



## معلومات البحث

تاريخ الاستلام: 2022/02/17

تاريخ القبول: 2022/06/18

Printed ISSN: 2352-989X

Online ISSN: 2602-6856

المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي لدى المدخنين

*Compensatory health beliefs and healthy life style in smokers*

د. باهية فالق

جامعة الحاج لخضر (باتنة 1)، [bahia.falek@yahoo.com](mailto:bahia.falek@yahoo.com)

## الملخص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة والفروق بين المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي لدى الشباب المدخنين، تكونت عينة الدراسة من (208) مدخن من جنس ذكر، وقد استخدم في هذه الدراسة أداتين: تتمثل الأولى في سلم المعتقدات الصحية التعويضية، والثانية استبيان أسلوب الحياة الصحي، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 بين المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي عند الشباب المدخنين. و وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي. وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية التعويضية تبعاً لمتغير السن. في حين أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 في متغير المعتقدات الصحية التعويضية تبعاً لمتغير الحالة المدنية لصالح المتزوجين. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0,01 في متغير المعتقدات الصحية التعويضية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الثانوي والجامعي.

**الكلمات المفتاحية:** المعتقدات الصحية التعويضية، أسلوب الحياة الصحي، المدخنين.

**ABSTRACT**

The study aimed to show the relationship and differences between compensatory healthy beliefs and healthy life style for smokers. A sample of 208 male smokers were participated in this study, two scales were used in this study including a scale of the Compensatory healthy beliefs, a scale of the healthy life style. The results of the study show that there is a negative correlation between Compensatory healthy beliefs and healthy life style for smokers, and a positive correlation between smoking years, compensatory healthy beliefs, and healthy life style. There is no statistical significant differences in the compensatory healthy beliefs is attributable to a variable of the age. Whereas, the results identified a statistical significant differences in the civil state is attributable to a variable of married people. Also, results revealed that there is a statistical significant difference in the Compensatory healthy beliefs variable is attributable to a variable of the academic level (secondary and university).

**Keywords:** Compensatory healthy belief; Healthy life style ; smokers.

## 1. مقدمة:

يهتم علم النفس الصحة بدراسة السلوكيات والأمراض المزمنة، ومدى مساهمة العوامل النفسية والسلوكية في مساعدة الأفراد في الحفاظ على صحتهم، وفي إيضاح أسباب تعرضهم للمرض من خلال ممارستهم لعادات غير صحية، وإتباعهم لأساليب حياتية غير صحية. ويهدف إلى تعديل السلوكيات التي تؤدي إلى تعقيد الأوضاع الصحية كسلوك التدخين والذي يعد من أكثر الظواهر غير صحية انتشاراً في المجتمعات، ويعتبر من السلوكيات المضرة بالصحة رغم دراية الأفراد بالأخطار الناجمة عنه إلا أنهم يقدمون عليه. بالرغم من الأمراض والمخاطر الصحية التي يسببها كالأضرار العضوية (أمراض الجهاز التنفسي، سرطان الرئة، أمراض القلب وغيرها من الأمراض). وذلك من خلال التأثير الذي يحدثه في تنبيه عوامل أخرى ضارة بالصحة.

وعليه يعد سلوك التدخين من بين السلوكيات المرتبطة بالصحة والذي يتطلب تفاعل مجموعة من السلوكيات التي يقوم بها المدخن كإتباع نمط حياة صحي. فقيام المدخن بسلوكيات الخطر يرجع إلى تنبيه معتقدات معينة وإلى طريقة التعامل مع هذا المعتقد من خلال إدراكه لذلك، حيث أن إدراكه وتصوراتته تنشأ من مجموعة معارفه السابقة وخصائصه الشخصية وأن هذه المعتقدات تختلف بين الأفراد وقد تكون صحيحة أو خاطئة، سلبية أو إيجابية. ومن خلال هذا ظهر نموذج المعتقدات الصحية من أجل التنبؤ بالسلوكيات الوقائية من خلال تقدير الأفراد حول المشكلات الصحية المتعرض لها. ، سواء عن طريق إتباع ممارسات وقائية للتخلي عن سلوك التدخين ، أو القيام بتعويضه بسلوك صحي آخر مع بقاء سلوك الخطر، وهذا راجع إلى معتقداتهم حيث تتحكم هذه الأخيرة في سلوكياتهم واستجاباتهم.

ومن هنا تنطلق فكرة الارتقاء بالصحة من خلال الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على الصحة من خلال إتباع أسلوب الحياة الصحي والانخراط في سلوكيات صحية كممارسة الرياضة بشكل دائم ، والنشاط البدني.... من أجل التخفيف من آثار التدخين والحفاظ على الصحة من الأمراض.

## 2. إشكالية الدراسة:

يسهم التغيير في السلوك المرتبط بالأمراض في تقديم تفسير جزئي في تعدد أسباب الوفاة وتباينها خلال القرن العشرين ، فمع تطور فهمنا لأسباب و علاج الأمراض ، هذا يؤدي إلى تحسن فهمنا لأهمية علم الصحة أيضا ، حيث أصبح الكثير من الأمراض التي كانت تهدد الحياة في السابق قابلة للعلاج ، و هذا يعني أن معدلات الوفاة ترتبط الآن بشكل أكثر شيوعاً بالظروف التي تتلازم مع السلوكيات المضرة بالصحة ، وتشمل هذه الأمراض : الأمراض التنفسية ، وأمراض القلب ، و الشرايين ، و الأورام السرطانية ..... الخ حيث ترتبط كل هذه الأمراض بالسلوكيات المهددة للصحة مثل التدخين ، تناول الكحوليات ، سوء التغذية و نقص ممارسة الرياضة البدنية ... ، وكل هذه لها انعكاسات على صحتنا بشكل سلبي ، فعلى سبيل المثال تدخين السجائر من أجل إثبات الذات أمام الآخرين و كذلك تناول الكحول بمزيد من الثقة في المواقف الاجتماعية ...

وعلى هذا فان السلوكيات تحتاج إلى أن تعرف من حيث تأثيرها على الصحة ، ونتيجة لذلك تنقسم السلوكيات إلى السلوكيات المضرة بالصحة ( كالتدخين ) و التي لها تأثير سلبي على الصحة ، و إلى السلوكيات الصحية الوقائية (كممارسة الرياضة ، وتناول طعام صحي ....) و بما لها من تأثير ايجابي على الصحة (شويخ ، 2012 ، ص 60)

وعليه يعتبر سلوك التدخين من أبرز السلوكيات المضرة بالصحة ، التي يقدم عليها الأفراد ، ورغم درايتهم بالأضرار الذي يسببه التدخين إلا أنهم يقدمون عليه ، ونظرا لانتشار الواسع لهذا السلوك و الراجع لعدم وعي الفرد و إلى أسلوب الحياة والذي يتبعونه من خلال ممارسة عادات غير صحية والتي قد تكون عاملا مهددا و خطرا لصحة الأفراد من الناحية النفسية و البدنية و عدم القدرة على التعايش مع ظروف الحياة بفاعلية كبيرة .

