



العادات الصحية لدى طلبة الجامعة

م.د. محمد حميد سرحان ياسين الجميلي
دائرة البحوث والدراسات في بغداد- العراق
الايميل: drmohamed7676@gmail.com

حسام عادل حسن
جامعة القادسية - العراق
الايميل: husamalhasnawy@gmail.com

المخلص

يهدف البحث الحالي الى التعرف على مستوى العادات الصحية لدى طلبة الجامعة وكذلك الفروق في العادات الصحية وفقاً لمتغير النوع (ذكور ، اناث) . ولتحقيق هدف البحث قام الباحث بتبني مقياس العادات الصحية المعد من قبل (حداد 2011) الذي يقيس العادات الصحية ، وتألف المقياس من (29) فقرة امام كل فقرة خمس بدائل هي (موافق بشدة، وموافق، وموافق إلى حد ما، وغير موافق، وغير موافق بشدة). واعتمد الباحث المنهج الوصفي في الدراسة، يشمل مجتمع البحث الحالي طلبة جامعة القادسية (ذكوراً و إناثاً) من طلاب المرحلة الأولية الصباحية للعام الدراسي 2018 / 2019 بكافة اختصاصاتها العلمية والإنسانية التي تحتويها الجامعة ، وتم اختيار العينة بصورة عشوائية تبلغ (200) طالب وطالبة ، وبعد استخراج الخصائص القياسية للمقياس أظهرت النتائج ان عينة البحث تتمتع بمستوى عالي من العادات الصحية ، اما بالنسبة للفروق وفقاً للنوع (ذكور، اناث) فتبين عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بمستوى دلالة (0.05) في العادات الصحية . وفي ضوء نتائج البحث اوصى الباحث بمجموعة من التوصيات والمقترحات.

الكلمات المفتاحية: العادات الصحية ، طلبة الجامعة.



Health Habits of University Students

Dr. Muhammad Hamid Sarhan Yassin Al-Jumaili

Research and Studies Department in Baghdad – Iraq

Email: drmohamed7676@gmail.com

Husam Adil Hasan

Al-Qadisiyah University - Iraq

Email: husamalhasnawy@gmail.com

ABSTRACT

The current research aims to identify the level of health habits of university students, as well as the differences in health habits according to the gender variable (male, female).

To achieve the research goal, the researcher adopted a health habits scale prepared by (Haddad 2011) that measures health habits, and the scale consisted of (29) paragraphs in front of each paragraph five alternatives are (strongly agree, agree, somewhat agree, disagree, and disagree Badly). The researcher adopted the descriptive, relational approach in the study, the current research community includes Qadisiyah University students (male and female) who are students of the morning primary stage for the academic year 2018/2019 with all its scientific and human specialties that the university contains, and the sample was chosen in a random phase of (200) students, After extracting the standard characteristics of the scale, the results showed that the research sample has a high level of healthy habits. As for the differences according to type (males and females), there were no statistically significant differences with a level of significance (0.05) in healthy habits. In light of the research results, the researcher recommended a set of recommendations and proposals.

Keywords: healthy habits, university students.



الفصل الاول

أولاً: مشكلة البحث

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة حالة متكاملة من الرفاه الجسمي، والعقلي، والاجتماعي، وهي ليست غياباً مجرداً للمرض أو وجود العجز. يلاحظ من تلك الإشارة تحقيق التوازن بين الجوانب الاجتماعية، والعقلية، والجسمية بدلاً من غياب المرض، وكثيراً ما يستخدم مصطلح العافية Wellness للإشارة إلى حالة الصحة القصوى التي يمكن الوصول إليها. (تايلور، 2008، ص39)

حدث تغيير في أنماط الأمراض التي يصاب بها الناس في العديد من المجتمعات المتقدمة تكنولوجياً، ففي مدة قريبة من القرن العشرين كانت الاضطرابات الحادة Acute Disorders هي الإصابة بالأمراض والموت في بقاع العالم المختلفة، المتقدمة منها وغير المتقدمة حضارياً، ويذكر من هذه الأمراض على وجه التحديد، مرض السل Tuberculosis وذات الرئة Pneumonia وأمراض معدية أخرى. والاضطرابات الحادة هي أمراض قصيرة المدى، وغالباً ما يسببها التعرض للفيروسات والبكتيريا، وعادة ما يتم الشفاء منها نتيجة العلاج.

أما الآن فأصبحت الأمراض المزمنة Chronic Illness، خاصة أمراض القلب، والسرطان، والسكري، تشكل السبب الرئيس للعجز والوفاة.

والأمراض المزمنة هي أمراض تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لمدد زمنية طويلة، ولا يمكن الشفاء منها في الأغلب، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من المريض والمشرفين على علاجه (تايلور، 2008، ص45).

ان هذه الأمراض تتسبب جزئياً من عوامل اجتماعية ونفسية متعددة، فعلى سبيل المثال، تتطافر العادات الشخصية الصحية، كنظام التغذية والتدخين في أمراض القلب والسرطان (تايلور، 2008، ص46).

فأمراض القلب تتطافر فيها عوامل التدخين والسمنة وضغط الدم المرتفع والكوليسترول ونمط الحياة المتسم بكثرة الجلوس.

والسرطان تتطافر فيه، تدخين التبغ، ونظام تغذية غير مناسب، والكحول، والتعرض للملوثات البيئية. والأمراض الدماغية والوعائية (السكتة القلبية) تتطافر فيها، تدخين التبغ، وضغط الدم المرتفع، والكوليسترول، ونمط حياة المتسم بكثرة الجلوس.

وأمراض الرئتين المزمنة يتطافر فيها، تدخين التبغ، والتعرض للملوثات البيئية.

إما إصابات الحوادث فتتج من تجاهل استخدام حزام الأمان، و تعاطي الكحول، والحوادث المنزلية. Home Hazards (تايلور، 2008، ص123).

إلا أن أمراض القلب والشرابين هي القاتل الأول على لائحة أسباب الموت السبعة الأكثر فتكاً بالبشر اليوم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً يموت مليون أمريكي جراء الإصابة بأمراض القلب والشرابين، فيموت 2778 شخصاً كل يوم، أي 2 شخصاً كل ثانية، أما في لبنان فيموت 25000 شخصاً بنوبة قلبية قاتلة في السنة الواحدة أي 55 نوبة قلبية قاتلة لكل 10000 شخص سنوياً.

ويموت شخص جراء نوبة قلبية أو سكتة قلبية كل 4 ساعات. كما يموت 40% من الأشخاص الذين يخضعون لعملية جراحية في الشرايين (لتحويل مجرى الدم عن شريان مسدود كلياً) خاصة من المصابين بداء السكري.

ويعاني 47% من الأشخاص الذين يخضعون لعملية جراحية في الشرايين من ارتفاع معدل التريغليسيرين (كاربر، 2000، ص5-6).

إلا أننا في العراق لا نمتلك مثل هذه الإحصاءات للأسف الشديد، المشكلة مرتبطة بغياب الإحصاءات، فالأدلة كثيرة على إمكانية التحكم باحتمال الإصابة أو لا بمرض القلب، ويمكن أن نقرر ما إذا كان هذا المرض سيتطور سلبياً إذا ما تمت الإصابة به. وتؤكد الدراسات الحديثة المثيرة يومياً أن بالإمكان تجنب الإصابة بأمراض القلب أو الشفاء منها بوساطة الغذاء والمكملات الغذائية، وأن الألوان أن لا يفوت أبداً تغيير الوضع الصحي (كاربر، 2000، ص5-6).



إن مشكلة البحث تنطلق من ضرورة غرس المعتقدات الصحية وترسيخ اعتقاده لدى أفراد المجتمع عامة والطلبة خاصة في ظل ظروف صحية غير قادرة على تدارك ما يمر به المجتمع من أمراض و كوارث صحية تفصح عن نفسها في كثرة الأوساخ والمزابل المنتشرة بين الأحياء السكنية وما تجلبه من جراثيم ومكروبات مسببة للأمراض، فضلاً على انتشار العادات السيئة مثل التدخين والمخدرات التي أشارت إليها وزارة الصحة العراقية في أكثر من ندوة و مؤتمر (مطويات و ندوات وزارة الصحة).

