الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين -سطيف 2

كلية العلــوم الإنسانية والاجتماعية
الرقم التسلسلي: ....
رقم التسجيل: ....

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه ل م د في فرع: علم النفس
تخصص: علم النفس الانحراف والجريمة

بعنوان:

سلوك الخطروإدراك الصحة في الوسط المدرسي

إعداد الطالب:
عبد الحميد ضياف.

إشراف الدكتورة:
سمية حربوش.

لجنة المناقشة:

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	مؤسسة الانتساب	الصفة
بكاربوبكر	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2	رئيسا
سمية حربوش	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2	مشرفا ومقررا
بن غالم إيمان	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2	عضوا مناقشا
جلول أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة الوادي	عضوا مناقشا
شكاي بدر الدين	أستاذ محاضر أ	جامعة قسنطينة 2	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025 م

UNIVERSITE SETIF2

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين -سطيف 2

كلية العلــوم الإنسانية والاجتمـاعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

الرقم التسلسلي: ....

رقم التسجيل: ....

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه ل م د في فرع: علم النفس

تخصص: علم النفس الانحراف والجريمة

بعنوان:

سلوك الخطروإدراك الصحة في الوسط المدرسي

-دراسة ميدانية على عينة من المراهقين المتمدرسين بالسنة الثالثة ثانوي بمدينة المسيلة-

إعداد الطالب:

عبد الحميد ضياف.

إشراف الأستاذ الدكتور:

سمية حربوش.

لجنة المناقشة:

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	مؤسسة الانتساب	الصفة
			رئيسا
سمية حربوش	أستاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2	مشرفا ومقررا
			عضوا مناقشا
			عضوا مناقشا
			عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2026/2025 م

شكر وعرفان

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل صالحا ترضاه وأصلح لي في ذريتي إني تبت إليك وإني من المسلمين" سورة الأحقاف، الآية 15.

أتقدم بجميل شكـــر، وخالص العرفان إلـــى أستاذتـــي الفاضلة "سمية حربـــوش"، التـــي تعجز حروفي أن تكتب لك كلما حاولت أن أكتب أو أجد العبارات التي تليق بمقام أخلاقك، وجميل عطاءك.

كيف لا وأنت من تسبقني قبل إنجاز أي عمل، وقبل الإقدام على أي خطوة في هذا البحث.

لك كل الثناء والاحترام والتقدير.

إلى كل طاقم جامعة محمد لمين دباغين، وأخص بالذكر قسم علم النفس وعلى رأسهم الأستاذ: حميد أومليلي، الأستاذ بكار بوبكر، على كل التسهيلات خلال مسار التكوين بالجامعة.

إلـــى صـــاحب العطـــاء الوافـــر إلـــى الـــذي مهما قلـــت فيه لـــن أوفيه حقـــه، الدكتـــــور عبد السلام حمادوش ألف شكر يا غالي.

كما أتقدم بالشكر والعرفان للجنة المناقشة لقبولها مناقشة وتقييم هذا العمل.

لكم مني خالص الشكـــــر والعرفـــــان.

الإهــداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع إلى التي أقول فيها: يا شمعة احترقت لتضيء دربي إليك غاليتي أمي الحبيبة رحمة من الرحمن عليك.

إلى مصباحي المضيء إلى الذي به دوما اقتدي إليك أبي الغالي رحمة من الرحمن عليك.

إلى إخوتي الأعزاء: سليمان، سيد علي، عزيز، وإلى كل أخواتي.

إلى التي: لولا دعمها ما كان لهذا العمل أن يرى النور زوجتي العزيزة.

إلى كل عائلة زوجتي وأخص بالذكر صاحب الإرادة الفولاذية: عمي الخير.

إلى ريحانة قلبي: ابنتي تقوى، إلى نور عيني ابنتي ريتاج، إلى حبيب قلبي ابني آدم.

إلى كل طاقم إدارة ملحقة المدرسة الوطنية لموظفي إدارة السجون بالمسيلة وأخص بالذكر العزيز على قلبي المحترم: حسان آيت الحاج.

وكل الزملاء بالعمل.

إلى كـــل الأصدقــاء والأحباب كــل باسمه ومقامه اجتنبت ذكـــر الأسماء حتى لا أقصر في حق أحد.

إليكم جميعا، وقاء، حب، دعاء...

الملخص:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر واستكشاف مدى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر (سلوك التغذية، عادات النوم، سلوك قيادة السيارات، سلوك التدخين، النشاط البدني). وكذا مدى وجود فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بالمسيلة. ولتحقيق هذه الأهداف والتحقق من الفرضيات المقترحة، تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وقمنا بدراسة استطلاعية بهدف ضبط أداة الدراسة المتمثلة في الاستبيان كأداة رئيسية تهدف لقياس المتغيرات وتم التحقق من صدقها وثباتها، وتم توزيعها على عينة الدراسة، وقد كانت الاستمارات المستعملة والصالحة للتحليل 110 استمارة، وتم الاعتماد على برنامج SPSS الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية، واستخدام الأساليب الإحصاءات الوصفية المتمثلة في والمتمثلة في التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، Chi Square، اختبار Independent Samples Test، اختبار One Way ANOVA Post Hoc Multiple Comparisons.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

– مستوى إدراك الصحة وأبعادها الثمانية المتمثلة في رفض دور المريض، الموقف تجاه زيارات الطبيب، الانطباع حول الصحة، التوجهات نحو المرض، الصحة حاليا، المقاومة/القابلية، الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة، الصحة سابقا كلها متوسطة.

– يعكس المراهقون وعيا بسلوكيات الخطر وتأثيرها على صحتهم العامة، إلا أن هناك حاجة لمزيد من التثقيف والتركيز على قضايا التغذية والنشاط البدني.

– بالنسبة لمستوى إدراك الصحة وسلوك التغذية: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التغذية، باستثناء بند "التقليل من كمية الملح في الطعام"، حيث كانت قيمة Chi Square 43.412 ودلالة إحصائية 0.042.

– بالنسبة لمستوى إدراك الصحة وعادات النوم: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية في ثلاثة بنود: الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة: Chi Square 111.905، ودلالة إحصائية 0.037. المشاركة في الرياضة المنظمة: Chi Square 137.902، ودلالة إحصائية 0.000. العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية: Chi Square 123.073، ودلالة إحصائية 0.007.

– بالنسبة لمستوى إدراك الصحة وسلوك قيادة السيارات: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك قيادة السيارات.

– بالنسبة لإدراك الصحة وسلوك التدخين: لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التدخين.

– بالنسبة لإدراك الصحة والنشاط البدني: توجد علاقة ارتباطية دالة في بندين: تناول الكثير من الأكل غير الصحي: Chi Square 80.030، ودلالة إحصائية 0.029. الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد: Chi Square 113.360، ودلالة إحصائية 0.000

– لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) ولمتغير الشعبة العلمية.

الكلمات المفتاحية: –إدراك الصحة؛ –أبعاد إدراك الصحة؛ – سلوكيات الخطر؛ –تلاميذ مراهقون؛ –مرحلة ثانوية.

Abstarct :
The current study aims to assess the level of health perception and risk behaviors, and to explore the existence of a correlation between the level of health perception and (nutrition behavior, sleep habits, driving behavior, smoking behavior, physical activity). It also examines whether there are differences in the level of health perception attributed to gender and academic speciality among a sample of third-year secondary students in M'sila. To achieve these objectives and verify the proposed hypotheses, the descriptive analytical method was employed. An exploratory study was conducted to refine the study tool, represented by a questionnaire as the primary instrument aimed at measuring the variables, and its validity and reliability were verified. The questionnaire was distributed to the study sample, with 110 usable and analyzable forms collected. The SPSS statistical package for social sciences was used, employing descriptive statistical methods including frequencies, percentages, means, standard deviations, Chi-Square, Independent Samples Test, and One Way ANOVA Post Hoc Multiple Comparisons.

The study reached the following conclusions :

- The level of health perception and its eight dimensions—refusal of the patient role, attitude towards doctor visits, impression of health, attitudes towards illness, current health, resistance/susceptibility, health concerns/occupations, and past health—were all found to be moderate.

- Adolescents demonstrate awareness of risk behaviors and their impact on their overall health; however, there is a need for more education and focus on nutrition and physical activity issues.

- Regarding the level of health perception and nutrition behavior: there is no statistically significant correlation between health perception and nutrition behavior, except for the item "reducing salt intake," where the Chi-Square value was 43.412 with a statistical significance of 0.042.

- For the level of health perception and sleep habits : statistically significant correlations were found in three items : going for a walk with friends or family: Chi-Square 111.905, significance 0.037; participating in organized sports: Chi-Square 137.902, significance 0.000; working within a personal exercise program: Chi-Square 123.073, significance 0.007.

- Regarding the level of health perception and driving behavior: there is no statistically significant correlation between health perception and driving behavior.

- For health perception and smoking behavior: there is no statistically significant correlation between health perception and smoking behavior.

- For health perception and physical activity: significant correlations were found in two items: consuming a lot of unhealthy food: Chi-Square 80.030, significance 0.029; sports help in modifying individual behavior: Chi-Square 113.360, significance 0.000.

- No statistically significant differences in health perception levels were attributed to gender (male, female) or academic speciality.

Keywords : - Health perception ; - Dimensions of health perception ; - Risk behaviors ; - Adolescent students ; - Secondary stage.

قائمة المحتويات

	الموضوع	الصفحة
	كلمة شكر.	
	الإهداء.	
	الملخص بالعربية.	
	الملخص بالإنجليزية.	
	قائمة المحتويات.	
	قائمة الجداول.	
	قائمة الأشكال.	
	قائمة الملاحق.	
	مقدمة	أ–ب
	I-الفصل الأول : الإطار المفاهيمي	**الصفحة**
-1	إشكالية الدراسة	22
-2	فرضيات الدراسة	26
-3	دوافع اختيار الموضوع	27
-4	أهداف الدراسة	27
-5	أهمية الدراسة	28
-6	مصطلحات الدراسة الإجرائية	28
-7	الدراسات السابقة	30
	الجانب النظري	
	الفصل الثاني : السلوك الصحي وسلوكيات الخطر	
	المبحث الأول: السلوك الصحي	**الصفحة**
	تمهيد	43
-1	مفهوم السلوك	44

-2	مفهوم السلوك في علم النفس	44
-3	خصائص السلوك الإنساني	44
-4	مفهوم السلوك الصحي	45
-5	علاقة السلوك بالصحة	46
-6	أبعاد السلوك الصحي	46
-7	أنماط السلوك الصحي	47
-8	العوامل المؤثرة في السلوك الحي	50
-9	النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي	55
	المبحث الثاني: سلوكيات الخطر	**الصفحة**
	تمهيد	70
-1	مفهوم سلوك الخطر	71
-2	تعريف سلوك الخطر	72
-3	عوامل الخطر والوقاية	72
-4	أنواع عوامل الخطر	72
-5	تقييم المخاطر الصحية	74
-6	مراحل تغيير السلوك وخطواتها	74
-7	سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة	76
	خلاصة الفصل الثاني	
	الفصل الثالث : إدراك الصحة والمراهقة	
	المبحث الأول: إدراك الصحة	**الصفحة**
	تمهيد	87
-1	مفهوم الإدراك	88
-2	أهمية عملية الإدراك	89
-3	خصائص عملية الإدراك	89
-4	أبعاد عملية الإدراك	90
-5	العوامل التي تؤثر في الإدراك	90
-6	العلاقة بين الإدراك والإحساس	91

7-	نمو الإدراك	91
8-	دور التعلم في الإدراك	91
9-	العمليات النفسية في الإدراك	92
10-	النظريات المفسرة للإدراك	92
11-	قياس الإدراك	96
	المبحث الثاني: الصحة	**الصفحة**
1-	مفهوم الصحة	97
2-	التطور التاريخي للصحة العامة	99
3-	علم النفس الصحي	105
4-	مجالات الصحة	106
	المبحث الثالث: المراهقة	**الصفحة**
1-	مفهوم المراهقة	114
2-	الحدود العمرية لمرحلة المراهقة	115
3-	مراحل المراهقة	116
4-	أنواع المراهقة	117
5-	خصائص النمو في مرحلة المراهقة	118
6-	أهمية دراسة المراهقة	122
7-	مفهوم مظاهر السلوكيات الصحية	123
8-	تصورات الصحة لدى الطفل والمراهق	123
9-	مشكلات الصحة النفسية لدى المراهقين	124
10-	العوامل السلوكية المؤثرة على الصحة	127
	خلاصة الفصل الثالث	130
	الجانب التطبيقي	
	الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية للدراسة	**الصفحة**
1-	الدراسة الاستطلاعية	133
	1-1-المنهج المستخدم	133
	1-2-عينة الدراسة الاستطلاعية	133

2-	الدراسة الأساسية	133
	2-1-مجالات الدراسة	133
	2-1-1-المجال المكاني	133
	2-1-2-المجال الزماني	133
	2-2-أداة جمع بيانات الدراسة	133
	2-2-1-الخطوات الخاصة ببناء أداة الدراسة	133
	2-2-2-الخصائص السيكوميترية لأداة الدراسة	136
3-	تحديد حجم عينة الدراسة النهائية	138
4-	خصائص عينة الدراسة	139
4-	الأدوات الإحصائية المستعملة في الدراسة	144
	الفصل الخامس : عرض، تحليل ومناقشة النتائج	**الصفحة**
1-	عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة	146
	1-1- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى	146
	1-2-عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية	165
	1-3-عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة	202
	1-4-عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة	208
2-	مناقشة نتائج الفرضيات	211
	2-1-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الأولى	211
	2-2-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية	213
	2-3-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة	217
	2-4-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الرابعة	218
	خاتمة	220
	توصيات واقتراحات	221
	قائمة المراجع	223
	قائمة الملاحق	241

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	عوامل الخطر وارتباطها بالأمراض المزمنة.	73
2	مفتاح الاستبيان لمتغيرات الدراسة	134
3	مستويات الاستجابة وتقدير درجات الاستجابة	134
4	الاتساق الداخلي لمقياس إدراك الصحة	136
5	معاملات ألفا كرونباخ لثبات الاستمارة في الدراسة الاستطلاعية لمتغيرات الدراسة	138
6	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	139
7	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص الدراسي	140
8	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن	141
9	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب	141
10	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم	143
11	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الصحة حاليا	146
12	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الصحة سابقا	149
13	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد المقاومة/القابلية	151
14	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الانطباع حول الصحة	153
15	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة	155
16	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد التوجهات نحو المرض	157
17	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد رفض دور المريض	158
18	استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب	161
19	استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة	162
20	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم	165
21	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة	166
22	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن	168
23	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني	169
24	استجابات أفراد العينة حسب عدد أصدقائك المقربين إليك	170

25	استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي	170
26	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي	171
27	استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يمارسون التمارين الرياضية	172
28	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يمارسون التمارين الرياضية	172
29	استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل	173
30	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل	174
31	استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة	174
32	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة	175
33	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المدخنين في العائلة المصغرة	175
34	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المدخنين في الحي	176
35	استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذي يدخنون السجائر بطريقة منتظمة	177
36	استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك	177
37	استجابات أفراد العينة حسب الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك	178
38	استجابات أفراد العينة حسب التناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك	179
39	استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك	179
40	استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك	180
41	استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك	181
42	استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد	181
43	استجابات أفراد العينة حول الاستغناء عن وجبة فطور الصباح	182

44	استجابات أفراد العينة حول تناول وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة	183
45	استجابات أفراد العينة حول التقليل من كمية الملح في الطعام	183
46	استجابات أفراد العينة حول التقليل من الدهون في الطعام الذي يأكلونه	184
47	استجابات أفراد العينة حول تناول خضر طازجة كل يوم	184
48	استجابات أفراد العينة حول تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات	185
49	استجابات أفراد العينة حول تناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي	185
50	استجابات أفراد العينة حول عدد مرات تنظيف الأسنان	186
51	استجابات أفراد العينة حول عدد ساعات النوم كل ليلة	187
52	استجابات أفراد العينة حول وقت الذهاب للنوم كل ليلة	187
53	استجابات أفراد العينة حول ساعة النهوض صباحا	187
54	استجابات أفراد العينة حول الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة	188
55	استجابات أفراد العينة حول المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه)	189
56	استجابات أفراد العينة حول مشاهدة التلفاز	189
57	استجابات أفراد العينة حول العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان)	190
58	استجابات أفراد العينة حول مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية	190
59	استجابات أفراد العينة حول مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء	191
60	استجابات أفراد العينة حول تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة	191
61	استجابات أفراد العينة حول ممارسة بعض الأنشطة البدنية	192
62	استجابات أفراد العينة حول التدخين	193
63	استجابات أفراد العينة حول سن تدخين السجائر لأول مرة	193
64	استجابات أفراد العينة حول سن تدخين السجائر بانتظام	194
65	استجابات أفراد العينة حول متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد	194
66	استجابات أفراد العينة حول محاولة الإقلاع عن التدخين	195
67	استجابات أفراد العينة حول استهلاك الشمة	195
68	استجابات أفراد العينة حول سن استهلاك الشمة لأول مرة	196
69	استجابات أفراد العينة حول استهلاك الشمة بانتظام	196
70	استجابات أفراد العينة حول محاولة التوقف عن استهلاك الشمة	196

71	استجابات أفراد العينة حول استعمال حزام الأمان عند قيادة أحد الوالدين أو الأصدقاء أو شخص آخر للسيارة	198
72	استجابات أفراد العينة حول امتلاك رخصة السياقة	198
73	استجابات أفراد العينة حول وضع حزام الأمان عند قيادة للسيارة	199
74	استجابات أفراد العينة حول احترام إشارة قف	199
75	استجابات أفراد العينة حول القيادة من دون التوقف عند الإشارة الحمراء	199
76	استجابات أفراد العينة حول القيادة بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة	200
77	العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود الثقافة الصحية ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس	202
78	العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود سلوك التغذية ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس	203
79	العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود عادات النوم ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس	204
80	العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود النشاط البدني ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس	205
81	العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود سلوك التدخين ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس	206
82	العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود سلوك القيادة ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس	207
83	نتائج احصائيات المجموعتين (الذكور والاناث) لاختبار العينات المستقلة	208
84	نتائج اختبار العينات المستقلة Independent Samples Test	208
85 أ، ب	نتائج اختبار مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الشعبة العلمية	209-210

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	نظرية الفعل المنطقي	58
2	نظرية السلوك بين الأشخاص	63
3	نموذج عبر النظري للتغيير	65
4	نموذج الامتثال للصحة	68
5	نموذج الدافع للحماية	69
6	يوضح العوامل المؤثرة في سلوك القيادة.	85
7	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس	139
8	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص الدراسي	140
9	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن	141
10	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب	142
11	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم	143
12	استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة مرتبة حسب المتوسط الحسابي	163
13	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم	166
14	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة	167
15	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن	168
16	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني	169

قائمة الملاحق

رقم	عنوان الملحق	الصفحة
1	استمارة مقياس إدراك الصحة النهائية	242
2	استمارة مقياس سلوكيات الخطر	243
3	قائمة الأساتذة المحكمين	249
4	نتائج ثبات أداة مقياس إدراك الصحة	249
5	نتائج الاتساق الداخلي لمقياس إدراك الصحة	250
6	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى	251
7	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية	257
8	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة وفرضياتها الجزئية	271
9	نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة وفرضياتها الجزئية	280

مقدمة

مقدمة.