إن سلوك التدخين يؤدي إلى تعرض الفرد إلى مخاطر صحية أخرى ، وذلك من خلال التأثير الذي يحدثه في تنبيه عوامل أخرى ضارة بالصحة ، فعلى سبيل المثال تتفاعل الآثار الناجمة عن التدخين مع الكوليسترول في مصل الدم ، مما يؤدي إلى زيادة معدلات الإصابة بالأمراض ، ومعدلات الوفيات المتسببة عن أمراض القلب ، بدرجة ما يتوقع حدوثه من مجرد إضافة الآثار الخطرة الناجمة عن التدخين إلى تلك الناتجة عن ارتفاع نسبة الكوليسترول . ونظرا لأن النيكوتين ينشط إطلاق الأحماض الدهنية المتحررة من الزيوت ، مما يؤدي إلى خفض إنتاج الكوليسترول ، ودم المدخن أيضا يتعرض للتجلط بسهولة أكبر من دم غير المدخن ، لذا فان التقليل عدد السجائر ، وتعديل نظام التغذية للأفراد المعرضين للمخاطر الناجمة عن هذين العاملين ، يجب أن يحتل الأولوية في برامج التدخل كما أن الوزن قد يتفاعل مع التدخين و يزيد من معدل الوفيات ، حيث وجد كل من " سيدني وفريد مان و سيجلاوب **SEDNEY, FREIDMAN , SIEGELAUB 1987**" بأن المدخنين النحاف أكثر عرضة للموت من أقرانهم الذين تقع أوزانهم ضمن المعدل ، مع أن النحافة لم تكن مرتفعة في معدل الوفيات بين هؤلاء الناس في حال عدم التدخين ، أو بين من كانوا يدخنون سابقا .

و كما يتبين أن التدخين يتفاعل مع النشاط الرياضي ، فالمدخنون يمارسون نشاطا بدنيا أقل ما داموا يقومون بسلوك التدخين ، ولكن مستوى نشاطهم يزداد حالما يتوقفون عن التدخين ونظرا لأن النشاط الرياضي البدني أمر في غاية الأهمية ، وله آثار عديدة على الوضع الصحي ، فان ارتباط التدخين بتدني في مستوى النشاط الرياضي ، مما يشكل سببا آخر لمساهمة التدخين في الوضع الصحي السيئ (تايلور ، 2008، ص304) . مما يسبب تأثير في زيادة فرص الإصابة بالأمراض عن طريق تفاعل الآثار التي يخلفها مع عوامل أخرى أمر في غاية الأهمية ، وهذا التفاعل قد يكون مسؤولا عن الزيادة الجوهرية في عدد الوفيات المرتبطة بالتدخين ، ومع ذلك فان الأبحاث تبين أن عامة الناس مازالوا غير واعين بالمؤثرات الضارة التي يخلفها التدخين نتيجة تفاعله مع المصادر الأخرى التي تشكل خطرا على الصحة مع أن التأثير الضار المباشر للتدخين على الصحة أصبح من القضايا الموثوق بصحتها ، كما أن المخاطر التي تنشأ عن تزامن من التدخين مع وجود عوامل أخرى أصبح أكثر وضوحا ، والأهم من ذلك فان التوقف عن التدخين يحقق فوائد صحية ، إذ أن احتمال الإصابة بأمراض القلب و الشرايين التاجية ، وسرطان الرئة ، تنخفض بشكل واضح عند التوقف عن التدخين مما يجعله من أكثر العوامل الضارة بالصحة على الإطلاق و ذلك من خلال إتباع أسلوب حياة صحي ، حيث يوفر هذا الأخير للفرد الإمكانية في أداء مهام الحياة بحوية و نشاط ، و يطيل من عمره

ومقاومته للأمراض والتمتع بحياة مفعمة بالحياة و خالية من الأمراض نسبيًا . ( **Corbin Et Al ;2002,P04** )

فضلا عن ذلك تشير دراسة "سبينكن و آخرون 2006 spink et al" أن أسلوب الحياة الصحي يزود الفرد بالقدرة و الكفاية البدنية للاستجابة السريعة في مواجهة الأمراض و الضغوط البدنية ، حيث يشير إلى وجود علاقة بين أسلوب الحياة الصحي و الشعور بالسعادة في البيت و العمل ، وكذلك علاقة إيجابية بين أسلوب الحياة الصحي وبين جودة الحياة (مجول وصالح ، 2015 ، ص 208)، و يشير العالم جوشمان **1997 Gochman** إلى أن أسلوب الحياة الصحي هو الطريقة التي يتبعها الفرد أو الجماعة في الحفاظ على صحتهم و الوقاية من الأمراض، وتحسين نوعية حياتهم ، وتشمل الطريقة التي يتبعها الفرد في الحفاظ على صحته ، وخصائصه النفسية و العقلية (أي معتقداته عن صحته ) و دوافعه ، وقيمه الصحية وتوجهاته وحالاته الانفعالية حول العادات السلوكية التي يتبعها. في حين يحدد كاسل وكوب **1996Kasl et Cobb** أسلوب الحياة الصحي بالعادات والنشاطات التي تستهدف ما يأتي :

- أن يكون الأفراد نشطاء و أصحاب جسميا و نفسيا.

- أن يجموا ذواتهم من مخاطر السلوكيات المهددة للصحة مثل التدخين ، شرب الكحول ، الأظعمة الدسمة ...

- استعمال وسائل علاجية تحميهم من المرض (مجول وفيصل، 2015 ، ص 208) و بذلك فان أسلوب الحياة الصحي هو جميع تلك السلوكيات التي ترتبط بالحفاظ على الصحة بشكل جيد مثل عدم التدخين ، ممارسة النشاط الرياضي بشكل منتظم ، إتباع نظام غذائي صحي ...

و من هنا تنطلق فكرة الارتقاء بالصحة **Health Promotion** من فلسفة عامة مفادها أن الصحة الجيدة هي نتاج إنجاز شخصي تراكمي ، فهي على المستوى الفردي تتضمن القيام بتطوير نظام عادات صحية في مرحلة مبكرة من عمر الفرد ، والحفاظة عليه في مرحلتي الرشد و الشيخوخة ، أما على المستوى الطبي فهي تتضمن تعليم الناس كيفية الوصول إلى إتباع أسلوب حياة صحي ومساعدة الفئات الأكثر عرضة لمخاطر صحية معينة كي يسلكوا بطريقة تمكنهم من الانتباه لما يكن أن يتعرضوا إليه من المخاطر ( عبد العزيز ، 2010، ص 62 )

وبناء على هذا فان الارتقاء بالصحة تشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم .(يخلف ، 2001 ، ص 21) .

و تشير الأدبيات بأن الفرد عندما يقوم بسلوك غير صحي فانه يشعر بوجود مشكلة صحية معينة لديه تؤدي إلى تغيير سلوكه و القيام ببعض السلوكيات و الفعاليات كتعويض عن السلوك الغير الصحي ، وذلك لرفع قدرته الذاتية في التغلب على هذه المشكلة الصحية ، مثلا يعرف الفرد أن التدخين يضر بصحته و لكنه مع هذا يقوم بالتدخين ، حيث يشعر هنا بنوع من عدم الاتزان النفسي ( تناشر معربي ) ، وحتى يتم التعويض عن هذا التناشر فإنه يقوم بسلوك

تعويضي يخفف من التدخين المؤذي له . هذا التغيير الذي يحدث لدى الأفراد ( التغيير في السلوك كتعويض عن السلوك غير الصحي ) اتجاه السلوك الخاطئ يبدأ عندما يحدث المرء نفسه عن عواقب الإصابة بأمراض أو ما يترتب عليه من اعتلالات صحية و يتساءل ماذا يمكن أن يفعل ؟ و كيف يمكن تغيير سلوكياته؟

و يشير المعالجون النفسانيون أن هذا الوقت الأكثر ملائمة لإجراء تغيير في سلوك الفرد و الحصول على المساعدة للانتقال إلى مرحلة الفعل و التعويض ، وبالتالي يحتاج إلى الدعم (المعنوي ) في التخلص من الشعور بالتأرجح و التناثر و إدراكه لخطورة الأمراض و يضاف على ذلك إدراك المنافع و المعوقات ، كما ترتبط المدركات الصحية التعويضية بإدراكه بفعالية الذاتية.( الداغستاني و المفتي ، 2010 ، ص 80 ) .

وهذا التغيير يعتمد على نموذج المعتقدات الصحية ، والذي يعتبر من الأكثر نماذج شيوعا في الأوساط الصحية خاصة مجال الصحة العامة يعتمد عليه في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية من خلال تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي و هذا ما يجعل البرامج الوقائية أو النمائية أكثر دقة وفعالية .

