

السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة

دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة

- دراسة ميدانية بولاية سطيف -

أ. شريفة بن غدفة

ben_ghedfa@yahoo.fr

قسم علم النفس، جامعة سطيف

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن نوع العلاقة التي تربط متغير السلوك الصحي بنوعية الحياة، وأيضا عن إمكانية وجود فروق في درجات هذين المتغيرين حسب بعض المتغيرات الأخرى، كالمنطقة السكنية (ريف/ مدينة)، الجنس (ذكر/ أنثى)، الحالة الصحية (سليم / مريض) وكذلك الحالة المدنية (متزوج/ عازب)، العمل (عامل/بطل) وأخيرا حسب المستوى الدراسي (أمي/ متوسط / ثانوي/ جامعي).

وقد أسفرت هذه الدراسة عن نتائج تتمثل في وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا بين السلوك الصحي ونوعية الحياة وتقدر بـ 0.49 وعند مستوى دلالة معنوية 0.01. أما بالنسبة لبقية المتغيرات فقد كانت هناك فروق في درجات السلوك الصحي وفي درجات نوعية الحياة بين سكان الريف وسكان المدينة، بين الأصحاء والمرضى وبين العاملين والبطالين. كما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب وبين الأميين والجامعيين فقط. في حين لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الإناث والذكور. ولا توجد فروق في درجات السلوك الصحي بين المتزوجين والعزاب، كما لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى الدراسي.

Abstract:

This study aims to detect the type of relationship between the variable of health behavior with the quality of life, as well as the possibility of the existence of differences in the levels of these two variables compared to other variables, as the residence (rural /city), sex (male /female), health status (healthy/ sick), civil status (married / single), employment (employed or unemployed), and finally by educational level (illiterate / fundamental / secondary / university). In the current study the results were as follows:

There is a positive correlation between the health behavior and quality of life, estimated at 0.49 at 0.01 level of significance. As for the rest of the variables there were differences in the degree of health behavior and the degree of the quality of life among the rural population and the urban population, between healthy and sick people, as well as between the employed and unemployed.

While there are no differences between married and unmarried individuals, there are differences in degrees of quality of life only among the illiterate and people with university level, while there are no differences in the degree of health behavior and quality of life among females and males. Finally there are no differences in the degree of health behavior according to the level of instruction.

مقدمة:

مما لا شك فيه أن المجتمعات الحديثة أصبحت تعاني من تزايد المشاكل وتعقيداتها على جميع الأصعدة، فأصبحت تشغل بال الباحثين لفهمها وإيجاد حل لها. غير أن الأمر على قدر ما هو ممكن، فهو في غاية من الصعوبة. وهذا يعود إلى عدة عوامل نذكر منها: تعقد الظاهرة الاجتماعية، عمق الحالة النفسية لكل من الفرد والمجتمع. وما من شك في أن المشاكل الاجتماعية ليست بعيدة عن المشاكل الاقتصادية، كما أن هذه الأخيرة ليست بعيدة عن التعقيدات السياسية التي تعتبر نتاج أفراد المجتمع.

وقد تعددت الدراسات التي اهتمت بالتعرف و كشف حقيقة المشاكل التي يعاني منها الفرد والمجتمع، من خلال محاولة الإجابة على عدة تساؤلات، منها: هل أن معايير المجتمع وخصائصه هي سبب ظهور وتعقد هذه المشاكل؟ أم أن البيئة الجغرافية التي يعيش فيها هي التي تفرض عليه هذا النمط من التعقيدات؟ أم أن التقدم التكنولوجي السريع انعكس على أصحابه بالسلب فعقد الأمور بدل أن يبسطها؟ أم أن الإنسان هو المسؤول الأول والأخير عما يواجهه من صعوبات؟ هذه التساؤلات تجعل الباحثين يتحملون مسؤولية فهم وكشف الحقيقة كاملة.

إن الحديث السائد والمستمر حول التنمية الشاملة، يصبح في أغلب الأحيان مجردة أساطير في خضم المعوقات والمشاكل الفعلية التي تعيشها المجتمعات. وباعتبار أن أفراد هذا المجتمع هم المسؤولون عن النهوض بالتقدم والتنمية، فيجب أن يكونوا قادرين على بذل الجهود الضرورية للتنمية ومستعدين لها. وهذا لن يتأتى إلا إذا كان الفرد يتمتع بصحة عقلية، نفسية وجسمية تمكنه من العمل والاستمرار فيه. وعليه، أصبح من الصعب الحديث عن التنمية دون إدراج الوضع الصحي للقائمين عليها.

وطالما أن عامل الصحة يعتبر من المعايير الأساسية في تحديد مستويات تقدم المجتمعات وتخلفها، فقد أصبح من الضروري الاهتمام بهذا الجانب بشكل عملي وسريع وفعال. وهذا ما يندرج ضمن أهداف هذا البحث الذي يدرس عينة من المجتمع الريفي والحضري من ولاية سطيف، مركزا على العلاقة بين السلوك

الصحي ونوعية الحياة. بمعنى آخر، هل أن نوعية الحياة التي نعيشها لها علاقة بسلوكياتنا الصحية؟

الإطار المنهجي للدراسة

أولاً، مشكلة الدراسة:

تشير الإحصائيات إلى أن الأمراض المعدية والمزمنة تسبب وحدها نسبة 60% من مجموع الوفيات و47% من عبء الأمراض العالمي. ومن المتوقع أن ترتفع هذه الأرقام إلى 72% و62% على التوالي بحلول عام 2020.¹ وعلى الرغم من أن 80% من أطفال العالم الأقل من سنة من العمر يخضعون للتلقيح ضد أمراض الأطفال كالحصبة والسيل، إلا أنه توفي 11 مليون طفل سنة 1995 قبل عمر خمسة سنوات و97% من هؤلاء من الدول النامية. ويتوقع الباحثون والمهتمون أن مرض السكري يمكن أن يصيب 300 مليون كهل عام 2025 مقابل 143 مليون عام 1997، وأن الوفيات من هذه الفئة من الناس قد تصل إلى 15 مليون سنويا، ناهيك عن الأمراض المعدية التي تواصل زحفها نحو نسبة تقدر بـ 4/10 وفيات في الدول النامية، أين يصل عدد وفيات السل 3 ملايين من بين 8 ملايين حالة سل سنويا في العالم، والإسهال على 2.5 مليون، والملاريا على 2.7 مليون والإيدز على 1.5 مليون.²