تعد صحة الفرد الركيزة الأساسية في حياته، فكون الفرد يعيش بصحة جيدة فهناك إمكانية كبيرة لتحقيق ما يهدف إليه والعيش في مجتمعه بكل أمان ويتفاعل الفرد في حياته بأدوار مختلفة. كما يتطلب على الفرد كذلك بذل جهود شخصية قصد المحافظة على صحته من خلال الوقاية، والقيام بسلوكيات صحية تعود بالنفع على صحته، فأسلوب الحياة الذي يعيش به الفرد له دور كبير في المحافظة على صحته كالعادات الصحية التي يسلكها. فلا يتسنى لنا الحصول على صحة جيدة مالم نقوم بسلوك صحي سليم، فالصحة هي نتاج لسلوك صحي سوي. وهذا السلوك الصحي هو ناتج عن إدراك الفرد، حيث "تعتمد الصحة على سلوك الفرد وعاداته المعيشية، تقاليده وكل المعتقدات السائدة في المجتمع". **(كماش، 2021، ص 41)** أي أن الطريقة التي يفسر بها الفرد نظرته للصحة والمرض، هي ناتجة عن إدراك الفرد وما يقوم به من سلوك صحي أو عكس ذلك. وما يحمله الفرد من معتقدات صحية سواء كانت بالإيجاب أو السلب.

حيث "تعتبر مرحلة المراهقة من أدق مراحل النمو التي يمر بها الفرد نظرا لما تتصف به، من متغيرات جذرية وسريعة، تنعكس آثارها على مظاهر النمو الحسي، العقلي، النفسي، الاجتماعي، فهي أكثر المراحل إثارة للدارسين". **(حربوش،2021، ص104)** وبالحديث عن إدراك الصحة لدى المراهق فهذا ينعكس على سلوكه من خلال ما يحمله من أفكار ومعتقدات حول الصحة. فإدراك الصحة يعرف تباين في المستويات لدى المراهقين فارتفاع مستوى الإدراك الصحي عند المراهق ينجم عنه سلوكيات صحية سوية. وكما يتأثر الإدراك بالمستوى التعليمي للمراهق وغيرها من العوامل والمتغيرات.

وكما تعتبر مرحلة المراهقة فترة حرجة من حياة التلاميذ المتمدرسين، حيث تتشكل فيها الهوية وتبرز السلوكيات التي تؤثر على الصحة البدنية والنفسية. إدراك الصحة يمثل الوعي والفهم الذي يمتلكه المراهقون حول صحتهم، بما في ذلك كيفية تأثير سلوكياتهم على صحتهم العامة.

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن هناك علاقة وثيقة بين إدراك الصحة وسلوكيات الخطر الصحية، مثل التدخين، وتعاطي المخدرات، وسوء التغذية. عندما يمتلك المراهق وعيًا جيدًا حول المخاطر الصحية، فإنه من المرجح أن يتبنى سلوكيات صحية ويسعى إلى تجنب السلوكيات الضارة.

والعوامل المتعددة التي تؤثر في هذه العلاقة، منها العوامل الاجتماعية، والثقافية، والتعليمية. فالتربية الأسرية، والأصدقاء، والمجتمع تلعب دورا كبيرا في تشكيل إدراك المراهقين للصحة وتأثير ذلك على اختياراتهم وسلوكياتهم، ومن هنا تبرز أهمية دراستنا في الوقوف على مستوى إدراك الصحة

وسلوكيات الخطر وعلاقة مستوى إدراك الصحة بسلوكيات الخطر، وكذا الفروق في إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس حسب الجنس والشعبة العلمية.

ولتحقيق هذه الأهداف المعرفية والعلمية، تم تقديم هذه الدراسة في جانبين: جانب نظري وجانب تطبيقي، وكل جانب ضم مجموعة من الفصول وكل فصل ضم مجموعة من المباحث، وهي كالتالي:

الجانب النظري، تضمن ثلاثة فصول: الفصل الأول هو خاص بالإطار المفاهيمي للدراسة الذي ضم العناصر المتمثلة في إشكالية الدراسة، فرضياتها، أهداف الدراسة، أهميتها، مصطلحاتها الإجرائية، والدراسات. أما الفصل الثاني فهو خاص السلوك الصحي وسلوكيات الخطر والذي ضم مبحثين، الأول السلوك الصحي والمبحث الثاني سلوكيات الخطر. والفصل الثالث خاص بالإدراك، الصحة والمراهقة، وضم ثلاثة مباحث: الأول حول الإدراك، الثاني حول الصحة والمبحث الثالث حول المراهقة.

وأما الجانب التطبيقي، فقد ضم فصلين: الفصل الرابع وهو خاص الإجراءات المنهجية للدراسة المتمثلة في: مجالات الدراسة، عينة الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم، أداة جمع البيانات، والوسائل الإحصائية المستخدمة في اختبار الفرضيات والإجابة على التساؤلات. أما الفصل الخامس والأخير ضمن الجانب التطبيقي والذي ضم: عرض خصائص عينة الدراسة، عرض استجابات عينة الدراسة على متغيري سلوكيات الخطر وإدراك الصحة، عرض نتائج اختبار الفرضيات ومناقشتها. وككل دراسة تم تقديم خاتمة لما تم التوصل إليه توصيات واقتراحات، وفي الأخير تم عرض قائمة المراجع، وقائمة الملاحق.

UNIVERSITE SETIF2

الفصل الأول

الاطار المفاهيمي للدراسة

1-الإشكالية:

تعتبر الصحة من أهم القضايا الأساسية التي حظيت باهتمام علماء من مختلف التخصصات وليست مجرد غياب المرض والعجز، ولم يعد فهم الصحة يقتصر على الحالة العضوية فقط بل أصبح ينظر إليه إلى تداخل عوامل عضوية، حيوية، والنفسية والسلوكية والاجتماعية. وبالتالي فالسلوك يرتبط بجوانب الصحة ويعطينا كذلك طرق التدخل وتعديل السلوك وهو محور الحفاظ على الصحة أو تعريضها للخطر.

وبالمقابل نجد السلوك الصحي المتمثل في ذلك النشاط الذي يقوم به الفرد قصد استدامة صحته كالغذاء الصحي، النشا ط الرياضي، الامتثال للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج والابتعاد عن عوامل الخطر والسلوك المرضي. **(Taylor, 2003)** فمسألة السلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية كذلك. وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة في حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة في القرن العشرين في فهم الصحة وتنميتها وإمكانية التأثير على المستوى الفردي، ولم تعد الصحة مفهوما سلبيا، يمكن تحقيقها في كل الأحوال بل أصبحت مفهوما دينا ميكيا يحتاج إلى جهد وبذل من الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها.

ومن أجل ذ لك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة والمنمية لها والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي أمر لا بد منه. **(سامر، كونراد، 2001)** حيث أن سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة موضوعا للعديد من الدراسات التي كانت موضوعا ذو أهمية كبيرة من المجالات الاقتصادية، الرياضية، السياسية والصحية.

فالسلوك الخطير هو المحدد الحاسم للصحة في الوقت الحالي والمستقبل. فهذه السلوكيات يمكن أن تعرض الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية للخطر خلال فترة النمو ويضم هذا المصطلح مجموعة من السلوكيات منها: التدخين، شرب الكحول، استخدام وتعاطي المخدرات، السلوك الغذائي الغير الصحي، قلة النشاط البدني. **(عكسة، 2022، ص 42)**

ومنه فسلوك الخطر سلوك يعترف به في الغالب بأنه شكل من أشكال التعامل الغير المناسب التي من شأنها أن تؤثر على الصحة والنمو السليم وهذه السلوكيات ترتبط بشكل مباشر أو غير مباشر بالصحة والرفاهية ومسار الحياة. **(عكسة، 2002، ص 58)** فسلوك الخطر المتعلق بالصحة هو كل سلوك محفوف بالمخاطر والذي يعتمد على جميع الممارسات التي تشكل خطر على الصحة العقلية والجسدية للأفراد.

ففي دراسة لأحمد حسين عنشر ونصر الدين أحمد إدريس الدومة بعنوان إدراك الخطر الصحي وعلاقته بالشعور بالمسؤولية لدى الطلاب الوافدين بجامعة إفريقيا العالمية في ظل جائحة كورونا. التي

حاولت الكشف عن العلاقة بين إدراك الخطر الصحي والفروق تبعا لمتغيرات: النوع، العمر، التخصص، المستوى الدراسي، والقارة معتمدين على المنهج الوصفي الارتباطي على عينة مكونة من :149طالبا وطالبة تم اختيارهم بالطريقة القصدية. مع استخدام مقياس إدراك الخطر الصحي والشعور بالمسؤولية من إعداد الباحثان، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: ارتفاع مستوى إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب الوافدين. وجود علاقة ارتباطية طردية ضعيفة بين إدراك الخطر الصحي والشعور بالمسؤولية بين الطلاب الوافدين. وجود فروق دالة إحصائيا، ذات أثر متوسط في مستوى إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب الوافدين. وجود علاقة ارتباطية طردية، ضعيفة بين إدراك الخطر الصحي والشعو بالمسؤولية. **(أحمد محمد، نصر الدين، بس)**

ففي الآونة الأخيرة أصبحت هذه السلوكيات منتشرة بكثرة وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الأمراض في كل المجتمعات فنجد ارتفاع نسبة الأمراض بما فيها سرطان الرئة بسبب التدخين حيث يبلغ عدد المدخنين في العالم حاليا حوالي 1،3 نسمة ويتوقع أن يرتفع هذا العدد لأكثر من 1،7 بليون شخص بحلول عام 2025. وعليه قد تكون نسبة زيادة الخطر بأحد السرطانات الناتج عن سلوك التدخين. **(بهلول، ص 25)**

عرف عام 2021 وفاة أكثر من ,15 مليون مراهق وشاب تراوحت أعمارهم بين 10 و24 سنة. أي ما يقارب 45000 مراهق يوميا. انخفاض خطر الوفاة بين صغار المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 10 أعوام و14 عاما إلى أدناها فيما بين جميع الفئات العمرية. وفي السنة نفسها أقدمت الفتيات المتراوحة أعمارهن بين 15 و21 عاما بنحو 42 من كل 1000 ولادة حول العالم، وانحصرت نسبة الوفيات في الفئة العمرية 10-24 سنة.

بينما عند الشباب البالغين المتراوحة أعمارهم بين 20-و24 سنة. وانخفاض معدلات الوفاة عموما بين الإناث مقارنة بالذكور في هذه الفئة العمرية. كما شهد عام 2019 وفاة نحو 11500مراهق (10-19سنة). من جراء حوادث المرور ومن بينهم مستخدمي الطرق المعرضين للخطر، أو راكبي الدراجات أو راكبي الدراجات المزودة بمحركات. وفي الأقاليم النامية تلد سنويا قرابة 12 مليون فتاة تتراوح أعمارهن بين 15و19 عاما مالا يقل عن 777000 فتاة، وترجع المضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الفتيات المتراوحة أعمارهم بين 15 و19 عاما.

كما يعاني مراهق من كل ستة مراهقين تتراوح أعمارهم بين 10 أعوام و19 عاما على الصعيد العالمي من زيادة الوزن. كما يبلغ الكثير من الفتيان والفتيات مرحلة المراهقة وهم يعانون من نقص التغذية، مما يجعلهم عرضة للأمراض، والوفاة، وفقر الدم، عند الفئة العمرية 10-19 عام 2019. أما فيما يخص النشاط البدني لعام 2016 فإن عدد المراهقين لا يتجاوز 1 من كل 5مرات من المراهقين حول العالم. **(منظمة الصحة العالمية، 2023)**

كما أن للإدراك دور في السلوك المتبع من طرف الفرد، فسلوك الأفراد يتحدد من خلال تصوراتهم الخاصة في اتخاذ القرار فهناك العديد من النماذج والأطر التي تحاول شرح كيفية تصور الناس وتفسيرهم للمخاطر، فالفكرة الشائعة في النماذج هي أن الناس يدركون الخطر بعد ما يعرفونه عن المخاطر وكيف يشعرون حول المخاطر. فالنظريات المعرفية في وجهة نظرها لتفسير السلوك الخطر والمجازفة تنظر إلى الطريقة التي ينظر بها الأفراد إلى المخاطرة واتخاذ القرار بشأنها. **(بهلول، ص 65، بتصرف)** يعتبر إدراك الصحة مؤشرا هاما للصحة، حيث التقييم الذاتي للصحة أثناء فترة المراهقة له أهمية كبيرة. مع التركيز على الفرد بين الجنس والسن.

فإدراك الصحة هو تلك المعرفة والتصورات حول الصحة من طرف الفرد سواء البالغ أو المراهق. وكذلك هو قدرة التفكير في تحديد سلوك صحي خاص به ويجعله قادرا عن البعد عن السلوك الغير صحي أو السلوك الصحي الخطير الذي من شأنه الإضرار بالصحة.

في دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية فيما يخص السلوك الصحي لدى الأطفال في سن التمدرس لعينة بلغ عددها 5026 تلميذ تتراوح بين 11 و13 و15 سنة. كانت نسبة الاستجابة 76 % وكان من المرجح أن يكون عند الفتيات حالات سلبية صحية أكبر من الذكور. ليكون أن الفتيات خاصة الفئات العمرية أكبر سنا يتبعن نظام غذائي وعدم الرضا عن الوزن والمظهر أكثر من الذكور والفئات العمرية أصغر سنا، مع مساهمة المثل العليا للفرد في تصور غير مناسب للصحة عند هذه الفئة العمرية. **(siren, john, eivind, 2007)**

ففي دراسة ل Lis, Wangy بعنوان العلاقة بين إدراك المخاطر النشاط البدني والصحة العقلية للمراهق في الصين. والتي تمت بإجراء مسحين باستبيانين في خمس مدارس ثانوية في ثلاث مناطق في الصين من خلال أخذ عينات عشوائية. حيث تم توزيع 200 استبيان في المدارس الثانوية في ديسمبر من عام 2022، كما تم إعادة المسح لنفس التلاميذ سنة 2023. كشفت نتائج الدراسة عن اختلافات كبيرة بين الجنسين في تصور المخاطر. هناك فروق في الصحة العقلية والنشاط البدني وإدراك المخاطر. تكرارات إدراك المخاطر لاختبار أعلى بالنسبة للإناث منها في الذكور. تشير النتائج العامة لهذه الدراسة وجود علاقة سببية بين إدراك الخطر المتعلق بالصحة والنشاط البدني بين المراهقين. **(siyuanli, 2023)**

وعموما فإدراك الصحة شيء معرفي متعلق بحقائق ومفاهيم عن الصحة ينتج عنه وعي يظهر في شكل ممارسات سلوكية، اتجاهات، ميول لبعض القضايا الصحية، من خلال ممارسات صحية ايجابية عند المراهق. كما يزيد إدراك المراهق بالصحة احساسه بالمسؤولية نحو المحافظة على صحته وصحة غيره. **(منظمة الصحة العالمية، 2023)**

وباعتبار المدرسة الوسط الثاني الذي يقضي فيه التلميذ فترات طويلة بدءا من الطفولة حتى المراهقة والشباب. مما يجعله وسط مثيرات إيجابية وسلبية فالإيجابية تساعده على النمو السليم والارتقاء به أما

السلبية تعمل على عدم تطوره وتحقيق نمو صحي وتكيف سليم. مما يجعل القائمين على المدرسة والعملية التربوية ككل، توفير ما يلزم قصد تحقيق صحة جيدة للتلميذ ولاتزال المدرسة اليوم تواجه موجة كبيرة من سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى التلاميذ، وخاصة في تفاوت مستوى تصوراتهم وإدراكهم للمخاطر فيما يتعلق بسلوك الخطر الصحي والعواقب الصحية الطويلة الأمد وتعدد العوامل التي تؤثر على إدراك المراهق لهذه السلوكيات الخطيرة على الصحة.

فموضوع الصحة وسلوكيات الخطر لدى المراهقين، تعتبر من المواضيع المهمة والحيوية، بما فيها إدراك الصحة عند هذه الفئة خاصة وأن الدراسات من هذا النوع في الجزائر بشكل عام قليلة، حيث نجد أغلبية الدراسات تمحورت حول السلوكيات الصحية ومخلفاتها أو سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة دون إعطاء أو التطرق إلى مدى إدراك المراهق لهذه السلوكيات وعواقبها.

لذا ارتأينا إلى فتح مجال البحث والتقصي عن سلوكيات الخطر ومدى إدراك خطورتها عند المراهق المتمدرس وانطلاقا من هذا التصور فإن إشكالية البحث تتبلور في التساؤلات التالية:

هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى إدراك الصحة ومظاهر سلوك الخطر في الوسط المدرسي؟

وتنبثق منه الأسئلة التالية:

1-ما مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس؟

2-هل يمارس المراهق المتمدرس السلوكيات الصحية الخطيرة التالية: الثقافة الصحية، عادات الأكل، عادات النوم، النشاط البدني، سلوك التدخين، سلوك القيادة بمستويات مرتفعة؟

3-هل توجد علاقة ارتباطية بين مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر لدى المراهق المتمدرس؟

3-1-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة والثقافة الصحية لدى المراهق المتمدرس؟

3-2-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات الأكل لدى المراهق المتمدرس؟

3-3-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات النوم لدى المراهق المتمدرس؟

3-4-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة والنشاط البدني لدى المراهق المتمدرس؟

3-5-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التدخين لدى المراهق المتمدرس؟

3-6-هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوك قيادة السيارات لدى المراهق المتمدرس؟

4-هل توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية لدى المراهق المتمدرس؟

4-1-هل توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق المتمدرس؟

4-2-هل توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الشعبة العلمية لدى المراهق المتمدرس؟

2-فرضيات الدراسة:

1-يتمتع المراهق المتمدرس بمستوى إدراك صحي متوسط.

2-يمارس المراهق المتمدرس السلوكيات الصحية الخطيرة التالية: الثقافة الصحية، عادات الأكل، عادات النوم، النشاط البدني، سلوك التدخين، سلوك القيادة بمستويات مرتفعة.

3-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر لدى المراهق المتمدرس.

3-1-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة والثقافة الصحية لدى المراهق المتمدرس.

3-2-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات الأكل لدى المراهق المتمدرس.

3-3-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات النوم لدى لدى المراهق المتمدرس.

3-4-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة والنشاط البدني لدى المراهق المتمدرس.

3-5-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التدخين لدى المراهق المتمدرس.

3-6-توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوك قيادة السيارات لدى المراهق المتمدرس.

4-توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية.

4-1- توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس.

4-2- توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الشعبة العلمية.

3-دوافع اختيار الموضوع:

الفضول العلمي والرغبة في البحث حول سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى المراهق.

خصوصية موضوع سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة عند المراهق تشغل المجتمع بصفة خاصة.

إدراك الصحة لدى المراهق وماله من أهمية في توجيه سلوكياته.

نظرة مستقبلية للموضوع وما يتطلبه من بناء استراتيجيات وقائية للحد من ظاهرة سلوكيات الخطر والعمل على تغيير إدراك المراهق اتجاهها.

ما توفر من دراسات في الموضوع كان بمثابة دافع للبحث أكثر في متغيرات البحث.

تمركز سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة لدى فئة المراهقين.

مدى تأثير سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة على الأداء المدرسي.

4- أهداف الدراسة:

- استكشاف مستوى إدراك الصحة وأبعادها لدى المراهقين المتمدرسين.

- استكشاف مستويات سلوكيات الخطر لدى المراهقين المتمدرسين.

- اختبار مدى وجود علاقة ارتباطية بين مستوى إدراك الصحة وأبعاد سلوكيات الخطر (سلوك التغذية، عادات النوم، سلوك قيادة السيارات، سلوك التدخين، النشاط البدني) لدى المراهقين المتمدرسين.

- اختبار مدى وجود فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس لدى المراهقين المتمدرسين.