و حسب نموذج المعتقدات الصحية فان احتمال تنفيذ الأفراد للسلوكيات الوقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية المتعرض لها ، إضافة إلى تقديراتهم السلبية أو الإيجابية التي يحتمل أن ينشأ عن هذا السلوك ( يخلف ، 2001 ، ص 31 )

و يقوم نموذج المعتقدات الصحية على أساس نظرية نفسية سلوكية مفادها أن سلوك الشخص يتحدد عن طريق دوافع داخلية تدفع الفرد نحو تحقيق أكبر قدر من الحاجات أو الأهداف الخارجية ، وهو يمثل اتجاهات يركز على نماذج التوقع على أساس القيمة ، كما أنه اتجاه يحاول وصف عملية اتخاذ القرار كسلوك يكون مصحوبا بحالة التردد أو عدم الثقة ، ويرى إمكانية التنبؤ بالسلوك عن طريق مجموعة من الأهداف التي يرغب الفرد في تحقيقها ، وعن توقعات الفرد ذاته بأن سلوكا معيناً سوف يحقق هذه الأهداف ( زناد ، 2013 ، ص 148 ) .

كما جاء في دراسته أجراها كل من بيلوك و يرسلو **Breslow et Belloc 1972** في جامعة كاليفورنيا على سبعة آلاف شخص من سكان مقاطعة **Alameda** توصلت إلى أن هناك ستة(06) سلوكيات صحية تحافظ على صحة الإنسان و تعد من السلوكيات التعويضية وهي :

1. تناول وجبات منتظمة و مفيدة .

2. إفطار صباحي صحي .

3. التمارين الرياضية

4. ساعات نوم كافية

5. الوزن المثالي .

6. الامتناع عن التدخين و الكحول .

و قد كشفت الدراسة التتبعية أن التزام أفراد العينة بهذه السلوكيات جميعا أدى إلى زيادة في معدل سنوات العمر بمعدل 11 سنة عن الذين مارسوا ثلاث منها ( تايلور ، 2008 ، ص 124) . و أشارت دراسة أخرى بوجود المعتقدات الصحية التعويضية في السلوك العام للإنسان ،. إذا أنه ليس من السهل الوصول إلى رؤية واضحة عن تأثير تلك المعتقدات على الشخصية الإنسانية و تفسير خفايا العلاقة بين الروح و المعتقدات الصحية التعويضية وتوجيهها نحو مختلف الاتجاهات ، فإما تتسم هذه المعتقدات الصحية بملامح التعصب و الانغلاق و التطرق ، وإما تتلون بصفات الانفتاح و التعددية ومرونة التعامل ، فقد يتعلق الأفراد بنمط من السلوكيات التي يعتقد أنها صحية غير أنها لا تمت للصحة بصلة و ذلك اعتقاد أن التدخين يؤدي إلى تهدئة الأعصاب مثلا .

وذلك كله يفعله الإنسان الذي يملك فنون إدارة تلك المعتقدات الصحية و المهارات المتعلقة بها ليصبح بعد ذلك المرجع و القدوة للمجتمع.( الداغستاني و المفتي، 2010، ص 82).

وهذا ما ارتأينا أن ندرسه في بحثنا هذا ، من خلال مدى العلاقة بين المعتقدات الصحية عند المدخنين و أسلوب الحياة الصحي ، ومن خلاله و استنادا إلى ما سبق طرحه يقودني إلى بلورة تساؤل البحث في:

• هل توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و أسلوب الحياة الصحي عند المدخنين ؟

و من خلال هذا السؤال اثبتت عنه التساؤلات التالية :

1. هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد سنوات التدخين و بين كل من المعتقدات الصحية و أسلوب الحياة الصحي لدى المدخنين ؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين المدخنين تبعا للمتغير السن؟

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين المدخنين تبعا للمتغير الحالة المدنية؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية بين المدخنين تبعا للمتغير المستوى التعليمي؟

3. أهداف الدراسة :

يمكن تحديد أهداف الدراسة فيما يلي :

1. معرفة المعتقدات الصحية التعويضية لدى الشاب المدخن عند ممارسته لهذا السلوك الخطر ألا وهو التدخين ، انطلاقا من توقعاته ، وتصورات ، إلى أن ينتهي به إلى مدى إتباعه أسلوب حياة صحي من خلال تعويض هذا السلوك غير صحي بممارسات صحية تخفف من أثر التدخين على حسب معتقداته.

2. إن دراسة متغير المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقته بأسلوب الحياة الصحي عند الشباب المدخنين يسمح بفتح الباب لاكتشاف أساليب وقائية من خلال تطبيق نماذج علم النفس الصحة.

3. تهدف هذه الدراسة إلى تتبع تفاعل مختلف الأبعاد الاجتماعية، المعرفية من مدركات، ومعتقدات وتوقعات، وتصورات فيما بينها، ومع الأساليب الحياتية الصحية لوضع إدارة خاصة من طرف المدخن لحياته من خلال تحديد بعض العوامل والمبادئ التي تتحكم في سلوكه الوقائي، وهذا ما يجعله يتبع نمط حياة معين.

4. كما تهدف هذه الدراسة إلى معرفة الفروق بين أفراد العينة أي الشباب المدخنين في متغير المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة تبعاً للمتغيرات الديمغرافية والاجتماعية (السن، الحالة المدنية، المستوى التعليمي).

#### 4. أهمية الدراسة :

يعتبر الانتباه إلى أهمية دراسة المعتقدات الصحية التعويضية عند الشباب المدخنين و علاقتها بأسلوب الحياة الصحي ، تداركاً من أجل فهم علاقة الفرد المدخن بمعتقداته الصحية و طريقة تغير أسلوب حياته ، من خلال تبني أنماط صحية و الاهتمام بالجوانب المعرفية و اتجاهاتهم نحو سلوكياتهم و إدراك المدخن لحياته في إطار ثقافته .لذا تكمن أهمية الدراسة الحالية في :

- الأهمية العلمية لهذه الدراسة في الموضوع الذي يتناوله و هو سلوك التدخين ، والذي يعتبر من سلوكيات الخطر التي يتبعها الأفراد و ذلك من خلال دراسة المتغيرات المرتبطة معه ألا وهي المعتقدات الصحية التعويضية و أسلوب الحياة الصحي وهما من العوامل المؤثرة على سلوك المدخن و احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي محدد يتحدد نتيجة إدراكهم للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن و تقييهم للسلوك الموصى به .
- و تتمثل الأهمية العملية لهذه الدراسة في أنها تفيد الشباب المدخنين في التعرف على مدى تأثير سلوكياتهم غير الصحية على حالتهم الصحية و الجسمية و النفسية ، حيث يدرك أن لمعتقداتهم و إتباعهم لأسلوب حياة صحي لهما أثراً كبيراً في حماية أنفسهم من الأمراض و الظروف الصحية غير الطبيعية و بالتالي تعزيز السلوك الصحي .

#### 5. المفاهيم الأساسية للدراسة :

#### 1.5. المعتقدات الصحية التعويضية:

وهي عبارة عن ممارسات سلوكية صحية قائمة على أساس معتقدات الأفراد للتعويض عن السلوكيات الخطرة ( كالتدخين) حيث أن هذه المعتقدات تتأثر بإدراك الفرد للخطورة والتهديد وإدراكه بأن الممارسات الصحية ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد من خلال التخفيف من السلوك غير الصحي بتعويضه بسلوك آخر مع استمرارية السلوك غير الصحي وبالتالي يصبح سلوك غير مضر .

وتعرف المعتقدات الصحية التعويضية إجرائياً في هذه الدراسة على أنها الدرجة التي يحصل عليها المدخن في سلم المعتقدات الصحية التعويضي المستعمل في الدراسة والذي يشمل 17 بنداً.