أما بالنسبة للجزائر، فإن الوضع ليس بأفضل من الوضع العالمي، إذ بلغت نسبة الوفيات بالنسبة للأطفال حديثي الولادة نحو 43% في سنة 2007. واستنادا إلى المؤسسة الوطنية للصحة العمومية، فقد سجلت 642 حالة إيدز إلى غاية 2004 وارتفع هذا الرقم إلى 676 سنة 2005، بينما سجلت 1721 حالة حامله للفيروس سنة 2004 ليرتفع هذا الرقم أيضا إلى 1868 سنة 2005. وتشير الإحصائيات إلى 100000/20.54 حالة مصابة بالتهاب السحايا سنة 2003، كما ارتفعت نسبة

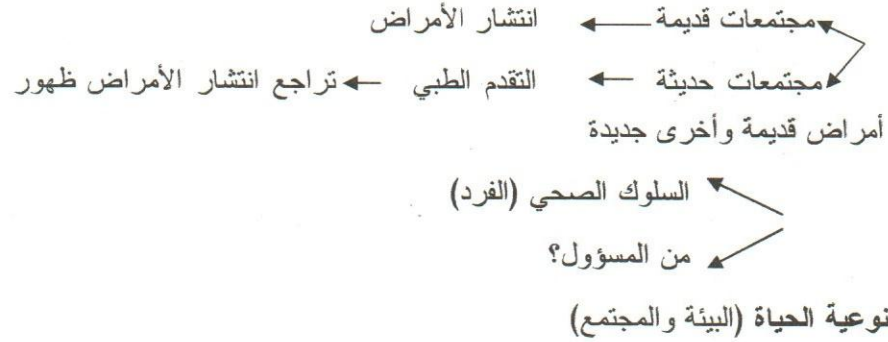
¹ - الطرائق الفعالة في تعليم قواعد السلوك الصحي، (31.6.2006)، www.geocities.com

² - موسوعة القرن، (تونس: الدار المتوسطية للنشر، 2006)، ص. 255.

الحمى المالطية في 2004 إلى 10.99/100000، وتضاعفت حالات الإصابة بداء الكلب من 12 حالة سنة 2003 إلى 24 حالة في 2004. وفي ولاية سطيف فقد سجلت 63 حالة مصابة بالتيفويد سنة 2003، وقفزت إلى 110 حالة سنة 2004 لتحل بذلك المرتبة الأولى حسب الولايات.¹

أمام هذه الأرقام المخيفة في مقابل التقدم التكنولوجي، المعلوماتي والتقدم الطبي يصبح المشكل أكثر تعقيدا، فما السبب ياترى في وجود هذا التناقض؟

وسنحاول تلخيص هذا الطرح أو الإشكال من خلال الشكل التالي:



من خلال هذا الشكل وبالاعتماد على البيانات السابقة يمكن أن نتساءل عن السبب الحقيقي لعودة ظهور هذه الأمراض من جديد بعدما ظن الكثير بأنها ذهبت إلى غير رجعة. ولتفسير هذه الظاهرة يطرح تساؤل آخر: هل أن الدولة توقفت عن العناية بصحة المواطن؟ أم أن الفرد هو المسئول الأول عن صحته بالرجوع إلى سلوكياته غير الصحية؟ ولما كانت هذه السلوكيات تحدد ملامح الحياة العامة للأفراد، فإن محاولة تفسير هذه الظاهرة تكون أوضح بدراسة علاقة هذه السلوكيات الصحية بنوعية الحياة التي يعيشها الفرد خاصة إذا ما أخذ في الحسبان الاختلاف بين نوعية الحياة لدى سكان الريف وسكان المدينة باعتبار المنطقة السكنية متغير مهم يؤثر

¹ - Institut National de Santé Publique, Relevé épidémiologique annuel, (R.E.M), (3.7.2007), Alger, (2003.2004.2005). www.ands.dz.com

حتما في سلوك الفرد ويحدد نوعية الحياة التي يعيشها. وعليه، فإن مشكلة البحث تسعى إلى اكتشاف نوع ودرجة العلاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة.

ثانيا، أهمية الموضوع:

يعتبر ملف الصحة من أبرز الملفات التي مازالت تثقل كاهل الدول المتقدمة والنامية على السواء، لما له من أهمية، خاصة بعد الظهور المتنامي لأمراض جديدة وخطيرة. ويحاول الباحثون إيجاد تفسيرات علمية مفهومة وواضحة، منها أن وجبات الأكل السريع التي أصبحت تنتشر بسرعة كانت من العوامل المسببة في الأمراض المزمنة كمرض القولون والقرحة المعدية. كما أن ضغوطات الحياة تساهم هي الأخرى في أمراض الأعصاب وارتفاع الضغط. أما التدخين وتناول المخدرات فقد كانا من أسباب ظهور أمراض السرطان بأنواعه، استنادا إلى ما خلصت إليه بعض الدراسات العلمية الحديثة.

ففي دراسة قام بها سامر جميل رضوان وكونراد ريشكة حول السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة - دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان - شملت عينة الدراسة 300 مفحوص. وقد أظهرت النتائج وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، منها منم عن الصحة مثل تناول الفاكهة والنوم عدد كاف من الساعات، تنظيف الأسنان وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب وفحص الصدر.¹

وفي الدراسة الميدانية لعبد الرحمن العيسوي التي كان الغرض منها قياس الأمية البيئية بين الشباب، فقد انطلق من فرضية أن التلوث قضية سلوكية بحتة قوامها تربية الفرد وتكوين عاداته. واعتمادا على عينة تكونت من 500 فرد بمضر توصل إلى أن نسبة 60.5% من أفراد العينة يعتقدون أن الفرد هو المسئول عن

¹ - سامر جميل رضوان، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، (2007.7.24)، اتصل شخصي عن طريق البريد الإلكتروني.

حدوث التلوث، وبدرجة أقل كشفت الدراسة عن وجود بعض العادات السلوكية الفردية الصحية.¹

كما أشار أحمد محمد عبد الخالق في بحثه "التفاؤل وصحة الجسم" أن مجموعة من الباحثين قاموا بدراسة حول علاقة التفاؤل كسلوك فردي بصحة الجسم على عينة تتكون من 312 رجلا مريضا بالإيدز و 238 مفحوص غير مريض به. وكشفت عن نتيجة مفادها أن التفاؤل يعد من المصادر الهامة التي تساهم في التغلب على الأمراض النفسية والجسمية، إذ يساعد المرضى على التحكم النفسي في الانفعالات عندما يصابون بهذه الأمراض.²