- اختبار مدى وجود فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الشعبة العلمية لدى المراهقين المتمدرسين.

5- أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة فيما يلي:

5-1 -من الناحية النظرية:

تكمن الأهمية النظرية للدراسة من خلال ما يلي:

-إدراك الصحة لدى المراهق وسلوكيات الخطر في الوسط المدرسي.

-إثراء المكتبة العلمية بجوانب موضوع إدراك الصحة وسلوكيات الخطر.

-تناول مجال من المجالات الصحية عند المراهق والمتمثل في إدراكه للسلوك الصحي وسلوكيات الخطر.

5-2 -من الناحية التطبيقية:

تكمن الأهمية التطبيقية للدراسة من خلال ما يلي:

-إثراء التراث العلمي في موضوع إدراك الصحة وسلوكيات الخطر وبإمكانها فتح آفاق جديدة للبحث.

- العمل على تقديم إجراءات وقائية من السلوكيات الخطيرة المتعلقة بالصحة لدى المراهق.

- تتمثل أهميتها من خلال العينة وهم المراهقين المتمدرسين حيث يمثلون نسبة كبيرة من المجتمع.

- العمل على رفع مستوى إدراك الصحة عند المراهق من خلال إعداد برامج وقائية، والتي تعد جانب هام في التربية الصحية.

6-تحديد المصطلحات وضبطها إجرائيا:

سلوك الخطر:

يمكن تعريف سلوك الخطر بأنه المشاركة في أي عمل أو نشاط يمكن أن يتسبب في ضرر محتمل لصحة للفرد.

وينظر لسلوك المخاطرة عند المراهق على أنه نفسه عند البالغ.

- أي أنه أي سلوك خاضع للملاحظة بوغي وغير وعي مع عدم العلم بنتائجه. **(Ines, Simpon)**

إن سلوك الخطر المتعلق بالصحة كثيرة جدا ومتعددة: كسلوك التدخين، شرب الكحول، قلة النشاط البدني.

وتسمى أيضا السلوكيات الضارة بالصحة التي يمارسها الافراد وتضر بصختهم أو تسبب الأذى لمستقبلهم الصحي. **(شيلي تايلور، 2008، ص 275)**

إجرائيا:

سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة والتي يتم قياسها من خلال استبيان البحث.

الإدراك:

هو العملية التي تفسر الآثار الحسية إلى المخ مع إضافة معلومات وخبرات سابقة مرتبطة بالشيء المدرك وتسمى الآثار الحسية، بعد تأثر المخ بها وفهمها إدراكها.

والإدراك هو نوع من الاستجابة الخارجية للأشياء الخارجية للقيام بنوع معين من السلوك. **(سليمان ابراهيم ،2010، ص 194)**

-إجرائيا:

هو تلك المعتقدات والمفاهيم لدى الفرد والتي تجعله يقوم بسلوك ما أو يمتنع عنه.

الصحة:

عرفت منظمة العالمية، الصحة على أنها حالة من تكامل الإحساس الجسدي والنفسي والاجتماعي وليس فقط حالة الخلو من الأمراض والعلل والعاهات. **(الرازحي، 2002، ص 689)**

فتعريف الصحة يختلف من عقد إلى آخر ومن مجموعة اجتماعية أو ثقافية إلى أخرى وكذلك من اختصاص طبي إلى آخر.

حيث ما يعتبر صحيا يتم تحديده لثقافة المجتمع.

والصحة في الوقت الراهن مقسمة إلى أقسام رئيسية: الصحة البدنية، النفسية، العقلية، الاجتماعية، الروحية، الوظيفية والمهنية. **(عبد العزيز الحرير ،2013، ص 12)**

إجرائيا:

تمثل كل السلوكيات الخطيرة المتعلقة بالصحة التي من شأنها أن تؤثر على صحة المراهق.

إدراك الصحة:

هو المعرفة والتصورات حول الصحة لدى الشخص. **(Rosenstock, 1966)**

إجرائيا:

هو مدى قدرة الفرد على التفكير في تحديد سلوك صحي خاص به ويجعله قادرا عن البعد عن السلوك الصحي الخطير الذي من شأنه الإضرار بالصحة.

والتي سوف يتم قياسها من خلال استبيان البحث.

المراهقة:

اشتق مصطلح المراهقة في اللغة الإنجليزية من فعل Adolecers في اللغة اللاتينية، وتعني تقريبا الاقتراب التدريجي من النضج الجسدي والجنسي، العقلي والانفعالي.

كما تعتبر المراهقة من الناحية النفسية، والاجتماعية، مرحلة انتقال من طفل يعتمد على الآخرين إلى شخص يحاول الاستقلال بذاته ويعتمد على نفسه مكونا شخصيته المستقلة. **(أحمد محمد الزغبي، 2009، ص 15)**

إجرائيا:

تمثل المراهقة الخاصية الأساسية لأفراد العينة البحث، حيث اشتملت العينة البحث على مراهقين بالوسط المدرسي وعلى وجه التخصيص بالثانويات.

7-الدراسات السابقة والتعليق عليها:

تطرقت العديد من الدراسات لموضوع سلوكيات الخطر عند المراهقين. بمختلف وجهات النظر وتعددت هذه الدراسات بين العربية والأجنبية إلى جانب دراسات تناولت متغير إدراك الصحة وسوف نتطرق إلى جملة من الدراسات التي تمت الاستفادة منها مع إبراز أوجه الاتفاق والاختلاف وجوانب الاستفادة منها في الدراسة الحالية وما تجدر الإشارة إليه أن اليه أن الدراسات التي سيتم استعراضها جاءت في الفترة الزمنية (1999-2022).

7-1-دراسات متعلقة بمتغير سلوكيات الخطر:

1-دراسة سامر جميل رضوان بعنوان سنة 1999: بعنوان: تحديد أهم سلوكيات الخطر المنتشرة في أوساط التلاميذ المراهقين بالتعليم الثانوي بدمشق، سوريا.

كان هدف الدراسة تحديد مدى انتشار تعاطي المواد المؤثرة نفسيا لدى المراهقين. تكونت العينة من 950 تلميذ من الجنسين بالمدارس الإعدادية والثانوية لمدينة دمشق. تقوم الدراسة على مدى انتشار الظاهرة هذه الظاهرة والفئات السكانية المنتشرة فيها وارتباطها بالأوضاع الاجتماعية. وكانت النتائج تعدد أنماط السلوك الإدماني مما يؤدي إلى ضرورة إعداد برامج إرشادية وقائية قصد حماية وايقاف هذه السلوكيات. **(رضوان، 1999، 54-72)**

2-دراسة العصيمي، منصور بن دخيل موسى 2014: بعنوان العوامل النفسية والاجتماعية بالسلوك الخطر لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض.

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل النفسية والاجتماعية الأكثر ارتباطا بسلوكيات الخطر، عند طلاب الثانوية بمدينة الرياض. تمثل مجتمع الدراسة في 107000 طالب. استخدم الباحث المنهج الوصفي في دراسة العلاقات المتبادلة بشقية الارتباطي بشقيه الارتباطي والمقارن مع استخدام الاستبيان كأداة للدراسة. وكانت النتائج كالتالي: السلوك المتعلق بالقيادة المتهورة جاء في المرتبة الأولى، كسلوك خطر منتشر بين الطلاب في المرحلة الثانوية بمدينة الرياض. بمتوسط حسابي (4, 439). وانحراف معياري (3, 075). يليه السلوك المتعلق بالميل للانتحار بمتوسط حساب (3,96)، وانحراف معياري (3,85). وفي المرتبة الثالثة السلوك المتعلق بالانتماء لرفقاء السوء بمتوسط حسابي(2,99) وانحراف معياري (4,03). بينما السلوك المتعلق بتعاطي المخدرات بالمرتبة الأخيرة بين السلوكيات المنتشرة بين طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض بمتوسط حسابي (0,533) وانحراف معياري (2,06).

أظهرت نتائج الدراسة أن العوامل النفسية ارتباطا بأشكال السلوك الخطر هي الشخصية المضادة للمجتمع. السيكوباتية. ويأتي تقدير الذات في المرتبة الثانية، كما تأتي فغالية الذات في المرتبة الثالثة. بينما يأتي الذكاء الانفعالي في المرتبة الأخيرة من العوامل النفسية الأكثر ارتباطا بأشكال السلوك الخطر. كما أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة عكسية سالبة دالة إحصائيا عند مستو الدلالة 0،05 فأقل بين التماسك الأسري، التهور في قيادة السيارات، حمل السلاح، الانتماء لرفقاء السوء، الميل للانتحار، انتشار التدخين، تعاطي المخدرات، الجنس الغير المشروع، السرقة). **(العصيمي، 2014)**

3-دراسة سارة بن خيرة ومنصور بن زاهي 2016 بعنوان: سلوك المخاطرة لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي في ظل بعض المتغيرات الشخصية والتربوية بمدينة ورقلة.

هدفت الدراسة إلى البحث في وجود سلوكيات المخاطرة لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي بمدينة ورقلة معتمدين على متغيرات وسطية مثل الجنس والتخصص.

قام الباحثان باستخدام عينة عشوائية عددها 125 فردا، تم اختيارها من مجتمع أصلي قدره (31049). تلميذ وتلميذة لسنة 2015-2016. تمت الدراسة باستعمال استبيان مقياس سلوك المخاطرة لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي. متكون من 43 بند كلها في اتجاه السمة، ويقابل كل بند مقياس ثنائي يمتد من (1) بحيث لا يعبر البند عما يشعر به التلميذ على الإطلاق إلى الدرجة (2) حيث يعبر مضمون البند عما يشعر به التلميذ. اعتمد الباحثان في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية التي تمكنها من وصف المتغير ودراسة الفروق حسب ما تشير إليه فرضيات البحث وقاما بمعالجتها بواسطة برنامج spss v 20)).

جاءت نتائج الدراسة متوافقة مع ما افترضه الباحثان في بداية البحث حيث لوحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في سلوك المخاطرة لدى بعض تلاميذ مدينة ورقلة. يرى الباحثان أن النتيجة تشير إلى النوع الاجتماعي وإلى الأدوار المحددة اجتماعيا والسلوكيات والعلاقات بين الذكور والإناث في مرحلة المراهقة لها تأثير مباشر وغير مباشر على سلوك المراهق. مرحلة المراهقة تتزامن مع تغيرات في مختلف الجوانب العقلية والفيزيولوجية والانفعالية مما يؤدي إلى ظهور مشاكل سلوكية خطيرة. تشير بعض الدراسات إلى البناء النفسي الانفعالي وخصائص الشخصية لدى المراهق بما فيها خاصية الاندفاع التي تولد سلوك الخطر. يرى الباحثان أن النتائج أيضا تشير إلى وجود تقارب بين التلاميذ وعدم وجود مدى بينهما، أي لا يوجد فوارق عمرية مما يؤدي إلى ثبات سلوك المخاطرة لديهم. **(بن خيرة، بن زاهي، 2016)**

4-دراسة مريم عواد الزيادات بعنوان سنة 2018: معنى الحياة وعلاقته بالسلوكات الخطرة على الصحة لدى طلبة الجامعة الأردنية.

هدفت هذه الدراسة إلى فحص علاقة معنى الحياة بالسلوكيات الخطرة على الصحة لدى طلبة الجامعة الأردنية. تكونت عينة الدراسة من (767) طالبا للموسم الجامعي (2015-2016)، منهم

550إناث ،217 ذكور أختيرو بالطريقة العشوائية. واعتبرت هذه الدارسة معنى الحياة متغيرا مستقلا والسلوكيات الخطرة على الصحة متغيرا تابعا. وكانت نتائج الدراسة إلى أن معنى الحياة يرتبط بشكل سلبي وذي دلالة إحصائية عند مستوى (ألفا=0,05). انخفاض مستوى السلوكيات الخطرة على الصحة لدى أفراد العينة ولذلك لصالح الإناث. يوجد ارتباط بشكل سلبي بالسلوكيات الخطرة على الصحة لدى أفراد الدراسة. **(الزيادات، 2018، ص311-325)**

5-دراسة ياسمين رعد محي (2020)، بعنوان: تقييم مخاطر السلوك عند الشياب لدى طلاب الجامعات في بغداد:

هدفت الدراسة إلى استكشاف العادات الغذائية والنشاط البدني، والتدخين وتناول الكحول ومشاهدة التلفاز. والسلوك الغير المقصود بين الطلاب الملتحقين بالجامعات الحكومية ببغداد. اعتمدت الدراسة على استبيان نظام مراقبة سلوك مخاطر الشباب والذي يتم إجراءه سنويا بالولايات المتحد الأمريكية، ويشمل ستة مجالات تتعلق بالصحة. تمت الدراسة على طلاب من أربع جامعات: جامعة بغداد، جامعة المستنصرية، الجامعة العراقية، جامعة النهرين، وكانت عينة الدراسة مكونة من 200 طالب منهم 62 % و38 طالبة.

أظهرت نتائج الدراسة أن 21,4 منهم مدخن، 3،4 فقط يستخدمون حزام الأمن في السيارة أثناء القيادة. 11 % تناولوا الأدوية بدون وصفة طبية، 78 %لم يمارسوا التمارين الرياضية، 85 % يستخدمون الأنترنيت لمدة ثلاث ساعات يوميا.

أما السلوكيات الغذائية فكانت معتدلة وأن غالبية الطلاب يتناولون الفواكه والخضروات بشكل منتظم. تناول المشروبات الغازية والوجبات السريعة ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع. مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية، بين الجنسين في معظم السلوكيات التي تم دراستها. وكان الذكور أكثر عرضة لزيادة الوزن والسمنة مقارنة بالطالبات. ممارسة الذكور للتمارين الرياضية مقارنة بالإناث. تناول الطالبات للأدوية بدون وصفة أكثر من الطلبة. معرفة غالبية الطلاب أنهم يعرفون. كيفية الوقاية من الأمراض المنتقلة عن طريق الجنس. **(رعد محي، 2020)**

6-دراسة حليمة عكسة، (2021-2022): بعنوان سلوكيات الخطر لدى المراهق في الوسط المدرسي وعلاقتها بكل من المفارقة القيمية والشعور بالانتماء لديه.

تناولت الدراسة سلوكيات الخطر لدى المراهق في الوسط المدرسي وعلاقتها بكل من المفارقة القيمية والشعور بالانتماء لديه، دراسة ميدانية على عينة من التلاميذ ببعض ثانويات ولاية باتنة. تكونت العينة من 389 تلميذ مراهق في التعليم الثانوي، بطريقة قصدية. استخدم في الدراسة المنهج الوصفي مع الإستعانة باستمارة سلوكيات الخطر في الوسط المدرسي من إعداد الباحثة.

أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

أن سلوك الخطر فيما يخص الصحة البدنية منها السلوك الغذائي غير الصحي 60%.

تناول أدوية بدون وصفة طبية 49 %.

سلوك التأخر في الذهاب إلى المدرسة 56 %.

التسلل من المدرسة 26 %وهما مؤشران لسلوك خطر الهروب من المدرسة.

سلوك العنف عند التلاميذ والمتمثل في الشجار مع التلاميذ 37%، أما بقية السلوكيات فقد كانت نسبة انتشارها ضئيلة.

تمحورت الفروق في سلوكيات الخطر في محور التدخين والصحة البدنية والسلوك الجنسي والعنف والهروب من المدرسة تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور.

في حين أن سلوكيات الخطر كانت في محور السلوك الجنسي فقط تبعا للتخصص في الشعب لصالح العلميين. **(عكسة، 2022)**

7-دراسة حورية بن معزوزة ومنصور بوقصارة سنة 2023: بعنوان علاقة المساندة الاجتماعية بسلوك المخاطرة لدى تلامذة الثانوي (دراسة ميدانية على تلاميذ السنة الثانية ثانوي).

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين المساندة الاجتماعية وسلوك المخاطرة لدى تلاميذ الطور الثانوي. ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق تعزى لمتغير الجنس في المساندة الاجتماعية وفي سلوك المخاطرة. باستخدام المنهج الوصفي، وبالاعتماد على مقياس المساندة الاجتماعية ازيمات (1988). ومقياس سلوك المخاطرة لدوهان (2015)، تكونت عينة الدراسة من 200 تلميذ وتلميذة، باختلاف التخصصات.

أسفرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية وسلوك المخاطرة وأن المساندة الاجتماعية تختلف درجة ارتباطها، بسلوك المخاطرة وفقا لأبعادها. غياب الفروق الجنسية في كل من المساندة الاجتماعية وسلوك المخاطرة. **(بن معزوزة، بوقصارة، 2023، ص 531-549)**

دراسات أجنبية:

8-دراسة روماحي مهراج، باولا نونيس، شامين رينويك 2009، بعنوان: السلوكيات المحفوفة بالمخاطر الصحية بين المراهقين في منطقة البحر الكاريبي الناطقة باللغة الإنجليزية 2009.

كان الهدف من هذا البحث الإلمام بالأبحاث المتعلقة بانتشار السلوكيات المحفوفة بالمخاطر على الصحة ونتائجها بالإضافة إلى عوامل الخطر بين المراهقين في منطقة البحر الكاريبي الناطقة باللغة الإنجليزية.

تم إجراء البحث عن طريق قواعد بيانات عبر الأنترنيت وشبكة الويب العالمية إضافة إلى البحث اليدوي، عن الأبحاث التي أجريت على المراهقين المتراوح أعمارهم بين 10 و19 سنة التي نشرت خلال 1989-2005.

تم العثور على 95 ورقة بحثية ذات الصلة.

تم تقسيم السلوكيات والنتائج المحفوفة بالمخاطر إلى سبع مواضيع والنتائج التي تم الحصول عليها شملت:

تعاطي المخدرات مدى الحياة.

السجائر 24 %.

الماريجوانا 17 %.

السلوك الجنسي العالي الخطورة عند فئة الأكبر من عشر سنوات.

حمل المراهقات: تمثل المراهقات ما بين 15 إلى 20% من جميع حالات الحمل. **(Maharaj, Rohan, paula ,shamm.renwik ,2009)**

9-دراسة إليزابيت إم سايويك، دارلين تايلور، يوكو هوما، جينا، أوجيفلي:

وثقت هذه الدراسة الاتجاهات في الصحة الجنسية والسلوكيات المحفوفة بالمخاطر بين المراهقين في الأقسام من 7 إلى 12 سنة في كولومبيا. لاستكشاف الارتباطات بين السلوكيات الجنسية وعوامل الخطر من عام 1992إلى عام 2003. وكانت النتائج كالتالي:

انخفاض نسبة الشباب الذين مارسو الجنس لكل من الذكور. (33،9-23،3 %). والإناث 28,6 إلى 24،3 %.

استخدام الواقي الذكري: الذكور64،4 % إلى 74،9 %. الإناث: 52،9% إلى 64،2 %.

انخفاض نسبة المراهقين الذين مارسو الجنس قبل سن 14 سنة لكل من الجنسين.

ارتبطت عوامل الحماية مثل الشعور بالارتباط بالأسرة أو المدرسة بانخفاض احتمالات الانخراط في سلوكيات جنسية محفوفة بالمخاطر. **(Elizabel, darlene, darlene,yuko, gina, 2008)**

10-دراسة إليزا أموين كاكو، 2018 بعنوان: السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر في زمن فيروس نقص المناعة البشرية الإيدز حالة الشباب في ساحل العاج.

هدفت الدراسة إلى البحث في السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر بين الشباب في سياق اجتماعي واقتصادي سريع التغير محاولا فهم العوامل التي تفسر تطورات السلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر بين الشباب في سياق اجتماعي واقتصادي بتغيراته السريعة.

جمع البيانات كان من خمس مصادر متمثلة في الاستقصاءات الديموغرافية والصحية لعامي 1998و2012 والمسح المتعلق بمؤشرات الإيدز لعام 2005، والمسح الكمي بشأن سياق النشاط الجنسي الذي تم بغرب أوروبا

وكشفت النتائج عن عدم مراعاة المعايير التقليدية المتعلقة بالحياة الجنسية في إفريقيا.