## 2.5. أسلوب الحياة الصحي :

وهو أسلوب الفرد في تجنب المرض من خلال تبني أساليب في حياته اليومية وتوظيفها في رعاية ووقاية نفسه من الأمراض مثل ممارسة الرياضة وتناول غذاء صحي... أي هو نظام حياة يتضمن الأنشطة الصحية التي يقوم بها الأفراد من أجل حماية أنفسهم من الأذى والإصابة بالمرض وفق ما يدركونه ويشعرون له من خطر .

ويعرف أسلوب الحياة الصحي إجرائيا في هذه الدراسة على أنها الدرجة المتحصل عليها في استبيان أسلوب الحياة المستعمل في الدراسة والذي يشمل أربعة محاور ( الرياضة، التغذية ، التدخين ، الكحول ).

## 6. الدراسة الميدانية وإجراءاتها:

### 1.6 منهج الدراسة :

إن مصطلح المنهج يطلق على الأسلوب الذي يجري اعتماده في تناول المباحث النظرية أو إجراءات البحوث العلمية. وبما أن موضوع دراستنا هو : " المعتقدات الصحية التعويضية عند الشباب المدخنين و علاقتها بأسلوب الحياة الصحي " ، فحسب طبيعة الموضوع تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي الفارقي، حيث يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها ، وأشكالها ، وعلاقتها ، والعوامل المؤثرة في ذلك

**2.6. عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة الأساسية من 208 فرد مدخن وكلهم من ولاية خنشلة وتم اختيارهم بطريقة عرضية لأن الدراسة أجريت على المدخنين الذين التقينا بهم خلال الفترة الزمنية التي تمت فيها الدراسة ، و تراوحت أعمارهم ما بين 17 و 46 سنة .

### 3.6.مقاييس الدراسة:

استخدمت في الدراسة الأساسية سلم المعتقدات الصحية التعويضي، أعد هذا المقياس كل من "كنوير ، راييو ، كوهن " **KNAUPER B RABIAU M, COHEN** «» و هو عبارة عن سلم مكون من 17 بنداً. و استبيان أسلوب الحياة الصحي من تصميم الباحثة عدودة صليحة ، بعد التأكد من صلاحيتهما من خلال حساب الخصائص السيكمترية للأداتين .

### 4. 6. الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة :

#### 1.4.6. الخصائص السيكمترية لأداة سلم المعتقدات الصحية التعويضي

أ- حساب صدق الأداة : لحساب صدق المقياس اعتمدنا على طريقة الاتساق الداخلي و ذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد وبنوده ، وبين الأبعاد و الدرجة الكلية ، و الجداول التالية توضح قيم معاملات الارتباط .

أ. 1. جداول توضيح قيم معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد السلم و بنوده:

الجدول رقم 1. يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد تعاطي الكحول و التدخين و بنوده .

البند	البند 3	البند 5	البند 9	البند 13	البند 16	البند 17
معامل الارتباط	0.74**	0.47**	0.63**	0.72**	0.59**	0.68**

العلامة (\*\* ) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01.

➤ من خلال الجدول رقم 1. نلاحظ أن كل قيم معاملات الارتباط بين بعد تعاطي الكحول و التدخين و بنوده دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا يعني أن عدد البنود الدالة هو 06 من المجموع الكلي للبنود التي تمثل هذا البعد، وهذا ما يشير إلى وجود اتساق داخلي.

الجدول رقم 2. يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد تناول الطعام /عادات النوم و بنوده:

البند	البند 4	البند 8	البند 10	البند 14
معامل الارتباط	0.84**	0.79**	0.80**	0.88**

العلامة (\*\* ) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01

➤ من خلال الجدول رقم 2. نلاحظ أن كل قيم معاملات الارتباط بين بعد تناول الطعام /عادات النوم و بنوده دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ، وهذا ما يشير إلى وجود اتساق داخلي .

الجدول رقم 3. يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد الضغط و بنوده :

البند	البند 1	البند 7	البند 11	البند 15
معامل الارتباط	0.82**	0.89**	0.91**	0.90**

العلامة (\*\* ) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01

➤ يتبين من خلال الجدول رقم 3. أن عدد قيم معامل الارتباط بين بعد الضغط و بنوده الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 هو 4 بنود من المجموع الكلي ، وهذا يدل على وجود صدق الاتساق الداخلي للبعد .

الجدول رقم 4. يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد تنظيم الوزن و بنوده :

البند	البند 2	البند 6	البند 12
معامل الارتباط	0.75**	0.73**	0.76**

العلامة (\*\*\*) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01.

➤ يتبين من خلال الجدول رقم 4. أن بنود بعد تنظيم الوزن كلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ، وهذا يدل على وجود صدق الاتساق الداخلي لهذا البعد .

أ.2. جدول توضيح قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد و الدرجة الكلية للسلم

جدول رقم 5. يبين قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين الأبعاد و الدرجة الكلية :

الأبعاد	تعاطي الكحول و التدخين	تناول الطعام /عادات النوم	الضغط	تنظيم الوزن	الدرجة الكلية
تعاطي الكحول و التدخين	1	0.73**	0.74**	0.61**	0.88**
تناول الطعام /عادات النوم	0.73**	1	0.84**	0.64**	0.92**
الضغط	0.74**	0.84**	1	0.66**	0.93**
تنظيم الوزن	0.61**	0.64**	0.66**	1	0.77**

العلامة (\*\*\*) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01.

➤ يتضح من خلال الجدول رقم 5. أن قيم معامل الارتباط بين الأبعاد للسلم والدرجة الكلية كلها دالة عند مستوى دلالة 0,01 ، وهذا ما يدل على وجود صدق الاتساق الداخلي بين الأبعاد.

ب - حساب ثبات الأداة: لحساب ثبات السلم اعتمدنا على طريقتين وهما: تطبيق معادلة ألفا كرونباخ وطريقة التجزئة النصفية.

ب . 1 معادلة ألفا كرونباخ:

الجدول رقم 6. يوضح قيم ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد سلم المعتقدات الصحية التعويضية

أبعاد السلم	تعاطي الكحول والتدخين	تناول الطعام/عادات النوم	الضغط	تنظيم الوزن
قيمة ألفا كرونباخ	0.70	0.85	0.90	0.60

ب . 2 . طريقة التجزئة النصفية:

وكانت النتائج المتحصل عليها بعد التصحيح بواسطة تطبيق معادلة سبيرمان براون كالتالي:

الجدول رقم 7. يوضح قيم معامل الارتباط لسبيرمان براون وأبعاد سلم المعتقدات الصحية التعويضية

أبعاد السلم	تعاطي الكحول والتدخين	تناول الطعام/عادات النوم	الضغط	تنظيم الوزن
قيمة معامل الارتباط	0.75	0.86	0.89	0.54

➤ من خلال النتائج المتحصل عليها سابقا بواسطة تطبيق معادلة ألفا كرونباخ في جدول رقم 6. وطريقة التجزئة النصفية في جدول رقم 7. يتبين لنا أن كل قيم الارتباط هي قيم مقبولة، وهذا يدل على تمتع سلم المعتقدات الصحية التعويضي بالثبات . وعليه هذا السلم نستطيع استعماله في الدراسة الحالية.  
6. 4. 2. الخصائص السيكمومترية لأداة استبيان أسلوب الحياة الصحي :

أ- حساب صدق الأداة : لحساب صدق الأداة اعتمدنا على صدق الاتساق الداخلي ، باستعمال معادلة كارل بيرسون ما بين البنود و الدرجة الكلية لكل بعد ، وبين الأبعاد و الدرجة الكلية، و الجداول التالية توضح النتائج .  
أ-1- جداول توضح قيم معاملات الارتباط ما بين البنود و الدرجة الكلية لكل بعد:

الجدول رقم 8. يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البنود و البعد الخاص بعامل التغذية :

البنود	البند1	البند5	البند7	البند9	البند11	البند14	البند16
معامل الارتباط	0.64**	0.63**	0.35*	0.36*	0.47**	0.42**	0.30*

البند 40	البند 36	البند 35	البند 34	البند 32	البند 27	البند 26	البند 21	البند 18
0.13-	0.52**	0.34**	0.42**	0.42**	0.42**	0.58**	0.20-	0.55**

العلامة (\*) تدل على وجود مستوى دلالة 0.05

العلامة (\*\*) تدل على وجود مستوى دلالة 0.01.

