



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

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الرقم التسلسلي:

**المعتقدات الصحية وعلاقتها بسلوكات
الخطر المرتبطة بالسياقة
دراسة ميدانية على عينة من الشباب في ولاية المسيلة**

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد الطالبة:

زغبية زكية

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
خطوط رمضان	المسيلة	رئيسا
وليدة مرازقة	المسيلة	مشرفة ومقررة
قرساس الحسين	المسيلة	مناقشا

السنة الجامعية: 2016/2015



فهرس

المحتوى

فهرس المحتويات

شكر وعرفان.	
فهرس المحتويات.	
فهرس الجداول.	
فهرس الأشكال.	
ملخص الدراسة باللغة العربية.	
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.	
مقدمة.....	أ

الدراسة النظرية

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الإشكالية.....	4
تحديد فرضيات الدراسة.....	8
أهداف الدراسة.....	8
أهمية الدراسة.....	9
تحديد المفاهيم الإجرائية.....	10
الدراسات السابقة.....	10

الفصل الثاني: المعتقدات الصحية

تمهيد	20
أولاً: المعتقدات الصحية.....	21
1. تعريف المعتقد.....	21
2. تعريف المعتقدات الصحية.....	22
ثانياً: نموذج المعتقدات الصحية.....	23
1. التطور النظري لنموذج المعتقدات الصحية.....	23
2. المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي.....	26
ثالثاً: المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي.....	27
1. إسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة.....	27

- 28.....المعتقدات الصحية وعلاقتها بسلوكيات الخطر.
- 30.....خلاصة.

الفصل الثالث: سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة

- 32تمهيد
- 33أولاً: سلوكيات الخطر.
- 331. تعريف سلوكيات الخطر.
- 342. النظريات المفسرة لسلوكيات الخطر.
- 423. العوامل المؤثرة في سلوكيات الخطر.
- 44ثانياً: سلوكيات الخطر المتعلقة بالسياقة.
- 451. تعريف سلوكيات السياقة الخطرة.
- 472. أشكال السياقة الخطرة.
- 513. سلوكيات السياقة الخطرة وعلاقتها بحوادث المرور.
- 52خلاصة.

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

- 54تمهيد
- 55أولاً: منهج الدراسة
- 56ثانياً: عينة الدراسة
- 64ثالثاً: أساليب المعالجة الإحصائية

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 67أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة.
- 74ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة.
- 80الإستنتاج العام
- 82خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
57	يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية.	01
57	يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.	02
58	يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب عدد سنوات القيادة (الخبرة).	03
60	يوضح الدرجة الكلية لثبات مقياس المعتقدات الصحية.	04
62	يبين خصائص العينة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية.	05
63	يبين خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي.	06
63	يبين خصائص العينة الأساسية حسب عدد سنوات القيادة.	07
67	يوضح الفروق في المعتقدات الصحية تبعاً للحالة الاجتماعية.	08
68	يوضح الفروق في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	09
69	يوضح الفروق في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير عدد سنوات القيادة.	10
70	يوضح الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة تبعاً للحالة الاجتماعية.	11
71	يوضح الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.	12
72	يبين الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة تبعاً لعدد سنوات القيادة.	13
73	يبين قيمة معامل الارتباط لبيرسون للمعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة.	14

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
26	نموزج المعتقدات الصحية.	01
37	يمثل نظرية السلوك المخطط والفعل المعقول.	02
39	مقاربة سيرورة الفعل الصحي.	03
41	يمثل الشكل التمثيلي لنظرية الدافع للحماية.	04

ملخص الدراسة:

كرست الدراسة الحالية اهتمامها للكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة. وقد سعت إلى تحقيق جملة من الأهداف، المتمثلة في:

1. الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب.

2. الكشف عن الفروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى الشباب تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

3. إبراز الفروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى الشباب تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

4. معرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى الشباب تبعاً لمتغير عدد سنوات السياقة (الخبرة).

5. الكشف عن الفروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

6. معرفة الفروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

7. إبراز الفروق ذات دلالة الإحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب تبعاً لمتغير عدد سنوات السياقة (الخبرة).

8. تكونت عينة الدراسة من (124) سائق شاب من ولاية المسيلة، تتراوح أعمارهم بين 21 إلى 30 سنة.

ولتحقيق الأهداف المسطرة في هذه الدراسة، تم استخدام المنهج الوصفي الإرتباطي، كما تم استخدام مقياس واستمارة استبيان:

1. المقياس الأول لقياس المعتقدات الصحية (مقياس المعتقدات الصحية المتعلقة بالسياقة).

2. واستمارة استبيان لقياس سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة.

وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

1. توجد علاقة إرتباطية سالبة بين المعتقدات الصحية وسلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير الخبرة لصالح من (1 إلى 5) سنوات.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعا لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعا لمتغير الخبرة.

في نهاية هذه الدراسة، وانطلاقا من النتائج المتوصل إليها، تم إدراج مجموعة من التوصيات.

Résumé:

L'étude actuelle a consacré son intérêt à la divulgation de la nature de la relation entre les croyances de santé et les comportements à risques liés à la conduite. Elle a cherché à réaliser un ensemble d'objectifs représentés en :

1. La divulgation de la relation entre les croyances de santé et les comportements à risques liés à la conduite chez les jeunes.

2. La divulgation des différences statistiquement significatives dans les croyances de santé chez les jeunes attribuées à la variante de l'état civil.

3. Faire montrer les différences statistiquement significatives dans les croyances de santé chez les jeunes attribuées à la variante du niveau d'instruction.

4. Connaître les différences statistiquement significatives dans les croyances de santé chez les jeunes suivant la variante des années de conduite (expérience).

5. Faire montrer les différences statistiquement significatives dans les comportements à risques liés à la conduite chez les jeunes suivant la variante de l'état civil.

6. Connaître les différences statistiquement significatives dans les comportements à risques liés à la conduite chez les jeunes suivant la variante du niveau d'instruction.

7. Faire montrer les différences statistiquement significatives dans les comportements à risques liés à la conduite chez les jeunes suivant la variante des années de conduite (expérience).

8. L'échantillon de l'étude s'est composé de (124) jeunes chauffeurs de la wilaya de M'sila d'un âge variant entre 21 à 30 ans.

Afin d'atteindre les objectifs tracés dans cette étude, il a été utilisé l'approche descriptive corrélative de même l'usage de normes de mesure et un questionnaire:

1. Première norme de mesure relative aux croyances de santé (mesure des croyances de santé relatives à la conduite).

2. Questionnaire de mesure des comportements à risques liés à la conduite

L'étude a abouti aux résultats suivants :

1. Il existe une relation corrélative négative entre les croyances de santé et les comportements à risques liés à la conduite.

2. Il n'existe pas de différences statiquement significatives dans les croyances de santé suivant à la variante de l'état civil.

3. Il n'existe pas de différences statiquement significatives dans les croyances de santé suivant la variante du niveau d'instruction.

4. Il existe de différences statiquement significatives dans les croyances de santé suivant la variante de l'expérience au profit de (1 à 5) ans.

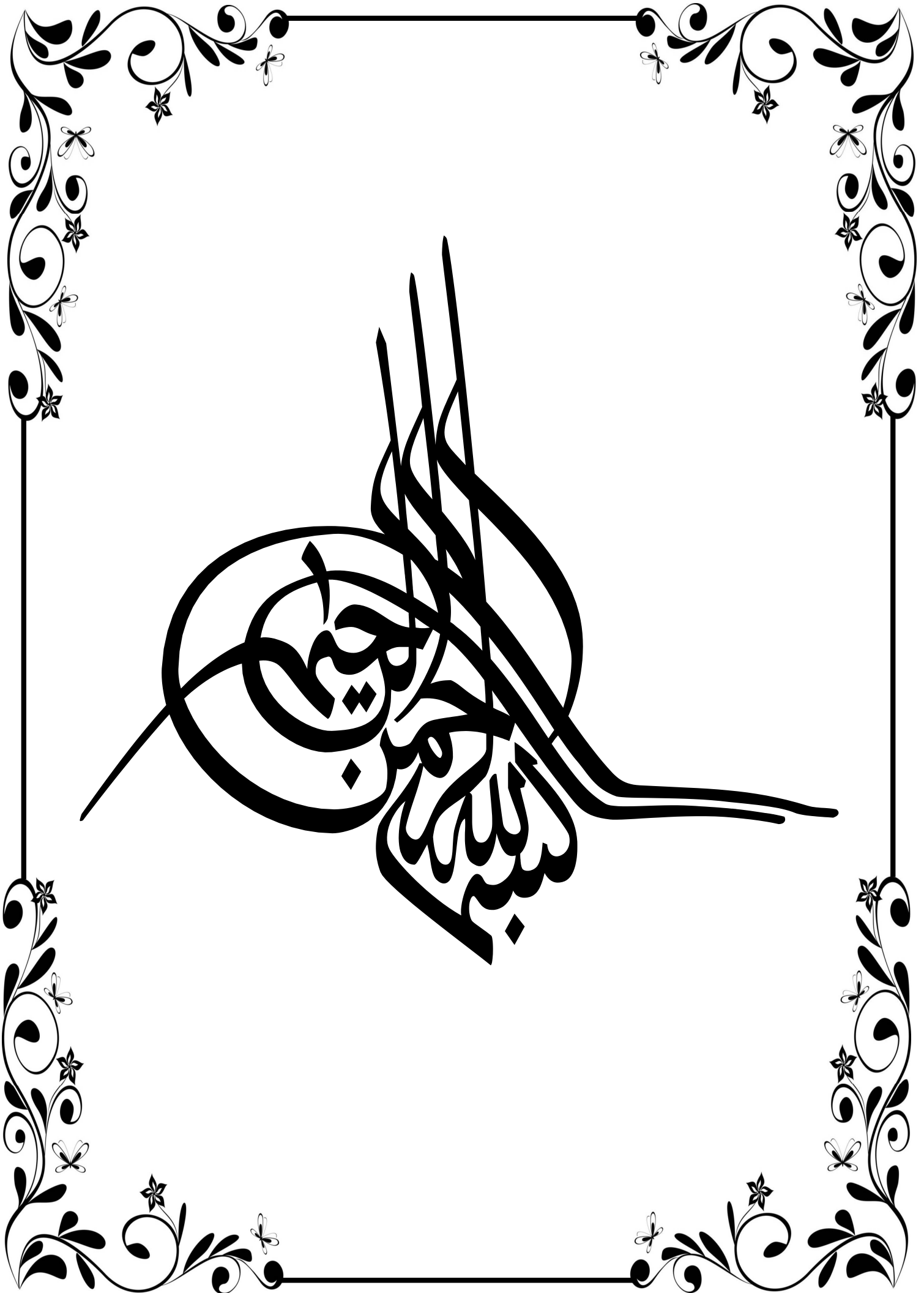
5. Il existe des différences statiquement significatives dans les comportements à risques liées à la conduite suivant la variante de l'état sociale au profit des célibataires.

6. Il existe des différences statiquement significatives dans les comportements à risques liées à la conduite suivant la variante du niveau d'instruction au profit des universitaires.

7. Il n'existe pas de différences statiquement significatives dans les comportements à risques liées à la conduite suivant la variante de l'expérience.

En fin de cette étude et à partir des résultats atteints, une série de recommandations a été répertoriée

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



شكر وعرفان:

قال تعالى :

"لئن شكرتم لأزيدنكم"

سورة إبراهيم ، الآية 07

قبل كل شيء الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا العمل والذي
كان له الفضل الأول والأخير في هذا التوفيق.

أتوجه بالشكر الجزيل إلى :

الوالدين الكريمين اللذان كان لهما الفضل الكبير في إنجاز
هذا العمل أطال الله عمرهما.

أتقدم بالشكر الجزيل والتقدير والإمتنان إلى الأستاذة المشرفة

"وليدة مرازقة" التي لم تدخر جهدا في مساعدتي ولم تبخل عليّ

بنصائحها القيمة وتوجيهاتها الثرية

كما لا أنسى من مد لي يد العون من قريب أو من بعيد

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كافة عمال

مكتبة حسين لخدمات الإعلام الآلي وعلى

رأسهم "زين الدين بن جدو"

زكية

مقدمة

تحتل مسألة السلوك الصحي وتتميته أهمية متزايدة، ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضا ومع ازدياد الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بشكل واضح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمط صحي في السلوك وبين وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المختلفة.

فالسلك الصحي عامة يهدف إلى محاولة التوصل إلى وضع سياسة صحية وقائية من اجل القضاء على مجموعة الأمراض التي غالبا ما يكون السبب فيها، أحد السلوكات الخطرة التي تسرع من حدوث هذه المشاكل الصحية.

يعد نشاط السياقة من بين تلك السلوكات المتعلقة بالصحة والتي تتطلب تفاعل مجموعة من السلوكات التي يقوم بها السائق أثناء قيادة المركبة على الطريق، بحيث كلما اقتربت هاته السلوكات من القطب الايجابي اعتبرت سلوكات صحية، أما إذا اقتربت من القطب السلبي اعتبرت سلوكات خطرة يمكن أن تعرض السائق إلى حادث مرور.

عدم تبني أنماط سلوكية صحية على الطريق وذلك بعدم الالتزام بقواعد السلامة المرورية هنا يظهر السلوك الخطر في السياقة، تتمثل هذه السلوكات الخطرة في عدم ربط حزام الأمان، التجاوزات الخطيرة والسرعة المفرطة.

لذلك قام العلماء والباحثين في هذا المجال بتطوير تصورات نظرية لتغيير العادات السلوكية تعمل على دمج العوامل الدافعية والتعليمية في نماذج أكثر عمومية، وذلك للتدخل في تغيير السلوكات الخطرة أو المعرضة للخطر ونتيجة لذلك طور نموذج المعتقدات الصحية بغرض تحديد الأسباب التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض السلوكات الخطرة، والمقصود بهذا النموذج أن اتخاذ القرار بإتباع نمط سلوكي صحي يعود إلى الفوائد أو الخسائر التي ستجني من وراء هذا القرار المبني على فناعة صحية معينة، كأن يقرر

شخصاً ما عدم تجاوز السرعة المسموح بها على الطريق إذا ما إعتبر واقنع أن صحته غير مهددة للخطر.

إذ تشير هذه الدراسة لمشكلة هامة تحتاج إلى كثير من البحث والتحليل لما لها من أهمية لكشف عن علاقة المعتقدات الصحية بسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب.

وتبرز أهمية اختيار هذه المتغيرات من حيث محاولة لفت الانتباه لها من أجل وضع سياسات وقائية تعتمد على مثل هذه المتغيرات، من خلال وضع برامج لتغيير مثل هذه السلوكيات الغير صحية بالاعتماد على متغيرات حديثة مثل المعتقدات الصحية.

وقد ضمت هذه الدراسة جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي حيث تم تناول في الجانب النظري: إشكالية البحث، أهداف وأهمية الدراسة، التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث، والفرضيات، وكذلك التطرق إلى بعض الدراسات السابقة التي تمكنا من الحصول عليها.

بالإضافة إلى ذلك هناك فصلين، فصل خاص بالمعتقدات الصحية و(الفصل الثاني) تناولنا فيه: سلوكيات الخطر، أهم النظريات المفسرة لسلوكيات الخطر، وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة، وأشكال السياقة الخطرة، وأخيراً العلاقة بين سلوكيات الخطر والحوادث المرورية.

أما الجانب الميداني فتضمن فصل بعنوان إجراءات الدراسة ومناقشة نتائجها وتضمن: إجراءات الدراسة (مجال الدراسة، منهج الدراسة)، الدراسة الاستطلاعية (عينتها، أدواتها وكيفية تطبيقها، المعالجة الإحصائية)، الدراسة الأساسية (عينتها، أدواتها، وكيفية تطبيقها، كيفية جمع البيانات، والمعالجة الإحصائية) وكذلك تضمن عرض ومناقشة نتائج الدراسة، واستكملت الدراسة بخاتمة وبمجموعة من التوصيات.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

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

1- الإشكالية:

يعتبر سلوك الخطر عاملاً إمراضياً يسبب ارتفاع احتمال الإصابة بالأمراض أو التعرض للحوادث، ويعد واحد من أهم الأسباب الرئيسية للوفيات في العالم، ويزداد الأمر سوءاً إذا تعلقَت هذه السلوكات الخطرة بمرحلة الشباب، وانطلاقاً من هذه الاعتبارات يمكننا القول أن عدم تبني أنماط سلوكية صحية، وعدم الالتزام بقواعد السلامة المرورية أثناء قيادة السيارة على الطريق يعد عاملاً مهدداً لحياة السائقين ومستعملي الطريق يؤدي للإصابة بحوادث مرورية مميتة.

ويتمثل سلوك السياقة الخطر "مجموعة من السلوكات غير مقبولة مثل السرعة المفرطة، عدم احترام مسافة الأمان، القيادة تحت تأثير الكحول، استخدام الهاتف النقال وعدم استعمال حزام الأمان، يقوم بها السائق أثناء قيادة المركبة وتزيد خطورتها كلما قلت خبرة السائق.

(قريشي، 2014 ص 494)

وفي هذا السياق يقتضي التوضيح أن ولاية المسيلة وحسب المؤشرات الرقمية تحتل المرتبة الأولى وطنياً في عدد قتلى حوادث المرور بـ (176) قتيل سنة 2015، والمرتبة الثانية من حيث عدد الجرحى بـ (2163) جريح و(1291) حادث وتكون بذلك الثالثة وطنياً (المديرية العامة للأمن الوطني).

فقد بينت الأبحاث والدراسات أن ظاهرة حوادث المرور معقدة، ولدراستها ومعرفة أسبابها لا بد أن نأخذ بعين الاعتبار كل أبعادها ونخص بالذكر السائق الذي هو يتولى قيادة المركبة في الطريق، ويجب أن تتوفر فيه خاصيتين حيث يتمكن من القيام بفعل السياقة وهما التحكم في السيارة، والخضوع لتكوين تطبيقي لنيل شهادة تسمح له بالسياقة أين يتم تقييم الحذر والتروي والتركيز ويكون في حالة عقلية وبدنية تسمح له بالتحكم في عملية السياقة.

