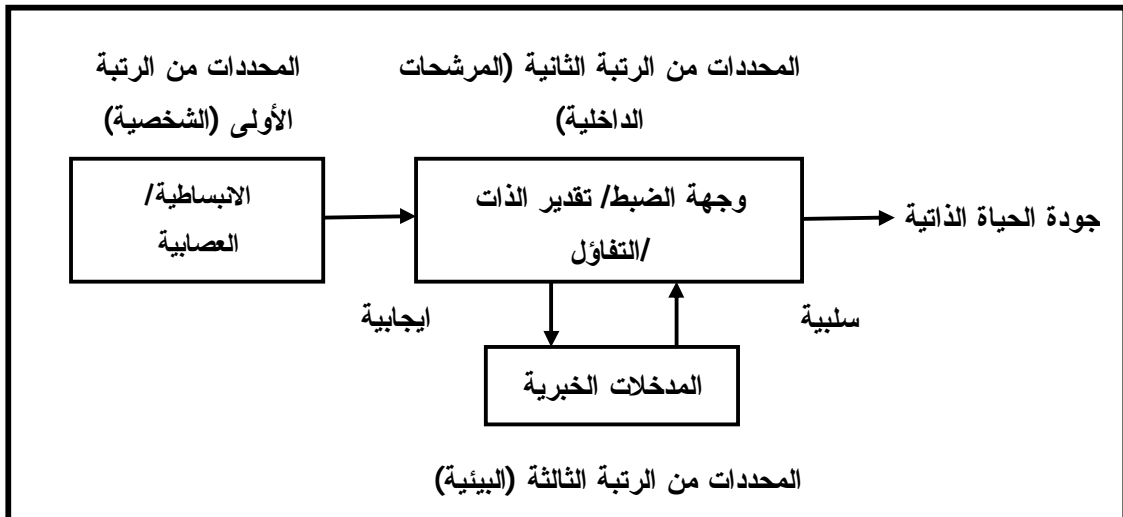
وترى الطالبة الباحثة أن مفهوم جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد والجوانب يختلف من فرد لآخر حسب تقييمه الذاتي وظروف ومتطلبات البيئة التي يعيش فيها، وهذا التعدد يرجع إلى العوامل المؤثرة على جودة الحياة، وعلى الرغم من ذلك يمكن تحديد بعدين رئيسيين هما البعد الموضوعي والبعد الذاتي وباقي التقسيمات يمكن إدراجها ضمن المؤشرات الموضوعية أو الذاتية.

#### 4- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

❖ نموذج ستلز وونز (Steels and Ones, 2000):

قدم ستلز وونز نمودجا نظريا يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصول في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل. يوضح النموذج حسب الشكل (10) محددات جودة الحياة المرتكزة على التقييم الذاتي لهذه الجودة ويلاحظ أن جودة الحياة من المنظور الذاتي دالة على تفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيبا معيناً من درجة التأثير (بحرة، 2014، ص 44) على النحو التالي:

#### الشكل رقم (10): يوضح نموذج ستلز وونز



المصدر: (مرازقة، 2016، ص 56)

- المحددات من الرتبة الأولى: طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص وتتضمن بعدين رئيسيين هما:

✓ الانبساطية في مقابل الانطوائية.

✓ العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي.

- المحددات من الرتبة الثانية: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، وتتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية وجهة الضبط أو مركز التحكم.  
✓ تقدير الذات.

✓ التفاؤل في مقابل التشاؤم (عبد القادر، 2020، ص47).

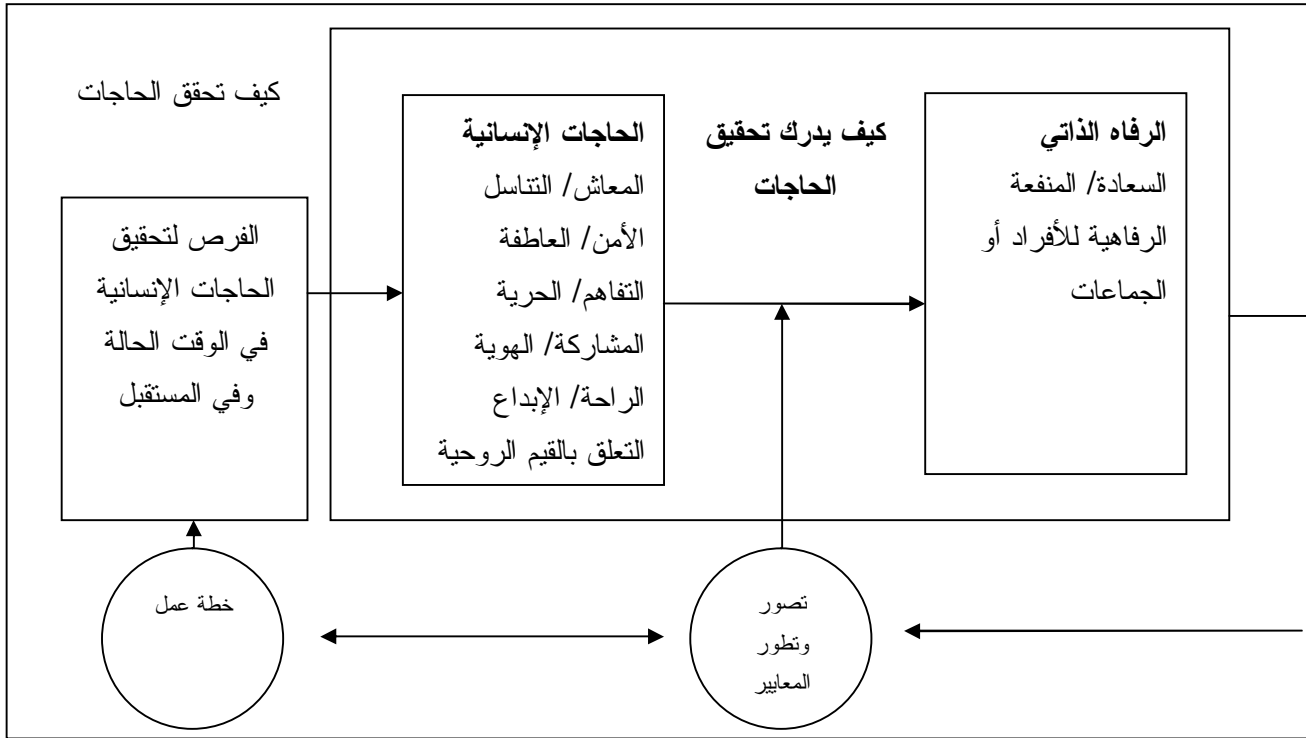
- المحددات من الرتبة الثالثة: وتتضمن كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المادية أو الاجتماعية وما تتضمنه من مصادر إشباع أو مساندة.

وجودة الحياة في التحليل النهائي هي تصور أو صورة ذاتية للحياة الشخصية التي يود الفرد أن يعيشها وبالتالي فهي تختلف من فرد إلى آخر، وتتأسس رؤيتنا لمعنى الجودة، يقصد هنا جودة الحياة الشخصية بالطبع على الطريقة التي نترجم بها عددا من الأبعاد الأساسية إلى أهداف وتوقعات ملموسة ذات طابع مادي يمكن قياسه وملاحظته وبالتالي السعي النشط إلى تحقيقها (أبو حلاوة، 2010، ص11، 12).

❖ نموذج كوستانزا وآخرون R.Costanza et Al:

يطرح (روبرت كوستانزا، 2007) تصورا نظريا للتوفيق بين البعد الموضوعي والذاتي في وصف المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة وتحديد اعتمادا على التأكيد على فكرة التكامل بين الفرص والظروف المتاحة لإشباع احتياجات الإنسان ثم الوصف التفصيلي لهذه الاحتياجات وإحساس الفرد بمدى هذا الإشباع (بوعيشة، 2014، ص87).

شكل رقم (11): يوضح جودة الحياة حسب نموذج كوستانزا وآخرون



المصدر: (Costanza and al,2007,269)

بناء على هذا التصور فإن جودة الحياة هي مقدار الفجوة التي تدرك بين توقعات الفرد لحاجاته والإشباع الفعلي لها وهي حالة ليست قابلة للتحقيق تلقائياً أو بتوفر مصادر الإشباع بل هي دالة لتوفر عاملين حسب ما ذكرها (بكر، 2011، ص 23، 24):

- القدرة على التوافق والمواجهة والتفاعل مع ظروف الحياة وأحداثها بنحو إيجابي (كالقدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية التي تعكس جودة الحياة في المجالات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية).
- القيام بأنشطة تدفع الفرد باتجاه يحقق حاجاته على نحو تحقق الرضا له.

❖ نظرية فينهوفن Ruut Veenhoven:

أكد فينهوفن (Veenhoven) أن حاجات الإنسان يمكن اكتشافها عن طريق دراسة خصائص المجتمع ويعتبر أن المجتمع الذي يتم فيه تلبية أغلب حاجات الإنسان هو مجتمع سعيد وقد ميز فينهوفن (Veenhoven) في نظريته إمكانية العيش بين أربعة مؤشرات يمكن من خلالها الاستدلال على جودة الحياة وهي:

- إمكانية العيش في البيئة: وهي تشير إلى معنى الظروف المعيشية الجيدة وغالبا ما يستخدم علماء النفس هذا المصطلح كشرط لجودة الحياة أو الرفاه باعتباره يشير صراحة إلى سمة من سمات البيئة وكمؤشر لتحقيق السعادة إذ يمكن للمرء أن يعيش في ظروف ممتازة ولكنه لا يزال غير سعيد بسبب عدم القدرة على جني الفرص (الخزاعي، 2016، ص48).

- الغرض من الحياة: يرى (فينهوفن) بأن الحياة الجيدة هي التي تتبع من معنى الحياة نفسها لا لكونها جيدة وهو يفترض بعض القيم العليا مثل الحفاظ على البيئة أو التنمية الثقافية

ويؤكد أن جودة الحياة التي يذكرها علماء النفس في كتاباتهم باعتبار أن السعادة والغرض من الحياة يمكن أن تدل على جودة الحياة حيث المرء وأن يعيش حياة مفيدة ولكنه لا يزال غير سعيد.

- الحياة والقدرة الشخصية: وتعني فرص الحياة ومدى قدرة الشخص على استغلال هذه الفرص وجاهزيته للتعامل مع مشاكل الحياة، ويعتبر (فينهوفن) القدرة الشخصية شرط أساسي لتحقيق السعادة وليس السعادة نفسها وحتى الشخص المثالي يكون سعيدا حتى ولو في الجحيم لما يملكه من قدرة شخصية لتعامله مع فرص الحياة.

- الرضا عن الحياة: وهي تمثل الجودة نفسها من خلال التعامل مع الآخرين وما نحصل عليه من تقدير شخصي في هذه الحياة بصورة واعية وهذه الجودة يشار إليها بمصطلحات مثل الرفاهية الذاتية والحياة المرضية .

كما ينظر (فينهوفن) إلى أن بعض المجتمعات أكثر حيوية ونشاطا من المجتمعات الأخرى وذلك بتحقيقها للمتطلبات الإنسانية وأن هنالك علاقة ما بين الدخل الذي يحصل عليه الفرد وشعوره بالسعادة وجودة الحياة (الخزاعي، 2016، ص48).

❖ نموذج كارول رايف Carroll Ryff:

ترى رايف (Ryff) أن جودة الحياة من المفاهيم ذات الطابع الجدلي تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات وهو مفهوم ديناميكي متعدد الأوجه يشتمل على أبعاد ذاتية

واجتماعية ونفسية فضلا عن السلوك المرتبط بالصحة لتحديد الجوانب المتعددة للرفاه وقياسها والأمن النفسي والاجتماعي، والأبعاد هي كالاتي:

▪ **التمكن البيئي:** وهي قدرة الفرد على التمكن من تنظيم الظروف والتحكم في كثير من الأنشطة، والاستفادة بطريقة فعالة من الظروف المحيطة وتوفير البيئة المناسبة والمرونة الشخصية.

▪ **تقبل الذات:** يمتلك موقفا ايجابيا اتجاه الذات ويشعر بإيجابية عن حياته الماضية، وتقبل المظاهر المختلفة للذات بجوانبها الايجابية والسلبية (Ryff,1989,p1072).

▪ **الاستقلالية:** تشير إلى استقلالية الفرد وقدرته على اتخاذ القرار، ومقاومة الضغوط الاجتماعية وضبط تنظيم السلوك الشخصي(عبيد، 2017، ص355).

▪ **العلاقات الايجابية مع الآخرين:** تشير إلى القدرة على إقامة علاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين قائمة على الثقة والتواد (الحب)، والقدرة على التوحد مع الآخرين (عكاشة وسليم، 2010، ص9)، ويندرج تحت هذا البعد الصفات التالية:

✓ رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية.

✓ ثقته بالآخرين من حوله.

✓ قناعته برفاهية الآخرين.

✓ قدرته على التعاطف والتوحد للآخرين.

✓ اهتمامه بالتبادل الاجتماعي.

✓ إظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين(بجي، 2016، ص42).

▪ **النمو الشخصي:** وهو محاولة الفرد تطوير قابليته وإمكاناته من النواحي كافة العقلية والنفسية والاجتماعية، وأن الفرد في هذا البعد يحاول إدراك طاقاته في نموه الشخصي الذي يعني الارتقاء والتقدم المستمر ونمو الذات وهي تتطور وتتوسع، ويكون منفتحا ومستعدا لتلقي خبرات جديدة تضاف إلى رصيده من الخبرات التي تساهم في ذلك التطور وأن لديه الإحساس بالواقعية، بعدها يجد الفرد نفسه قد تطور بمرور الزمن وتقدم أحداثه(مرازقة، 2016، ص54).

▪ الهدف من الحياة: الفرد يمتلك إيمانا بفعله الماضي والحاضر وتوجهه نحو مستقبله بثقة تجعل منه مدركا لغرض حياته التي يحاول من خلالها إيجاد المعنى (Ryff,1989,p1072).

### ❖ نموذج شالوك (1996) Schalock :

قدم شالوك تحليلا مفصلا لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من مؤشرات تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد شعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته (مبارك، دس، ص724)

▪ الرفاه الانفعالي: وتشمل الشعور بالأمان والايجابية والرضا، قبول الذات، السلامة تحمل المشقة.

▪ الرفاه الجسمي: ويشمل الصحة، نظام التغذية، الراحة.

▪ الحقوق: الإنسانية (الاحترام، الكرامة، المساواة) (Schalock et al,2008,p180)

▪ جودة المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي وعوامل الأمان الاجتماعي وظروف العمل، الممتلكات والمكانة الاجتماعية والاقتصادية (السويركي، 2013، ص69).

▪ العلاقات بين الأشخاص: وتشمل التفاعل (الشبكات الاجتماعية، التواصل الاجتماعي) العلاقات الأسرية والأصدقاء والأقران والدعم العاطفي والمادي.

▪ التضمين الاجتماعي: ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة والتكامل والمشاركة الاجتماعية والدور الاجتماعي والنشاط الاجتماعي (Pilar,2012,p2340).

▪ الارتقاء الشخصي: ويشمل مستوى التعليم والمهارات الشخصية ومستوى الانجاز .

▪ محددات الذات: وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات والأهداف والقيم (قادري وبن نابي، 2016، ص139).

❖ النظرية التكاملية لـ (Ventegodt Merrick and Andersen (2003):

طرحا شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذين من مفاهيم الرفاه **Well Being** السعادة **Happiness**، ومعنى الحياة **Meaning in life** ، ونظام المعلومات البيولوجي **System the biological information**، وتحقيق الحياة الواقعية، **Realizing life** **potential** وتحقيق الحاجات فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا تكامليا لتفسير جودة الحياة (بجي، 2016، ص45).

وينطلق هذا النموذج من القول بأن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله في الحياة في ضوء ما يحمله من مفاهيم ومعتقدات واتجاهات تطورت لديه في ظل الثقافة الاجتماعية التي يعيش في إطارها، فأحساسه حيال الحياة ورضاه عن تحقيقه لغاياته الشخصية وانسجامه مع البيئة الاجتماعية التي يعيش في إطارها يتقرر في ضوء ثلاث دوائر محددة (أبوحمدة، 2017، ص48)، كما هو موضح في الشكل (12).

ويتم تقييم جودة الحياة بمساعدة كل من المؤشرات الموضوعية والذاتية ففي أبحاث جودة الحياة غالبا ما يميز بين جودة الحياة الذاتية والموضوعية، فجودة الحياة الذاتية متعلقة بالشعور الجيد والرضا عن الأشياء بشكل عام، بينما تدور جودة الحياة الموضوعية حول تحقيق الاجتماعية والثقافية للثروة المادية والحالة الاجتماعية والرفاه الجسمي (مرازقة، 2016، ص60).

وأشار أندرسون (Anderson,2003) إلى أن هناك ثلاث سمات مجتمعة تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة هي:

**الأولى:** وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه .  
**الثانية:** المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

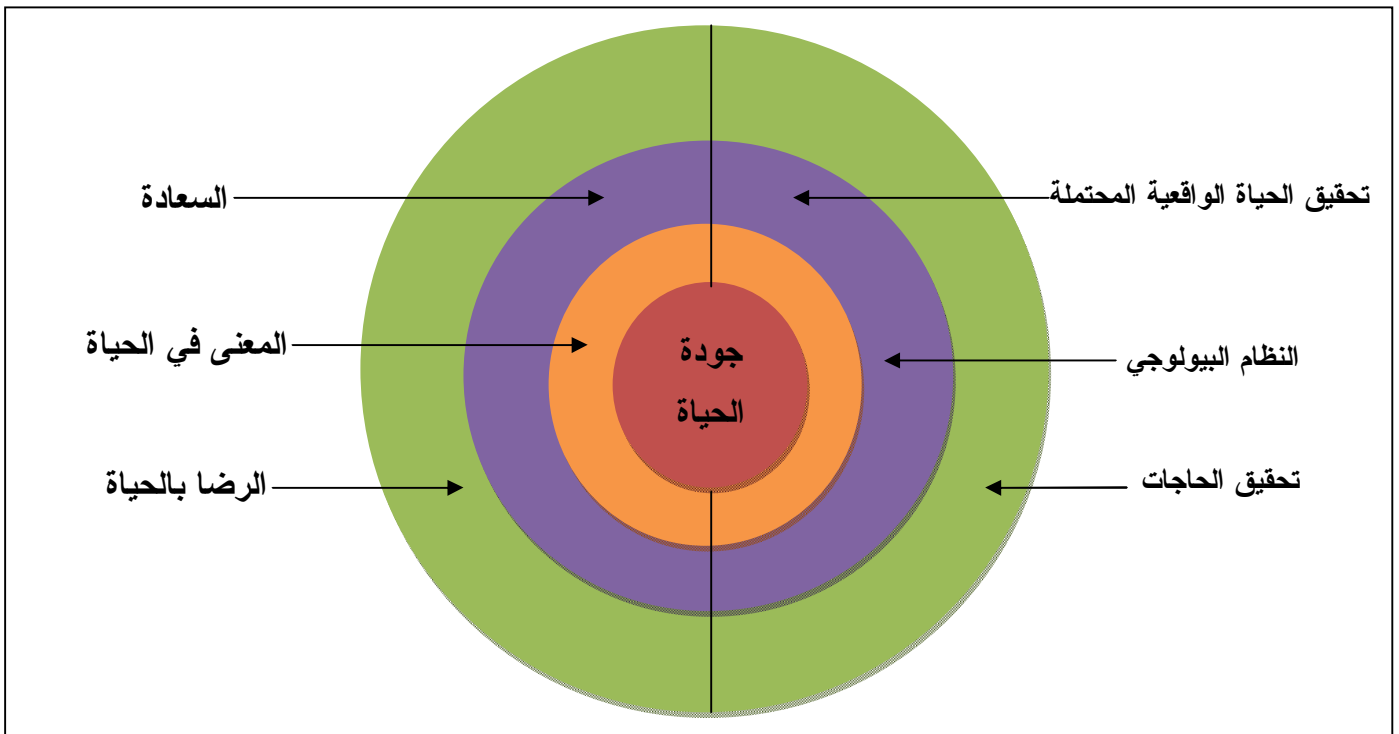
**الثالثة:** الشخصية والعمق الداخلي (بوعيشة، 2014، ص93).

وفي ضوء هذه السمات فإن النظرية التكاملية تضع المؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة:

- إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته، وأن هذا الشعور يتحقق بالآتي:
- أن نضع أهداف واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا(مبارك، دس، ص728).
- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة، ذلك أنه أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.
- إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة وأهداف ذات معنى وبعائلة تبت فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة(صندوق، 2015، ص40).

ومن خلال هذا المخطط الذي يوضح تفصيلات هذه النظرية نستطيع القول أن جودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى وامتضانات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية وإحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الإنسان والقيم السائدة فيه(مرازقة، 2016، ص60، 61).

شكل رقم (12): يوضح جودة الحياة حسب النظرية التكاملية



المصدر: (Ventegodt et al,(2003),p1032)

### نظرية لاوتن Lawton Theory:

طرح لاوتن (Lawton) مفهوم طبعة البيئة ليوضح فكرته عن جودة الحياة وهي تدور حول الآتي:

إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان (بوزيد وجاب الله، 2017، ص 401) هما:

- **الظرف المكاني:** أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات أحدهما مباشر على حياة الفرد كالصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها(شيخي، 2014، ص84).

- **الظرف الزماني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بجودة الحياة(صالح عيد، 2019، ص65).

### ❖ نموذج Zautra و Reich:

يرتكز هذا النموذج على قناعة أن جودة الحياة ترتبط بجملة من الأحداث التي يعيشها الفرد، بمعنى أنه نموذج يركز على التأثير الوجداني والمعرفي لتجارب الفرد على جودة الحياة ومن مبادئ هذه النظرية:

**الضبط المعرفي:** الذي يظهر في التزام الفرد لإتباع سلوك معين، فالأفراد يتصرفون لإنجاز معين لأنهم يريدون ذلك فهذه الحرية هي حرية الاختيار لها تأثير كبير على طريقتهم في تفسير مسار حياتهم(برابح، 2020، ص94).