أما على الصعيد النظري فإن المشكلة تبدو واضحة في قلة عدد الدراسات والبحوث في الميدان، ان لم تكن معدومة، مع كثرتها في البلدان المتقدمة. ممّا يُلقى على عاتق الباحثين التصدي بالدراسة والبحث. وما هذه الدراسة إلا محاولة مما يجب ان يقوم به الباحثون. لذا تكمن مشكلة البحث الحالي في ما العادات الصحية لدى طلبة الجامعة؟

ثانياً: أهمية البحث :

تنطلق فكرة الارتقاء بالصحة Health Promotion من فلسفة عامة مفادها ان الصحة الجيدة هي نتاج انجاز شخصي تراكمي، فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحي Health Habits System في مرحلة مبكرة من عمر الفرد، والمحافظة عليه في مرحلة الرشد والشيوخة.

أما على المستوى الطبي، فهي تتضمن تعليم الناس كيفية الوصول إلى إتباع أسلوب حياة صحي Health Life Style ومساعدة الفئات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة على سلوك طريقة تمكنهم من الانتباه لما يمكن ان يتعرضوا إليه من المخاطر، و أما على صعيد التخصص النفسي، فإن فكرة الارتقاء بالصحة تتضمن تطوير نظام تدخل يستهدف مساعدة الناس على القيام بممارسة السلوكيات الصحية Health Behaviours ويتضمن تركيزاً عاماً على الصحة الجيدة، وتوافر المعلومات التي تساعد الناس على تطوير نظام حياة صحي، والمحافظة عليه، كما يتضمن توافر المصادر والوسائل التي تساعد الناس على تغيير العادات السيئة الضارة بالعادات الصحية.

ويمكن لوسائل الإعلام أن تسهم في الارتقاء بالوضع الصحي، وذلك من خلال البرامج التثقيفية التي تبين للناس المخاطر التي تترتب على القيام بسلوكيات معينة، مثل التدخين (تايلور، 2008، ص121).

ويعمل علماء نفس الصحة في عدد من المؤسسات التربوية التي تنيط بهم مسؤولية تثقيف الأطباء والمرضات وغيرهم من العاملين في المهن الصحية وبقية علماء النفس، على تقديم مساقات تتعلق بأهمية العوامل النفسية والاجتماعية في الصحة والمرض (كوليكان وآخرون، 2003، ص269).

كما يمكن للتشريعات ان تسهم في الارتقاء بالمستوى الصحي، وذلك من خلال سن قوانين معينة يمكن ان تقلل من التعرض للمخاطر، كذلك التي تتعلق باستخدام أحزمة الأمان، وتجهيز السيارات بمقاعد خاصة يجلس عليها الأطفال للحد من حركتهم في أثناء القيادة (تايلور، 2008، ص127).

إن العوامل السلوكية والعادات الشخصية والأسلوب في الحياة ترتبط بالأمراض، حيث أشارت دراسة دول و بيتو Doll & Petol 1981 إلى أنّ عوامل التدخين وعادات الغذاء والإكثار من تناول الكحول و ترك التمارين الرياضية أدت إلى رفع مخاطر الوفاة بالأمراض الوعائية القلبية.

وتأسيساً على ما تقدم فإن الباحث يرى أن أهمية هذا البحث تستمد من أهمية المعتقدات الصحية كونها متغيراً تنبؤياً لصحة الفرد وهي أساس من أسس الشخصية السليمة التي تسعى المجتمعات إلى زرعها وترسيخها في أبنيتها المستقبلية المجتمعية.

ثالثاً: أهداف البحث:

يستهدف البحث الحالي التعرف على:

1. المعتقدات الصحية لدى طلبة الجامعة.
2. الفروق في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير (الذكور و الإناث).

رابعاً: حدود البحث

يحدد البحث الحالي بطلبة جامعة القادسية للعام الدراسي (2018- 2019) من الذكور و الإناث في الدراسات الصباحية.

**خامساً: تحديد المصطلحات**

المعتقدات الصحية: عرفه كل من:

1. أيزن (Ajzen 1991)
بأنه نية الأفراد أداء سلوك عندما يقومونه ايجابياً معتقدين قبوله من الآخرين ويكون مسيطراً عليه (Courenya & McAuley, 1995, p501).
 2. كوليكان وآخرون (2003)
بأنه سلوك الأفراد الصحي بناءً على إدراكهم خطورة الحالة الصحية، وتحليلهم التكاليف والأرباح الناجمة عن الإجراء الوقائي المقترح لتلك الحالة. (كوليكان و آخرون، 2003، ص573)
 3. تايلور (2008) : بأنه التنبؤ بممارسة الفرد يمارس عادة صحية معينة، وذلك عن طريق معرفة الدرجة التي يدرك بها الفرد وجود تهديد صحي ما، ويدرك أن ممارسة صحية معينة ستكون فعالة في التخفيف من ذلك التهديد (تايلور، 2008، ص888).
- وقد تبني الباحث تعريف أيزن Ajzen تعريفاً نظرياً نابغاً من النظرية المتبناة في البحث. والتعريف الإجرائي للمعتقدات الصحية:
هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المستجيب على مقياس المعتقدات الصحية الذي بني على وفق نظرية أيزن Ajzen .

الفصل الثاني

أطار نظري

النظريات التي تناولت المعتقدات الصحية

ظهرت نظريات صغرى فسرت المعتقد الصحي وحددت مساراته في السلوك والتنبؤ بالسلوك تحت عناوين النماذج، ومنها:

أ. نموذج المعتقدات الصحية - HBM - Health Belief Model

طُوّر نموذج المعتقدات الصحية في أوائل الخمسينيات من علماء النفس الاجتماعيين العاملين في الخدمة الصحية العامة في الولايات المتحدة الأمريكية في محاولة لتفهم الإخفاق الواسع في عدم قبول الناس الوقاية من الأمراض أو الاختبارات المبكرة للكشف عن الأمراض الغائبة الأعراض. وتبع ذلك تطبيقه على مرض الاستجابة إلى الأعراض Responses to Symptoms ومدى توافقه مع علاج الحمية الطبية. و اشتقت المكونات الرئيسية للنموذج من النظرية النفسية السلوكية التي تشير نماذجها المختلفة المفترضة إلى أن السلوك يعتمد على متغيرين:

(1) القيمة التي يصنعها الفرد لهدف معين.

(2) تقدير الفرد إمكانية ان الفعل المعين سوف يحقق ذلك الهدف.

وعندما تكون تلك المتغيرات مفهومة في سياق السلوك الصحي. تكون التناظرات:

أ. ادراك الشخص للتهديد الصحي.

ب. اعتقاده بان الممارسة الصحية ستكون مؤثرة في خفض التهديد المدرك. (Janz & Becker, 1984, p2).

وهذان الأمران يحددان مدى التهديد القادم من ذلك المرض. وعليه فإن الفرد سيتبنى السلوك الصحي عندما يخشى التهديد الذي يشكله ذلك المرض مع أن تبني السلوك الصحي يعتمد على مدى إيمانه بفاعلية ذلك السلوك واعتقاده بأن فوائد الالتزام بالسلوك الصحي أكثر كلفة، إذ إن الانزعاج الذي تسببه التمارين الرياضية والحمية الغذائية وما يفقده من اللذة في تناول الأطعمة والتدخين كلها ستكون أهون عليه إذا اعتقد أنها ستنتقذ حياته من خطر الموت جراء الإصابة بأمراض القلب وارتفاع الضغط وما إلى ذلك (كوليكان وآخرون 2003 ص 282-283).



وعلى وجه الخصوص يتألف النموذج من الأبعاد الآتية:

1- الاستعداد المدرك. **Perceived Susceptibility**

2- الشدة المدركة. **Perceived Severity**

3- المنافع المدركة. **Perceived Benefits**

4- العوائق المدركة. **Perceived Barriers**

ويفترض أن نموذج المعتقد الصحي أن الفعل الصحي يعتمد على ثلاثة أصناف من العوامل تحدث بصورة متزامنة:-

1. حدوث باعث ملائم أو يتعلق بالصحة مما يجعل قضايا الصحة ظاهرة أو وثيقة الصلة بالموضوع.
2. الاعتقاد بأن استعداد الفرد يتعرض إلى مشكلة صحية جدية أو مرض ثانوي أو حالة صحية وهذا المصطلح يُسمى بالتهديد المدرك.