وبما أن العوامل البشرية يمكن أن تساهم في حوادث المرور بنسبة (87%) خصوصا سلوك القيادة الذي يعد العامل الأساسي في الحوادث المرورية الأمر الذي يجعل الكثير من الباحثين مهتمين لأجل تعريف مختلف العوامل والمتغيرات المؤثرة في ارتكاب السلوكيات الخطيرة أثناء سيطرة المركبة على الطريق.

وأشار حمو بوظريفة إلى وجود نمط عام لسلوك قيادة السيارات يتسم بالخطورة وأوضح أن فئة الذكور أكثر الشرائح التي لا تحترم قانون المرور.

(حمو بوظريفة، 2007، ص12)

وقد عبرت البحوث المقدمة خلال السبعينات إلى أواخر الثمانينات عن نقلة نوعية في دراسة أسباب حوادث المرور ونظرا لما تميزت به من تجاوز للتفسير الكلاسيكي الوصفي لها، وتعدتها إلى ظهور مجموعة من النماذج والبحوث التي اهتمت بدراسة الجانب المعرفي للسائق في ارتكاب حوادث المرور، حيث ركزت معظمها على مفهوم تقدير الخطر.

(زعابطة، 2010، ص 04)

ولهذا اتجه الباحثون لدراسة مختلف العوامل السلوكية المؤثرة على الصحة والمرض كسلوك التدخين وسلوك القيادة الخطر والممارسات الجنسية غير الآمنة ناهيك عن دراسة النماذج المفسرة لها، ويعد نموذج المعتقدات الصحية من بين النماذج التي تنظر للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقيا، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف، ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة.

والمقصود بهذا النموذج أن إتخاذ القرار بإتباع نمط سلوكي صحي يعود إلى فوائد أو خسائر التي ستجنى من وراء هذا القرار المبني على قناعة صحية معينة، كأن يقوم شخص ما عدم التخلي عن التدخين إذا ما اعتبر وأقتنع أن صحته غير مهددة بالخطر بسببه.

(بن غذفة، 2006، ص40)

وبينت الدراسات التي أجراها كل من (ليسلي أليسون وكريستوفر) عام 1990 حول "مدى فاعلية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الصحية"، وذلك على عينة مكونة من (2104)، على وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين سلوك استهلاك الكحول وبين نموذج المعتقدات الصحية. (خشاب، 2010، ص15)

مما يجعلنا نعتبره نموذج المعتقدات الصحية أداة مؤثرة في استحداث وتغيير السلوكات والممارسات عند الفرد إذ يعمل على زيادة رصيده من المعلومات والخبرات التي تتسخ مواقفه وآراءه وسلوكياته ومن خلاله نستطيع أن نتنبأ ببعض الظروف التي يغير فيها الفرد من سلوكاته المرتبطة بصحته، لذلك فإن مدركات الفرد تلعب دوراً هاماً في تغيير سلوكه الخطر وانخراطه في ممارسة السلوكات الصحية التي تقلل من التهديدات التي يمكن أن يتعرض لها والقيام بسلوكات وقائية مما يساعدنا هذا في معرفة متى يقوم الأفراد بتغيير عاداتهم الصحية. (خشاب، 2010، ص16)

إن التطرق لنموذج المعتقدات الصحية ومساهمته في تغيير سلوك الأفراد حسب نتائج الدراسات المجرات في هذا المجال يقودنا إلى التطرق إلى أكثر السلوكات المعرضة للخطر وهي سلوكات السياقة الخطرة، وباعتبار حوادث المرور الوجه الخفي لسلوكات السائقين عندئذ يصبح تناول مشكلة الحوادث المرورية من منظور السيكولوجيا مبنياً على محاولة تحليل سلوك السائقين واستقصاء ملامحه وأبعاده، إنطلاقاً من فهم تأثير المعتقدات الصحية على سلوكات السائقين الشباب أثناء القيادة ومما سبق يستطيع الباحث النفسي دراسة سلوك السياقة الخطرة ليس من أجل التدليل على مصداقيته من عدمها بل من أجل ارتباطه بجوانب النفس البشرية وفي ضوء ما تقدم فإن مشكلة الدراسة الحالية يمكن صياغتها في التساؤل التالي:

❖ هل توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية وسلوكات الخطر

المرتبطة بالسياقة لدى الشباب؟

وتتدرج تحت هذا السؤال مجموعة من الأسئلة الفرعية التالية:

- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الشباب؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الشباب؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير عدد سنوات السياقة (الخبرة) لدى الشباب؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الشباب؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الشباب؟
- ❖ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير عدد سنوات السياقة (الخبرة) لدى الشباب؟

2- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

❖ توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب.

الفرضيات الجزئية:

❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الشباب.

❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الشباب.

❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير عدد سنوات السياقة (الخبرة) لدى الشباب.

❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الشباب.

❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير مستوى التعليمي لدى الشباب.

❖ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير سنوات السياقة (الخبرة) لدى الشباب.

3- أهداف الدراسة:

❖ معرفة طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب.

❖ الكشف عن الفروق في المعتقدات الصحية لدى الشباب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

❖ إبراز الفروق في المعتقدات الصحية لدى الشباب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

❖ معرفة الفروق في المعتقدات الصحية لدى الشباب تبعاً لمتغير عدد سنوات القيادة (الخبرة).

❖ الكشف عن الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة لدى الشباب تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.

❖ معرفة الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة لدى الشباب تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

❖ إبراز الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالقيادة لدى الشباب تبعاً لمتغير عدد سنوات القيادة (الخبرة).

4- أهمية الدراسة:

❖ تكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها تسلط الضوء على نقطة جوهرية مهمة فالحوادث المرورية والتي تعد من الأسباب الأكثر شيوعاً للوفيات في العالم خاصة خلال المرحلة العمرية من 5 سنوات إلى 29 سنة.

❖ ومن خلال قياس نموذج المعتقدات الصحية فإن أهمية الدراسة تكمن في الكشف عن الوعي الصحي لدى شريحة عمرية تزداد أهميتها بممارستها للسلوك الصحي إلا وهي شريحة الشباب.

❖ كما نسعى لتقديم إضافة نظرية لهذا المتغير (المعتقدات الصحية) في دراسات وأبحاث الحوادث المرورية قصد الرجوع إليها من قبل الجهات المختصة في عمليات التثقيف الصحي الذي يهدف إلى تغيير السلوكيات الخطرة والارتقاء بالصحة الذي يتضمن تطوير نظام تدخل يهدف إلى مساعدة الناس على القيام بممارسة السلوكيات الصحية وتغيير السلوكيات الخطرة التي تضر بالصحة.

5- تحديد المفاهيم الإجرائية:

المعتقدات الصحية: الإفتراض الرئيسي لهذا النموذج هو انخراط الأفراد أو عدم انخراطهم في السلوك الصحي ويعتمد على عدد من المعتقدات الصحية، وهو ما استدللت به الطالبة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على مقياس المعتقدات الصحية المتعلقة بالسياقة والمعد من طرف بهلول سارة أشواق.

سلوك قيادة السيارات الخطر: ونقصد به في هذه الدراسة هو سلوك قيادة السيارات الذي يمثل خطرا سواء على حياة السائق أو حياة الراجلين، والذي استدللت به الطالبة من خلال الدرجات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة على استبيان سلوك قيادة السيارات الخطرة حيث كلما ارتفعت الدرجات على هذا الاستبيان كلما زاد سلوك الخطر.

الشباب: حيث طبقت الطالبة مقياس المعتقدات الصحية المتعلقة بالسياقة واستمارة استبيان سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة على عينة من شباب المسيلة تتراوح أعمارهم بين (21-30 سنة).

5- الدراسات السابقة:

حاولنا في هذا الإطار نجمع قدر الإمكان مجموعة من الدراسات السابقة التي تكون لها علاقة بصفة كلية أو جزئية بموضوع دراستنا وعلى حد علمنا لم نجد أي دراسة تجمع متغيرات الموضوع بشكل واضح وصريح، في حيث وجدنا بعض الدراسات مسّت بعض جوانب الدراسة المقدمة من طرفنا.

5-1- الدراسات التي تناولت المعتقدات الصحية:

1- دراسة لكيريبي جاكسون (Kirby Jackson) 1991:

حيث كان الهدف من هذه الدراسة هو التنبؤ بنوايا المراهقين حول تبنيهم سلوكيات ممارسة الجنس الآمن، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق الباحث تحليل التباين الخطي، على عينة من تلاميذ الصف التاسع والحادي عشر، وقد اعتمد الباحث على المنهج التجريبي حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

❖ أفرز نموذج المعتقدات الصحية 43% من التباين في نوايا تلاميذ الصف السابع لتبنيهم سلوك جنسي آمن.

❖ أفرز نموذج المعتقدات الصحية 17% من التباين في نوايا تلاميذ الصف الحادي عشر لتبنيهم سلوك جنسي آمن. (خشاب، 2010، ص 30).

2- دراسة لفليب مودي وآخرون 1998:

هدفت هذه الدراسة إلى استطلاع العلاقة بين مركز التحكم في الصحة والمعتقدات الصحية حول التدخين لدى الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور، تكونت عينة الدراسة من (1798)، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق مقياس المعتقدات الصحية، وقد بينت نتائج الدراسة:

❖ أن غير المدخنين لديهم معتقدات صحية أفضل عن مضار التدخين بالمقارنة مع المدخنين.

❖ وجود علاقة سلبية بين مركز الضبط في الصحة وفي المعتقدات الصحية عن مضار التدخين بين غير المدخنين والمدخنين. (مودي، 2005، ص 137).

3- دراسة خشاب سعاد 2010:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، ولتحقيق أهداف الدراسة طبقت الباحثة مقياس المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، على عينة قوامها (70) فردا متزوج من كلا الجنسين، حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

❖ توجد علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن.

❖ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي. (خشاب، 2010)

4- دراسة صفاء طميش 2003:

هدفت هذه الدراسة إلى استكشاف المفاهيم والمعتقدات الجنسية، الخاطئة لدى طلبة الجامعة، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق الباحث استمارة بحث تتعلق بالمعتقدات الجنسية الخاطئة، على عينة قدرها (1000) طالب وطالبة، وقد دلت نتائج الدراسة على أن:

- ❖ هناك علاقة طردية بين المعلومات والمواقف الجنسية.
 - ❖ هناك علاقة طردية بين المعتقدات والمواقف الجنسية لطلاب الجامعات.
- (طميش، 2003).

5- دراسة لجونسون، ماكليود وليام، لورا كينيدي، مالكيود كاثرين 2003:

(johnson , william Mcleod , Lavrakennedy, kathenine Mcheod c .Shanthi)

حيث كان الهدف منها المقارنة بين المعتقدات الصحية وانتشار عوامل الخطر المرتبطة بهشاشة العظام، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق مقياس المعتقدات الصحية، على عينة قوامها (300) مشارك تمثل كلا الجنسين عبر ثلاث فئات عمرية (18-25)، (30-50)، 50 فأكثر، حيث توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ❖ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن حيث أن الأفراد أصغر سناً لديهم حساسية مدركة أقل من الأفراد الأكبر سناً.
- ❖ وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأفراد العينة في مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الجنس، حيث أن النساء لديهم حساسية مدركة أكبر من الرجال لجميع الفئات العمرية.

❖ وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي. (خشاب، 2010، ص28)

6- دراسة عبد العزيز العنزي 2015:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياس

التفاوت غير الواقعي ومقياس المعتقدات الصحية الخاص بالتدخين، على عينة قوامها (160) من الشباب المدخن وغير المدخن، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

❖ أن ثمة فرق بين الشباب المدخنين وغير المدخنين على مقياس المعتقدات الصحية للتدخين لصالح غير المدخنين.

❖ وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب، أي كلما كان الشخص مدخناً كلما كانت المعتقدات الصحية لديه قليلة والتفاوت أيضاً. (الغزوي، 2015).

5-2- الدراسات التي تناولت سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة:

1- دراسة ماثيوس وموران (Mathews, & Monan, 1986):

هدفت الدراسة إلى إبراز أوجه التشابه والاختلاف بين السائقين من صغار السن والسائقين من كبار السن فيما يتعلق بإدراكهم لمخاطر القيادة ومدى الثقة في قدراتهم على القيادة، ولتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على مقياس خاص بمخاطر الحوادث والقدرة على القيادة، على عينة قوامها (64) سائقاً تم إجراء المقارنة فيها بين (23) سائقاً تتراوح أعمارهم ما بين 18-25 عاماً، و(23) سائقاً آخرين كم كبار السن والذين تتراوح أعمارهم ما بين 35-50 عاماً، وقد أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

❖ أعطي صغار السن تقديرات منخفضة عن الحوادث المرورية لمواقف قيادة السيارات وقد قدروا الوقوع في الحوادث من السائقين كبار السن.

❖ قدر صغار السن مخاطرتهم الخاصة بالحوادث وقدرة القيادة على أنها هي نفس مخاطرات السائقين كبار السن.

❖ أن المخاطرة المدركة وقدرات الخطورة المدركة يرتبطان بينهما ارتباطات ذات دلالة إحصائية. (الرشيدي، 2010، ص 28).

2- دراسة براين (1990، brian):

هدفت الدراسة إلى معرفة اثر كل من الاختلافات العمرية في القيادة الخطرة والعدوانية، وتعاطي المخدرات على حوادث المرور، حيث شملت العينة ما يقارب (10000) سائق تتراوح أعمارهم بين (16-69)، قد وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

❖ أن الفئة العمرية من (16-24) سنة ليسوا أكثر ميلا للإنخراط في القيادة الخطرة أوفي إرتفاع معدلات الحوادث والإنتهاكات فقط بل كانوا أكثر عرضة لتقرير الانخراط في السلوكيات الخطرة، الأخرى.

كما وتوصلت هذه الدراسة أن الفئة العمرية (20-24) سنة أكثر عرضة في تقرير السلوك المحفوف بالمخاطرة في القيادة. (قريشي، 2014، ص491).

3- دراسة النافع والسيف 1987:

هدفت الدراسة إلى تحليل إحصاءات وأسباب حوادث السيارات في المملكة، وإلى تحديد الخصائص النفسية والاجتماعية لسلوك السائقين، والتعرف على التصرفات والعادات الشائعة والمسببة للحوادث المرورية، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقاييس سلوك قيادة السيارات، ومقياس سمات الشخصية، واختبار المعلومات المرورية، وقد كشفت نتائج الدراسة على:

- ❖ وجود نمط عام لسلوك قيادة السيارات في المملكة يتسم بالميل إلى المخاطرة، وعدم إتباع قواعد السلامة والأمان ومراعاة النظم وآداب المرور.
- ❖ كما اكتشفت الدراسة على أن 66% من السائقين يتجاوزون السرعة المسموح بها.
- ❖ وكذا توصلت هذه الدراسة إلى أن الشباب وصغار السن أكثر الفئات تعرضا للمخاطرة والحوادث المرورية.
- ❖ وأن سلوك قيادة السيارات يختلف حسب السن والخبرة والمستوى التعليمي، ويبرز سلوك السياقة الخطرة كلما انخفض السن والمستوى لتعليمي. (النافع، والسيف، 1988).

4- دراسة لابوتي وكيسكنن (laapotti& keskinen 1998):

هدفت هذه الدراسة إلى وصف بعض العوامل التي تقف خلف الحوادث المميتة التي تتجم عن فقدان التحكم من قبل السائقين الصغار من الذكور والإناث، تم إجراء هذه الدراسة على عينة قوامها (338) ذكرا قام بحادث المرور، و(75) حادث للإناث وقد أسفرت نتائج هذه الدراسة على النتائج التالية:

❖ أن السائقين الذكور يقودون السيارات بسرعة كبيرة وتحت تأثير تعاطي الكحول (الرشيدي، 2010، ص26).

5- دراسة بن الشيخ عياش 2007:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين المسؤولية الاجتماعية وسلوك المخاطرة لدى السائقين، ولتحقيق أهداف الدراسة طبق مقياس المسؤولية الاجتماعية واستبيان المخاطرة في السياقة، على عينة قوامها (100) سائق، وخلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

❖ وجود علاقة إرتباطية طردية في عدد الحوادث المرورية وسلوكات المخاطرة في قيادة السيارات.

❖ كما أظهرت نتائج الدراسة على وجود علاقة إرتباطية عكسية في الخبرة في السياقة السياقة وسلوك المخاطرة.

❖ كما توصلت نتائج هذه الدراسة على أن السن يرتبط عكسياً بسلوك المخاطرة أثناء السياقة. (بن الشيخ، 2007).

6- دراسة قريشي فيصل 2014:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين أساليب المواجهة وسلوك السياقة الخطرة لدى السائقين الجزائريين؛ ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام مقياسي: أساليب المواجهة، وسلوك قيادة الخطرة، على عينة قوامها (63) سائقاً، وقد استخدم المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن، وتوصلت الدراسة إلى:

- ❖ وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير عدد سنوات السياقة.
- ❖ كما توصلت أيضا إلى وجود فروق في سلوك السياقة الخطيرة تعزى لمتغير الجنس لصالح السائقين الذكور.
- ❖ أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في سلوك سياقة السيارات الخطر يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

7- دراسة الصالح أبركان وتوفيق برغوتي 2015:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين سلوك السياقة الخطرة والتفاؤلية غير الواقعية، ولتحقيق أهداف هذه الدراسة استخدم أداتان هما: مقياس التفاؤلية غير الواقعية ومقياس سلوك السياقة الخطرة، على عينة قوامها (61) سائق تتراوح أعمارهم بين 18-35 سنة وقد أسفرت نتائج الدراسة على:

- ❖ وجود علاقة إرتباطية بين التفاؤلية الدفاعية وسلوك السياقة الخطرة.
- (ابركان والبرغوتي، 2015).