وفي دراسة مسحية قامت بها وحدة الاستطلاع الاقتصادية للنتبؤ سنة 2005 حول مؤشر نوعية الحياة في 111 دولة لوضع دليل يقيس مؤشرات ومستوى نوعية الحياة لهذه الدول. وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن مستوى الدخل يمثل نسبة 50% من مستوى الرضا عن الحياة. كما توصلت إلى ترتيب الدول حسب مستوى نوعية الحياة. فكانت إيرلندا في المقدمة بمجموع 8.333 درجة على المقياس المطبق رغم أنها تأتي في المرتبة الرابعة من حيث الدخل الفردي، الذي تمثل فيه لوكسمبورغ المرتبة الأولى والمرتبة الرابعة في مستوى نوعية الحياة بمجموع 8.015 واحتلت قطر المرتبة 41 من حيث مستوى نوعية الحياة والمرتبة 6 من حيث قيمة دخل الفرد، وبذلك تحتل المرتبة الأولى بالنسبة للدول العربية. وتحتل الجزائر المرتبة 81 بمجموع 5.571 على مقياس نوعية الحياة وبهذا تأتي في المرتبة 76. وقد تبين من خلال هذه الدراسة المسحية أهمية المؤشرات المكونة لمفهوم نوعية الحياة وهذا على عينة تفوق 3000 مشترك. ووجد أن مؤشر الصحة يأتي في المرتبة الثانية كأهم مؤشر لقياس مستوى نوعية الحياة.³

¹ - عبد الرحمن العيسوي، في علم النفس البيئي، (القاهرة: دار المنشأة، 1997)، ص ص. 207، 209.
² - من هؤلاء الباحثين: S. E. Taylor, M. E. Kemeny and L. G. Aspinwal، انظر: أحمد محمد عبد الخالق، "التفاؤل وصحة الجسم: دراسة عملية"، مجلة العلوم الاجتماعية، (الكويت: العدد: 1998، ص. 48).
³ - The Economist Intelligences Unit، "Quality Of Life Index،" (4.7.2007)، www.economist.com, P.4.

لقد تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض من خلال دراسة "لبريسلو وانستروم L. Breslow, and J. E. Enstrom التي شملت العينة الأصلية، حيث تم تتبعها لمدة تزيد عن تسع سنوات، بينت النتائج أن الذكور الذين أقبلوا على تطبيق العادات الصحية السبع (المتمتلة في: عدم التدخين، النوم 7-8 ساعات يوميا، تناول إفطار الصباح يوميا، عدم الأكل خارج أوقات الطعام، الحفاظ على الوزن المناسب، ممارسة الرياضة بانتظام، عدم تناول المشروبات الكحولية) نسبة وفياتهم تمثل 28% من نسبة الأفراد الذين مارسوا بين صفر وثلاث عادات صحية.

دراسة طولية أخرى قام بها الباحث بيلوك N.B. Belloc استغرقت أكثر من ستة سنوات، تناولت العلاقة بين نسبة الوفيات وعدد العادات الصحية لدى الأفراد. وجد أن نسبة الوفيات في العينة تتخفف بارتفاع عدد العادات الصحية لديهم. في حين أن الدراسة التي أجراها كل من بيلوك Belloc وبريسلو Breslow في سنة 1965 وهي دراسة مسحية على عينة مكونة من 6938 فردا (ذكور وإناث) تراوحت أعمارهم بين 20 و70 سنة فأكثر، فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطا وثيقا بسبع ممارسات صحية شخصية.¹ إضافة إلى ما سبق دراسة أخرى بينت أن 75% من السكان غير مرضى (مرض يحتاج للعلاج). و24% من السكان مرضى في بيوتهم ويحتاجون إلى نوع من العناية أو الرعاية الصحية، 1% مرضى في المستشفيات. وتعني نتائج هذه الدراسة التي قامت بها المنظمة الصحية العالمية World Health Organization أن 75% من الأفراد يمكنهم المحافظة على صحتهم بإتباع سلوكيات وعادات صحية. بالإضافة إلى كون المجال الجغرافي أيضا له دور في تحديد نوعية الحياة التي يعيشها الفرد. إن التضرر والريف (Urbanism/Ruralism) يطلقان على أسلوب الحياة الذي يتبعه الأفراد مثل أنواع السلوك والمعتقدات والنظم والعلاقات.

1- عثمان يخلف، علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، (الدوحة، الإمارات العربية المتحدة: دار الثقافة، 2001)، ص ص 22-23.

ومع أن دنكن R. Duncan أشارت إلى صعوبة تحديد خصائص قاطعة تميز سكان الريف والحضر في تصورهما لنظرية المتصل الريفي- الحصري، إلا أن الأمر خلاف ذلك، ومن المستحيل التغاضي عن الأمور الملاحظة واقعيًا من فروقات بين الريف والمدينة وعلى جميع المستويات. وهذا لا يعني بالضرورة نفي وجود صعوبة تعترض الباحثين في الوصول إلى طريقة ناجحة لفهم أنماط الحياة الريفية والحضرية وأسلوبها. ولعل أكثر المحاولات جديّة في دراسة نوعية الحياة الحضرية كانت على يد ورث لويس L.Wirth في مقاله: "الحضرية كطريقة للحياة"، أين وصف المدينة على أنها شكل خاص للترابط البشري يتميّز بمظاهر خاصة ذات الدلالة القطعية للحياة الحضرية. ويؤيد هذا الاتجاه أصحاب نظرية الثقافة الحضرية والتي يعد ورث من أبرز ممثليها.¹

لهذا يمكن تلخيص أهمية هذه الدراسة في النقاط التالية:

1. العلاقة المتبادلة بين سلوكيات الأفراد والبيئة التي يعيشون فيها.
2. التكاليف الباهظة التي تصرف على القطاع الصحي دون الحصول على نتائج كبيرة يعتد بها.
3. اختلاف نوعية الحياة بالنسبة لسكان الريف وسكان المدينة باختلاف ميزات كل بيئة سكنية.

ثالثًا، فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي ونوعية الحياة.

الفرضيات الجزئية:

- 1- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين سكان الريف والمدينة؛

¹ - للمزيد من المعلومات حول هذه الدراسة، انظر: غريب محمد سيد أحمد، علم الاجتماع الحصري، (القاهرة: دار المعرفة الجامعية، 2006)، ص ص 174-176.

- 2- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الأصحاء والمرضى؛
- 3- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الجنسين.
- 4- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين العاملين والبطالين.
- 5- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين المتزوجين والعزاب؛
- 6- توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب المستوى الدراسي؛

رابعاً: أهداف الدراسة:

يسعى هذا البحث إلى محاولة معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة، وتحديد نوعها ودرجتها. بالإضافة إلى الاهتمام بمتغير السكن (الريف والمدينة)، وفيما إذا كان لهذا المتغير تأثير في اختلاف درجة هذه العلاقة، مع محاولة إبراز أهم النقاط التالية:

- 1 كشف نوع العلاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة.
- 2 قياس درجة العلاقة بين السلوك الصحي ونوعية الحياة للعينة ككل.
- 3 معرفة ما إذا كانت هناك فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب متغير السكن (ريف/حضر).
- 4 معرفة ما إذا كانت هناك فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب المتغيرات التالية، الجنس (ذكر/ أنثى)، الحالة الصحية (سليم/ مريض)، الحالة المدنية (متزوج / عازب) والعمل (عامل/ بطل) وأخيراً حسب المستوى الدراسي (أمي/ متوسط / ثانوي/ جامعي).