➤ نلاحظ من خلال الجدول رقم 8. أنه يحتوي على 16 بنداً، حيث وجدنا أن معظم العبارات دالة ماعدا عبارتين غير دالة، فهناك عبارات دالة عند مستوى 0.01 و عبارات دالة عند مستوى 0.05، وعليه يمكن القول أن البعد الخاص بعامل التغذية يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي، أي صدق 14 بنداً من أصل 16 بنداً. الجدول رقم 9. يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البنود و البعد الخاص بعامل الرياضة :

البند 25	البند 20	البند 15	البند 12	البند 8	البند 3	البنود
0.42**	0.45**	0.54**	0.40**	0.38**	0.48**	معامل الارتباط

البند 39	البند 33	البند 31	البند 30
0.45**	0.54**	0.48**	0.59**

العلامة (\*\*) تدل على وجود مستوى دلالة عند 0.01.

➤ من خلال الجدول رقم 9. يتضح أن معظم العبارات دالة، حيث وجدنا كل العبارات دالة عند مستوى دلالة 0.01، وعليه يمكن القول أن بعد عامل الرياضة يحتوي على 10 بنود كلها دالة، وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي.

الجدول رقم 10. يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البنود و البعد الخاص بعامل التدخين :

البند 23	البند 19	البند 17	البند 10	البند 6	البند 2	البنود
0.68**	0.50**	0.69**	0.54**	0.67**	0.68**	معامل الارتباط

البند 38	البند 29
0.45**	0.39**

العلامة (\*\*) تدل على وجود مستوى دلالة عند 0.01

➤ نلاحظ من خلال الجدول رقم 10. أنه يحتوي على 8 بنود و كلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ، وهذا يعني أن البعد الخاص بعامل التدخين يتميز بصدق الاتساق الداخلي .  
الجدول رقم 11. يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البنود و البعد الخاص بعامل الكحول .

البنود	البنود 4	البنود 13	البنود 22	البنود 24	البنود 28	البنود 37
معامل الارتباط	0.57**	0.43**	0.77**	0.67**	0.46**	0.45**

العلامة (\*\*\*) تدل على وجود مستوى دلالة عند 0.01

➤ من خلال الجدول رقم 11. نلاحظ أنه يحتوي على 6 بنود و كلها دالة عند مستوى دلالة 0.01 ، وعليه يمكن القول أن البعد الخاص بعامل الكحول يمتاز بصدق الاتساق الداخلي .  
أ-2- جدول يوضح قيم معاملات الارتباط ما بين أبعاد الاستبيان و الدرجة الكلية :  
الجدول رقم 12. يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين أبعاد الاستبيان و الدرجة الكلية :

الأبعاد	عامل التغذية	عامل الرياضة	عامل التدخين	عامل الكحول	الدرجة الكلية
عامل التغذية	1	0.56**	0.60**	0.47**	0.87**
عامل الرياضة	0.56**	1	0.58**	0.44**	0.80**
عامل التدخين	0.60**	0.58**	1	0.31*	0.81**
عامل الكحول	0.47**	0.44**	0.31*	1	0.64**

العلامة (\*) تدل على وجود مستوى دلالة 0.05

العلامة (\*\*\*) تدل على وجود مستوى دلالة عند 0.01

➤ يتضح من خلال الجدول رقم 12. أن قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد و الدرجة الكلية للاستبيان كلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01 و 0.05 و هذا يعني وجود صدق الاتساق الداخلي ما بين الأبعاد .  
❖ و عليه من خلال الجداول السابقة فان استبيان أسلوب الحياة الصحي يتمتع بدرجة من الصدق يمكن الاعتماد عليه في دراستنا الحالية .

ب- ثبات الأداة :

ب-1- معادلة ألفا كرونباخ :

الجدول رقم 13. يوضح قيم ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد أسلوب الحياة :

أبعاد الاستبيان	عامل الغذاء	عامل الرياضة	عامل التدخين	عامل الكحول
قيمة ألفا كرونباخ	0.62	0.44	0.71	0.54

ب-2- طريقة التجزئة النصفية :

الجدول رقم 14. يوضح قيم معامل الارتباط سبيرمان براون لأبعاد استبيان أسلوب الحياة الصحي .

أبعاد الاستبيان	عامل الغذاء	عامل الرياضة	عامل التدخين	عامل الكحول
قيمة معامل الارتباط	0.62	0.41	0.76	0.60

➤ من خلال النتائج المتحصل عليها سابقا بواسطة معادلة ألفا كرونباخ في الجدول رقم 13. و طريقة التجزئة النصفية في الجدول رقم 14. يتبين لنا أن كل قيم الارتباط ، هي مقبولة نوعا ما ، و هذا ما يدل على تمتع المقياس بالثبات و هذا ما يسمح لنا باستعماله في الدراسة الحالية .

7. عرض نتائج الدراسة:

1.7. الفرضية الرئيسية: والتي تنص على: " توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي عند الشباب المدخنين ".ومن أجل الكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة، المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي لأفراد العينة، فقد تم استخدام معامل ارتباط بيرسون، والجدول التالي يبين النتائج كالتالي:

جدول -15- يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي:

أسلوب الحياة الصحي		المعتقدات الصحية
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
0.01	-0.46 **	

⇐ يتضح لنا من خلال الجدول رقم -15- أن معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي = -0.46 وهو دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01، وهذا معناه يوجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي من النوع السالب.

2.7. الفرضيات الفرعية:

2.7.1. الفرضية الفرعية الأولى: والتي تنص على:

" توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي "، ومن أجل التأكد من صحة الفرضية، تم استخدام معامل ارتباط بيرسون والنتائج موضحة كما يلي:

جدول -16- يبين العلاقة بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي

أسلوب الحياة الصحي		المعتقدات الصحية		عدد سنوات التدخين
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
0.01	-0.30 **	0.01	0.23 **	

← يتضح لنا من خلال الجدول رقم -16- النتائج التالية:

- من خلال حساب معامل الارتباط بيرسون بين عدد سنوات التدخين والمعتقدات الصحية، وجدنا قيمة  $r = 0.23$ ، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01، وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية إيجابية بين مدة سنوات التدخين والمعتقدات الصحية.

- كما تبين وجود علاقة سالبة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 بين عدد سنوات التدخين وبين أسلوب الحياة الصحي، حيث بلغت قيمة  $r = -0.30$ .

2.7.2. الفرضية الثانية: والتي تنص على:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير السن لصالح الفئة العمرية "37 - 46". " ومن أجل التأكد من صحة الفرضية، ومعرفة الفروق في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير السن، تم استخدام تحليل التباين الأحادي ANOVA والجدول التالي يوضح النتائج كما يلي:

جدول -17- يبين الفرق بين المعتقدات الصحية ومتغير السن:

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	بين المجموعات	المعتقدات الصحية
غير دال	1.23	328.604	02	657.208	بين المجموعات	
		266.21	205	54534.249	داخل المجموعات	

⇐ من خلال الجدول رقم -17- نلاحظ أن قيمة ف = 1.23 وهي قيمة غير دالة عند أي مستوى، وعليه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير السن، وعليه الفرضية لم تحقق.