3. الاعتقاد بأن التوصية الصحية المحددة اللاحقة تكون ذات فائدة في تقليل التهديد المدرك وبكلفة مقبولة ذاتياً، وتشير الكلفة تغلب الفرد على إدراك العوائق بغية إتباع التوصية الصحية التي تضمنتها وليس تحديدها ضمن النفقات المالية.

أوجدت النظرية المعرفية الاجتماعية إسهامين على الأقل لتفسير السلوك الصحي ولم يتضمنهما نموذج المعتقد الصحي HBM وهما:

الإسهام الأول: التأكيد على مصادر المعلومات للحصول على توقعات، و لاسيما ما يتعلق بمكوّن أثر الباعث المحفز و تأثير التعلم بالملاحظة من خلال نمذجة (محاكاة) سلوك الآخرين وان وصف مصادر التوقعات يقود إلى عدد من الاستراتيجيات الفاعلة والكامنة لتغيير السلوك من خلال توقعات معدلة.

والإسهام الثاني: هو إدخال مفهوم فاعلية الذات وهو مفهوم يتميز عن توقع النتيجة (Bandura, 1977) ويعرف الأخير (أن الفرد يقدّر ان السلوك المعين سيفقد إلى نتائج معينة) وهذا مشابه تماماً إلى مفهوم إدراك المنافع في أنموذج المعتقد الصحي.

وعرفت فاعلية الذات، بأنها إمكانية تنفيذ الفرد قناعة ناجحة السلوك المطلوب لإظهار النتائج، والتميز بين توقعات النتيجة و توقعات الفاعلية مهم بسبب ان كلاهما مطلوبان للسلوك. (تايلور، 2008)

ب. نظرية الفعل المدروس - TRA - Theory Reasoned Action

وهي نظرية ذات عمومية أكبر، وتفترض أنّ السلوك يتغير بتغير نية الفرد أو مقاصده التي تتحدد بالاتجاه النفسي الذي يحمله الفرد إزاء السلوك كما تتحدد بالمعايير الذاتية التي يحملها الفرد (كوليكان وآخرون، 2003 ، ص 283) وتفترض النظرية ان الناس عقلانيون جداً حسب المعلومات المنظمة لديهم عندما يقررون كيف يتصرفون. فضلاً على ذلك يراعون ان الأفعال تتضمن ذلك قبل الارتباط في السلوك أو عدم الارتباط به (Ajzen, 1987) وتفترض النظرية ان السلوك يهدي نحو الهدف أو النتيجة وبناءً على ذلك نختار الأفراد بحرية الأفعال التي يعتقدون أنها تهيئهم نحو ذلك الهدف المحدد وبخلافه فأنهم قد لا يختارون التصرف إذا اعتقدوا ان ذلك الفعل سيبيدهم مسافة عن الهدف المحدد.

إنّ المحدد الآتي للسلوك هو النية أو القصد للفعل أو عدمه وتشكل النوايا من عاملين:

أولاً- التقويم الشخصي للسلوك – بمعنى اتجاه الشخص نحو السلوك.

ثانياً- إدراك الشخص أنّ الضغط الاجتماعي يؤدي إلى الفعل أو عدمه – بمعنى معيار الشخص الذاتي.

إنّ المعتقدات هي التي تحدّد اتجاه الشخص نحو السلوك، والسلوك سيقود إلى نتائج قيمة ايجابياً وسلبيّاً. وإدراك الشخص للتقويم هو الذي يشكل معيار الشخص الذاتي من حيث وضع الفرد أو مجموعة الأفراد للسلوك و تتحدد بمجموعة معايير يجب إتباعها، وان التنبؤ بالسلوك وفقاً للنظرية يُعد ذا وزن نسبي فيما يتعلق بمقياس الاتجاه الشخصي مقابل المعايير الذاتية. (Branon & Feist, 2000, p.49)

إنّ هذه النظرية ترى أنّ المعتقدات تتأثر بالعمر والجنس والطبقة الاجتماعية والمستوى الثقافي، والدين، وسمات الشخصية، وهذه المتغيرات تؤثر في المعتقدات وهي بدورها تؤثر في المقاصد وقد أفلحت النظرية في التنبؤ بعدد من أنماط السلوك مثل التبرع بالدم والسلوك الصحي وتحديد النسل والإقلاع عن التدخين. (كوليكان وآخرون، 2003، ص283-284).



ج. نظرية السلوك المقصود -TPB- Theory of Planned Behaviour

طورت هذه النظرية من عالم النفس الاجتماعي آيزن, الذي شارك مع زميله فشبين Fishbein وبنيا نظرية الفعل المدروس، إذ كانت بسيطة في متغيراتها ولم تستطع تفسير جميع أنواع السلوك (Wiggins, et al 1994,p.246). ويبدو أنّ الفرق الرئيس بين نظرية الفعل المدروس ونظرية السلوك المقصود أنّ الأخيرة قد تضمنت مقدار ما يمتلكه الأفراد من ضبط سلوك مُدرك على سلوكهم بيد ان هناك عوامل عدة يمكن ان تتدخل في السلوك طبقا لما نحملة من اتجاهات.

وفي بعض الأحيان تمنعنا هذه العوامل من القيام بفعل نبغي أداءه ومن هذه العوامل:-

1. السلوك السابق. Past Behaviour
2. هوية الذات. Self- Identity
3. فاعلية الذات. Self-Efficacy (Wiggins et al,1999,p246)

1- السلوك السابق

ان الأفراد الذين قصدوا عمل شيء ما في مرة سابقة من المحتمل ان يستمروا في عملها بصورة أكثر احتمالاً من الأفراد الذين قصدوا أداءه للمرة الأولى .

وهناك دراسة قام بها آيزن و ميدن (Ajzen & Madden) بينت أنّ حضور طلاب الجامعة إلى الصف سابقاً على أنه منبئ جيد عن حضورهم الصف مستقبلاً، مهما تكن اتجاهاتهم ونواياهم حول الحضور للصف. (

(Ajzen & Madden, 1986, pp 453-474

ويمكن تفسير تأثير السلوك السابق على السلوك اللاحق نفسياً ووظيفياً.

نفسياً من خلال أننا نخلق عادة ونميل إلى تكرار الطريقة التي عمل بها الشيء سابقاً. وبسبب العامل الوظيفي يستمر سلوكنا السابق من العمل وهذا ربما يفسر لماذا سلوكنا الحالي لا يتطابق مع النوايا الحالية. (Wiggins et al, 1994, p247

2- هوية الذات

هناك عامل ثانٍ يؤثر في العلاقة بين النية أو القصد والسلوك وهو هوية الذات فالأفراد الذين يميلون إلى التصرف بأسلوب متناسق مع هوية الذات ربما يكونون أكثر احتمالاً من أدائه بدلاً من الأفراد الذين لا يتناسق أسلوبهم معه، فمثلاً وجد ان الأفراد الذين يقصدون التصويت بطريقة تكون متناسقة مع الهوية الحزبية، فإنهم يقومون بذلك، وليس هناك اتساق كبير بين النية والسلوك عندما تتقاطع النوايا مع هويتهم السياسية. (Wiggins et al,1994, p247

3- فاعلية – الذات

اقترح آيزن ومادين Ajzen & Madden, ان هناك عاملاً آخر يؤثر في النتائج ألا وهو الضبط المُدرك إذ يسهم أيضاً في العلاقة بين النية والسلوك، وانتهيا إلى نتيجة، باضافة هذا العنصر إلى نظرية السلوك المقصود.

في موضوع الطبيعة الاجتماعية للذات The Social Nature of Self تبين أن هناك اختلافاً بين الأفراد من حيث شعورهم بتملك الضبط على الأشياء الجيدة والرديئة التي تحدث لهم، فصنّف بعض الأفراد على أنهم ذو فاعلية – ذات عالية high self- efficacy ويشعرون بتملك ضبط ايجابي جيد. وصنّف آخرون أنهم يملكون فاعلية – ذات واطئة low self- efficacy. ويعتقدون أنهم لا يستطيعون تحقيق نتائج إيجابية – أي بسبب عدم تملكهم عزو أساس (مثلا القدرة أو النظام، أو المحددات) أو بسبب نتائج مُسيطر عليها بعوامل بيئية ولا يستطيعون عمل شيء أكثر إزائها.

