

سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول وقلة النشاط البدني) و
علاقتها بكل من نوعية الحياة والمعتقدات الصحية

سارة اشواق بهلول
جامعة خنشلة

ملخص :

نظرا لاهمية دراسة الامراض المزمنة التي اصبحت تمثل عبءا على المجتمع الجزائري، فقد حاولت الباحثة القاء الضوء على مجموعة من سلوكات الخطر التي تعتبر اغلب الاحيان السبب المباشر في ظهور بعض الامراض المزمنة ومدى تأثيرها او طها بنوعية الحياة التي يتبناها الفرد.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة التي تربط بين متغيري نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والمعتقدات الصحية التعويضية وبين سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول وقلة النشاط البدني) لدى عينة قصدية مكونة من 103 فرد كلهم ذكور. ولقد تم استخدام المقاييس الخاصة بهذه المتغيرات والمستخلصة من سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة المترجم من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحثة، وسلم المعتقدات الصحية التعويضية المترجمك ذلك من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية من طرف الباحثة و استبيان سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة المعد من طرفها كذلك. وللإجابة على تساؤلات الدراسة وفقا للمتغيرات السابقة، اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي الارتباطي، ونتيجة لتحليل البيانات على أساس متوسط درجات العينة في كل متغير، فقد استخدمت الباحثة عددا من الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات من حيث المنهج المستخدم وطبيعة العينة، لذلك فقد شملت المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، المدى ومعامل ارتباط بيرسون، وكذلك بالاعتماد على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS

1- اشكالية الدراسة:

يهدف السلوك الصحي بالدرجة الأولى إلى الحفاظ على صحة الفرد وترقيتها إلى أعلى مستوياتها، فهو كل سلوك من شأنه أن يحمي الفرد من خطر الإصابة بالأمراض أو بتدهور الصحة بمختلف جوانبها، ويعرفه سارفينو Sarafino بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة

المبكرة". (عثمان يخلف ،2001)، و عليه فإن كل سلوك يساهم في انخفاض المستوى العام للصحة من بعيد أو من قريب يعتبر سلوك خطر على الصحة Health-Risk Behavior.

و يعرف سلوك المخاطرة المتعلق بالصحة كل سلوك محفوف بالمخاطر و الذي يعتمد على جميع الممارسات التي تشكل خطا على الصحة العقلية والجسدية للأفراد، حيث أن بعض هذه السلوكيات يمكن أيضا أن تؤثر سلبا على صحة الآخرين.(Entreprise & Prévention ، 2004)

ففي الآونة الأخيرة أصبحت مثل هذه السلوكيات منتشرة بشكل كبير، و خير دليل على ذلك ارتفاع نسبة الأمراض في كل المجتمعات (فمثلا ارتفاع نسبة الإصابة بسرطانات الرئة الناتجة غالبا عن سلوك التدخين، حيث يبلغ عدد المدخنين في العالم حالياً حوالي 3.1 بليون نسمة ، ويتوقع أن يرتفع هذا العدد لأكثر من 7.1 بليون شخص بحلول عام 2025 م، و عليه زيادة نسبة المخاطرة بالإصابة بأحد السرطانات الناتجة عن مثل هذا السلوك). (الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين ،2014).

ولعل من بين سلوكيات المخاطرة التي أصبحت منتشرة في العالم بأسره و لا سيما في دول العالم الثالث نذكر: سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول و سلوك قلة النشاط البدني، حيث أن نتائج هذه السلوكيات أصبحت مبهمة بالكم الهائل من الأمراض و الإعاقات التي تنجم عنها سواء على المدى القريب أو البعيد، هذا خاصة أن اعتمادها الفرد كنمط حياة يعتاده يوميا دون التفكير في مدى الضرر الذي سيلحق به جراء مثل هذه السلوكيات التي تعتبر عالية على حياة الفرد من جميع الجوانب (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية و حتى العقائدية).

و يظهر ضرر مثل هذه السلوكيات خاصة عندما تتدهور نوعية الحياة المتعلقة بالصحة التي يمتاز بها كل فرد جراء نمط الحياة التي يعتمد عليه من خلال اختياره لمثل هذه السلوكيات. و قد برز هذا مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بشكل كبير في المجال الصحي، حيث يدمج تحت هذا المجال جوانب موضوعية (مثل ظروف الحياة الوظيفية و الصحية)، و جوانب ذاتية (مثل الارتياح، السعادة و الرفاه). و عليه فإن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تهتم بالصحة البدنية للفرد، و حالته النفسية، و علاقاته الاجتماعية، و علاقته مع بيئته. و هذا ما يحدد المجالات التي يهتم بها هذا

المفهوم، و هي على العموم: الوظائف البدنية، الدور البدني، الألم، الصحة العامة، الحيوية، الوظائف الاجتماعية، الدور الانفعالي، الصحة أو الحالة النفسية. و ما هو ملاحظ كذلك، أن تدهور نوعية حياة الفرد إنما يرجع إلى كيفية اعتقاد الفرد حول مدى حساسية أو خطورة سلوك ما على صحته، وهذا ما يجعل النظر إلى هذه السلوكيات بطريقة مختلفة من طرف الأفراد. و بهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد و استجاباتهم للمثيرات المختلفة، خاصة إذا تعلق الأمر بالسلوك الصحي الوقائي الذي يعتبر محور النماذج النظرية التي تتطرق إلى دراسة المعتقدات الصحية.

و في هذا الإطار جاء مفهوم المعتقد الصحي التعويضي، أين يصبح الفرد يعتقد انه يستطيع أن يعوض سلوك خطر بسلوك آخر دون التخلص من السلوك الأول، إذ انه غالبا ما يكون السلوك المعوض به سلوك خطري في حد ذاته، وهذا ما يزيد من نسبة المخاطرة .