تبني هذا السلوك يأتي من قرارات فردية.

تتأثر بشكل رئيسي بالبيئة الأسرية والسياف الاجتماعي والاقتصادي.

الممارسات الوقائية لدى الشباب حققت تقدما ملحوظا بين عامي 1998-2012مما يبرر فعالية استراتيجية الوقاية التوعوية. **(أليز أموين ،2018)**

7-2-دراسات متعلقة بمتغير الإدراك:

1-دراسة ان. ايفانز واي غيليبين، وايه جاي فاركاس، واي شيناسا، وجي بي، بيرس، 1995، بعنوان: تصورات المراهقين للمعايير الصحية لأقرانهم (1995).

كان الهدف من هذه الدراسة معرفة الأهمية التي يوليها المراهقين للسلوكيات الصحية الوقائية.

كانت الدراسة استقصائية بكاليفورنيا مع عينة حجمها 5040.

أسئلة الدراسة كانت تهتم بمدى تجنب المخدرات، والتدخين، والكحول، القيادة الخطير وللمركبات، ومدى استخدام حزام الأمن، واللياقة البدنية، والتحكم في الوزن، وعادات الأكل الصحي بالنسبة لأصدقائهم.

تمت مقارنة النتائج مع بيانات من مسح وطني مماثل (ن = 6126).

وكانت نتائجها كالآتي:

إدراك المراهقين في كاليفورنيا أن أقرانهم يعطون أولوية قصوى للتحكم في الوزن.

85 % من المراهقين في كاليفورنيا أن التحكم في الوزن كان مصدر قلق كبير للفتيات في مختلف فئاتهم العمرية.

تم تصنيف اجتناب المخدرات، وعدم شرب الكحول، والقيادة والحفاظ على اللياقة البدنية ضمن أفضل خمس سلوكيات.

السلوكيات الصحية الأدنى مرتبة هي: استخدام حزام الأمن، الإفراط في شرب الكحول، وأخيرا تناول الطعام الصحي، وفي الاستطلاع الوطني احتل الأكل الصحي المرتبة الأخيرة.

عدم تطابق الترتيب إلا أن وأولويات المراهقين فيما يتعلق بالسلوكيات الصحية كانت متسقة مع نتائج كاليفورنيا. **(Evans, gilpin, ajfarkas, shenassa, pierce,1995)**

2-دراسة فتيحة بلعسلة، 2019 بعنوان: إدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية وعلاقته بالتحصيل الدراسي.

كان الهدف من الدراسة معرفة مستوى إدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية، بالإضافة إلى معرفة طبيعة العلاقة بين التحصيل الدراسي وإدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية.

اعتمدت الدراسة في جمع البيانات على مقياس الوعي الصحي للقدومي (2005)، إضافة إلى معدلات التلاميذ النهائية كمقياس على نتائج التحصيل الدراسي.

أجريت الدراسة على عينة حجمها 50 تلميذ وتلميذة، يدرسون بالسنة الثالثة ثانوي اختيرت بطريقة قصدية.

توصلت الدراسة إلى ما يلي:

- الدرجة الكلية لإدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية عالية.

- بلغت العلاقة الارتباطية بين إدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية ومستوى تحصيله الدراسي (0,32) وهي قيمة ضعيفة. **(بلعسلة، 2019)**

3-دراسة أحمد محمد حسين، نصر الدين أحمد الدرمة، بعنوان: إدراك الصحي وعلاقته بالشعور بالمسؤولية لدى الطلاب الوافدين بجامعة إفريقيا العالمية في ظل جائحة كورونا(covid19).

قصد تحديد مستوى إدراك الخطر الصحي والفروق تبعا لمتغيرات متمثلة في: النوع، العمر، التخصص الدراسي والقارة. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي. تكونت عينة الدراسة من (149) طالبا وطالبة تم اختيارهم بالطريقة القصدية. كما تم استخدام مقياس إدراك الخطر الصحي والشعور بالمسؤولية من إعداد الباحثان.

وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

ارتفاع مستوى إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب الوافدين بجامعة إفريقيا العالمية في ظل جائحة كورونا

وجود فروق دالة إحصائيا وذات حجم أثر متوسط في مستوى إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب الوافدين تبعا لمتغير النوع.

وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى إدراك الخطر الصحي تبعا لمتغير التخصص الدراسي.

عدم وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى إدراك الخطر الصحي تبعا لمتغير العمر والقارة. **(أحمد محمد، نصر الدين أحمد، ب.س)**

4-دراسة بن فرج الله بختة، 2022، بعنوان: تصورات الصحة والمرض لدى الطلبة الجامعيين (2022). بجامعة حمة لخضر، الوادي.

تكونت عينة الدراسة من 150 طالب وطالبة، شكلت نسبة الإناث أكبر نسبة وقدرت ب 73 % من مجموع أفراد المبحوثين، مقابل 27 % ذكور.

بالنسبة للبيانات الشخصية أوضحت نتائج الدراسة الميدانية أن سن أفراد العينة ما بين 18 سنة و52 سنة.

بينت نتائج الدراسة فيما يتعلق بتصوراتهم حول الصحة.

34 % صرحوا بأن الصحة هي كل شيء في حياتهم.

22 % تعتبر الصحة نعمة من الله عزوجل.

8 % من الطلبة تمثل لهم الصحة السلامة البدنية والنفسية والخلو من المرض.

5 % تمثل لهم الصحة العافية. **(بن فرج، 2022، 135-136)**

5-دراسة باهية فالق، 2022، بعنوان: المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي لدى المدخنين.

كان الهدف من الدراسة الكشف عن العلاقة والفروق بين المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي لدى الشباب المدخنين. تكونت عينت الدراسة من 208 مدخن من جنس ذكر.

استخدم في هذه الدراسة أداتين: تتمثل الأولى في سلم المعتقدات الصحي التعويضي. والثاني أسلوب الحياة الصحي وكانت نتائج الدراسة كما يلي:

توجد علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0،01 بين المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي عند الشباب المدخنين.

وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين عدد سنوات التدخين وبين كل من المعتقدات الصحية التعويضية. وأسلوب الحياة.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير المعتقدات الصحية التعويضية تبعا لمتغير السن.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0،01 في متغير المعتقدات الصحية التعويضية تبعا لمتغير المستوى التعليمي، لصالح ذوي التعليم الثانوي والجامعي. (باهية، 2022)

6-دراسة 2023، lis, wang بعنوان: العلاقة بين إدراك المخاطر والنشاط البدني والصحة العقلية للمراهقين.

تمت بإجراء مسحين باستبيانين في خمس مدارس ثانوية في ثلاث مناطق في الصين من خلال أخذ عينات عشوائية. حيث تم توزيع 200 استبيان في المدارس في المدارس الثانوية في ديسمبر 2022. كما تم إعادة المسح نفس المستجيبين من عام 2023 في شهر يناير. مع استخدام التحليلات المختلفة لتقييم الأثر على الصحة والنشاط البدني وإدراك المخاطر.

كشفت نتائج الدراسة عن اختلافات كبيرة بين الجنسين في تصور المخاطر.

مع تأثيرات الفرق بين الجنسين في الصحة العقلية. والنشاط البدني وإدراك المخاطر (Siyuanli, et al).

وبجمع t2 وT2 على مدى فترات زمنية ومع المقارنة وجد أن الذكور أبلغوا عن درجات أعلى في الصحة العقلية ، مقارنة بالإناث .

تكرار إدراك المخاطر الاختبار أعلى بالنسبة للنساء منها في الرجال.

تشير النتائج العامة لهذه الدراسة وجود علاقة سببية بين إدراك الخطر المرض والنشاط البدني والصحة العقلية بين المراهقين. **(Siyuanli, 2023)**

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة والأبحاث السابقة حول متغيرات الدراسة (سلو ك الخطر، إدراك الصحة).

وجدت أن الدراسات التي تناولت متغير سلوكيات الخطر تتسم بالتعدد.

وتتوزع على مدار على العقود الثلاث الأخيرة.

وفي مختلف المناطق العربية والوطنية وبقية الدول من العالم وهذا يد ل على عالمية الموضوع.

أما الدراسات التي تناولت متغير إدراك الصحة: فهي قليلة مقارنة بالدراسات التي تناولت سلوكيات الخطر وانحصر المصطلح في الإدراك والتصور والمعتقد.

وفيما يلي نوضح أوجه الاختلاف والتشابه بين تلك الدراسات السابقة ومحل الدراسة الحالية بينهما.

أولا: أوجه الاتفاق:

اتفقت الدراسات السابقة على هدف مشترك هو دراسة سلوكيات الخطر عند فئة المراهقين.

اتفقت الدراسات السابقة من حيث العينة المستهدفة فكل الدراسات اعتمدت على المراهقين والشباب.

– استعمال الاستبيان في معظم الدراسات، وكان الأسلوب الغالب هو الإحصاء الوصفي.

ثانيا: أوجه الاختلاف:

اختلاف في نوع المقاييس المستخدمة.

اختلاف في حجم العينات.

اختلاف مجتمعات وثقافات أفراد العينات.

هناك شح نوع ما في الدراسات السابقة فيما يخص متغير إدراك الصحة.

وعلى الرغم من وجود دراسات سابقة في الموضوع، من حيث تناولها لسلوكيات الخطر لدى المراهقين، رغم تفاوتها من حيث مجموعة محددة من السلوكيات، وهذا ما نحاول الإلمام به قصد التطرق إلى مجموعة واسعة من السلوكيات التي تشكل خطرا على المراهقين علما أن هذه الدراسة ذات أهمية نظرية وتطبيقية.

وفي حدود اطلاعنا على الدراسات السابقة لم نجد دراسات جمعت بين إدراك الصحة وسلوكيات الخطر بشكل كبير عند المراهقين.

وكانت الاستفادة من الأبحاث والدراسات السابقة في إثراء الجانب النظري للبحث والاستفادة منها في الجانب العملي المنهجي واتضاح أداة القياس، وكيفية تفسير النتائج للدراسة الآتية.

الجانب النظري

الفصل الثاني:

السلوك الصحي

وسلوكيات الخطر

المبحث الأول: السلوك الصحي

تمهيد:

الإنسان كائن معقد وكذلك ما يصدر عنه من سلوكيات تساهم فيه عدة عوامل عديدة: نفسية، اجتماعية، صحية، معرفية، ثقافية، سياسية، بيئية ونتيجة التداخل فيما بينها يصعب وضع قوانين عامة تحكم السلوك وتصنيفه على أنه سوي أو غير سوي، ومن أجل ذلك تبقى مميزات الظاهرة السلوكية الصادرة عن الفرد ذات طابع فردي والحكم عليه مرتبط بنشاط مستمر من العوامل المتداخلة فيما بينها.

1-مفهوم السلوك:

السلوك هو حالة من التفاعل بين الكائن الحي ومحيطه (بيئته) وهو في الغالبية هو سلوك متعلم (مكتسب). يتم من خلال الملاحظة والتعليم والتدريب، فنحن نتعلم السلوكات البسيطة منها والمعقدة، وإنه كلما أتيح لهذا السلوك أن يكون منضبطا وظيفيا ومقبولا كان هذا التعلم إيجابيا وأننا بفعل تكراره المستمر نحوله إلى سلوك مبرمج الذي سرعان ما يتحول إلى عادة سلوكية تؤدي غرضها بيسر وسهولة وتلقائية. **(حربوش، 2019، ص341)**

ويعرفه Sillamy: أنه التصرف الصادر من الفرد لمواجهة المحيط في زمن معين، فهو يرتبط في آن واحد بالفرد ومحيطه الذي ينتمي إليه ويكتسب بذلك معنى، وبالتالي فهو يمثل طريقة وأسلوب للبحث عن مواقف ومواضيع تسمح بتقليل الضغوطات وتلبية حاجيات الفرد. **(Silammy, 2004, P 64)**

كما يعرف السلوك الإنساني كل الأفعال التي تصدر عن الفرد سواء كانت ظاهرة أم غير ظاهرة.

ويعرفه آخرون: أي نشاط يصدر عن الإنسان سواء كانت أفعالا يمكن ملاحظتها وقياسها كالنشاطات الفيزيولوجية، والحركية أم نشاطات تتم على نحو غير ملحوظ كالتفكير والتذكر والشعور بالانفعال وهو ما يتفاعل مع البيئة ويحاول التكيف معها.

2-مفهوم السلوك في علم النفس:

يعد السلوك الكائن الحي المحور الأساسي للدراسات النفسية والعلوم النفسية، فيسلط علم النفس الضوء بشكل رئيسي على السلوك بجميع أشكاله المقبولة وغير المقبولة، كما يهتم بدراسة معايير السلوك السوي وغير السوي وأسباب وظروف ظهوره.

وقد عرف علم النفس السلوك من خلال عدة تعريفات ومفاهيم ومنها، ومنها أن السلوك حالة التفاعل الحاصل بين الكائن الحي وبيئته وعالمه الخارجي. **(ليلى العاجيب، 2021)**

3-خصائص السلوك الإنساني:

يتميز السلوك الإنساني بعدة خصائص:

القابلية للتنبؤ: بمعنى أن السلوك الإنساني خاضع لنظام معين ومعقد وبإمكاننا تحديد العناصر المكونة لهذا النظام، يصبح بإمكاننا توقع معدل سلوك الباحث النفسي، أن البناء الذاتي المتمثل في تاريخ الظروف الاجتماعية، والمادية المؤثرة في الفرد في الماضي أو الحاضر. **(ليلى العاجيب، 2021)**

القابلية للضبط:

هي إعادة ترتيب وتنظيم المثيرات البيئية السابقة أو الآتية للسلوك وتستدعي ظهور استجابة سلوكية محددة.

القابلية للقياس:

يعد السلوك الإنساني ظاهرة معقدة كونه ينقسم إلى سلوك ظاهر يمكن قياسه والآخر غير ظاهر ليس بالإمكان قياسه، مما أثار اختلاف وجهات النظر بين العلماء في طريقة تفسير وقياس السلوك، مما دفع بالبعض إلى تطوير الأساليب القياسية المباشرة كالملاحظة.

وطور آخرون الأساليب الغير مباشرة ك اختبارات الذكاء واختبارات الشخصية أو الاستدلال على السلوك من خلال البحث في المظاهر السلوكية المختلفة. **(ليلى العاجيب، 2021)**

4-مفهوم السلوك الصحي:

السلوك الصحي يتمثل في السلوكيات التي يقوم بها الأفراد بهدف الحفاظ على صحتهم وتنميتها، من خلال اتباع الفرد لسلوك صحي وقائي ملائم لمراقبة وظائف جسمه والمحافظة عليها بشكل يبقيه سليما وبعيدا عن الأمراض. **(شيلي، تايلور، 2008، ص 36)**

ويهتم السلوك الصحي في تحديد أنماط السلوك الخطيرة وتحديد اسباب اضطرابات الصحة وتشخيصها، وفي إعادة التأهيل وتحسين نظام الإمداد الصحي، بالإضافة إلى ذلك فإنه يهتم بتحليل إمكانات التأثير لأنماط السلوك المتعلقة بصحة الإنسان على المستوى الفردي والجماعي. **(رضوان، ريشكة، 2009)**

وعندما نفكر في السلوك الصحي عادة ما نربطه بالأداء السلبي مثل تناول الكحوليات بكثرة، أو تعاطي المخدرات أو الأكل الغير صحي ... إلخ.

وبالرغم من ذلك يمكن اعتبار السلوكيات الصحية مجموعة من التصرفات التي ينخرط فيها بشكل قصدي من أجل تحقيق حالة صحية جيدة، وللحفاظ عليها بالإضافة إلى التصرفات التي من شأنها أن تضمن الوقاية من الأمراض.

لم تعد التصرفات الإيجابية تشمل فقط أداء السلوكيات العكسية مثل التوقف عن التدخين أو تناول العقاقير أو تقليل تناول الكحوليات، أو تحسين النظام الغذائي أو ممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم لكنها تشمل أيضا أداء السلوكيات الوقائية مثل تنظيف الأسنان وغسل اليدين.

ولذا فالسلوك الصحي هو التصرف المؤدي إلى تأثير (إيجابي أو سلبي) على صحة الفرد، فالكثير من فالكثير من اهتمام مجال علم النفس الصحي يركز على السلوك الصحي أو بشكل أكثر تحديدا اكتشاف وسائل لتشجيع الأفراد على ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية.

وقد لا حظ مارك فورشا (2002) mark forchaw أن متخصصي علم النفس الصحي يحاولون معرفة.

لماذا يتصرف الأفراد العاديون بالطرق التي لا تشكل خطرا على صحتهم؟

فهم يعملون على اكتشاف السبل التي يمكن من خلالها توفير المعلومات اللازمة لتعزيز الصحة، حتى يتمكن الأفراد من فهمها وتذكرها وبالتالي أدائها. **(الشويخ، ب.س، ص 23-24)**

5-علاقة السلوك بالصحة:

إن أهمية السلوك الصحي جعلت منه هدفا لنظريات كثيرة ونماذج محاولة فهم السلوك واستكشاف محدداته مثل النظرية المعرفية لباندورا (bandura)، ونموذج المعتقدات الصحية لبيكر (beker)، ونظرية الدافعية للحماية لروجرز (Rogers)، ونظرية الفعل المعقول أو المبرر لفيشبين وتظهر أن هذه النظريات أن هناك مجموعة من المتغيرات المتفاعلة مع السلوك الصحي من أهمها: **(زعطوط وقريشي، 2014)**

- مفهوم الاتجاه والمقاصد السلوكية الكامنة وراء السلوك.
- المعايير والقيم التي يضعها الشخص أو يتواجد تحت تأثيرها.

كما تبرز علاقة السلوك بالصحة من جوانب كما يلي:

- تنمية الصحة والحفاظ عليها.
- الوقاية من الأمراض وعلاجها.
- تحديد أنماط السلوكيات الخطيرة.
- تحديد أسباب اضطرابات الصحة وتشخيصها.
- إعادة التأهيل.
- تحسين نظام الإمداد الصحي.

6-أبعاد السلوك الصحي:

للسلوك الصحي ثلاث أبعاد أساسية هي:

أ- البعد الوقائي:

ويتضمن 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:

ويشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الأكل الصحي مثلا أو القيام بسلوكيات صحية أخرى منصوح بها.

ج- بعد الارتقاء بالصحة:

ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم. **(يخلف، 2001، ص 20-21)**

7-أنماط السلوك الصحي:

إن أنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها ويشمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها:

وليعيش الفرد حياة نوعية جيدة ينبغي اتباعه لأسلوب حياة صحي، وذلك من خلال الممارسة السلوكية.

التي يسعى من خلالها على الحفاظ على صحته والوقاية من المرض.

ونود في هذا الجزء الوقوف على أهم السلوكيات الصحية المتبعة لأسلوب حياة الفرد والمتحكمة في نوعية حياته.