يعتقد عدد من الباحثين ان النوايا أفضل منبئ بالسلوك للأفراد من ذوي فاعلية – ذات عالية – أو يعتقد هذا الصنف من الأفراد أنهم يستطيعون ضبط السلوك وإبراز نتائج ناجحة بدلاً من أولئك الذين يملكون فاعلية – ذات واطئة.

كما يؤكدون على أن فاعلية – الذات ترتبط بسلوكيات فضلاً عن فاعلية – ذات عالمية -Global Self- Efficacy وأشاروا إلى أن الأفراد يبدون أنهم يشعرون بضبط أكثر لبعض مفاهيم السلوكيات من اخرى، ويرون أنّ النوايا أفضل منبئ على السلوك عند الشعور أن هناك ضبطاً على نتائج ذلك السلوك. وعلى سبيل المثال ربما يشعر معظم الأفراد أنهم يملكون ضبطاً أكثر لتلك السلوكيات مثل التصويت، أو حضور مشاهدة أفلام السينما، أو التسوق بدلاً من سلوكيات أخرى مثل الحصول على قرض مصرفي لأنه يتطلب مؤسسة مصرفية، أو الإقلاع عن التدخين لأنه يتطلب إرادة قوية. علماً أن نوايا النوع الأول تتنبأ بالسلوكيات بشكل



أفضل من النوع الأخير لدى معظم الأفراد، ومن غير ريب هناك فروق فردية تتعلق بسلوكيات محددة. فالطالبات اللواتي يشعرن بإمكانية السيطرة على الوزن بنجاح إذا حاولن، فنتج ان نية إنقاص الوزن قد أدت إلى ان خفض الوزن الفعلي أكثر من عمل أقرانهن اللواتي يشعرن ان جهدهن ربما لم يكن ناجحاً. وبموجب نظرية السلوك المقصود، فإن السلوك يقوم على ثلاثة معتقدات هي:

- 1- المعتقدات السلوكية: وهي اعتقادات بنتائج محتملة للسلوك والتقويم لتلك النتائج.
- 2- المعتقدات المعيارية: وهي اعتقادات بتوقعات معيارية للآخرين ودافع إطاعة تلك التوقعات.
- 3- معتقدات الضبط "معتقدات مسيطرة": وهي المعتقدات عن وجود عوامل ربما تسهل أداء السلوك أو تعوق قوة ادراك تلك العوامل.

إن إعطاء درجة كافية من الضبط الفعلي على السلوك، وتوقع أن الأفراد يقومون بتنفيذ النية عندما تسنح الفرصة بذلك يفترض أن النية تسبق السلوك. وعلى أية حال، وبسبب عدد من السلوكيات تطرح صعوبات تنفيذ ربما تحدد الضبط الإرادي، ومن المفيد عدّ الضبط السلوكي المُدرَك فضلاً عن النية والى حد ما عندما يعمل الضبط السلوكي المُدرَك نيابة عن الضبط السلوكي الفعلي مما يسهم في التنبؤ بالسلوك. (Ajzen,2006: 59)

ولا بد من الوقوف عند هذه المكونات وشرحها بصورة موجزة بغية الحصول على معلومات أكثر تخص النظرية وهي:

1- المعتقدات السلوكية: ان المعتقدات السلوكية ترتبط بالسلوك ونتائج المتوقعة المهمة، والمعتقد السلوكي هو الاحتمالية الذاتية الذي يبرز السلوك على أنه نتيجة معينة. على العموم إنّ تقويم كل نتيجة يسهم في الاتجاه بنسبة مباشرة.

2- المعتقدات المعيارية: ان المعتقدات المعيارية تشير إلى توقعات سلوكية مُدركة لمرجعيات الفرد المهمة مثل زوجته، وعائلته، وأصدقائه، وان دراسة العينة والسلوك تعتمد على العاملين مع الفرد سواء كانوا معلمين أم أطباء أم مشرفين أم زملاء،

3- معتقدات السيطرة: إن عوامل الإدراك الموجودة في معتقدات السيطرة تقوم بتسهيل أداء السلوك أو تعوقه، وعلى وجه التحديد فإنّ القوة المدركة لكل عامل ضبط تسهل أداء السلوك أو تعوق إسهامه في الضبط السلوكي المُدرَك بنسبة مباشرة للاحتتمالية الذاتية وان كان عامل السيطرة موجود.

4- الاتجاه نحو السلوك: ان الاتجاه نحو السلوك هو الدرجة التي يقوم بها أداء السلوك إيجاباً أو سلباً وفقاً للتوقع، أو قيمة النموذج، ويمكن تحديد الاتجاه نحو السلوك عن طريق المجموعة الكلية للاعتقادات السلوكية التي يمكن الوصول إليها. كما يرتبط السلوك بنتائج متنوعة وأشياء معززة أخرى وعلى وجه الخصوص فإنّ قوة كل معتقد يمكن ان تقوّم من خلال النتيجة، و من ثم يُجمع الناتج الكلي من خلال معادلة معروفة يمكن الرجوع إليها (Ajzen,2006:65).

5- المعيار الذاتي: هو الضغط الاجتماعي المُدرَك للمشاركة أو عدم المشاركة في السلوك، وهو يناظر التوقع للاتجاه من الناحية الوظيفية، ومن المفترض ان يُحدّد المعيار الذاتي عن الطريق الإجمالي الكلي للمعتقدات السلوكية التي من الممكن الوصول إليها. وعلى وجه التحديد فان قوة كل معتقد معياري يظهر مقامه ضمن نتائج السلوك.

6- الضبط السلوكي المُدرَك: يشير الضبط السلوكي المُدرَك إلى إدراكات الآخرين (الناس) وقدرتهم على أداء سلوك معين، ومن المفترض أن يتحدد الضبط السلوكي المُدرَك عن طريق مجموعة من الاعتقادات السلوكية التي يمكن الوصول إليها. والتي تشير إلى عوامل قد تسهل أداء السلوك، وعموماً فان قوة كل معتقد ضبط يمكن قياسه ويمكن جمع الناتج وفق معادلة معروفة تشير إلى المدى الذي يمكن ان نعده انعكاساً للضبط السلوكي الفعلي. وان الضبط السلوكي المُدرَك يمكن استخدامه مع النية (القصد) في التنبؤ بالسلوك. (73): (Ajzen,2006) للرجوع إلى المعادلة.

7- النية (القصد): وتعني الدلالة على استعداد الفرد للقيام بسلوك معين. والنية تعد الدلالة التي تسبق السلوك وترتكز على الاتجاه نحو السلوك، وبالمعيار الذاتي وبالضبط السلوكي المُدرَك. وتتمتع بأهمية واضحة في علاقتها بالسلوك كونها قادرة على التنبؤ به.

8- الضبط السلوكي الفعلي: وهو يشير إلى مدى امتلاك الفرد مهارات، ومصادر، ومتطلبات أخرى ضرورية لأداء السلوك المعين. و أنّ الأداء الناجح للسلوك لا يعتمد على النية الإيجابية فقط بل يعتمد كذلك على



مستوى كافٍ من الضبط السلوكي المُدرَك إلى الحد الذي يكون فيه الضبط السلوكي المُدرَك دقيقاً ويعمل نيابة عن الضبط الفعلي بحيث يمكن استخدامه للتنبؤ بالسلوك.

9- السلوك: وهو الاستجابة الظاهرة التي يمكن ملاحظتها في موقف معين وهدف معين. ويمكن تجميع ملاحظات سلوكية مفردة عبر سياقات وأوقات تؤدي إلى قياس واسع للسلوك.

في نظرية السلوك المقصود يكون السلوك هو وظيفة نوايا متساوقة وإدراكات ضبط سلوكي. ومفاهيمياً، فإن الضبط السلوكي المُدرَك يقوم بتهدئة تأثير النية على السلوك. إذ تقوم النية الايجابية بإظهار السلوك.