فانتشار مثل هذه المضاعفات الصحية و النفسية الناتجة عن مثل هذه السلوكيات في الدول النامية على وجه الخصوص على غرار الجزائر، أدى بها إلى الإسراع في التفكير إلى إيجاد حلول للتقليص أو القضاء على مثل هذه المشاكل، مما أصبحت تمثل إشكالية عامة تحتاج إلى إيجاد حلول من جميع الجوانب الصحية، الاجتماعية، الاقتصادية ، النفسية، و حتى الثقافية) . وهو ما أدى بالباحثة إلى اختيار مثل هذه السلوكيات من بين جملة كبيرة من سلوكيات المخاطرة المنتشرة في مجتمعنا الجزائري. و عليه انبثقت التساؤلات التالية

هل لسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة علاقة مع كل من المعتقدات الصحية و نوعية الحياة ؟. هذا دون أن ننسى أن قلة هذا النوع من البحوث (على حد علم الباحثة) في الجزائر يعتبر في حد ذاته إشكالية لا بد من الخوض فيها و إزالة ولو جزء من الغموض فيها. و عليه كانت تساؤلات الدراسة المقترحة من طرف الباحثة كالتالي:

هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة و نوعية الحياة لدى أفراد العينة.

هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة و المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

وتمحورت حول هذه التساؤلات الفرضيات التالية:
نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة و
بين نوعية الحياة لدى أفراد العينة.

نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة و
بين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة.

2- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة المقترحة من طرف الباحثة في :
معرفة بعض الجوانب الحياتية التي أصبحت تقريبا متكررة باستمرار: منها التدخين،
قلة النشاط البدني و سلوك شرب الكحول، و التطرق إليها كسلوكيات خطر تؤثر على
الصحة و ليس كظواهر عامة.
مدى تأثير سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة على نوعية الحياة عند الفرد، و التي من
الواجب على الفرد تغييرها من اجل الحفاظ على صحته، بل على حياته ككل.
أهمية العلاقة المزدوجة بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة و بين معتقدات الفرد
الصحية، التي تختلف من شخص لآخر، و بالتالي إن فهم سلوك المخاطرة ضمن هذه
المعتقدات و الأبعاد سيساهم في مساعدة الباحثة و المؤسسات المختصة (حكومية أو
خاصة) في إيجاد بعض الحلول الممكنة للحد من انتشار مثل هذه السلوكيات.

3- مصطلحات الدراسة:

- تعريف سلوك المخاطرة المتعلق بالصحة

يختلف مفهوم سلوك المخاطرة من فرد لآخر، فليس بالضرورة أن ينظر إليه جميع
الأفراد بنفس الطريقة. و يمكننا تعريف سلوك المخاطرة كالتالي:

يعرف شوكي و مارسيلي (Choquet et Marcelli 1993) سلوك المخاطرة le
comportement à risque على أنه: " هو ذلك السلوك الذي يؤدي إلى حدوث
مخاطرة Risque على السلامة الجسمية و النفسية للفرد." (Olivier Desrichard)

و يعرفه كل من بيرناس، ماير و شافر Byrnes, Miller et Shaffer

(9991): " هو ذلك السلوك الذي تكون لديه عدة نتائج ممكنة، حيث على الأقل واحدة من
هذه النتائج تعتبر غير مرغوب فيها في حين توجد نتيجة واحدة على الأقل مرغوب فيها".

(Olivier Desrichard)

أم منظمة الصحة العالمية 1999 oms تعرفه: " هو ذلك السلوك الموجود فعلا و الذي

يكون مرتبطا بزيادة التعرض للمشاكل الصحية. " Martine ، 2003 .
(Bantuelle)

يعتبر تعريف منظمة الصحة العالمية، أهم التعاريف بالنسبة الباحثة لأنه يخدم موضع الدراسة المقدمة، حيث أنها قامت باختيار العينة وفق شروط معينة، عينة عرضية. فسلوك المخاطرة في هذه الدراسة نقصد به ذلك السلوك الذي يقوم به الفرد و الذي يزيد من احتمال التعرض إلى مشاكل صحية.

إن سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة كثيرة جدا ومتعددة، ولكن ما يهمننا في هذه الدراسة هو السلوكيات التي سنتطرق إليها الا وهي سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول و قلة النشاط البدني، و التي تم اختيارها بعد الملاحظات التي لاحظتها الباحثة في الميدان.

- مفهوم نوعية الحياة

" نوعية الحياة هو ذلك المفهوم الذي يهدف إلى تقييم مدى قدرة الفرد على التكيف مع مجالات الحياة المختلفة (الحالة الصحية، الصحة النفسية، و التفاعل الاجتماعي)، و التي تتفاعل فيما بينها بشكل متكامل، حيث يكون هذا التقييم ذاتي يعتمد على إدراكات الفرد حول هذه المجالات، أو تقييم عام تقوم به هيئات مختصة لوضع سياسات منهجية لتحسين حياة الفرد."

يرى نوردانفلت 1994. أن مصطلح نوعية الحياة غالبا ما يكون مرادفا لمصطلح نوعية الحياة المتعلقة بالصحة Health quality of life. حيث أن هذا الأخير يعتمد على عدة أبعاد. (Nordenfelt ، 1994)

و تعرف نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على أنها: "المستوى الأمثل للحالة النفسية والجسدية ، والدور (le rôle) مثل أحد الوالدين أو وصي ، وما إلى ذلك) و الأداء الاجتماعي الذي يقوم به الأف ارد، بما في ذلك العلاقات والمعتقدات والصحة ، واللياقة ، والارتياح في الحياة والرفاهية". (Ann Bowling ، 2001)

يرى معظم الباحثة أن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لها طابع متعدد الأبعاد؛ وتحديد هذه الأبعاد والأهمية النسبية المخصصة لها خلال القياس هي من القضايا الهامة. و هم يؤكدون على تطوير أداة لقياس نوعية الحياة المرتبطة بأمر ارض معينة.(Letzelter، 2000)

ويذهب دانيال مروى Danièle Marois إلى أن أبعاد نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ثمانية و هي: النشاط الجسدي، الدور الجسدي le fonctionnement physique، الألام الجسدية، الصحة العامة، الدور الانفعالي le rôle émotionnel، الحيوية la vitalité، و الصحة العقلية. (Danièle Marois ، 2006)

من خلال هذه الاتجاهات و التعاريف، يمكننا القول أن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ذات مفهوم يهدف إلى ارتقاء الفرد بصحته إلى أعلى المستويات بأكبر قدر ممكن، وذلك في مختلف المجالات التي تمس حياته من صحة جسدية، صحة عقلية، تفاعل اجتماعي، التحكم في الانفعالات، مقاومة الألام... الخ.