7-1-السلوك الغذائي:

- تنظيم الغذاء هام جدا بالنسبة للصحة وللمرض على اختلاف عللهم وحالتهم الصحية.
- وقد يكون السلوك الغذائي جزء من العلاج في مثل تلك الحالات وفي بعض مراحل العلاج.
- وفي بعض الحالات المرضية العلاج يكون في نوعية الغذاء، وكمية وطريقة تناوله هو كل العلاج.
- ففي حالات مرض السكري الخفيفة قد يكون النظام الغذائي هو كل ما يراد تطبيقه.
- تقليل السكريات والنشويات مع الإكثار من المواد الغنية بالمعادن، حت في حالة استخدام الأنسولين حقنا لا بد من نظام غذائي محدد.
- ويلاحظ أن هناك كميات إضافية من بعض الفيتامينات مثل فيتامين B6، يرى إعطاءها للمريض استجابة لبعض التغيرات البيولوجية أثناء التمثيل الغذائي لمادة الكربوهيدرات.
- وبالنسبة لمرض ارتفاع ضغط الدم فالامتناع عن ملح الطعام ضروري، أو تحديد كميته ومحاولة الإقلاع عن الدهون والكحول والقهوة والشاي والإكثار من الفواكه والخضر، مع استعمال بعض الأدوية أثناء علاج بعض حالات ضغط الدم العالي مثل درات البول.
- فهذه الأدوية لها تأثير على بعض الأملاح كالكالسيوم.
- مع تقليل ملح الطعام في بعض الحالات مثل أمراض الكلى وتليف الكبد، وحالات ارتفاع درجات الحرارة، يكون المريض في حالة متعادلة بين البروتينات السهلة والمواد الدهنية والسوائل والفيتامينات.
- وفي حالات الإصابة بالذبحة القلبية أو جلطة الشريان التاجي ينصح بعدم ملئ المعدة بالطعام، ويفضل الأكلات المتعددة الصغيرة، مع الامتناع عن المشروبات الكحولية والمواد الدهنية.

- كما أن لمرضى الصدر رعاية غذائية خاصة، إذ لابد من توفير كميات كافية من البروتينات والمعادن والنشويات والدهنيات مع الإكثار من شرب اللبن وتجن المشروبات الكحولية، والسهر.
- وقد ثبت أن، السمنة الزائدة قرينة لعديد من الأمراض منها السكر وارتفاع ضغط الدم وتصلب الشرايين. والأمراض التنفسية والصدرية المختلفة، وتبقى الوسيلة الأنجح والأسلم هي تنظيم الوجبات الغذائية بطريقة سليمة وعلمية. مع اتباع حمية غذائية في حالات السمنة الغير راجعة لأسباب هرمونية.
- كما ان للنحافة ارتباط أساسي بالعوامل الغذائية في بعض الأحيان، وليست بالضرورة مرض ولكن بعض حالاتها يمكن علاجها بالأغذية.
- وعليه فالسلوك الغذائي، قد يكون علاجا أو جزء من العلاج، أو يلعب دور هام في الوقاية والتحكم في استقرار الكثير من الحالات المرضية. **(الكيلاني، ب.س، ص 31)**

7-2-السلوك البدني:

يعتبر النشاط البدني معزز للصحة والمتمثل في كافة الأنشطة البدنية الحركية التي تؤدى بشكل صحيح، وتساهم في تعزيز صحة الأفراد في مختلف الفئات العمرية للمجتمع، سواء كانوا كبارا أو صغارا، ذكورا أو إناثا أصحاء أو مرضى أو ذوي احتياجات خاصة فيشمل كافة الحركات البدنية خلال اليوم، مع الأنشطة خلال فترة العمل، كالمشي، وصعود الدرج وحمل الأشياء ونقلها. وممارسة الرياضة التنافسية والترويحية، ككرة القدم والهرولة والسباحة.

وتشير الدلائل العلمية، على أهمية النشاط البدني لصحة الإنسان العضوية والنفسية، وإلى خطورة الخمول البدني على صحة الفرد.

على الرغم من أن المعلومات العلمية بخصوص النشاط البدني ليست وليدة اليوم، إلا أن، إلا أن التغيرات التي يشهدها العالم من زيادة مرتبطة بنمط الحياة المعاصرة ومنها أمراض القلب، وداء السكري، والبدانة، وهشاشة العظام، مما أدى إلى زيادة في حركة البحث العلمي في العقود الثلاثة الماضية، حول دور الخمول البدني في حدوث أمراض نقص الحركة المشار إليها.

وما أفرز عنه من نتائج بحوث علمية أكدت الخطورة الصحية للخمول البدني على صحة الإنسان ووظائف أعضائه،

والنتائج الإيجابية المتحصل عليها مع زيادة النشاط البدني وتحسن وظائف الأجهزة الجسمية في تعزيز صحته. **(هزاع، بس، ص 8)**

وفي دراسة ل: شارلوت لينغ تينارون تين أن ممارسة الرياضة بانتظام لها فوائد صحية عديدة على سبيل المثال، فهي تقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وقد أشار

أيضا أن خطر الإصابة بالنوع 2 من داء السكري يمكن أن ينخفض إلى النصف في المجموعات المعرضة إلى خطر كبير من خلال تدخلات نمط الحياة الغير دوائية التي تنطوي على ممارسة الرياضة. **(cgarlotte, tina, 2014)**

7-3-عادات النوم:

يساهم الحرمان من النوم في عدد من المتغيرات الجزئية والمناعية والعصبية التي تلعب دورا في تطور المرض.

بغض النظر عن اضطرابات النوم الأولية، وقد تكون هذه التغيرات في العملية البيولوجية، استجابة لنقص النوم المزمن بمثابة تفاقم أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض الأيضية مع وجود ضعف في الأداء الإدراكي والحركي مما يزيد من مخاطر حوادث السيارات والإصابات المرتبطة بالعمل. **(fuith, 2012, p 727)**

كما أن للنوم دور أساسي غي الحفاظ على الصحة العقلية والجسدية للإنسان.

إن حدوث معظم الوظائف الأساسية في الجسم أثناء النوم مما يساعد في نمو الأنسجة وإصلاحها وتجديد الخلايا والاحتفاظ بالذكريات والتعلم واستعادة الطاقة.

كما أن للنظام الغذائي الصحي دور في النوم الكافي. كما يجب أن ينام الإنسان ما بين 7 ساعات فما فوق.

فالأشخاص الذين يقل نومهم هم أكثر عرضة للإصابة بمشاكل صحية مثل السكري وارتفاع ضغط النوم، امراض الكبد، الكلى، الاضطرابات النفسية كالقلق الاكتئاب وما إلى ذلك.

وللنوم دور كبير في الحياة النفسية للفرد كتخفيف التوتر، ففي حالة عدم النوم الكافي يتعرض الفرد للإجهاد، والصداع، مما يؤدي إلى ارتفاع هرمون الكورتيزول.

يسبب الكورتيزول مما يؤدي ارتفاع ضغط الدم وعلى صحة القلب والأوعية الدموية. **(Ellen, 2021)**

كما أظهرت نتائج بحث ميداني على طلاب الثانوية في إحدى الولايات الأمريكية، أن 90 % من طلاب الثانوي أن ساعات النوم عندهم أقل من ثماني ساعات في اليوم. و19% ينامون أقل من 6 ساعات يوميا وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين تناول القهوة ونقص ساعات النوم، وزيادة الوزن من جهة أخرى.

كما أشار الباحثون أن احتمال السمنة عند الطلاب الذين ينامون أقل من خمس ساعات يوميا كان 8،5 ضعف احتمال زيادة الوزن عند الطلاب الذين نامو أكثر من 8 ساعات في حين كانت

الاحتمالات الأخرى 2،8 ضعف الذين ينامون 5 إلى 7 ساعات و1،3 للذين ينامون 7 إلى8 ساعات. **(أحمد باهمام، 2011)**

8-العوامل المؤثرة في السلوك الحي:

للتنشئة الاجتماعية دور كبير في اكتساب السلوك الصحي من خلال التنشئة الاجتماعية، كما أنه يخضع لتأثير العوامل الداخلية والخارجية.

وبالتالي السلوك الصحي ينتج من التفاعل القائم بين العديد من العوامل والتي تتمثل فيما يلي:

8-1-الجنس:

يختلف الذكور عن الإناث على المستوى البيولوجي، وذلك على المستوى البيولوجي، وكذلك على مستوى البيئات الاجتماعية والثقافية التي تحيط بهم.

فهي تؤثر على طريقة الممارسة سواء عند الذكور والإناث بالنسبة للسلوك الصحي. فعل سبيل المثال، لا حظ " فورشاو" (2002). أن عوامل مثل طبيعة الهرمونات في أجسامنا، وأسلوب تنشئتنا اجتماعيا، وطريقة معاملة المجتمع للذكور والإناث توحي بأن هناك مشاكل صحية خاصة بالذكور والإناث. **(هناء أحمد محمد الشويخ، ص37)**

8-2-العمر:

يؤدي العمر دور مهما من حيث المفاهيم المؤثرة في السلوكيات الصحية، فبطبيعة الحال يخضع الجسم لعدة تغيرات والتي تؤدي على قدراتنا في أداء السلوك الصحي.

ومع زيادة السن يترتب عليه زيادة الخبرة، التي من المرجح أن ينتج عنها تعديل في الاتجاه، المعتقد، الآراء.

فالمراهقة تعد فترة من أهم الفترات العمرية يتبعها تغير بدني، نفسي، انفعالي.

فهي مرحلة تتميز برغبة المراهق في التجربة، أو تقليدا للأقران مع رغبة في التوافق، فالمراهق يكون مستهدف بعدم الفهم الكامل للمخاطر طويلة المدى على صحتهم.

8-3- الوضع الاجتماعي الاقتصادي:

ترتبط الصحة بالحالة الاجتماعية والاقتصادية للناس ونمط الحياة. ففي دراسة لجيان وانغ وليونا جينغ، المتمثلة في آثار الوضع الاجتماعي والاقتصادي على الصحة البدنية والنفسية من عام 2015 من

خلال مسح اجتماعي في الصين. أجراه المركز الوطني لأبحاث المسح حيث غط 478 قرية في 28 مقاطعة.

تشير النتائج المتحصل عليها أن العوامل الإجتماعية والإقتصادية كان ارتباطها بالصحة الجسدية ولكن ليس بالصحة النفسية. فهذه النتائج تزيد من تعزيز الفهم للعلاقة بين الوضع الإجتماعي والإقتصادي ونمط الحياة والصحة. **(jian, geng, 2022)**

8-4- نمط الشخصية:

لسمات الشخصية دور فعال في تنمية عادات، تعزيز الصحة لذلك فإن التدخل الفردي الذي يفسر سمات الشخصية ستكون أكثر فائدة لتعديل السلوكيات الصحية. ففي دراسة ل: ميهو، أكيكو، ناوكوساتو بعنوان: العلاقة بين سمات الشخصية والسلوك الصحي لدى النساء العاملات في اليابان: باستخدام بيانات على المستوى وطني، تم جمع البيانات من 1141 امرأة، 939 عاملة و202 غير عاملة.

تم تأكيد الارتباط في السلوكيات الصحية والسمات الشخصية. فتبين أن النساء العاملات يستهلكن الفاكهة يوميا وسمة الانبساط، في حين وجد ت علاقة بين النساء ذوي الأنا الأعلى المرتفع واستهلاك الكحول. وكذلك عادة ارتبطت عادة النشاط البدني بين النساء غير العاملات ذوي سمة الانبساط. **(miho, satoh, aKKoFujimura, baukosato, 2022)**

ووفقا لدراسة أسترالية: فإن شعور الفرد بالقدرة على التحكم في المواقف المختلفة وبشكل عام بالسلوكيات المتعلقة بالصحة مثل النظام الغذائي والتمارين الرياضية والتدخين، واستهلاك الكحول. تم تحليل البيانات المتعلقة بالسلوكيات المتعلقة بالصحة ل 7000 شخص. فوجدوا أن هناك فئة يميلون إلى الاعتقاد بأن حياتهم تغيرت من خلا ل سلوكياتهم الخاصة (من خلال موضة التحكم الداخلي). من خلال تناول وجبات صحية، ممارسة الرياضة أكثر، التدخين أقل، تناول الكحول أقل. في حين أن الفئة الأخرى، يميلون إلى الاعتقاد بالحظ أو المصير (موضع التحكم الخارجي). كانوا أكثر عرضة لأن لديهم أسلوب غير صحي. فالأشخاص الذين يعتقدون أن أدائهم أو مصيرهم نابع من أنفسهم لديهم ما يسمى بمركز التحكم الداخلي.

والاشخاص الذين يميلون المعتقدين أن مصيرهم محدد بشكل أساسي من خلال عوامل خارجية لديهم ما يسمى بمركز التحكم الخارجي. (locus de control interne) كما لوحظ اختلاف بين الرجال والنساء فالرجال ذو الموضع الداخلي أكثر تحضيرا من توقع نتائج ملموسة.

أكثر من الرجال الذين لديهم موضع خارجي.

وبالمقابل أن النساء ذوات التحكم الداخلي يستمدون رضى أكبر من الحفاظ على السلوكيات المعززة للصحة، مقارنة بالنساء الذين لديهم موضع التحكم خارجي. (locus de contrôle externe) **(ديوراكوب، بس)**

8-4-1- نمط الشخصية: A وB:

يرتبط نمط الشخصية A بزيادة الاستهداف لمرض الشريان التاجي، عكس نمط الشخصية B التي ترتبط بانخفاض الاستهداف.

ويعتبر عالما القلب فريدمان friedmane ; و روزينمان rosenmane (1959-1974). أول من قدما أنماط الشخصية A وB.

ويتصف سلوك نمط الشخصية A ب: قلة الصبر، التعصب، القدرة التنافسية، الإصرار على تحقيق الإنجاز، الشعور العدائي، الإنجاز في مدة زمنية قصيرة، الحديث بقوة وحيوية.

في حين يتميز نمط الشخصية B: الاسترخاء، الميل للقيام بالأعمال السهلة.

في دراسة اختبار تأثير المتغيرات، النفسية، الاجتماعية بما فيه الشخصية والتوتر، كعوامل خطر الإصابة بالسرطان، امراض القلب في هذه الدراسة تم تسجيل أربعة أنواع من الشخصيات:

الشخصية من النوع الأول عرضة للإصابة بالسرطان.

والنوع الثاني: عرض لأمراض القلب التاجية.

والنوع الثالث: يتناوب بين السلوكيات المميزة للنوعين 1و2والنوع الرابع هو نوع صحي يعتمد على الذات يعتقد أنه يعيش بشكل أحسن. (https /stringfixer .com)

8-4-2-نمط الشخصية c:

لاحظ إيري وميناڤو (2008) أن الباحثين حددو مجموعة من سمات الشخصية التي تكون عرضة، للإصابة بالأورام السرطانية، وقد سميت هذه المجموعة بنمط الشخصية c.

وحسب دراسة بجامعة هاربينً harbin الطبية بالصين:

انطلقت الدراسة من خلفية علمية مفادها أن نمط الشخصية c، هم أكثر عرضة للسرطان.

ومعرفة مدى انتشار سلوكات النمط c عند المرض بعد العمليات الجراحية.

تمثلت هذه الدراسة في 161 مريضا بسرطان الثدي، تم تلقيهم العلاج الكيماوي بعد الجراحة.

تم الإعتماد على استبيان لتقييم أنماط السلوك من النوع C.

تم استخدام استبيان أنماط المواجهة الطبية، ومقياس الدعم الإجتماعي، مقياس جودة العلاقات الإجتماعية، ثم الانحدار اللوجستي لتحديد العوامل التي تؤثر على السلوك من النوع c.

وكانت النتيجة أن 28 % من المرض المصابين بسرطان الثدي أثناء العلاج الكيماوي بعد الجراحة لديهم سلوكيات من النمط C. **(shen xy, liny, Mior, yaox ,sunh, yang w, 2021)**

8-4-3-نمط الشخصية D:

يتميز أصحاب هذا النمط من الشخصية D بالامتناع عن التعبير عن مشاعرهم السلبية مع اجتناب التفاعل الاجتماعي خوفا من مواجهة رفض مشاعرهم.

فالفرد المتسم بنمط الشخصية D ينبئ بحدوث المؤثرات الفيزيولوجية لمرض الشريان التاجي. **(Harba et al, 2003)**

وفي دراسة ل henndy crntiang وآخرون: والتي كانت حول نمط الشخصية والدعم الاجتماعي المتصور للأفراد المصابين بمرض القلب. تمحور بحث هذه الدراسة السلوكات الصحية وتصور الدعم الاجتماعي المتصور.

حيث لوحظ سلوكات صحية في السكان الشرقيين من خلال التحكم في القلق والاكتئاب وذلك على عينة حجمها 386 فرد أندونيسيا، مصابا بمر ض القلب التاجي بالإضافة إلى تصور للدعم الاجتماعي المرتفع. مقارنة بأصحاب النمط D، مع تصور هم لدعم اجتماعي أقل. **(Becker ,2014)** كما يعاني الأشخاص ذوي الشخصية D من الضيق كبت مشاعرهم، مع ثبات هذه السمة عندهم.

وترى: تولوك tulloch أن بعد تأهيل القلب لدى هؤلاء الأفراد تتناقص المشاعر السلبية لديهم والعودة للحياة الاجتماعية بشكل أفضل. وهذا ما ينفي أن هذه السمة ثابتة في شخصيتهم. [1]

8-4-4-نمط الشخصية c:

لاحظ أيري ومنيافو (2008) أن الباحثين وضعوا مجموعة من سمات الشخصية المرتبطة بزيادة الاستهداف للإصابة بالأورام السرطانية وقد سميت هذه المجموعة نمط الشخصية C.

ففي دراسة بجامعة هاربين harbin الطبية بجمهورية الصين الشعبية، على خلفية أن نمط الشخصية C أكثر عرضة للسرطان، ومعرفة مدى انتشار سلوكيات النمط C عند المرض بعد الجراحة.

تكونت هذه الدراسة 161 مريضا بسرطان الثدي تلقوا العلاج الكيماوي بعد الجراحة.

---

[1] www.ottawaheart.ca

مع استخدام استبيان لتقييم أنماط السلوك من النوع C.
تم استخدام استبيان أنماط المواجهة الطبية، مقياس الدعم الإجتماعي، مقياس جودة العلاقات الإجتماعية
تم استخدام الانحدار اللوجيستي لتحديد العوامل المؤثرة على النوع C.
وكانت النتائج أن 28 % من المرضى المصابين بسرطان الثدي أثناء العلاج الكيماوي بعد الجراحة لديهم سلوكات من نمط C. **(Chemxy, liny, mior, yoox, sunh, yangw, 2021)**

8-4-5- الصلابة:

الصلابة هي نمط شخصية تتميز بثلاثة عوامل هي:

الإلتزام: commitment: يتمثل في إدراك الأهداف من الأنشطة الحياتية.

الضبط: controle: وجود اعتقاد كبير بالقدرة على التأثير الذاتي في المواقف.

التحدي: challenge: النظر إلى التكيف والتغيير باعتباره خبرة طبيعية وإيجابية. **(Alberty and munafo ,2008)**

وتعد سمة الصلابة بمثابة واقي وحامي من المواقف الضاغطة. **(هناء أحمد الشويخ، ص 43)**

9-النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي:

إن العمل في مجال علم النفس الصحي يتطلب تفسير السلوكات المسببة للمرض بالإعتماد على نظريات ونماذج علمية التي صاغها العديد من العلماء، ومن هذه النماذج التي تم استعمالها على أوسع نطاق في السنوات الأخيرة هي:

نموذج المعتقدات الصحية، نموذج الدافعية للحماية، نموذج الفعالية الذاتية، نظرية السلوك المخطط

وسوف نتطرق لأهم النظريات والنماذج التي ساهمت في تفسير السلوكات الصحية من وجهات نظر مختلفة.

9-1-نموذج المعتقدات المتعلقة بالصحة: Backer وزملائه 1975:

المعتقدات الصحية هي طريقة التفكير اتجاه الصحة، لما للتفكير من تأثير ملحوظ انخراطنا اللاحق في ممارسة السلوك الصحي.

يرى RAhita وEliZAbeth المعتقدات الصحية هي ما يعتقده الناس حول صحتهم، ويعتبرونه سبب للمرض وطرق مؤدية للمرض. تحدد هذه المعتقدات ثقافيا وتتحد لتشكل معتقدات صحية أكبر.