7. 2. 3. الفرضية الفرعية الثالثة: والتي تنص على:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير الحالة المدنية لصالح المتزوجين."، ومن أجل التأكد من صحة الفرضية تم استخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين من أجل معرفة الفروق، وكانت النتائج موضحة كما يلي:

جدول -18- يبين الفروق بين المعتقدات الصحية والحالة المدنية:

مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عزاب	المعتقدات الصحية
0.05	- 2.83	17	42	عزاب	
		16	48	متزوجون	

⇐ من خلال الجدول رقم -18- يتضح وجود فروق دالة إحصائية في المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير الحالة المدنية، حيث بلغ متوسط درجات المعتقدات الصحية لدى العزاب س = 42 وانحراف معياري ع = 17، ولدى المتزوجون س = 48 وانحراف معياري ع = 16، وكانت قيمة ت المحسوبة تساوي - 2.83 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.05، وهذا معناه وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية تبعاً لمتغير الحالة المدنية ولصالح المتزوجون. وعليه الفرضية تحققت.

7. 2. 3. الفرضية الفرعية الرابعة: والتي تنص على:

" توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الجامعي"، وللتأكد من وجود الفروق، تم استخدام تحليل التباين الأحادي وكانت النتائج كما يلي:

جدول -19- يبين الفروق بين المعتقدات الصحية والمستوى التعليمي:

مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	بين المجموعات	المعتقدات الصحية
0.01	8.49	1978.008	04	7912.032	بين المجموعات	
		232.904	203	47279.425	داخل المجموعات	

⇐ يبين الجدول رقم -19- أن قيمة ف في متغير المعتقدات الصحية كانت  $F = 8.49$ ، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01، وهذا ما يشير إلى وجود فروق في متغير المعتقدات الصحية بين المدخنين تعزى لمتغير المستوى التعليمي، وللتحقق من طبيعة تلك الفروق تم استخدام اختبار «scheffe» للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في سلم المعتقدات الصحية التعويضي وذلك وفق لما هو موضح في الجدول التالي:

جدول -20- يبين نتائج اختبار شيفيه «scheffe» للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية:

مجموعات المستويات التعليمية	فروق المتوسطات	مستوى الدلالة
أمي - ابتدائي	0.54	1.00
- متوسط	5.55	0.42
- ثانوي	0.11	1.00
- جامعي	-20.18	0.90
ابتدائي - أمي	-0.54	1.00
- متوسط	5.45	0.42
- ثانوي	0.10	1.00
- جامعي	-26.18*	0.002
متوسط - أمي	-5.55	0.42
- ابتدائي	-2.00	0.99
- ثانوي	-0.01	1.00
- جامعي	-25.73*	0.12
ثانوي - أمي	-0.11	1.00
- ابتدائي	-0.10	1.00
- متوسط	0.01	1.00
- جامعي	26.28*	0.001
جامعي - أمي	20.18	0.90
- ابتدائي	26.18*	0.002
- متوسط	25.73*	0.12
- ثانوي	-26.28*	0.001

\* مستوى الدلالة عند 0.01

\* يتضح من الجدول رقم -20- أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين الفئات التعليمية، أي بين فئة الابتدائي والمستوى التعليمي الجامعي حيث بلغت قيمة المتوسط 26.18، وبين فئة المتوسط والمستوى التعليمي الجامعي -25.73، وفئة

ثانوي والمستوى التعليمي الجامعي 26.28، مما يعني أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين أفراد العينة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي ومتوسط وثنانوي والمستوى الجامعي عند مستوى دلالة 0.01 ، وكانت لصالح ذوي التعليم الجامعي. وهذا ما تم افتراضه، وبالتالي تحقق الفرضية.

#### 8. مناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

8.1 مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية: والتي كان مفادها " توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي عند المدخنين ".

ومن أجل التحقق من ذلك تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين: والنتائج جاءت كما يوضحها الجدول رقم -15- والذي يوضح قيمة معامل الارتباط التي تساوي (- 0.46) وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01، وهو ما يعني تحقق الفرض ووجود علاقة عكسية بين المعتقدات الصحية وبين أسلوب الحياة الصحي، بمعنى أنه كان مستوى المعتقدات الصحية مرتفعا، انخفضت دلالة أسلوب الحياة الصحي عند المدخنين وهو ما تم افتراضه.

إن هذه النتائج يمكن تفسيرها حسب رأي الطالبة الباحثة انطلاقا من أن المعتقدات الصحية التعويضية يجعل إدراك الفرد للواقع هو الذي يؤثر على سلوكه، لا الواقع نفسه، حيث أن أفكار الفرد ومدركاته وعملياته العقلية هي التي تساهم في تشكيل سلوكه، وفي طريقة إتباعه لنمط حياة معين، حيث أن هذه السلوكيات ترتبط بخبرات الفرد، فهذه الخبرات والإدراكات هي التي تعزز سلوكياته الصحية أو غير صحية.

ويرجع استخدام السلوكيات الصحية واتباع أساليب حياتية صحية إلى المعتقدات الصحية التي يؤمن بها، ويلتزمون بأهميتها، وفائدتها في مقاومة سلوكيات الخطر والآثار الناجمة عنها، والحفاظ على حياة مليئة بالنشاط والحيوية، حيث يختلف الأفراد المدخنين في اعتقادهم حول سلوكياتهم، وفي طريقة إدراكهم للخطر المهدد، وإلى إمكانية السيطرة على السلوكيات غير الصحية، وذلك من خلال تعويضها بسلوكيات أخرى تتناسب مع أسلوب حياتهم بغض النظر إذا كان السلوك صحي أم لا.

وهذا يتفق مع النظرية المتبنية في المعتقدات الصحية والتي قام بها كل من " Rosenstock & Jones, 1958 " في أن الشخص يتبع السلوكيات الوقائية استنادا إلى المقارنات التي يجربها في حساب المنافع والأضرار نتيجة إقباله على الفعل الصحي أو على المرض بإهماله لصحته وتعويضه بسلوكيات أخرى بديلة فيما لو أدرك التهديد. بحيث تركز هذه النظرية على مواقف واعتقادات الأفراد، فهي مستندة على الفهم الذي يتخذ به الشخص إجراء متعلق بالصحة إذا شعر بأن صحته مهددة، مثال ذلك سلوك المدخنين إذ يمكن أن يتفاده الفرد إذا كان عنده توقع إيجابي، ويرجع إلى قناعاته التي يكونها عن الجوانب السلبية للسلوك، من خلال تعويضها بسلوكيات أخرى بديلة عن هذا السلوك، كأن يقوم بتدخين السجائر، ومن أجل تجنب الأضرار والآثار الناجمة عنه يقوم بتعويضه بسلوك صحي آخر كممارسة نشاط رياضي، والاستمرار في السلوك غير الصحي (التدخين) أي القيام به بكل ارتياح وثقة، أي اعتقاد الفرد بأن مراعاة صحية معينة يمكن أن يكون لها تأثير وفعال في إيقاف خطر التدخين.

وتلتقي هذه النتائج مع الدراسة التي قام بها كل من كنوير ورايبو وكوهن **Knauper & Rabiau** و**Cohen & 2004** حيث طبقت الدراسة على مقياس سيكوميتري للمعتقدات الصحية التعويضية على عينة من الطلاب، بهدف معرفة المعتقدات الصحية التي يؤمنوا بها على صعيد الصحة مقابل قائمة بالمعتقدات الصحية التعويضية في حالة منع المرض من التسلسل لحياته، وبينت النتائج أن المقياس يرتبط بصورة مباشرة مع سلوكيات المخاطرة بالصحة، حيث أن التمسك بالسلوك الصحي التعويضي قد يعيق الطلبة عن اكتساب سلوك صحي لحياهم على سبيل المثال الوزن والتمارين الرياضية والتوقف عن التدخين، ... **Knauper & Rabiau** ( **&Cohen ,2004,p607**)

كما تتفق مع الدراسة التي قام بها معتز سيد عبد الله سنة 1996 بعنوان "أبعاد المعتقدات حول التدخين لدى كل من مدخني السجائر وغير المدخنين" وبوجه عام كشفت النتائج عن أن هناك تشابها واضحا في مضمون العوامل التي تمثل نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين، كما تبين أن مجموعتي العوامل التي توصل إليها الباحث لدى أفراد العينة أبعاد مستقلة، مما يعني أن نسق المعتقدات حول تدخين السجائر يتكون من مجموعة المعتقدات تتسم بالتمايز والاستقلال فيما بينها. (مشاشو، 2011، ص34).