خامساً، تحديد المصطلحات الرئيسية في الدراسة:

إن تحديد المصطلحات يعد من أهم الخطوات المنهجية في البحث العلمي، إذ تساعد في توضيح الإطار النظري للدراسة. وفيما يلي عرض لأهم المصطلحات المستخدمة في هذا البحث:

1- مفهوم السلوك الصحي:

تؤدي سلوكيات وعادات الأفراد اليومية في الأكل، النوم، اللباس، الغسل والحركة دورا كبيرا على صحتهم. فقد حاول العلماء تعريف السلوك الصحي بصيغ مختلفة، ومع ذلك فهم متفقون على أنه نمط من السلوك يقوم به الفرد للحفاظ على صحته. فيعرفه سرافينو E. P. Sarafino بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة".¹ وثمة من يشير إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي وهي:²

- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة: كالسن والجنس والمعارف والاتجاهات.
- العوامل المتعلقة بالمجتمع: كالتعليم والمهنة والدعم الاجتماعي وتوقعات السلوك.
- العوامل الاجتماعية والثقافية على مستوى البلديات: لتسهيل الوصول إلى المراكز الصحية والتثقيف الصحي.
- العوامل الاجتماعية عموما: كالعقائد والقيم والأنظمة القانونية.
- عوامل البيئة المادية: كالطقس والطبيعة والبنى التحتية.

1-1 أبعاد السلوك الصحي: للسلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية هي:

- أ- بعد وقائي: يتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلا أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية.
- ب- بعد الحفاظ على الصحة: يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها.
- ج- بعد الارتقاء بالصحة: ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم.³

¹ - يخلف، المرجع السابق، ص.20.

² - رضوان، المرجع السابق، (اتصال شخصي عن طريق البريد الإلكتروني).

³ - يخلف، المرجع السابق، ص.20،21.

2- مفهوم نوعية الحياة:

إن مفهوم نوعية الحياة من أعقد المفاهيم، وهذا لطبيعته التجريدية والديناميكية، إذ من الصعب إعطاء تعريف موحد لنوعية الحياة بسبب اختلاف المؤشرات التي يستدل بها عليه. وبالتالي، فإن نوعية الحياة في المجتمعات الصناعية تختلف عن مثيلتها في مجتمعات الدول النامية. وفي هذا الإطار، تبرز حقيقة أساسية تشير إلى اتفاق أنماط الحياة المختلفة حول طبيعة الحاجات التي ينبغي أن تشبع، غير أنها تختلف من حيث ترتيبها وأولويتها وأهميتها بالنسبة للحاجات الأخرى.¹

2-1 تعريف نوعية الحياة: إن مفهوم نوعية الحياة واسع ويعكس علاقة الإنسان ببيئته التي يعيش فيها. ومن هنا، فإن كل محاولة تقدم تعريفاً عن نوعية الحياة حسب الموضوع المدروس. وفيما يلي بعض التعاريف التي سعت إلى توضيح أبعاد هذا المفهوم:

أ- حسب المنظمة العالمية للصحة: فإن نوعية الحياة هي: كيفية إدراك الفرد لمكانته وقيمه في الحياة ضمن الإطار الثقافي والقيمي الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وآماله وتوقعاته وانشغالاته.²

والملاحظ، أن أهم نقطة في هذا التعريف هي الإدراك بمعنى كيف يرى الفرد حياته وقيمتها. وهذا يعني أنه مفهوم واسع تتدخل في تكوينه عدة عوامل وبشكل معقد كالصحة الجسدية والنفسية، الاستقلالية وعلاقاته الاجتماعية وأيضاً علاقته بالبيئة التي يعيش فيها. وفي المجال الصحي يمكن فهم نوعية الحياة من وجهين: أولهما الوجه الموضوعي والذي يهتم بشروط الحياة والصحة المهنية؛ وثانيهما الرؤية الذاتية والتي تدرس الإحساس بالرضا والسعادة والشعور بالراحة والرفاهية. وهذا ما يسمح بتقييم وتقدير الوضع العام للشخص وبصورة ديناميكية.³

¹ - محمد الجوهري، دراسات في علم الاجتماع الريفي والحضري (القاهرة: دار المعرفة الجامعية، 1997)، ص. 109.

² - Anne François, Jean-Luc Mayer, Qualité de vie des maladies chroniques, www.nordpasdecals.fr/santé, (10.12.2006).

³ - I bid.

ب- **التعريف الطبي:** ويقصد به نوعية الحياة من المنظور الطبي الذي المرتبط بمفهوم المرض والصحة في أغلب الدراسات. ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه بأن الدراسات الطبية تعتمد على نظريات تحكومية مسبقة أو أفكار متحيزة، كالاعتقاد أن غير المدخنين يتمتعون بنوعية حياة أفضل من المدخنين.¹

ج - **تعريف الاتجاه النفعي:** حسب أصحاب هذا الاتجاه فإن نوعية الحياة تتضمن إشباع رغبات الفرد بالشكل الذي يرضيه. أما المجتمع الجيد فهو الذي يستطيع توفير أكبر قدر ممكن من وسائل الإشباع لإرضاء مواطنيه وتزويدهم بالخبرات الإيجابية. وبذلك فإن الاتجاه النفعي يركز على الجانب المادي في تعريفه لنوعية الحياة.²

د- **تعريف علماء الاجتماع:** يرى المختصون في علم الاجتماع أن نوعية الحياة تحدد بالوضعية الاجتماعية للجماعات وهي هدف التطور الاجتماعي، فالرضا أو عدم الرضا عن نوعية الحياة له علاقة بشروط العيش الجيدة، لأن الهدف من التطور الاجتماعي هو تحقيق وتلبية احتياجات أفراد المجتمع والجماعات قدر الإمكان. بمعنى، أنه كلما كان هناك توازن وتقارب في تلبية احتياجات الأفراد داخل مختلف الطبقات الاجتماعية، كلما كانت نوعية الحياة أفضل.³

هـ- **تعريف علماء الاقتصاد:** اهتم علماء الاقتصاد بدراسة نوعية الحياة. وبالنسبة لهؤلاء فإن هذا المصطلح هو محاولة وصف أو تقييم طبيعة وشروط الحياة التي يعيشها الأفراد في مجتمع أو منطقة معينة، وتتشكل من:⁴

1- عوامل خارجية كالإنتاج التكنولوجي، العلاقات بين الجماعات والدول، المؤسسات الاجتماعية البيئية والطبيعية.