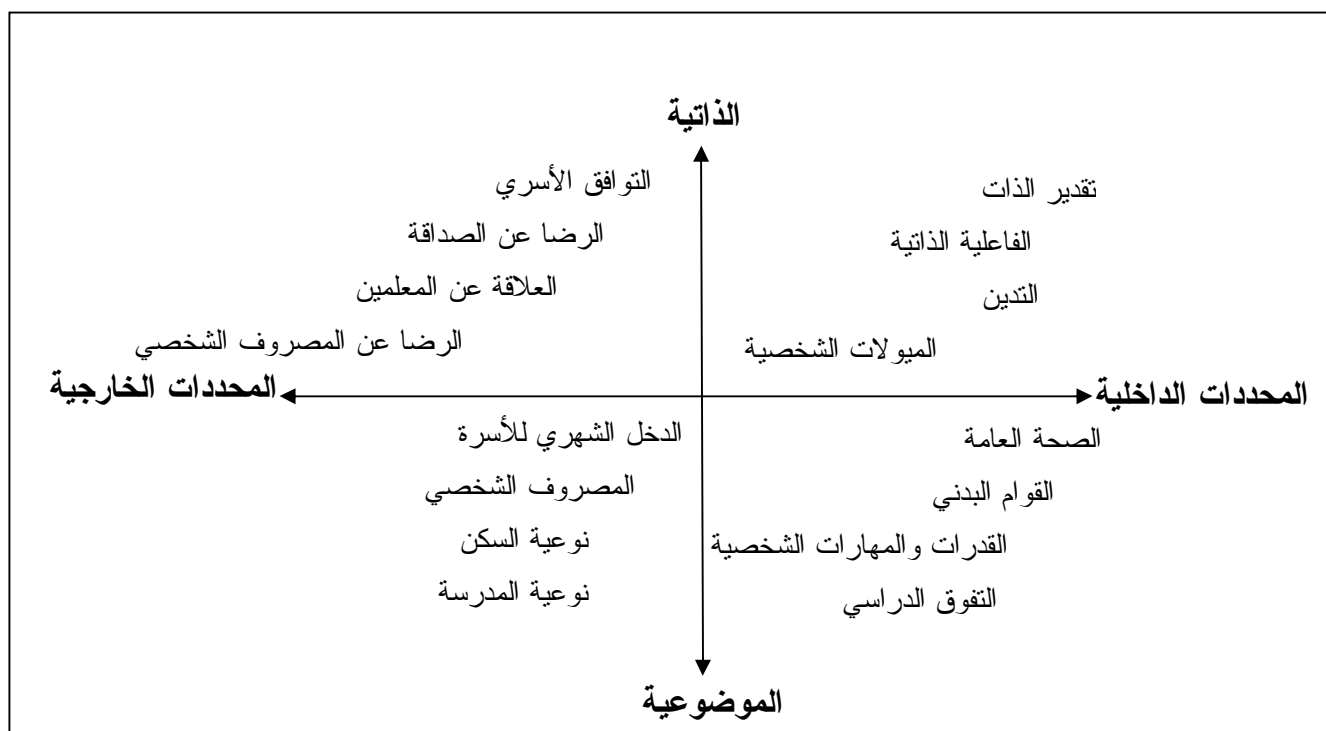
**الوجدان الإيجابي:** يرتبط بمجموعة من الأحداث التي يسير عليها الفرد، فالمجهودات التي يبذلها الفرد مع متطلبات الحياة اليومية لها نتائج وتأثير على الحياة، ومن الناحية الإجرائية دور الأحداث في جودة الأحداث تظهر في شكل عملية أو سيرورة تقويمية تحمل ثلاث مكونات حسب ما ذكره(فواظمية، 2018، ص90، 91):

- الضغوطات التي يفرضها المحيط.

- الضغوطات المفروضة من الفرد (رغبات).
  - استجابات الفرد اتجاه هذه الأحداث.
  - مستوى الرضا وعدم الرضا التي يشعر بها الفرد من مسار هذه الأحداث
- نموذج أبو سريع وآخرون (2006):

وضع هؤلاء نموذج نظري عربي لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين كما هو موضح في الشكل الآتي:

شكل رقم (13): يوضح نموذج أبو سريع وآخرون



المصدر: (مشري، 2014، ص231).

يمكن تفسير الشكل (13) بالآتي:

- أن البعد الأفقي: يشمل قطبي توزيع محددات جودة الحياة كونها داخل الشخص أو خارجه وتسمى "بعد المحددات الشخصية في مقابل بعد المحددات الخارجية" (صادق علي، 2016، ص49)

▪ أن البعد الرأسي: يمثل توزيع تلك المحددات على وفق قياسها وتقدير مدى تحققها وهي تتوزع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية أخرى (مشري، 2014، ص231).

وعلى وفق هذا التصور فإن مصطلح جودة الحياة ظاهرة متعددة الجوانب (صحية، اجتماعية، نفسية واقتصادية) تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فمثلا النظام السياسي، والتقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية ومعتقدات الأفراد المختلفة، كما تتمثل جودة الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو غير مادية، كما أن جودة الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

- الرضا والقناعة.

- التوافق النفسي والاجتماعي والصحي والأسري.

- درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن.

- مفهوم الذات والوعي بها.

- درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر (فواظمية، 2018، ص92، 93).

➤ وترى الطالبة الباحثة أنه استنادا إلى ما تم عرضه من تفسيرات لمفهوم جودة الحياة حسب النظريات والاتجاهات المفسرة لها برغم أن كل نموذج تناول المفهوم حسب الاتجاه العام له إلا أن كل الاتجاهات ركزت على المؤشرات الذاتية والمؤشرات الموضوعية لتقييم جودة الحياة لدى الأفراد، فأغلب النظريات حاولت التوفيق بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي في وصف المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة، إلا أنه في نموذج (ستلز وونز) حاول ربط جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا للوصول إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل، ونجد أن لاوتن طرح ما يعرف بطبعة البيئة مركزا على الظرف الزماني والمكاني وتأثيرهما على جودة الحياة.

### 5- مجالات جودة الحياة:

أكد الكثير من الباحثين والدارسين أن جودة الحياة هي مفهوم معقد يضم عدة مجالات جسمية ونفسية واجتماعية وهي كالآتي:

#### ▪ المجال النفسي:

حسب (Schweitzer, Marilou Brushon) تضم الانفعالات، الحالات العاطفية الايجابية وبالنسبة للآخرين تضم أيضا غياب الانفعالات السلبية، وهم بذلك يقتربون من مفهوم الصحة النفسية أو الراحة الذاتية كمفاهيم واسعة نوعا ما لأنها تضم تفاعلات معرفية كالرضا عن الحياة.

أما الكفاءات والقدرات العصبية النفسية، المعرفية والنفس حركية فيصنفها بعض الباحثين في البعد النفسي وآخرون ضمن بند الصحة الجسمية والقدرات الوظيفية(عمران، 2009، ص63).

وبالتالي ترتبط جودة الحياة من المنظور النفسي بعدد من المفاهيم الأساسية مثل: الإدراك القيم الاتجاهات، الحاجات، الطموح، مستويات الرضا عن الخاصة بجوانب الحياة المختلفة ومنها الأسرة والعمل والزملاء.

في حين يرى علماء النفس أن جودة الحياة هي تعبير الفرد عن الإدراك الذاتي للحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى إن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية يمثل انعكاسا لإدراك الفرد بجودة حياته، ومن أهم المفاهيم التي تستخدم كمؤشر لجودة الحياة مفهوم الحاجات وإشباعها(العجمي، 2015، ص22).

وفي السياق ذاته يرى (الكنج، 2013، ص29) أن الحياة الوجدانية تتضمن القدرة على الفرد لمشاعره ومشاعر الآخرين والتميز بينها واستخدام هذه المعلومات من قبل الفرد لإرشاده في تفكيره وأفعاله والشعور بشكل جيد نحو الحياة والأداء بشكل جيد وتتناول المشاعر الإيجابية للفرد (المرح، الابتهاج، السعادة، الهدوء، السلام، الرضا، الحيوية).

فهم الفرد لمشاعره ومشاعر الآخرين هو المفتاح للرضا بالحياة، فأولئك الذين يكون لديهم وعي ذاتي وحساسية اتجاه الآخرين يديرون علاقاتهم بحكمة حتى في ظل ظروف غير مواتية، أما الأفراد الذين يكون لديهم مستوى متدني من الوعي والحساسية يضلون طريقهم في الحياة، موسومين بسوء الفهم والإحباط والفشل في العلاقات.

➤ بينما ترى الطالبة الباحثة أن جودة الحياة النفسية هي قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته والسيطرة على مشاعره السلبية، وإشباع حاجاته النفسية، وإدراكه لمعنى حياته يجعله يشعر بالسعادة والارتياح، بمعنى أن تمتع الفرد بصحة نفسية جيدة تتعكس إيجاباً على حياته بشكل عام فيشعر بالتفاؤل والثقة بقدراته وإمكاناته فيسعى لتحقيق أهدافه وتزداد قدرته على الإنتاج والعمل والابتكار.

### ▪ جودة الحياة الاجتماعية:

على الرغم من حاجة الفرد للاستقلال وتقبل الذات والنمو الشخصي إلا أنه لا يمكنه تحقيق ذلك بمعزل عن مجتمع ينتمي إليه ويتقبله ويسانده ويحقق له الأمن والسلامة حيث وضع كايس (Keyes, 2000) نموذجاً متعدد الأبعاد يحدد فيه جودة الحياة الاجتماعية ويشمل خمسة أبعاد وهي:

- التكامل الاجتماعي: ويعني درجة إحساس الفرد بالانتماء.
- الإسهام الاجتماعي: ويعني إحساس الفرد بقيمته بالنسبة للمجتمع (عمر، 2019، ص137).
- التماسك الاجتماعي: ويعني معقولية ومعنى العالم الاجتماعي.
- التحديث الاجتماعي: ويعني الإحساس بإمكانية النمو المستمر في المجتمع والمؤسسات الاجتماعية

- القبول الاجتماعي: ويعني درجة راحة الفرد وقبوله للناس الآخرين.

كما يؤكد شالوك (Schalock) أيضاً في نظريته ومجالاتها الثمانية على جودة الحياة الاجتماعية للفرد، وذلك بتركيزه على العلاقات الاجتماعية والراحة البيئية والأمن والسلامة، وكل ذلك في مواقع هي: البيت، المجتمع، العمل أو الوظيفة، ويركز شالوك في

هذا الجانب على أهمية تحقيق الأمن والسلامة في العلاقات الأسرية والعلاقات مع الأصدقاء والعلاقات مع زملاء العمل، كما يشير رافايل وآخرون (Raphael et al) إلى أن جودة الحياة الاجتماعية تتلخص في ثلاث جوانب هي: الرفاهية الاجتماعية والاقتصادية والاشتراك الاجتماعي، والسلامة العامة (نغم جمال، 2016، ص21).

➤ ومن وجهة نظر الطالبة الباحثة جودة الحياة الاجتماعية بصفة عامة هي قدرة الفرد على التوافق مع المحيط الذي يعيش فيه والاستقرار الأسري وبناء علاقات اجتماعية جيدة مع الأصدقاء والزملاء في محيط العمل تؤدي لشعوره بالأمن والراحة.

### ▪ المجال الجسمي لجودة الحياة:

يضم هذا المجال عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية والوظيفية والكفاءات الوظيفية، فالصحة الجسمية تضم (الطاقة الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض، ومختلف المؤشرات البيولوجية) في حين تشمل القدرات الوظيفية (الوضعية الوظيفية، حركية الفرد، النشاطات اليومية التي بإمكانه القيام بها ومدى استقلالته أو ارتباطه) (مأمون، 2015، ص77).

وعملها تقدر العوامل الجسمية بطريقتين:

✓ موضوعية خارجية (طبية مثلا، فحوصات عيادية وشبه عيادية).

✓ ذاتية داخلية تسمح بالكشف عن التمثيلات، الإدراكات والمعاش الذاتي للصحة من قبل الفرد ذاته (عمران، 2009، ص64).

➤ كما ترى الطالبة الباحثة أن جودة الحياة الجسمية هي تمتع الفرد بصحة جيدة وقدرته على أداء أدواره ووظائفه بشكل فعال.

في حين تذكر (أغنية، 2012، ص42، 44) أن مجالات جودة الحياة تنقسم إلى:

• **جودة البيئة:** وتتضمن جودة البيئة الطبيعية، وجودة البيئة الاجتماعية، وجودة البيئة الثقافية.

- **جودة الحياة الأسرية:** تكمن في صحة الدور الذي يقوم به كل فرد من أفراد الأسرة وبمفهوم هول فإن الدور ليس مفهوم أحادي البعد وإنما هو عملية لها ثلاث مكونات.  
أ- **مكون بنائي:** يتمثل في مطالب الدور الخارجية وهي قائمة المعايير والمحرمات والمسؤوليات التي تتعلق بوضع اجتماعي معين.  
ب- **مكون داخلي:** يتمثل في الجانب الداخلي الذي يتصور الفرد على أساسه الوضع الاجتماعي، وكيف يفكر بطريقة جيدة من أجل الجودة الشخصية وبالتالي جودة حياته.  
ج- **مكون سلوك الدور:** ويتمثل في الطرق التي يتعرف بها الأفراد في الوضع الاجتماعي، تلك الطرق إذا نفذت بطريقة مناسبة وتتماشى مع القيم والمعايير السائدة في المجتمع أدى هذا إلى جودة السلوك داخل الدور.

- **جودة الحياة التعليمية:** وتتضمن جودة المنهج وجودة إعداد المعلم، وجودة الإدارة التعليمية.

من خلال ما تم طرحه نستنتج أن جودة الحياة مفهوم متعدد الجوانب وبالتالي يضم مجالات مختلفة والتي ترتبط ببعضها البعض، فلا يمكن أن يشعر الفرد بالراحة والسعادة ولديه الكثير من المشكلات الصحية والنفسية وفي ظل مجتمع عاجز عن إشباع حاجاته النفسية والجسدية، أو في ظل علاقات لا تجلب إلا التوتر والقلق ولا يحظى بدعم من حوله.

### 6- مقومات جودة الحياة:

ترى (سليمان، 2009) أنه عند الحديث عن مقومات جودة الحياة من الناحية الصحية نجدها تتمثل في:

- **الناحية الجسدية:** وتتمثل في إشباع الحاجات الفسيولوجية الأساسية للفرد من ماء وهواء نقي وطعام صحي، ومسكن مناسب وقدر ملائم من النوم الهادئ.
- **الناحية العقلية:** وتتمثل في إشباع الحاجات إلى التفكير والابتكار.

- **الناحية النفسية:** وتتمثل في إشباع الحاجات إلى الأمن والأمان، والعيش في مجتمع آمن بعيد عن المخاطر، والاحتياج إلى تقدير الذات وتحقيقها بعيدا عن جوانب القصور لديه.

- **الناحية الاجتماعية:** وتتمثل في إشباع الحاجات إلى القبول الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والحاجة إلى الانتماء.

في حين يرى **ماسلو** أن إشباع الحاجات الأساسية البيولوجية والاجتماعية والنفسية ومواجهة التحديات بأقصى حدود القدرة يعد مصدرا مباشرا للشعور بالبهجة وهذا ما يطلق عليه قمة الخبرة، والتي تعبر عن أسعد لحظات العمر (**عجوري، 2013، ص 53، 54**).

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش دونها، والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية.

غير أن هذه الاحتياجات تقف جنبا إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءا مكملا لها والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته التي تتصل بالناحية الصحية (**حرارة، 2017، ص 60**).

كما تتمثل في (العجز، التقدم بالعمر، الألم، الخوف، ضغط العمل، الحروب الموت، الإحباط، الأمل، اللياقة الجسمانية)، لكنه لا بد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو مرض (**السويركي، 2013، ص 66**).

وقد ذكرت (**رشا إبراهيم، 2010**) أن مقومات جودة الحياة وفق تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة عناصر عدة هي:

**الصحة النفسية:** القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب أو تردد.

**الصحة الروحية:** هي صحة تتعلق بالقدرة على التفكير بوضوح وتناسق والشعور بالمسؤولية والقدرة على حسم الخيارات واتخاذ القرارات (**خلف الله، 2015، ص 15**).

**الصحة الاجتماعية:** وهي قدرة الفرد على إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.

**الصحة المجتمعية:** وهي القدرة على إقامة العلاقة مع كل ما يحيط بالفرد من مادة أو أشخاص وقوانين وأنظمة(صندوق، 2015، ص43).

### 07- قياس جودة الحياة:

نظرا لعدم وجود تعريف شامل ومحدد لجودة الحياة، فمن البديهي ألا يكون هناك معايير ثابتة ومحددة لقياس جودة الحياة، لذا يجد الباحثون عناء شديدا في إعداد مقياس لجودة الحياة شاملا ومخصصا لهدف معين، ويؤكد (هاشم، 2001) أن "قياس جودة الحياة من المجالات التي مازالت تحتاج إلى جهد كبير من المتخصصين، فعلى الرغم من وجود مقاييس عديدة في هذا المجال إلا أن غالبيتها ليست شاملة ولا يمكن استخدامها إلا في مجالات محددة، كما أن هذه المقاييس تعرضت للكثير من الانتقادات"(سويد، 2016، ص56)، فقد انتقد كومينز وماك كيب (Commins, McCabe,1994) مقاييس جودة الحياة لما تضمنته من جوانب قصور، فالعمليات التي تم من خلالها بناء مقاييس الجودة لم يتم عرضها وشرحها بالتفصيل، كما أن هذه المقاييس اعتمدت على الصدق الظاهري بغرض القياس في مواقف خاصة مرتبطة بأهداف البحث، وفي غالبية الأحوال كان يتم استخدام مقاييس سابقة بعد تعديلها(عدودة، 2015، ص136).

ويعقب (الغندور) على أنه "اختلفت الإجابات بين إمكانية قياس جودة الحياة وعدم الإمكانية، حيث أن القياس الموضوعي يكون للأشياء الكمية التي يكون لها وزن أو مقدار كمي، أما عن جودة الحياة فهي شيء آخر يعبر في الغالب عن إدراك الفرد لهذا الكم واتجاهاته نحوه بشكل يحقق له الرضا عن حياته أو عدم الرضا(سويد، 2016، ص56).

وقد قسم ويكلاند (Wiklund,2000)أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع:

### ■ القياس العالمي:

وصمم أسلوبه العام من أجل قياس جودة الحياة بصورة متكاملة وشاملة، وهذا قد يكون سؤالاً وحيداً يتم سؤاله للشخص لحساب مقياس جودة الحياة بصورة عامة له مثل مقياس فلانجان لجودة الحياة الذي يسأل الناس عن رضاهم عن 15 مجالاً من مجالات الحياة (الهمص، 2010، ص 50).

### ■ القياس العام:

له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية، تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض المرض على حياة المرضى.

ويطبق المقياس العام على مجموعة كبيرة من السكان، والميزة الكبرى لهذا القياس تغطيته الشاملة وكذلك حقيقة أنه يسمح عمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى، أما عيوب هذا القياس فإنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين (براج، 2020، ص 99).

### ■ القياس الخاص:

تم تطويره لمراقبة رد الفعل للعلاج في حالات خاصة، وهذه الخطوات محصورة لمشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصوير لديهم في الربط مع تعريف جودة الحياة حيث يركز على مشكلة معينة لمجموعة من المرضى مثل الألم، التعب، الوظائف الجسمية.

هذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي، هذه الطرق المتعددة تختلف في الاستخدام، الاستبيانات القياسية تسمح بالإدارة الموحدة والقياس الغير متحيز في البيانات (بحرة، 2014، ص 40، 41).

ويصنف تورجرسون (Torgerson) مقاييس جودة الحياة إلى ثلاثة مجموعات:

1- المقاييس النوعية: وهي المقاييس المرتبطة بمواقف وظروف وأهداف محددة (حسن، 2010، ص 20).

2- المقاييس العامة أو الشاملة: وهي التي تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد ومجالات حياته المختلفة.

3- المقاييس المؤسسة على النفع والفائدة: وهي التي تتضمن حول تفضيل الفرد في فترات معينة (أبو شمالة، 2016، ص27).

وتذهب (فاطمة الزروق، 2009) إلى تصنيف وسائل وأدوات قياس جودة الحياة إلى:

أ- بطارية المؤشرات.

ب- ملامح الصحة.

ج- مقاييس الفعالية.

د- مقاييس النوعية.

يحاول النوع الأول من الأدوات (بطارية المؤشرات) وضع مؤشرات متعددة الأبعاد من خلال تمثيلها لأوجه الحياة المتفق على أنها تكون مفهوم طريقة الحياة من أمثلة هذا النوع المقياس الذي وضعته منظمة الصحة العالمية.

أما بالنسبة للنوع الثاني من الأدوات في هذا التصنيف وهو ملامح الصحة فإنه يركز على استعمال استبيان واحد فقط تتم الإجابة عليه للتعرف على تأثير الإصابة بالمرض عموماً على جودة حياة الفرد في جانبي الأداء النفسي والبدني، ومن الأمثلة المتوفرة حول هذا النوع حسب هذا التصنيف (Sickness Impact Profile) (مأمون، 2015، ص91، 92).

وفيما يتعلق بمقاييس الفعالية فإنها تركز على توظيف مفهوم الشعور بالسعادة من خلال الرضا عن نوعية الفرد كما يقيمه هو بنفسه، ويلاحظ أن هذا النوع من المقاييس يفيد أكثر في مجال التعرف على توقعات الفرد بهدف تحسين أساليب حياتهم الحياتية ومن أمثلة هذا النوع: (Psychological General Well-Being).

أما بالنسبة للمقاييس النوعية فهي مصممة أساساً لمعرفة مدى تأثير الإصابة بمرض معين بعينه على طريقة حياة المرضى، وكيف يحد هذا المرض من مستوى أدائهم في مجالات الحياة المختلفة (الزروق، 2009، ص54).

ونستعرض مجموعة من المقاييس لقياس جودة الحياة:

- مقياس جودة الحياة لفريش (Frisch, 1992):

وهو يقيس الرضا عن الحياة ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي (17) مجالاً للحياة مثل العمل الصحة، وقت الفراغ، العلاقات مع الأصدقاء والأبناء، مستوى المعيشة وفلسفة الحياة، والعلاقات مع الجيران والأقارب، والعمل الوطني، حيث يطلب من الفرد تقدير الرضا في مجال معين من الحياة، أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد (براج، 2020، ص102).

- مقياس بيرنس لجودة الحياة (Bernes, 1995):

الذي يشمل على أربعة مقاييس فرعية مرتبطة بالشخصية والحالة الاجتماعية والحالة الأسرية والعمل ويساعد هذا المقياس على تقدير الرضا الشخصي والإحساس بالإنجاز.

- مقياس جودة الحياة للأطفال ذوي الصعوبات التعلم الأكاديمية من إعداد كومينس

(Cummins, 1997):

قام بتصميم هذا المقياس (Cummins) لقياس جودة الحياة لدى الأطفال والمراهقين ذوي الصعوبات التعلم ما بين 11-18 سنة ويتكون المقياس من ثلاثة أجزاء وتستغرق الإجابة عنها 15-20 دقيقة (حرطاني، 2014، ص34، 35)، وفيما يلي وصف للمقياس:

الجزء الأول ( الجانب الموضوعي ):

ويقيس بعض البيانات والإمكانات الخاصة بالفرد وهو يتكون من (21) سؤالاً موزعة على (7) أبعاد فرعية بواقع ثلاث أسئلة لكل بعد ك الارتياح المادي، الصحة، الإنتاجية، الألفة، الأمان، المكانة الاجتماعية، السعادة الوجدانية.

الجزء الثاني (الجانب الذاتي): ويقيس بعض الجوانب الوجدانية الخاصة بشعور الفرد

ويتكون من بعدين فرعيين هما:

أ- الأهمية: ويركز هذا الجزء على شعور الفرد نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة الأهمية له، ويتكون من (7) عبارات.

ب- الرضا: ويركز هذا الجزء على شعور الفرد نحو بعض جوانب حياته المختلفة من حيث درجة رضاه عنها هذه ويتكون من (7) عبارات (منسي وكاظم، 2010، ص46).

- مقياس بروفايل لانكشير لجودة الحياة Lancashire Quality:

وصممه (أوليفر وزملائه، 1997) ويتضمن مجموعة من البيانات الشخصية ومعلومات شخصية، (4) من هذه البنود تقيس الجوانب الموضوعية (لقاء الأصدقاء، الاتهام في الجرائم، التعرض لعدوان جسدي) و(12) بندا تقيس جوانب ذاتية مثل الرضا عن التدريب وعدد الأشخاص وجودتهم، وأنشطة وقت الفراغ والسكن والإقامة، والأمن الشخصي والحياة الجنسية، والعلاقات الأسرية، الصحة الجسمية وتتمتع هذه الأداة بصدق وثبات مرتفعين (أبو شمالة، 2016، ص28).

- مقياس جودة الحياة للمنظمة العالمية للصحة:

وسيلة موجهة للاستخدام عالميا تدخل ضمن مشروع طموح لمنظمة الصحة العالمية الهادف لبناء وسيلة تقدير تأخذ بعين الاعتبار تباين الثقافات (العوامل الخاصة لجودة الحياة) وإمكانية المقارنة عالميا.