5-3- الدراسات التي ربطت بين متغيرات الدراسة:

- دراسة بهلول سارة أشواق 2008:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري جودة الحياة المتعلقة بالصحة والمعتقدات الصحية التعويضية وبين سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلة النشاط البدني)، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدام المقاييس الخاصة بهذه المتغيرات، جودة الحياة المتعلقة بالصحة، ومقياس المعتقدات الصحية التعويضية، واستبيان سلوك قيادة السيارات، واستبيان سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة على عينة قدرها (103) كلهم سائقين ذكور، وذلك باستخدام المنهج الوصفي الإرتباطي، وقد انتهت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ❖ لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائية بين جودة الحياة وبين سلوك قيادة السيارات الخطر.
 - ❖ لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية وبين سلوك قيادة السيارات الخطر.
- (بهلول، 2008)

التعقيب عن الدراسات السابقة:

من خلال استعراض الطالبة للدراسات السابقة وجدت هناك تنوع في أدواتها وأساليبها الإحصائية وأهميتها وأهدافها، وفي ما يلي عرض لذلك:

❖ أجمعت العديد من الدراسات السابقة على أهمية متغيرات الدراسة المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة، ومن خلال استعراض أهم الدراسات السابقة التي تتعلق بالمعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لا نجد دراسة مطابقة تماما لموضوع الدراسة الحالية، حيث تعتبر الوحيدة حسب علم الطالبة التي تناولت المتغيرات النفسية محل الدراسة مجتمعة مع بعضهما البعض، على عكس الدراسات الأخرى التي تناولتهما بشكل منفصل وهذا يؤكد على أهمية الدراسة.

❖ كما هدفت الدراسة الحالية التعرف على العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة، وهي بذلك تشترك من حيث الأهداف نوعا ما مع دراسة بهلول سارة أشواق (2008)، واختلفت بشكل جزئي مع كل من دراسة ليكريي وجاكسون (1991)، ودراسة لجنسون وماكليود وليام ولورا لينيدي ومالكيود كاترين (2003)، ودراسة ماثيوس وموران (1986).

كما اشتركت الدراسة الحالية مع معظم الدراسات السابقة في استخدامها المنهج الوصفي الإرتباطي، باعتباره المنهج الأنسب لمثل هذه الدراسات واشتركت هذه الدراسة مع معظم الدراسات السابقة في استخدامها لمقياس المعتقدات الصحية، واستبيان سلوكيات سياقة السيارات الخطر وعينة الدراسة.

واتفقت نتائج دراسة بن الشيخ عياش (2007)، ودراسة النافع والسيف (1987)، ودراسة لابوتي وكيسكنن (1998)، ودراسة براين (1990)، أن الشباب أكثر الفئات العمرية المرتكبة لسلوكيات الخطر أثناء السياقة، وأن سلوك قيادة السيارات يتناسب عكسيا حسب السن والمستوى التعليمي والخبرة، وكذا اتفقت هذه الدراسات فيما بينها في عينة الدراسة.

وتباينت دراسة **فليب مودي** (1998) مع دراسة **صفاء طميش** (2003) من حيث عينة الدراسة حيث تناول **فليب مودي** الموظفين أما دراسة **خشاب سعاد** فكانت عينة الدراسة الطالبة الجامعيين، كما اختلفت دراسة **لكريبي جاكسون** (1991) عن باقي الدراسات باستخدام المنهج التجريبي ودراسة **قريشي فيصل** 2014 باستخدام المنهج الوصفي المقارن .

الفصل الثاني: المعتقدات الصحية

تمهيد

أولاً: المعتقدات الصحية.

1. تعريف المعتقد.

2. تعريف المعتقدات الصحية.

ثانياً: نموذج المعتقدات الصحية.

1. التطور النظري لنموذج المعتقدات الصحية.

2. المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي.

ثالثاً: المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي.

1. إسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة.

2. المعتقدات الصحية وعلاقتها بسلوكيات الخطر.

خلاصة.

تمهيد:

وصف "كورتيس" (2000) نماذج تغيير السلوك بأنها توصيات بسيطة "كيفية إمكانية عمل شيء ما، بدلاً من تفسير كيفية عمله في الواقع"، وعلى هذا النحو فإن نماذج تغيير والسلوك لا تقدم لنا تفسيراً واضحاً لما يحدث، ولكنها تمكننا من التعرف على العوامل التي من الممكن أن تسهم في عملية الحدث، وفي هذا الفصل يتجه اهتمامنا نحو النماذج الأساسية لتغيير السلوك التي تطورت باعتبارها وسيلة في تحديد السلوكيات الصحية وتقييمها وتغييرها.

وسوف نركز على وجه الخصوص في هذا الفصل على نموذج المعتقدات الصحية والذي يهتم بدراسة السياقات الاجتماعية لتغيير السلوك، فضلاً عن العمليات المعرفية التي تجعل الفرد يفهم السياق الاجتماعي، والفكرة هنا هي أن هناك تفاعلاً بين السياق الاجتماعي وعملياتنا المعرفية التي تحدد ما إذا كنا سنخرط تغيير السلوك أم لا.

أولاً: المعتقدات:

يحدث سلوك الفرد عادة ضمن بيئة اجتماعية معنية وهي بيئة تشمل عوامل تتعلق بالفرد وتتضمن معتقدات ومواقف وقيم الفرد المتعلقة بالمشكلة الصحية والتي تؤثر على تصرفاته وسلوكاته نحو صحته.

1- تعريف المعتقدات:

الاعتقاد لغة: "هو التصديق بالأمر والإيمان به، وهو من الفعل أعتقد ويقال أعتقد بالشيء أي اقتنع به". (ابن منظور، 1992، ص 31).

والمعتقد في الاصطلاح هو:

"التصديق الجازم بشيء ما، وفي الظن قدر من التصديق لكنها لا يرقيان إلى حد الاعتقاد". (خليفة، 1995، ص 38).

ويعرف انجلش انجلش المعتقد:

التقبل الوجداني لقضية أو خبر يحتمل الصدق حسب ما يوجد لدى الفرد من أسباب وحجج، والحجج في المعتقدات غالباً ما يصعب فهمها، وتشتمل على درجات متفاوتة من اليقين الذاتي، أي أنها تختلف في قابليتها للتحقيق. (English, 1958, p 46)

كما عرفها (AKSAn): "للمعتقدات تأثيرات قوية وفعالة في كل القرارات التي يتخذها الفرد وفي كل اختياراته، وفي كل سلوكياته" (شفيق، 2009، ص 57).

ويعرف أيضاً المعتقد على أنه: التقويمات الايجابية أو السلبية التي يقوم بها الناس نحو الأشياء والتي قد تكون أشياء ملموسة، أو أشخاص أو أفكار مجردة، أو مواقف ووجهات نظر حول شيء معين، كما تعتبر وحدات البناء للاتجاهات، بمعنى أن مجموعة المعتقدات التي تشكل اتجاهات الفرد نحو الشيء. (شفيق، 2009، ص 56).

ويشير ما شيوني: "أن المعتقدات هي أفكار محددة يحملها أفراد المجتمع تتعلق بمسائل معينة يعتبرها الأفراد صحيحة أو خاطئة". (العثمان، 2005، ص 80).

ومما يلاحظ أن الكثير من التعريفات استعملت المعتقدات والأفكار كمفهوم واحد، ذلك لأن التصديق والاعتقاد يكون فكرياً، قبل أن يصبح سلوكياً وعملياً.

2- تعريف المعتقدات الصحية:

تعتبر دراسة المعتقدات الصحية من المواضيع الهامة في مجال الصحة النفسية، إذ أن المعتقدات الصحية تلعب أدواراً هامة في السلوكيات التي يتبناها الأفراد في مختلف المواقف وكباقي المفاهيم والمصطلحات النفسية فإنه يصعب إعطاء تعريف دقيق للمعتقدات الصحية ولقد قدم علماء النفس أطر واتجاهات عديدة لتفسير وتكوين المعتقدات الصحية.

عرفها تايلور (Taylor, 1991):

"هي الممارسات الصحية التي يقوم بها الأفراد والتي تتأثر بعاملين إدراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد".

وهي تصورات وإحساسات خطر واعتقادات حول شدة المرض (الغزوي، 2015، ص 86).

كما عرفها وصفي (2007):

هو الفئاعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة والتي شكلتها التجارب الأولى في حياتنا أو هي التصور الداخلي للطريقة التي يعمل بها العالم والناس من حولنا وهذا التصور هو البرنامج الذي يفهم ويحكم به على العالم ومن خلاله يقوم الإنسان بتفسير الأحداث وتوقع الأفعال وهي تعد معتقدات محورية أساسية.

الجواد (2009):

وهي سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيب فيها على دور الاتجاهات المعتقدات في تشكيل السلوك الصحي. (الداغستاني، ص 87).

وتستخدم معتقداتنا الصحية لتبرير الانخراط في ممارسة أنماط السلوك الصحي سواء كان ايجابيا أو سلبيا، فعلى سبيل المثال كشف (بنسون) Benson و(برتين) Britten (2002) تصورات مرض ضغط الدم المرتفع لتناول العقاقير المنخفضة للضغط، فمن خلال مقابلتها (38) مريضاً، وجدوا أن ثلاثة أرباعهم لديهم تحفظات على هذه العقاقير بشكل

عام، وذلك لأن اعتقاداتهم تستمد من خبرتهم الشخصية، ويرى بعضهم الآخر أن أجسامهم ستكون أكثر أو أسوأ مقارنة في حالة الاعتماد على هذه العقاقير أكثر مما هو مطلوب في حين اعتقد بعضهم أن العقاقير تدل على سوء حالتهم الصحية أو أن أطباءهم وصفو لهم هذه العقاقير دون استيعاب لمرضهم. (شويخ، ص 44).

ومن خلال هذه التعاريف يمكننا القول أن المعتقدات الصحية هو مفهوم معرفي وعملية فكرية تعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وهي ترتبط بتوقعاته وتتحكم سلوكياته واستجاباته للمثيرات المختلفة.

ثانياً: نموذج المعتقدات الصحية:

تتطلب الفكرة القائلة بأن العقل والجسم مسؤولان عن تقرير الوضع الصحي والمرضي، ومن الناحية المنطقية توفر نماذج يمكن الاستناد إليها في دراسة هذه القضايا ومن هذه النماذج نجد نموذج المعتقدات الصحية وكما يتضح من التسمية فإن الافتراضات الجوهرية التي ينطلق منها هذا النموذج والذي يساعد على التنبؤ بالسلوك الصحي والسلوك الخطر معتمداً على القابلية المدركة للإصابة بالمرض، وتكاليف السلوك الصحي وفوائده الهاديات للتصرف في البيئة التي تحفز السلوك.

1- التطور النظري لنموذج المعتقدات الصحية:

لقد تم تطوير النموذج النظري سنة 1950 من قبل مجموعة علماء النفس الاجتماعيين، كانوا يعملون في مجال الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية وذلك للتعرف في أسباب الفشل الذي منيت به البرامج الصحية التوعوية للوقاية من الأمراض، منهم (Rosenstock, 1960) (Hochbaum 1958).

وتم توسيع استخدام هذه النموذج النظري ليشمل دراسة ردود أفعال الأفراد اتجاه المرض، وتفسيراتهم الذاتية للأعراض التي يعانون منها، وسلوكهم أثر معرفتهم بالتشخيص وعبر الثلاثين سنة الماضية تم استخدام النموذج النظري في تفسير السلوك الصحي وكانت النتائج جيدة، ولقد اشتركت أكاديمية علم النفس الاجتماعي عام 1970 مع وزارة الصحة

الأمريكية لتطوير هذا البرنامج، وتم عمل بحث تقويمي للنتائج التي طبقت عام 1974 و1984 دراسة كانت نتائجها ايجابية بعد فترة عن التدخل.

ويتضمن نموذج المعتقدات الصحية العناصر الآتية:

1- استعدادا الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدده تبعاً لما يراه من احتمال تعرضه للمرض.

2- تقييم الفرد لجدوى أو فائدة هذا السلوك المقترح ومقارنته هذه الفائدة بالسلوك المرضي.

3- مثير السلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، وقد يكون المثير داخلياً كالأعراض المرضية أو خارجياً من خلال احتكاك الفرد بغيره.

(الناثري والسايس، 2013، ص6).

وعلى هذا الأساس يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريقة دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات والأهداف الخارجية، وهو يمثل اتجاهات ويركز على نتائج التوقع على أساس القيمة، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوب بحالة التردد أو عدم الثقة، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق قيمة مجموعة الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها، وعن توقعات الفرد ذاته بان سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف.

وطبقاً لنموذج المعتقدات الصحية يفترض Rosentock أن الناس عادة لا يحاولون اتخاذ إجراءات الوقاية من المرض، أو مقاومته إلا إذا كان لديهم حد ادني من الدوافع الصحية والثقافية الصحية، وكانوا يرون أن احتمال تعرضهم للمرض وتهديده لهم هو احتمال قائم وبالتالي يقتنعون بجدوى محاولة الوقاية والعلاج. (رزقي، 2011، ص 67).

ووفقاً لهذا النموذج فان المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي

يمكن أن تحقق معرفة عاملين، هما:

الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي وإدراك الفرد بأنه ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد.

(تايلور، 2008، ص 125).

كما يشير نموذج المعتقدات الصحية إلى أن احتمال انخراط الفرد في السلوك صحي محدد يتحدد من خلال إدراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقديمهم للسلوك الموصى به. فالعناصر الأساسية للنموذج هي:

القابلية المدركة للإصابة: بمعنى اعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض معين أو عجز ما.

الخطورة المدركة للمرض: أي مدى المرتبات السيئة إذا ما أصيبوا بالمرض أو العجز.

الفوائد المدركة للفعل: وهي الفوائد المتوقعة التي ستحقق إذا مارس الفرد السلوك الصحي في هذا الموقف.

المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل: بمعنى: ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟، أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما، مما التكاليف المحتملة؟ ومثال ذلك إستخدام الواقي الذكري (كسلوك محدد)، ما الفوائد المتوقعة من إستخدام الواقي الذكري؟ (الحماية من عدوى الأمراض المنقولة جنسياً)، وما عيوب استخدامه؟ (الإحراج في استخدامه).

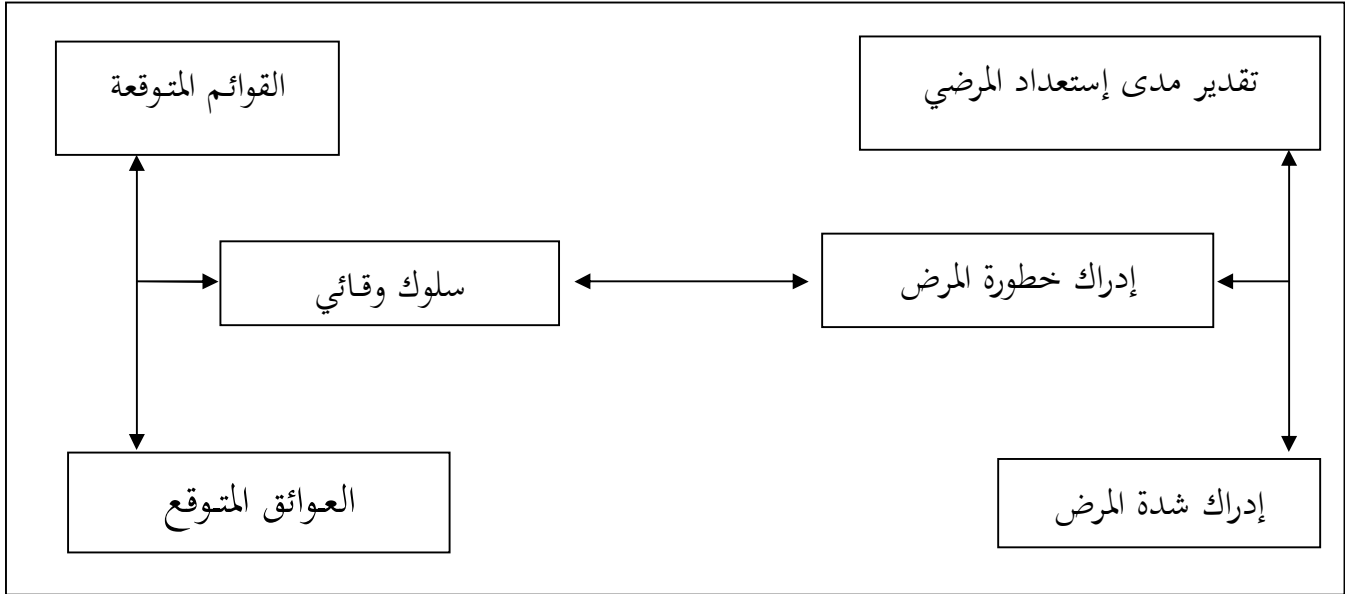
الدافعية الصحية: وهي تفسر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

الهاديات للتصرف: وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك، وقد تكون هذه الهاديات داخلية (مثل الأعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية، أو الإصابة بمرض، أو وفاة صديق عزيز).

(شويخ، ص 62).

ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد احتمال انخراط الأفراد في سلوك معين والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة مدركة، وهذا يؤكد أن إدراكنا

يؤدي دورا محوريا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، ولكن على أساس إدراكي.



الشكل رقم (01): نموذج المعتقدات الصحية. (يخلف، 2001، ص 33)

2- المدركات المتعلقة بالتهديد الصحي:

إن مدركات الفرد المتعلقة بما يمكن أن يتعرض له من تهديد صحي على المستوى الشخصي تتأثر على الأقل بعوامل رئيسية ثلاث وهي:

أ- القيم الصحية العامة: وهذه تتضمن الإهتمام والحرص على الصحة.

ب- المعتقدات المحددة: والتي يحملها الفرد بخصوص إمكانية إصابته باضطرابات محددة.

ج- المعتقدات حول النتائج: والتي تترتب على التعرض للإضطرابات أي ما يتعلق باحتمال ما يمكن أو يتسبب أو لا يتسبب على التعرض لإضطراب من مخاطر.

وبذلك فإن الناس، على سبيل المثال، قد يعيدون من نظام تغذيتهم ليحصلوا على

أطعمة فيها نسبة متدنية من الكوليسترول إذا كانوا يقيمون الصحة تقييما كبيرا، ويشعرون بالتهديد بسبب احتمال الإصابة بأمراض القلب، وإذا اعتقدوا لأن أمراض القلب تشكل خطراً

شديداً. (تايلور، 2008، ص 125)

تخفيف التهديد المدرك:

إن المعتقدات التي يحملها الشخص حول دور الفحص الصحي في تقليل التهديد يمكن تقسيمها أيضا إلى فئتين من العوامل هي:

❖ هل يعتقد الفرد بأن للممارسات الصحية فوائد قيمة وفاعلية في تحقيق الإصابة بالأمراض.