لذا فاعتقاد الأفراد المدخنين بمدى احتمال إصابتهم بمشاكل صحية يساهم بشكل كبير في إدراكهم للخطر المهدد لهم، وفي مدى إتباعهم لأساليب حياتية صحية، وهذا بغرض الارتقاء بالصحة، ولا يتم هذا إلا من خلال إدراك الأفراد للمنافع والفوائد الكبيرة وإتباع أسلوب حياة صحي يحميهم من الإصابة بالأمراض الجسمية الخطيرة.

## 8. 2. مناقشة نتائج الفرضيات الفرعية:

### 8. 2. 1 مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

تنص الفرضية على أنه: " توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي"، وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون كما يوضحه الجدول رقم-16- حيث كان قيمة معامل الارتباط بين عدد سنوات التدخين والمعتقدات الصحية  $r = 0.23$ ، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01، كما تبين وجود علاقة بين عدد سنوات التدخين وبين أسلوب الحياة الصحي، حيث بلغت قيمة  $r = -0.30$  وهي قيمة سالبة ودالة عند مستوى دلالة 0.01، وهو ما يعني تحقق الفرض ووجود علاقة بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي.

ويمكن تفسير وجود علاقة بين عدد سنوات التدخين وبين المعتقدات الصحية إلى إدراكات الأفراد لسلوكيات الخطر التي يقدمون عليها، ومدى تأثرها عليهم من الناحية الصحية، وجعلها عرضة لإصابتهم بالأمراض، وهذا بدوره يرتبط بعدد سنوات التدخين، وإلى التجربة، ودرابتهم بأضرار هذا السلوك (التدخين)، حيث أنه كلما أدرك الأفراد لظهور بعض الأعراض غير صحية نتيجة هذا السلوك، فإنهم يقومون بتعويضه بسلوك آخر، في اعتقادهم أنه صحي ويحميهم من مخاطر الإصابة. فتتحكم هذه الأخيرة في سلوكياتهم واستجاباتهم، ومن خلالها يستطيع الفرد تبني اتجاه معين، سواء عن طريق إتباع برامج وقائية والإقلاع عن التدخين، أو القيام بتعويضه بسلوك صحي آخر مع بقاء سلوك الخطر (التدخين).

كما يمكن تفسير وجود علاقة سالبة بين عدد سنوات التدخين وبين أسلوب الحياة الصحي، حيث لاحظنا انخفاض أسلوب الحياة الصحي بزيادة عدد سنوات التدخين، وهذا ما يتفق مع الدراسة التي قامت بها الطالبة الباحثة مشاشو قومية سنة 2010-2011 بعنوان "علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين" فتوصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين التفاؤل غير واقعي، وعدد سنوات التدخين عند المدخنين، وفسرت النتيجة على أنها إدراك خطر سلوك التدخين يكون عند ظهور بعض الأعراض المزمنة فالخطر يرتبط ويتضاعف بالاستمرار في ممارسة هذا السلوك الخطر وظهور هذه الأعراض المرضية يؤدي إلى خفض التفاؤل غير الواقعي. (مشاشو، 2011، ص126).

وبالتالي استمرار الأفراد في ممارسة سلوكيات غير صحية، يؤثر سلبا على نمط حياتهم والتي تظهر من خلال ممارستهم لعادات غير صحية كتدخين السجائر لسنوات طويلة، إضافة إلى تدني بعض السلوكيات الصحية لديهم، وهذه المؤثرات كلها أثرت على أسلوب حياتهم الصحي، مما جعله منخفضا نتيجة لإدراكاتهم ومعتقداتهم الخاطئة نحو قيامهم بهذه السلوكيات الخطر، فعدم إتباعهم لأسلوب حياة معين يجعلهم عرضة للوقوع في مخاطر الإصابة بالأمراض الجسدية.

## 8. 2. 2. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

والتي جاءت صياغتها كالتالي: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعا للمتغير السن لصالح الفئة العمرية "37 - 46". " ومن أجل التحقق من هذا الفرض تم حساب الفروق بطريقة تحليل التباين الأحادي ANOVA والنتائج جاءت كما يوضحها الجدول رقم -17- حيث بلغت قيمة  $F = 1.23$  وهي قيمة غير دالة عند أي مستوى، وعليه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعا لمتغير السن، وعليه عدم تحقق الفرض.

وأن نتيجة هذه الفرضية جاءت مطابقة للدراسة التي أجرتها سعاد خشاب سنة 2010-2011 بعنوان "علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الأيمن لدى المتزوجين"، فتوصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تبعاً للسن. (خشاب، 2011، ص122).

ويمكن تفسير هذه النتيجة كون أن الأفراد يقدمون على نفس السلوك أي سلوك التدخين، ما جعل إدراكاتهم متقاربة ومتماثلة تقريبا في اتجاهاتهم واعتقاداتهم نحو هذا السلوك، وهذا ما جعل المعتقدات الصحية لا تختلف ولا تتأثر بتغير السن، وهذا جاء منافي ما تم التطرق إليه في الجانب النظري، حيث أنه من مكونات نموذج المعتقدات الصحية، العوامل الديمغرافية والتي من بينها السن، وتلعب هذه العوامل دور وسيط في المعتقدات الصحية، حيث تأثر على تصورات الفرد وتؤثر على السلوكيات المتعلقة بالصحة، وعلى الرغم من اختلاف الفئات العمرية إلا أن لهم نفس الإدراكات نحو سلوك التدخين، وهذا ما جعل المعتقدات الصحية لا تتغير مع التقدم في العمر، وهذا ما يفسر بعدم وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن.

### 8. 2. 3. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة:

والتي تنص على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير الحالة المدنية لصالح المتزوجين".

وللتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب اختبار "ت" للمقارنة بين متوسطي عينة الحالة المدنية "أعزب، ومتزوج" على مقياس المعتقدات الصحية المبين في جدول رقم -18- حيث كانت قيمة  $t = 2.83$  وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.05.

وبناء على نتائج الجدول رقم -26- يتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير الحالة المدنية لصالح المتزوجين.

وعليه فإن المعتقدات الصحية تتأثر بحالة الفرد إن كان أعزبا أو متزوجا، ففي نموذج المعتقدات الصحية تلعب العوامل الاجتماعية دورا هاما في معتقدات الفرد وفي طريقة إدراكه للمخاطر الناجمة عن هذا السلوك، حيث وجدنا أن متوسط المعتقدات الصحية كان أكبر لدى المتزوجين وربما يعود هذا إلى طريقة تفكير المتزوجين في الصحة، والتي لها تأثير ملحوظ في تبني وممارسة سلوكيات صحية، وهذا راجع إلى القناعات العميقة والمبادئ الراسخة والمكتسبة، ومن خلاله يقوم الفرد بتفسير وتوقع الأفعال، وتعد من المعتقدات الأساسية بالنسبة له، على عكس العازبين، فتختلف طريقة تفكيرهم وإدراكاتهم للمخاطر، وهذا راجع إلى عدم درايتهم للمخاطر التي يسببها التدخين، ومدى أهمية إتباعهم لأساليب حياتية صحية تساعدهم على الحفاظ على صحتهم وتجنب الإصابة بالأمراض وعليه فإن المعتقدات الصحية وطريقة توظيفها وإدراكها من قبل الأفراد يكون بناء على الحالة المدنية إن كان أعزبا أو متزوجا، أي ترجع إلى حسب اتجاهات وتصورات الأفراد للحالة الصحية، ومدى خطورة القيام بسلوكيات الخطر.