3- مجالات نوعية الحياة :

أكد الكثير من الباحثة و الدارسين، أن نوعية الحياة هي نظام معقد يضم عدة مجالات:

جسمية Physique، نفسية Mental، و اجتماعية Social، حيث أن هذه المجالات يجب أن توضع تحت التقييم من خلال التطرق إلى عدة نقاط فيها، وهذا ما يعرفه الباحثون بالتقييم الدراسةي Mesure Objective، و الذي أسسوا له مقياس ذاتي-Auto évaluation يقدم للفرد المعني، و هو ينقسم إلى عدة مجالات (هي بنفسها مجالات نوعية الحياة)، و هي كالآتي: (Marilou Bruchon-Schweitzer ، 2002)

4- المجال النفسي لنوعية الحياة: يرى الكثير من الباحثة أن المجال النفسي لنوعية الحياة يتضمن جميع المشاعر émotions و الحالات العاطفية Etats affectifs الايجابية. و يرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على غياب المؤثر السلبي Affect négative مثل: القلق و الاكتئاب.

من خلال هذه التوجهات نرى انه يمكننا أن نتطرق إلى المجال النفسي لنوعية الحياة من خلال كل من الحالات الانفعالية الايجابية وكذلك جميع اضطرابات الأداء النفسي المتعلقة بالفرد.

5 المجال البدني: يدمج الباحثة تحت هذا المجال الصحة البدنية و القدرات الأدائية، حيث تتضمن الصحة البدنية: الطاقة L'énergie، الحيوية La vitalité، التعب La fatigue، النوم Le sommeil، الراحة Le repos، الألام Les douleurs، الأعراض و مختلف المؤشرات البيولوجية Les indicateurs biologiques.

وتتضمن القدرات الأدائية: الوضع الوظيفي Le statut fonctionnel، تنقل الفرد La mobilité du sujet، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء و من الاستقلالية النسبية.

نلاحظ هنا، أنه من الصعب التطرق إلى المجال البدني لنوعية الحياة دون مراعاة كل من الجانب النفسي والاجتماعي وكيفية تأثيرهما على هذا المجال، وهذا ما يظهر من خلال العناصر التي يتضمنها هذا المجال سواء ضمن الصحة البدنية أو القدرات الأدائية.

المجال الاجتماعي لنوعية الحياة: المجال الاجتماعي لنوعية الحياة يتضمن كل من العلاقات والوظائف الاجتماعية، وهنا لا يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تطرقنا إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية (أي مدى اندماج الفرد في المجتمع) والنوعية (أي فعالية المساندة الاجتماعية في حياة الفرد).

6- الرضا عن العيش: يرى بافوف Pavor (1991)، أن الرضا عن العيش هو عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد وبين معايير المرجعية (القيم والمثل العليا .. الخ)، فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته.

ويذهب دينر Diener (1994) إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري والشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته، ويظهر هذا ضمن مجالات محددة: مهنية، عائلية، الاهتمامات، الصحة، التمويل Finance، الذات Soi، المجموعة التي ينتمي إليها الفرد Groupe d'appartenance، ... الخ). (Diener، 1994)

السعادة: يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية Pluraliste، فهو يتضمن ثلاثة مكونات مستقلة فيما بينها: مكون انفعالي ايجابي (المتعة l'hédonisme)، مكون معرفي - تقييمي (الرضا: أي تقدير الفرد مدى نجاحه في تحقيق تطلعاته)، و مكون سلوكي (التفوق: أي نجاح التقييم الذاتي Auto-évaluée للفرد فيما يخص نشاطاته). (Mussenchenga، 1997)

و بالرغم من الاجتهادات والمقاربات التي توصل إليها الأخصائيون النفسيون فيما يخص هذا المفهوم، إلا أن هذا المفهوم بقي لوقت طويل مرتبط بالبحث عن المتعة L'hédonisme، أو اعتباره م اردفا لمصطلح العافية Le Bien-être.

ويرى الباحثة حاليا، أن مفهوم السعادة يعبر عن سمة Un Trait، أكثر من اعتباره حالة Etat، حيث يهدف إلى الوصول إلى حالة مستقرة ومستدامة نسبيا.

7- الرفاهية الذاتية: يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث نقاط أساسية: (Rolland، 2000) - مفهوم ذاتي، أي التقييم الذاتي الذي لا يعتمد على متطلبات الحياة الدراسية (أي الحياة المادية)؛

— يعتمد على التقييم الايجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد (الرضا عن العيش La

(satisfaction de la vie:

— يهتم بضرورة توفر المؤثرات الايجابية، دون اهتمامه بغياب الانفعالات السلبية. ويرى دييبر (Diener، 1994)، أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الايجابية اتجاه حياته، ويشمل جميع المكونات الدنيا (التي يجب أن تتوفر على الأقل) مثل الرضا

عن العيش ومستوى المتعة. (Diener، 1994)

نلاحظ هنا أن الرضا عن العيش و السعادة هما المكونان الرئيسيان لمفهوم العافية Le Bien-Etre، حيث يجب أن يتوفر هذين المكونين و لو بأقل قدر ممكن ليتحقق هذا المفهوم. (John، 2002)

8- مقاييس نوعية الحياة

نشير هنا انه لا توجد أداة قياس عامة ذات معيار عالمي لقياس نوعية الحياة، و على هذا فإنه يوجد نوعان من مقاييس نوعية الحياة، المقاييس العامة Générique، و تكون هذه المقاييس أو الاستبيانات موجّهة لفئة كبيرة من أفراد المجتمع دون مراعاة خصائصهم (عينات مرضي أو عينات عادية)، و هي على العموم تغطي جوانب كبيرة فيما يخص الحالة البدنية، النفسية و الاجتماعية للأفراد، حيث يكون التقييم هنا تقييما شاملا. (Marilou Bruchon-Schweitzer، 2002)

و من بين هذه المقاييس الأكثر شيوعا نذكر: (Mercier، 2005)

- SF 36 (MOS 36 Short Form): وهو (المقياس المعتمد في الدراسة الحالية) و هو يتكون من 36 عبارة مجمعة في 8 محاور: النشاط البدني (10)، الدور البدني 04، الألم 02، الصحة العامة 05، الحيوية 04، الوظائف الاجتماعية 02، الصحة النفسية 05، الدور الانفعالي 04

والمقاييس المتخصصة Spécifique: وتستعمل هذه المقاييس من اجل فئات عيادية خاصة (الألام، أم ارض القلب، الأم ارض السرطانية، الأمراض العصبية، اضطرابات

النوم، الروماتيزم ،... الخ)، فهي على العموم تهتم بتقييم حالة مرضية معينة من حيث عدة مجالات، وكيفية تطور هذه الحالة خلال الزمن. ونذكر منها: سلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بمرض الربو، سلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بنوع معين من السرطانات، سلم نوعية الحياة المتعلق بالمصابين بالآلام المزمنة... الخ)، (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2002).