يتكون هذا المقياس من (100) بند أو سؤال وهو الشكل المفصل تم تطويره في (15) مركزا ميدانيا حول العالم، وقد تمت صياغة الجوانب المهمة لنوعية الحياة وطرق السؤال عن نوعية الحياة على أساس البيانات التي أدلى بها المرضى الذين يعانون من مجموعة من الأمراض وأيضا من قبل السليمين والمهنيين الصحيين في مجموعة متنوعة من الثقافات، وتم اختبار الأداة بدقة لتقييم صحتها وموثوقيتها في كل مركز من المراكز الميدانية ويتوفر المقياس الآن بأكثر من (20) لغة مختلفة ويتقدم تطويره بلغات مختلفة

.(WHO, 1997, p1)

ويسمح المقياس في نسخته المطولة بتقدير 06 ميادين لجودة الحياة وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المحيط، والجانب الروحي (براج، 2020، ص101).

أما النسخة المختصرة فتقيس أربع ميادين وهي نسخة تتسم بجودة وخصائص سيكومترية مرضية، بالنسبة للنسخة الفرنسية المعدة من طرف (Leplège et al, 2000) فتم تطبيقها على عينة من (2012) فرد يعانون من مرض عصبي-عضلي تتسم بحساسية مميزة.

إنها السلم الأكثر أهمية في الوقت الحالي لحساسيته وصدقه العالي ولعدم كلفة تطبيقه، وتمت ترجمته لـ (20) لغة مختلفة، ويستخدم المقياس بصورته المختصرة في ميادين طبية عديدة، الممارسة الطبية، البحث، تقييم وتقدير العلاجات، واختيار بعض الأدوية والعلاجات، في علم نفس الصحة لتقدير جودة الحياة كمعيار يمكن التنبؤ به (عمران، 2009، ص71).

- مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة لـ (محمود منسي وكاظم مهدي، 2006):

يتكون المقياس من ستة محاور 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 (خمس فقرات موجبة وخمس فقرات سالبة)، ويحظى المقياس باستخدام واسع من قبل الباحثين عند قياس جودة الطلبة (هبيته وحمزة، 2020، ص148).

- مقياس تقييم الجودة لـ (Hawthorne 1999):

وهو يتكون من 15 مفردة تقيس أبعاد خمسة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة: الأمراض، الحياة المستقلة العلاقات الاجتماعية، النواحي الجسمية، السعادة النفسية والاستجابة بنعم أو لا.

- مقياس دارتماوث: الذي يقيس تسعة أبعاد أساسية هي: الوظائف الجسمية والاجتماعية الأدوار الوضع الانفعالي، الدعم الاجتماعي، الألم، الرضا عن الحياة، الصحة العامة والتغيرات الصحية(حرطاني، 2014، ص36).

- قائمة نشاطات الحياة اليومية (Activities of Daily Living): التي تزودنا بدرجات مستقلة حول ست وظائف (الاستحمام، ارتداء الملابس، استخدام الحمام، الحركة والانتقال ضبط النفس، الطعام).

- قائمة رائد للمسح الطبي: التي تقيس الأداء الجسدي والأداء الاجتماعي، وقيود الدور التي تعزى للمشكلات الانفعالية، والصحة النفسية، والحيوية، والألم، والإدراك العام للصحة(عدودة، 2015، ص137).

وقد أشار شروومرسيي وأرفو(Shroub,Mercier,Arveux,1996) أن مفهوم جودة الحياة يستعمل بشكل واسع في علم الأورام، ففي سنة (1980) أصبحت الحاجة إلى اللجوء لمقاييس خاصة بالنسبة لمرضى السرطان شيئاً محسوساً في الواقع، وواحد من بين الوسائل الأولى المستعملة بشكل واسع باللغة الانجليزية هو (FLIC) Function Living Index Cancer لشايبير (Schipper,1984)، الشكل القصير (SF-36)، مقياس EORTC للمنظمة الأوروبية لأبحاث وعلاج السرطان، و QLQ-C-30 لأرونسون (Aronson, 1993) والتقييم الوظيفي لعلاج السرطان FACT لسيليا وآخرون.

ويعد مقياس جودة الحياة لدى البالغين الناجين من السرطان (QLACS) واحداً من بين الأدوات القليلة التي تكشف الأثر طويل المدى للسرطان وهذا من خلال تركيزه على قيد البقاء في مقابل المرض وقد وجد الممرضون أنه مقياس مفيد لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى الناجين من السرطان طويل المدى الذين لم تول المقاييس العامة اهتماماً بهم يتكون المقياس من (47) بنداً مقسمة على (7) أبعاد عامة لجودة الحياة وهي (الشعور السلبي، الشعور الإيجابي، المشكلات الجنسية، الألم الجسدي، التعب، والتجنب

الاجتماعي) و(5) أبعاد خاصة للسرطان (ظهور اهتمامات، مشكلات مادية الضيق بسبب العودة، الضيق المرتبط بالعائلة، الفوائد من السرطان)(مرازقة، 2016، ص84، 85).

واستبيان المنظمة الأوروبية لعلاج السرطان ويستعمل لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة ويتكون من 30 مفردة تقيس الأبعاد التالية: الحالة الصحية الشاملة، الأداء البدني الدور الانفعالي، والمعرفي والاجتماعي والنواحي المالية وتمثل الدرجات المرتفعة جودة الحياة الجيدة(حرطاني، 2014، ص36)

إضافة إلى مقاييس أخرى طورت لأجل مرض معين ونذكر على سبيل المثال:

- مقياس جودة الحياة التالية للجلطة القلبية: والتي تسمح بتوضيح المقاربات التقييمية في هذا المجال ويحتوي السلم على أربع مجالات (الأعراض البدنية، تحديد النشاطات الثقة في النفس، تقدير الذات والانفعالات).

- مقياس الذبحة الصدرية لسياتل (Seattle Angina Questionnaire):

يستعمل خصيصا لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الذبحة الصدرية، يحتوي 19 سؤال تتضمن جوانب لها علاقة بالمرض وتعقيده، العلاقة مع الطبيب المعالج، موزعة على خمسة أبعاد وهي:

- الحدود الجسدية (9 أسئلة).

- استقرار الذبحة (سؤال واحد).

- تكرار نوبات الآلام الصدرية (2 أسئلة).

- الرضا عن العلاج (4 أسئلة).

- إدراك المرض (3 أسئلة)(عدودة، 2015، ص138، 139).

تحتوي هذه المقاييس على قسم مركزي بأبعاد عامة لجودة الحياة ومقاييس خاصة لأعراض المرض، هذه الأدوات السيكمترية تتكون من أسئلة ذات إجابة مغلقة من نوع ثنائية نعم/لا أو من نوع كيفي (شدة أو توتر) أو أيضا مقدمة في شكل سلم بصري قياسي تماثلي. ويدرك تقييم جودة الحياة المقترح من خلال هذه المقاييس بالرجوع إلى الفرد المتمتع بالصحة كمرجع، إنها ملائمة لمجموعة أفراد يعني لمستوى جماعي وبالمقابل لا

تؤخذ العوامل الفردية بعين الاعتبار ولا تأثيرها الذي يمكن أن يعدل مع مرور الوقت، في الواقع الإدراك الذي يملكه المريض عن جودة حياته يعتمد على المعاني التي يعطيها لتجربته تبعاً للحاجات، الفوائد والتوقعات الجديدة، إذ صح القول يصبح الفرد أكثر قرباً من إدراك مقاييس الرضا (مرازقة، 2016، ص 84، 85).

### خلاصة:

ومن خلال ما سبق عرضه في هذا الفصل نستنتج أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يختلف من فرد لأخر وفقا للمعايير التي يعتمدها كل فرد في تفسير جودة حياته، وتعتبر جودة الحياة مطلب أساسي في عالم اليوم حيث يحاول كل فرد تبني أسلوب حياة يشبع رغباته واحتياجاته واستغلال كل إمكانياته لتحقيق أهدافه وتنمية النواحي الإيجابية في شخصية وتحقيق ذاته، فكلما نجح الفرد في تحقيق أهدافه وتقديم الدعم للآخرين وساهم في ازدهار المجتمع الذي يعيش فيه شعر بالسعادة والرضا الذي ينعكس إيجابا على تقييمه لجودة حياته ومعناها الإيجابي.

# الفصل الرابع

## إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً- الدراسة الاستطلاعية

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية

2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية

ثانياً- الدراسة الأساسية

1- منهج الدراسة.

2- مجتمع وعينة الدراسة .

3- مجالات وحدود الدراسة.

4- أدوات الدراسة.

5- أساليب المعالجة الإحصائية.

خلاصة

- تمهيد:

من الضروري في أي بحث ميداني أن يستخدم الباحث مجموعة من الإجراءات التي يراها ضرورية وتخدم بحثه للوصول إلى الأهداف المرجوة، حيث يعتبر الميدان المحك الذي نختبر فيه ما تم تناوله في الجانب النظري، وعليه يتضمن هذا الفصل وصفا للإجراءات المنهجية التي أتبعته لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فرضياتها، بداية من الدراسة الاستطلاعية وتحديد المنهج المناسب للدراسة إلى الحدود المكانية والزمانية وكيفية اختيار العينة وخصائصها ومدى تجانسها ومناسبة الأدوات البحثية وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على صلاحية أدوات الدراسة للقياس والحصول على النتائج المرجوة، وتحديد الأساليب الإحصائية الملائمة .

أولاً- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة ضرورية لأي بحث، لأن الباحث يتمكن من خلالها الإحاطة بأبعاد المشكلة الحالية وتذليل الصعوبات التي قد تواجه الباحث في الدراسة الأساسية، فالدراسة الاستطلاعية تساعد الباحث على التعرف بالميدان الذي سيجري فيه الدراسة ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة لإتمام عمله بنجاح، بالإضافة إلى الاتصال بذوي الخبرة في مجال ما يريد الباحث دراسته من أجل توجيه البحث نحو الطريق الصحيح وتفادي بعض العراقيل التي قد تواجهه، كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع كل المعلومات ذات العلاقة بالبحث وتعتبر هذه المرحلة مرحلة إعداد إجراءات الدراسة من حيث أنها تساعد الباحث على بناء أداة البحث أو تجربة وسائل بحثه لمعرفة صلاحيتها والتأكد من سلامتها ودقتها ووضوحها .

وانطلاقاً مما سبق يمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- استكشاف ميدان الدراسة الأساسية بصورة عامة .
- التعرف على مدى ملائمة أدوات الدراسة على العينة المختارة .
- التعرف على مدى فهم عينة الدراسة لعبارات المقاييس .
- التعرف على مدى تجاوب عينة الدراسة مع أدوات القياس التي اعتمدها الباحث.
- التعرف على مدى ملائمة عبارات المقاييس مع مستوى أفراد العينة وتحديد الأدوات المناسبة للدراسة لاستخدامها في الدراسة الأساسية.
- الوقوف على أهم العراقيل والصعوبات التي من الممكن أن تعترض سبيل الباحث لتفاديها في الدراسة الأساسية.

1- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

من أجل تفادي الصعوبات التي قد تواجه الدراسة في شقها الميداني والوقوف على الظروف التي ستتم فيها إجراءات الدراسة الأساسية، والتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث والمتمثلة في الصدق والثبات، تم القيام بالدراسة الاستطلاعية لميدان البحث

والمتمثل في مستشفى الزهراوي في بداية جوان 2019، حيث تم توزيع كل من مقياس السلوك الصحي ومقياس جودة الحياة على (30) ممرضا وممرضة، وبعد ذلك تمت المعالجة الإحصائية بعد تفريغ البيانات لتأكد من صدق وثبات أدوات البحث.

## 2- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

انطلاقا مما سبق يمكن تلخيص نتائج الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- تحديد عينة الدراسة والتي تكونت من (100) ممرض وممرضة.
- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث والتأكد من صلاحيتها، حيث ثبت تمتعها بخصائص سيكومترية عالية.

## ثانيا - الدراسة الأساسية:

### 1- المنهج:

المنهج هو سبيل كل باحث لأجل الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة عن أسئلته (غمراس، 2019، ص172)، بواسطة مجموعة من القواعد العامة تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة (مسعد، 2000، ص33).

فالمنهج مجموعة من القواعد والإجراءات والأساليب التي تجعل العقل يصل إلى معرفة بجميع الأشياء التي يستطيع الوصول إليها بدون أن يبذل مجهودات غير نافعة (عبد المجيد، 2000، ص60).

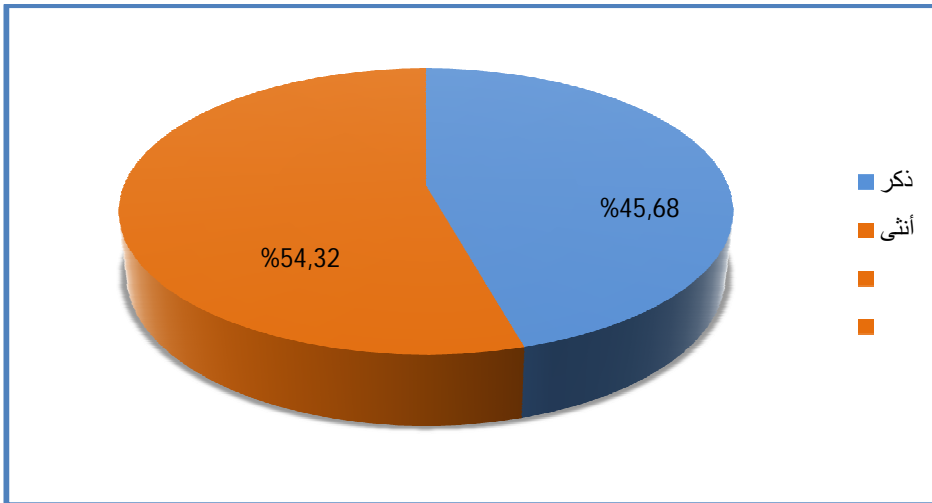
وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج معين دون آخر فقد تم الإعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة موضوع السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين، والمنهج الوصفي يعتبر واحدا من المناهج الأساسية في العلوم الاجتماعية عامة (برو، 2014، ص66)، حيث يركز على وصف دقيق للظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية، أو هو عبارة عن طريقة لوصف الموضوع من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها (عبيدات وآخرون، 1999، ص46).

2- مجتمع وعينة الدراسة:

قدر العدد الإجمالي لمجتمع الدراسة بـ(359) ممرض وممرضة حيث قدر عدد الممرضين الذكور بـ(164) بنسبة (45.68%)، وعدد الممرضات الإناث بـ (195) بنسبة (54.32%).

الجدول رقم (03): يبين خصائص عينة المجتمع الأصلي حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
45.68%	164	ذكر
54.32%	195	أنثى
100%	359	الإجمالي



شكل رقم (14): يوضح خصائص المجتمع الأصلي حسب الجنس

3-1 عينة الدراسة:

تعتمد أي دراسة سواء كانت نفسية أو اجتماعية على العينة أو مجتمع البحث فبدونها لا يستطيع الباحث وضع أهداف الدراسة وبالتالي الوصول إلى النتائج المرجوة. فالعينة هي مجموعة جزئية في المجتمع الإحصائي يتم جمع البيانات من خلالها بصورة مباشرة وتكون هذه العينة في الغالب محدودة في عدد أفرادها (شادي، 2018، ص 219)، وعن طريق دراسة ذلك الجزء يمكن تعميم النتائج التي تم الحصول عليها على مجتمع الدراسة الأصلي (عبيدات وآخرون، 1999، ص 83)، ويطلق على كل عنصر من المجتمع تم اختياره ضمن العينة مفردة (نويوة، 2018، ص 190)

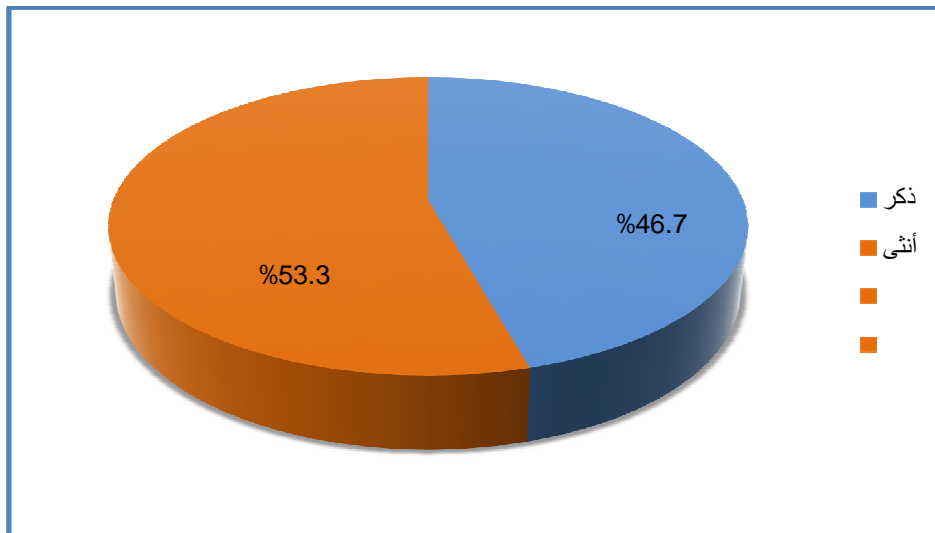
## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

3-1-1 عينة الدراسة الاستطلاعية: للتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة قامت الطالبة الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة (مقياس السلوك الصحي، مقياس جودة الحياة المختصر) معا على عينة عشوائية قوامها 30 ممرضا وممرضة من مجتمع الدراسة الأصلي والمتمثل في الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي، وقد استغرقت الدراسة الاستطلاعية عدة أيام بهدف التأكد من صلاحية أدوات الدراسة للتطبيق على أفراد العينة الأساسية من خلال حساب الصدق والثبات بالطرق الاحصائية الملائمة .

الجدول رقم (04): يبين خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
46,7%	14	ذكر
53,3%	16	أنثى
100%	30	الإجمالي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ عددهم إجمالا (30) فردا، نلاحظ أن عدد الذكور بلغ (14) فرد بنسبة مئوية قدرت بـ(46,7%) وقدّر عدد الإناث بـ(16) بنسبة مئوية قدرت بـ(53,3%)، كما هو موضح من خلال الشكل التالي:



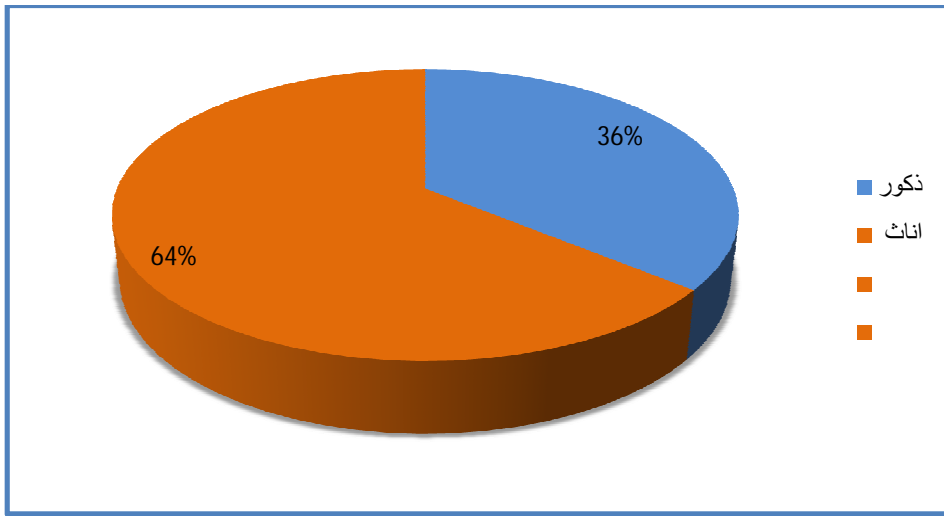
شكل رقم (15) يوضح توزيع أفراد العينة تبعا لمتغير الجنس

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

3-1-2 عينة الدراسة الأساسية: تم اختيار أفراد عينة البحث بالطريقة العشوائية البسيطة والمناسبة لطبيعة وأهداف البحث، وهي العينة التي يتم اختيار مفرداتها من المجتمع الأصلي عشوائيا، حيث بلغ حجم العينة الأساسية (100) ممرضا وممرضة، حيث بلغ عدد الممرضين (36) بنسبة 36%، وعدد الممرضات (64) بنسبة 64%، حيث تم اختيار (30%) من المجتمع الكلي للدراسة.

الجدول رقم (05): يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
36%	36	ذكر
64%	64	أنثى
100%	100	الإجمالي



الشكل رقم (16): يوضح خصائص العينة الأساسية حسب متغير الجنس

### 3- حدود الدراسة:

اقتصرت الدراسة الحالية على الحدود أو المجالات التالية:

- الحدود البشرية: تم إجراء هذه الدراسة على عينة الممرضين
- الحدود الزمانية: جويلية 2019 .
- الحدود المكانية: مستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة .

4- أدوات الدراسة:

لأجل الوصول إلى النتائج المرجوة من هذه الدراسة كان من الضروري استخدام عدد من الأدوات التي يمكن أن تسهم في توفير البيانات التي تقتضيها الإجابة على تساؤلات الدراسة، لذا قامت الطالبة الباحثة باستخدام الأدوات التالية:

▪ مقياس السلوك الصحي:

**وصف المقياس:** إعداد الباحثان الصمادي عبد المجيد والصمادي عبد الغفور، حيث لجأ الباحثان لتحديد أبعاد المقياس إلى الأدب النظري والدراسات السابقة وبالاستعانة ببعض المقاييس تم اعتماد الأبعاد الفرعية التالية:

**البعد الأول:** بعد النظام الغذائي ويشير هذا البعد إلى قياس الدرجة التي يختار فيها الفرد غذاءه بطريقة تتسجم مع المعايير الدولية للغذاء المناسب .

**البعد الثاني:** بعد العناية بالصحة الجسدية، ويشير هذا البعد إلى قياس السلوكات التي تساعد الفرد في تجنب أو التنبه إلى الأمراض المبكرة، والمحافظة على لياقة بدنية من خلال ممارسة بعض الأنشطة البدنية.

**البعد الثالث:** بعد استخدام العقاقير، ويشير هذا البعد إلى قياس درجة قيام الفرد بوظائفه الحيوية دون استخدام العقاقير الكيماوية الغير اللازمة.

**البعد الرابع:** البعد النفسي والاجتماعي ويشير هذا البعد إلى درجة وعي الفرد وتقبل مشاعره وسيطرته عليها واستغلال عقله لأقصى درجة ممكنة.

ولتطوير عدد من الفقرات التي تمثل كل بعد من أبعاد المقياس السالفة الذكر فقد استعان الباحثان بمقياس أسلوب الحياة "15"، حيث استعار الباحثان (34) فقرة موزعة على جميع أبعاد المقياس، وللحصول على مجموعة إضافية من الفقرات تعكس الواقع العربي عامة والأردني خاصة، فقد قام الباحثان بكتابة استمارة خاصة تضمنت عناوين الأبعاد وعرفت إجرائيا ووزعت على 10 أطباء في تخصصات ذات علاقة (04 أطباء نفسيين، 03 أطباء أسرة، 03 أطباء صحة عامة) طلب من هؤلاء الأطباء تدوين أكبر عدد من

الممارسات السلوكية التي تمثل كل بعد في الاستمارة، ثم قام الباحثان بتفريغ إجاباتهم على شكل تكرارات، واعتمد الباحثان الفقرات التي حظيت بقبول ثلاثة من الأطباء، وتطبيق هذا الإجراء أدى إلى الحصول على 30 فقرة في الأبعاد المختلفة، تكون المقياس بصورته الأولية من 64 فقرة موزعة على جميع أبعاد المقياس بشكل غير متساوي.