❖ أو هل تفوق تكلفة القيام بهذه الفحوصات الفوائد التي يحققها الفحص.

❖ فالشخص الذي يشعر بأنه معرض للإصابة بالسكتة القلبية على سبيل المثال، وعليه أن يغير نظام غذائه، ولكنه يعتقد بأن تغيير نظام غذائه وحده لا يقلل من مخاطر الإصابة بالسكتة، وأن التغيير يتدخل في درجة كبيرة في سعادته، سوف يعد سلوك التغيير الغير مسوغ، لذا فإن الاعتقاد الذي يحمله الشخص حول وجود قابلية كبيرة لديه للإصابة بأمراض القلب لا يكفي لإحداث التغيير إذا كان إيمانه ضعيفا بأن التغيير في نظام التغذية سوف يقلل من الخطر، لذلك فإنه لن يقوم على الأغلب بالتغيير.

(تايلور، 2008، ص 125)

ثالثا: المعتقدات الصحية وعلاقتها بالجانب الصحي:

1- إسهامات نموذج المعتقدات الصحية في مجال الصحة:

نجد الإثارة هنا إلى أن هذه النظرية المعرفية كانت لها مساهمة كبيرة في تفسير السلوك الوقائي وفهمه، أنها طبقة في مجالات صحية شتى كتلك التي تتعلق بالتطعيم ضد الشلل ونظافة الأسنان وسلامتها، والوقاية من ظاهرة ارتفاع ضغط الدم وظاهرة التدخين والفحوص الطبية.

وقد توصل كل من بيكر وجونز "Janzi bicker" إلى أن معظم البحوث والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للنتبؤ بالسلوكيات الوقائية وقد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما

أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية، ولعل ما يقترحه هذا النموذج المعرفي والعلمي من أفكار هامة وتصورات عملية مفيدة وحلول مناسبة هي تلك المتعلقة بوضع استراتيجيات وقائية فعالة للتصدي للمشكلات الصحية الخطيرة كمرض الإيدز والسرطان مثلاً أو سلوك الإدمان على المخدرات أو أمراض القلب المختلفة، التي تكاد تعرف كلها انتشاراً شبه وبائي بين مجتمعاتنا هذه الأيام. (يخلف، 2000، ص34)

كما استخدم نموذج المعتقدات الصحية بنجاح بين عدد مختلف من السلوكيات الصحية. على سبيل المثال، يتنبأ النموذج عدم التزام المرض بسلوك الفحص الدوري لسرطان عنق الرحم، وأن الأورام السرطانية في عنق الرحم مرض خطير مهدد للصحة. وبالمثل فقد أظهر الباحثون أن الإمتثال لنظام غذائي، وممارسة الجنس الآمن وتناول التطعيمات الوقائية، والعناية بالأسنان. (محمد شويخ، ص 63)

2- علاقة المعتقدات الصحية بسلوكيات الخطر:

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

ويتضح من خلال هذا النموذج أن تصورات وشدة الحساسية للمشكلة الصحية هي تصورات ذاتية طبية أو إجتماعية، وأما الأحاسيس المدركة للخطر هو مزيج من الحساسية والمخاطرة المتهورة، وكذلك من الفوائد الذي تأخذ بعين الإعتبار المعتقدات ودمجها ضمن فعالية الإجراءات. كما أنه يمكن النظر للحواجز التي تنتج عن هذه المعتقدات من خلال التكاليف والجوانب السلبية في الإجراءات الممكن إتخاذها.

وتختلف المعتقدات والعوامل التي قد تؤثر على تصور مخاطرة إلى عدة أنواع منها: درجة الحرية، التجارب السابقة المتعلقة بالمخاطرة ونتائجها، أسباب المخاطر وأصولها المزايا التي يمكن استخلاصها من مصادر الخطر، الثقة في تقييم المخاطرة واحتمالات السيطرة

على المخاطرة، التعاون مع السياسيين والمشرعين، معرفة المخاطر التي يتعرض لها الأطفال والأجيال المقبلة الإعلان، ووسائل الإعلام.

وأخيرا فإن الوعي بالخطر قد يؤدي إلى اتخاذ قرار يمكن أن يتخذ أشكالا مختلفة وأحيانا متباينة المعاني نذكر منها:

القضاء على الخطر، رفض الكشف عن هذا الخطر، اتخاذ خطوات للتخفيف من مدة الآثار الضارة، اتخاذ خطوات لإنخفاض احتمال الوقوع لهذه النتائج، اتخاذ خطوات لزيادة احتمال أو طبيعة الآثار الإيجابية. (بهلول، 2008، ص 70-71).

الخلاصة:

تعرف المعتقدات على أنها برمجة فكرية تعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وهي ترتبط بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للسلوكيات المختلفة. وفي هذا المجال فإن البرمجة الفكرية تتحول إلى كل ما يتعلق بالسلوك الصحي الوقائي الذي يعتبر محور النماذج النظرية التي تتطرق إلى دراسة المعتقدات الصحية.

وفي هذا الإطار جاء نموذج المعتقدات الصحية الذي يعتبر من أحدث النماذج التي تطرقت إلى دراسة السلوك الخطر المتعلق بالصحة بهدف الوصول إلى وضع برامج صحية تتضمن سلوكيات وقائية يمكن الاستعانة بها في البرامج الصحية المقدمة من طرف السلطات المختصة.

الفصل الثالث

سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة

تمهيد

أولاً: سلوكات الخطر.

1- تعريف سلوكات الخطر.

2- النظريات المفسرة لسلوكات الخطر.

3- العوامل المؤثرة في سلوكات الخطر.

ثانياً: سلوكات الخطر المتعلقة بالسياقة.

1- تعريف سلوك السياقة الخطرة.

2- أشكال السياقة الخطرة.

3- سلوكات السياقة الخطرة وعلاقتها بحوادث المرور.

خلاصة.

تمهيد:

نتج عن التزايد المستمر لحوادث السير اهتمام العديد من الباحثين بدراسة أسبابها والظروف المؤدية إلى وقوعها بهدف وضع استراتيجيات وقائية للحد منها، وقد تميزت هذه الدراسات بتطورها وتوسع مجال اهتماماتها، فبعد أن كانت قديما مقتصرة على البحث في صيانة الطرق وكثافة التنقل ومعايير السلامة في السيارات، أصبح البعض منها الآن يهتم بالبحث في العوامل الفيزيولوجية والنفسية والاجتماعية والمعرفية لسلوك كافة مستعملي الطريق، على اعتبار أن هذا السلوك هو نتاج تفاعل كل هاته العوامل مع بعضها البعض. ولكون السائق أهم أفراد مستعملي الطريق، حاولنا في هذا الفصل تسليط الضوء على مختلف السلوكات التي يقوم السائق قبل وأثناء شروعه في قيادة المركبة، مع الأخذ بالحسبان أنه كلما اقتربت هاته السلوكات من القطب الايجابي اعتبرت سلوكات صحية، أما إذا اقتربت من القطب السلبي اعتبرت سلوكات خطيرة ولا وقائية قد تعرض السائق إلى الوقوع في حادث مرور.

وفي محاولة منا لا يفاء الموضوع حقه قسمنا الفصل إلى عدة جوانب، عرضنا فيهم مفهوم الخطر وأهم النظريات المفسرة لهي ثم تعريف سلوك السياقة الخطرة ثم حاولنا بمختلف المظاهر المعبرة على سلوك السياقة الخطر.

أولاً: سلوكيات الخطر:

لقد أثبتت العديد من الأبحاث في مجالات مختلفة منها: على نفس الصحة، الطب السلوكي وعلى الأوبئة السلوكية، أن جهل الأفراد للعلاقات بين المشكلات الصحية من جهة ونمط السلوك من جهة أخرى يمكن أن يعرضهم لمخاطر صحية في المستقبل فلا شك إذن أن للعوامل السلوكية دوراً رئيسياً في نشأة المرض وتطوره.

وتأكيداً لدور السلوك الفردي في نشأة هذه الأمراض، أدرج الأطباء السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة وأصبح مفهوم السلوك يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية (كارتفاع مستوى الكوليسترول، وارتفاع ضغط الدم) من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع.

1- تعريف سلوك المخاطرة:

تعريف جليفورد (Glifored):

من خلال دراسته للشخصية أنها سمة معرفية في الشخصية ذات الوجهة الاجتماعية المختلفة، حيث يظهر في ضوء توافر المعلومات دور المخاطرة من خلال ممارسة الفرد لبعض الأنشطة المختلفة.

(صفوة، 1992، ص 54).

وعرفه شيلي تايلور:

سلوك الخطر هو السلوك المضر بالصحة أو هو السلوك الذي يسبب الأذى للمستقبل الصحي.

(تايلور، 2008، ص 307).

كما يعرفه ماتارازو (MATARAZZ، 1984):

يعتبر السلوك الخطر عاملاً أمراضياً، يتسبب في ارتفاع احتمال الإصابة بالأمراض أو التعرض للحوادث (شرب الكحول، التدخين، الإفراط في السرعة). (زعابطة، 2010، ص 80).

ويشير أحمد سعد الثبتي:

إلى السلوك الخطر أنه التصرف غير المأمون (التصرف الخطر)، هو التصرف الذي يتنافى مع أصول السلامة والذي ينتج عن ضعف قدرة الشخص لممارسة عادة أو سلوك لهما ارتباط بقوانين السلامة. (الثبتي، 1993، ص 50).

ويعرفه عبد الفاتح سيد درويش:

باعتباره سمة معرفية ذات وجهة اجتماعية محددة لسلوك الأفراد إزاء التعرض لبعض المواقف التي لا تتضح فيها المعلومات مما يؤدي إلى حالة من عدم القدرة على الضبط الانفعالي والمعرفي ومن ثم يقترب الفرد سلوكيات خطيرة كارتكاب حوادث نتيجة رعونة القيادة، ومخالفة القواعد المرورية أو غيرها من السلوكيات. (درويش، 2005، ص 423).

2- النظريات المفسرة لسلوكيات الخطر:

يسعى أي باحث أثناء تفسيره لفهم السلوك المولد للمرض على أسس ونماذج علمية والتي يزخر بها التراث العلمي، وفي هذا المجال قدم مجموعة من العلماء والباحثين في جميع التخصصات الصحية على صياغة نظريات علمية وبناء نماذج نظرية لتفسير سبب تبني الفرد لسلوكيات صحية دون أخرى ومن أهم هذه النماذج.

2-1- النموذج الغير نظري:

قام بروشاسكاو ومعاونوه (prochaska، 1994، & prochaskaDclemente، 1992) بتطوير النموذج عبر النظري في تغيير السلوك. ووفق هذا النموذج يحل المراحل والعمليات التي تمر بها الأفراد أثناء محاولتهم إحداث تغيير سلوكهم، وبناء على ذلك يتم اقتراح أهداف علاجية وإجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة، وهذا النموذج صمم أساساً لمعالجة اضطرابات الإدمان مثل التدخين وتعاطي المخدرات وإدمان الكحول. كما طبق في تغيير عادات سلوكية أخرى مثل أداء التمارين الرياضية، والفحص الطبي المنتظم للثدي.

ويمكن تقسيم المراحل التي يمر بها الأفراد لدى محاولتهم إحداث تغيير في سلوكهم
على النحو التالي:

أ- مرحلة ما قبل العزم:

وتحدث هذه المرحلة في الوقت الذي لا يكون فيه لدى الفرد نية لتغيير سلوكه. فكثير
من الأفراد في هذه المرحلة لا يدركون حتى أن لديهم مشكلة، مع أن أفراد الأسرة والأصدقاء
والجيران والزملاء يدركون وجودها. مثال: ذلك مدمن الكحول الذي يغفل تماما عن المشكلة
التي يسببها لأسرته قد يبحث البعض في مرحلة ما قبل العزم عن علاج للمشكلة، ولكنهم
على الأغلب يقومون بذلك فقط لأنهم تعرضوا للضغوط من الآخرين، وهم بذلك يشعرون
بأنهم مكرهون على تغيير سلوكهم لذا فليس من المدهش أن يعود مثل هؤلاء إلى عاداتهم
السابقة ونتيجة لذلك فإن إجراءات التدخل في سلوك هؤلاء لا تحقق ثمارها.

ب- مرحلة العزم:

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

ج- مرحلة التحضير:

في مرحلة التحضير يعقد الأفراد العزم على تغيير سلوكهم دون أن يكونوا قد بدؤوا
بعد بالتغيير وفي بعض الحالات يعود ذلك أما لأنهم لم يحققوا النجاح في السابق أو لأنهم
يؤخرون القيام بذلك إلى حين تمكنهم من انجاز أمر معين، أو للتخلص من الضغوط التي
تواجهونها في مرحلة ما. وفي حالات أخرى يقوم الأشخاص في المرحلة التحضير بتعديل
السلوك المقصود إلى حد ما، كأن يقوموا بتدخين عدد من السجائر أقل مما اعتادوا عليه
ومع ذلك لا يعملون على الالتزام باستبعاد السلوك بالشكل الكامل.

د- مرحلة العمل:

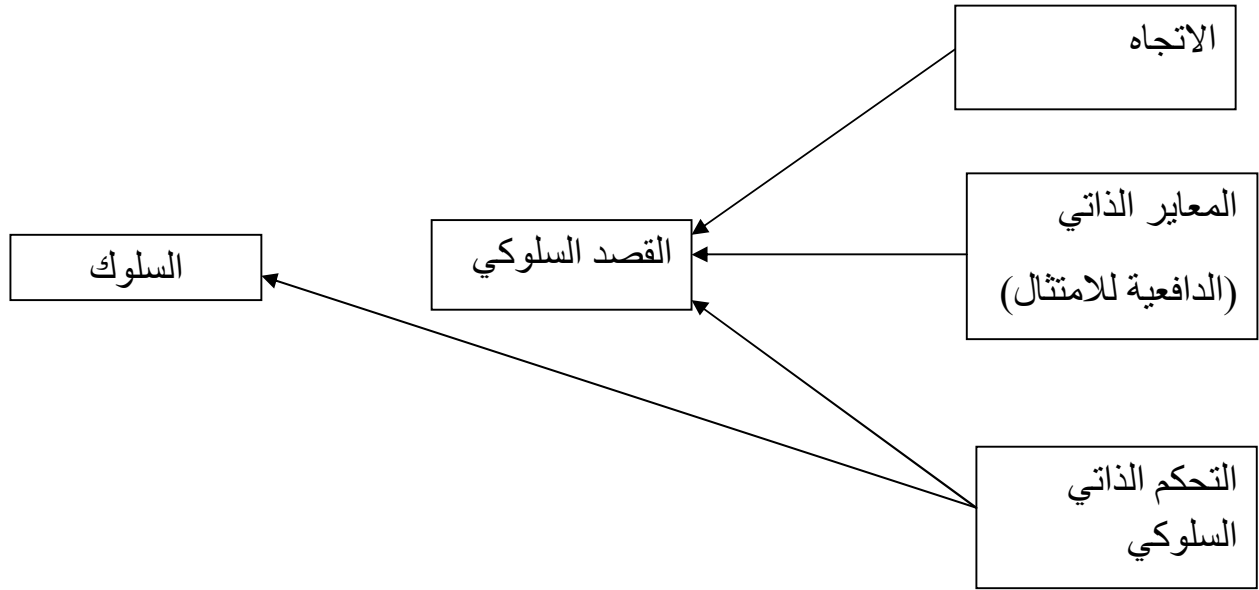
في هذه المرحلة يعدل الأفراد من سلوكهم بهدف التوصل إلى حل للمشكلة ويتطلب العمل الالتزام بالوقت والجهد، وذلك لإحداث تغيير فعلي في السلوك وهذا يتضمن التوقف عن القيام بالسلوك، وتعديل أسلوب الحياة والبيئة، وتخليص حياة الفرد من القرائن التي ارتبطت بحدوث السلوك.

هـ- مرحلة الاحتفاظ:

وهي المرحلة التي يعمل فيها الناس من الانتكاس، ولتعزيز المكاسب التي حققوها وعادة ما يعتبر الفرد في مرحلة الاحتفاظ لمدة ستة أشهر ما دام متحررا من سلوك الإدمان (تايلور، 2008، ص 151-152)

2-2- نظرية السلوك المخطط والفعل المعقول:

تبنى نظرية السلوك المخطط على نظرية الفعل المبرر، التي تطورت من خلال (أجزين)، (فينش) حيث إفترضت النظرية الفعل المبرران السلوك يمكن التنبؤ به من خلال مقصد الشخص الانخراط في سلوك معين، ويتشكل هذا المقصد من خلال اتجاه الفرد نحو السلوك وإدراكه للمعايير الاجتماعية، وتعتمد نظرية السلوك المخطط على ما سبق بالإضافة إلى فكرة إدراك التحكم السلوكي داخل المعادلة ويقاس مدي اعتقاد الفرد بضرورة التحكم في سلوك محدد.



الشكل رقم (02): يمثل نظرية السلوك المخطط والفعل المعقول.

تتكون نظرية السلوكيات المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

الاتجاهات: وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد ومن الضروري تذكير أن الاتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات.

المعايير الذاتية: وهي معتقدات الفرد حول إذا ما كان المحيطون به يدعمونه أولا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجيد، وإذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين، سواء كانوا أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الأزواج.

التحكم الذاتي السلوكي: يهتم بقياس مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح، وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك ومن أمثلة ذلك أنك إذا حاولت إنقاص وزنك، وكنت قد فشلت سابقا في مقاومة إغراء تناول الأيس كريم ومازال في لديك شك في أن إرادتك قوية بما فيه الكفاية لمقاومة تناوله الآن، فان تحكّمك السلوكي المدرك سيكون منخفضا.

مما ينظر للصلة المباشرة بين التحكم السلوكي الإدراك والسلوك الفعلي فضلا عن ملاحظة وجود علاقة سببية بالمقاصد.