9- مفهوم المعتقدات الصحية التعويضية:—

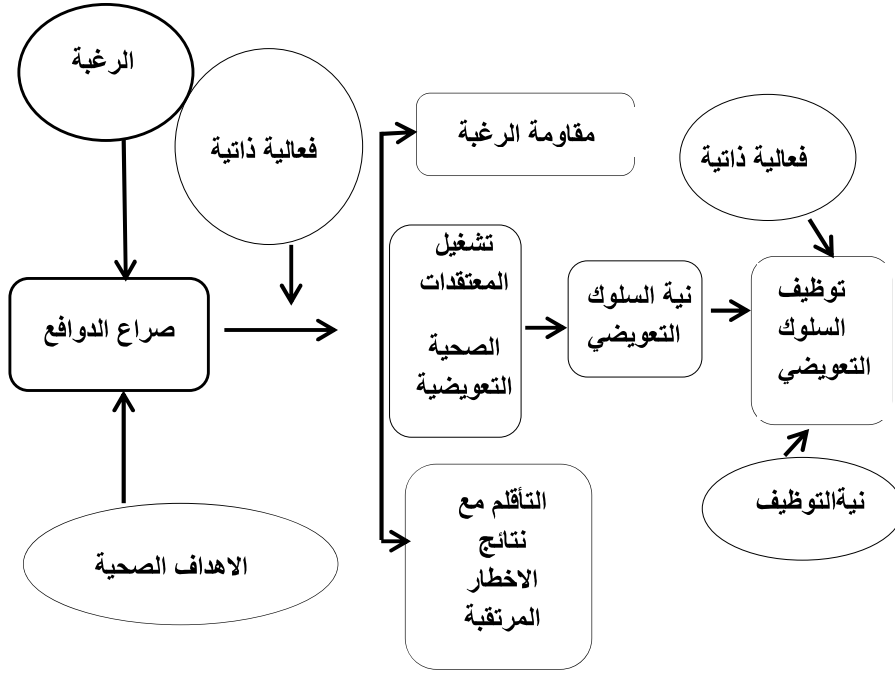
تختلف معتقدات الناس حول صحتهم على حسب الاتجاهات و المعايير التي يعتمدونها في حياتهم، و على حسب هذه المعتقدات تختلف سلوكياتهم نحو صحتهم، و عليه و قبل التطرق إلى مفهوم المعتقد الصحي، لا بد لنا أولاً أن نفهم ما هو المعتقد؟، و ما هي أهم الخصائص التي تميزه؟.

و يعرف كل من مارجوري اربيو و باربال كنوبر Knauper Marjorie Rabiau*, Barbel (و هما من الرواد المؤسسين لنظرية المعتقدات الصحية التعويضية) المعتقدات الصحية التعويضية The compensatory health beliefs، على أنها اعتقاد الفرد بقدرته على تغيير أو تعديل سلوك طوعي غير صحي بسلوك آخر طوعي و صحي خلال وقت معين. حيث ترتبط الطواعية هنا بمدى إرادة الفرد على ضبط نفسه. (Marjorie Rabiau, Barbel Knauper, 2006)

10- نموذج المعتقدات الصحية التعويضية:

يعتبر هذا النموذج من بين أحدث نماذج نظرية المعتقدات الصحية، قام بتأسيسه كل من مارجوري اربيو، باربال كنوبر و بول ميكلون Marjorie Rabiau, Barbel Knauper and Paule Miquelon، حيث اعتمدوا في السعي لتحقيق أهداف هذا النموذج، على نظرية حماية الدافع la motivation de protection (روجرز ، 1975 ، 1983)، نظرية السلوك المخطط (Ajzen ، 1985) ، نموذج شفارتز (19921999) الذي جمع بين النموذجين السابقين، ونموذج التوافق الذاتي (شيلدون ، 2002 ؛ شيلدون & اليوت ، 1999)، الذي يستند إلى مفاهيم نظرية في تقرير المصير (المعاملة الخاصة والتفاضلية ، والمقرر & ريان ، 1985 ، 2000). حيث قاموا بتعريف السلوك الصحي الذي يندرج ضمن هذه النماذج الثلاث على أنه سلوك ناتج عن معتقدات صحية تعويضية.

و يعرض نموذج المعتقدات الصحية محاولة لتفسير سبب تطوير الأفراد لمثل هذه المعتقدات الصحية التعويضية، وكيفية توظيف هذه المعتقدات لمقاومة الإغراءات الذاتية، و كذلك على مدى قدرة الأفراد على التنبؤ بالاختيارات الصحية والنتائج الصحية. وتشتمل العناصر الرئيسية للنموذج على:



نموذج المعتقدات الصحية التعويضية

11 - المعتقدات الصحية وعلاقتها بسلوكيات المخاطرة

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 المخاطر المتصورة 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 اجتماعية، و أما الأحاسيس المدركة للخطر هو مزيج من الحساسية والمخاطر المتصورة، وكذلك من الفوائد التي تأخذ بعين الاعتبار المعتقدات

ودمجها ضمن فعالية الإجراءات. كما أنه يمكن النظر للحواجز التي تنتج عن هذه المعتقدات من خلال التكاليف والجوانب السلبية في الإجراءات الممكن اتخاذها. وتختلف المحفزات والعوامل التي قد تؤثر على قبول مخاطر إلى عدة أنواع، منها: درجة الحرية، التجارب السابقة المتعلقة بالمخاطر ونتائجها، أسباب المخاطر وأصولها، المزايا

التي يمكن استخلاصها من مصادر للخطر، الثقة التي تقيم المخاطر واحتمالات السيطرة على المخاطر، التعاون مع السياسيين والمشرعين، معرفة المخاطر التي يتعرض لها الأطفال والأجيال المقبلة الإعلان، ووسائل الإعلام.