وعندما يكون الضبط السلوكي المُدرَك قوياً وعملياً تكون النوايا والمدرجات للضبط السلوكي موجودة عادة ويكون لها تأثيرات رئيسة على السلوك من دون وجود تفاعلات ذات دلالة إحصائية أو من دون وجود تفاعلات ذات فروق فردية. (Ajzen, 2006: 48)

وان كل المعتقدات السلوكية والمعتقدات المعيارية ومعتقدات السيطرة تتبع من خلفية فردية واجتماعية ومعلوماتية. فالفردية تستند إلى طبيعة كل من الشخصية والمزاج والانفعال والقيم والقبولية¹ والاتجاهات العامة والمخاطر والسلوك السابق. والاجتماعية تضم كلاً من التربية والعمر والنوع والمدخلات والدين والعرق والاثنية والثقافة. أما المعلوماتية فهي تضم المعرفة ووسائل الإعلام وتداخل المعلومات، Fishbein & Ajzen, (2010, p 20).

د. أنموذج نظرية التغيير (TTM) Transtheoretical Model

وهذه نظرية أخرى تحاول التنبؤ بتغييرات في السلوك الصحي وتفسيره وهو أنموذج نظرية التغيير الذي طوره كل من بروجاسكا و ديكلمنت Prochaska & Diclemente ، ويُفترض أنموذج ان الأفراد يتقدمون من خلال خمسة مراحل في صنع التغييرات وهي:

- مرحلة (1) ما قبل التفكير. Precontemption
- مرحلة (2) مرحلة التفكير. Contemption
- مرحلة (3) مرحلة التحضير. Preperation
- مرحلة (4) مرحلة الفعل. Action
- مرحلة (5) الصيانة. Maintanance

و البنية المركزية لهذا الأنموذج هو مراحل التغيير وهي مهمة في جزء من الأنموذج بسبب كونه يمثل بعداً زمنياً مؤقتاً. والتغييرات تتضمن ظواهر Phenomena تحدث طوال الزمن (Velicer et al, 1998, pp 216-233).

1- مرحلة ما قبل التفكير: في هذه المرحلة ليست هناك نية لتغيير السلوك في المدى المنظور، وكثير من الأفراد في هذه المرحلة غير واعين أو تحت الوعي لمشكلاتهم.

2- مرحلة التفكير: يكون الأفراد في هذه المرحلة واعين بمشكلاتهم الحادثة ويفكرون بجديّة بالتغلب عليها ولكنهم لم يتخذوا نية للقيام بالفعل.

3- مرحلة التحضير: وهي المرحلة التي تندمج فيها النية والمحك السلوكي، ويستطيع الأفراد في هذه المرحلة اتخاذ فعل في الشهر القادم مثلاً ولم يكونوا قادرين على اتخاذ فعل في وقت سابق.

4- مرحلة الفعل: في هذه المرحلة يعدّل الأفراد من سلوكهم وخبرتهم أو بينتهم بغية التغلب على مشكلاتهم، ويتضمن الفعل معظم التغييرات السلوكية ويتطلب عدّ الوقت والطاقة.

مرحلة الصيانة: في هذه المرحلة يعمل الأفراد على وقاية سلوكهم من الانتكاس وتعزيزه خلال الفعل (Prochaska & Diclemente, 1992, pp 1102-1104)

الدراسات السابقة

1. دراسة تورك وسالوفي (Turk, Ruelya Salovay, 1981) بينت الدراسة وجود علاقة بين نوع العمل والممارسات الصحية، فأشارت الممرضات إلى احتفاظهن بعلبة الإسعافات الأولية في البيت، أما المعلمات فقد بذلن اهتماماً خاصاً للمحافظة على الوزن وزيارة طبيب الأسنان دورياً وتناول الطعام بشكل معقول، في حين مارست الطالبات الرياضة وامتنعن عن التدخين وأمضين ما يكفي من الزمن في الهواء الطلق. (Turk, Ruelya Salovay, 1981)



2. دراسة (كوليكان وآخرون، 2003). تناولت الدراسة تأثير السلوك على المرض، إذ أوضحت دراسة أخرى أنّ ممارسة الأفراد لتصرفات سلوكية صحية لها ارتباط بتقليل الإصابة بالمرض ومنها، عدد ساعات النوم، وتناسب الوزن مع طول العمر وغيرها، بينت ان زيادة التصرفات الصحية ارتبطت بقلّة الإصابة بالمرض. (كوليكان وآخرون، 2003، ص278-280).

منهجية البحث وإجراءاته:

منهجية البحث:

استخدم الباحث منهج البحث الوصفي لتحقيق اهداف بحثه وذلك لان هذا المنهج هو الاكثر ملائمة وانتشارا، والمنهج الوصفي يشمل البحوث التي تركز على ما هو كائن الان في حياة الانسان والمجتمع. والمنهج الوصفي هو احد اشكال التحليل والتفسير العلمي المنظم بوصف ظاهرة أو مشكلة محددة وتصويرها كميًا عن طريق جمع بيانات ومعلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة (ملحم، 2010: 370).

مجتمع البحث:

يشمل مجتمع البحث الحالي طلبة جامعة القادسية (ذكوراً و إناثاً) من طلاب المرحلة الأولية الصباحية للعام الدراسي 2018 / 2019 بكافة اختصاصاتها العلمية والإنسانية التي تحتويها الجامعة، وقد بلغ المجموع الكلي لمجتمع البحث الحالي (16415) طالب وطالبة، موزعين بحسب متغير الجنس وبواقع (8020) طالب يمثلون نسبة (49%) من مجتمع البحث الكلي و(8395) طالبة يمثلون نسبة (51%) من مجتمع البحث الكلي، موزعين بحسب متغير التخصص وبواقع (9054) من الطلبة الدارسين في الاختصاصات العلمية ويمثلون نسبة (55%) من مجتمع البحث الكلي، وأما الدارسين في الاختصاصات الإنسانية (7361) طالب وطالبة ويمثلون نسبة (45%) من مجتمع البحث الكلي.

عينة البحث:

اختار الباحث عينة البحث بالطريقة الطبقيّة العشوائية من مجتمع البحث الكلي المتمثل بطلبة الجامعة من الدراسة الأولية، بلغت (200) من طالب وطالبة تتوزع وفقاً لمتغير الجنس بواقع (98) ذكور، و(102) اناث، والتخصص بواقع (110) علمي و(90) انساني. والجدول (1) يوضح توزيع عينة البحث.

جدول (1)

توزيع عينة التحليل البحث بحسب التخصص والجنس

النسبة المئوية	المجموع	الجنس		التخصص
		اناث	ذكور	
55%	110	56	54	العلمي
45%	90	46	44	الانساني
100%	200	102	98	المجموع

اداة البحث:

لغرض الحصول على اداة تقيس العادات الصحية يلائم مجتمع البحث الذي يروم الباحث دراسته، تبنى الباحث مقياس (حداد 2011) الذي يقيس العادات الصحية، وتألّف المقياس من (29) فقرة امام كل فقرة خمس بدائل هي (موافق بشدة، و موافق، و موافق إلى حد ما، و غير موافق، و غير موافق بشدة).

تصحيح المقياس:

بما ان امام كل فقرة تدرجاً خماسياً لتقدير الاستجابات على فقرات المقياس وهي (موافق بشدة، و موافق، و موافق إلى حد ما، و غير موافق، و غير موافق بشدة). إذن تعطى لها عند التصحيح الدرجات (1,2,3,4,5) على التوالي، اذ يكون مجموع الدرجة الكلية للمقياس (145).

التحليل المنطقي لفقرات مقياس العادات الصحية:

يذكر ايبيل (Ebel) أن أفضل الوسائل الوسائط المسجلة لتأكيد صلاحية الفقرات؛ هي قيام عدد من الخبراء المختصين بتقدير صلاحيتها



في قياس الصفة التي وضعت لأجلها (555 : 1972 Ebel) فإذا قالوا أن الأداة تقيس السلوك الذي وضعت لقياسه ؛ فإن الباحث يستطيع الاعتماد على حكمهم (عباس وآخرون ، 2011 : 264).