¹ - العارف بالله محمد الغندور، موضوعات في علم النفس: الاتجاهات، التوافق النفسي، نوعية الحياة، (د.م: دن، 2004)، ص. 161.

² - Quality of life, www.rppprogress.org, (8.12.2006).

³ - Vukadinovic Srdan, "Quality of life", www.facta.junis.ni.ac.yu/pas/pas2000/pas2000-07.pdf, (10.6.2007)

⁴ -Ibid.

2- عوامل داخلية وتتعلق بقيم الفرد والمجتمع. غير أن هذه العوامل في تغير مستمر. ففي ما مضى لم تكن البيئة تسترعي انتباه الباحثين بالقدر الكافي كما هو الحال اليوم حيث أصبحت من أكبر اهتمامات الباحثين والمجتمع ككل.

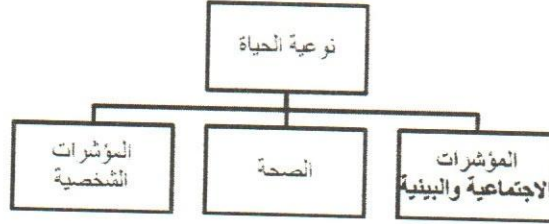
من خلال هذه التعريفات والتي حاولت تسليط الضوء على مفهوم دقيق لنوعية الحياة، نجد أن بعضها يعتمد على إدراك الفرد لجوانب الحياة التي يعيشها، وبعضها الآخر يشير إلى أهمية الجانب الصحي في تحديد نوعية الحياة. وثمة من يرى بأن البيئة معيار دقيق لقياس مستوى نوعية الحياة. وبالرجوع إلى هذه التحاليل يمكن أن نعرف نوعية الحياة على أنها قدرة الفرد على التعامل مع معطيات بيئته؛ بمعنى آخر، مدى قدرته على تحقيق الأفضل لنفسه وذلك بإدراك مسبق لقدراته الجسدية والنفسية والعقلية، وتوقعه للمعوقات التي يمكن أن يتلقاها في البيئة التي يعيش فيها سواء من الجانب الفيزيقي الحيوي أو الاجتماعي.¹

2-2 مؤشرات نوعية الحياة: يمكن تحديد صنفين من المؤشرات التي تحدد علاقة الصحة بنوعية الحياة:

- أ- المؤشرات الشخصية: وهي خصائص الشخص التي تؤثر على إدراكه للصحة عبر آليات متداخلة وغير مباشرة والمتمثلة في خصائصه الديموجرافية (ديمغرافية- اجتماعية) وسلوكياته وأسلوب حياته ونظراته للمرض وخبراته السابقة.
- ب- المؤشرات البيئية: حسب التصنيف الدولي هي 5 أنواع: المنتجات والأنظمة التقنية، البيئة الطبيعية وما أحدثه الإنسان من تغيرات فيها، الدعم والعلاقات الاجتماعية، السلوكيات ومجمل الخدمات المقدمة في المجتمع كالأجهزة العامة والسياسية.² ويمكن تلخيص هذه المؤشرات وعلاقتها بنوعية الحياة في الشكل التالي:

¹ -Ibid.

² -Serge Briançon, Conséquence da la maladie chronique: La qualité de vie et ses déterminants, (www.sante.gouv.fr), (24.7.2007).



الشكل رقم 1

آلية التفاعل بين مختلف المؤشرات المؤثرة على نوعية الحياة

2-3 بعض العادات الصحية لتحسين نوعية الحياة: جاء في المجلة الطبية أن أهم العادات الصحية تتمثل في النوم بشكل كاف، الإفطار صباحا كل يوم، تناول وجبات خفيفة إضافة إلى الفواكه والخضروات ولحوم الأسماك، الحفاظ على شرب الماء والحليب، المحافظة على النظافة، ممارسة تمارين رياضية، إقامة علاقات اجتماعية طيبة، التخطيط والبرمجة للحياة.¹

سادسا، الإجراءات المنهجية للدراسة:

1- المنهج المستخدم في البحث:

تم الاعتماد على المنهج الاستكشافي الإحصائي لإمكانية البرهنة على فرضيات هذه الدراسة. كما تم أيضا الاعتماد على نظام الإحصاء الوصفي والاستدلالي لمعالجة البيانات وهذا باستخدام برنامج SPSS.12. وقد تم حساب الارتباط بحساب معامل بيرسون وحساب الفروق باستخدام اختبار T.test.

2- أدوات العمل الميداني: اعتمدت الدراسة الحالية على مقياسين:

1-2 مقياس السلوك الصحي: ويتكون من 50 سؤالاً، وعدد الاختيارات المتاحة للإجابة على كل سؤال هو 4 اختيارات على التوالي: لا - أحيانا - غالبا - دائما. ويحتوي المقياس على 20 سؤالاً سلبياً و30 سؤالاً إيجابياً حيث تكون طريقة التقيط من 1 إلى 4 بالنسبة للأسئلة لإيجابية والعكس بالنسبة للأسئلة السلبية.

2-2 مقياس نوعية الحياة: يتكون من 29 بنداً وعدد الاختيارات المتاحة للإجابة هي 5 احتمالات: سيئة جدا - سيئة - متوسطة - جيدة - جيدة جدا. ولا توجد أسئلة سلبية، وتكون طريقة التقيط أو قيمة البنود من 1 إلى 5 حسب الترتيب

1- ثلاثة عشر عادة صحية لتحسين نوعية الحياة، المجلة الطبية، (2007.7.23).
<http://www.tartoos.com/HomePage/Rtable/MedecinMag/General/General36.htm>

السابق للاختيارات. وتم توزيع المقياسين على أفراد عينة البحث والبالغ عددهم 460؛ إلا أنه تم استرجاع ومعالجة 317 فقط.

2-3 المعالجة الإحصائية: حساب صدق وثبات المقياسين: تم حساب الثبات بحساب معامل ألفا α لكرونباخ (Alpha Coefficient) والذي يستخدم لحساب الاتساق الداخلي للمقياس المكون من درجات مركبة حيث يربط ثبات المقياس بثبات بنوده. أما الصدق فتم حساب الصدق الذاتي أي جذر α لكرونباخ. فكانت النتائج كالتالي: بعد حساب تباينات البنود لأفراد العينة التجريبية لكل مقياس وأيضا حساب التباين الكلي للدرجات تم حساب الثبات بالنسبة لمقياس للسلوك الصحي كانت $\alpha = 0.98$ ، وبالتالي قيمة الصدق الذاتي للمقياس ص = 0.98. أما بالنسبة لمقياس نوعية الحياة كانت $\alpha = 0.99$ ، وعليه قيمة الصدق الذاتي للمقياس ص = 0.99 وهذا يعني أن قيمة الثبات والصدق عالية وأن المقياسين يتمتعان بقيمة علمية وإحصائية كبيرة. وقد تم حساب معامل الارتباط بحساب معامل بيرسون. كما تم حساب الفروق بين أفراد العينة باستخدام T.test باستخدام نظام المعالجة spss12.