وبالمثل إذا كان الأفراد يعتقدون بان خفض استهلاكهم للكحول من شأنه أن يجعل حياتهم أكثر إنتاجية وإفادة لصحتهم (الاتجاه نحو السلوك)، ويعتقدون في الوقت نفسه أن الأشخاص المهمين في حياتهم يريدون أيضا تخفيض استهلاكهم من تناول الكحول (المعيار الذاتي)، كما يعتقدون أخيرا أنهم قادرون على التخفيض من شرب الكحول فان هذا من شأنه أن يتبأ بالمقاصد للحد من ارتفاع مستوى استهلاك الكحول (القصد السلوكي).

(الشويخ، ص 66-67).

2-3- مقارنة سيرورة الفعل الصحي: (shwazer1992)

يهدف هذا النموذج إلى تحديد الوضع السلبي للمعتقدات على الفعالية الذاتية مقارنة بالتغيرات المتعلقة بالصحة ويتمحور حول العلاقة بين المقاصد السلوكية والأفعال الحقيقية ويعتبر ظهور السلوكيات الصحية أو المحافظة عليها تتم عبر مرحلتين: **مرحلة التحفيز:** وهي المرحلة التي يختار فيها الفرد تبني سلوك أو خلق نية وهذه المرحلة تتأثر بثلاث معتقدات هي:

❖ إدراك خطر المرض (إدراك المرض).

❖ النتيجة المرتقبة من السلوك الوقائي.

❖ إدراك فعالية الشخصية.

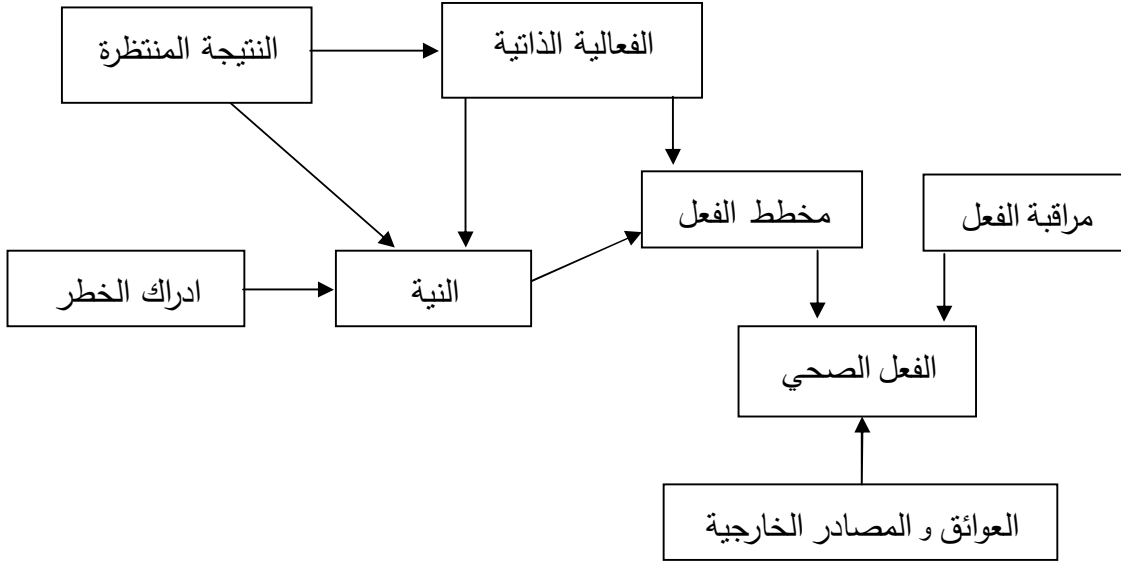
مرحلة الفعل: فيها يحدد الأشخاص السلوك المطلوب شدة المجهود والاستمرارية وهي مرحلة تنقسم إلى ثلاث خطوات:

❖ تحضير مخطط الفعل ومراقبته.

❖ الفعل.

(مشاشو، 2010 ص 73-74)

❖ المحافظة علي الفعل.



الشكل رقم (03): مقارنة سيرورة الفعل الصحي.

2-4- نظرية الدافع للحماية: (rogers1983)

يقوم هذا النموذج المعرفي على المعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة أي القيام بأنماط السلوك الصحي، ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين المركبات الأربعة:

- ❖ الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.
- ❖ 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.

تساهم هذه المركبات في تشكيل طلائع ممارسة السلوك الصحي.

واستنادا لنظرية الفعل المعقول يفترض إذا مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل

للسلوك الفعلي. (رضوان، ريشة، 2007)

وكل واحدة من هذه المتغيرات تعطي مكانا لعمليات التقييم المعرفية الموافقة والتي

ستصبح وسيط في تغيير الاتجاهات والحافز إتجاه الحماية هو نتيجة عمليتين معرفيتين:

تقييم التهديد: مقارنة بين القساوة المدركة للمرض والهشاشة المدركة بالنسبة للمرض المدروس تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد.

تقييم التهديد وتقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد يتأثران بمصادر معلومات داخلية (متغيرات الشخصية والتجارب السابقة) وبمصادر معلومات تأتي من المحيط (إقناع لفظي والتعلم عن طريق الملاحظة)، ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقييم التهديد يأتي قبل تقييم القدرة على مواجهة التهديد نتيجة هذه العمليات التقييمية هي قرار بدء، إتمام أو إنهاء سلوك وقائي ما.

هذه النظرية تأخذ في الحسبان متغير وسيط المعتقدات والسلوك وهو الحافز للحماية والمتغير المستقل نوعياً في الدراسات عن نظرية الدافع للحماية هو مقدار المقاصد السلوكية. ولقد استعملت بتوسع للتأثير والتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية مثل:

❖ تخفيض استهلاك الكحول.

❖ إتباع أنماط حياة أكثر صحة.

❖ الانضمام إلى أنظمة طبية.

❖ الحماية والكشف المبكر ضد السرطان.

❖ القيام بتمارين الرياضية منتظمة.

من جهة أخرى تحليل دقيق أجري على أكثر من 65 بحثاً ما تستعمل هذا النموذج

(pmt) دلت على أن العلاقات المقترحة من طرف هذه النظرية قد أكدت ميدانياً.

وهذه الأبحاث المستعملة لنظرية الدافع للحماية ترى أن حافز الفرد للحماية من مرض

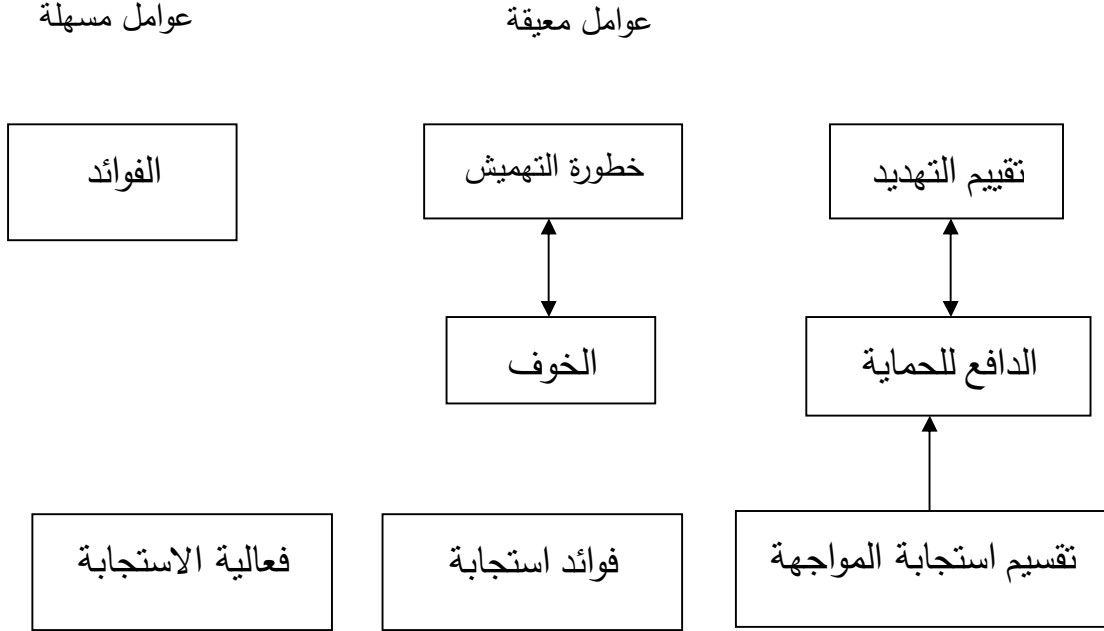
ما تكون قصوى إذا كان:

❖ التهديد على الصحة خطر.

❖ الفرد يحس بالتهميش.

❖ الاستجابة تعتبر فعالة لاستبعاد التهديد.

❖ الفرد واثق من حظوظه للنجاح في تحقيق الاستجابة المكيفة والفوائد المتعلقة بالاستجابة المكيفة مرتفعة نوعاً ما.



الشكل رقم (04): يمثل الشكل التمثيلي لنظرية الدافع للحماية.

نتائج التهميش والقساوة، فعالية الاستجابة الوقائية، والفعالية الذاتية على سلوكيات معينة دالة إحصائياً حتى وإن كانت معتدلة هذه النتائج تختلف حسب نوع السلوك المراد تغييره مثلاً.

بالنسبة لسلوكيات التوقف عن نشاط خطير (التوقف عن التدخين مثلاً) المتغيرات المرتبطة بالقدرة على مواجهة التهديد وفعالية الاستجابة وثمن الاستجابة لها آثار أكبر في اتخاذ السلوك الوقائي.

البدء في نظام غذائي مثلاً: يؤثر عامل آخر في نتيجة المتغيرات التفسيرية إلا وهو سن المستجوبين.

بالنسبة للوقاية من السرطان المتغيرات المتعلقة بتقييم التهديد تؤكد روابط جد قوية مع السلوكيات أو مقاصد السلوكيات على تلك المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد أما بالنسبة

بالتوقف عن التدخين أو الوقاية من التدخين فإن المتغيرات المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد لها آثار جد مهمة على السلوك على تلك المتعلقة بالتهديد.

في الأبحاث حول الخضوع لنظام غذائي والقيام بالتمارين الرياضية ندرك وجود علاقة جد قوية بين المتغيرات المتعلقة بالقدرة على مواجهة التهديد وذلك صحيح بالنسبة للوقاية من السيدا. (القص، 2008، 36-39)

3- العوامل المؤثرة في سلوكات الخطر:

ينظر التراث النفسي إلى سلوك المخاطرة من خلال المنظور المعرفي، حيث يتعامل مع المخاطرة باعتبارها نشاطا يقوم به الشخص بعد التفكير في البدائل الوراثية والحيوية وخصائص الأسرة والطبقة والنشأة الاجتماعية.

أولاً: العوامل المعرفية في المخاطرة:

قامت النظرية التقليدية باتخاذ قرار على تفسير المخاطرة باعتبارها أفضل قرار يتخذه الشخص لزيادة مكاسبه وتقليل خسارته وقد قامت على افتراض الفرد المتكامل والذي يتميز بقدرته على اتخاذ قراراته بناء على المعرفة التامة بما أمامه من اختبارات ونتائجها والحساسية المطلقة للفروق بين البدائل بما يمكنه حسن التمييز في الاختيار المنطقي.

إن جميع البدائل أمام الفرد، وإن جميع المعلومات متوافرة، ويفترض كذلك أن للفرد المقدرة والوقت لاختيار ما يلائمه من حوله لذا يفترض هذا النموذج أن الفرد في حالة كاملة من التأكد وبالتالي لا يظهر دور المخاطرة في ظل الافتراض. (صفوت، 1992، ص52)

وبلاحظ أن هذا النموذج لم يثبت قدرته على التنبؤ بالقرارات التي يتخذها الفرد إلى في حالات قليلة حيث اتضح أن قدرة الفرد على حساب النتائج محدودة بسبب عدم التأكد من إمكانية تحقيق أية نتائج أو عدم وجود محك ثابت لقياس النتائج المتوقعة من كل اختيار، كما افترض الباحثون بعد الحرب العالمية الثانية عدد من النظريات التي قامت على

فرضية عدم التأكد وعلى عكس افتراض الفرد المتكامل قامت نماذج عدم التأكد على أن الإنسان:

أ- ذو قدرة محدودة على الفهم.

ب- أن المواقف أكثر تعقيدا من أن تتيح للفرد الاختيار ببساطة من البدائل.

ج- أن احتمالات النتائج المترتبة على كل اختيار غير مضمونة أو غير مؤكدة وتأخذ هذه النماذج المعرفية في اعتبار تأثير المعلومات على المخاطرة، إذ يشكل نقص المعلومات سببا مهما من أسباب المخاطرة وذلك بإتيان السلوكات المرفوضة اجتماعيا كمخالفة القواعد والنظم قد استعرضت مجموعة من الدراسات دور المعلومات في تعديل درجة المخاطرة ومن ثم تقليل مؤشر السلوك المضاد لنظم المجتمع.

كما أن طريقة تقديم المعلومات، والذي اتضح من دراسات متعددة أن لها تأثير على قرار الفرد سواء في القرارات العامة، فيما يتعلق بالمخاطرة في مجال الصحة أو حماية الذات من مصادر التهديد كوقوع الحوادث مثلا أو غير ذلك وبالتالي تؤدي الثقة الزائدة في إمكان إدراك الخطر في آخر لحظة إلى التهاون في اتخاذ الاحتياطات اللازمة لحماية الذات وبالتالي يسعى الشخص أحيانا إلى ترتيب معلوماته بطريقة تقلل من الخطر المتوقع من سلوك معين فيما اسماه (كاهنيمان) و (تفيرسكي) (Kohnemanet Trenskey 1984) بالتأكيد الزائف كما يؤدي سوء تقدير الزمن إلي قرارات غير صحيحة (بن الشيخ، ص 66-67).

ثانياً: العوامل غير المعرفية في المخاطرة:

يمكن تحديد اتجاهات البحث في المخاطرة باعتبارها ميلاً أو استعداداً سلوكياً في

ضوء ما يلي:

أ- المخاطرة كسمة شخصية:

يعد (كاتل) Kattel من أبرز علماء الشخصية الذين توصلوا إلى أن عوامل الشخصية هو المخاطرة والإقدام، مقابل الخجل والحرص كما وجدوا دوراً للوراثة في هذه السمة.

ب- العوامل الديمغرافية والمخاطرة:

أكدت معظم الدراسات ارتباط المخاطرة بعدد من المتغيرات الديمغرافية وأهمها السن حيث اتفقت على أن المخاطرة تزيد عند الأقل من الثلاثين بالمقارنة بمن هم أكبر منهم وتؤكد الدراسات أن الصورة النمطية عن الفرد كبير السن من الراشدين هي أنه أكثر حذراً من صغير السن، وقد اتفقت دراسات متعددة على تقسيم فئات العمر حسب المخاطرة إلى أقل من 20 عاماً.

❖ كما ارتبطت المخاطرة بالنوع، حيث ارتفع الذكور على المخاطرة أكثر من الإناث

(صفوت، ص 54-55).

❖ توصل **جدعان** من استعراضه لحوادث السيارات في دولة الكويت عام 1976 -

1977 إلى أن 50% من الحوادث كان سببها سائقين تقل أعمارهم عن 29 سنة أما

في الجزائر فقد توصل **بوظريفة حمودو آخرون** في دراسته حول فاعلية قانون

المرور الجديد في الجزائر، أن فئة الشباب من الجنسين في المرتبة الأولى بنسبة

(726) تليها رتبة الذكور من مختلف الأعمار في المرتبة الثانية (57.6%)

ثم المتقدمون في السن في المرتبة الثالثة (546) وأخيراً الإناث في المرتبة الرابعة

(526) وهو يتفق ما توصلت إليه مختلف الدراسات وتعززه إحصائيات حوادث

المرور لصالح الأمن التي تؤكد على أن فئات الشباب أكثر عرضة لحوادث المرور من غيرها. (حموبو ظريفة، 2007، ص 21).

ثانياً: سلوكات الخطر المتعلقة بالسياقة:

أن سلوك قيادة السيارات ليست علمية ميكانيكية فقط من التشغيل والتبديل بل هو استعمال وسيلة تنقل، ومن الملاحظ وبشكل واسع الحاجة الإنسانية للسيارات. وفي ضوء هذه الحاجة والاستعمال المتزايد ظهرت عدة سلوكيات منافية للسلامة المرورية فأسلوب سياقة السيارة يرجع دائماً لشخصية السائق.

1- تعريف سلوكات السياقة الخطرة:

مفهوم سلوك السياقة:

يعد نشاط السياقة من بين تلك السلوكات المتعلقة بالصحة والتي تتطلب تفاعل مجموعة من السلوكات التي يقوم بها السائق وعليه فان سلوك السياقة، وإذا اعتبرناه سلوك معقد يتأثر بعدة عوامل محددة بالزمان والمكان منها:

❖ الأهداف، الأخطاء مدى الانتباه، التعب، الذاكرة، القدرات العقلية والجسمية، التدريب والخبرة.

وبالرغم من أن هذه العوامل غير محددة وغير واضحة بالنسبة للأفراد داخل المجتمع، إلا أن مجموع هذه العوامل يشكل ثلاث مبادئ رئيسية لهذا السلوك ألا وهي:

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

❖ كما تتحد معايير القيادة في ثلاث مجالات:

❖ المجال الانفعالي، المعرفي والحسي حركي. (بهول، 2008، ص 40).

يذهب جيمس ليون (James Leon، 1997)، في نظريته لفهم سلوك السياقة بان هناك منظرين ممكنين لفهم ما يفعله الناس كسائقين أحدهما يتعلق بمجموعة من العوامل الداخلية والآخر يتعلق بمجموعة العوامل الخارجية، ويختص المنظور الخارجي بظروف الطريق

والعربات التي تستخدمه والمعلومات المتعلقة بذلك تأثير من الأجهزة والمقاييس وتقييم الملاحظين، أما العوامل الداخلية فتهم برأي ووجهة نظر السائقين أنفسهم أي الخاصة بإحساساتهم وإدراكاتهم وأفكارهم وآرائهم وانفعالاتهم تلك المعلومات التي لا يمكن الحصول عليها من الأجهزة أو الملاحظين وإضافة إلى ذلك فهناك بعض الطرق التي لا ينصح باستخدامها والتي يسجل السائقون بواسطتها أفكارهم ومشاعرهم وإدراكهم للطريق والمارة فيه. (بن الشيخ، 2007، ص 53).