وأخيرا، فإن الوعي بالمخاطرة قد يؤدي إلى اتخاذ قرار يمكن أن يتخذ أشكالا مختلفة وأحيانا متباينة المعاني نذكر منها: القضاء على خطر، رفض الكشف عن هذا المخاطرة، اتخاذ خطوات للتخفيف من حدة الآثار الضارة، اتخاذ خطوات لانخفاض احتمال وقوع هذه النتائج، اتخاذ خطوات لزيادة احتمال أو طبيعة الآثار الإيجابية ... الخ. (Jehova، 2007)

الدراسة الميدانية:

كأي دراسة، فإنه لا بد من المرور بإجراءات معينة من أجل التحكم والإمام أكثر بجوانبها، وبالتالي الوصول بطريقة سليمة إلى الهدف المرجو من هذه الدراسة. وتم تصميم هذه الدراسة على ضوء الدراسة الاستطلاعية ونتائجها من حساب صدق وثبات ادوات الدراسة المستعملة، وذلك بهدف اختبار صحة الفروض.

1- وصف العينة وخصائصها: تكونت عينة الدراسة في الأصل أكثر من 153 فرد ذكور وزعت عليهم المقاييس، حيث أننا وزعنا المقاييس على الذين كان عندهم استعداد للمشاركة في البحث ودون الاهتمام بمتغيرات أخرى ماعدا الشروط التي يجب أن تتوفر في أفراد العينة (عينة عرضية) والقدرة على فهم فحوى المقياس، سواء بالقراءة أوالسمع، حيث لم يتم استرجاع سوى 103 وذلك لعدة أسباب نذكر منها: أن البعض منهم لم يقيم بإرجاع المقاييس المقدمة إليه من طرفنا، كما ان بعض المقاييس لم يتم الإجابة عليها كليا، وعليه قمنا باستبعاد هذه الإجابات..

وعليه فإن عينة الدراسة الفعلية تتكون من 103 فردا كلهم ذكور، تم اختيارهم بطريقة عرضية وذلك حسب متغيرات ومعطيات الدراسة، وفيما يلي سنذكر خصائص العينة من حيث مكان اختيارها، ومن حيث السن، والمستوى التعليمي:

- من حيث مكان اختيارها: معظم أفراد العينة من ولاية باتنة (60 فرد)، وذلك بحكم إقامتنا في الولاية، تليها ولاية قالمة (31 فرد) ثم ولاية أم البواقي (12 فرد) .
 - من حيث السن: سن أفراد العينة المختارة تراوح بين 19 و 63 سنة، بمدى عمر يقدره 14 سنة، وذلك بمتوسط حسابي قدره (33.47) أي 33 سنة و 5 أشهر ونصف بالتقريب، وبانحراف معياري قدره (11.79) وهو ما يعادل 11 سنة و 9 أشهر بالتقريب.
 - من حيث المستوى التعليمي: المستوى التعليمي قد تمايز بين أفراد العينة، حيث وجدنا نسبة ضئيلة من الأميين (5.82 %)، ونسبة (11.65 %) للأفراد الذين مستوى تعليمهم لم يتعدى المستوى الابتدائي، في حين تقاربت نسب مستويات التعليم المتوسط (35.92%) والمستوى الثانوي (32.04%)، أما المستوى الجامعي فكانت النسبة تقدر ب (14.57%) .
- 2- المنهج المستخدم: استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لأنه هو الأنجع لمثل هذه الدراسات.
- 3- أدوات الدراسة وكيفية تطبيقها:
- أ. الأدوات : استخدمت الباحثة في الدراسة الأساسية نفس الأدوات التي استخدمت في الدراسة الاستطلاعية ، وهي:
- مقياس المعتقدات الصحية التعويضية The compensatory health beliefs Scale الذي تم ترجمته من طرف الباحثة، وسلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36 و الذي تم ترجمته أيضا، و مقياس سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني) المعد من طرف الباحثة.
- ب. كيفية جمع البيانات الخام:
- كانت الطريقة التي تم بها تفرغ إجابات المبحوثين وجمع الدرجات الخام كالتالي:
- قمنا بحساب الدرجات الكلية المتحصل عليها من قبل المبحوثين المشاركين على مقياس المعتقدات الصحية التعويضية و سلم جودة الحياة و استبيان سلوكيات الخطر المتعلق بالصحة، ومن ثم تم الاستغناء على أوراق الإجابات نهائيا، والاحتفاظ بالمجموع الكلي لدرجات هذا المقياس، إذ هذا ما يهمننا في هذه الدراسة.
- وكمرحلة ثانية، قمنا بتفرغ هذه الدرجات الخام المتحصل عليها لكل مبحوث من خلال أدوات الدراسة في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS ، وذلك لحساب العلاقة بين متغيرات الدراسة.

4- عرض ومناقشة نتائج الدراسة الأساسية

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

بعد المعالجة الإحصائية لدرجات أفراد العينة المختارة في الدراسة الحالية، نعرض فيما يلي النتائج الأساسية للدراسة في ضوء الفرضيات الدراسة.

1.1 عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى: والقائلة:

" نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة ونوعية الحياة لدى أفراد العينة".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب معاملات الارتباط بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، وقلة النشاط البدني) وبين الدرجات المتحصل عليها على محاور نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، إذ تم الحصول على النتائج التالية:

جدول العلاقة بين نوعية الحياة و بين سلوكيات المخاطرة (التدخين، الكحول، قلة النشاط البدني)

| نوعية الحياة | | سلوك التدخين |
|----------------------|----------------|------------------------|
| مستوى الدلالة | معامل الارتباط | |
| غير دال عند أي مستوى | -0.08 | |
| غير دال عند أي مستوى | -0.02 | سلوك شرب الكحول |
| غير دال عند أي مستوى | -0.04 | سلوك قلة النشاط البدني |

نلاحظ من خلال الجدول أن:

سلوك التدخين: قيمة معامل الارتباط بين نوعية الحياة و سلوك التدخين و التي تساوي ($r = .008$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة و بين سلوك التدخين. في حين لاحظنا انه توجد علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = .020^*$) بين محور الوظائف البدنية و سلوك التدخين، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05).

سلوك شرب الكحول:قيمة معامل الارتباط بين نوعية الحياة و سلوك شرب الكحول و التي تساوي ($r = .002$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة و بين سلوك شرب الكحول. في حين لاحظنا انه توجد علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = .028^{**}$) بين محور الصحة النفسية و سلوك شرب الكحول، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).

سلوك قلة النشاط البدني:قيمة معامل الارتباط بين نوعية الحياة و سلوك قلة النشاط البدني و التي تساوي ($r = .004$) ، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة و بين سلوك قلة النشاط البدني.