#### 8. 2. 4. مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الرابعة:

والتي كان مفادها: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الجامعي".

وللتحقق من صحة الفرضية تم حساب تحليل التباين الأحادي ANOVA والتائج جاءت كما يوضحها الجدول رقم -19-، حيث بلغت قيمة ف = 8.49، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01، وعليه توجد فروق ذات دلالات إحصائية في متغير المعتقدات الصحية تبعاً للمتغير المستوى التعليمي. ولمعرفة لصالح أي مستوى تعليمي قمنا بحساب اختبار «scheffe» للمقارنات البعدية للمراحل التعليمية في سلم المعتقدات الصحية التعويضي كما يوضحه الجدول رقم - 28 - فكانت النتائج لصالح المستوى التعليمي الجامعي وهو ما تم طرحه في الفرضية، أي تحقق الفرض.

وهذه النتيجة تؤيد الدراسة التي قامت بها الباحثة سعاد خشاب سنة 2010-2011 بعنوان "علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين"، فتوصلت نتائجها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. (خشاب، 2011، ص124).

وتشير النتيجة المتوصل إليها إلى أن المستوى التعليمي يعتبر عاملاً من العوامل المؤثرة على معتقدات الأفراد، حيث أن إدراك الخطر يكون مقيماً بطريقة أكثر واقعية كلما زاد المستوى التعليمي، أي أن التعليم يمكن الفرد من معرفة سلوكيات الخطر، كما يمدّه بمعارف وخبرات تجعله يقدر بشكل صحيح مدى إمكانية تعرضه للإصابة بالأمراض، وعليه يلعب التعليم دور فعال في تنمية وعي الأفراد بالأخطار المعرضون لها، فقد يقدمون الأفراد على تعويض سلوكياتهم بسلوكيات أخرى أو تغييرها والتخلي عنه حسب تصوراتهم ومعتقداتهم، وهذا مرتبط بالمستوى الثقافي والتعليمي للأفراد من خلال إتباعهم لسلوكيات صحية والحفاظ على سلامة حالتهم الصحية.

وهذه النتيجة جاءت مؤيدة للدراسة التي قام بها كل من "جونسون وماكليود وليام، لورا كينيدي، ماكليود

كاثرين Johnson, William McLeod, Laura Kennedy, Katherine McLeod

" حول المعتقدات الصحية وترقق العظام بين الشباب وكبار السن من كلا الجنسين"، حيث أسفرت نتائجها على وجود فروق ذات دلالة إحصائية لأفراد العينة على مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي التعليم الثانوي والجامعي. (خشاب، 2011، ص 29، 28).

وعليه المستوى التعليمي يؤثر على إدراكات الفرد وعلى معتقداته الصحية، فالأفراد ذوي المستوى التعليمي العالي تختلف معتقداتهم واتجاهاتهم في تبني سلوكيات صحية من خلال اتباع أساليب حياتية صحية، ووعيهم للمخاطر المعرضون لها من جراء تدخين السجائر، وبالتالي تعويضها بسلوكيات أخرى أكثر صحة وسلامة على حالتهم الصحية.

## 9. خاتمة:

على ضوء النتائج المتحصل عليها من هذه الدراسة، تم التوصل إلى أن سلوك التدخين يعتبر من السلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة ومن الظواهر النفسية الاجتماعية، والذي يقدم عليه الأفراد رغم درايتهم بالمخاطر والأضرار المعرضون لها، وهذا يرجع إلى إدراكاتهم ومعتقداتهم حول هذا السلوك. والطريقة التي يتبعونها من أجل الحفاظ على صحتهم مع استمرار سلوك الخطر (التدخين) وإلى العوامل المؤثرة في سلوكهم كالتغيرات الاجتماعية والديمغرافية (السن، المستوى التعليمي، الحالة المدنية) والتي تختلف من فرد لآخر.

وفي هذا الإطار جاءت دراساتنا هذه التي حاولنا فيها التطرق إلى المعتقدات الصحية لدى المدخنين وعلاقتها بأسلوب الحياة الصحي، وكان الهدف معرفة معتقدات الأفراد المدخنين عند ممارستهم لهذا السلوك الخطر انطلاقاً من مدركاتهم وتوقعاتهم، وتصوراتهم إلى أن ينتهي بهم إلى مدى إتباعهم أسلوب حياة صحي. حيث توصلت الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي ويرجع هذا إلى أفكار الفرد ومدركاته وعملياته المعرفية التي تساهم في تشكيل سلوكه، كما تم الوصول إلى وجود علاقة بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات وأسلوب الحياة بمعنى أن خبرة الفرد تلعب دوراً مهماً في تغيير أفكار الفرد ومعتقداته وتبنيه اتجاه معين، سواء عن طريق الإقلاع عن التدخين أو تعويضه بسلوك صحي آخر.

كما تم التوصل إلى وجود فروق في المعتقدات الصحية تعزى لمتغير الحالة المدنية والمستوى التعليمي، وعدم وجود فروق في نفس المتغير تعزى لسن.

أما بالنسبة للفروق في متغير أسلوب الحياة الصحي، فتوصلت الدراسة إلى وجود فروق تبعا للمتغير: السن، وعدم وجود فروق تبعا للحالة المدنية، والمستوى التعليمي، وهذا قد يفتح المجال من أجل إجراء دراسات والاهتمام بهذا الموضوع.

بعد النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة، يمكن إدراج التوصيات والاقتراحات التالية:

- ❖ إجراء دراسة للكشف عن العلاقة بين اتجاهات المدخنين وعلاقتها بالمعتقدات الصحية.
- ❖ إجراء دراسة مقارنة للكشف عن المعتقدات الصحية وأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من الأفراد المدخنين وغير المدخنين.
- ❖ إجراء دراسات وبحوث حول متغير المعتقدات الصحية وعلاقتها بسلوكيات الخطر.
- ❖ اقتراح برنامج وقائي للمدخنين وفق نموذج المعتقدات الصحية.

10. قائمة المراجع:

- دليلة، زناد (2013): علم النفس الصحي، تناول حديث لأمراض العضوية المزمنة العجز الكلوي المزمن وعلاجه "الميمو دياليز نموذجاً"، الجزائر، دار الخلدونية للنشر والتوزيع.
- سعاد، حشاش (2011): علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الأمن لدى المتزوجين، جامعة باتنة، باتنة.
- سناء، عيسى الداغستاني، وديار، عوني المفتي (2010): المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان السادس والعشرون والسابع والعشرون، <http://www.novapdf.com>
- سناء، مجول فيصل، وعلي، عبد الرحيم صالح (2015): المواجهة الإيجابية وعلاقتها بأسلوب الحياة الصحي لدى موظفي الجامعة. Ini.j.lean , man. Sys. 2 nd 2. 203, 221
- شيلي، تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة د. يريك، وسام درويش، وداود فوزي، شاكرا فطيمة، الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع.
- عثمان، يخلف (2001): علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، (ط.1) ، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- قرمية، ماشو (2011): علاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين، جامعة باتنة، باتنة.
- مفتاح، محمد عبد العزيز (2010): مقدمة في علم النفس الصحة (مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات)، (ط.1)، عمان، دار وائل للنشر.
- هناء، أحمد محمد شويخ (2012): علم النفس الصحي، (ط.1)، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- Corbin, C, Lindesey Rwelk (2002) : *concepts of fitness and welleness : acomprehensive lifestyle approach*, 4<sup>th</sup> édition, S.T, louis, MC, Graw, Hill.
- Marjorie, Rabiau,Barbel, Knauper and Paul miquelon (2006): *the comensatory health belief model* ,Brith journal of health psychology, 11, 139, 153.