تعريف سلوك السياقة الخطرة:

سلوك السياقة الخطرة هي مجموعة من السلوكيات غير المقبولة (السرعة، عدم احترام المسافة الأمان، القيادة تحت تأثير الكحول، استخدام الهاتف النقال، عدم استعمال حزام الأمان...) يقوم بها السائق أثناء قيادة السيارة، وتزيد خطورتها كلما قلت خبرة السائقين. (قريشي، 2014، ص 494).

يتعلق سلوك السياقة الخطيرة بالسلوكيات التي يتبناها السائق اتجاه مركبته، مثل: التجاوزات الخطيرة، عدم ربط حزام الأمان، السرعة المفرطة، والتكلم بالهاتف النقال... وكذلك بالإضافة إلى التصرفات التي يقوم بها اتجاه محيطه كتعامله مع المشاة ومع إشارات المرور والشرطي والإدراك غير السليم لحركة المرور.

ويرتبط سلوك السائق أيضا بحالته النفسية، مثل: حالات الانفعال والعصبية والعدوانية ومشاعر الاندفاعية، وعدم الصبر أو حالته الجسمية مثل التعب وصعوبة التركيز إلى غيرها من المظاهر التي تعيق دون ممارسة سلوكيات صحية على الطريق.

ومن هناك يمكننا القول أن سلوك السياقة الخطر يتمثل في مجموعة من التصرفات والسلوكيات غير الصحية يمارسها السائق على طريق من شأنها أن تعرضه والآخرين في لحادث مرور، وتشمل هاته السلوكيات مظاهر عدة من عدم الالتزام بقواعد السلامة المرورية ومختلف أشكال السياقة الخطرة.

2- أشكال السياقة الخطرة:

يشترك العنصر البشري الذي يتمثل في السائق والركاب والمشاة في مسؤولية حوادث المرور، وإذا كان السائق يتحمل الجانب الأكبر من المسؤولية باعتباره يقود السيارة، فإذا كان السائق غير واع ولا مدرك لقواعد السلامة المطلوبة على الطريق فإن ذلك يؤدي دون شك إلى نتائج وخيمة وحوادث مؤلمة.

وبناء على هذا القول فالسائقون يمارسون أشكال عدة من السلوكات الخطرة على الطريق ومن بين تلك السلوكات تجاوز السرعة المسموح بها على الطريق، والتجاوزات الخطيرة، عدم ربط حزام الأمان.

أ- السرعة المفرطة:

السرعة الزائدة تعني تجاوز السرعة عن الحد المسموح به في القوانين المرورية (أي القيادة فوق مستوى الحد المسموح)، هذه الأخيرة تعتبر من الأسباب المباشرة في الحوادث المرورية، كما أنها عامل يفاقم الخطورة في كافة الحوادث المميتة.

أن السرعة الزائدة (أي تجاوز السرعة القصوى) والسرعة غير الملائمة (أي السرعة بتهور) قياسياً بالظروف التي تحيط بالسائق والمركبة والطريق تعتبران العاملين الرئيسيين في حوادث المرور من حيث العدد والخطر.

كما تتأثر مسافة التوقف طردياً بسرعة السيارة، ولذلك احتمال أن يفقد السائق السيطرة على المركبة، وان يخفق في توقع المخاطر الوشيكة في الوقت المناسب، وان يتسبب في سوء تقدير مستخدم الطريق الآخرين لسرعة المركبة، وكلما كانت الطاقة الميكانيكية (الحركية)، التي يتم تلقيها عند الاصطدام أكبر فإن ثمة احتمال أكبر في وقوع إصابات خطيرة.

وفي هذا السياق قام (Bailet 2006) بإجراء دراسة هدفت إلى التعرف على الأسباب النفسية التي تؤدي إلى زيادة السرعة، فشملت عينة الدراسة على عشرة سائقين تتراوح أعمارهم ما بين 21 إلى 54 سنة، ومنهم من أن سبق وان تعرض لحادث مرور، خلصت

نتائج هذه الدراسة إلى أن السائقين يعتقدون بأنهم يلجئون للسرعة لان طبيعة الطريق تتطلب السرعة خصوصا إذا كانت خالية وجافة ومستوية وليس بسبب اعتقادهم بقلّة الخطر أو بهدف إزعاج الآخرين، وعلى الرغم من أنهم لم يعتبروا أنفسهم من منصرفي الطريق، إلا أن بقية السائقين اعتبروهم عدوانيين، كما تبين أيضا أن المبحوثين يلجئون للسرعة أكثر كترجمة لتمردهم على قانون المرور وللهرب من الضغط المروري وخاصة في الطرق السريعة التي تشعرهم بالتححرر من قيود إشارات المرور. (Bailet, 2006, P30).

ب- عدم وضع حزام الأمان:

إن حزام الأمان وسيلة أمنية هامة بالنسبة لمستعملي المركبات، ويجب أن يكون استعماله طواعية يعكس إدراكا إيجابيا لفوائده وحرصا على الأمن الشخصي للفرد، يمكن أن تبين هذه الأهمية عندما عدم إستعمال يخفض من مخاطر الإصابات المحتملة. خاصة تلك المتعلقة بالإصابات الجسمية عند حوادث التصادم والتي غالبا ما تخفيف إلى إصابات في الرأس كالارتطامات بالواقعي الزجاجي الأمامي مثلا. (بوطبال، 2006، ص 52).

لكن الواقع الاجتماعي بين استعداد ومعاكسا لحزام الأمان، إذا يتجنبه السائق أثناء القيادة هنا ينظر للأمر وكأنه شيئا غير ضروري وهناك من يعتقد أن وضع حزام الأمان يسبب في الشعور بالتقييد أثناء القيادة، ويرتدي البعض الآخر مباشرة عند الوصول إلى الحواجز الأمنية، ويرفض آخرون استعماله ليلاً بداعي نقص المراقبة الأمنية.

يلزم استعمال حزام الأمان أثناء القيادة لما له من دور كبير في إنقاذ ملايين الأرواح فعند حدوث اصطدام بين سيارتين أو سيارة مع جسم آخر، فإن الأفراد داخل السيارة سيندفعون بقوة تساوي نفس سرعة السيارة وقت الاصطدام وبالتالي سيتعرضون لنفوس قوة الصدمة وقوة الصدمة عند عدم استخدام حزام الأمان وعلى سرعة 50 كلم/سا تعادل السقوط من أعلى مبنى ارتفاعه 03 طوابق، كما يمنع حزام الأمان اصطدام راكبي السيارة ببعضهم البعض أو بأي جسم داخل السيارة، أو حتى الاندفاع خارج السيارة، الأمر الذي قد يؤدي إلى

إصابات بالغة قد تؤدي بحياتهم، وفي هذا السياق أشارت دراسات منظمة الصحة العالمية أنه يقال من مخاطر التصادم بالنسبة 70%.

وفي هذا الصدد بينت دراسات فرنسية أنه من بين 100 سائق لم يتم ربط حزام الأمان أثناء السياقة قد أدى بحياة السائقين أثناء وقوع حادث مرور، وأكدت هذه الدراسة أن فاعلية حزام الأمان ترتبط بشكل خاص مع السرعة التي يقود بها السائق سيارته قبل الحادث، فالسير بسرعة بطيئة لا يعرض الركاب للخطر حتى بدون ربط حزام الأمان، وإن السرعة الكبيرة كفيلة بقتل كل الركاب حتى مع وضع حزام الأمان، وبالتالي ففاعلية حزام الأمان ترتبط بالسرعة المتوسطة.

(observation national Inte rministérielle de sécurité routiere, 2004).

ج- التجاوزات الخطيرة:

المناورات في الطريق هي القيام بسلوك سلبي في الطريق أو استعمال أسلوب الرعونة في السياقة دون الأخذ بعين الاعتبار النتائج الوخيمة التي ستنتج عن هذا الفعل اللامسؤول وكثيراً نلاحظ في الطرقات تصرفات من بعض السائقين في مختلف الأعمار يقودون بسرعة فائقة ولا يمتثلوا لإشارات المرور إضافة إلى السير في الاتجاه الممنوع.

د- استعمال الهاتف النقال:

استخدام الهاتف النقال أثناء قيادة السيارات أصبح من الظواهر المألوفة في مجتمعنا ولمحة عابرة على السائقين في إحدى إشارات المرور تدهشك حينما ترى الكثيرين يمسكون مقود السيارة بيد والجوال باليد الأخرى، لعل البعض من هؤلاء السائقين يعتقد أن هذه قمة المهارة في القيادة.

فمن خلال الدراسات والأبحاث التي أجريت حول هذه الشأن بينت خطورة استعمال الهاتف النقال بأي طريقة (الرد على الهاتف، إجراء مكالمة، يكتب أو يقرأ رسالة، أو حتى استعمال مواقع التواصل الاجتماعي) وكلها مظاهر تترجم خطورة، الوضع وتزيد من احتمالات وقوع حادث سير بأربع بالمئة.

من أخطار إستعمال الهاتف أثناء القيادة:

❖ يعادل استعمال الهاتف النقال أثناء السياقة السيارة القيادة تحت تأثير الخمر والمسكرات.

❖ إهمال ترك مسافة الأمان بين سيارته والسيارات التي أمامه.

❖ فشل السائق في إبقاء السياقة على مسارها لغياب التركيز

❖ يشعر السائق بضغط نفسي كمالاتا يكون مدركا لما يدور من حوله.

و- إستهلاك الكحول:

تؤكد اغلب الدراسات المخبرية (Muscovite Robinson) التي طبقت من اجل قياس مهارات السائقين أن مستوى هذه الخبرات يتأثر سلبا وبشكل ملحوظ عند تسجيل نسبة 0.2 غرام في اللتر الواحد من الدم ويتضاعف احتمال وقوع الحوادث عند ما يبلغ مستوى الكحول في الدم نسبة 0.10 في اللتر الواحد من الدم ويتضاعف احتمال وقوع الحوادث بعشرات المرات عند وصول نسبة الكحول في الدم إلى 0.15 في اللتر الواحد من الدم وتقدر المنظمات العالمية للصحة أن الكحول (يتسبب في وقوع نسبة 50%) من الحوادث الخطيرة في العالم.

لا يتوقف خطر الكحول فقط في وقوع الحوادث الخطيرة بل أن درجة خطورتها تقدر بحوالي 200 مرة أكثر في خطورة حوادث المرور الأخرى.

إن السائقين المستهلكين للكحول لا يتسببون في قتل أنفسهم فقط بل يتسببون في قتل مستعملي الطريق الآخرين أيضا ويبدو أن للكحول تأثير خاص على فئة الشباب أكثر من غيرهم، بحيث يزيد من حماسهم ويرفع شعورهم بالنشاط والخفة وحب التباهي والتفاخر مع ظهور سلوكات المغامرة والتحدي وتصل هذه السلوكات إلى حدود الاعتداء على الآخرين وخاصة باستعمال السيارة.

والمبالغة في استهلاك الكحول تؤدي إلى ظهور أعراض بسلوكية تتمثل في القلق الحاد والشعور بالندم وانخفاض في القوي الحيوية، والنشاط الوظيفي مع ضعف عام ووهن وحدة في الطبع وحساسية مفرطة. (العبودي، 2009، ص 05-06).

تتامي هذه السلوكات الخطرة على الطرقات إنما هو راجع إلى انعدام الوعي الفردي والجماعي وغياب عنصر التكوين للسائقين خاصة مع تزايد عدد حوادث المرور والتي تخلف الكثير من الأرواح يومياً.

3- سلوك المخاطرة والحوادث المرورية:

تشير الدراسات التي اهتمت بمفهوم المخاطرة وعلاقتها بالحوادث المرورية إلى أن درجة المخاطرة غالباً ما ترتفع لدى فئة الشباب، ممن يمارسون قيادة السيارات خاصة عند إتباعهم نمط القيادة المتهورة والمندفة كالسرعة المفرطة أو الميل إلى القيادة الاستعراضية أمام الآخرين مع عدم الاكتراث بالقواعد والنظم المرورية المتبعة على الطرق، أيضاً أظهرت النتائج الخاصة بالدراسة دليلاً وجوباً، أن الأفراد المرتفعين على سلوك المخاطرة في القيادة مرتفعون أيضاً على مؤشر التعرض لحالة من الغفوة والنوم الخفيف أثناء القيادة، وهو مؤشر لمقدار الإجهاد العصبي الذي يعاني منه قائدي السيارات كما ارتبطت درجة المخاطرة بمقدار المخاطرة المتهورة، نتيجة السرعة المفرطة على الطرق، وبالتالي يمكن أن نستخلص من هذه النتائج أن مرتفعي الميل لحوادث السيارات يرتفعون مع إفراطهم في سرعة القيادة.

(السيد درويش، 2005، ص 429).

خلاصة:

نستخلص من هذا الفصل أن سلوك السياقة الخطر يتمثل في مجموع السلوكات التي يمارسها السائق على الطريق أثناء قيادة سيارته وعدم الالتزام بقواعد السلامة المرورية، والتي من شأنها إن تؤدي إلى أضرار جسمية عليه وعلي الآخرين.

تتوقف حركة المرور على ثلاثة عناصر أساسية تتفاعل فيما بينها والمتمثلة في السائق والمركبة والمحيط حيث يتسبب أي خلل في احد هذه المكونات الثلاثة إلى إمكانية وقوع حادث مرور، وللعنصر البشري الأهمية البالغة في سيرورة هذا التفاعل نظرا لطبيعة مهمته المعقدة التي تستوجب عليه أن يكون متحكما في مركبته ولينا مع محيطه، إلا أن السائق وبسبب نقص الوعي يمارس سلوكات غير صحية تسمى بسلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة.

وتشمل مظاهر السياقة الخطرة على جملة من الأفعال التي يقوم بها السائق قبيل وأثناء قيامه بمهمة السياقة، منها ما يتعلق بعدم صيانة السيارة وعدم احترام إشارات المرور الإفراط في السرعة والقيادة تحت تأثير مواد مخدرة، والمناورات الخطيرة على الطريق.

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

تمهيد.

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة.

ثالثاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية.

خلاصة.

تمهيد:

رغم ما تكتسبه الدراسات النظرية من ثراء في المعارف ووجهات النظر إلا أن هذا لا يكفي لتعميق البحث، لذا استوجب إتباع أسلوب منهجي لغرض الوصول إلى نتائج علمية والجانب الميداني هو الجانب الذي له أهمية بالغة في توجيه البحث وسيره والتحليل المعمق للظاهرة موضوع الدراسة يحتاج هذا الأمر ضرورة بيان مختلف ذلك وبناء على ما سبق سوف نبني من خلال هذا الطرح مختلف الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية بتحليل مختلف المعطيات والمعلومات المجمعة من الميدان وعرضها وتحليلها وفقاً لأطر منهجية البحث العلمي التي من خلالها نحاول إثبات مدى تحقق الفرضيات التي تم الانطلاق منها عن طريق تفسير المعطيات الميدانية.

أولاً: منهج الدراسة:

إن الهدف الأساسي للدراسات العلمية هو الرغبة في الوصول إلى حقائق علمية والبرهنة عليها وإتباع منهج واضح يساعد على دراسة المشكلة وتشخيصها من خلال مجموعة من القواعد والأنظمة العامة وضعها من أجل الوصول إلى الحقائق حول الظاهرة موضوع البحث.

فالمنهج يعني: "الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة لاكتشاف الحقيقة".

(بوحوش وذبيان، 1991، ص99).

حيث أنه في الوصول إلى الحقيقة، في ضبط مساعي وأهداف وأبعاد وأسئلة وفروض الدراسة، تقتضي أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض نوع المنهج المتبع لجمع المعلومات ومقارنتها وتحليلها وتفسيرها للوصول إلى تعليمات مقبولة. (عثمان، 1998، ص24).

ومن أجل البرهنة على فرضيات بحثنا وإثباتها ميدانياً اعتمدنا على المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة للظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره.

(منسي، 2003، ص202).

ولذلك نرى إن هذا المنهج هو الأنسب لهذه الدراسة لأنه طريقة تصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي تم التوصل إليها على أشكال رقمية يمكن تفسيرها.

ثانيا: عينة الدراسة:

العينة هي مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات التطبيقية، وهي تعتبر جزء من الكل فهي جزء أو نسبة معينة من أفراد المجتمع الأصلي لتعميم نتائج الدراسة على المجتمع الأصلي. (زرواتي، 200، ص268).

وللتحقق من فرضيات الدراسة قمنا باختيار العينة العشوائية التي يلجا إليها الباحث لاختيار مجموعة من الوحدات تلاءم أغراض الدراسة على اعتبار أن دراستنا تمحورت حول المعتقدات الصحية وعلاقتها بسلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب.

1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

مما لا شك فيه أن كل بحث ميداني يجب أن يكون مسبقا بدراسة استطلاعية منهجية، لان التحقق من وضوح التعليمات للمجيبين وفهم عبارات المقياس ضروريا لبناء المقاييس النفسية. (فرج، 1980، ص160)

وينصح قبل طباعة المقياس وإخراجه بالصورة النهائية بتطبيق فقرات المقياس على عينة تتراوح ما بين (20-30) شخصا. (النبهان، 2004، ص185)

كما يساعد تطبيق المقياس في الدراسة الاستطلاعية على التعرف على مواطن القوة والضعف في المقياس. (غريبة، 2002، ص82)

لذا طبق مقياس المعتقدات الصحية واستبيان سلوكات الخطر على عينة مكونة من (30) سائق شاب إختيروا عشوائيا من ولاية المسيلة.

الجدول رقم (01): يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
73.3%	22	أعزب
26.7%	08	متزوج
100%	30	المجموع

تبين من الجدول السابق أن (22) فرد من العينة هم عزاب، نسبة 73.3% وهي تمثل أكبر نسبة في عينة الدراسة الاستطلاعية، و(08) أفراد متزوجين أي نسبة (26.7%).