3- مجالات الدراسة:

3-1 المجال الجغرافي: تمت هذه الدراسة بولاية سطيف التي وصل عدد سكانها سنة 2006 مليون وخمسمائة و53 ألف نسمة؛ وتمثل نسبة الحضرية فيها 34.62%، إلا أن هذه الكثافة السكانية تضيف المزيد من المتاعب من حيث الاستهلاك والتعليم والتشغيل وغيرها. فقد تم إحصاء حوالي 1200 مصاب جديد بالسرطان في ولاية سطيف منهم 2157 رجل و2155 امرأة يتلقون العلاج بالمركز الاستشفائي الجامعي. ويصاب الأطفال بنسبة 10% بهذا المرض. وتبلغ نسبة المواليد 2.13% ونسبة الوفيات 0.36%، في حين تتوزع 8 مستشفيات على تراب الولاية بسعة 1880 سرير¹.

3-2 المجال الزمني: تمت هذه الدراسة خلال سنتي 2006-2007.

¹ - Wilaya de Setif, Monographie, 2006 : Setif par les chiffres, el wafa, Setif, (Dec., 2006)

3-3 المجال المنهجي: تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الاستكشافي الإحصائي وتطبيق مقياسين: المقياس الأول حول السلوك الصحي والمقياس الثاني حول مؤشر نوعية الحياة.

4- عينة البحث:

تم اختيار العينة بطريقة عرضية من سكان مداشر ومدن ولاية سطيف. وقد بلغ عدد أفراد العينة 317 مفردة من أصل 460 مفردة، شملت البالغين من العمر 18 سنة فما فوق. وكان من بينهم 165 من سكان الريف و152 من سكان المدينة. وقد تم توزيع مقياسين مختلفين يقيس السلوك الصحي ومقياس خاص بنوعية الحياة في أماكن مختلفة منها الإدارة، المستشفيات، المراكز الصحية، نوادي الإنترنت، محلات الأكل السريع، مراكز الضمان الاجتماعي والبيوت. ويمكن تلخيص أهم خصائص العينة في الجدول التالي:

جدول رقم 1

خصائص أفراد العينة.

السمة	العدد	النسبة المئوية
سكان الريف	165	52.05%
سكان المدينة	152	47.94%
الأصحاء	242	76.34%
المرضى	75	23.65%
الذكور	140	44.16%
الإناث	177	55.83%
العمال	171	53.94%
البطالين	146	46.05%
المتزوجين	159	50.15%
العزاب	147	46.37%
أميون	69	21%
م.متوسط.	53	16.71%
ثانوي	117	36.90%
جامعي	78	24.60%

يتضح من الجدول رقم 1 أن أكبر نسبة مئوية من أفراد العينة كانت 76.34% وهي تمثل نسبة الأفراد الأصحاء، في حين أن نسبة الأفراد الذين يعانون من

الأمراض لا تتعدى 23.65%. وهذا يعني بأن الغالبية العظمى من أفراد العينة يمكنهم الحفاظ على صحتهم. وتؤكد هذه الإحصائيات بأن نسبة الإناث (55.83%) كانت أكبر من نسبة الذكور (44.16%)، ومرد ذلك سرعة تجاوبهن مع فكرة البحث، بينما كان الأمر أكثر صعوبة مع الذكور. وفي نهاية المطاف يمكن الإشارة إلى أن النسبة الدنيا من أفراد العينة من الأميين التي تمثل نحو 21%. ويعود تدني هذه النسبة إلى التزايد المستمر في نسبة المتعلمين في الجزائر بفضل برامج محو الأمية، والتعليم الإجباري.

سابعاً: نتائج الدراسة:

وبعد حساب معامل الارتباط والفروق أسفرت الدراسة الحالية على النتائج التالية:

1- النسبة للفرضية العامة: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين درجة السلوك الصحي ونوعية الحياة، فقد تم حساب معامل الارتباط بحساب معامل بيرسون والجدول التالي يوضح النتيجة المتحصل عليها:

جدول رقم 2

درجة الارتباط بين السلوك الصحي ونوعية الحياة للعينة الكلية.

عدد أفراد العينة	قيمة معامل بيرسون	مستوى الدلالة
317	**0.49	0.01

يتضح من هذا الجدول أن المتوسط الحسابي لدرجات السلوك الصحي يقدر بـ 139.19. وتحرف قيم أفراد العينة عن هذا المتوسط بقيمة 17.72. في حين أن المتوسط الحسابي لدرجات نوعية الحياة يقدر بـ 94.89. وتحرف قيم أفراد العينة عن هذا المتوسط بقيمة 14.83، وهي أقل من انحراف درجات السلوك الصحي. ومن خلال الجدول رقم 2 نلاحظ أيضاً بأنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين السلوك الصحي ونوعية الحياة، وذلك لأن معامل الارتباط لبيرسون يساوي 0.49** وهو دال عند 0.01. وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية متوسطة القوة بين درجات

السلوك الصحي ودرجات نوعية الحياة لدى أفراد العينة ككل. والذي بلغ 0.49 أي 0.50 بالتقريب وهي درجة ارتباط موجبة ولها دلالتها الإحصائية عند 0.01.

2- وبالنسبة للفروض الجزئية فقد كانت النتائج المبينة في الجدول رقم 3 كالآتي:

جدول رقم 3

الفروق بين درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب متغير الجنس.

مستوى الدلالة	T.test	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	أفراد العينة	
0.52	0.63	315	17.24	138.63	177	إناث	السلوك الصحي
			18.34	139.91	140	ذكور	
0.97	0.02	315	15.95	94.91	177	إناث	نوعية الحياة
			13.35	94.87	140	ذكور	

من خلال الجدول يتبين أنه لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين الإناث والذكور.

جدول رقم 4

الفروق بين درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب متغير الحالة الصحية.

مستوى الدلالة	T.test	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	أفراد العينة	
0.01	3.26	315	18.58	133.45	75	مرضى	السلوك الصحي
			17.09	140.97	242	أصحاء	
0.01	3.39	315	14.87	89.89	75	مرضى	نوعية الحياة
			14.51	96.44	242	أصحاء	

في حين نلاحظ وجود فروق في درجات السلوك الصحي بين الأصحاء والمرضى بقيمة $T=3.26$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.01 وفي درجات نوعية الحياة بقيمة $T=3.39$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.01.

جدول رقم 5

الفروق بين درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة بين العاملين والبطالين.