بعد صياغة فقرات المقياس تم فحصه من طرف المتخصصين في مجالات القياس والتقويم والإرشاد وعلم النفس التربوي وعلم النفس اللغوي والتربوية، كما تم تجريب المقياس على (1849) طالبا وطالبة يمثلون (09) جامعات حكومية وخاصة في الأردن وبعد حساب معاملات ارتباط الفقرات بالأبعاد التي تنتمي إليها أسفر ذلك عن تعديلات ليصبح عدد فقرات المقياس (45) عبارة بصورته النهائية.

#### جدول رقم (06): يوضح أبعاد مقياس السلوك الصحي

الفقرات الممثلة له	عدد الفقرات	البعد
1 إلى 8	8	العناية بالجسم
9 إلى 21	14	العناية بالصحة العامة
22 إلى 29	8	التعامل مع الأدوية والعقاقير
30 إلى 45	15	النفسي الاجتماعي
45		المقياس ككل

كتبت جميع فقرات المقياس بالصيغة الايجابية ووضع أمام كل فقرة تدرج خماسي من نوع ليكرت بحيث أن دائما = 5 درجات، غالبا = 4 درجات، أحيانا = 3 درجات، نادرا = درجتان، مطلقا = درجة

ويمكن للدرجة المفحوص أن تتراوح بين 52 - 260 درجة وكلما ارتفعت درجة المفحوص يعني أن يمارس سلوكات صحية تساعد على أن يحي حياة طبيعية، بمعنى أن لديه أسلوب حياة ايجابي وصحي.

طريقة تصحيح المقياس: بناء على التعليمات الخاصة بالمقياس والتي تبين للمفحوص كيفية الاستجابة، فإنه على يجب على المفحوص أن يختار الإجابة التي تتفق معه، ويضع علامة (x) حسب ما يتفق مع مشاعره واتجاهاته وتصرفاته في المواقف التي تتعلق به الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم تطبيق المقياسين (السلوك الصحي، مقياس جودة الحياة) على العينة الاستطلاعية الأولية والمقدرة بـ(30) ممرضا وممرضة من مجتمع الدراسة والمتمثل في الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية وفيما يلي وصف للخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي:

• صدق المقياس الأصلي:

للتأكد من صدق المقياس الأصلي فقد اعتمد الباحثان (الصمادي والصمادي) عدة مؤشرات منها صدق المحتوى حيث تم عرض المقياس بصورته الأصلية على (10) محكمين من ذوي الاختصاص في مجال القياس والإرشاد، كما تم تجريب المقياس على 1849 طالبا وطالبة يمثلون (9) جامعات حكومية وخاصة في الأردن، وتم حساب معاملات ارتباط الفقرات بالأبعاد التي تنتمي إليها، كما خضعت فقرات المقياس للتحليل العاملي الذي كشف عن وجود (4) عوامل مستقلة تفسر ما مجموع (0.32) من التباين وتتشابه هذه الأبعاد مع النظرية للمقياس، ويؤكد ذلك صدق بناء المقياس، كما تبين للمقياس قدرة تمييزية بين من يتمتع بمستوى صحي عالي، ومن تمتع بمستوى صحي متدني.

• ثبات المقياس الأصلي:

للتأكد من ثبات الأداة فقد تم اتخاذ الإجراءات التالية:

قام الباحثان (الصمادي عبد الغفور) و(الصمادي عبد المجيد) بحساب معاملات الاتساق الداخلي لأبعاد المقياس وللمقياس ككل باستخدام كرومباخ \_ ألفا وتبين أن المقياس ككل يتمتع بمعامل اتساق داخلي (0.87)، ومعاملات اتساق للأبعاد الفرعية تراوحت ما بين (0.68، 0.84)، كما تأكد الباحثان من ثبات المقياس باستخدام الاختبار وإعادة الاختبار

على عينة تجريبية وتبين أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات (0.79) للدرجة الكلية ومعاملات ثبات تراوحت ما بين (0.75، 0.81) للأبعاد الفرعية.

- الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

1- الصدق: يقصد بالصدق "أن يقيس الاختبار فعلا القدرة أو السمة أو الاتجاه أو الاستعداد الذي وضع الاختبار لقياسه، أن يقيس فعلا ما يقصد الاختبار أن يقيسه (عيسوي، 1999، ص45).

وتم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقتين:

- عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقتين:

أ- حساب معامل ارتباط عبارات البعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه.

ب- ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس.

- عن طريق المقارنة الطرفية.

1-1 حساب معامل ارتباط عبارات البعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه: حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي.

جدول رقم (07) يوضح معامل الارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه:

البعد النفسي الاجتماعي			//////////			بعد العناية بالجسم		
Sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة
0,01	0,461*	30	0,01	0,576**	16	0,01	0,616**	1
0,01	0,686**	31	0,01	0,752**	17	0,01	0,514**	2
0,01	0,725**	32	0,01	0,583**	18	0,01	0,522**	3
0,01	0,661**	33	0,01	0,716**	19	0,01	0,552**	4
0,01	0,780**	34	0,01	0,464**	20	0,01	0,720**	5
0,01	0,493**	35	0,01	0,515**	21	0,01	0,714**	6
0,01	0,697**	36	بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير			0,01	0,519**	7

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

0,01	0,721**	37	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	0,01	0,688**	8
0,01	0,795**	38	0,01	0,475**	22	بعد العناية بالصحة العامة		
0,01	0,793**	39	0,01	0,567**	23	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة
0,01	0,574**	40	0,01	0,759**	24	0,01	0,698**	9
0,01	0,710**	41	0,01	0,767**	25	0,05	0,448*	10
0,01	0,676**	42	0,01	0,742**	26	0,01	0,622**	11
0,01	0,539**	43	0,01	0,569**	27	0,01	0,568**	12
0,01	0,842**	44	0,01	0,540**	28	0,01	0,638**	13
0,01	0,636**	45	0,01	0,471**	29	0,01	0,579**	14
////////////////////						0,01	0,504**	15
				** دال عند 0,01		* دال عند 0,05		

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط لفقرات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) حيث تراوحت معاملاتها بين (0,46) و(0,79)، ماعدا العبارة رقم (10) من المحور الثاني (بعد العناية بالصحة) حيث جاءت دالة عند مستوى دلالة (0,05) وبلغت قيمة معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمحور (0,44). وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس السلوك الصحي.

1-2 ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس: والجدول التالي يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية:

الجدول رقم (08) يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية.

Sig	معامل الارتباط	أبعاد المقياس والدرجة الكلية
0,01	0,810**	بعد العناية بالجسم
0,01	0,881**	بعد العناية بالصحة العامة
0,01	0,666**	بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير
0,01	0,883**	البعد النفسي الاجتماعي

## الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس السلوك الصحي. كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,01$ )، حيث بلغت قيمها على التوالي (0,88/0,66/0,88/0,81) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس مقياس السلوك الصحي.

### - الطريقة الثانية:

المقارنة الطرفية: قامت الطالبة الباحثة أولاً بترتيب استجابات المبحوثين تصاعدياً ثم قام بأخذ (27%) من الاستجابات العليا ومقارنتها بـ (27%) من الاستجابات الدنيا أي 8 أفراد في العليا و 08 أفراد في الدنيا وتحصل على النتائج التالية:

### الجدول رقم (09): يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس السلوك الصحي

الطرفين	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	اختبار التجانس	قيمة T	درجة الحرية	الدلالة	الفرق في المتوسط
العليا	8	199,500	10,40604	3,67909	F=0.552 Sig=0.470	9,793	14	0,000	71,3750
الدنيا	8	128,125	17,79597	6,29182	غير دال				
////////////////////									
الحكم	دال								

من خلال الجدول أعلاه رقم (07) ومن خلال قيمة متوسط الدرجات العليا ومتوسط الدرجات المجموعة الدنيا في مقياس السلوك الصحي ككل حيث جاء متوسط درجات المجموعة العليا أكبر من متوسط درجات المجموعة الدنيا حيث بلغ في المجموعة العليا (199,500) أما في المجموعة الدنيا فبلغ (128,125) ومن خلال قيمة الانحرافات المعيارية الضعيفة ما يدل على تشتت قليل ومن خلال قيمة (T) البالغة في المقياس ككل (9,793) عند درجة حرية (14) وبدلالة (0.00) وهي أصغر من (0.05) ما يبين وجود دلالة إحصائية، أي أن الأداة تتميز بصدق تمييزي عالٍ.

2- ثبات المقياس: يقصد بالثبات في الاختبارات النفسية والتربوية أن يعطي الاختبار نتائج مشابهة إذا ما أعيد تطبيقه على ذات الأفراد في ظل نفس الظروف، أي هو الاتساق في تقدير الاختبار لما يقيسه (كاظم، 2001، ص110).

تم التأكد من ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقتين:

- طريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ.

- طريقة التجزئة النصفية بمعامل سبيرمان براون.

1-2 معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (10): يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي.

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس والدرجة الكلية
08	0,751	بعد العناية بالصحة العامة
13	0,839	بعد العناية بالصحة
08	0,750	بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير
16	0,921	البعد النفسي الاجتماعي
45	0,938	الدرجة الكلية (السلوك الصحي)

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس السلوك الصحي بلغت على التوالي (0,92/0,75/0,83/0,75) بينما بلغ معامل ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي ككل (0,93) وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات المقياس، وهذا يعني أن مقياس السلوك الصحي يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحاً للتطبيق في الدراسة الأساسية.

- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات هذا المقياس عن طريق التجزئة النصفية والتي تفترض تقسيم عباراته إلى نصفين كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11) يوضح ثبات مقياس السلوك الصحي عن طريق التجزئة النصفية

0,903**	الارتباط بين النصفين
0,949	معامل سبيرمان براون
0,949	معادلة جيتمان

يوضح الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين نصفي مقياس السلوك الصحي قد بلغ بطريقة التجزئة النصفية 0.90 مما يدل على وجود ارتباط عالي بين نصفي المقياس، وبتعويضه في معادلة تصحيح الطول أو الثبات الكلي لسبيرمان براون بلغ ثبات هذا المقياس الكلي (0,94)، وبمعادلة جيتمان (0,94) وبالتالي يمكن القول بأن مقياس السلوك الصحي ثابت.

#### ■ مقياس جودة الحياة:

##### - وصف المقياس:

لقياس جودة لدى الممرضين العاملين بالمستشفى تبنت الطالبة الباحثة مقياس جودة الحياة المختصر من إعداد منظمة الصحة العالمية تعريب (بشرى أحمد، 2008)، ويتضمن بندين عن جودة الحياة والصحة العامة وبندين فقط واحد فقط من (24) مظهر التي تتكون منها الصورة الأصلية لمقياس جودة الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية والذي يتكون من (100) عبارة لتصبح الصورة المختصرة شاملة ومتكاملة، وقد تضمن المقياس في صورته النهائية (24) فقرة موزعة على أربعة أبعاد وهي (البعد النفسي، البعد البيئي، البعد الجسدي، البعد الاجتماعي).

جدول رقم (12): يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة

البعد	عدد الفقرات	الفقرات الممثلة
جودة الحياة النفسية	5	1، 5، 10، 18، 24
جودة الحياة البيئية	7	7، 8، 11، 12، 21، 22، 23
جودة الحياة الجسمية	10	2، 3، 4، 6، 9، 13، 14، 15، 16، 17
جودة الحياة الاجتماعية	2	19، 20
المقياس ككل		24

حيث أن كل عبارة في المقياس ترتبط بجودة الحياة، وأمام كل عبارة خمس إجابات، تتراوح درجات هذا المقياس من 1 درجة وحتى 120 درجة، وتتراوح الدرجة لكل عبارة بين (5 درجات - درجة)، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع مستوى جودة الحياة .

جدول رقم (13): يوضح درجات فقرات مقياس جودة الحياة

سيئة جدا	سيئة إلى حد ما	لا جيدة ولا سيئة	جيدة إلى حد ما	جيدة جدا	
غير راض أبدا	غير راض	لا راض ولا غير راض	نوعا ما	راض جدا	الاستجابة
ليس دائما	بدرجة قليلة	بدرجة متوسطة	كثيرا	بدرجة بالغة	
1	2	3	4	5	كل فقرات المقياس

- طريقة تصحيح المقياس:

أمام كل عبارة خمس إجابات ويضع المبحوث علامة (X) أمام العبارة التي تتفق وتعبّر عن مشاعره والعبارة كلها صحيحة، وبها تدرج يبدأ من النفي المطلق وينتهي بالتأكيد والتلازم لهذه المشاعر، ويتم الإجابة عن واحدة من الخيارات التي أمام العبارة .

• صدق المقياس الأصلي:

للتأكد من صدق المقياس تم عرض المقياس على محكمين متخصصين في كلية التربية وأقسام علم النفس في الجامعات الفلسطينية، كما تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي بين كل فقرة من فقرات البعد والدرجة الكلية للبعد الخاص بالفقرة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية للبعد، حيث تراوحت معاملات الارتباط بين (0.64، 0.90) وهذا يدل على أن مقياس جودة الحياة يتمتع بدرجة جيدة جدا من الصدق، وبما أن المقياس لديه أربع أبعاد قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له الفقرة، وقد أظهرت النتائج بأن فقرات أبعاد جودة الحياة تتمتع بمعاملات صدق قوية.

• ثبات المقياس الأصلي:

للتأكد من ثبات الأداة فقد تم اتخاذ الإجراءات التالية:

أ- معاملات الثبات بطريقة ألفا-كرونباخ:

تم تطبيق مقياس جودة الحياة على عينة قوامها 50 مفحوصا، وبعد تطبيق المقياس تم احتساب معامل ألفا-كرونباخ، حيث وجد أن قيمة معامل كرونباخ-ألفا للمقياس الكلي بلغت (0.86) وهذا دليل أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع، وبما أن المقياس لديه أربع أبعاد فقد تراوحت معاملات ثبات الأبعاد ما بين (0.65، 0.69) للأبعاد الفرعية وهذا دليل كاف على أن أبعاد المقياس تتمتع بمعامل ثبات مناسب.

ب- معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

بعد تطبيق المقياس على عينة قوامها (50) مفحوصا تم حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية حيث تم تقسيم بنود المقياس إلى نصفين وكذلك كل بنود بعد إلى نصفين، وتم حساب معامل الارتباط بين مجموع فقرات النصف الأول ومجموع فقرات النصف الثاني للمقياس وكذلك لكل بعد على حد حيث تراوحت قيمة معامل الثبات للمقياس الكلي بعد تطبيق معادلة سبيرمان-براون (0.88) وهذا دليل أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع في حين تراوحت معاملات الثبات للأبعاد الفرعية (0.66، 0.70)، مما سبق يتبين أن المقياس بفقراته يتمتع بمعامل ثبات جيد.

الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

1- الصدق: تم حساب صدق المقياس عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقتين:

1-1 حساب معامل ارتباط عبارات البعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه: حيث تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي.

جدول رقم (14) يوضح معامل الارتباط بيرسون بين عبارات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه:

جودة الحياة الاجتماعية			جودة الحياة النفسية		
sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة
0,01	0,794**	19	0,01	0,718**	1
0,01	0,788**	20	0,01	0,754**	5
جودة الحياة الجسمية			0,01	0,540**	10
sig	معامل الارتباط	رقم العبارة	0,01	0,516**	18
0,01	0,607**	2	0,05	0,424*	24
	0,651**	3	جودة الحياة البيئية		
0,01	0,591**	4	sig	معامل الارتباط	رقم العبارة
0,01	0,664**	6	0,01	0,463**	7
0,01	0,490**	9	0,01	0,695**	8
0,01	0,600**	13	0,01	0,632**	11
0,01	0,763**	14	0,01	0,486**	12
0,01	0,521**	15	0,01	0,617**	21
0,01	0,742**	16	0,01	0,572**	22
0,01	0,600**	17	0,01	0,774**	23
//////////					

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معاملات الارتباط لفقرات كل محور مع الدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) حيث تراوحت معاملاتها بين (0,46) و(0,79)، ماعدا العبارات التالية: وهي العبارة رقم (24) من المحور الأول (جودة الحياة النفسية) حيث جاءت دالة عند مستوى دلالة (0,05) وبلغت قيمة معامل ارتباطها مع الدرجة الكلية للمحور (0,42). وهذا ما يؤكد مدى التجانس والاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس جودة الحياة

1-2 ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس:

والجدول التالي يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية:

الجدول رقم (15) يوضح العلاقة الارتباطية بين الدرجة الكلية للمقياس وأبعاده الفرعية.

Sig	معامل الارتباط	أبعاد المقياس والدرجة الكلية
0,01	0,737**	جودة الحياة النفسية
0,01	0,816**	جودة الحياة البيئية
0,01	0,509**	جودة الحياة الاجتماعية
0,01	0,840**	جودة الحياة الجسمية

تشير البيانات الموضحة في الجدول أعلاه إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط لأبعاد مقياس جودة الحياة. كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0,01$ )، حيث بلغت قيمها على التوالي (0,84/0,50/0,81/0,73) وهذا ما يؤكد مدى التجانس وقوة الاتساق الداخلي للمقياس كمؤشر لصدق التكوين في قياس مقياس جودة الحياة.

- الطريقة الثانية: المقارنة الطرفية: قامت الباحثة أولاً بترتيب استجابات المبحوثين تصاعدياً ثم قام بأخذ (27%) من الاستجابات العليا ومقارنتها بـ (27%) من الاستجابات الدنيا أي 8 أفراد في العليا و 08 أفراد في الدنيا وتحصل على النتائج التالية:

الجدول رقم (16): يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس جودة الحياة

الطرفين	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	الخطأ المعياري للمتوسط	اختبار التجانس	قيمة T	درجة الحرية	sig	الفرق في المتوسط	
العليا	8	93,25	3,32738	1,17640	F=3.369 Sig=0.088 غير دال	23,174	14	0,000	30,50	
الدنيا	8	62,75	1,66905	0,59010						
////////////////////////////////////										
		الحكم	دال							

من خلال الجدول أعلاه رقم (16) ومن خلال قيمة متوسط الدرجات العليا ومتوسط الدرجات المجموعة الدنيا في مقياس جودة الحياة ككل حيث جاء متوسط درجات المجموعة العليا أكبر من متوسط درجات المجموعة الدنيا حيث بلغ في المجموعة العليا (93,25) أما في المجموعة الدنيا فبلغ (62,75) ومن خلال قيمة الانحرافات المعيارية الضعيفة ما يدل على تشتت قليل ومن خلال قيمة (T) البالغة في المقياس ككل (23,174)

عند درجة حرية (14) وبدلالة (0.00) وهي أصغر من (0.05) ما يبين وجود دلالة إحصائية، أي أن الأداة تتميز بصدق تميزي عالٍ.

❖ ثبات المقياس: تم التأكد من ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة:

1- معامل ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي: تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ لهذا المقياس فتحصلنا على النتيجة التالية:

الجدول رقم (17): يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة.

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس والدرجة الكلية
05	0,726	جودة الحياة النفسية
07	0,706	جودة الحياة البيئية
02	0,825	جودة الحياة الاجتماعية
10	0,825	جودة الحياة الجسمية
24	0,856	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول أعلاه أن جميع معاملات ألفا كرونباخ لأبعاد مقياس جودة الحياة بلغت على التوالي (0,82/0,82/0,70/0,72) بينما بلغ معامل ألفا كرونباخ استبيان مقياس جودة الحياة ككل (0,85) وهذا بمثابة مؤشر دال على ثبات الاستبيان، وهذا يعني أن مقياس جودة الحياة يتمتع بمعامل ثبات قوي مما يجعله صالحاً للتطبيق في الدراسة الأساسية.

- التجزئة النصفية: تم حساب ثبات هذا الاستبيان عن طريق التجزئة النصفية والتي تفترض تقسيم عباراته إلى نصفين كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (18) يوضح ثبات مقياس جودة الحياة عن طريق التجزئة النصفية

0,646**	الارتباط بين النصفين
0,785	معامل سبيرمان براون
0,776	معادلة جيتمان

يوضح الجدول أعلاه أن معامل الارتباط بين نصفي مقياس جودة الحياة قد بلغ بطريقة التجزئة النصفية 0.64 مما يدل على وجود ارتباط عالي بين نصفي المقياس وبتعويضه في معادلة تصحيح الطول أو الثبات الكلي لسبيرمان براون بلغ ثبات هذا المقياس الكلي (0,78)، وبمعادلة جيتمان (0,77) وبالتالي يمكن القول بأن مقياس جودة الحياة المختصر ثابت.

#### 5- أساليب المعالجة الإحصائية:

تم تفريغ البيانات المتحصل عليها الخاصة بالخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ونتائج الدراسة الميدانية بالاستعانة ببرنامج الحاسب الآلي "الحزمة الاحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية" المعروف SSPS (الإصدار 25) وتم حساب ما يلي:

- التكرارات والنسب المئوية تم استخدامها في تحديد خصائص المجتمع والعينة .
- معامل الارتباط بيرسون تم استخدامه في حساب الصدق والفرضية العلائقية.
- معادلة ألفا كرونباخ لحساب الثبات .
- اختبار كولموغروف سيميرنوف لمعرفة طبيعة التوزيع .
- اختبار الدلالة الاحصائية (ت) لعينتين مستقلتين تم استخدامه لمعرفة الفروق بين الجنسين .
- اختبار الدلالة الاحصائية (ت) لعينة واحدة لحساب المستوى .

**خلاصة:**

تطرقنا في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية من خلال تبني المنهج المناسب وكذا حصر مجتمع الدراسة لاختيار عينة الدراسة الأساسية، كما تم إجراء دراسة استطلاعية بهدف التأكد من صلاحية أدوات الدراسة وحساب خصائصها السيكومترية وتقادي العراقيل التي قد تواجه الباحث في الدراسة الأساسية، وبعد تطبيق المقاييس على العينة الاستطلاعية تبين صلاحية الأدوات للتطبيق في الدراسة الأساسية.

# الفصل الخامس

## عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة

2- عرض وتحليل نتائج الدراسة

3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة

خلاصة

## تمهيد

بعدها تطرقنا في فصل الإجراءات الميدانية إلى تحديد معالم الإجراءات المستخدمة للوصول إلى الهدف الذي تسعى إليه أي دراسة أو بحث علمي، سيتم التطرق في هذا الفصل إلى عرض نتائج البحث وتفسيرها ومناقشتها استناداً إلى الدراسات السابقة والتراث النظري، وهذا ما يثبت أهمية الجانب الميداني كونه يبرهن على ما تم بناءه في الإطار النظري.

قبل استعراض نتائج الدراسة وجب التذكير بفرضيات الدراسة:

- **الفرضية العامة:** توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي.

- **الفرضيات الجزئية:**

- مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط .

- مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط .

- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي على مقياس السلوك الصحي تعزى لمتغير الجنس.

- توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

- **التحقق من شرط التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:**

قبل البدء في مرحلة معالجة الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المختلفة والملائمة وجب أولاً التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرين الدراسة محل الدراسة الحالية وهما (السلوك الصحي/ جودة الحياة)، والجدول التالي يوضح ذلك:

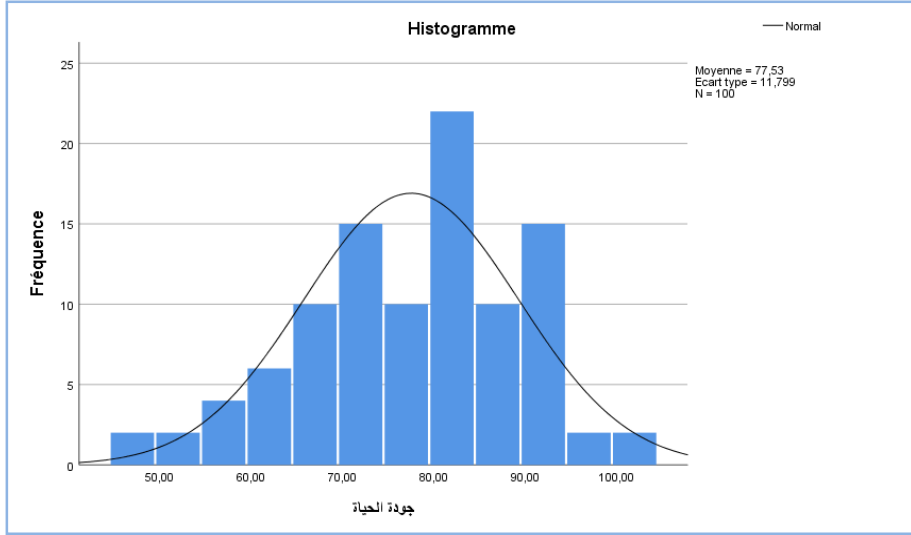
جدول رقم (19) يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرين محل

الدراسة

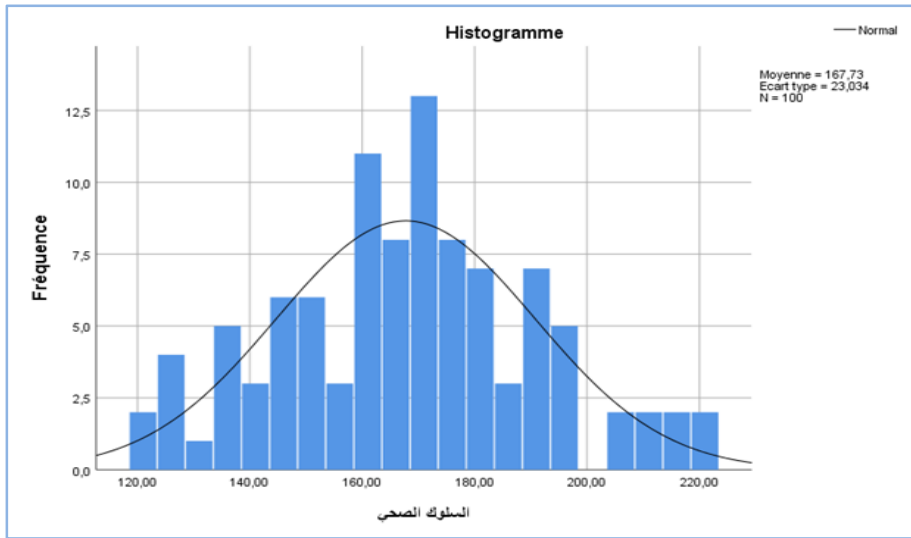
القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			المتغير
	sig	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,254	100	0,984	0,033	100	0,093	جودة الحياة
غير دال	0,328	100	0,985	0,200*	100	0,056	السلوك الصحي

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم اختبار كولموغوروف سميرنوف واختبار شابيرو ويلك، أن كل القيم بالنسبة للمتغيرين محل الدراسة (السلوك الصحي/ جودة الحياة)، جاءت غير دالة عند مستوى الدلالة ألفا

( $\alpha=0.05$ )، مما يجرننا إلى القول بأن بيانات المتغيرين تتوزع توزيعاً طبيعياً وبالتالي فإن كل الأساليب الإحصائية التي تستخدم في معالجة مختلف فرضيات وتساؤلات الدراسة الحالية هي أساليب بارامترية. كما هو موضح في الأشكال التالية:



شكل رقم (17): يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات متغير جودة الحياة.



شكل رقم (18): يوضح التوزيع الطبيعي لبيانات متغير السلوك الصحي

2- عرض وتحليل نتائج الفرضيات الجزئية

2-1 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

ينص الفرض على أن "مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط" ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار ( $T_{test}$ ) لعينة واحدة للمقارنة

## الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري للمقياس كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (20) يوضح "مستوى السلوك الصحي"

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	درجة الحرية	قيمة اختبار "T"	مستوى الدلالة	القرار	المستوى
السلوك الصحي	3,2304	0,49163	3	0,23042	99	4,687	0,000	دال إحصائيا	متوسط [3,4-2,6]

بعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس السلوك الصحي ومقارنته بالمتوسط النظري تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس السلوك الصحي بلغ (3,2304) درجة وبانحراف معياري قدره (0,49163) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتوقع (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (3) درجات، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (0,23042) درجة، وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح المحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (4,687) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

وعليه نستنتج أن مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط

### 2-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

ينص الفرض على أن "مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط" ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T.test) لعينة واحدة للمقارنة بين المتوسط الحسابي لأفراد العينة مع المتوسط النظري للمقياس كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (21) يوضح "مستوى جودة الحياة

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط النظري	الفرق بين المتوسطين	درجة الحرية	قيمة اختبار "T"	Sig	القرار	المستوى
جودة الحياة	3,7282	0,51194	3	0,72818	99	14,224	0,000	دال إحصائيا	عال [4,2-3,4]

بعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمقياس جودة الحياة ومقارنته بالمتوسط النظري تبين أن متوسط درجات أفراد مجتمع البحث في مقياس جودة الحياة بلغ (3,7282) درجة وبانحراف معياري قدره (0,51194) درجة، وعند إجراء المقارنة بين المتوسط الحسابي المتحقق (المحسوب) والمتوسط النظري البالغ (3) درجات، حيث أن الفرق بين المتوسطين بلغ (0,72818) درجة، وباستخدام الاختبار التائي لعينة واحدة وسيلة إحصائية في المعالجة، تبين أن الفرق دال إحصائيا بين كلا الوسطين المحسوب والنظري لصالح لمحسوب، وما يؤكد ذلك هو قيمة (t) التي بلغت (14,224) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.01$ )، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

وعليه نستنتج أن مستوى جودة الحياة مرتفع.

### 2-3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي تعزى لمتغير الجنس" وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الطالبة الباحثة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (22) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الجنسين في السلوك الصحي.

المتغير	المتغير	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	sig	القرار
بعد العناية بالصحة العامة	ذكر	35	25,8571	5,71964	0,438	98	0,662	غير دال عند 0.05
	أنثى	65	25,2462	7,10200				
بعد العناية بالجسم	ذكر	35	45,8000	10,03758	0,668	98	0,506	غير دال عند 0.05
	أنثى	65	44,5231	8,58980				
بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير	ذكر	35	29,1714	7,58670	-2,167	98	0,033	دال عند 0.05 لصالح الإناث
	أنثى	65	32,0769	5,66322				
البعد النفسي الاجتماعي	ذكر	35	65,1143	11,93554	-0,824	98	0,412	غير دال عند 0.05
	أنثى	65	66,8462	8,84808				
السلوك الصحي	ذكر	35	165,9429	26,79765	-0,567	98	0,572	غير دال عند 0.05
	أنثى	65	168,6923	20,89252				

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك تقارب بين المتوسطات الحسابية للجنسين (ذكور/ إناث) في أبعاد مقياس السلوك الصحي حيث جاءت الفروق طفيفة بينهما وغير دالة إحصائياً في الأبعاد (بعد العناية بالصحة العامة/ بعد العناية بالجسم/ البعد النفسي الاجتماعي) وما يؤكد ذلك هو قيم T-TEST والتي بلغت على التوالي بالنسبة لهذه الأبعاد (0,438 / 0,668 / -0,824) حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة  $[\alpha=0.05]$ . أما بالنسبة لمحور (بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير) فقد بلغ متوسط الذكور (29,1714) في حين بلغ متوسط الإناث (32,0769) حيث أن قيمة الفرق جاءت دال إحصائياً لصالح الذكور وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST والتي بلغت (-2,262) حيث جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة  $(\alpha=0.05)$ . أما بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس (السلوك الصحي) فقد بلغ متوسط الذكور (165,9429) في حين بلغ متوسط الإناث (168,6923) إلا أن قيمة الفرق

## الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

جاء غير دال إحصائياً وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST والتي بلغت (-0,567) حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ). من هنا يمكن القول بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في السلوك الصحي أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث.

### 4-2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي تعزى لمتغير الجنس" وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدمت الطالبة الباحثة اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول التالي يوضح النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (23) يوضح نتائج اختبار "ت" ودلالاتها الإحصائية للفروق بين الجنسين في جودة الحياة.

القرار	sig	درجة الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المتغير	المتغير
غير دال عند 0.05	0,425	98	-0,802	3,35617	15,9714	35	ذكر	جودة الحياة النفسية
				2,95340	16,4923	65	أنثى	
غير دال عند 0.05	0,933	98	0,084	4,05798	19,9429	35	ذكر	جودة الحياة البيئية
				3,56856	19,8769	65	أنثى	
غير دال عند 0.05	0,969	98	0,039	2,06206	7,5714	35	ذكر	جودة الحياة الاجتماعية
				2,19396	7,5538	65	أنثى	
غير دال عند 0.05	0,792	98	-0,265	5,83239	33,5714	35	ذكر	جودة الحياة الجسمية
				4,87621	33,8615	65	أنثى	
غير دال عند 0.05	0,770	98	-0,293	12,40243	77,0571	35	ذكر	جودة الحياة
				11,55218	77,7846	65	أنثى	

نلاحظ من الجدول أعلاه أن هناك تقارب بين المتوسطات الحسابية للجنسين

(ذكور/ إناث) في أبعاد مقياس جودة الحياة حيث جاءت الفروق طفيفة بينهما وغير دالة

إحصائياً في الأبعاد (جودة الحياة النفسية/ جودة الحياة البيئية/ جودة الحياة الاجتماعية/ جودة الحياة الجسمية) والدرجة الكلية (لجودة الحياة) وما يؤكد ذلك هو قيم T-TEST والتي بلغت على التوالي بالنسبة لأبعاد جودة الحياة (-0,265/0,039/0,084 /-0,802) حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة [ $\alpha=0.05$ ] إما بالنسبة للدرجة الكلية لمقياس (جودة الحياة) فقد بلغ متوسط الذكور (77,0571) في حين بلغ متوسط الإناث (77,7846) إلا أن قيمة الفرق جاء غير دال إحصائياً وما يؤكد ذلك هو قيمة T-TEST والتي بلغت (-0,293) حيث جاءت غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha=0.05$ ).

من هنا يمكن القول بأنه لا توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة أي أنه تم قبول الفرضية الصفرية ورفض فرضية البحث.

## 2-5 عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي" وللتحقق من صحة هذا لفرض استخدمت الطالبة الباحثة معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation للكشف عن قيم معامل لارتباط بين المقياسين والجدول رقم (24) يوضح نتائج ذلك.

جدول رقم (24) يوضح مصفوفة معاملات الارتباط بين مقياس السلوك الصحي وجودة

### الحياة

جودة الحياة			متغيري الدراسة
القرار	Sig	معامل الارتباط بيرسون r	
دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01	0,000	0,267**	100

ويتبين من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط بيرسون بين الدرجة الكلية للسلوك الصحي والدرجة الكلية لجودة الحياة بلغت ( $0,267^{**}$ ) هي موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ( $\alpha = 0.01$ )، وعليه نستنتج وجود علاقة بين متغيري الدراسة وعليه

نرفض الفرضية الصفرية التي نصت على عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي وجودة الحياة وقبول الفرضية البحثية التي تؤكد وجود علاقة بين متغيري الدراسة، ونسبة التأكد من هذه النتيجة هو 99% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 1%.

### 3- مناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

#### 3-1 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على أن "مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط" ومن خلال نتائج اختبارات لعينة واحدة تبين أن مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين متوسط، وتفسر الطالبة الباحثة النتيجة بوجود تناقضات في الممارسات الصحية واستحكام عادات سلوكية في المجتمع الجزائري كنتناول المشروبات الغازية، الحلويات، الوجبات السريعة، كما أن هذه النتيجة تعكس المستوى العام لأسلوب حياة الممرضين الذي لا يعطي اهتماماً كبيراً بالفحوص الدورية وزيارة الطبيب والتخلي عن ممارسة الكثير من العادات والسلوكيات الصحية كالنوم الصحي وقد يرجع هذا إلى لنظام المناوبة الليلية الذي تفرضه طبيعة العمل، ضف إلى ذلك انتشار ثقافة الوجبات السريعة وعدم تناول طعام صحي وعدم ممارسة الرياضة بشكل منتظم ضف إلى ذلك ممارسات الكثير من العادات السلبية كالتدخين.

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة أيضاً إلى العادات والتقاليد السائدة في مجتمعاتنا الشرقية والتي توجد بها المجاملة الاجتماعية على حساب الصحة وعدم وجود حافز لتطبيق القناعة الصحية الذي يعتبر السلوك الصحي وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك

النشاط، وتختلف نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع دراسة الصقر والهنداوي (2016) القدرة التنبؤية للسلوك الصحي وأنماط الشخصية وطرق التعامل مع الضغوط بفاعلية المرشد التربوي، ودراسة فاضلي وآخرون (2017) مستويات السلوك المتعلقة بالصحة لدى طلبة الجامعة التي أظهرت ارتفاع في مستوى السلوك الصحي، ودراسة النواصره والهوراني (2017) السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين (من وجهة نظر أمهاتهم) في محافظة عجلون والتي أظهرت انخفاض في مستوى السلوك الصحي، ودراسة Wardle et al (1997) التي أظهرت وجود انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية (بن زيدان وآخرون، 2019، ص25)، في حين تتفق نتيجة فرضية الدراسة الحالية مع دراسة الحارثي (2014) مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات ودراسة أبو سعد والختاتنة (2014) مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية، ودراسة هيثم النادر وآخرون (2016) السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة كلية علوم الرياضة بجامعة مؤتة، ودراسة النصيرية (2017) الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور، ودراسة قباجة وسلامة (2018) السلوك الصحي لدى طلبة الكليات العلمية في جامعة القدس في ضوء بعض المتغيرات، ودراسة فارح (2019) مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في ضوء بعض المتغيرات حيث أظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي جاء متوسطاً.

### 3-2 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية على أن "مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط" ومن خلال نتائج اختبارات لعينة واحدة تبين أن مستوى جودة الحياة لدى الممرضين مرتفع، وتعزو الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى أن جودة الحياة مرتبطة بشعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم في المجالات الصحية والاجتماعية والنفسية، وتتأثر بعوامل

موضوعية كالعامل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية، التعليم، الصحة، وعوامل ذاتية كالرضا عن الحياة، الجودة النفسية، السعادة، إشباع الحاجات، إدراك الفرد لظروفه وانفعالاته، المفهوم الإيجابي للذات، ويذهب روبرت كوستانزا (2007) إلى أن جودة الحياة دالة على توفر عاملين:

- القدرة على التوافق والمواجهة والتفاعل مع ظروف الحياة وأحداثها بنحو إيجابي.
- القيام بأنشطة تدفع الفرد باتجاه يحقق له حاجاته على نحو يحقق له الرضا (بجر، 2011، ص23، 24)

وبما أن شعور الفرد يتحقق بمقدار شعوره بالسعادة، ذلك الشعور الذي يتنامى عبر مراحل حياته المختلفة وهو يسعى جاهدا إلى الاستقلالية، النمو الشخصي، العلاقات الإيجابية مع الآخرين وتقبل الذات فإن هذا يعطي مؤشرا واضحا لإحساسهم بالسعادة وارتفاع الجودة مؤشر على الصحة النفسية العالية ومحاولتهم التغلب على المعوقات التي يتعرضون لها

وبالرجوع إلى النتيجة فإن الممرضين اعتمدوا في تقييمهم لجودة الحياة على المؤشرات الذاتية، فشعورهم بالرضا يعود إلى تقديم الخدمات للمرضى ورعايتهم وتلقي الاستحسان من طرفهم يخفض معاناتهم، وتكوين علاقات ناجحة مع الزملاء والتعامل المرن في بيئة العمل وكذا حصولهم على الدعم العاطفي من أسرهم، ومحاولة التكيف مع ظروف العمل التي يعيشونها وشعورهم بالكفاءة يؤدي إلى شعورهم الجيد بجودة الحياة.

وبما أن الأشول (2005) يرى أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم للأفراد ومدى إدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات لإشباع حاجاتهم المختلفة، وبالتالي جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد (محمود والجمالي، 2010، ص70)، كما يرى لاوتن أن إدراك الفرد لجودة حياته يتأثر بالظرف المكاني أي أن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته.

ويرى أبو سريع وآخرون أن مصطلح جودة الحياة يتأثر بالنظام السائد والتقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية ومعتقدات الأفراد المختلفة، كما تتمثل جودة الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو حاجات غير مادية (فواظمية، 2018، ص93). وبالرجوع إلى خصائص العينة تصنف مهنة التمريض من المهن التي يعاني أصحابها من ضغط نفسي يصل إلى الاحتراق إذ تؤكد الجمعية الأمريكية للبحث في مجال التمريض أن ظاهرة الاحتراق النفسي تحدث لدى ممرض من بين ثلاثة ممرضين وتشير دراسات أجريت في كندا والولايات المتحدة الأمريكية وانجلترا أن نسبة الاحتراق النفسي لدى الممرضين تراوحت بين 32.9% و54.2%، كما تشير كذلك دراسات أخرى أجريت بالأردن وتركيا والسعودية أن الممرضين يعانون من الاحتراق النفسي (بن يحي وزناد، 2018، ص21).

وأكدت دراسة Chaix على (95) ممرضة وممرضة في المركز الصحي (Esquirol) بفرنسا والتي أكدت والتي أكدت أن (15%) إلى (21%) من الممرضين يعانون من الاحتراق الوظيفي، وأشار تحقيق Rodary وفرقة عمله على (520) ممرضة على في مستشفيات بباريس إلى أن (25%) تعانين من إجهاد انفعالي (حلي وخلفان، 2017، ص30).

كما أن مهنة التمريض تتطلب جهدا في مراقبة المرضى وتقديم الرعاية الصحية لهم والاهتمام بهم إضافة إلى البقاء المستمر وإلى فترات أطول والتعرض إلى حالات الطوارئ الشديدة ونظام المناوبات الليلية، حيث أشارت دراسة فتحي وادة وسليمانى (2020) إلى أن الممرضون بالمناوبة الليلية في مصلحة الاستجالات الطبية والجراحية يعانون من مستوى عال من الاحتراق النفسي، ناهيك عن أن نظام المناوبة يعزلهم عن وتيرة الحياة الاجتماعية ويسبب لهم اضطرابات في النوم، إضافة إلى مشاعر الإحباط والقلق والغضب من ردود أفعال أقارب المريض أو مرفقوه.

هذه الظروف الفيزيائية وبيئة العمل تؤدي بالمرضى إلى الإنهاك وتؤثر سلبا على صحتهم النفسية والجسدية ما ينعكس سلبا على جودة حياتهم وبالتالي الرجوع إلى

خصائص العينة والظروف والبيئة المحيطة بهم فإن النتائج المتوصل إليها لا تعكس الحقائق والواقع المعاش.

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة كل من الكبيسي (2016) قياس مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة لعينات (ليبية، وعراقية، ومصرية) ودراسة نغم جمال (2016) جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية، ودراسة بن خليفة ولحرش (2017) مستوى جودة الحياة لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، ودراسة بنات (2018) قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، ودراسة فواطمية (2018) الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي، ودراسة عبد الصمد وأحمان (2019) جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات، ودراسة البادري (2019) جودة الحياة وتأثيرها على الاغتراب لدى المعلمين المغتربين في بعض المحافظات التعليمية بسلطنة عمان ودراسة براح (2020) جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، في حين اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة بكر (2011) جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين، ودراسة النجار وعبد الرؤوف (2015) التفكير الإيجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة ودراسة سويعد (2016) الحصانة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب في مركز الإيواء، ودراسة بعلي وجغلولي (2018) مستوى جودة الحياة لدى طالبات جامعة المسيلة، ودراسة لونيس (2018) مستوى إدراك جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى الطالب الجامعي في ظل بعض المتغيرات حيث توصلوا إلى أن مستوى جودة الحياة كان مرتفع.

### 3-3 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تنص الفرضية الجزئية الثالثة على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي تعزى لمتغير الجنس"

ومن خلال اختبارات تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي والذي يعزى لمتغير الجنس، وتفسر طالبة الباحثة النتيجة أن الممرضين يكتسبون نفس ثقافة السلوك الصحي بحكم أسلوب العيش الواحد وطبيعة العمل والثقافة الحياتية العامة المشتركة والمنبثقة من نفس المكان والزمان حيث يشير السلوك الصحي إلى تلك الأنماط الصحية المكتسبة من الأسرة والبيئة المحيطة، أي أن الثقافة التي ينتمي إليها كلا الجنسين والتربية الصحية التي تعرضوا لها والعادات التي تعودوا عليها والسلوكيات الصحية التي يمارسونها ما هي إلا انعكاس لمعتقداتهم الصحية والبيئة المحيطة، وهو ما يعكس قوة تأثير ثقافة الفرد في توجيه سلوكه بغض النظر عن الجنس. أيضا يمكن تفسير النتيجة بمدى وعي العينة من الجنسين بضرورة ممارسة السلوك الصحي لتفادي الأمراض والمشكلات الصحية وهذه السلوكيات لا تقتصر على الذكور دون الإناث، ومن الأمور التي ساهمت في انتشار الثقافة الصحية لدى الجنسين برامج التثقيف الصحي والرعاية الصحية عبر وسائل الإعلام المختلفة.

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة أبو سعد والخاتنتة (2014) مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية، ودراسة النادر وآخرون (2016) السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة كلية علوم الرياضة بجامعة مؤتة، ودراسة نوار (2014) علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري ودراسة قباجة وسلامة (2018) السلوك الصحي لدى طلبة الكليات العلمية في جامعة القدس في ضوء بعض المتغيرات، ودراسة (Waldron,1995) التي توصلت إلى اختلاف السلوك الصحي وذلك ضمن الدراسة التي أجريت لمعرفة النسبة الجنسية لانتشار السلوكيات الخطرة على الصحة ضمن المسح الوطني للصحة في الولايات المتحدة الأمريكية (شهرزاد، 2014، ص220).

في حين تتفق نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة أبو سعد والخناتنة (2014) مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية، ودراسة عليوة (2015) علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، ودراسة النصيرية (2017) بعنوان الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور، ودراسة فاضلي وآخرون (2017) مستويات السلوك المتعلقة بالصحة لدى طلبة الجامعة، ودراسة أروى فارح (2019) مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في ضوء بعض المتغيرات، ودراسة محمد الحميدان (2019) الصحة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، ودراسة النواصر هو الحوراني (2017) السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين (من وجهة نظر أمهاتهم) في محافظة عجلون ودراسة عبد الصمد (2020) السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري النوع الأول، حيث أظهرت النتائج عدم وجود فروق في مستوى السلوك الصحي تبعاً لمتغير الجنس.

### 3-4 مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تنص الفرضية الجزئية الرابعة على "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي" ومن خلال اختبارات تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى الممرضين، ويمكن تفسير النتيجة إلى أن كل من الذكور والإناث يعيشون في ذات السياق الثقافي والاجتماعي وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية (1995) حيث تصف جودة الحياة بأنها " إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته، اهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتها علاقاته الشخصية وعلاقته بالبيئة" (احمد، دس، ص20).