يختلف تعريف المعتقد الصحي باختلاف الثقافة لكنها هي أساس الخصائص التي تشكل مجموعة من أسلوب الحياة مثل الموقف والممارسات.

حيث تتبع العاطفة هذه المعتقدات وتخلق الافتراضات، والتوقع، السلوك التي تحدد كيفية التفاعل مع الأحداث اليومية. كما يؤثر المعتقد الصحي على السلوك الصحي ونتائجه. **(Ranjita, Flizabetech, 2015)**

ويعتبر النموذج health belief model: HBM مفيد للتحقق من السلوكات الصحية وتحديد المعتقد الصحي الرئيسي.
وقد كان استخدامه واسع النطاق مع تحقيق نجاح معتدل في التنبؤ فيما يخص السلوكات الصحية. **(heeran and Abraham 2003)**

ويعتبر نموذج المعتقد الصحي نموذج نظري يمكن استخدامه، لتوعية برامج تعزيزية للصحة ووقائية من الأمراض. يتم استخدامه للتفسير، التنبؤ بالتغيرات الفردية السلوكية الصحية، إنه أحد النماذج الأكثر استخداما لفهم السلوك الصحيح. تركز العناصر الرئيسية لنموذج المعتقدات الصحية على المعتقدات الفردية حول الأسباب الصحية. والتي تتنبأ بسلوك الفرد المتعلق بالصحة. يحدد النموذج العامل الرئيسي الذي يؤثر على السلوك الصحي على أنها تشكل خطر للفرد أو المرض (القابلية المتصورة) والإيمان بالنتيجة (الشدة المتصورة).

والفوائد الإيجابية المحتملة للعمل (الفوائد المتصورة). والعوائق المتصورة أمام العمل والإجراء أمام العمل والثقة في القدرة، على النجاح. (الكفاءة الذاتية). **Organisation national cancer institue, (2005)**

الفكرة الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية أن إمكانية ممارسة الفرد للسلوك الوقائي قصد تجنب المرض يكون من خلال الاعتماد على إدراكه لأربع عوامل والتي تتمثل فيما يلي:

-القابلية المدركة للإصابة:

وتتمثل فيما يعتقده الفرد ذاتيا بوجود، الاحتمال الإصابة بمرض أو اي عجز يصيبه.

-الخطورة المدركة للإصابة:

وتتمثل في أي حد يدرك الآثار المترتبة عن الإصابة بمرض أو أي عجز.

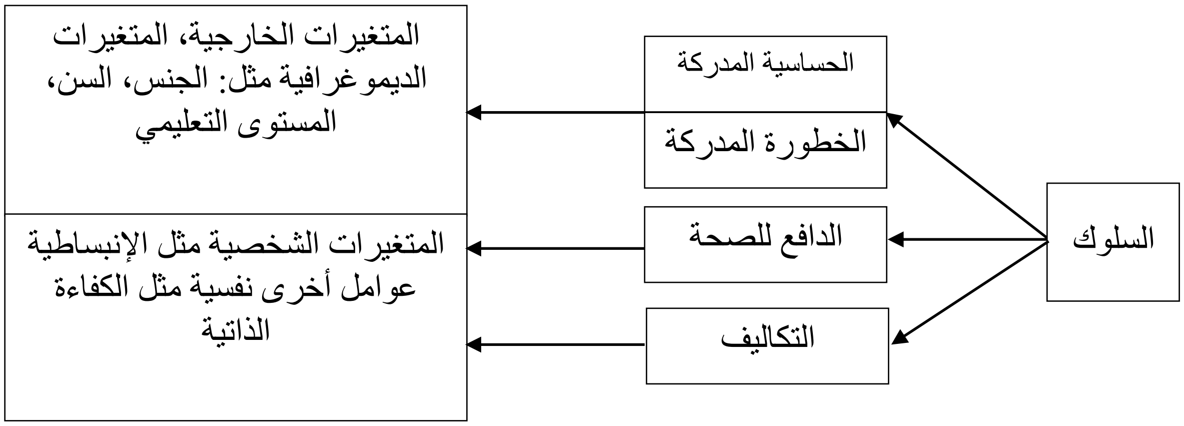
-الفوائد المدركة للفعل:

وهي التي تدل على النتائج المتوقعة والتي ستحقق نتيجة القيام بسلوكات وقائية. على سبيل المثال: المصاب بمرض القلب إن لم يكن لديه اعتقاد تام بأن الحمية الغذائية سوف تقلل من الخطورة فلن يقوم بتغيير نظام حميته.

-التكاليف المدركة للفعل:

وهي التي تدل على الموانع أو الخسائر التي تتداخل مع تغيير السلوك الصحي، إذ على الفرد أن يكون على إدراك تام أن الفوائد أهم بكثير من التكلفة. **(colleen, et al, 2000)**

والمخطط التالي يوضح نموذج المعتقدات الصحية:



المصدر: sultane, s vorescon ; (2012) psychologie de la santé , presses universitaires de France, P 36

لقد عمل هذا النموذج على الأخذ بعين الاعتبار التصورات والمعتقدات المشتركة بين الأفراد وهذا من ميزة النماذج البيوطبية التي تحاول تقديم مفهوم للصحة والمرض بكل موضوعية.

هناك العديد من الأبحاث أخذت بهذا النموذج لتطوير تبني سلوكات وقائية ضد أمراض القلب، السيدا، القيام بالرياضة البدنية، كما أن لهذا النموذج الدور الكبير في إعداد البرامج الوقائية.

9-2- نظرية السلوك المبرر/أو المعقول: Fichbein A jZen .

وفقا لنظرية السلوك المبرر أو المعقول أن الموقف الذي يقوم به الفرد اتجاه اداء سلوك ما، بتأثير داخلي (النية السلوكية). الموقف المهم في هذه العملية هي تلك الخاصة بالسلوك الذي يتم دراسته وليس النظر بشكل عام في موقف الفرد. **(fishier, Ajzen, 1975)**

يرى أصحاب هذه النظرية أن نية الشخص فيما يتعلق بأداء السلوك والتي تحدد ما إذا كان سيفعل ذلك. مع تأثرها بالضغط الاجتماعي أو المعايير الذاتية. والتي تنشأ من تصور الفرد لما سيفكر فيه الآخرون بشأن وأداء السلوك. **(Vallerand et al, 1991)**

لقد عمل هذا النموذج على الأخذ بعين الاعتبار التصورات، المشتركة بين الأفراد وهذا من خاصية النماذج البيو طبية التي تحاول تعريف المرض والصحة بكل موضوعية.

هناك العديد من الأبحاث التي أخذت بهذا النموذج لتطوير برامج وقائية ضد الأمراض وخاصة منها: أمراض القلب، السيدا، التمارين الرياضية.

في هذا النموذج: المواقف الشخصية، العوامل الإجتماعية (المعيارية) لها تأثير مباشر على النية السلوكية، والتي تعد أقوى مؤشر على الفعل السلوكي. **(fishier, Ajzen, 1975)**

تعتبر نظرية الفعل المنطقي أو نظرية الفعل المعقول نموذج مستوحى من علم النفس الاجتماعي والذي طوره كل من fichier et ajzen.

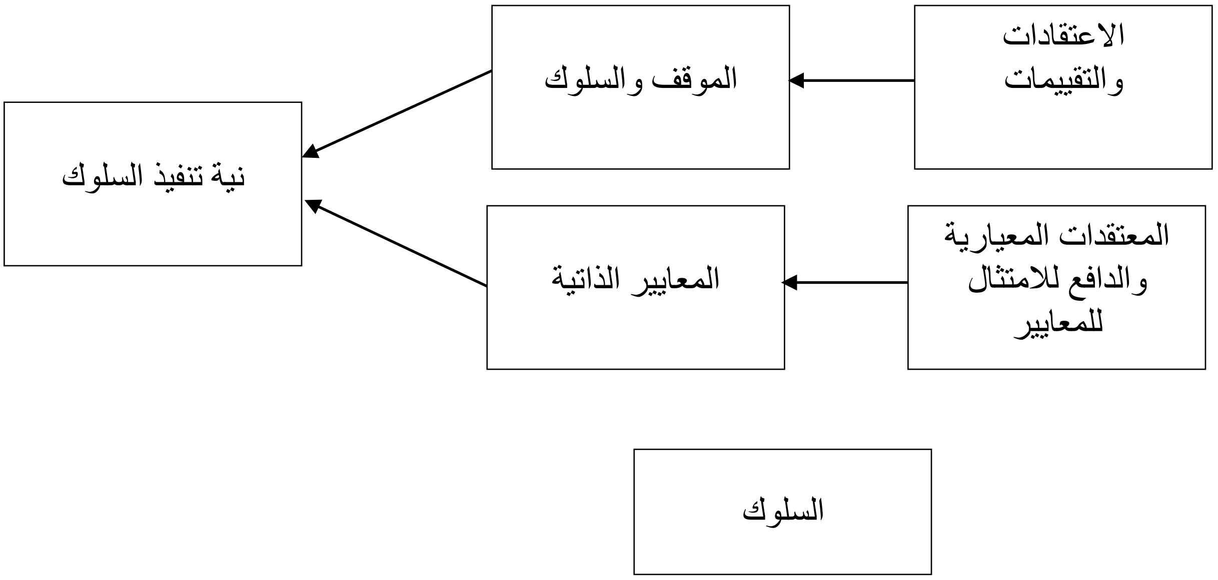
يعمل على تحديد الروابط بين المعتقدات والروابط بين الأفراد والمواقف والمعايير والنوايا السلوكية.

ووفقا لهذا المنهج سيتم تحديد السلوك الشخصي من خلا لنيته السلوكية.

علما أن تحديد هذه النية يتم من خلال الموقف الشخصي والمعايير الذاتية المتعلقة بهذا السلوك مع العلم أن النية السلوكية = الموقف + القواعد الذاتية.

ووفقا لهذه النظرية : TRA

يتم تحديد الموقف الشخصي اتجاه السلوك من خلال معتقداته. أما عواقب هذا السلوك مضروبة في تقييمه لهذه العواقب. كما يتم تحديد المعتقد من خلال الاحتمال الذاتي للفرد: بأن سلوك معين يؤدي إلى نتيجة محددة. يعتمد هذا النموذج على فرضية أن المحفز الخارجي يؤثر على الموقف من خلال التعديل في بنية المعتقد الفردي. كذلك النية في أداء السلوكات تحددها أيضا المعايير الذاتية والتي بدورها يحددها المعتقد المعياري للفرد ودافعه للامتثال للمعايير.



الشكل رقم 1: نظرية الفعل المنطقي

- نظرية الفعل المنطقي المترجمة من مخطط : ديفيس وباغوزي وورشا 1989.

تفترض هذه النظرية كذلك أن العوامل الأخرى جميعها تؤثر على السلوك وقد يكون ذلك بشكل غير مباشر، من خلال التأثير على المواقف الذاتية. وقد تكون هذه العوامل خارجية. **(fishier, Ajzen, 1975)**

كما أظهرت النتائج التطبيقية لهذه النظرية أنه من الممكن عمل تنبؤات بخصوص الاختيارات التي يتخذها الفرد عند تعرضه لعدة بدائل. **(sheppar, et al, 1988)**

9-3- نظرية السلوك المخطط: Theory of Planned Behavior (TPB)

في نهاية القرن العشرين نشر عالم النفس (ايساك أجزن) (Icek Ajzen)، نظرية السلوك المخطط thoory of planned behavior، التي تعد أكثر توسعا لنظريته السابقة المعروفة بنظرية الفعل المعقول أو نظرية الفعل المبرر the theory of reasoned action، وهذا يدل على اشتغال أجزن بتحليله السلوك البشري ودوافع هذا السلوك.

وفي نظرية السلوك المخطط يؤكد أجزن على أهمية نية الفرد ودوافعه في تشكيل السلوك وأدائه.

وحسب نظرية أجزن فإن السلوك الإنساني مرتبط بثلاث أمور أساسية:

أ- **المعتقدات الأساسية:** وتمثل اعتقاد الفرد بخصوص النتائج الناجمة عن أداء سلوك ما.

ب-**المعتدات المعيارية:** وتتمثل في نظرة الآخرين لهذا السلوك وتوقعاتهم من الفرد إضافة إلى العوامل والدوافع التي تدفع بالفرد إلى الامتثال وفق نظرتهم وتوقعاتهم.

ت-**معتقدات التحكم:** إدراك الفرد بخصوص قدرته على الأداء، أو عدم قدرته على أداء هذا الفعل المطلوب منه.

فهذه الثلاث الأخير تمثل أضلاع مثلث الفعل السلوكي حسب نظرية السلوك المخطط لأجزن. **(أبو سعد أحمد عبد اللطيف، 2011، بتصرف)**

يرى: Ajzen أن قرار الفرد المشاركة في سلوك معين مثل المقامرة أو إيقاف المقامرة يتوقف على نيته في الانخراط في هذا السلوك.

ويفترض Ajzen: أن النوايا هي التي تقوم بجلب العوامل التحفيزية المؤثرة على السلوك. كما يعتبرها مؤشر على مدى صعوبة الفرد في المحاولة، والجهد الذي يخصصه لبذله من أجل القيام بسلوك.

وكقاعدة عامة: عندما تكون النية أقوى للقيام بسلوك كان من المرجح أن يكون الأداء أكثر. **(Ajzen,199, P 181)**

ويتم تحديد ذلك من خلال ثلاث متغيرات:

1-**المواقف الشخصية:** تتمثل في موقف الشخص نحو سلوك معين، أي هو كل المعارف والمواقف والتحيز سواء إيجابي أو سلبي التي نفكر بها عندما نقوم بالسلوك.

على سبيل المثال: موقف الشخص من التدخين أن التبغ يبعث على الاسترخاء، ويجعله يشعر بالراحة والرضا، ولكن يجعل الفرد يسعل كثيرا في الصباح، ويكلف مصاريف كبيرة على الصحة ووجود رائحة كريهة.

2-**المعايير الذاتية:** هذا المعيار يأخذ بعين الاعتبار نظرتنا لأفكار الآخرين اتجاه سلوك ما مثل التدخين.

وقد يكون هذا من طرف الأصدقاء، العائلة، الزملاء، من الفرد المدخن فالأمر لا يتعلق بما يدركه الآخرون ولكن تصورنا نحن لمواقف الآخرين.

3-**السيطرة السلوكية المتصورة:** هي التي نعتقد أنها تمكننا من التحكم في سلوكنا فهي تعتمد على تصورنا للعوامل الداخلية مثل: القدرة، العزم، وعوامل خارجية مثل الموارد، والدعم المتاح لنا.

فالإدراك للسيطرة السلوكية له القدرة على التأثير على أمرين:

1- التأثير على النية في التصرف بطرق معينة أي كلما زاد التحكم في السلوك زادت النية لأداء السلوك.

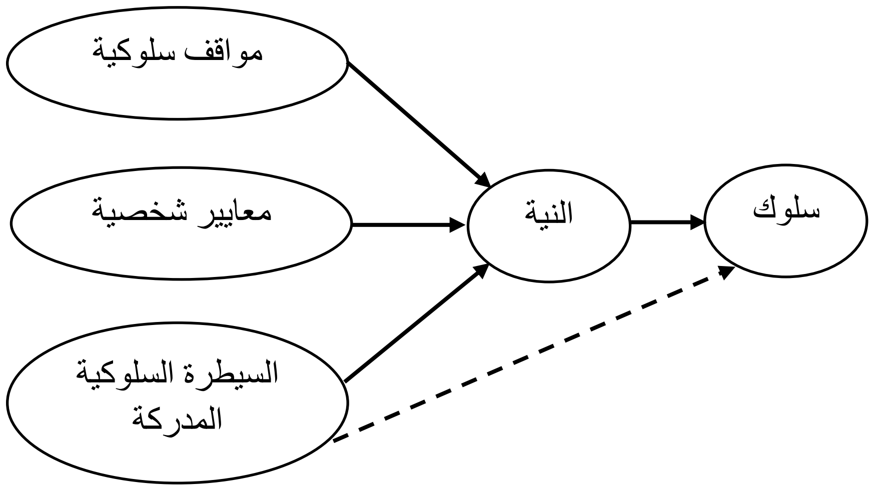
2- لديه القدرة أيضا على التأثير على السلوك بشكل غير مباشر، إذا كان إدراكنا أن لدينا مستوى كبير من التحكم فستكون محاولتنا بجد أكبر ولفترة طويلة محققين النجاح وعلى ذلك تبقى النظرة الحالية للسيطرة السلوكية هي الأكثر توافق مع مفهوم الكفاءة الذاتية المتصورة. **(Bandura ,1977, P 82)**

فهي التي تتعلق بالأحكام الخاصة بمدى نجاح الفرد في تنفيذ طريقة العمل المطلوبة للتعامل مع المواقف المحتملة. **(Bandura, 1982, P 122)**

فنظرية السلوك المخطط امتدادها يرجع لنظرية الفعل العقلاني. **(Ajzen, fishier, 1980)**

ووفقا لنظرية السلوك المخطط بإمكاننا استخدام التحكم في السلوك المدرك مع وجود النية السلوكية للتنبؤ بما ننجزه من سلوك. بالإضافة فإن tpb يتم الإستعانة به في حملات الثقافة الصحية.

مخطط نظرية السلوك المخطط: The theory of planned behavior



نظرية السلوك المخطط، (Ajzen, 1985)

المصدر: (Ajzen, 1985, P 45)

9-4- نظرية الكفاءة الذاتية: self-efficacy theory (bandura)

يعود أصل مصطلح الكفاءة الذاتية لعالم النفس الكندي "ألبرت باندورا" عام 1977. أستاذ علم النفس الاجتماعي في جامعة ستانفورد. في بداية الأمر اقترح المفهوم كحكم شخصي على مدى جودة أداء المرء لأهم المسارات المطلوبة في العمل، والتعامل مع كل المواقف المختلفة.

فمفهوم الكفاءة الذاتية هي تلك المعتقدات الشخصية، التي تحدد مدى نجاح سير خطة العمل في المواقف المختلفة. **(باندورا، 1977، بتصرف)** أي مدى قناعة الشخص بقدرته على النجاح في مختلف المواقف.

يعتبر العالم باندورا أول من سلط الضوء على المصطلح في حين أن بقية علماء النفس درسوا الكفاءة الذاتية من زوايا متعددة. يرى ألبرت (باندورا 1977) أن تطوير المعتقدات من خلال الأفراد حول الكفاءة الذاتية من خلال تفسير المعلومات من أربعة مصادر ذات تأثير رئيسي.

1- تجارب الإتقان (نتائج الأداء): تجربة الإتقان من أكثر المصادر تأثيرا لمعلومات الفعالية كونها توفر أكثر الأدلة، على ما إذا كان بإمكان المرء الإلمام بكل ما يتطلبه الأمر للنجاح. لأن النجاح يبني اعتقادا قويا بالكفاءة الشخصية للفرد.

2- الخبرات غير المباشرة (نماذج الأدوار الإجتماعية): Vicarious expèrience social role models

تعتبر التجارب غير المباشرة المصدر الثاني الأهم للاكتفاء الذاتي، التي توفر النموذج الاجتماعي. يفترض باندورا (1977) أن رؤية ناجحين، يزيد في اعتقاد الأفراد الملاحظين أنهم يملكون قدرات متشابهة لتحقيق نجاح مماثل.

تعتبر التجارب الغير المباشرة أشخاص آخرين يكملون مهامهم بنجاح، فالأفراد الإيجابيين يعتبرون قدوة للأشخاص فهم يملكون مستوى كبير من الكفاءة الذاتية. فالفرد يقتدي بالأفراد ذوي المعتقدات الإيجابية عن ذواتهم.

3-الإقناع الاجتماعي:

إن تلقي الفرد مدح لغوي بطريق إيجابية أثناء القيام بمهام معقدة من شأنه أن يزيد الفرد قناعة بأن لديه المهارة والقدرة اللازمة للنجاح.