مستوى الدلالة	T. test	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	أفراد العينة	
0.05	2.31	315	17.81	141.30	171	عامل	السلوك الصحي
			17.34	136.7	146	بطل	
0.05	2.09	315	14.22	96.49	171	عامل	نوعية الحياة
			15.36	93.02	146	بطل	

بالإضافة إلى ما سبق نلاحظ أيضا وجود فروق في درجات السلوك الصحي بين العاملين والبطالين بقيمة $T=2.31$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.05 وفي درجات نوعية الحياة أيضا بقيمة $T=2.09$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.05.

جدول رقم 6

الفروق بين درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب الحالة المدنية.

مستوى الدلالة	T. test	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	أفراد العينة	
0.78	0.27	315	17.73	139.33	195	متزوج	السلوك الصحي
			17.86	139.89	147	أعزب	
0.05	1.06	315	12.66	94.38	159	متزوج	نوعية الحياة
			17.01	96.20	147	أعزب	

وفي الأخير تشير نتائج الجدول رقم 6 إلى أنه لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي بين المتزوجين والأعزب. بينما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بينهما بقيمة $T=1.06$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.05.

جدول رقم 7

الفروق بين درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب المنطقة السكنية.

مستوى الدلالة	T. test	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	أفراد العينة	
0.05	2.07	315	18.61	137.23	165	ريف	السلوك الصحي
			16.39	141.33	152	مدينة	
0.01	2.058	315	13.54	92.84	165	ريف	نوعية الحياة
			15.95	97.11	152	مدينة	

هناك فروق في درجات السلوك الصحي بين سكان الريف وسكان المدينة بقيمة $T=2.07$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.05، وفي درجات نوعية الحياة بقيمة $T=2.58$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.01.

جدول رقم 8

الفروق بين درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة حسب متغير المستوى الدراسي.

مصدر التباين	مجموع المربعات	مربع المتوسطات	درجة الحرية	F	مستوى الدلالة
السلوك الصحي بين المجموعات مع المجموعات المجموع	1155.637 98082.843 99238.479	385.212 313.364	313 316	1.22	غ د
نوعية الحياة بين المجموعات مع المجموعات المجموع	2150.431 67423.134 69573.565	716.810 215.409	313 316	3.32	0.05

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنه لا توجد فروق في درجات السلوك الصحي حسب المستوى الدراسي. بينما توجد فروق في درجات نوعية الحياة بين الأميين والجامعيين فقط بقيمة $F=3.32$ ، وبمستوى دلالة معنوية 0.05.

ثامنا، مناقشة النتائج:

على ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج، يمكن القول أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين السلوك الصحي ونوعية الحياة. وأن هذه النتائج لا تختلف كثيرا عن التي أشارت إليها نتائج الدراسات السابقة. مثل ما هو الحال بالنسبة لدراسة رضوان وريشكة حول "السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة" حيث بينت نتائج هذه الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، بعضها صحية مثل تناول الفاكهة، النوم عدد كاف من الساعات وتنظيف الأسنان، وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب. إن انتشار بعض هذه العادات الصحية السليمة بين أفراد العينة هو ما أسفرت عنه نتائج هذه الدراسة أيضا، إذ من خلال استجابات الأفراد هناك العديد من السلوكيات الصحية كعدم الإكثار من الحلويات، قلة تناول الأدوية المهدئة.

ولعل هذا يعود إلي عدة عوامل منها انتشار الوعي بين السكان بمدى خطورة تناول الأدوية المهدئة دون استشارة الطبيب. ويدرك أغلبية الأفراد أن الحلويات وما تحويه من سكريات أصبحت خطرا يهدد صحتهم، إما بارتفاع نسبة السكر كما هو معتقد أو الإصابة بمرض السكر أو السمنة. إلا أن الأمر لا يخلو من بعض السلوكيات الصحية غير السليمة خاصة منها تناول الأدوية المصنوعة من الأعشاب، والاعتماد على العجائن في الوجبات اليومية، وأيضا معاودة إهمال الصحة بعد الشفاء. وهذا مرده اهتزاز ثقة المرضى بالأدوية الكيميائية خاصة بعد ظهور عدة أمراض فشلت هذه الأخيرة في القضاء عليها. لهذا يجد هؤلاء الخلاص والأمل في الأدوية المصنوعة من الأعشاب، ضف إلى ذلك دور الإعلام الخطير في الترويج لهذا النوع من الأدوية. وبالنسبة لتناول العجائن بشكل كبير فقد يعود إلى عدة أسباب منها ثقافة المجتمع الاستهلاكية والقدرة الشرائية للمستهلك، إذ ليس بمقدور كافة الأفراد التنوع في الوجبات الغذائية، إما بسبب انخفاض الدخل أو لغلاء السلع.

بعد تحليل النتائج نجد أن أفراد المجتمع لا يولون اهتماما كبيرا بالصحة، فمثلا عادة النوم حيث يقضي الإنسان ربع حياته (أي نحو 25%) في النوم، إلا أنه لا يهتم بالمشاكل أو الاضطرابات التي قد تسببها العادات السيئة في النوم. فالأرق ينتشر بين أفراد المجتمع وتصل نسبة حدوثه إلى 15% وتزداد هذه النسبة مع تقدم الإنسان في السن إلى 40%. ومن بين الأسباب المؤدية له ترتبط ارتباط وثيقا بالعادات السلوكية السائدة في مجتمع الدراسة، أبرزها وأكثرها وضوحا تغير عادات النوم أو عدم إتباع تعليمات النوم الصحي، وفي بعض الأحيان يتم اللجوء إلى تناول أدوية مضادة للنوم. وفي حالات أخرى عدم تقدير الشخص لحاجته من النوم يوميا، والتي تبلغ في المتوسط 7-8 ساعات، إلا أنها تختلف حسب مراحل النمو¹.

وبالنسبة لنوعية الحياة، فإن الفرق في الدرجات كان أكثر وضوحا بين سكان الريف والمدينة، وبين الأصحاء والمرضى، وأيضا بين الأميين والجامعين. ومرد ذلك الدور الكبير في انتشار التعليم وفي توجيه الأفراد بضرورة الحفاظ على

1- نظام أبو حجلة، الطب النفسي الحديث (عمان: دار الشروق، 1998)، ص.ص. 142-146

الصحة. إضافة إلى ذلك، فإن أغلب الجامعيين من المجتمع الحضري، بينما لا تتاح الفرصة نفسها للقاطنين بالأرياف.

كما أن ظروف العيش الصعبة في بعض الأحيان بالأرياف تفسر الفرق بينهم وبين سكان المدينة في الدرجات على المقياسين. فخصائص كل بيئة تؤثر بشكل مباشر على مستوى العيش وتحدد مستوى الرضا عن الحياة. والأمر واضح بالنسبة للأصحاء والمرضى، لأن الأصحاء يمارسون عادات صحية أكثر من المرضى، ومن المؤكد أنهم يحافظون على صحتهم بشكل أفضل. لهذا ترتفع درجاتهم على المقياسين. ضف إلى ذلك أن عدد الأصحاء كان أكثر من عدد المرضى، وهذا يؤثر إحصائياً على النتائج.