الجدول رقم (02): يبين توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
3.3%	01	ابتدائي
13.3%	04	متوسط
36.7%	11	ثانوي
46.7%	14	جامعي
100%	30	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن (14) فرد من العينة أي نسبة (46.7%) وهي أكبر نسبة في العينة ذوي مستوى تعليمي جامعي، و(11) فرد أي نسبة (36.7%) هم ذوي مستوى تعليمي ثانوي، و(04) أفراد أي نسبة (13.3%) هم ذوي مستوى تعليمي متوسط و(01) فرد أي نسبة (3.3%) لهم مستوى تعليمي ابتدائي.

الجدول رقم (03): يبين توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب عدد سنوات القيادة (الخبرة).

عدد سنوات القيادة	التكرار	النسبة المئوية
(5-1)	22	73.3%
(10-5)	08	26.7%
المجموع	30	100%

من خلال الجدول نلاحظ أن (22) فرد من العينة لديهم ما بين عام إلى خمس سنوات في عدد سنوات القيادة أي نسبة (73.7%) وهي أكبر نسبة في العينة، و(08) أفراد أي نسبة (26.7%) لديهم ما بين (05) سنوات إلى (10) سنوات مدة قيادة السيارة.

1-1- مجال الدراسة الاستطلاعية:

❖ المجال البشري: 30 فرد.

❖ المجال المكاني: ولاية المسيلة.

❖ المجال الزمني: من 15 فيفري إلى 15 مارس 2016.

1-2- أدوات الدراسة الاستطلاعية وخصائصها السيكمترية:

لما كان البحث الحالي يستهدف قياس المعتقدات الصحية لدى الشباب سائقي السيارات توجب ذلك اعتماد أداة ملائمة، وبعد اطلاع الباحثة وجدت أن مقياس (المعتقدات الصحية) والذي أعدته سارة بهلول أشواق لقياس المعتقدات الصحية لدى السائقين، أداة مناسبة وقد تبنت الباحثة المقياس بصيغته النهائية وبلغ عدد فقراته (20).

بحيث تقدم الإجابة على كل بند باختيار احد البدائل الخمسة بوضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة وهي كالتالي:

غير موافق تماما - غير موافق - محايد - موافق - موافق تماما.

وحددت لها الدرجات (1-2-3-4-5) للفقرات السالبة وهي العبارات (01-03-04-06-08-10-13-17)، بينما حدد الدرجات (1-2-3-4-5) للفقرات الموجبة وهي (02-05-07-09-11-12-14-15-16-18-19-20)، حيث كلما انخفضت المعتقدات الصحية كلما اتجهت سلوكيات السياقة نحو الخطر.

ويهدف هذا المقياس إلى معرفة المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك سياقة السيارات الخطر.

الخصائص السيكومترية للمقياس:

بعد تفريغ البيانات المتحصل عليها من طرف أفراد العينة تم حساب الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية، وذلك من اجل التأكد من صدق وثبات المقياس.

ثبات المقياس:

بعد القيام بترتيب الدرجات المتحصل عليها من طرف افراد العينة، تم حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.

- طريقة (α) ألفا كرونباخ:

الجدول رقم (04): يوضح الدرجة الكلية لثبات مقياس المعتقدات الصحية.

ألفا كرونباخ	البنود
0.86	20

من خلال الجدول نلاحظ أن المقياس يمتاز بدرجة مقبولة من الثبات مما يدل على أن المقياس يمتاز بنوع من الثبات النسبي، أي انه يمكن تطبيق هذا المقياس على عينة الدراسة الأساسية.

صدق المقياس:

تم حساب صدق المقياس بطريقة الصدق الذاتي، وبما ان المقياس تحصل على نسبة مقبولة من الثبات فقد اعتمدنا في حساب الصدق على الصدق الذاتي والقائم على القاعدة التالية:

$$\text{الصدق} = \text{الجزر التربيعي للثبات حيث كانت النتيجة تساوي (0.92)}.$$

وهذه النتائج توضح ارتفاع الصدق، مما يدل على إمكانية تطبيقه على عينة الدراسة الأساسية

استبيان سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة:

يعرف الاستبيان على انه نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه إلى الأفراد من اجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة أو موقف، ويمكن أن تكون هذه الأسئلة مفتوحة أو مغلقة. (زرواتي، 2000، ص182).

يتكون استبيان سلوكيات الخطر من (22) عبارة حيث يجيب عليها المبحوثين بوضع علامة (x)، ثم تحسب الدرجة الكلية للاستبيان من خلال إجابات المبحوثين على العبارات من خلال البدائل التالية (غير موافق تماما- غير موافق - محايد- موافق - موافق تماما) حيث يوافق كل بديل من البدائل السابقة الدرجات التالية (1-2-3-4-5) بالترتيب للفقرات

الموجبة وهي (02-03-04-05-06-08-09-10-11-13-14-15-17-19-22) ووافق كل بديل من البدائل السابقة الدرجات التالية (1-2-3-4-5) بالترتيب لل فقرات السالبة وهي (01-07-12-16-18-20-21)، حيث كلما زادت الدرجة دلت على ممارسة السلوكيات الخطرة أثناء القيادة.

ويهدف هذا الاستبيان إلى معرفة سلوكيات القيادة الخطرة.

الصدق:

تم حساب صدق الاستبيان كما يلي:

النسبة	عدد المحكمين الذين أجابوا أن البند يقيس	العبرة
100	10	01
100	10	02
100	10	03
90	09	04
100	10	05
100	10	06
100	10	07
100	10	08
100	10	09
100	10	10
100	10	11
90	09	12
90	09	13
90	09	14
100	10	15
90	09	16
100	10	17
100	10	18
90	09	19
90	09	20
100	10	21
100	10	22

2- عينة الدراسة الأساسية:

2-1- مجال الدراسة الأساسية:

❖ المجال البشري: 124 فرد.

❖ المجال المكاني: ولاية المسيلة.

❖ المجال الزمني: من مارس إلى 15 أبريل 2016.

2-2- عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة في شكلها النهائي من (124) شاب سائق.

خصائص العينة الأساسية: وخصائصها موزعة كالتالي:

خصائص العينة من حيث الحالة الاجتماعية.

الجدول رقم (05): يبين خصائص العينة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية.

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
74.2%	92	أعزب
25.8%	32	متزوج
100%	124	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن (92) فرد من العدد الكلي للعينة الأساسية عزاب وذلك بنسبة

(74.2%)، أما (32) فرد منهم متزوج بنسبة (25.8%).

خصائص العينة من حيث المستوى التعليمي:

الجدول رقم (06): يبين خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
6.5%	08	ابتدائي
14.5%	18	متوسط
27.4%	34	ثانوي
51.6%	64	جامعي
100%	124	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة حيث وجدنا نسبة ضئيلة من ذوي التعليم الابتدائي بنسبة (6.5%)، وتليها نسبة الأفراد ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة تقدر ب(14.5%)، وبعدها نسبة الأفراد ذوي التعليم الثانوي ب(27.4%) وهي أعلى نسبة، وأخيرا نسبة الأفراد ذوي المستوى الجامعي التي قدرت ب(51.6%) وبالتالي فان غالبية أفراد العينة حاصلين على مستوى تعليمي جامعي.

الجدول رقم (07): يبين خصائص العينة الأساسية حسب عدد سنوات السياقة.

النسبة المئوية	التكرار	عدد سنوات السياقة
67.7%	84	5 - 1
32.3%	40	10 - 5
100%	124	المجموع

2-3- أدوات الدراسة الأساسية:

استخدمت في الدراسة النهائية نفس المقاييس المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية بعد التأكد من صلاحيتها، حيث طبقت بطريقة فردية مع تقديم المقياسين مع بعضهما للمبحوثين، وذلك لان الدراسة تبحث في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك السياقة الخطر.

بعد ذلك تم حساب الدرجة الكلية المتحصل عليها على كل مقياس ثم تم تفريغ الدرجات في برنامج خاص (spss) وذلك لحساب العلاقة بينهما ومعرفة الفروق.

ثالثاً: أساليب المعالجة الإحصائية:

من أجل حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الصدق - الثبات.

ولتحقق من فرضيات الدراسة الأساسية ثم الاستعانة بما يلي:

النظام الإحصائي (spss) وهو نظام إحصائي يستخدم في المعالجات الإحصائية المستخدمة من خلال هذا البرنامج تمثلت في ما يلي:

- ❖ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.
- ❖ معامل ألفا كرونباخ.
- ❖ معامل الارتباط لبرسون.
- ❖ اختبار (T. test).
- ❖ تحليل التباين والأحادي الاتجاه WANE WAY ANOVA.

خلاصة:

بعد عرض جميع الإجراءات المنهجية في الدراسة الميدانية بقاء من المنهج المستخدم في الدراسة وهو المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يهتم بوصف وتحليل وتفسير الظاهرة، إلى إجراءات الدراسة الاستطلاعية، ثم بعد ذلك عرجنا على الدراسة الأساسية ومواصفاتها وانتهاء بالأساليب الإحصائية المعتمدة في النتائج لتسهيل عرضها وتحليلها وتفسيرها ومناقشتها.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة.

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

التذكير بنص الفرضية الأولى:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الشباب".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم استعمال المعالجة الإحصائية الآتية:

- تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين (متزوج، أعزب) في المعتقدات الصحية.

- تم حساب قيمة "T" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكلا الفئتين (متزوج، أعزب) في المعتقدات الصحية.

والبيانات الخاصة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين، وكذلك القيم

الخاصة بحساب "T"، الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (08): يوضح الفروق في المعتقدات الصحية تبعا للحالة الاجتماعية.

القرار	مستوى دلالة	قيمة "T"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	الحالة الاجتماعية	
غير دالة	0.05	-0.083	7.96	44.73	92	أعزب	المعتقدات
			12.47	44.81	32	متزوج	الصحية

من خلال الجدول رقم (08) يتضح انه قد بلغ المتوسط الحسابي عند العزاب (44.73) وبانحراف معياري قدره (7.96)، وعند الإناث بلغ المتوسط (44.81) بانحراف معياري قدره (12.47)، وباستخدام اختبار "T" لمعرفة درجة الفروق بين الحالتين الاجتماعيتين ومستوى دلالتها عند (0.05) كانت "T" المحسوبة اقل من "T" المجدولة وعلى هذا نقول أن الفرق غير دال إحصائياً، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين والعزاب في المعتقدات الصحية لدى الشباب.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

التذكير بنص الفرضية الثانية:

- "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الشباب".

الجدول رقم (09): يوضح الفروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى المعنوية	القرار
بين المجموعات	484.291	013	161.43	1.91	0.13	غير دالة
داخل المجموعات	10114.45		84.28			
المجموعة	10598.74					

من خلال الجدول رقم (09) نلاحظ أن قيمة اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي قد بلغت (1.91) و هي غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وذلك لان قيمة مستوى المعنوية (0.13) أكبر من (0.05) وعلى أساس هذه القيمة لا توجد فروق في المعتقدات الصحية حسب متغير المستوى التعليمي لدى الشباب.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

التذكير بنص الفرضية الثالثة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى الشباب تبعا لمتغير الخبرة" لاختبار صدق هذه الفرضية تم استعمال المعالجة الإحصائية الآتية:

- تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين (01-05) (05-10) في المعتقدات الصحية.

- تم حساب قيمة "T" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكلا الفئتين (01-05)،
(10-05) في المعتقدات الصحية.

- والبيانات الخاصة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين، وكذلك القيم الخاصة بحساب "T"، الموضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): يوضح الفروق في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير عدد سنوات السياقة.

الخبرة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "T"	مستوى دلالة	القرار
المعتقدات الصحية	من 1 إلى 5 سنوات	45.95	9.00	2.87	0.05	دالة
	من 5 إلى 10 سنوات	40.32	9.07			

من النتائج المتحصل عليها في الجدول (10) يلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي لفئة (من 1 إلى 5 سنوات) خبرة بلغ (45.94) وانحراف معياري يساوي (9.00) بينما فئة (من 5 إلى 10) سنوات خبرة حصلت على متوسط حسابي بلغ (40.32) وانحراف معياري يساوي (9.07)، وباستخدام اختبار "ت" لمعرفة درجة الفروق بين الفئتين ومستوى دلالتها كانت قيمة "ت" تساوي (2.87)، بمعنى أن القيمة المحسوبة لـ "T" أكبر من قيمة "T" المجدولة إذا الفرق بين الفئتين دال إحصائياً أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لصالح (من 1 إلى 5 سنوات)، ولكنها غير دالة عند مستوى دلالة (0.05).

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

التذكير بنص الفرضية الرابعة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لدى الشباب".

لاختبار صدق هذه الفرضية تم استعمال المعالجة الإحصائية الآتية:

- تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين (متزوج، أعزب) في سلوكيات الخطر.

- تم حساب قيمة "T" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكلا الفئتين (متزوج، أعزب) في سلوكيات الخطر.

والبيانات الخاصة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين، وكذلك القيم الخاصة بحساب "T"، والموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (11): يوضح الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعا للحالة الاجتماعية.

القرار	مستوى دلالة	قيمة "T"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	الحالة الاجتماعية	
دالة	0.05	2.64	12.43	57.15	92	أعزب	سلوكيات
			13.98	50.98	32	متزوج	الخطر

من النتائج المتحصل عليها في الجدول (11) يلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي لفئة العزاب بلغ (57.15) وانحراف معياري يساوي (12.43) بينما فئة المتزوجين حصلت على متوسط حسابي بلغ (50.98) وانحراف معياري يساوي (13.98)، وباستخدام اختبار "ت" لمعرفة درجة الفروق بين الحالتين الاجتماعيتين ومستوي دلالتها، كانت قيمة "ت" تساوي (2.64)، بمعنى أن القيمة المحسوبة لـ "T" أكبر من قيمة "T" الجدولة.

إذا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتزوجين والعزاب في سلوكيات الخطر تعزى لصالح العزاب، وهي دالة عند مستوى دلالة (0.05).

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

التذكير بنص الفرضية الخامسة:

"لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى الشباب".

وبعد المعالجة الإحصائية تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول رقم (12): يوضح الفروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى المعنوية	القرار
بين المجموعات	1724.68	0.017	574.89	3.52	0.01	دالة
داخل المجموعات	19555.702		126.946			
المجموعة	21280.387					

من خلال الجدول أعلاه رقم (12) نلاحظ أن الفروق بين الأفراد في سلوكيات الخطر حسب متغير المستوى التعليمي دالة إحصائياً حيث بلغت قيمة اختبار الدلالة (ف) تحليل التباين الأحادي (3.52) وهو دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، لأن مستوى المعنوية (0.01) وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد عينة الدراسة في سلوكيات الخطر حسب متغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

التذكير بنص الفرضية السادسة:

لإختبار صدق هذه الفرضية تم استعمال المعالجة الإحصائية الآتية:

- تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين (01-05)

(05-10) خبر في سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة.

- تم حساب قيمة "T" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لكلا الفئتين (01-05)

(05-10) في سلوكات الخطر.

والبيانات الخاصة بحساب المتوسطات والانحرافات المعيارية لكلا الفئتين، وكذلك القيم

الخاصة بحساب "T"، الموضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (13): يبين الفروق في سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعا لعدد سنوات السياقة .

القرار	مستوى دلالة	قيمة "T"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	الخبرة	
غير دالة	005	1.78	12.10	56.42	98	من 1 إلى 5 سنوات خبرة	سلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة
			16.15	51.30	26	من 5 إلى 10 سنوات خبرة	

من النتائج المتحصل عليها في الجدول يلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي لفئة

(من 1 إلى 5) سنوات خبرة في السياقة بلغ (56.42) وانحراف معياري يساوي (12.10)

بينما فئة من (من 5 إلى 10) سنوات خبرة في السياقة حصلت على متوسط حسابي بلغ

(51.30) وانحراف معياري يساوي (16.15).

وباستخدام اختبار "ت" لمعرفة درجة الفروق بين الفئتين ومستوى دلالتها، كانت قيمة "ت" (1.78)، بمعنى أن القيمة المحسوبة لـ "ت" أقل من قيمة "ت" المجدولة إذا الفرق بين الفئتين غير دال إحصائياً أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئة (من 1 إلى 5) سنوات خبرة سيطرة وفئة من (من 5 إلى 10) خبرة في السيادة في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة لدى الشباب.

7- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

التذكير بنص الفرضية العامة.

"توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة لدى أفراد العينة".

لإختبار صحة الفرضية تم حساب دلالة معامل الارتباط الخطي لبرسون بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة، كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): يبين قيمة معامل الارتباط لبرسون للمعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة.

المتغيرات	قيمة " R "	مستوى دلالة	القرار
المعتقدات الصحية	-0.45	0.05	دالة
سلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة			

يتضح من خلال الجدول (14) أن قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة بلغ (-0.45)، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وهذا يعني انه يوجد ارتباط سالب دال إحصائياً بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسيادة.

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة:

مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب قيمة "T" لدلالة الفروق بين المتوسطات بين الحالتين الاجتماعيتين (متزوج، أعزب)، على استبيان المعتقدات الصحية وبناءً على نتائج الجدول رقم (08) يتضح أن الفرضية الأولى تحققت، وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.

وبالنسبة لنتائج هذه الفرضية لم أجد أي دراسة عربية على حد عملي تطرقت لهذا المتغير وبالرجوع إلى التراث النظري نرجع تفسير الوصول إلى هذه النتيجة أن العناصر الأساسية للنموذج المعتقدات الصحية هي:

❖ القابلية المدركة للإصابة، والخطورة المدركة للمرض، الفوائد المدركة للفعل والمعوقات أو التكاليف المدركة للفعل، والدافعية الصحية، والهاديات للتصرف، ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد احتمال إنخراط الأفراد في سلوك معين والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة مدركة، وهذا يؤكد أن إدراكنا يؤدي دورا محوريا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي مثل الحالة الاجتماعية، ولكن على أساس إدراكي.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على مقياس المعتقدات الصحية المتعلقة بالسياقة باختلاف المستوى التعليمي المبينة في الجدول رقم (09)، وبناءً على نتائج الجدول يتضح أن الفرضية الثانية تحققت

وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

نتيجة هذه الفرضية جاءت معاكسة لدراسة سعاد الخشاب 2010 والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، حيث أسفرت نتائجها على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي، وكذا دراسة "جونسون، وماكليود" 2003 حيث أشارت نتائجها إلى وجود دلالة إحصائية لأفراد العينة المدروسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.