لذلك تم عرض الفقرات لمقياس العادات الصحية على (5) من المتخصصين في العلوم التربوية والنفسية وطلب منهم تقدير مدى صلاحية كل فقرة في قياس ما أعدت لقياسه كما تبدو في شكلها الظاهري ، وذلك بالموافقة على الفقرة أو اقتراح استبعادها أو إجراء التعديل المناسب عليها . وبعد جمع آراء المتخصصين تبين أنهم اتفقوا بنسبة (100%) على جميع فقرات المقياس.

- وضوح التعليمات وفهم العبارات:

طبق الباحثة المقياس على عينة مكونة من (30) طالب وطالبة اختبروا عشوائياً من طلبة الجامعة ، وقد اجابت هذه العينة على المقياس امام الباحث كي يتمكن من تأشير ملاحظاتهم واتضح ان الفقرات والتعليمات جميعها كانت مفهومة وواضحة للمجيبين ، وان المدى للوقت للإجابة عن المقياس تراوح من (15- 21) دقيقة ، وقد طلب من الطلبة قراءة التعليمات والفقرات ، والاستفسار عن اي غموض وذكر الصعوبات التي قد تواجههم أثناء الاستجابة.

- التحليل الاحصائي للفقرات:

تعد عملية التحليل الاحصائي لفقرات المقياس من الخطوات الأساسية وان اعتماد الفقرات التي تتميز بخصائص سيكومترية جيدة يجعل المقياس أكثر صدقاً وثباتاً (192 : 1988 Anastasi) ، وعندما يختار الباحث الفقرات المناسبة ذات الخصائص الاحصائية الجيدة فانه يتحكم بخصائص المقياس كله وقدرته على قياس ما اعد لغرض قياسه (السيد ، 1979 : 565).

حساب الخصائص السيكومترية للفقرات:

يشير معظم المتخصصين في القياس النفسي الى أن الخصائص السيكومترية لفقرات المقياس تشكل أهمية كبيرة في تحديد قدرته على قياس ما وضع لقياسه فعلاً (Holden , el at, 1985 : 386-389) ، ويكاد يتفق أصحاب القياس النفسي على بعض الخصائص القياسية التي ينبغي التحقق منها في فقرات مقاييس الشخصية وهي القوة التمييزية للفقرات ومعاملات صدقها (الزيباري ، 1997 : 75) .

أ- القوة التمييزية للفقرات :

ان حساب القوة التمييزية للفقرة تعتبر من اهم خصائصها القياسية في المقاييس النفسية المرجعية المعيار لأنها تؤثر عن قدرة فقرات المقياس على الكشف عن الفروق الفردية بين الافراد في السمة او الخصيصة والتي يقوم على اساسها القياس النفسي (Ebel, 1972 : 399).

ولاستخراج القوة التمييزية لفقرات المقياس قام الباحث باتباع الخطوات الآتية:

- 1- تطبيق المقياس على عينة البحث البالغ عددها (200) طالب وطالبة.
- 2- تصحيح استمارات المقياس وحساب الدرجة الكلية لكل استمارة.
- 3- ترتيب الدرجات التي حصل عليها أفراد العينة على مقياس العادات الصحية ترتيباً تنازلياً من اعلى درجة إلى ادنى درجة .

4- اختيرت نسبة (27%) من الاستمارات الحاصلة على أعلى الدرجات وسميت بالمجموعة العليا، وكذلك نسبة (27%) من الاستمارات الحاصلة على أدنى الدرجات ، وسميت بالمجموعة الدنيا، وفي ضوء هذه النسبة بلغ عدد الاستمارات في كل مجموعة (54) استمارة، وذلك لإخضاعها لعملية التحليل الإحصائي للحصول على أقصى درجات التطرف في الاستجابات بين المجموعتين .

5- حساب الوسط الحسابي والانحراف المعياري للمجموعة العليا و المجموعة الدنيا على فقرات المقياس البالغ عددها (29) فقرة، وتم تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لاختبار دلالة الفروق بين درجات كل من المجموعتين، وُعُدت القيمة التائية المحسوبة مؤشراً لتمييز كل فقرة عن طريق مقارنتها بالقيمة التائية الجدولية والتي تساوي (1,98) عند مستوى دلالة (0,05) وبدرجة حرية (106) وقد تبين أن جميع الفقرات مميزة ودالة إحصائياً.



ب . علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية :

تعد هذه الطريقة من أكثر الطرائق استعمالاً في تحليل فقرات المقياس ، وذلك لما تتصف به من تحديد مدى تجانس فقرات المقياس في قياس الظاهرة السلوكية (Allen & yen , 1979 : 124). واعتمد الباحث في حساب صدق الفقرة على معامل ارتباط " بيرسون " بين درجات كل فقرة والدرجة الكلية ، لكون درجات الفقرة متصلة ومتدرجة ، علماً أن عينة صدق الفقرات تتكون من (200) فرد في البحث الحالي.

إذ أشارت (أنستازي Anastasi) الى أن ارتباط الفقرة بمحك داخلي أو خارجي مؤشر لصدقها ، وحينما لا يتوفر محك خارجي مناسب فإن الدرجة الكلية للمجيب تمثل أفضل محك داخلي في حساب هذه العلاقة (Anastasi , 1976 :P 206) ، وقد تبين ان جميع فقرات المقياس دالة احصائياً عند مقارنتها بالقيمة الجدولية (0,139) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (198).

الخصائص القياسية (السيكومترية) للمقياس :

يعد حساب الخصائص القياسية السيكومترية من المستلزمات الأساسية لصلاحية المقاييس النفسية ، وكلما زاد عدد هذه الخصائص المحسوبة للمقياس أشر ذلك دقته وقدرته على قياس ما أعد لقياسه وأمكن الوثوق به لقياس الخصيصة أو السمة التي أعد لقياسها (Zeller and Carmines, 1980, P. 77).

وتُشير هذه الخصائص إلى مفهومي من المفاهيم الأساسية التي تتعلق بالاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية هما ؛ مفهوم صدق الاختبار وثبات الاختبار (عالم ، 2000 : 130) . وقد تحقق الباحث من هذه الخصائص وكما يلي:-

أولاً : صدق المقياس :

يعد الصدق أهم الخصائص القياسية السيكومترية التي يجب أن تتوافر في المقاييس النفسية (Ebel , 1972 : 435) ، لأنه مؤشر على قدرة المقياس في قياس ما أعد لقياسه ومن خلاله يمكن التحقق من مدى قدرة المقياس على تحقيق الغرض الذي أعد من أجله (عودة والخليبي، 1998 : 333-335). لقد استخرج للمقياس الحالي مؤشرا للصدق هما الصدق الظاهري ، وصدق البناء، وفيما يأتي توضيح لكيفية التحقق من كل مؤشر منها :

أ- الصدق الظاهري :

تكون الأداة صادقة إذا كان مظهرها يُشير إلى ذلك من حيث الشكل ومن حيث ارتباط فقراتها بالسلوك المقاس ، فإذا كانت الأداة وفقراتها مطابقة للسمة التي تقيسها فأنها تكون أكثر صدقاً (محمد ، 2012 : 79) . وقد تحقق الباحث من الصدق الظاهري لمقياس العادات الصحية من خلال عرضه على المحكمين وقد تم تحقيقه عندما اتفق الخبراء المتخصصون في العلوم التربوية النفسية على صلاحية الفقرات في قياس العادات الصحية.

ب . صدق البناء:

ويُقصد به تحليل درجات المقياس استناداً إلى البناء النفسي للظاهرة المراد قياسها أو في ضوء مفهوم نفسي معين . وهناك طرائق عدة لتحقيق هذا النوع من الصدق منها " اختبار أحد فرضيات النظرية، المقارنات الطرفية، علاقة درجة كل فقرة من فقرات الاختبار بالدرجة الكلية للاختبار " (محمد، 2012 : 79-80).

وقد تحقق الباحث من هذا النوع من الصدق من خلال :

أ- أسلوب المقارنات الطرفية .

ب- علاقة درجة الفقرة بالدرجة الكلية للمقياس .

ثانياً : ثبات المقياس :

يُعد الثبات من العوامل المهمة أو الخصائص الواجب توافرها لصلاحية استخدام أي اختبار أو مقياس ، فالمقياس سوف يعطي النتيجة نفسها تقريباً للشخص نفسه عند إجراء القياس لمرات عديدة في اليوم نفسه أو أيام مختلفة ، إذ تكون تلك النتيجة مؤشراً جيداً لقدرات هذا الشخص (محاسنة ، 2013 : 123) . وقد تم حساب الثبات بطريقتي إعادة الاختبار والفاكرونباخ.