وترى الطالبة الباحثة أن التغيرات الحاصلة في المجالات السياسية والاجتماعية والاقتصادية والتطور التكنولوجي جعل دور الجنسين متداخل حيث أن لكل دوره المكمل للآخر، فالمرأة لم تعد تعيش بمعزل عن الحياة الاجتماعية أين أصبحت على إطلاع بما هو كائن ومشاركة الرجل أدواره وسعيها الدائم إلى استغلال إمكانياتها للوصول إلى أهدافها وتحقيق طموحاتها، كما يفسر ذلك أيضا بكون كلا الجنسين يستفيدون من نفس المزايا ومحاطون ببيئة العمل والظروف نفسها.

وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة النجار وعبد الرؤوف (2015) التفكير الإيجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة، ودراسة الكبيسي (2016) قياس مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة لعينات (ليبية، عراقية، ومصرية)، ودراسة نغم جمال (2016) جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية، ودراسة بن خليفة ولحرش (2017) مستوى جودة الحياة لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، ودراسة بنات (2018) قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، ودراسة علي حمادية وآخرون (2018) جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلبة الدكتوراه (ل.م.د)، حيث توصلوا إلى وجود فروق في متغير الجنس، في حين اتفقت نتيجة الفرضية الحالية مع ما توصلت إليه دراسة بكر (2011) جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين، ودراسة أموياسر الجاجان (2014) جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات ودراسة بوعيشة (2014) جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب ودراسة سويعد (2016) الحصانة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب في مركز الإيواء، ودراسة لونيس (2018) مستوى إدراك جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى الطالب الجامعي في ظل بعض المتغيرات، ودراسة البادري (2019) جودة الحياة وتأثيرها على الاغتراب لدى المعلمين المغتربين في بعض المحافظات التعليمية بسلطنة عمان، ودراسة برباح (2020) جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية

الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة حيث توصلوا إلى عدم وجود فروق دالة حسب متغير الجنس.

### 3-5 مناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على أنه " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي" ومن خلال معامل ارتباط بيرسون للكشف عن العلاقة بين المقياسين تبين وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي وتفسر الطالبة الباحثة النتيجة كون السلوكيات الصحية مجموعة من الأفعال هدفها الحفاظ على الصحة الجسدية والنفسية للفرد والوقاية من الأمراض، أو هو كل إجراء يتخذه الشخص للحفاظ على صحة جيدة، ويعود السلوك الصحي إلى نشاطات الأفراد والجماعات والمنظمات لتحسين استراتيجيات المواجهة للمرض وتعزيز جودة الحياة(عيادي وجبالي، 2015، ص284).

ومن هذه السلوكيات ممارسة الرياضة بانتظام والنظام الغذائي الصحي والنوم بشكل كاف وبالتالي تبني عادات سلبية أو خاطئة ينعكس سلبا على صحة الممرضين ويؤدي بظهور الكثير من المشكلات الصحية كأمراض القلب والسمنة والتوتر والقلق والاكئاب والاحترق النفسي، وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم وغيرها، ومن جهة أخرى يتفق الباحثون أن جودة الحياة مفهوم معقد يشمل مجالات عديدة جسدية وعقلية واجتماعية، وتذهب منظمة الصحة العالمية إلى القول أن "جودة الحياة مفهوم واسع النطاق متأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية والحالة النفسية ومستوى الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية".

ومن هذا المنطلق ترى الطالبة الباحثة أن التزام الممرضين بالسلوكيات الصحية تنعكس إيجابا على صحتهم الجسدية والنفسية فقد لوحظ مثلا أن فوائد ممارسة التمرينات الرياضية لا تقتصر على الجوانب الجسمية فقط بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية، فهي

تحسن من الحالة المزاجية وتمنح شعور بالارتياح، فرياضة المشي مثلا تساعد على تنبيه الجسم لإفراز هرمون أندورفين الذي يماثل كيميائيا مادة المورفين مما يجعل الفرد قادرا على تحمل الضغوط اليومية والتوتر والقلق، ويمنحه شعور بالسعادة والهدوء والراحة في أثناء النوم (شويخ، 2012، ص69)، وبالتالي كل ما كان الممرضين بصحة جيدة يشعرون بالسعادة وحسن الحال فقد أشارت النتائج التي حصل عليها (Abbey Andrews) إلى أن الضغط والاكتئاب يرتبطان بقوة مع الادراكات السلبية لجودة الحياة، في حين مصدر الضبط الداخلي والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الايجابية لجودة الحياة، وتوصلت دراسة لـ (Henderson) وآخرون إلى أن مصادر السعادة الرئيسية كما يأتي:

- الأكل والشرب.

- الراحة والنوم.

- العلاقة مع الزوج والأصدقاء وغيرها من العلاقات .

- النشاط الجسمي والألعاب الرياضية والشعور بالصحة.

- النجاح والترقي والرضا عن الذات.

وقد أكدت نتائج الدراسات أن الشعور بالسعادة وحسن الحال يرتبط بانخفاض مستويات الكوليستيرول في الدم، وكذلك ضغط الدم، ومعدلات ضربات القلب. وقد تم دراسة العلاقة بين السمنة والاكتئاب من خلال عديد الدراسات وزيادة السمنة حيث يؤدي إلى العجز وانخفاض كفاءة جودة الحياة، وقد أثبتت الدراسات وجود علاقة سلبية بين السمنة والشعور بالسعادة (مصطفى، 2009، ص80، 86).

وأثبتت دراسة أجراها (Siahpush et al,2008) أن الأشخاص السعداء والراضين عن حياتهم لديهم صحة أفضل ورضا أعلى عن حياتهم، كما كشفت دراسة فاراري وبراون وآخرون حول العلاقة بين السعادة ووقت الفراغ والسلوكيات المرتبطة بالصحة وجود علاقة جوهرية بين السعادة وكل من الوزن وممارسة الرياضة (عبد الخالق والنيال، 2019، ص50، 51).

كما وجد (Rocio,2002) أن هناك علاقة إيجابية بين السلوك الصحي الوقائي وبين الشعور بالسعادة وجودة الحياة، وأن المنبئ الأكبر للشعور بالسعادة وجودة الحياة هو السلوك الصحي الوقائي (مصطفى، 2009، ص105).

وعليه فإن إن تبني عادات سليمة والالتزام بأنماط سلوكية صحية والابتعاد عن العادات السلبية يؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للفرد فينعكس إيجاباً على إدراكه لجودة حياته، فكلما كان الممرض بصحة جيدة لا يشعر بالمرض في ظل بيئة قادرة على تلبية احتياجاته وإشباعها سيشعر بالرفاهية النفسية والرضا عن حياته والسعادة وحسن الحال.

وتتفق النتيجة مع دراسة بن غدفة (2007) السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة لدى سكان ولاية سطيف والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية متوسطة القوة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة لدى أفراد العينة.

#### - النتائج المتوصل إليها:

انطلاقاً من إشكالية الدراسة وتساؤلاتها، وما تم عرضه من نتائج البحث وتحليله ومناقشته في ضوء ما تم استعراضه من خلفية نظرية ودراسات سابقة، توصلنا إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ارتباطية دالة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي.

- مستوى السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي متوسط.

- مستوى جودة الحياة لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي مرتفع.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي لدى الممرضين العاملين بمستشفى الزهراوي والتي تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة لدى الممرضين العاملين في مستشفى الزهراوي والتي تعزى لمتغير الجنس.

**- التوصيات والإقتراحات**

- 1- الوعي الصحي يجب أن يتكون من الطفولة ويستمر حتى التعليم العالي.
- 2- نشر الثقافة الصحية بين مختلف شرائح المجتمع.
- 3- التركيز على التربية الصحية داخل الأنظمة التربوية والتعليمية.
- 4- إجراء المزيد من الدراسات والبحوث المتعلقة بجودة الحياة والسلوك لدى الممرضين وحصر مختلف الأسباب التي تؤدي إلى عدم الإحساس بجودة الحياة وعدم تبني الأنماط السلوكية الصحية حتى تتوفر البيانات والمعلومات لدى المسؤولين ومتخذي القرار.
- 5- إعداد برامج إرشادية وورشات عمل لتحسين وتعزيز السلوكات الصحية لدى الممرضين وأفراد المجتمع بصفة عامة.
- 6- إجراء دراسات تتناول السلوك الصحي وجودة الحياة على عينات أخرى.
- 7- إجراء المزيد من الدراسات حول السلوك الصحي وربطه بمتغيرات أخرى.
- 8- زيادة الأنشطة كالندوات والمحاضرات التي تعمل على تطوير الثقافة الصحية لدى الأفراد.

خاتمة

تبعاً لنتائج الدراسة وانطلاقاً من الهدف الرئيسي وهو معرفة العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة لدى المرضى العاملين بمستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة يمكن القول أن البيئة التي يعيش فيها المرضى وافتقارها للكثير من متطلباتهم وكذا ظروف العمل التي يعملون في ظلها وتعرضهم للكثير من الضغوطات التي تؤدي بهم إلى ممارسة الكثير من السلوكيات والعادات الغير صحية كالتدخين والتغذية غير الصحية وعدم ممارسة النشاط الرياضي فتزيد من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة وتؤثر سلباً على صحتهم النفسية وإنتاجهم إلى حد كبير.

وقد حظي مفهوم السلوك الصحي باهتمام الباحثين باعتباره من العوامل التي تساهم في الارتقاء بالصحة وتجنب العديد من الأمراض وتطوير برامج الوقاية.

والاهتمام بالسلوكيات الصحية ليس وليد اليوم بل ديننا الإسلامي اهتم بالإنسان وعالج مشكلة الصحة، والسلوكيات الصحية ومن ذلك النظافة والحجر الصحي أثناء الطاعون والصوم وعدم النفخ في آنية الأكل وتجنب أكل كثير من لحوم الحيوانات لأنها ناقلة للأمراض وممارسة الرياضة ويظهر ذلك في قوله عليه أفضل الصلاة والسلام "علموا أولادكم السباحة والرمية وركوب الخيل" وغيرها من الأنماط السلوكية التي تحفظ صحة الفرد وتقيه خطر التعرض للأمراض، لهذا صارت الحاجة ماسة للتعليم والتثقيف الصحي وكذا الوعي الصحي لتغيير السلوكيات والعادات السلبية واتجاهات الأفراد نحو الصحة والمرض وبالتالي التمتع بالصحة الجسدية والنفسية التي تعتبر من متطلبات جودة الحياة التي تعكس شعوره بالهناء الشخصي والتفاؤل مما يساعده على التعامل بإيجابية مع الإحباطات والمواقف الضاغطة التي تعترضه وكذا التكيف مع البيئة التي يعيش فيها محاولاً تحقيق أهدافه وطموحاته وفق ما يمتلكه من إمكانيات، حيث تعتبر جودة الحياة من المتطلبات الرئيسية في كثير من المجتمعات تسعى كثير من الدول إلى تحقيقها من خلال الاهتمام بتوفير الإمكانيات والخدمات مثل الصحة والتعليم وغيرها لأفراده.

ومن خلال ما تم التطرق إليه وفي ضوء النتائج المتوصل إليها تبقى هذه النتائج في حدود الثقافة المحلية للمجتمع الجزائري وخصائص عينة الدراسة في ظل متطلبات الحياة المعاصرة التي يعيشها الفرد بعيدا عن العادات السلوكية الصحية المتعلقة بصحته النفسية والجسدية والتي قد تنعكس سلبا على تقديره لجودة حياته ونظرته للحياة بصفة عامة.

# قائمة المراجع

✚ القرآن الكريم

✚ الأحاديث النبوية

✚ المراجع العربية:

- ابراهيمي، سامية، وبن كتيلة، فتيحة. (2017). "الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة"، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، تحرير روبي محمد، منشورات جامعة محمد بوضياف.
- أبو أسعد، أحمد. (2015). الصحة النفسية من منظور جديد، ط1، دار المسير: الأردن.
- أبو حلاوة، محمد. (2010). جودة الحياة المفهوم والأبعاد، المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- أبوحمدة، خديجة. (2017). أساليب حل المشكلات وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- أبو سعد، أحمد، وسامي، الختاتنة. (2014). مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايتهم الذاتية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد15، العدد4.
- أبو شمالة، رجا. (2016). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات والمهارات الحياتية لدى زوجات الشهداء في قطاع غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- أبو يونس، إيمان. (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، صورية. (2018). جودة الحياة والسلوك الصحي لدى عينة من الشباب، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد3، العدد2.
- أحمد، لعجوري. (2013). الذكاء الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة لدى المعلمين والمعلمات بمحافظة شمال غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية. جامعة الأزهر، غزة.

- اسماعيلي، يامنة، ونويوة، فيصل. (2017). "مفهوم جودة الحياة في ضوء نظرية النمو النفس اجتماعي لاريكسون"، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، تحرير روبي محمد، منشورات جامعة محمد بوضياف.
- أغنية، صالحة. (2012). برنامج إرشادي لتحسين جودة الحياة كمدخل لخفض مستوى القلق لدى طالبات الجامعة، أطروحة دكتوراه، كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، جامعة عين شمس.
- آل عقران، أريج. (2020). ممارسة الأنشطة الرياضية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات الجامعة، المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد12.
- البادري، بن مبارك. (2019). جودة الحياة وتأثيرها على الاغتراب لدى المعلمين المغتربين في بعض المحافظات التعليمية بسلطنة عمان، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، المجلد12، العدد1.
- بحرة، كريمة. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.
- براج، نعيمة. (2020). جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- براج، نعيمة، وكتفي عزوز. (2020). مستوى جودة الحياة لدى طلبة علم النفس بجامعة المسيلة دراسة ميدانية على طلبة الليسانس، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد13، العدد1
- برو، محمد. (2014). الموجه في منهجية العلوم الاجتماعية ، دار الأمل.
- البصري، نصير، وحسين، فاطمة. (2017). مؤشرات جودة الحياة في مدينة النجف الأشرف، مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، المجلد20، العدد3.

- بعلي، مصطفى، وجغلولي، يوسف. (2018). مستوى جودة الحياة لدى طالبات جامعة المسيلة دراسة ميدانية على عينة طالبات قسم علم النفس بجامعة المسيلة. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد8.
- بكر، جوان. (2011). جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة صلاح الدين اربيل.
- بن زيدان، حسين، وآخرون. (2019). دراسة السلوك الصحي لدى لاعبي كرة السلة على الكراسي المتحركة، مجلة المجتمع والرياضة، المجلد2، العدد1.
- بن صافي، سميرة. (2018). ثنائية الصحة والمرض من منظور أنثربولوجي، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد35.
- بن عروس، حياة. (2013). الأنثربولوجيا الطبية ودورها في قضايا الصحة والمرض، مجلة دراسات اجتماعية، العدد13.
- بن غزفة، شريفة. (2007). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- بن يحي، فاطمة، وزناد، دليلة. (2018). الاحتراق النفسي لدى الممرضين العاملين بمصالح مكافحة السرطان، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد25.
- بنات، صقر. (2018). قلق الإنجاب وعلاقته بجودة الحياة لدى الأسر لدى الأسر التي لديها أبناء ذوي إعاقة سابقة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- بهلول، أشواق سارة. (2009). سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من جودة الحياة والمعتقدات الصحية، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- بوحرصي، محمد الصديق. (2014). الصحة العامة ما وراء الحدود الوطنية: حول مفهوم الصحة العالمية والخطابات السائدة حوله، المجلة الجزائرية للأمن والتنمية، العدد7.

- بوتي، شهرزاد، وبرقيقة، يوسف. (2020). رؤية نظرية في جودة الحياة " المفهوم والاتجاهات"، الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر-الأبعاد والتحديات، 5/4 فيفري.
- بورنان، سامية. (2017). مدى فاعلية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان المخدرات، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة1، الحاج لخضر.
- بوعمامة، حكيم. (2019). جودة الحياة : المفهوم والأبعاد (دراسة تحليلية)، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 8(1).
- بوعيشة، أمال. (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- بومدين، سليمان. (2003). المعنى الاجتماعي للمرض، مجلة العلوم الإنسانية، العدد20.
- بوزيد، محمد فارح، وجاب الله، سليم. (2017). علم النفس الإيجابي وجودة الحياة، "دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري"، تحرير روبي محمد، منشورات جامعة المسيلة.
- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي، ترجمة وسام بريك وفوزي داود، الأردن.
- تواتي، نواره، واليازيدي، فاطمة الزهراء. (2019). سلوك التدخين عند التلميذ المتمدرس، مجلة المرشد العدد7.
- الثبيات، ميسون. (2016). السلوك الصحي لدى طلبة المراهقة المبكرة وعلاقته بالشعور بالأمن النفسي، رسالة ماجستير، كلية الدراسات، جامعة مؤتة، الأردن.
- جراب، محمد عرفات، ويحي، عبد الحفيظ. (2016). تقنين مقياس جودة الحياة على الطلبة الجامعيين، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد26.
- جمال، نغم. (2016). جودة الحياة وعلاقتها بالحاجات الإرشادية لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة دمشق.

- الحارثي، إسماعيل. (2014). مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير. قسم علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة السعودية.
- حبي، عبد المالك. (2015). الذكاء الانفعالي وعلاقته بجودة الحياة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
- حبيب، تغريد. (2017). الذكاء الثقافي وعلاقته بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة، مجلة الآداب، العدد 122.
- حرارة، ناهض. (2017). الحاجات النفسية والاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى اللاجئين السوريين في محافظة غزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
- حربوش، سميرة. (2017). الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة، مجلة روافد، العدد الثاني.
- حربوش، سميرة. (2019). محددات الصحة ومظاهر السلوك الصحي، أطروحة دكتوراه كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين - سطيف 2 - الجزائر.
- حرطاني، أمينة. (2014). جودة الحياة لدى الأمهات وعلاقتها بالمشكلات السلوكية عند الأبناء، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والأرطفونيا، جامعة وهران.
- حسام، مريم. (2017). حق الإنسان في جودة الحياة. أطروحة دكتوراه. كلية الحقوق والعلوم السياسية جامعة باتنة 1.
- حسين، جلال. (2018). الصحة والمرض في المجتمع الأوغندي " رؤية أنثربولوجية ميدانية"، مجلة أنثربولوجيا، المجلد 4، العدد 8.
- حسين، غادة. (2013). نمط السلوك الصحي وسط المراهقات في مرحلتي الأساس والثانوي ولاية الجزيرة (2012)، رسالة ماجستير، كلية الطب، جامعة الجزيرة، السودان.

- الحلو، حسين. (2016). قياس جودة الحياة لدى طلبة جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد48.
- حلي، مصطفى، وخلفان، رشيد. (2017). الاحتراق الوظيفي لدى الممرضين، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد23.
- حليلة، قادري، ونصيرة، بن نابي. (2016). جودة الحياة في الإقامة الجامعية من وجهة نظر الطلبة فعاليات الملتقى الوطني حول: تشخيص واقع الطالب الجامعي، العدد6.
- الخزاعي، نصير. (2016). الدافعية الإبداعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة القادسية، العراق.
- خشاب، سعاد. (2011). علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة لخضر، باتنة.
- خلف الله، عذبة. (2015). جودة الحياة لدى أسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا.
- خليل، عاطف نجلاء. (2006). في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض، القاهرة: مكتبة الأنجلو مصرية.
- الداغستاني، سناء، وديار، المفتي. (دس). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد26، 27.
- الدباغ، أفراح، ورضا، آراز. (2014). فاعلية برنامج تربوي في تنمية السلوك الصحي لدى طلبة جامعة صلاح الدين/أربيل، مجلة الفتح، مج10، العدد60.
- دريس، سفيان. (2018). تمثلات المرض وأساليب العلاج في المجتمع الجزائري، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، المجلد7، العدد24.

- الدهني، غفران. (2018). جودة الحياة لدى طالبات كلية التربية في جامعتي اليرموك وحائل، مجلة العلوم التربوية، ج1، العدد1.
- الدويبي، عبد السلام. (2006). علم الاجتماع الطبي، الأردن: دار الشروق.
- ربوح صالح، وآخرون. (2019). دراسة السلوك الصحي لتلاميذ المرحلة الثانوية من خلال ممارسة الأنشطة البدنية، حوايات جامعة الجزائر، ج2، العدد33.
- رشوان، عبد المنصف. (2006). الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي
- الرصاعي، محمد. (2018). فعالية منهاج العلوم المطور للصف الأول الأساسي في الأردن في بناء السلوك الصحي للمتعلمين من وجهة نظر المشرفين التربويين والمعلمين، المجلة التربوية، الجزء الأول، العدد128.
- زاوي، عبد السلام، وبرجم، رضوان. (دس). دور السلوك الصحي في تحسين مستوى الأداء لدى الرياضيين، مجلة معارف، المجلد8، العدد15.
- الزروق، فاطمة الزهراء. (2017). علم النفس الصحي، ديوان المطبوعات الجامعية.
- الزروق، فاطمة الزهراء. (2009). دراسة النمط السلوكي للمصابين بالسكري من خلال طريقة الحياة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر
- زعطوط، رمضان. (2005). علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة.
- ساندرسون، كاترين. (2019): علم نفس الصحة، ترجمة مراد عيسى وتيسير شواش ط1، الأردن: دار الفكر.
- السرسى أسماء، وآخرون. (2016). جودة الحياة لدى الأطفال ضعاف السمع بالحلقة الابتدائية، مجلة العلوم التربوية، ج3، العدد3.

- السلمي، عبد العالي. (2015). الذكاء الانفعالي والتسامح وعلاقتها بجودة الحياة لدى منسوبي الدفاع المدني بمدينة جدة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
- سليمان، صبرينة، وودة، فتحي. (2020). الاحتراق النفسي لدى عينة من الممرضين بالمناوبة الليلية بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية بالوادي، الملتقى الدولي: المعاناة في العمل لدى العاملين في ميدان التمريض - تشخيص ومقاربة علاجية- أيام 12/11 فيفري.
- السويركي، رمزي. (2013). الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلال/الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا بمحافظة غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- سويعد، ميرفت. (2016). الحصانة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل وجودة الحياة لدى الشباب في مراكز الإيواء في قطاع غزة. رسالة ماجستير. كلية التربية. الجامعة الإسلامية. غزة.
- سي بشير، كريمة، ومسعودي، ظريفة. (2016). المعتقدات الصحية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى شرايين القلب التاجية، مجلة دراسات نفسية، المجلد 7، العدد 13.
- السيد، طارق. (2007). أساسيات في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة شباب الجامعة: الإسكندرية.
- شابو، صلاح الدين. (2019). عزو المرض وعلاقته بالتكيف النفسي، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 25، العدد 2.
- شادي، فاطمة. (2018). اقتراح برنامج في الاتصال الكتابي لتحسين أداء العمال، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة المسيلة، الجزائر.
- شفيق أحمد جمال. (دس). دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الهيئة العامة لقصور الثقافة.

- شفيق، ساعد. (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
- شويخ، احمد هناء. (2012). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بوصفها منبئات للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة، مجلة العلوم الاجتماعية، مجلد40، العدد1.
- شيخي، مريم. (2014). طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة أبي بكر بالقايد، تلمسان.
- صادق، علي. (2016). تنمية الذكاء الوجداني وأثره على جودة الحياة النفسية لدى المراهقين الأيتام المقيمين بمؤسسات الرعاية الاجتماعية في الجمهورية اليمنية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران2.
- صالح عيد، نانسي. (2019). مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد19.
- الصمادي، عبد المجيد، والصمادي، عبد الغفور. (2011). مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، المجلة العربية للطب النفسي، المجلد22، العدد1.
- صولة، فيروز. (2013). تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في تفسير المرض وتحديد أنماط العلاج لدى المرضى، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد8.
- الطائي، إيمان. (2015). دور الإرشاد النفسي في تحقيق جودة الحياة بالمجتمع المعاصر، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد47.
- العاسمي، رياض. (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي، ج1، الأردن: دار الإعصار العلمي.
- العاسمي، رياض. (2016). علم نفس الصحة الإكلينيكي، ج2، الأردن: دار الإعصار العلمي.