أي أن الكفاءة الذاتية تتأثر بالتشجيع، وعكس ذلك فيما يخص أداء الفرد وقدرته على الأداء. **(ريدموند، 2010)**

4-الحالة العاطفية والفيزيولوجية:

يأثر الشعور بالقدرات الشخصية في المواقف المعينة، بمدى رفاهية الفرد عاطفيا وجسديا ونفسيا. فعلى سبيل المثال: الشخص الذي يعاني من حالة إكتئاب، لا يعيش مستوى صحي جيد، فهذا لا يعني ليس بإمكاننا بناء كفاءة ذاتية أثناء عدم الصحة الجيدة، لكن تعزيز الكفاءة الذاتية هو أكثر سهولة عندما يعيش الفرد بصحة جيدة. (باندورا، 1982)

وفي اقتراح لجيمس مادوكس (2013): طريقة أخرى خامسة للاكتفاء الذاتي من خلال التجارب التخيلية. أي يتصور الفرد نفسه نجح، وذو فعالية في مواقف معينة.

فتجربة التصور الخيالي، أساسها أن الفرد يحاول تصور أهداف قابل تحقيقها في الواقع. استخدام هذه الطريقة قصد تعزيز الكفاءة الذاتية للفرد، ويبدو النجاح محقق أكثر. **(maddux & meier, 1995)**

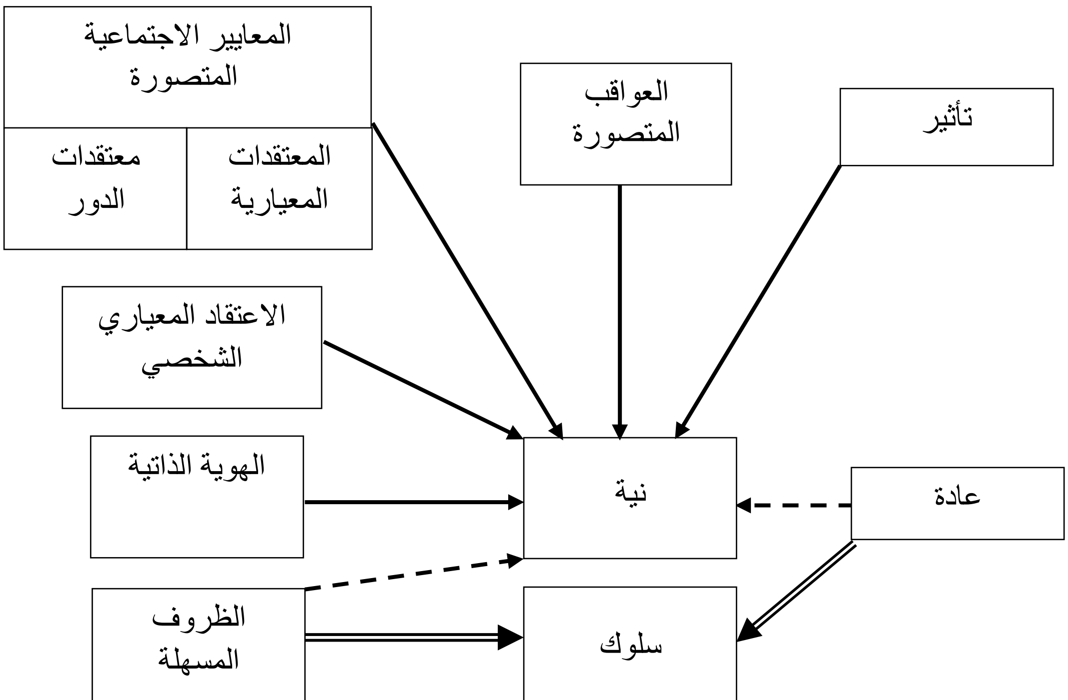
5-9-نظرية السلوك بين الأشخاص (tcl): théorie des comportement interpersonels

تشكل نظرية السلوك بين الأشخاص مفهوم آخر لفهم السلوك البشري والتنبؤ به، فمعظم الكتابات ومختلف التخصصات، كالأنثروبولوجيا، علم النفس، علم الاجتماع أشارت إلى هذا مع تصنيفه كأساس نظري. مع إدخال متغيرات النظريات السابقة. **(Bergeon et al 1995, thompson et al ,1994, limyayem et chabchoub 1998)**

تتميز نظرية السلوك بين الأشخاص حسب عدة مؤلفين بارتباطها بالعديد من المتغيرات: كالوراثة، العادات، المواقف، النية.

والعامل الثاني يتعلق بالبيئة: مثل الثقافة، العامل الاجتماعي، والظروف المسهلة. ووفقا ل (tci) هناك ثلاث محددات للسلوك، النية والعادة، الشروط المسهلة، ونية السلوك الداخلي.

مع ثلاث محددات أخرى: العواقب الاجتماعية، العواقب المتصورة، الموقف. **(abderahman Ahmimid2018)**



الشكل رقم 2: نظرية السلوك بين الأشخاص.

المصدر: triandis 1980, P 54

6-9- نموذج العبر نظري: .le modèle transthèorique dèclemente et prochaska

هذا النموذج درس عملية التغيير السلوك. وكل المتغيرات المرتبطة بها مع مقارنة النتائج مع نتائج العديد من الدراسات التي أنجزت في هذا المجال.

إن العدد الكبير من النظريات التي تم تطويرها في العلاج النفسي حول التغيير في السلوك، دفع بروشاسكا إلى تقييمها من خلال الإحاطة بثمانية عشر نظرية التي اعتبرها الأكثر صلة من هاته النظريات الموجودة.

وبهذا أكمل تحليلا مقارنا لهذه النظريات على غرا ر المؤلفين المشهورين مثل فرويد، سكينر، روجرز وبهذا ظهر النموذج المعروف باسم مراحل التغيير. **(Décclemente et Prochaska, 1992)**

وحسب النموذج يكون تغيير السلوك خلال عملية تتكون من مراحل مختلفة مرتبة ترتيبا زمنيا وهي:

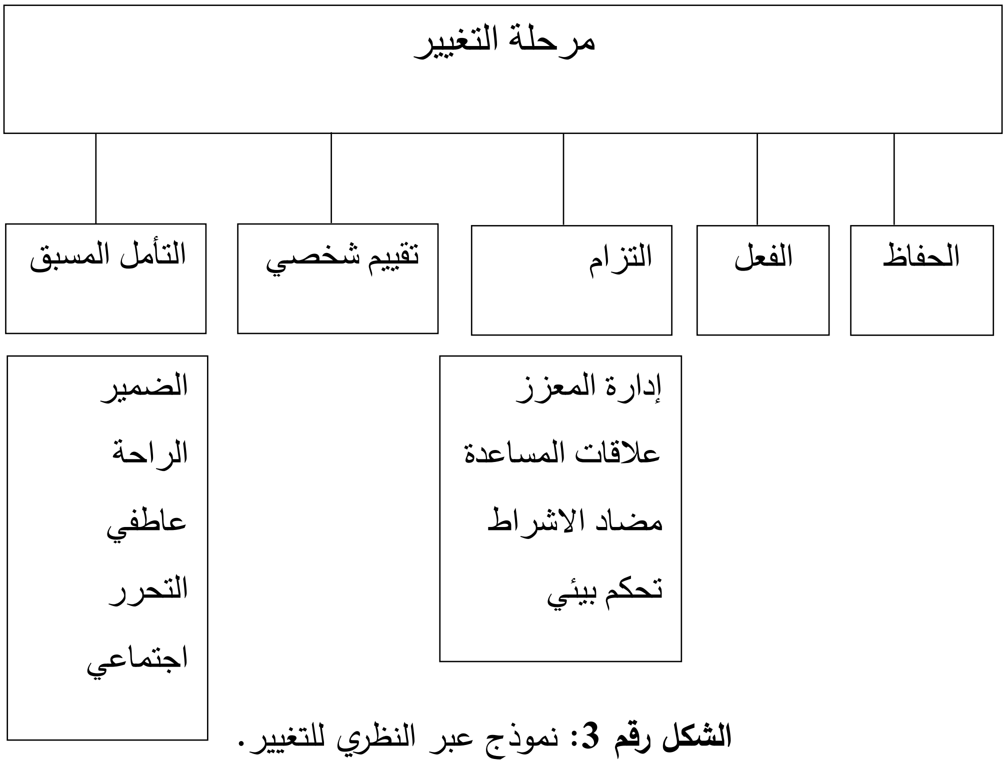
- التأمل المسبق.
- التأمل.
- التحضير والعمل.
- الصيانة.
- الإنهاء.

إضافة إلى هذا تم تحديد تسع عمليات، تغيير مشيرة إلى أهم الآليات التي يستخدمها الأفراد لتعديل سلوكياتهم هذه العمليات تتمثل في:

- زيادة الوعي.
- الإثارة العاطفية.
- التحرر الاجتماعي.

- إعادة التقييم الشخصي.
- المشاركة.
- إدارة المعززات.
- مساعدة العلاقات.
- التكيف المضاد.
- والتحكم البيئي (أو التحفيز).

الإنتكاس قد يكون جزء من عملية التغيير الطبيعية، إنه ليس من المظاهر المرضية لكنه يكون ضروري للنجاح النهائي للعملية. **(prochaska,jo, diclemente, 1992)**



الشكل رقم 3: نموذج عبر النظري للتغيير.

المصدر: Prochaska, J.O., Di Clemente C.C., Norcross, J.C, 1992

ويمكن وصف مراحل التغيير بهذه الطريقة.

1- مرحلة التأمل:

غياب الاعتقاد عند الشخصان لديه مشاكل وبالتالي لا يغير سلوكه.

2- التأمل: في هذه المرحلة يعبر عن نفس بتناقض، يحاول التغيير في سلوكه مع تردد وعدم التخلي عن فوائد الوضع الحالي. ثم يمر إلى مرحلة التوازن الحاسم، والذي يؤدي إلى مقارنة إيجابيات وسلبيات التغيير في سلوكه الحالي.

3- التحضير:

في هذه المرحلة، يشعر الشخص بالاستعداد وبدء مرحلة العمل في المستقبل القريب، يحدد القرارات ويبدأ وضعها في المكان المناسب.

يبدي الشخص الموافقة على إجراء تغيير على العادة المستهدفة مع اعتقاده على تحقيق ذلك.

4- العمل، على تعديل نمط الحياة، الحاجة إلى الدعم والتشجيع، يتبنى الشخص التغيير مع اختياره استراتيجية لذلك.

5- مرحلة الحفاظ: في هذه المرحلة يحاول الفرد المحافظة على الفوائد.

9-7- النموذج المسبق / المقدم :green, kreuter 1991

في عام 1991 كانت هناك إضافة في إطار التثقيف الصحي ليشمل بذلك العوامل البيئية، التنظيمية وما يتصل بها. قصد تحديد السلوكات الصحية، حيث أن السلوكيات المتعلقة بالصحة، مثل التدخين، وإدمان الكحول، في زيادة مستمرة مع وجود مقاومة لتغيير هذه السلوكات لدى الافراد. ومع زيادة الوعي بخصوص هذه السلوكيات وتأثرها بعدة عوامل مثل: الإعلام...، كانت الحاجة كبيرة إلى المزيد من الأساليب البيئية لتحديد والتأثير على هذه المحددات البيئية والاجتماعية للسلوكات الصحية.

يتكون نموذج التخطيط من أربع مراحل تخطيط، ومرحلة تنفيذ واحدة وثلاثة مراحل تقييم. **(green, et al, 1980)**

المرحلة الأولى: التشخيص الاجتماعي:

تتمثل هذه المرحلة في مرحلة التخطيط للبرنامج، وتقييم المشاكل الاجتماعية التي تؤثر على حياة السكان. فعملية التقييم الاجتماعي يتمثل في المشاركة الواسعة لمصادر متعددة للمعلومات، سواء ذاتية أو موضوعية، قصد الفهم المتبادل عند الأفراد بكل ما يتعلق بتطلعاتهم. خلال هذه المرحلة يحاول القائمين على تخطيط البرامج، فهم المشاكل الاجتماعية الأكثر تأثير على نوعية الحيلة الاجتماعية، وأفراده، وأهم جوانب القوة والضعف ومدى الاستعداد للتغيير.

المرحلة الثانية: التشخيص الوبائي والسلوكي والبيئي.

يتمثل التشخيص الوبائي في تحديد وضعية صحية معينة في المجتمع مركزا على العوامل السلوكية والبيئية المتعلقة بالاحتياجات الصحية ذات الأولوية التي يحتاجها المجتمع، ثم بناء على ذلك يتم تحديد الأهداف وغايات البرامج، قصد تحقيقه وتطويره.

التشخيص السلوكي:

يتمثل في ذلك التحليل للروابط بين السلوكات للأهداف أو المشكلات التي سبق تحديدها من قبل في التشخيصي ذو المنحى الاجتماعي، الوبائي.

التشخيص البيئي:

هذا التحليل متمثل في العوامل البيئية، الإجتماعية، الفيزيائية، محاولين ربطها بالسلوك. مع محاولة التعديل في هذه العوامل، التي لا يستطيع الفرد التحكم فيها، كي لا يكون لها تأثير على النتائج الصحية.

المرحلة الثالثة: التشخيص التربوي والبيئي.

يتمثل هذا النوع من التشخيص في تحديد اهم العوامل البيئية، السلوكية، ومايجب القيام به من تدخلات.

مراعين بذلك أهم العوامل التي إذا تم معالجتها تؤدي إلى تغير السلوك مباشرة. مع إمكانية بقائه. **(Green, crotter, 1999)**

المرحلة الرابعة: التشخيص الإداري.

في هذه المرحلة يكون الاهتمام بالجوانب الإدارية والتنظيمية المراد معالجتها، قبل البدء في تنفيذ البرنامج ويشمل هذا تقييم جميع الموارد، والميزانيات المناسبة. تنسيق البرامج مع باقي الإدارات الأخرى بما في ذلك الجمعيات وأفراد المجتمع. ومن هنا يشمل التشخيص الإداري كل ما من شأنه أن يكون سببا في عرقلة البرنامج الصحي والعمل على تسهيل والزيادة في تطوير البرامج الصحية.

المرحلة الخامسة: تنفيذ البرنامج.

المرحلة السادسة: عملية التقييم.

في هذه المرحلة يكون تقييم، العملية التي يتم من خلالها تنفيذ البرنامج، مع تحديد ما إذا كان يتم تنفيذ البرنامج وفقا لبروتوكول. مع النظر في إمكانية تحقيق الأهداف المرجوة من البرنامج. مع تحديد ما يجب تعديله كضرورة لتحسين أداء البرنامج.

المرحلة السابعة: تقييم الأثر.

تقيس هذه المرحلة مدى فعالية هذا البرنامج، ومدى تحقيقه للأهداف. بالإضافة إلى النظر في عامل الاستعداد، والتعزيز وهذه المرحلة بمثابة تقييم للأداء. **(Green, grotter, 1991)**

9-8-نموذج الامتثال للصحة ل heiby, corlson, 1986:

يعتبر نموذج الامتثال للصحة نسخة كاملة من نموذج اجتماعي، سلوكي الذي تم تطويره كل من heiby, carlson عام 1986. تم التركيز على مختلف الأنماط السلوكية كالنظافة، التمارين الرياضية، احترام المواعيد...). وكان التركيز على وجه الخصوص على سلوك العلاج الدوائي. وبالتالي يعتبر أول نموذج الذي يأخذ يعين الإعتبار، الظروف التي يعيش فيها المريض، مع النظر في الرعاية كسلوك عن طريق النتائج المحصل عليها بسرعة والتي تظهر بشكل متأخر في حياتهم نتيجة السلوك المتبع. **(gauchet, 2005)**

هذا النموذج يقوم على ثلاث متغيرات رئيسية:

- متغيرات سابقة، أو ظرفية التي تتضح من خلال جوانب متعددة كخصائص العلاج. (الجرعة، اللون، الطعم).

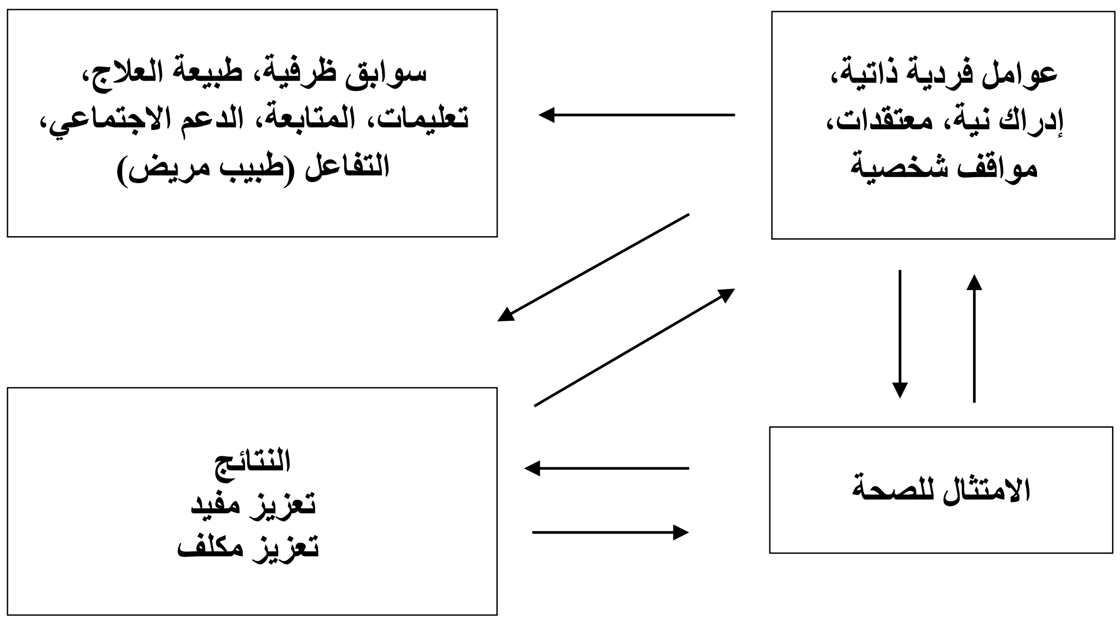
– نوعية الإرشادات المقدمة (طبيعة وأهداف العلاج، التكيف مع أسلوب الحياة، التعليمات المكتوبة).

– نوعية وكفاءة الإتصال (الكتابي واللفظي)، سهولة الفهم، ووضوح التعليمات، بما في ذلك الدعم الإجتماعي والأسري.

كما نجد في هذا المستوى طبيعة العلاقة بين المعالج والمعالج:

–العوامل الفردية الذاتية، التي تهتم بتصور المريض لحالته المرضية وتشمل: معتقداته، إدراكاته، المرتبطة بفعالية العلاج وثمن العلاج ....

–النتائج والعواقب وتتمثل في الفوائد، الأضرار التي قد تتأثر وتأثر بالعوامل الفردية، ومدى الالتزام وبهذا قد تكون النتيجة إيجابية حسي التقييم الذي يقوم به الآخرين، مع تحسن في الحالة الصحية، وتتحقق مكاسب اقتصادية. أو سلبية وتكون الوضع الصحي الغير مستقر، الآثار الجانبية للسلوكات الغير صحية، مع تأثر الجانب الاقتصادي والاجتماعي. طبيعة هذه النتائج سواء بالسلب أو الإيجاب تأتي فورية أو فيما بعد. **(حربوش، 2019، ص 379 بتصرف)**



الشكل رقم 4: نموذج الإمتثال للصحة HcM carlison, heiby ، عام 1986

المصدر: (Heiby, carlson ,1986).