أ- طريقة إعادة الاختبار :

يحسب الثبات بهذه الطريقة من خلال حساب الارتباط بين درجات مجموعة الأفراد على المقياس بعد تطبيقه مرتين وبفاصل زمني بين التطبيقين الأول والثاني (عودة ، 2005 : 430) . لذا طبق المقياس مرة ثانية على عينة الثبات البالغة (40) فرد بعد مرور (15) يوماً . وبعد الانتهاء من التطبيق حسب ثبات مقياس العادات



الصحية بحساب درجات هذه العينة مع درجاتها في التطبيق الأول واستعمال معامل ارتباط "بيرسون" بين درجات التطبيقين بلغت قيمة معامل الثبات (0,82) وهو معامل ثبات جيد.

ب- معادلة الفاكرونيانخ:

لأجل استخراج الثبات وفقاً لهذه الطريقة خضعت كل درجة من درجات عينة التحليل الاحصائية والتي بلغت (200) استمارة إلى معادلة ألفا كرونباخ، وبلغت قيمة الثبات بهذه الطريقة (0,79). وهذه القيمة مقبولة وذات معامل ثبات عال، لذلك يتميز هذا المقياس بالاتساق الداخلي (Cronbach, 1970: P.63).

وصف المقياس بصورته النهائية :

يتألف مقياس العادات الصحية في البحث الحالي من (29) فقرة وكل فقرة لها خمسة بدائل ، ويتم تصحيح الإجابة فيه (5، 4، 3، 2، 1) وتكون الإجابة بحسب البديل الذي يختاره المستجيب ، ويتم حساب درجة كلية خلال جمع الدرجات التي يحصل عليها المستجيب عن كل بديل يختاره من كل فقرة من فقرات الاختبار ، لذلك فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب (145) درجة التي تمثل أعلى الدرجات ، وأقل درجة يحصل عليها هي (29) درجة والتي تمثل أدنى درجة للمقياس ، وبذلك فإن المتوسط النظري للمقياس يكون (87) درجة.

الوسائل الإحصائية :

الوسائل الإحصائية التي حسبت بواسطة برنامج الحاسوب الآلي (SPSS) هي :

- الاختبار التائي T-Test لعينة واحدة للتعرف مستوى العادات الصحية.
- الاختبار التائي T-Test لعينتين مستقلتين لحساب القوة التمييزية لفقرات المقياس وإيجاد الفروق في العادات الصحية.
- معامل ارتباط بيرسون لمعرفة الثبات بطريقة إعادة الاختبار وحساب الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية.
- معادلة الفا كرونباخ: لحساب ثبات المقياس.

عرض النتائج وتفسيرها :

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي تم التوصل إليها على وفق الأهداف المحددة وتفسير هذه النتائج بحسب الإطار النظري وخصائص المجتمع الذي تمت دراسته في البحث الحالي ، ومن ثم الخروج بمجموعة من التوصيات والمقترحات ، ويمكن عرض النتائج كما يأتي:

الهدف الاول : قياس العادات الصحية لدى طلبة الجامعة.

للتعرف على هذا الهدف قام الباحث بتطبيق مقياس العادات الصحية على عينة من طلبة الجامعة بلغت (200) طالب وطالبة، واستخرج الوسط الحسابي للعينة الذي بلغ (102,388) والانحراف المعياري الذي بلغ (9,326)، ولمعرفة دلالة الفرق بين الوسط الحسابي والوسط الفرضي الذي بلغ (87) درجة ، استخدم الباحث الاختبار التائي لعينة واحدة وتبين ان القيمة المحسوبة البالغة (23,350) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (199) اكبر من القيمة الجدولية البالغة (1,96) ، وهذا يعني ان عينة البحث يمتلكون العادات الصحية بمستوى عالي، والجدول (2) يوضح ذلك.

الجدول (2)

الاختبار التائي لعينة واحدة للفرق بين الوسط الحسابي والوسط الفرضي لمقياس العادات الصحية

المتغير	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الوسط الفرضي	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة (0,05)
العادات الصحية	200	102,388	9,326	87	23,350	1,96	دالة احصائية



ويفسر الباحث هذه النتيجة في أن طلبة الجامعة لديهم معتقد صحي عالي ، لكونهم يتمتعون بمستوى عالٍ من الوعي الثقافي والصحي وكونهم يمثلون شريحة واعية متقدمة في المجتمع، إذ إن الطلبة الجامعيين كانوا أكثر عينات دراسات المعتقد الصحي.

كما أنّ الأشخاص في الطبقات المتعلمة تكون لديهم عادات صحية يمارسونها أكثر من غيرهم كما يشير نورنجو (Noranjo, 1991, p 168).

الهدف الثاني/التعرف على الفروق ذات الدلالة الاحصائية في العادات الصحية لدى طلبة الجامعة تبعاً للجنس (ذكور - اناث) .

لغرض التحقق من هذا الهدف قام الباحث بأخذ استجابات عينة البحث البالغة (200) طالب من طلبة الجامعة، وبعد معالجة البيانات إحصائياً ، استخرج الباحث متوسطات درجات العينة على المقياس تبعاً للجنس (ذكور - اناث)، وتبين ان متوسط درجات الذكور بلغ (102,632) وانحراف معياري (9,293)، اما متوسط درجات الاناث بلغ (102,145) وانحراف معياري (8,977) ، وللتأكد من الفروق في العادات الصحية تبعاً لهذا المتغير استعمل الباحث الاختبار التائي لعينتين مستقلتين، وكانت النتائج كما موضحة في الجدول (3).

جدول (3) القيمة التائية المحسوبة والجدولية والمتوسط والانحراف المعياري تبعاً للجنس

مستوى (الدلالة 0.05)	القيمة التائية		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	المتغير
	جدولية	محسوبة					
دالة	1,96	0,377	9,293	102,632	98	ذكور	العادات
			8,977	102,145	102	اناث	الصحية

يتبين من الجدول اعلاه ان القيمة التائية المحسوبة البالغة (0,377) اصغر من القيمة التائية الجدولية البالغة (1,96) عند مستوى دلالة (0,05) ودرجة حرية (198) ، وهذا يعني انه لا توجد فروق في العادات الصحية بين الذكور والاناث.

ويفسر الباحث هذه النتيجة في ان الذكور والاناث ينتمون إلى الشريحة الواعية نفسها التي سبق ان أظهرت معتقداً صحياً عالياً فضلاً عن أنّ كلاً من الذكور و الإناث تتقارب توجهاتهم الصحية ولا تؤثر طبيعة التنشئة الاجتماعية بين الذكور والاناث في ذلك. فضلاً عن ان النظرية المتنبئة لم تشر إلى فروق بين الذكور و الإناث. وهذا يتساق مع نظرية Ajzen التي لا تشير الى وجود فروق بين الذكور و الإناث.

التوصيات

من خلال نتائج البحث الحالي يوصي الباحث بما يأتي:

1. العمل على تعزيز المعتقد الصحي لدى الفرد من خلال برامج متخصصة علمية عن الصحة تقوم بها المؤسسات التربوية ابتداءً من المدارس الابتدائية وحتى الجامعة تشارك فيها وزارة الصحة.
2. العمل على توجيه الفرد نحو الوجهة الداخلية لصحته كونه هو المسؤول ابتداءً عن صحته ومراقبة ذلك بحرص وجدية وعدم رمي ذلك على الآخرين من خلال ندوات ومؤتمرات تقوم بها وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.

المقترحات

يقترح الباحث إجراء دراسات مستقبلية تتمثل بما يأتي:

1. إجراء دراسات مماثلة للبحث الحالي على شرائح أخرى مختلفة في المجتمع.
2. إجراء دراسات تخص الارتقاء بصحة الفرد Health Promotion و سبل ديمومتها.
3. إجراء دراسات للمعتقد الصحي تبعاً للأعمار المختلفة و تعرف تطور هذا المفهوم.
4. إجراء دراسة عن المعتقدات الصحية وعلاقتها ببعض المتغيرات .