— في حين لاحظنا انه توجد علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = .032^{**}$) بين محور الدور البدني و سلوك قلة النشاط البدني، و هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01).

مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

إن البيانات المحصل عليها من تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الأولى باستخدام معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرات البحث (نوعية الحياة و علاقتها بسلوكات المخاطرة المتعلقة بالصحة)، و التي كانت النتائج المتوصل إليها كالتالي:

— أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك التدخين، و هو عكس ما كانت تتوقعه الباحثة، كما جاءت هذه النتائج منافية مع الدراسة التي قدمها كل من تارا ، اوكورو كاترين و مقداد علي و آخرون (STRINE Tara W. ; OKORO Catherine A. ; CHAPMAN Daniel P. ; BALLUZ ; Lina S. ; FORD Earl S. ; AJANI Umed A. ; MOKDAD Ali H.)، حول نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و سلوكات المخاطرة المتعلقة بالصحة عند المدخنين، حيث اثبتوا العلاقة بين نوعية الحياة و بين سلوك التدخين. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن سلوك التدخين يؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية و النفسية للفرد و بالتالي التأثير على مدى نوعية الحياة التي يمتاز بها من خلال نمط الحياة الذي يعتمد في العيش. كما أن الواقع المعاش يوميا يوضح جليا مدى تأثير التدخين على حياة الفرد ليس من الناحية الجسدية فحسب، بل حتى فيما يتعلق بالنواحي النفسية، الاجتماعية و حتى الاقتصادية، و هذا ما جعل الباحثة تتوقع وجود علاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك التدخين.

- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك شرب الكحول، وهو عكس ما كانت تتوقعه الباحثة، وهذا بالرغم من ملاحظة أن هناك علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = -0.28^{**}$) بين محور الصحة النفسية على سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك شرب الكحول، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01). هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن سلوك شرب الكحول يؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية و النفسية للفرد و بالتالي التأثير على مدى نوعية الحياة التي يمتاز بها من خلال نمط الحياة الذي يعتمد في العيش. و هذا ما جعل الباحثة تتوقع وجود علاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك شرب الكحول. كما أن المعايير و القيم الاجتماعية التي يتميز بها المجتمع الجزائري تجعل إجابات الأفراد منقوصة. فسلوك شرب الكحول في مجتمعنا لا يزال من الطابوهات التي يمنع الحديث عنها بالرغم من أن هذا السلوك أصبح منتشرًا في مجتمعنا المحلي، ليس عند الذكور فقط ولكن عند الإناث أيضا. حيث لاحظنا بعض الإجابات تتناقض فيما بينها، وهذا دليل على أن الفرد الذي أجاب على الاستمارة تردد في إعطاء الإجابة الصحيحة. و ذلك نتيجة المعايير و القيم الاجتماعية و الأخلاقية الذي يمتاز بها.

و أما فيما يخص العلاقة الارتباطية السلبية بين محور الصحة النفسية على سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك شرب الكحول، فنفسر هذا إلى أن الواقع المعاش و كذلك جميع المقاربات النظرية تؤكد أن سلوك شرب الكحول يعتبر من بين أهم العوامل التي تؤثر على الصحة النفسية للفرد ليس فقط عن طريق أع ارض الإدمان أو استعمال الكحول، بل كذلك تدهور الحالة النفسية للفرد من خلال العلاقات الاجتماعية التي تصبح مضرية، و لا سيما إن كان المجتمع الذي ينتهي إليه الفرد يمتاز بخصوصيات ثقافية و أخلاقية و دينية كمجتمعنا الجزائري.

- و أخيرا أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و بين سلوك قلة النشاط البدني، وهو عكس ما كانت تتوقعته الباحثة. بالرغم من ملاحظتنا بأنه توجد علاقة ارتباطية جوهرية سلبية ($r = -0.32^{**}$) بين محور الدور البدني و سلوك قلة النشاط البدني، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة

(0.01). كما جاءت هذه النتائج منافية مع الدراسة التي قدمها كل من جانا، بيترسون، جون، اندرو وآخرين (Jana).

حول، Peterson, John B. Lowe, N. Andrew Peterson and Kathleen F. Janz).

العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و بين الحياة النشطة active living، و ذلك سنة 2003، و كان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الحياة النشطة و بين الخصائص و الوظائف الجسدية المعبر عنها من خلال سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني، حيث وجدوا انه توجد علاقة ارتباطية بين الحياة النشطة و بين كل من الدرجات المتحصل عليها من خلال محوري الوظائف البدنية و الدور البدني على سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة SF32V2. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن سلوك قلة النشاط البدني يؤدي إلى تدهور الصحة الجسمية و النفسية للفرد، و بالتالي التأثير على مدى نوعية الحياة التي يمتاز بها من خلال نمط الحياة الذي يعتمده في العيش. كما أن الواقع المعاش يوميا يوضح جليا أن سلوك قلة النشاط البدني خاصة في إن اعتمد كنمط حياة، يؤدي إلى أثار جسمية (السمنة كمرض) و نفسية (ضغط نفسي حاد) و اجتماعية (نقص العلاقات الاجتماعية). و هذا ما جعل الباحثة تتوقع وجود علاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و سلوك قلة النشاط البدني. أما عن العلاقات السلبية التي وجدتها الباحثة بين محور الدور البدني و سلوك قلة النشاط البدني، فنحن نفسر ذلك انه من البديهي أن يتأثر الدور البدني بقلة النشاط البدني بصورة سلبية، و هذا ما يلاحظ خلال حياتنا اليومية، و كذلك ما أكدت عليه جميع المفاهيم و الدراسات النظرية حول هذا الدراسة (النشاط البدني).

و تفسر الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الباحثة هو اختيار عينة عرضية بشروط معينة. دون التركيز على سلوك قلة النشاط البدني، التدخين و الشرب الكحول كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة عرضية دون أن نراعي ضرورة توفر هذا السلوك عند أفراد العينة، حيث كانت الاستبيانات التي تتطرق إلى هذه السلوكات تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة الأفراد الذين يمتازون بقلة النشاط البدني فقط.

2.1 عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية: والقائلة:

" نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة وبين المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة".