- عبد الخالق، أحمد، والنيال، مایسة. (2019). التفاؤل والفاعلية الذاتية والهناء الشخصي بوصفها منبئة للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة، حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، الحولية40.
- عبد الصمد، صورية (2020). السلوك الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري النوع الأول، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، المجلد9، العدد2.
- عبد الصمد، صورية، وأحمان، لبنى. (2019). جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات، مجلة دراسات نفسية وتربوية، المجلد12، العدد.
- عبد القادر، مها. (2020). تصور مقترح لمواجهة هجرة العقول في ضوء متطلبات أبعاد جودة الحياة، مجلة البحث في التربية وعلم النفس، مج35، ج2، العدد4.
- عبيد، عائشة بية. (2017). جودة الحياة وسبل تحقيقها في ظل علم النفس الإيجابي، مجلة تاريخ العلوم، العدد6.
- عبيدات، محمد، وآخرون. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر: عمان.
- العجمي، سعيد. (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالتوجه نحو المستقبل، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية والإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.
- عدودة، صليحة. (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، أطروحة دكتوراه. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والعلوم الاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية. جامعة الحاج لخضر. باتنة.
- العروقي، أسمهان. (2014). الاغتراب النفسي وجودة الحياة لدى الأسر المحررين المبعدين إلى قطاع غزة ضمن صفقة وفاء الأحرار، رسالة ماجستير. كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.

- العزابي، سعاد، وآخرون. (2016). الاتجاهات الصحية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى طلبة قسم إعادة التأهيل والعلاج الطبيعي بكلية التربية البدنية وعلوم الرياضة، مجلة العلوم الرياضية والمرتبطة، العدد24.
- عكاشة، محمود، وسليم، عبد العزيز. (2010). العلاقة بين جودة الحياة النفسية والإعاقة اللغوية، المؤتمر العلمي السابع: جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية والنفسية، 14/13 أفريل.
- علاق، عبد القادر. (2014). ظاهرة التدخين من منظور صحي بيئي وشرعي وقانوني، مجلة البحوث العلمية في التشريعات البيئية، العدد3.
- علي، حمادية، وآخرون. (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلبة الدكتوراه (ل.م.د) دراسة ميدانية على عينة من الطلبة. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 9 العدد2.
- علي، قدرى، وآخرون. (2008). علم الاجتماع الطبي، ط1، الإسكندرية: مكتبة المجتمع العربي.
- عليوة، سمية. (2015). علاقة كل من مصدر الضبط والوعي الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية والإسلامية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- عمر، عبد المنعم. (2019). فاعلية برنامج إرشادي تكاملي قائم على العلاج بالمعنى وبعض قوى الشخصية في تحسين جودة الحياة لدى عينة المراهقين، مجلة كلية التربية، الجزء الثالث، العدد43.
- عمران، لخضر. (2009). الإصابة بداء السكري وعلاقته بتدهور جودة الحياة لدى المصابين، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- عمروسي، مريم. (2019). الإجهاد والصحة الجسدية للفرد، مجلة العلوم الإنسانية، المجلد ب، العدد52.

- العمروسي، نيللي. (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالكفاءة الدراسية في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية لدى عينة من الطالبات المصريات المقيمات في المملكة العربية السعودية، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 4، العدد12.
- العنزي، عبد العزيز. (2015). دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد4، العدد9.
- عيادي، نادية. (2009). علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الانسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- عيادي، نادية، وجبالي، نور الدين. (2015). العلاقة بين الضغوط المهنية وممارسة السلوك الصحي لدى عمال الإدارة، مجلة دراسات وأبحاث، مجلد7، العدد20.
- العيسوي، عبد الرحمن. (1999). القياس والتجريب علم النفس والتربية، دار المعرفة الجامعية.
- غمراس، عبد المالك. (2019). النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى عينة من الذكور المتعاطين وغير المتعاطين، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة المسيلة، الجزائر.
- فارغ، أروى(2019): مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم التكنولوجية اليمنية في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الدراسات الاجتماعية، مجلد25، العدد2.
- فاضلي، أحمد، وآخرون. (2017). مستويات السلوك المتعلقة بالصحة لدى طلبة الجامعة، حوليات جامعة الجزائر، الجزء الأول، العدد31.
- الفراء، إسماعيل، والنواجحة، عبد الحميد(2012). الذكاء الوجداني وعلاقته بجودة الحياة والتحصيل الأكاديمي لدى الدارسين بجامعة القدس المفتوحة بمنطقة خان يونس التعليمية، مجلة جامعة الأزهر بغزة، المجلد14، العدد2.

- الفزي، سعد. (2015). الذكاء الوجداني وعلاقته بجودة الحياة لدى المرشدين الطلابيين بمحافظة ينبع رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
- فواظمية، محمد. (2018). الاتصال التنظيمي وتأثيره على جودة الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- فيصل، النواصره، وصفاء، الحوراني. (2017). السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين (من وجهة نظر أمهاتهم) في محافظة عجلون في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ودرجة نوع الإعاقة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد6، العدد11.
- القاضي، عدنان. (2020). أساليب التفكير وعلاقتها بجودة الحياة النفسية لدى أعضاء هيئة التدريس (كلية التربية جامعة تعز نموذجا)، مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية، المجلد1. العدد2.
- قباجة، محمود، وكمال، سلامة. (2018). السلوك الصحي لدى طلبة الكليات العلمية في جامعة القدس في ضوء بعض المتغيرات، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية المجلد7، العدد21.
- قنون، خميسة. (2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
- كتفي، جميلة، وبوحلمة حليلة. (2017). "مؤشرات الصحة النفسية لدى مرضى السكري كمنبآت لجودة الحياة لديهم"، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، تحرير روبي محمد، منشورات جامعة محمد بوضياف.
- كاظم، مهدي. (2001). القياس والتقويم في التعلم والتعليم، ط1، دار الكندي.

- الكبيسي، عبد الكريم. (2016). قياس مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في الجامعة لعينات (ليبية، وعراقية، ومصرية)، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد49.
- الكنج، أحمد. (2014). العلاقة بين جودة الحياة والدافعية الأكاديمية من منظور إيجابي لعلم النفس أطروحة دكتوراه، كلية التربية، جامعة دمشق.
- لونيس، سعيدة. (2018). مستوى إدراك جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى الطالب الجامعي في ظل بعض المتغيرات، مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، المجلد9. العدد2.
- مام، عواطف، وحلاب، خضرة. (2017). "جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابين بالسكري"، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، تحرير روبي محمد، منشورات جامعة محمد بوضياف.
- مأمون، عبد الكريم. (2015). علاقة التفاؤل والتشاؤم بجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة البليدة2.
- مبارك، بشرى. (دس). جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد99.
- المحاسنة، رقية والخاتتة، سامي. (2020). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في تنمية السلوك الصحي لدى المراهقين المصابين بمرض السكري في محافظة الكرك، مجلة كلية التربية، ج1، العدد186.
- محمدي، فوزية، وبوعيشة، أمال. (2013). معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني حول: الاتصال وجودة الحياة في الأسرة، أيام 10/9 /أفريل.
- محمود، هويدة، والجمالي، فوزية (2010). فعالية الذات المدركة ومدى تأثيرها على جودة الحياة لدى طلبة الجامعة من المتفوقين والمتعثرين دراسيا، مجلة أماراباك، المجلد1، العدد1.

- مختار، رحاب. (2014). الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد5.
- مخلوف، مصطفى. (2019). دور المشاركة في النشاطات الرياضية المختلفة في تحسين مستوى السلوك الصحي والنفسي لدى طلبة المرحلة الثانوية في العاصمة عمان من وجهة نظر معلمهم، مجلة المنار، المجلد25. العدد2.
- مرزوقة، وليدة. (2016). جودة الحياة المرتبطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة1.
- مسعودي، أمحمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية العدد20.
- المشاقبة، محمد. (2015). جودة الحياة كمنبئ لقلق المستقبل لدى طلاب كلية التربية والآداب في جامعة الحدود الشمالية، مجلة جامعة طيبة للعلوم التربوية، المجلد 10، العدد1.
- مشري، سلاف. (2014). جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد8.
- مصطفى، محمد بسنت. (2014). أبعاد السلوك الصحي المنبئة ببعض مؤشرات الصحة النفسية لدى المسنين، أطروحة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- المكاوي، علي. (دس). علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية.
- مناهل، محمد الحميدان. (2019). الصحة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري: دراسة تنبؤية مقارنة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- منسي، محمود، وعلي، كاظم. (2010). تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان، مجلة أماراباك، المجلد الأول، العدد الأول.

- موفق، ديهية. (2020). اضطرابات النوم والمشاكل الصحية، مجلة المعيار، مجلد24، العدد 52.
- ميلاط، نضرة. (2016). الأبعاد الاجتماعية للمرض تحليل سوسولوجي، مجلة مقاربات، المجلد4. العدد3.
- ميلودي، حسينة. (2018). جودة الحياة الأسرية عند الأم بعد اختطاف ابنها، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، العدد8.
- النادر، هيثم، وآخرون. (2016). السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة كلية العلوم الرياضية بجامعة مؤتة، مؤتة للبحوث والدراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد31 العدد4.
- النادر، هيثم، وآخرون. (2017). السلوك الصحي لدى لاعبي كرة اليد في الأردن، دراسات العلوم التربوية، المجلد 44، العدد4.
- النجار، يحيى، والطلاع، عبد الرؤوف. (2015). التفكير الإيجابي وعلاقته بجودة الحياة لدى العاملين بالمؤسسات الأهلية بمحافظة غزة، مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الانسانية)، المجلد29، العدد2.
- النصيرية، راية. (2017). العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور، رسالة ماجستير، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى.
- نعيسة، رغداء. (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق المجلد28، العدد1.
- نوار، شهرزاد. (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية جامعة الجزائر.

- نوار، شهرزاد، ونرجس، زكري. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد2.
- النواصره، فيصل، وآخرون. (2018). السلوك الصحي لدى الطلبة الموهوبين والعاديين من طلبة المدارس في محافظة عجلون وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، المجلد 32، العدد6.
- نويوة، فيصل. (2018). النمو النفس اجتماعي (فاعلية الأنا) ومصدر الضبط وعلاقتها بقلق المستقبل لدى المراهق المتمدرس بمرحلة التعليم الثانوي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة المسيلة، الجزائر.
- هبري، منال، وبشلاغم، يحي. (2018). ماهية جودة الحياة ومجالاتها الأساسية، مجلة تنوير، العدد 7.
- هبيته، نريمان صبرين، وحمزة، أحلام. (2020). جودة الحياة: قراءة في المفهوم والأبعاد والقياس مجلة أفاق للعلوم، المجلد5، العدد4.
- الهمص، صالح. (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية. غزة.
- هنداوي، غرام. (2009). السلوك الصحي للمرشد وأنماط الشخصية وطرق التعامل مع الضغوط وقدراتها التنبؤية بفاعليته كمرشد، أطروحة دكتوراه، كلية التربية، جامعة اليرموك.
- الهنداوي، محمد. (2011). الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الأزهر، غزة.
- وردة، حسن. (2010): جودة الحياة وعلاقتها بتقبل الوالدين لطفلها المعاق، رسالة ماجستير، كلية رياض الأطفال، قسم العلوم النفسية، جامعة القاهرة.

- يحي، عبد الحفيظ. (2016). تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على  
الطلبة الجامعيين، رسالة ماجستير. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي  
مرباح، ورقلة.

#### المراجع بالأجنبية:

- Costanza, robert, and al.(2007).Quality of life : An approach integrating  
opportunities ,human needs ,and subjective well-being, ecological economics61.
- Colleen A, et al . (2000).health behavior models, The international electronic journal  
of health education:3.
- Glanz, Karen, et al. (2008).health behavior and health education, Jossey-Bass,san  
Francisco.
- Juozas, Ruževičius. (2007). Quality of life and its components measurement,  
engineering economics,vol2
- kerce, elyse w.(1992). Quality of life: meaning, measurement, and models. Navy  
personnel research and development centre. California.
- Pilar escuder-mollon.(2012).Modelling the impact of lifelong learning on senior  
citizens quality of life, Procedia social and behavioural sciences, vol46.
- Rakhashanderou, sakineh, and al. (2020). theoretically designed interventions for  
colorectal cancer prevention: a case of the health belief model, BMC medical  
education20:270.
- Ryff, carol D.(1989).Happiness is everything, or is it ?explorations on the meaning of  
psychological well-being, Journal of personality and social psychology.vol 57.no6.
- Schalock, Robert L, et al.(2008).the conceptualization and measurement of quality of  
life: Implications for program planning and evaluation in field of intellectual  
disabilities, Evaluation and program planning,31.
- Schalock, robert. (1993). La Qualité de vie :Conceptualisation, mesure et application.  
Revue. Francofone de la déficience intellectuelle. Volume4. Numéro2.
- Ventegodt, sØren, et al.(2003).Quality of life theory I.the IQOL theory :an Integrative  
theory of the Global Quality of life concept, The scientific world journal, vol3.
- World health organization .(1997). WHOQOL Measuring Quality Of Life.

الملاحق

## الملحق (01): مقياس السلوك الصحي

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته:

أخي الممرض، أختي الممرضة... تقوم الباحثة بإجراء دراسة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في علم النفس الصحة، وتضع بين أيديكم كل من مقياس السلوك الصحي، ومقياس جودة الحياة، والمطلوب منكم إبداء الرأي بمنتهى الصدق والصراحة، وستستخدم إجابتك إلا لأغراض البحث العلمي.

لذا يرجى قراءة كل عبارة ، و من ثم وضع علامة (x) في المربع الذي يقع بجانب الكلمة التي تنطبق على ما تشعر به.

الجنس : - ذكر

- أنثى

رقم السؤال	العبارات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	مطلقا
<b>بعد العناية بالجسم</b>						
01	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني و طولي .					
02	أركز في غذائي على نسبة قليلة جدا من الأملاح البيضاء ( الملح الأبيض المكرر)					
03	أقلل من الأغذية الغنية بالسكر الأبيض					
04	أبتجنب المشروبات الغنية بالسكريات الحرارية .					
05	أقلل من الأغذية بالزيوت و الدهون .					
06	أتابع برامج التنشيف الصحي الخاصة بالرياضة و الغذاء					
07	أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم أو غيرها .					
08	أمارس رياضة المشي بشكل منتظم .					
<b>بعد العناية بالصحة العامة</b>						
09	عندما أختار البروتين فإنني أتناول اللحوم البيضاء و الأسماك					
10	أتناول وجبة الإفطار يوميا و بانتظام.					
11	أتناول الخضار و الفواكه 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	أحافظ على تنظيف أسناني بعد تناول وجبات الطعام .					
16	أحصل على كفايتي من النوم .					

					أهتم بمتابعة قياس ضغط الدم بشكل منتظم	17
					أتخذ 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 و أغراض الآخرين الشخصية	21
<b>بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير</b>						
					ألتجأ إلى استخدام الأدوية و العقاقير عند الضرورة فقط .	22
					لا أستخدم أي نوع من التبغ ( سجائر ، معسل ، شيشة ) .	23
					أتجنب تناول العقاقير المهدئة إلا بوصفة الطبيب .	24
					أتجنب تناول الأدوية المنومة إلا بوصفة الطبيب .	25
					أراعي بدقة التعليمات المرفقة مع الدواء الذي يصفها الطبيب .	26
					أتجنب الحصول على الأدوية 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
<b>البعد النفسي الاجتماعي</b>						
					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
					أتمتع في حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة و النشاط و المتعة .	35
					أشعر بأن حياتي العائلية مستقرة .	36
					لدي الثقة التامة بقدراتي الشخصية	37
					من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين .	38
					أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي أعيشها و أتقبلها	39
					أعبر عن مشاعري بسهولة .	40
					أتحمل نتائج جميع تصرفاتي .	41
					أضع ل نفسي أهدافا واقعية بحيث يمكن تنفيذها .	42
					أتخذ قرارات بدون الشعور بالضغط .	43
					أفهم مشاعر الآخرين و وجهات نظرهم .	44
					أجمع المعلومات الضرورية قبل اتخاذ القرار .	45

الملحق (02): مقياس جودة الحياة

الجنس : - ذكر

- أنثى

رقم السؤال	العبارات
01	ما هو تقديرك لنوعية الحياة ؟ (أ) سيئة جدا (ب) سيئة إلى حد ما (ج) جيدة إلى حد ما (د) لا جيدة و لا سيئة (هـ) جيدة جدا
02	ما هو مدى رضاك على حالتك الصحية ؟ (أ) راض جدا (ب) نوعا ما (ج) غير راض (د) لا راض و لا غير راض (هـ) غير راض أبدا
03	حتى تستمر حياتك ما مقدار الرعاية التي تحتاج إليها ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
04	ما مدى استمتاعك بالحياة ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
05	ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
06	إلى أي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
07	ما مدى شعورك بالأمن في الحياة ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
08	ما مدى الاهتمام الصحي في بيتك الطبيعية ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
09	هل لديك الكفاية و الفعالية للقيام بواجبات الحياة اليومية ؟ (أ) سيء جدا (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء و لا جيد (هـ) جيد جدا
10	هل أنت متقبل لبناتك الجسدي ؟ (أ) سيء جدا (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء و لا جيد (هـ) جيد جدا
11	هل أنت كفاء لإشباع احتياجاتك ؟ (أ) سيء جدا (ب) سيء نوعا ما (ج) جيد نوعا ما (د) لا سيء و لا جيد (هـ) جيد جدا
12	مدى توافر المعلومات اللازمة و التي تحتاج إليها في حياتك اليومية ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
13	إلى أي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة و الاسترخاء ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
14	كم أنت قادر على التنقل هنا و هناك ؟ (أ) ليس دائما (ب) بدرجة قليلة (ج) بدرجة متوسطة (د) كثيرا (هـ) بدرجة بالغة
15	إلى أي مدى أنت راض عن نومك ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
16	ما مدى رضاك عن أدائك لواجباتك اليومية ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا

17	ما مدى رضاك عن قدرتك في العمل ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
18	ما مدى رضاك عن نفسك ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
19	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
20	كم أنت راض عن المساعدة الاجتماعية التي يقدمها لك أصدقائك ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
21	ما مدى رضاك عن سكنك أو المكان الذي تعيش فيه ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
22	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
23	ما مدى رضاك عن مزاجك و رحلاتك ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا
24	كم مرة شعرت فيها بالحزن ، الاكتئاب و القلق ؟ (أ) غير راضي أبدا (ب) سيء نوعا ما (ج) لا راضي و لا غير راضي (د) جيد نوعا ما (هـ) راضي جدا

## الملحق رقم (3) الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة

يوضح صدق مقياس جودة الحياة عن طريق حساب الاتساق الداخلي بطريقتين:

1-1- حساب معامل ارتباط عبارات البعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه:

Corrélations							جودة الحياة النفسية
		Q1	Q5	Q10	Q18	Q24	
Q1	Corrélation de Pearson	1	,581**	,396*	-0,022	0,247	,718**
	Sig. (bilatérale)		0,001	0,030	0,908	0,187	0,000
	N	30	30	30	30	30	30
Q5	Corrélation de Pearson	,581**	1	0,223	0,240	0,183	,754**
	Sig. (bilatérale)	0,001		0,237	0,202	0,333	0,000
	N	30	30	30	30	30	30
Q10	Corrélation de Pearson	,396*	0,223	1	0,121	-0,071	,540**
	Sig. (bilatérale)	0,030	0,237		0,524	0,708	0,002
	N	30	30	30	30	30	30
Q18	Corrélation de Pearson	-0,022	0,240	0,121	1	-0,012	,516**
	Sig. (bilatérale)	0,908	0,202	0,524		0,950	0,004
	N	30	30	30	30	30	30
Q24	Corrélation de Pearson	0,247	0,183	-0,071	-0,012	1	,424*
	Sig. (bilatérale)	0,187	0,333	0,708	0,950		0,020
	N	30	30	30	30	30	30
جودة الحياة النفسية	Corrélation de Pearson	,718**	,754**	,540**	,516**	,424*	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,002	0,004	0,020	
	N	30	30	30	30	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Corrélations									
		Q7	Q8	Q11	Q12	Q21	Q22	Q23	جودة الحياة البيئية
Q7	Corrélation de Pearson	1	,380	0,340	0,297	- 0,023	- 0,147	0,293	,463**
	Sig. (bilatérale)		0,038	0,066	0,111	0,905	0,437	0,117	0,010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Q8	Corrélation de Pearson	,380	1	,372	0,303	,364	0,244	,439	,695**
	Sig. (bilatérale)	0,038		0,043	0,103	0,048	0,194	0,015	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Q11	Corrélation de Pearson	0,340	,372	1	0,341	0,213	0,136	0,259	,632**
	Sig. (bilatérale)	0,066	0,043		0,065	0,257	0,474	0,168	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Q12	Corrélation de Pearson	0,297	0,303	0,341	1	- 0,080	0,296	0,273	,486**
	Sig. (bilatérale)	0,111	0,103	0,065		0,673	0,112	0,144	0,006
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Q21	Corrélation de Pearson	- 0,023	,364	0,213	- 0,080	1	,379	,445	,617**
	Sig. (bilatérale)	0,905	0,048	0,257	0,673		0,039	0,014	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Q22	Corrélation de Pearson	- 0,147	0,244	0,136	0,296	,379	1	,500**	,572**
	Sig. (bilatérale)	0,437	0,194	0,474	0,112	0,039		0,005	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
Q23	Corrélation de Pearson	0,293	,439	0,259	0,273	,445	,500**	1	,774**
	Sig. (bilatérale)	0,117	0,015	0,168	0,144	0,014	0,005		0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
جودة الحياة البيئية	Corrélation de Pearson	,463**	,695**	,632**	,486**	,617**	,572**	,774**	1
	Sig. (bilatérale)	0,010	0,000	0,000	0,006	0,000	0,001	0,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).									
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).									