ونفس المشكلة تطرح بالنسبة للعمال والبطالين حيث أن درجات العمال أعلى من البطالين، ومرد ذلك تأثير مستوى الدخل على صحتهم ومستوى نوعية حياتهم ومعيشتهم على العموم. فالبطال قد لا يملك ثمن شراء معجون الأسنان! ناهيك عن عجزه في دفع ثمن العلاج أو الدواء. بعبارة أخرى أن هناك علاقة طردية بين ارتفاع مستوى الدخل وبين مستوى نوعية الحياة وإتباع سلوكيات صحية. غير أن الأمر يختلف بالنسبة لمتغيري الجنس والحالة المدنية. فالفروق بين الذكور والإناث لم تكن دالة على المقياسين، وقد يعود هذا إلى عدة عوامل منها أن فرص التعليم والعمل أصبحت متاحة بشكل متساو بين الجنسين مما يسمح لكليهما بفهم الأمور والتوقف الصحي والتحسين من مستوى العيش، وهذا إذا لم يتم الأخذ بعين الاعتبار الفرق في العدد بين أفراد العينة. أما بالنسبة للمتزوجين وغير المتزوجين فإن الاختلاف ظهر فقط على درجات مقياس نوعية الحياة لصالح العزاب ولكن ليس بشكل كبير. ويمكن تفسير هذا الاختلاف كون المتزوجين أصبحت لديهم مسؤوليات أكثر مقارنة مع العزاب كزيادة مصاريف البيت ومتطلبات الأبناء تزيد أيضاً كلما تقدموا في السن، مثل اللباس والأكل والدراسة وغيرها من الاحتياجات. بمعنى أن المداخل لم تعد يكفي مع غلاء المعيشة وانخفاض مستوى الرضا عن الحياة.

الخاتمة:

ليس جديدا القول بأن الصحة تعتبر من أهم مؤشرات نوعية الحياة بالنسبة لكافة الشعوب غنيا وفقيرها، باعتبار أن كل الدول تطمح إلى تحقيق مستوى مقبول من العيش الكريم لمواطنيها. ولن يتأتى هذا إلا بالاعتماد على عنصر مهم هو الإنسان. فهذا الأخير لن يتمكن من القيام بأعباء التنمية ما لم يكن يتمتع بصحة جيدة. لهذا كان من الطبيعي إعطاء اهتمام كبير للملف الصحي من قبل الهيئات المعنية ومن الباحثين باعتبارهم منبع الابتكارات العلمية والتقدم والنمو وخدمة الإنسانية كافة.

وترتكز أغلب البحوث اليوم في الدول المتقدمة أو النامية على البحث عن أساليب فعالة لتحسين نوعية حياة شعوبها من خلال توجيههم إلى العادات الصحية السليمة، سواء تعلق الأمر ببيئة الفرد الداخلية النفسية أو الجسدية أو البيئة التي يعيش فيها. وهذا ما أكدته نتائج الدراسة الحالية والتي توصلت إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة التي يعيشها الفرد والسلوكيات الصحية التي يمارسها.

واتضح أيضا أن هناك تفاوتاً جوهرياً بين سكان الريف والمدينة، والأصحاء والمرضى في درجات السلوك الصحي ونوعية الحياة، وبين العاملين والبطالين أيضاً، وبين الأميين والجامعيين. ويعود ذلك إلى خصائص كل من الريف والمدينة، وتمايز ملامح الحياة فيهما، كون الأصحاء أكثر ميلاً إلى إتباع العادات الصحية. ومن الطبيعي أن يكون العاملون في هذا السياق أحسن حالا من البطالين. كما أن المتعلمين أكثر اطلاعا ووعيا من غير المتعلمين، غير أن هذه الأمور تبقى نسبية خاصة في ميادين العلوم الاجتماعية. لهذا يلاحظ الاختلاف البين بين العلماء في قياس هذين المتغيرين باعتبارهما من المتغيرات التي يستدل عليها ولا يستدل بها في غالب الأحيان. ومن أجل فهم وقياس نوعية الحياة والسلوك الصحي يستوجب وضع محددات ومؤشرات دقيقة توضح حقيقة هذين المفهومين الواسعين والمهمين دون شك.

قائمة المراجع:

- 1- أبو حجلة، نظام. الطب النفسي الحديث، عمان، دار الشروق، 1998.
 - 2- الجوهري، محمد. دراسات في علم الاجتماع الريفي والحضري، القاهرة، دار المعرفة الجامعية، 1997.
 - 3- العيسوي، عبد الرحمن. في علم النفس البيئي، القاهرة، دار المنشأة، 1997..
 - 4- الغندور العارف بالله، محمد. موضوعات في علم النفس: الاتجاهات، التوافق النفسي، نوعية الحياة. د.م: دن، 2004.
 - 5- غريب محمد سيد، أحمد. علم الاجتماع الحضري، القاهرة، دار المعرفة الجامعية، 2006.
 - 6- يخلف، عثمان. علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر، 2001.
 - 7- عبد الخالق أحمد، محمد. "التناول وصحة الجسم: دراسة عاملية"، الكويت: مجلة العلوم الاجتماعية، العدد. 1، 1981.
 - 8- موسوعة القرن، تونس، الدار المتوسطية للنشر، 2006.
 - 9- سامر جميل، رضوان. السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، (2007.7.24)، [اتصال شخصي عن طريق البريد الإلكتروني].
 - 10- المجلة الطبية، 13 عادة صحية لتحسين نوعية الحياة، (2007.7.23).
- www.support@tartoos.com
- (www.geocities.com)، 1131.6.2006 - الطرائق الفعالة في تعليم قواعد السلوك الصحي،)
- 12 - Anne, François. Jean-Luc Mayer, Qualité de vie des maladies chroniques, (www.nordpasdecalais.fr/santé) , (10.12.2006)
- 13 - Serge, Briançon. Conséquence da la maladie chronique: La qualité de vie et ses déterminants, (www.sante.gouv.fr), (24.7.2007)
- 14 - Srdan, vukadinovic, quality of life,(facta.junis.ni.yu/pas/pas2000/pas_2000-07.pdf); (10.6.2007).
- 15 - The Economist Intelligence Unit's Quality of Life Index, www.economist.com, (4.7.2007).
- 16 - Quality of life, (www.rpprogress.org17), (8.12.2006)
- 17 - Monographie, 2006: Setif par les chiffres, el wafa, Setif, (12; 2006)
- 18 - Relevé épidémiologique annuel, (R.E.M), institut national de santé publique, Alger (2003.2004.2005).(www.and.s.dz.com.), (3.7.2007)