لاختبار صحة هذه الفرضية تم حساب معاملات الارتباط بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول و قلة النشاط البدني) و بين الدرجة الكلية المتحصل عليها من سلم المعتقدات الصحية التعويضية. إذ تم الحصول على النتائج التالية:

جدول يبين العلاقة بين المعتقدات الصحية و بين سلوكيات المخاطرة (التدخين، شرب الكحول، قلة النشاط البدني)

| المعتقدات الصحية التعويضية | | |
|----------------------------|----------------|-------------------|
| مستوى الدلالة | معامل الارتباط | التدخين |
| غير دال عند أي مستوى | 0.11 | |
| دال عند (0.01) | 0.28** | شرب الكحول |
| غير دال عند أي مستوى | 0.13 | قلة النشاط البدني |

نلاحظ من خلال الجدول قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و: سلوك التدخين: و التي تساوي ($r = 0.11$)، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك التدخين. سلوك شرب الكحول: قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك شرب الكحول و التي تساوي ($r = 0.28^{**}$) ، هي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01). وهذا معناه انه توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك شرب الكحول. قلة النشاط البدني: قيمة معامل الارتباط بين المعتقدات الصحية و سلوك قلة النشاط البدني و التي تساوي ($r = 0.13$)، هي قيمة غير دالة عند أي مستوى. وهذا معناه انه لا توجد علاقة ارتباطية بين المعتقدات الصحية و بين سلوك قلة النشاط البدني.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

إن البيانات المحصل عليها من تحليل النتائج الخاصة بالفرضية الثانية باستخدام معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرات البحث (المعتقدات الصحية و علاقتها بسلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة)، والتي كانت النتائج المتوصل إليها كالتالي:

- أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك التدخين. وهو عكس ما كانت تتوقعه الباحثة. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن الأفراد وخاصة المدخنين تختلف اعتقاداتهم حول سلوكياتهم من فرد لآخر، كما أن إدراكهم للخطر يختلف كذلك على حسب معتقداتهم، وبالتالي فإن تعويض هذه السلوكيات أيضا من طرفهم تختلف على حسب المعتقدات التي يرونها تتناسب و نمط حياتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكيات التعويضية، فكل ذلك يبقى مرتبطا باعتقاداتهم التي يعتمدون عليها في القيام بسلوكياتهم المعتادة وهذا ما جعل الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك التدخين.

و تفسر الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الباحثة هو اختيار عينة عرضية بشروط معينة، دون التركيز على سلوك التدخين كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة عرضية دون أن نراعي ضرورة توفر سلوك التدخين عند أفراد العينة، حيث كانت الاستمارة التي تنطبق إلى سلوك التدخين تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا، أي أنها لم تكن تخص فئة المدخنين فقط.

أما فيما يخص تناقض الدراسة المقدمة من طرفنا مع الجانب النظري، فنفسره على أن من بين خصائص نموذج المعتقدات الصحية التعويضية أنه حديث العهد و أسس في ظروف و خصائص تختلف عن تلك التي يتميز بها مجتمعنا. هذا دون أن ننسى أن معظم الأفراد لم يتفطنوا بعد للمعنى الحقيقي (كونه مفهوم حديث) للسلوك التعويضي، و بالتالي فإن إجاباتهم على سلم المعتقدات الصحية التعويضية كانت في الغالب تشوبها بعض النقائص مثل عدم فهم معنى سلوك تعويضي في حد ذاته و هذا ما لاحظناه في بعض الإجابات. فكل هذا يكون قد أدى إلى توصلنا إلى مثل هذه النتيجة.

- توصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المعتقدات الصحية التعويضية وبين سلوك شرب الكحول، وهو ما كانت تتوقعه الباحثة. كما جاءت هذه النتائج مطابقة مع الدارستين التي قدمهما كل من:

* ليسلي، اليسون وكريستوفر (P. Allison Minugh, Christopher Rice, Leslie Young)، حول الجنس، المعتقدات الصحية، السلوك الصحي و سلوك شرب الكحول، وذلك سنة 1990، وكان الهدف الأساسي اختبار مدى فعالية تأثير استهلاك الكحول من خلال نموذج المعتقدات الصحية مع مراعاة الفروق بين الجنسين. وتوصلوا إلى انه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين سلوك استهلاك الكحول و بين نموذج المعتقدات الصحية مع ملاحظة بعض الفروق بين الجنسين.

* و كذلك دراسة ارتير، بليم، لوستيتر و آخرون (Arthur W. Blume, Ph.D., Ty W. Lostutter, B.S., Karen B. Schmaling, Ph.D., and G. Alan Marlatt, Ph.D.)، حول المعتقدات الصحية المتعلقة بسلوك شرب الكحول و النتائج المترتبة عنها، وذلك سنة 2003، وكان الهدف الأساسي منها هو محاولة إيجاد العلاقة بين الفعالية الذاتية و بين النتائج المترتبة عن سلوك شرب الكحول بالاعتماد على نموذج المعتقدات الصحية العام. وتوصلوا إلى انه توجد علاقة ارتباطية ايجابية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و بين سلوك شرب الكحول.

و كذلك هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة تتفق و الواقع النظري الذي يبين أن الأفراد وخاصة مستهلكي المشروبات الكحولية تختلف اعتقاداتهم حول سلوكياتهم من فرد لآخر، كما أن إدارتهم للخطر يختلف كذلك على حسب معتقداتهم، وبالتالي فإن تعويض هذه السلوكات أيضاً طرفهم تختلف على حسب المعتقدات التي يرونها تناسب و نمط حياتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكات التعويضية. فكل ذلك يبقى مرتبطاً باعتقاداتهم التي يعتمدون عليها في القيام بسلوكياتهم المعتادة، وهذا ما جعل الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك شرب الكحول.

- وأخيراً أظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قلة النشاط البدني، وهو عكس ما كانت تتوقعه الباحثة. هذا دون أن ننسى أن هذه النتيجة كذلك تتنافى مع الواقع النظري الذي يبين أن الأف ارد تختلف

اعتقاداتهم حول سلوكياتهم من فرد لآخر، كما أن إدراكهم و إحساسهم بالمخاطرة يختلف كذلك على حسب معتقداتهم، و بالتالي فإن تعويض هذه السلوكيات أيضا من طرفهم تختلف على حسب المعتقدات التي يرونها تناسب و نمط حياتهم بغض النظر عن مدى صحة أو خطورة هذه السلوكيات التعويضية، فكل ذلك يبقى مرتبطا باعتقاداتهم التي يعتمدون عليها في القيام بسلوكياتهم المعتادة و هذا ما جعل الباحثة تتوقع وجود علاقة بين المعتقدات الصحية التعويضية و بين سلوك قلة النشاط البدني.