Q13	Corrélation de Pearson	0,056	0,115	0,181	0,136	0,054	1	,380 <sup>*</sup>	,923 <sup>**</sup>	,436 <sup>*</sup>	,506 <sup>**</sup>	,600 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,770	0,545	0,338	0,473	0,777		0,038	0,000	0,016	0,004	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q14	Corrélation de Pearson	,374 <sup>*</sup>	0,302	0,345	,370 <sup>*</sup>	0,248	,380 <sup>*</sup>	1	0,256	,944 <sup>**</sup>	,392 <sup>*</sup>	,763 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,042	0,104	0,062	0,044	0,186	0,038		0,173	0,000	0,032	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q15	Corrélation de Pearson	0,015	0,043	0,130	0,011	0,179	,923 <sup>**</sup>	0,256	1	0,304	,436 <sup>*</sup>	,521 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,939	0,821	0,493	0,953	0,345	0,000	0,173		0,102	0,016	0,003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q16	Corrélation de Pearson	0,218	0,293	0,189	,369	0,295	,436 <sup>*</sup>	,944 <sup>**</sup>	0,304	1	,443 <sup>*</sup>	,742 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,247	0,116	0,316	0,045	0,113	0,016	0,000	0,102		0,014	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q17	Corrélation de Pearson	0,040	0,258	0,078	0,253	,461 <sup>*</sup>	,506 <sup>**</sup>	,392 <sup>*</sup>	,436 <sup>*</sup>	,443 <sup>*</sup>	1	,600 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,835	0,168	0,681	0,178	0,010	0,004	0,032	0,016	0,014		0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
جودة الحياة الجسمية	Corrélation de Pearson	,607 <sup>**</sup>	,651 <sup>**</sup>	,591 <sup>**</sup>	,664 <sup>**</sup>	,490 <sup>*</sup>	,600 <sup>**</sup>	,763 <sup>**</sup>	,521 <sup>**</sup>	,742 <sup>**</sup>	,600 <sup>**</sup>	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,001	0,000	0,006	0,000	0,000	0,003	0,000	0,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).  
\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

## 2- ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس:

Corrélations						
		جودة الحياة النفسية	جودة الحياة البيئية	جودة الحياة الاجتماعية	جودة الحياة الجسمية	TOTAL
جودة الحياة النفسية	Corrélation de Pearson	1	,481 <sup>**</sup>	,484 <sup>*</sup>	,429 <sup>*</sup>	,737 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)		0,007	0,007	0,018	0,000
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة البيئية	Corrélation de Pearson	,481 <sup>**</sup>	1	,462 <sup>*</sup>	,515 <sup>**</sup>	,816 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,007		0,010	0,004	0,000
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة الاجتماعية	Corrélation de Pearson	,484 <sup>**</sup>	,462 <sup>*</sup>	1	0,130	,509 <sup>**</sup>
	Sig. (bilatérale)	0,007	0,010		0,493	0,004
	N	30	30	30	30	30
جودة الحياة الجسمية	Corrélation de Pearson	,429 <sup>*</sup>	,515 <sup>**</sup>	0,130	1	,840 <sup>**</sup>

الحياة الجسمية	Sig. (bilatérale)	0,018	0,004	0,493		0,000
	N	30	30	30	30	30
TOTAL	Corrélation de Pearson	,737	,816	,509	,840	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,004	0,000	
	N	30	30	30	30	30
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).						
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).						

الملحق رقم (4): يوضح صدق مقياس الجودة بطريقة المقارنة الطرفية:

Statistiques de groupe					
GROUP		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جودة الحياة	عليا	8	93,2500	3,32738	1,17640
	دنيا	8	62,7500	1,66905	0,59010

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
جودة الحياة	Hypothèse de variances égales	3,369	0,088	23,174	14	0,000	30,50000	1,31611	27,67723	33,32277
	Hypothèse de variances inégales			23,174	10,313	0,000	30,50000	1,31611	27,57954	33,42046

الملحق رقم (5): يوضح ثبات المقياس بطريقة ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي:

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,726	5

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,706	7

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,825	2

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,825	10

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,856	24

الملحق رقم (6) يوضح صدق مقياس جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 <sup>b</sup>
	Nombre total d'éléments		2
Corrélation entre les sous-échelles		0,646	
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		0,785
	Longueur inégale		0,785
Coefficient de Guttman		0,776	
a. Les éléments sont :			
b. Les éléments sont :			

الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي

الجنس

الجنس					
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ذكر	14	46,7	46,7	46,7
	أنثى	16	53,3	53,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

## الملحق رقم (7): يوضح صدق مقياس السلوك الصحي

- حساب معامل ارتباط عبارات البعد مع الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه:

Corrélations										
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	بعد العناية بالصحة العامة
Q1	Corrélation de Pearson	1	,815**	0,301	0,243	,377	0,126	0,073	0,322	,616**
	Sig. (bilatérale)		0,000	0,106	0,195	0,040	0,507	0,701	0,083	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q2	Corrélation de Pearson	,815**	1	0,097	0,201	0,222	0,110	0,123	0,193	,514**
	Sig. (bilatérale)	0,000		0,609	0,286	0,239	0,562	0,517	0,308	0,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q3	Corrélation de Pearson	0,301	0,097	1	,484**	,510**	0,281	-0,144	0,091	,522**
	Sig. (bilatérale)	0,106	0,609		0,007	0,004	0,133	0,448	0,632	0,003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q4	Corrélation de Pearson	0,243	0,201	,484**	1	0,219	,401*	-0,069	0,237	,552**
	Sig. (bilatérale)	0,195	0,286	0,007		0,246	0,028	0,717	0,207	0,002
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q5	Corrélation de Pearson	,377	0,222	,510**	0,219	1	,495**	0,314	0,349	,720**
	Sig. (bilatérale)	0,040	0,239	0,004	0,246		0,005	0,091	0,059	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q6	Corrélation de Pearson	0,126	0,110	0,281	,401*	,495**	1	,443*	,456*	,714**
	Sig. (bilatérale)	0,507	0,562	0,133	0,028	0,005		0,014	0,011	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q7	Corrélation de Pearson	0,073	0,123	-0,144	-0,069	0,314	,443*	1	,548**	,519**
	Sig. (bilatérale)	0,701	0,517	0,448	0,717	0,091	0,014		0,002	0,003
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q8	Corrélation de Pearson	0,322	0,193	0,091	0,237	0,349	,456*	,548**	1	,688**
	Sig. (bilatérale)	0,083	0,308	0,632	0,207	0,059	0,011	0,002		0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
بعد العناية بالصحة العامة	Corrélation de Pearson	,616**	,514**	,522**	,552**	,720**	,714**	,519**	,688**	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,004	0,003	0,002	0,000	0,000	0,003	0,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*\*. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

## Corrélations

		Q9	Q10	Q11	Q12	Q13	Q14	Q15	Q16	Q17	Q18	Q19	Q20	Q21	بعد العناية بالصحة
Q9	Corrélation de Pearson	1	0,197	,444	0,308	0,332	0,197	0,224	,418	,414	0,329	,573	0,345	,505	,698
	Sig. (bilatérale)		0,298	0,014	0,098	0,073	0,298	0,233	0,022	0,023	0,076	0,001	0,062	0,004	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q10	Corrélation de Pearson	0,197	1	0,265	0,048	0,233	0,217	-0,014	-0,070	,506	0,172	0,339	0,248	0,185	,448
	Sig. (bilatérale)	0,298		0,157	0,802	0,215	0,249	0,940	0,714	0,004	0,365	0,067	0,187	0,328	0,013
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q11	Corrélation de Pearson	,444	0,265	1	,459	,396	0,344	0,280	,364	,386	,533	0,305	0,039	0,177	,622
	Sig. (bilatérale)	0,014	0,157		0,011	0,030	0,062	0,135	0,048	0,035	0,002	0,101	0,838	0,349	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q12	Corrélation de Pearson	0,308	0,048	,459	1	,606	0,328	0,280	0,216	0,311	,689	0,178	0,208	0,092	,568
	Sig. (bilatérale)	0,098	0,802	0,011		0,000	0,076	0,133	0,252	0,094	0,000	0,347	0,270	0,628	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q13	Corrélation de Pearson	0,332	0,233	,396	,606	1	,478	0,251	,364	,403	0,324	0,173	0,097	,419	,638
	Sig. (bilatérale)	0,073	0,215	0,030	0,000		0,008	0,181	0,048	0,027	0,081	0,362	0,610	0,021	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q14	Corrélation de Pearson	0,197	0,217	0,344	0,328	,478	1	,519	0,270	,460	0,148	0,198	0,211	0,067	,579
	Sig. (bilatérale)	0,298	0,249	0,062	0,076	0,008		0,003	0,148	0,011	0,435	0,294	0,263	0,724	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q15	Corrélation de Pearson	0,224	-0,014	0,280	0,280	0,251	,519	1	0,349	0,276	0,223	0,276	0,247	-0,035	,504
	Sig. (bilatérale)	0,233	0,940	0,135	0,133	0,181	0,003		0,059	0,139	0,236	0,140	0,189	0,854	0,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q16	Corrélation de Pearson	,418	-0,070	,364	0,216	,364	0,270	0,349	1	,489	0,324	0,277	-0,106	,466	,576
	Sig. (bilatérale)	0,022	0,714	0,048	0,252	0,048	0,148	0,059		0,006	0,081	0,139	0,576	0,009	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q17	Corrélation de Pearson	,414	,506	,386	0,311	,403	,460	0,276	,489	1	0,185	,611	0,295	0,275	,752
	Sig. (bilatérale)	0,023	0,004	0,035	0,094	0,027	0,011	0,139	0,006		0,327	0,000	0,113	0,142	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q18	Corrélation de Pearson	0,329	0,172	,533	,689	0,324	0,148	0,223	0,324	0,185	1	0,336	0,159	0,328	,583

	Sig. (bilatérale)	0,076	0,365	0,002	0,000	0,081	0,435	0,236	0,081	0,327		0,070	0,402	0,077	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q19	Corrélation de Pearson	,573	0,339	0,305	0,178	0,173	0,198	0,276	0,277	,611	0,336	1	,693	0,343	,716
	Sig. (bilatérale)	0,001	0,067	0,101	0,347	0,362	0,294	0,140	0,139	0,000	0,070		0,000	0,064	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q20	Corrélation de Pearson	0,345	0,248	0,039	0,208	0,097	0,211	0,247	- 0,106	0,295	0,159	,693	1	0,000	,464
	Sig. (bilatérale)	0,062	0,187	0,838	0,270	0,610	0,263	0,189	0,576	0,113	0,402	0,000		1,000	0,010
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q21	Corrélation de Pearson	,505	0,185	0,177	0,092	,419	0,067	- 0,035	,466	0,275	0,328	0,343	0,000	1	,515
	Sig. (bilatérale)	0,004	0,328	0,349	0,628	0,021	0,724	0,854	0,009	0,142	0,077	0,064	1,000		0,004
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
بعد العناية بالصحة	Corrélation de Pearson	,698	,448	,622	,568	,638	,579	,504	,576	,752	,583	,716	,464	,515	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,013	0,000	0,001	0,000	0,001	0,004	0,001	0,000	0,001	0,000	0,010	0,004	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).															
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).															

Corrélations										
		Q22	Q23	Q24	Q25	Q26	Q27	Q28	Q29	بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير
Q22	Corrélation de Pearson	1	0,270	0,200	0,085	,441	0,086	0,319	- 0,038	,475
	Sig. (bilatérale)		0,149	0,290	0,655	0,015	0,651	0,086	0,842	0,008
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q23	Corrélation de Pearson	0,270	1	,454	,369	0,170	0,110	0,023	0,067	,567
	Sig. (bilatérale)	0,149		0,012	0,045	0,370	0,562	0,905	0,724	0,001
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q24	Corrélation de Pearson	0,200	,454	1	,861	0,353	0,357	0,294	0,111	,759
	Sig. (bilatérale)	0,290	0,012		0,000	0,056	0,052	0,115	0,560	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q25	Corrélation de Pearson	0,085	,369	,861	1	0,331	,475	0,351	0,248	,767
	Sig. (bilatérale)	0,655	0,045	0,000		0,074	0,008	0,057	0,186	0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Q26	Corrélation de Pearson	,441	0,170	0,353	0,331	1	,513	,440	,547	,742





Q4 5	Corrélation de Pearson	,381	,642**	,530**	0,243	,456	0,351	,482**	0,221	0,302	0,334	0,133	,388	,730**	,508**	,743**	1	,636**
	Sig. (bilatérale)	0,038	0,000	0,003	0,196	0,011	0,057	0,007	0,242	0,105	0,071	0,484	0,034	0,000	0,004	0,000		0,000
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
البعد النفسي الاجتماعي تماء ي	Corrélation de Pearson	,461	,686**	,725**	,661**	,780**	,493**	,697**	,721**	,795**	,793**	,574**	,710**	,676**	,539**	,842**	,636**	1
	Sig. (bilatérale)	0,010	0,000	0,000	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

## 2-ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس:

Corrélations						
		بعد العناية بالصحة العامة	بعد العناية بالصحة	بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير	البعد النفسي الاجتماعي	السلوك الصحي
بعد العناية بالصحة العامة	Corrélation de Pearson	1	,790**	0,265	,636**	,810**
	Sig. (bilatérale)		0,000	0,157	0,000	0,000
	N	30	30	30	30	30
بعد العناية بالصحة	Corrélation de Pearson	,790**	1	,492**	,616**	,881**
	Sig. (bilatérale)	0,000		0,006	0,000	0,000
	N	30	30	30	30	30
بعد التعامل مع الأدوية و العقاقير	Corrélation de Pearson	0,265	,492**	1	,490**	,666**
	Sig. (bilatérale)	0,157	0,006		0,006	0,000
	N	30	30	30	30	30
البعد النفسي الاجتماعي	Corrélation de Pearson	,636**	,616**	,490**	1	,883**
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,006		0,000
	N	30	30	30	30	30
السلوك الصحي	Corrélation de Pearson	,810**	,881**	,666**	,883**	1
	Sig. (bilatérale)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	30	30	30	30	30

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ملحق رقم (8): يوضح صدق مقياس السلوك الصحي بطريقة المقارنة الطرفية:

Statistiques de groupe										
G		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard					
السلوك	عليا	8	199,5000	10,40604	3,67909					
الصحي	دنيا	8	128,1250	17,79597	6,29182					
Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
السلوك	Hypothèse de variances égales	0,552	0,470	9,793	14	0,000	71,37500	7,28854	55,74264	87,00736
الصحي	Hypothèse de variances inégales			9,793	11,286	0,000	71,37500	7,28854	55,38247	87,36753

ملحق رقم (9): يوضح ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة ألفا كرونباخ للتناسق الداخلي:

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,938	45

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,751	8

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,839	13

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,750	8

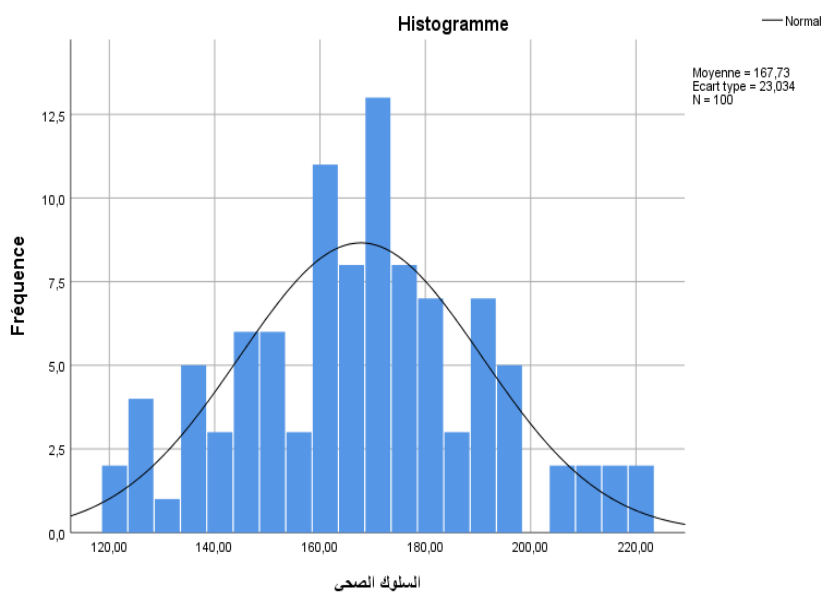
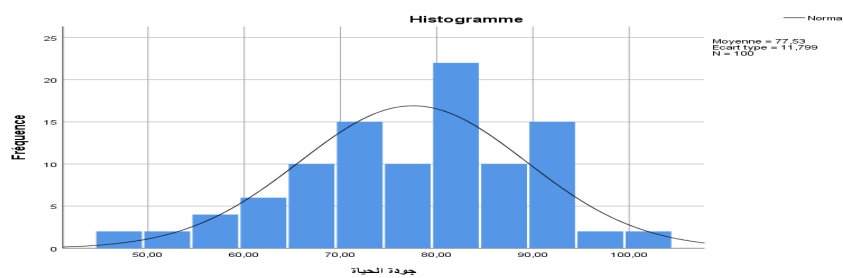
Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
0,921	16

ملحق رقم (10) يوضح ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة التجزئة النصفية:

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	1,000
		Nombre d'éléments	1 <sup>b</sup>
	Nombre total d'éléments		2
	Corrélation entre les sous-échelles		0,903
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale	0,949	
	Longueur inégale	0,949	
Coefficient de Guttman		0,949	
a. Les éléments sont : الفردى			
b. Les éléments sont : الزوجى			

الملحق رقم (11): يوضح التوزيع الاعتمالي لمتغيرات الدراسة:

Tests de normalité						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistique s	ddl	Sig.	Statistique s	ddl	Sig.
جودة الحياة	0,093	100	0,033	0,984	100	0,254
السلوك الصحي	0,056	100	,200*	0,985	100	0,328
*. Il s'agit de la borne inférieure de la vraie signification.						
a. Correction de signification de Lilliefors						



الملحق رقم (12): يوضح مستوى جودة الحياة

Statistiques sur échantillon uniques					
	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	الجودة
VAR00001	100	3,2304	0,49163	0,04916	

Test sur échantillon unique						
Valeur de test = 3						
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
VAR00001	4,687	99	0,000	0,23042	0,1329	0,3280

الملحق رقم (13): يوضح مستوى السلوك الصحي

Statistiques sur échantillon uniques					
	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard	السلوك الصحي
VAR00002	100	3,7282	0,51194	0,05119	

Test sur échantillon unique						
Valeur de test = 3						
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
VAR00002	14,224	99	0,000	0,72818	0,6266	0,8298

ملحق رقم (14): يوضح الفروق بين الجنسين في جودة الحياة

Statistiques de groupe					
الجنس		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
جودة الحياة	ذكر	35	15,9714	3,35617	0,56730
النفسية	أنثى	65	16,4923	2,95340	0,36632
جودة الحياة	ذكر	35	19,9429	4,05798	0,68592
البيئية	أنثى	65	19,8769	3,56856	0,44263
جودة الحياة	ذكر	35	7,5714	2,06206	0,34855
الاجتماعية	أنثى	65	7,5538	2,19396	0,27213
جودة الحياة	ذكر	35	33,5714	5,83239	0,98585
الجسمية	أنثى	65	33,8615	4,87621	0,60482
جودة الحياة	ذكر	35	77,0571	12,40243	2,09639
	أنثى	65	77,7846	11,55218	1,43287

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	intervalle de confiance de la différence à 95 %	
									Inférieur	Supérieur
جودة الحياة النفسية	Hypothèse de variances égales	1,328	0,252	-0,802	98	0,425	-0,52088	0,64974	-1,81027	0,76851
	Hypothèse de variances inégales			-0,771	62,494	0,443	-0,52088	0,67529	-1,87056	0,82880
جودة الحياة البيئية	Hypothèse de variances égales	0,343	0,560	0,084	98	0,933	0,06593	0,78529	-1,49246	1,62432
	Hypothèse de variances inégales			0,081	62,458	0,936	0,06593	0,81634	-1,56567	1,69753
جودة الحياة الاجتماعية	Hypothèse de variances égales	0,085	0,771	0,039	98	0,969	0,01758	0,45058	-0,87657	0,91174
	Hypothèse de variances inégales			0,040	73,562	0,968	0,01758	0,44220	-0,86361	0,89877
جودة الحياة الجسمية	Hypothèse de variances égales	0,736	0,393	-0,265	98	0,792	-0,29011	1,09604	-2,46517	1,88495
	Hypothèse de variances inégales			-0,251	59,902	0,803	-0,29011	1,15660	-2,60372	2,02350
جودة الحياة	Hypothèse de variances égales	0,759	0,386	-0,293	98	0,770	-0,72747	2,48529	-5,65945	4,20450
	Hypothèse de variances inégales			-0,286	65,584	0,775	-0,72747	2,53929	-5,79793	4,34298

## الملحق رقم (15): يوضح الفروق بين الجنسين في السلوك الصحي

Statistiques de groupe					
الجنس		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
بعد العناية بالصحة العامة	ذكر	35	25,8571	5,71964	0,96680
	أنثى	65	25,2462	7,10200	0,88090
بعد العناية بالصحة	ذكر	35	45,8000	10,03758	1,69666
	أنثى	65	44,5231	8,58980	1,06543
بعد التعامل مع الأدوية و المقرب	ذكر	35	29,1714	7,58670	1,28239
	أنثى	65	32,0769	5,66322	0,70244
البعد النفسي الاجتماعي	ذكر	35	65,1143	11,93554	2,01747
	أنثى	65	66,8462	8,84808	1,09747
السلوك الصحي	ذكر	35	165,9429	26,79765	4,52963
	أنثى	65	168,6923	20,89252	2,59140

Test des échantillons indépendants										
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes					Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
بعد العناية بالصحة العامة	Hypothèse de variances égales	2,195	0,142	0,438	98	0,662	0,61099	1,39527	-2,15788	3,37986
	Hypothèse de variances inégales			0,467	83,363	0,642	0,61099	1,30793	-1,99026	3,21223
بعد العناية بالصحة	Hypothèse de variances égales	1,438	0,233	0,668	98	0,506	1,27692	1,91169	-2,51676	5,07060
	Hypothèse de variances inégales			0,637	61,058	0,526	1,27692	2,00345	-2,72914	5,28299
بعد التعامل مع الأدوية والعقاقير	Hypothèse de variances égales	4,352	0,040	-2,167	98	0,033	-2,90549	1,34105	-5,56677	-0,24422
	Hypothèse de variances inégales			-1,987	54,841	0,052	-2,90549	1,46217	-5,83593	0,02494
البعد النفسي الاجتماعي	Hypothèse de variances égales	7,216	0,008	-0,824	98	0,412	-1,73187	2,10234	-5,90389	2,44015
	Hypothèse de variances inégales			-0,754	54,561	0,454	-1,73187	2,29666	-6,33531	2,87157
السلوك الصحي	Hypothèse de variances égales	3,202	0,077	-0,567	98	0,572	-2,74945	4,84576	-12,36570	6,86680
	Hypothèse de variances inégales			-0,527	56,673	0,600	-2,74945	5,21851	-13,20065	7,70175

الملحق رقم (16): يوضح العلاقة بين السلوك الصحي وجودة الحياة

Corrélations			
		السلوك الصحي	جودة الحياة
السلوك الصحي	Corrélation de Pearson	1	,267**
	Sig. (bilatérale)		0,007
	N	100	100
جودة الحياة	Corrélation de Pearson	,267**	1
	Sig. (bilatérale)	0,007	
	N	100	100

\*\* La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

## الملحق رقم (16)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



المسيلة في : 2019/06/30

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس

الهاتف: 035.54.19.39

الرقم: 166/ق.ع.ن/ك.ع.إ.ج/2019

إلى السيد: مدير مستشفى الزهراوي - ولاية المسيلة

## الموضوع: تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة وبعد ...

في إطار انجاز دراسة ميدانية لموضوع رسالة دكتوراه

الشعبة: علم النفس التخصص: علم النفس الصحة

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب(ة) المذكور(ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة واللازمة في حدود

أغراض البحث العلمي، وما يسمح به القانون، وهذا على مستوى المصالح التي تشرفون عليها.

عنوان الدراسة: السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين

الرقم	الاسم واللقب	تاريخ ومكان الميلاد	رقم التسجيل
01	عورعار غنية	1983/05/09	D.PS/3C/01/17

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.

رئيس القسم



رئيس قسم علم النفس  
د. مجاهدي الطاهر

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مديرية الصحة والسكان لولاية المسيلة  
المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمسيلة

الرقم: 82

مدير المؤسسة العمومية الإستشفائية

إلى السيد

داود نجلاء

اخصائي نفساني عيادي للصحة العمومية

مقرر توجيه

يشرفني أن أوجه إليكم الطالبة : عرار غنية طالبة علم النفس بجامعة محمد  
بوضياف بالمسيلة لاجراء تريبص ميداني لموضوع رسالة الدكتوراه بالمصلحة التي  
تشرفون عليها وهذا ابتداء من : 2019/07/02 لمدة 15 يوم

المسيلة في :

المدير الفرعي للموارد البشرية

  
  
المدير الفرعي للموارد البشرية  
العمامة - صليحة