المصادر العربية

- 1- تايلور، شيلي، (2008). علم النفس الصحي. ترجمة. بريك، وسام درويش، و داود، فوزي شاكرا طعيمة. ط1. عمان: دار الحامد للنشر و التوزيع.
- 2- الزبياري ، صابر عبد الله سعيد. (1997). الخصائص السيكمترية لأسلوبي المواقف اللفظية والعبارات التقريرية في بناء مقياس الشخصية، اطروحة دكتوراه (غير منشورة) ، جامعة بغداد ، كلية التربية / ابن رشد.
- 3- السيد ، فؤاد البهي. (1979). علم النفس الأحصائي ، قياس العقل البشري ، القاهرة : دار الفكر العربي.
- 4- عباس ، محمد خليل ونوفل ، محمد بكر ، والعيسي ، محمد مصطفى وأبو عواد ، فريال محمد (2011) : مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، ط3 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ، عمان .
- 5- علاّم ، صلاح الدين محمود (2000) : القياس والتقويم التربوي والنفسي –أساسياته وتطبيقاته وتوجهاته المعاصرة ، ط1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- 6- عودة ، أحمد سلمان والخليلي ، خليل يوسف. (1998). الأحصاء للباحث في التربية والعلوم الإنسانية ، عمان : مكتبة الفكر .
- 7- عودة ، أحمد سليمان (2005) : القياس والتقويم في العملية التدريسية ، ط3 ، دار الأمل للنشر ، الأردن .
- 8- كاربر، جين، (2000). العلاجات المعجزة لأمراض القلب. بيروت: دار الفراشة للطباعة و النشر و التوزيع.
- 9- كوليكان، هيو، و كاسيدي، توني، و شرشار، امار، هارور، جولي، ويني، غيليان، شارب، روب، والي، مالكوم، و ستبري، توني، (2003). علم النفس التطبيقي. ترجمة. موفق الحمداني ، و ياسمين حداد، و فارس حلمي، و فوز داود، عدنان العتوم، و خليل البياتي، عمان: الجامعة الأردنية.
- 10- محاسنه ، إبراهيم محمد (2013) : القياس النفسي في ظل النظرية التقليدية والنظرية الحديثة ، ط1 ، دار جرير للنشر والتوزيع ، عمان .
- 11- محمد ، علي عودة (2012) : مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، ط1 ، دار أفكار للدراسات والنشر ، دمشق.



References

- 1- Taylor, Chile, (2008). Healthy Psychology. Translation. Brik, Wissam Darwish, and David, Fawzi Shaker Toaima. I 1. Amman: Dar Al-Hamid for Publishing and Distribution.
- 2- Al-Zibari, Saber Abdullah Saeed. (1997). Psychometric characteristics of my style of verbal attitudes and declarative phrases in building a personality scale, PhD thesis (unpublished), University of Baghdad, College of Education / Ibn Rushd.
- 3- Mr. Fouad Al-Bahi. (1979). Statistical Psychology, Measuring the Human Mind, Cairo: Dar Al-Fikr Al-Arabi.
- 4- Abbas, Muhammad Khalil and Nawfal, Muhammad Bakr, Al-Absi, Muhammad Mustafa and Abu Awad, Feryal Muhammad (2011): An Introduction to Research Methods in Education and Psychology, 3rd ed., Al Masirah House for Publishing, Distribution and Printing, Amman.
- 5- Allam, Salah Al-Din Mahmoud (2000): Educational and Psychological Measurement and Evaluation - Its Basics, Applications, and Contemporary Trends, 1st edition, Dar Al-Fikr Al-Arabi, Cairo.
- 6- Odeh, Ahmed Salman and Al-Khalili, Khalil Yousef. (1998). Statistics for Researcher in Education and Humanities, Amman: Al-Fikr Library.
- 7- Awda, Ahmad Suleiman (2005): Measurement and evaluation in the training process, 3rd edition, Dar Al-Amal Publishing, Jordan.
- 8- Carper, Jane, (2000). Miracle treatments for heart disease. Beirut: Dar Al-Farasha for Printing, Publishing and Distribution.
- 9- Colekan, Hugh, Cassidy, Tony, Sharchar, Amar, Haror, Jolly, Winnie, Gillian, Sharp, Rob, Wally, Malcolm, and Stapri, Tony, (2003). Applied psychology. Translation. Mowaffaq Al-Hamdani, Yasmine Haddad, Faris Helmy, Fawaz Dawood, Adnan Al-Atoom, and Khalil Al-Bayati. Amman: University of Jordan.
- 10- Mahasneh, Ibrahim Muhammad (2013): Psychological Measurement under the Traditional and Modern Theory, 1st edition, Jarir House for Publishing and Distribution, Amman.
- 11- Muhammad, Ali Odeh (2012): Research Methods in Education and Psychology, 1st edition, Dar Afkar for Studies and Publishing, Damascus.
- 12- Ajzen & Fishbein, (1980). Understanding attitudes and Predicting Social Behaviour. Englewood Clitts: Prentice – Hall.
- 13- Ajzen, & Driver, B. L., (1991). Prediction from Behavioural, Normative, and Control Beliefs: An A pplication of the Theory of Planned Behaviour. Lesiure Sciences 13. pp 185 – 204.
- 14- Ajzen, & Madden, T. J. (1986). Prediction of Goal Directed Behaviour: Attitudes, Intentions and Perceived Behavioural Control. Journal of Experimental Social Poyehology, 22, pp 453 – 473.
- 15- Ajzen, I., (2006) Brief Discription of the Theory of Planned Behaviour. [http// : www. People. Unmass. Edu. Edu Ltpb. Diag. html](http://www.People.Unmass.Edu.EduLtpb.Diag.html).
- 16- Ajzen, I., (1991). The Theory of Planned Behaviour. Organizational Behaviour and Human Decisen Processes, 50, pp 179 – 211.



- 17- Ajzen, I., (1992). Application of the Theory of Planned Behaviour to Leisure Choice. *Journal of Leisure Research*, 24, pp 207 – 224.
- 18- Allen, M. J & Yen, W. M. (1979). *Introduction to Measurement theory*, California, brook Cole.
- 19- Anastasi , A. (1976). *Psychological Testing*, New York, Mac- Millan company.
- 20- Anastasi , A. (1988). *Psychological Testing* , New York , 6th Macmillan publishing.
- 21- Brannon, L & Feist, J., (2000). *Health Psychology An Introduction to Behaviour and Health*. Fourth Edition. Belmont: Wadsworth / Thomson Learning.
- 22- Courneya, K. S. & McAuley, E., (1995). Cognitive mediators of the Social in fluence exercise adherence relationship: a test of the Theory of Planned Behaviour, *Journal of Behaviour Medicine*, 18, pp 499 – 515.
- 23- Cronbach, J. (1970). *Essentials of Psychological testing*. 3rd ed. New York: Harper Row.
- 24- EbeL, R. L. (1972). *Essentials of Educational Measurement*. New Jersey: Eugewood Cliffs prentice – all.
- 25- Fishbein, & Ajzen, (2010). *Predicting and Changing Behaviour*. New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- 26- Holden, R. R. et al .(1985). Structured Personality Test Item: Characteristics and Validity, *Journal Research in Personality*, Vol. 19, PP.386-394.
- 27- Janz, N & Becker H., (1984). *The Health Belief Madel: A Decade Later*. *Health Education Quarterly* 11 (1) pp 1 – 47.
- 28- Prochaska, J. O.& Diclemente, C. C.. & Norcross, J., (1992). In search of How People: Application to Addictive Behaviours. *America Psychology*, 47 pp 1102 – 1114.
- 29- Velicer, W. F., Fava. J. L, Norman, E. J. & Reding, C. A., (1998). Smoking Cassation and Stress Management: Application of the Transtheoretical Model of Behaviour Change. *Homeostasts*, 38, pp 216- 233.
- 30- Wignis, J. A & Wiggins, B. B. & Zanden, J. V.,(1994) *Social Psychology*. Fifth Edition. New York: Mc Graw – Hill Inc.
- 31- Zeller , R. A and carmines , E. G. (1980). *Measurement in the Social Sciences: the link Between theory and Date* , New York: Cambridge university Press.