و تفسر الباحثة نتيجة الدراسة الحالية إلى أنه من بين الأسباب التي أدت إلى تناقض هذه النتيجة مع ما كانت تتوقعه الباحثة هو اختيار عينة عرضية بشروط معينة. دون التركيز على سلوك قلة النشاط البدني كخاصية أساسية للعينة، حيث أننا قمنا باختيار عينة عرضية دون أن ن ارعي ضرورة توفر سلوك قلة النشاط البدني عند أف ارد العينة، حيث كانت الاستمارة التي تتطرق إلى سلوك قلة النشاط البدني تبحث عما إذا كان هذا السلوك موجود أو لا ، أي أنها لم تكن تخص فئة الأف ارد الذين يمتازون بقلة النشاط البدني فقط.

أما فيما يخص تناقض الدراسة المقدمة من طرفنا مع الجانب النظري، فنفسره على أن من بين خصائص نموذج المعتقدات الصحية التعويضية أنه حديث العهد و أسس في ظروف و خصائص تختلف عن تلك التي يتميز بها مجتمعنا. هذا دون أن ننسى أن معظم الأفراد لم يتفطنوا بعد للمعنى الحقيقي (كونه مفهوم حديث) للسلوك التعويضي، و بالتالي فإن إجاباتهم على سلم المعتقدات الصحية التعويضية كانت في الغالب تشوبها بعض النقائص مثل عدم فهم معنى سلوك تعويضي في حد ذاته و هذا ما لاحظناه في بعض الإجابات. فكل هذا يكون قد أدى إلى توصلنا إلى مثل هذه النتيجة.

خاتمة:

دراسة سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة ضمن تخصص علم النفس الصحة و ربطها بمتغيرات أخرى تؤثر وتتأثر بها، كانت ولا تزال من بين أهم الميادين الخصبة التي تحتاج إلى المثابرة والاطلاع أكثر من اجل تحقيق الأهداف المرجوة من أي دراسة. و في هذا الإطار جاءت دراستنا هذه التي حاولنا فيها أن نتطرق إلى البعض من سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة، ألا وهي: سلوك التدخين، سلوك شرب الكحول، و سلوك قلة النشاط البدني؛ و ربطها بكل من نوعية الحياة المتعلقة بالصحة و بالمعتقدات الصحية التعويضية، أي أن الهدف من هذه الدراسة هو محاولة معرفة مدى العلاقة بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة بكل من نوعية الحياة و المعتقدات الصحية.

و على اثر ذلك، اعتمدنا في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي الذي يتلاءم مع متغيرات الدراسة، و من خلال البيانات التي تحصلنا عليها من خلال إجابات أفراد العينة على الأدوات المخصصة لها. تحصلنا على عدة نتائج أهمها:

— لم تتحقق الفرضية الأولى و القائلة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين نوعية الحياة و بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى أفراد العينة".

— تحققت الفرضية الثانية جزئيا و القائلة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين المعتقدات الصحية و بين سلوكيات المخاطرة المتعلقة بالصحة لدى أفراد العينة".

و مع هذا تبقى هذه النتائج بحاجة إلى مزيد من البحث و الدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث، باستخدام أدوات أكثر دقة على عينة اكبر حجما، و بالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها .

المراجع:

1. الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين (2004): "اليوم العالمي للامتناع عن التدخين.. التبغ والفقير.. التدخين والمخدرات"، مأخوذ يوم 30 جوان 2008، من الموقع الإلكتروني / <http://www.nesasy.org/content/view/829/90>
2. عثمان يخلف، (2001). علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة. ط1، الدوحة. دارالثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
3. *Ann bowling. (2001). << Health-related quality of life>>, (Review of Disease-Specific Quality of life Measurement Scales), Library of Congress Cataloging-in-Publication Data, Philadelphia, British Open University Press Buckingham ,*
4. *Danièle Marois. (2006). << Comparaison de La qualité de vie globale entre plusieurs groupes de sujets affectés par différent trouble de santé ainsi qu'avec des sujets en santé>>, Thèse d'honneur présentée comme exigence partielle dans le cadre du cour activité DE recherche en psychologie, CANADA, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL*
5. *Entreprise & Prévention. (2004). <<Comportement à risque>>, retiré Novembre 04, 2008, de ://www.ep.soifdevivre.com/Alcool+et+Sante/Glossaire/74.aspx28.*
6. *Jehova. (2007). <<L'alcool -Un danger qui vous guette ?>>, Watch New York, Tower Bible and Tract Society of Pennsylvania, retired February 03, 2008, From: //www.watchtower.org/f/20051008/article_03.htm*
7. *John.E. (2002). <<Construction of the SF-36Version 2.0>>, Psychometric Considerations, retire le 14 novembre 2008, de: //www.sf-36.org/tools/sf36.shtml).*
8. *Letzelter. (2000). <<LA QUALITÉ DE VIE, EN PRENDRE TOUTE LAMESURE>>, MAPI Values – LYON, retiré le 20 mars 2009, de ://www.mapi-research-inst.com/index02.htm*
9. *Marjorie Rabiau, Barbel Knauper and Paule Miquelon. (2006). <<The eternal quest for optimal balance between maximizing pleasure*

and minimizing harm>>, *The compensatory health beliefs model, British, British Journal of Health Psychology*, 11, 139–153

10. Martine Bantuelle et René Demeulemeester. (2003). <<Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire>>, *Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, France, Saint-Denis cedex.*

11. Mercier, S. SCHRAchraub.(2005).<<Qualité de vie : quels outils de mesure ?>>, *27es journées de la SFSPM, Deauville.*

12. Musschenga. (1997). <<the relation between Concepts of quality of life, Health, and Happiness>>. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 22, 11-

13. Nordenfelt L. (1994). <<Concept and Measurment of Quality of Life in Health Care>>, *Londres, Kluwer academic Publishers, chap 3, p 241-255*

14. Olivier Desrichard. (n d). <<Conduites à risque et perception des risques à l'adolescence>>, *France, Laboratoire de Psychologie Sociale EA 600, uv grenoble.*