ولكن النتائج جاءت غير متناسقة مع ما توقعناه حيث يعتبر المستوى التعليمي من أهم العوامل المؤثرة في فهم الحساسية المدركة التي تساهم في الوعي والمعرفة بما يتعلق بالدرجة المدركة من الخطورة، إذا لم يواجه الفرد أو يستعد لمواجهة المشكل الصحي ونتائجه الوخيمة، فالأفراد يبقون أصحاء أو يمرضون نتيجة لتصرفهم أو سلوكهم، هاته السلوكات التي تكون في غالب الأحيان مرتبطة بمستواهم الثقافي والعلمي، الذي يعتبر العامل الذي يساعد على تقييم الفرد للحلول المقترحة من حيث المنفعة وسهولة التنفيذ.

مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير عدد سنوات السياقة (الخبرة)".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على استبيان المعتقدات الصحية المتعلقة بالسياقة والموضحة في الجدول رقم (10) وبناءً على النتائج المتحصل عليها يتضح أن الفرضية الثالثة لم تحقق، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات تعزى لمتغير الخبر لصالح عدد سنوات السياقة من (من 1 إلى 5).

هذه النتيجة، جاءت مناقضة لما توقعناه، وبالرجوع للتراث النظري يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن

طريقة دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات والأهداف الخارجية وليس دوافع خارجية وهذا ما يسفر عن وجود فروق في المعتقدات الصحية تبعاً لمغير عدد سنوات السياقة، لأن الخبرة تعتبر عاملاً خارجياً مكتسباً.

مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمغير الحالة الاجتماعية".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب قيمة "T" لدلالة الفروق بين المتوسطات بين الحالتين الاجتماعيتين (متزوج، أعزب)، على استبيان سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة، ومن خلال النتائج المتحصل عليها والموضحة في الجدول (11) نستطيع القول أن الفرق بين الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج) دال إحصائياً أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح العزاب، وعليه نرفض الفرضية الصفرية ونتبنى الفرضية البديلة.

وبالنسبة لنتيجة هذه الفرضية وعلى حد علم الطالبة لا توجد أي دراسة عربية تناولت متغير الحالة الاجتماعية.

وهذا ما يتفق مع الجانب النظري حيث أنه من العوامل المؤثرة في سلوك الخطر ومن خلال المنظور المعرفي، حيث يتعامل مع المخاطرة باعتبارها نشاطاً يقوم به الشخص بعد التفكير في البدائل الوراثية والحيوية وخصائص الأسرة والطبقة والنشأة الاجتماعية وهذا ما يفسر الوصول إلى أنه لا توجد فروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعاً للحالة الاجتماعية (متزوج، أعزب).

مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير المستوى التعليمي".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب تحليل التباين الأحادي لاستجابة عينة الدراسة على استبيان سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة الموضحة في الجدول رقم (12) وبناء على النتائج المتحصل عليها يتضح أن الفرضية الخامسة تحققت، وبالتالي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

جاءت نتيجة هذه الدراسة موافقة إلى حد كبير مع دراسة، **النافع والسيف (1987)** حيث أشارت نتائج هذه الدراسة إلى أن سلوك قيادة السيارات يختلف حسب المستوى التعليمي.

وجاءت نتائج الدراسة الحالية معاكسة لدراسة **قريشي فيصل (2014)** حيث أشارت هذه الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في سلوك سياقة السيارات الخطر يعزى لمتغير المستوى التعليمي.

مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار "T" للمقارنة بين متوسطي عينة (من 1 إلى 5) سنوات سياقة و(من 5 إلى 10) سنوات خبرة في السياقة على إستمارة إستبيان سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة المبين في الجدول رقم (13) حيث كانت تساوي (1.78) وهي غير دالة إحصائياً.

وبناء على هذه النتائج يتضح انه لا توجد فروق في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب تبعا لمتغير الخبرة.

أن نتيجة هذه الفرضية جاءت منافية لدراسة بن الشيخ عياش 2007 حيث أجرى دراسة على عينة قوامها (100) سائق، وأسفرت نتائج الدراسة على وجود علاقة إرتباطية عكسية بين الخبرة في السياقة وسلوك المخاطرة.

مناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة: "توجد علاقة إرتباطية بين المعتقدات الصحية وسلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة".

وللتأكد من صحة الفرضية قمنا بحساب الارتباط بين متوسطي درجات مقياس المعتقدات الصحية وإستمارة إستبيان وسلوكات الخطر المرتبطة بالسياقة، باستخدام معامل الارتباط بيرسون المبين في الجدول رقم (14) حيث كانت تساوي (-0.45)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) وعليه فإن الفرضية العامة تحققت.

وبناء على هذه النتائج يتضح أنه:

توجد علاقة إرتباطية سالبة بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة، أي انه زادت درجات المعتقدات الصحية انخفضت سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة لدى الشباب.

هذه النتائج جاءت معاكسة لما توصلت إليه دراسة بهلول سارة أشواق 2008 حيث أكدت أنه لا توجد علاقة إرتباطية بين المعتقدات الصحية وسلوكيات سياقة السيارات الخطرة. كما أن الواقع المعاش يبين أن السلوكيات الخطرة المرتبطة بالسياقة أصبحت تشكل مشكلة صحية عالمية، فالشباب يسلكون سلوكيات محفوفة بالمخاطر وغير آمنة على الطريق والذي لاحظناه في التراث النظري أن المعتقدات الصحية تهدف إلى تحسين سلوك السياقة وذلك بغرض تعزيز أنماط الحياة الصحية، فربط المعتقدات الصحية بسلوك السياقة الخطر يساهم بشكل فعال في الشرح والتنبؤ بسلوكيات الشباب ذات الصلة بالممارسات الخاطئة على الطريق وحتى الوقاية منها، ومن خلال الاستناد إلى العناصر الرئيسية الأربعة لنموذج المعتقدات الصحية.

حيث تركز هذه النظرية على مواقف واعتقادات الأفراد، فهي تستند على الفهم الذي يتخذ به الشخص إجراءات متعلقة بالصحة إذا شعر بأن صحته مهددة.

الاستنتاج العام:

من خلال عرض ومناقشة نتائج الدراسة الحالية ومن خلال تطبيق مقياس المعتقدات الصحية المتعلق بالسياقة واستمارة استبيان سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة، لدى عينة من السائقين الشباب فقد توصلنا إلى تحقق أربعة فرضيات من أصل سبعة وسنتناول ذلك حسب كل فرضية حيث توصلت النتائج إلى أنه:

1. توجد علاقة إرتباطية سالبة بين المعتقدات الصحية وسلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة.
2. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.
3. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.
4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير الخبرة لصالح من (1 إلى 5) سنوات.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح العزاب.
6. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيين.
7. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة تبعاً لمتغير الخبرة.

خاتمة

خاتمة:

دراسة سلوكيات الخطر المرتبطة بالسياقة وربطها بمتغيرات تؤثر وتتأثر بها كانت ولا تزال من بين أهم الميادين التي تحتاج إلى المثابرة والإطلاع أكثر من أجل تحقيق الهدف المرجوة من أي دراسة.

وفي هذا الإطار جاءت دراستنا هذه التي حاولنا فيها أن نتطرق إلى بعض السلوكيات الخطر المتعلقة بالسياقة وربطها بالمعتقدات الصحية الذي يعتبر من أكثر النماذج النظرية شيوعا في الأوساط الصحية ومجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفسير بعض السلوكيات.

ومع هذا تبقى هذه النتائج بحاجة إلى المزيد من البحث والدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث، باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة أكبر حجما، وبالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها.



قائمة

المراجع

قائمة المراجع:

1. ابن منظور (1992): لسان العرب، دار صادر للنشر والطباعة ، ط1، بيروت، لبنان.
2. احمد سعد ردود الثبتي (1993): السلامة بين المفهوم والتطبيق، مطبعة الصلاح، ط1، جدة.
3. بن الشيخ عياش (2007): المسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بسلوك المخاطرة لدى السائقين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
4. بن غذفة شريفة (2006): السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
5. بهلول سارة أشواق (2008): 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.
6. بوحوش عمار (1991): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط 2، ديوان المطبوعات الجامعية.
7. بوطبال سعد الدين (2014): سمات الشخصية وأثرها على ارتكاب المخالفات المرورية لدى السائقين، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، العدد (04).
8. بوظريفة حمو وآخرون (1991): دراسة عن أسباب حوادث المرور في الجزائر، مركز المطبوعات الجامعية، الجزائر.
9. تايلور شيلي (2008): علم نفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاكر داود، دار حامد للنشر، ط1، عمان، الأردن.
10. حجي العنزي عبد العزيز (2015): دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، كلية التربية والآداب، جامعة تبوك.

11. حسين محمد العثمان (2005): معتقدات الأردنيين في محافظة الكرك في أسباب الفقر ومحدداته، مجلة التنمية والسياسات الاقتصادية، المجلد (04).
12. حمو بوظريفة وآخرون (2007): فعالية قانون المرور الجديد في الجزائر دراسة ميدانية على عينة من السائقين، مخبر الوقاية والأرغمونيا، جامعة الجزائر، العدد (01).
13. خشاب سعاد (2010): علاقة المعتقدات الصحية بسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
14. درويش (2005): بعض محددات الميل إلى الحوادث المرورية، الأقصى للنشر، ط1، لبنان.
15. الرزقي رشيد (2011): الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
16. زرواتي رشيد (2000): منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، ط1 دار هومة، الجزائر.
17. زعابطة سيرين هاجر (2010): علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك السياقة الصحي لدى السائقين رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
18. سامر جميل رضوان وكونرادريشكة: السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، متوفرة على الرابط: alba7is@yahoo.com، تم الاقتباس بتاريخ: 2016-03-30.
19. شوقي وليد، شفيق السيد (2009): طرق المعرفة الإجرائية والمعتقدات المعرفية وعلاقتها باستراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.

20. الصالح ابركان وتوفيق برغوتي (2015): التنبؤ بادرار الشباب لسلوك السياقة الخطير من خلال التفاؤلية غير الواقعية، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد (08)، العدد (01).
21. صفاء طميش (2003): ورشات عمل حول المعتقدات والسلوكيات الجنسية في المجتمع الفلسطيني في الضفة الغربية وغزة، مجلة الحوار المتدين، العدد (386).
22. طلال محمد الناشري وأمال محمد السائيس (2013): دراسة عن السلوك الصحي في المجتمع السعودي، متوفرة على الرابط:
23. عبد الحميد صفوت (1992): الاتجاه نحو المخاطرة وسلوك التدخين، المصرية للكتاب.
24. عبد اللطيف محمد خليفة (1995): المعتقدات والاتجاهات نحو المرض النفسي، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة.
25. العبودي صالح (2009): العوامل النفسية لحوادث المرور، الندوة العلمية لتجارب العربية والدولية في تنظيم المرور.
26. العثمان حسن العثمان (1989): المنهجية في كتابة البحوث والرسائل الجامعية، منشورات الشهاب، الجزائر.
27. عيسى الداغستاني سناء: المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد (26-27).
28. غريبة فوزي (2000): أساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية، ط1، دار وائل، عمان، الأردن.
29. فرج صفوت (1980): القياس النفسي، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
30. فيليب مودي (2005): معتقدات الموظفين الحكوميين الكويتيين الذكور حول مركز التحكم في الصحة وحول التدخين، المجلة الصحية للشرق المتوسط، المجلد (11)، العدد (1-2).

31. قريشي فيصل (2014): أساليب المواجهة وعلاقتها بسلوك السياقة الخطرة لدى السائقين الجزائريين، المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد (07)، العدد (03).
32. القص صليحة (2008): سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
33. مقرن مطني الرشيد سعودي (2010): انعكاسات تعديلات أنظمة المرور على الحوادث من وجهة نظر العاملين في المرور والسائقين، دراسة ميدانية على منطقة حائل بالمملكة العربية السعودية.
34. منسي عبد الحميد محمود (2003): مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، دار المعرفة الإسكندرية، مصر.
35. النافع عبد الله السيف خالد (1987): تحليل الخصائص النفسية والاجتماعية المتعلقة بسلوك قيادة السيارات بالمملكة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
36. النبهان موسى (2004): أساسيات القياس النفسي في العلوم السلوكية، ط1، دار الشروق، عمان الأردن.
37. هناء احمد محمد الشويخ: علم النفس الصحي، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

المراجع الأجنبية:

38. Bailte (2006): psychologie de l'automobiliste, paris, France.
39. English English (1958): dictionary of psychology and psychoanalytical terms longmans.
40. Observatoire interministeriel de securite routiere (2008): la securite routiere routiere en France bilan de l'annee (2003), paris, France.

الملاحق

استبيان سلوكيات السياقة الخطر

معلومات عامة:

الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب

المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

المدة الفعلية في عدد سنوات السياقة (الخبرة):

التعليمات:

ضع علامة (X) داخل الخانة التي تراها تتناسب مع تكرارك بالقيام بسلوكيات معينة أثناء السياقة. مع العلم لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة والإجابة الصحيحة هي التي تتناسب وسلوكياتك المعتادة.

الرقم	العبارة	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
01	زيادة استخدام الخطوط المستمرة على الطريق يسمح لي بمعرفة اين يكون التجاوز خطرا					
02	القيادة بسرعة في الطرق المفتوحة يجعلك تشعر بسعادة					
03	الخطر المتوقع جراء السرعة هو احتمال ضئيل					
04	يمكن لبعض السائقين القيام بتجاوز امن حتى في الوضعيات الخطرة					
05	استطيع القيام بتجاوزات خطيرة اذا زدت من سرعة السيارة					
06	الاقتراب كثيرا من سيارة امامي يجعلني اتجاوزها بشكل اسهل					
07	زيادة السرعة قليلا عن الحد الاقصى تعرضك للخطر					
08	النظر في المرايا العاكسة اثناء التجاوز ،لا يعتبر ضروريا إلا في بعض الحالات					
09	يمكنك القيادة بسرعة اكبر اذا كنت تقود بحذر					
10	حاليا لا تعتبر التجاوزات الخطيرة مشكلة خطيرة					
11	الاشخاص الذين اوقفتم الشرطة بسبب السرعة المفرطة هم اقل حقا ،لان الكثير من الناس يفعلون هذا					
12	اكون اكثر ارتياحا اذا وضعت قوانين مشددة للتجاوزات الخطيرة					
13	في بعض الاحيان يتوجب عليك الزيادة من سرعتك لتواكب حركة المرور					
14	الاشخاص الذين اوقفتم الشرطة بسبب التجاوزات الخطيرة هم اقل حقا لان الكثير من الناس يفعلون ذلك					
15	يزعجني ان اقود في حدود السرعة المسموح بها ،فهذا يجعلني اخطط لرحلاتي في وقت ابكر					
16	القيادة في حدود السرعة المسموح بها يعني انني فوتت على نفسي الشعور بالاثارة					

					السياسة في حدود السرعة المسموح بها يعني أنني فوتت على نفسي الشعور بالإنارة	17
					كسائق، حتى التجاوزات الأقل خطورة تجعلك تحس بعد الامان	18
					اعتقد انه من المقبول القيام ببعض التجاوزات الخطيرة اذا كنت ماهرا في السياسة	19
					اذا اسرعت هذا يزيد من احتمالية تعرضي لحادث مرور	20
					الهدف من تواجد رجال الامن على الطريق هو ايقاف اكبر نسبة من السائقين الذين يقومون بتجاوزات خطيرة	21
					السياسة في حدود السرعة المسموح بها، هذا يعني استهلاك وقت اكبر للوصول الى غاياتي	22

مقياس المعتقدات الصحية المتعلقة بالسياقة

(نموذج المعتقدات الصحية)

التعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عن آرائك ومعتقداتك حول أسلوبك في السياقة.

ضع علامة (X) داخل الخانة التي تراها تتناسب مع رأيك حول أسلوبك في السياقة، مع العلم لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تتناسب وسلوكياتك المعتادة.

الرقم	العبارة	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
01	أسلوبي في السياقة يزيد من احتمالية أن توقفني الشرطة					
02	التعرض لحادث مرور يؤدي إلى إصابات خطيرة تؤثر على حياتي					
03	تغيير أسلوبي في السياقة يجعل الناس يفكرون بأنني سائق غير ماهر					
04	حظوظي كبيرة جدا في التعرض لحادث مرور					
05	فقدان رخصة السياقة يؤثر بشكل كبير على مشاغلي اليومية والترفيه الذاتي					
06	السياقة ضمن القانون تجعلني متوترا دائما					
07	اعتمادي أسلوب سياقه سليم يبعدي عن خطر التعرض لحادث مرور					
08	حظوظي مرتفعة في إمكانية منحي مخالفة مرورية					
09	تعرضي لمخالفة مرورية يجعلني في ضائقة مالية خلال عدة شهور					
10	احترامي قانون المرور يجعلني أفقد الشعور بالإثارة أثناء السياقة					

					هناك احتمالية كبيرة في فقدان رخصة السياقة جراء ارتكابي لمخالفات مرورية	11
					فقدان رخصة السياقة يؤثر بشكل كبير على عملي	12
					إجراءات السلامة المرورية تعيق حركتي أثناء السياقة	13
					احترام قانون المرور يحافظ على حياتي	14
					قيامي بسلوك مخاطرة على الطريق يزيد من احتمالية تعرضي لحادث مرور	15
					إصابتي في حادث مرور يسبب مشاكل كبيرة في حياتي	16
					احترام قانون المرور بحذافيره يؤخرني على انجاز أعمالي	17
					الاهتمام بإجراءات السلامة المرورية يجعلني ابتعد عن الخطر	18
					اعتمادي أسلوب سياقة سليم يجعل عائلتي مطمئن علي	19
					الاهتمام بإجراءات السلامة المرورية يبقي سيارتي بحالة جيدة	20

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