9-9-نظرية الدافع للحماية:

اقترحت أول مرة من قبل Rogers في عام 1975، عندما قدم نظريته كنموذج ليس الهدف منه علاج أسباب الخوف كسلوك عند البشر. بل هو نموذج يتألف من ثلاث متغيرات أساسية للتكيف:

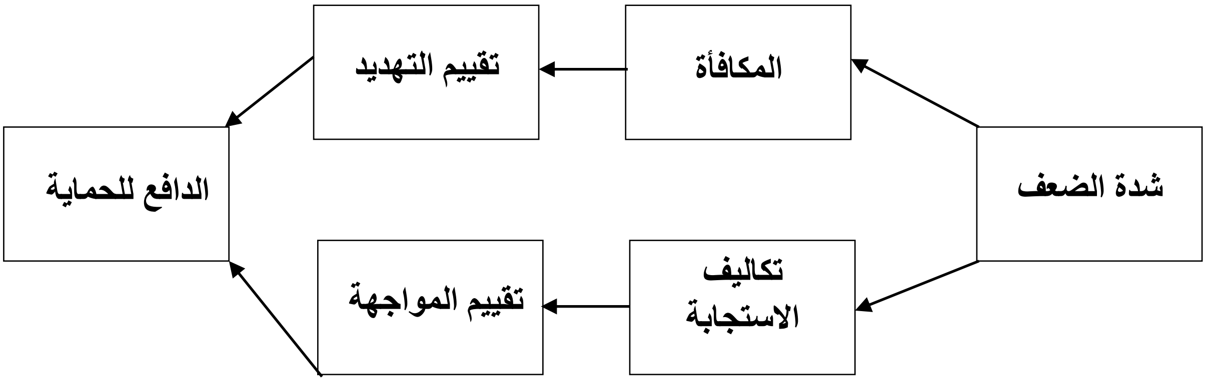
إدراك شدة التهديد، إدراك القابلية للتأثر بالتهديد، حماية فعالية استجابة السلوك الموصى به لمواجهة التهديد. **(Isabelle, 1997)**

عام 1983 قدم Rogers هذه النظرية بعد أن أتم دراسته قصد معرفة آثار استعمال الخوف في مواضيع إشهارية قصد تغيير الاتجاه.

هذه النظرية تتشابه في وجهة نظر نظرية القناعة الصحية (hbm)، الفكرة الأساسية للنظرية أن العمل بالسلوك الصحي الوقائي، يعتمد على مدى الاعتقاد ما يحصل عليه الفرد من فوائد جراء اتباعه لهذا السلوك، مع إضافة مفهوم آخر لمفهوم الاعتقاد متمثل مفهوم الدافع للحماية (protection motivation). والدافع للحماية ينتج عن نوعين من العمليات المعرفية متمثلة في تقدير الخطر وتقدير المواجهة.

تقدير الخطر threat appraisal وتقدير المواجهة coping appraisal أي ان ذلك العامل الدافع للحماية يكون بمدى شدة إدراك الخطورة بالمرض، ومدى الاستعداد لهاته الإصابة، وبين القدرة على مواجهة هذا الخطر المهدد للفرد، مع القدرة على اتخاذ سلوك وقائي (بناء على توقع نسبة الفعالية الذاتية self efficacy، مع العمل بالسلوك المناسب. **(Rogres,1983)**

ومنه فإن عملية ممارسة سلوك وقائي، أو الاستمرار فيه أو تركه تكون نتيجة العمليتين ذات الطابع المعرفي السابقة الذكر. تم استعمال هذه النظرية بشكل أوسع في المجال الوقائي من الأمراض الخطيرة: السيدا، السرطان، مجال تغيير السلوك، الاتجاه بخصوص الإدمان، التدخين، ممارسة التمارين الرياضية...).



الشكل رقم 5: نموذج الدافع للحماية.

المصدر: روجرس، 1993.

المبحث الثاني: سلوكيات الخطر.

تمهيد:

إن تغير الأنماط السلوكية الصحية أدى إلى تغير في نمط الأمراض في جميع دول العالم. فبعدما كانت الأمراض المعدية، ونقص التغذية السبب الرئيسي للوفيات، في كثير من بلدان العالم. أصبحت الأمراض المزمنة: امراض القلب، السرطان، السكري، السمنة من أهم الأمراض المسببة للوفاة في العالم. كما تشير الأبحاث العلمية والطبية إلى وجود علاقة بين هذه الأمراض والأنماط السلوكية الغير صحية التي ينتهجها الفرد. فنجد: التدخين، الكحول، غياب النشاط البدني، الغذاء الغير صحي ... الخ فمشاكل الصحة التي يواجهها الإنسان لها علاقة مباشرة بسلوك الخطر اتجاه الصحة. فبإمكان الفرد أن يتفادى مشكلاته الصحية أو تفاقمها إذا غير من عاداته السلوكية أو غير منها وعوضها بمسلوكات صحية سليمة وفي حالة عدم مراعاته لنمط سلوكه مقارنة بمشكلاته الصحية فسوف يعرض لخطر صحي أكبر.

1-مفهوم سلوك الخطر:

يعرف سلوك الخطر بأنه الفعل الذي يزيد من مخاطر الأمراض أو الإصابات، التي يمكن أن تؤدي إلى الوفاة.

تتمثل سلوكيات الخطر في: الإدمان على الكحول، التدخين، اضطرابات الأكل.

وبالأحرى هي سلوكيات التي من المحتمل أن تعرض الأشخاص لخطر المرض أو زيادة نسبة المرض، وقد تكون هذه السلوكيات سببا في منعهم من الوصول إلى أهدافهم في حياتهم أو تفاقم المرض لديهم. **(berenbaun sa, beltez AM, corley r, 2015)**

فسلوك الخطر هو قيام الفرد بنشاط قد يتسبب له في أذى جسدي أو عقلي، سواء بقصد أو عن غير قصد.

فالسلوك الجنسي الغير آمن يكون مآله تبعات صحية كالحمل الغير الشرعي، الأمراض المتنقلة عن طريق الجنس. **(Ana beatriz, andreas, Alicia)**

ويمكن أن تكون سلوكيات الخطر عند الأطفال والمراهقين، والبالغين في العديد من الأماكن.

فمرحلة المراهقة مرحلة وسطية بين الطفولة والرجولة، فهي مرحلة تزداد فيها السلوكيات المحفوفة بالمخاطر كالسياقة الخطيرة، السلوك الإجرامي، الانحراف، الجنس الغير محمي، ركوب الدراجات النارية بدون خوذة، تعاطي المخدرات، عدم ممارسة النشاط البدني. ويترتب على هذه السلوكيات الغير مقبولة أضرار على الفرد والمجتمع.[2]

ففي الولايات المتحدة الأمريكية، تم تأسيس نظام مراقبة سلوك مخاطر الشباب الذي يحدد ويتدخل عند وجود مثل هذه السلوكيات ذات المخاطر الصحية، مع الاهتمام أكثر بفئة الشباب هذه السلوكيات تتمثل في: السلوكيات التي تساهم في الإصابات الغير مقصودة، العنف، تعاطي التبغ، تعاطي الكحول، المخدرات، السلوكات الجنسية المحفوفة بالمخاطر، السلوكات الغذائية الغير صحية، قلة النشاط البدني.

ومن تحول الاهتمام إلى أهم الطرق التي يمكن بها للدول التي من خلالها يتم تعزيز الجهود التي لها تأثير على ظهور السلوكيات الخطر المرتبطة بالأمراض.

[2] www.richmond.gov.uk

2-تعريف سلوك الخطر:

يمكن تعريف سلوك الخطر القيام بأي عمل أو نشاط، يمكن أن يكون سببا في ضرر محتمل للفرد.

وينظر لسلوك الخطر عند فئة المراهقين، نفسها عند فئة الراشدين.

أي أنه أي سلوك يشكل خطر على الصحة سواء يقوم به الفرد بوعي أو بغير وعي مع عدم العلم بنتائجه. **(Inest,sinpose, sans un an,)**

وتسمى أيضا بالسلوكيات الضارة بالصحة، التي يمارسها الأفراد ن فتلحق الضرر بصحتهم أو تسبب الأذى في المستقبل على صحتهم. **(شيلي تايلور، 2008، ص 275)**

3-عوامل الخطر والوقاية:

لعوامل الخطر دور رئيسي في التنبؤ والوقاية وعوامل الخطر لها سمات أساسية أنها تسبق النتائج، وعند العمل به يتم تقسيم الأفراد إلى عدة مجموعات ثانوية: ذات الخطر العالي، والأفراد ذوي المخاطر المنخفضة.

4-أنواع عوامل الخطر:

النوع الأول: يتمثل في عوامل الخطر التي لا يمكن أن تتغير وهذا يسمى بالسمات الثابتة ومن أمثلة ذلك مثل: الجنس، أو العرق، تاريخ الميلاد.

النوع الثاني: عوامل خطر متغيرة، والمتمثلة في تلك السلوكات التي يمكن التغيير فيها من خلال التدخل بكل أنواعه.

وتتأثر الصحة بعدة عوامل تعرف بالعوامل التي تؤدي إلى تدهور الصحة أو إعاقة أو مرض جسدي، وتظهر عمليا في الممارسة بطريقة تفاعلية مع بعضها البعض. **(word health organisation, 2009)**

كما تنقسم عوامل الخطر عموما إلى عدة فئات: سلوكية، فيزيولوجية، بيئية، وراثية، تركيبة السكان.

عوامل الخطر السلوكية:

هناك ارتباط بين عوامل الخطر والسلوكات التي يسلكها الفرد من خلال اختيار نمط السلوكات: كالتدخين، الكحول، انواع الأغذية، نمط حياة مستقر، التعرض لأشعة الشمس لفترات طويلة دون حماية كافية، عدم التلقيح، الجنس الغير محمي.

عوامل الخطر الفيزيولوجية:

يرتبط عامل الخطر الفيزيولوجي، بعلم الفيزيولوجيا، مع عوامل وراثية، سلوكية، مع بقية العوامل.

ومن أمثلة ذلك: الوزن الزائد أو السمنة، ارتفاع ضغط الدم، الكولسترول في الدم، ارتفاع السكر في الدم.

عوامل الخطر الديمغرافية:

ترتبط عامل الخطر الديموغرافي بالسكان بشكل عام. ومن أمثلة ذلك: السن، طبيعة المهن، الجنس.

عوامل الخطر الجينية:

للجينات دور في عوامل الخطر مثل: التليف الكيسي، ضمور العضلات، والعديد من الأمراض الأخرى مثل: الربو، أو مرض السكري. فهناك ارتباط بين العامل الوراثي الجيني والعديد من الامراض وكذلك العوامل البيئية. في حين أن بعض الأمراض يكثر إنتشارها في مناطق خاص من السكان كفقر الدم.**(Astralion institue of health and weefar, 2015)**

الجدول رقم 1: عوامل الخطر وارتباطها بالأمراض المزمنة.

	الشروط condition			
	أمراض قلبية وعائية Maladies cardio vasculaire	**السكري** Diabète	**السرطان** Cancer	**أمراض تنفسية** Maladies respiratoires
التدخين TABAC	+	+	+	+
الكحول Alcool	+	+	+	
التغذية NUTRITION	+	+	+	+
غياب التمارين الرياضية Inactivité Physique	+	+	+	+
السمنة Obésité	+	+	+	+
ارتفاع الضغط الدموي Pression sanguine augmenté	+	+		
نسبة السكر glycémie	+	+	+	
نسبة الدهون Lipides	+	+	+	

المصدر: القص صليحة، 2016، ص 119.

5-تقييم المخاطر الصحية:

يعد تقييم المخاطر الصحية من بين الأدوات الأكثر استعمالا في مجال تعزيز الصحة، ويعتر من أولى الخطوات في برامج تعزيز الصحة المتعددة المحاور.

فتقييم المخاطر الصحية (HRA) هو عبارة عن استبيان صحي، يستخدم لتزويد الأفراد بتقييم للمخاطر الصحية، ونوعية الحياة، عادة ما تشتمل على ثلاثة عناصر رئيسية. استبيان معمم، مع حساب درجة الخطورة، كطريقة من طرق التغذية الراجعة أي وجها لوجه مع مستشار صحي، أو عن طريق استجواب عبر الأنترنت. (**Alexender G, 2000**) وتعتبر مراكز التحكم في الأمراض والوقاية منها، بمثابة طريقة منهجية للحصول على معلومات صحية بين الأفراد الذين يحدد عندهم عامل من عوامل الخطر، مع تقديم ملاحظات تتعلق بكل شخص بالتدخل قصد التعزيز الصحي أو الوقاية من الأمراض. **(warslaw l, 2017)**

6-مراحل تغيير السلوك وخطواتها:

تغيير السلوك: هو تلك العملية التي من خلالها، تحدث تغيرات إيجابية في السلوكات المتعلقة بالصحة، قصد تعليم الأفراد المخاطر المترتبة عن السلوكيات الغير الصحية. وبالتالي يكون هناك تطوير للفرد بشأن المواقف الإيجابية، والدعم الاجتماعي، المهارات السلوكية، الفعالية الذاتية.

تعرف السلوكات المعززة للصحة على أنها عملية وقائية من السلوكات المضرة بصحة الفرد، فهي عملية توعوية للفرد من أجل القيام بسلوكات صحية. فالنظام الغذائي الغير صحي يعود بالسلب على صحة الفرد والإصابة بعديد الأمراض: كمرض القلب والأوعية الدموية.

ويبقى الدور المهم لكل التدخلات الصحية إبعاد الناس عن السلوكات الصحية المحفوفة بالمخاطر والتي تعود بالسلب على صحة الفرد، ومن بين نماذج تغيير السلوك نموذج transtheoretical ويعرف كذلك بنموذج مراحل التغيير الذي طوره Diclemenete و prochaska مع أواخر السبعينات. يرى أصحاب هذا النموذج أن عملي اتخاذ القرار لدى الفرد. فالافتراض السائد هو أن الأفراد لا يغيرون من سلوكهم بسرعة، بل يحدث التغيير بشكل متتالي وبشكل دوري مستمر.

يرى أصحاب هذا النموذج أن الأفراد يقدمون على التغير وفق ست مراحل أساسية.

1-مرحلة ما قبل التأمل:

تتميز هذه المرحلة بعدم عزم الأفراد على اتخاذ قرار بشأن تغيير السلوك في المستقبل. مع غياب الإدراك لدى الأفراد أن سلوكياتهم تمثل مشكلة، أو ينتج عنه عواقب سلبية، كما يقابل الأفراد هذه المرحلة بالاستخفاف بإيجابيات تغيير السلوك حيث تقابل هذه المرحلة بالإنكار، عدم الوعي بالمشكلة.

2-مرحلة التأمل:

تتميز هذه المرحلة بمباشرة سلوكيات صحية، مع إدراك الأفراد أن سلوكهم قد يتسبب في مشاكل صحية. فعموما هذه المرحلة يزيد فيها التفكير العملي لإيجابيات وسلبيات تغيير السلوك، التركيز أكثر عليهما.

3-مرحلة التحضير (التحديد):

يكون الأفراد في هذه المرحلة أكثر استعدادا لإجراء تغيير في سلوكهم خلال الثلاثين يوما القادمة. ويبدأ الأفراد في اتخاذ خطوات قصد تغيير السلوك يمكن أن تعود على حاتهم بأكثر صحة.

4-مرحلة الإجراء:

في هذه المرحلة يكون قد مر ستة أشهر على الأفراد من بداية تغيير سلوكهم، مع العزم على في مواصلة تغيير السلوك، ويتضح ذلك عن طريق التعديل في سلوكهم، اكتساب سلوكيات متعلقة بالصحة جديدة.
قصد الوصول إلى الهدف المرجو تحقيقه.

5-مرحلة الصيانة:

هذه الفترة تكون المدة الزمنية فيها أكثر من ستة أشهر على مرحلة تغيير السلوك، مع المحافظة على منع الانتكاس إلى مراحل سابقة.

6-مرحلة الإنهاء:

هذه المرحلة لا يرغب الناس في العودة إلى سابق سلوكياتهم الغير صحية وهم على عزم من أنهم لم يحدث لهم انتكاس، مع ميل الأفراد إلى البقاء في مرحلة الصيانة.
وعموما فهذه المرحلة قد لا تأخذ بعين الاعتبار في برامج تعزيز الصحة وتقابل عند الأفراد ب: الإحباط، الفشل. [3]

7-سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة:

7-1-سلوك التدخين:

التدخين هو عملية حرق التبغ للحصول على مادة النيكوتين، حيث أن النيكوتين له اثير على المخ ويعتاد عليه. فيصعب على الفرد المدخن التخلي عنه بسهولة، حيث يشعر الفرد بآلام مختلفة في أنحاء جسده، عند عدم تناوله للمادة. فالتبغ يحتوي على أكثر من أربعة الاف مادة كيميائية، من بينها

[3] https//www.almrsal.com

ثلاثة وستون مادة تسبب السرطان بشكل مباشر وتعرف بالقطران. أما النيكوتين فهو عبارة عن مركب شبه قلوي سام موجود في كل أجزاء نبتة التبغ وبنسبة كبيرة في أوراقه. **(راند عبد الحميد، 2021)**

أكثر من ثماني ملايين شخص في العام يموتون بسبب التدخين، وما يقارب 1،2 مليون من غير المدخنين، يكونون عرضة للتدخين اللاإرادي أو ما يعرف بالتدخين السلبي. فالتدخين من بين الأخطار التي تهدد الصحة على مستوى العالم على الإطلاق. تعتبر جميع أشكال التبغ مضرة، والتوقف عنها ليس آمنا لدى الأفراد، يتم استهلاكه بشكل أكثر شيوع في شكل سجائر، بالإضافة إلى منتجات أخرى كتبغ الشيشة. **(منظمة الصح العالمية ،2022)**

وعرف عادل الدمراش 1982: سلوك التدخين عادة إدمان، لأسباب نفسية، اجتماعية، علما أن هذه العادة تمر بعدة مراحل مختلفة وهي:

التدخين النفسي الاجتماعي: يلجأ الفرد غلى التدخين كونه يتبره رمزا للمركز الاجتماعي، واحترام الذات.

التدخين النفسي الحركي: يلعب التدخين، دور أساسي في تحقيق اللذة لدى المدخن.

التدخين الإدماني: في هذه المرحلة يدخن الشخص، لتجنب آثار عدم التدخين (الامتناع) المزعجة. **(بولحبال، 2020، بتصرف)**

وعموما فاستهلاك التبغ ينجر عنه آثار على صحة الفرد، حيث يعد التدخين من أكثر أسباب الموت عالميا. **(world health organisation, 2008)**

ينتج عن التدخين عدة أمراض: كالقلب، أمراض اللثة، الرئتين. كما يعتبر من بين أسباب النوبات القلبية، والجلطات الدماغية، والانسدادات الرئوية المزمنة، وسرطان الرئة، والحنجرة، والبنكرياس. وكذلك يؤدي إلى أمراض الأوعية الدموية، والضغط العالي، وكلما زادت سنوات التدخين، زادت الأثار الصحية الناجمة عنه أكثر. كما يعتبر التدخين البيئي سببا من أسباب الأضرار الصحية، للمستنشقين من مختلف الأعمار. **(vainio h, 1987)**

7-2-سلوك قلة النشاط البدني:

تعرف منظمة الصحة العالمية النشاط البدني: بأنه كل حركة جسمية، تؤديها العضلات الهيكلية وتتطلب استهلاك قدرا من الطاقة، بما في ذلك النشاط الذي يؤدى أثناء العمل، اداء الواجبات المنزلية، اللعب، الأسفار، ممارسة النشاط الترفيهي.

وهناك فرق بين مصطلحي النشاط البدني، والتريض، فالتريض جزء من النشاط البدني، يمارس بتخطيط، وتنظيم، ويتسم بالتكرار، ويهدف إلى تحسين واحد أو أكثر من عناصر اللياقة البدنية، أو

المحافظة عليها. وعموما فإن أي جزء من اي نشاط بدني عمل يعود بالفائدة على صحة الفرد. (منظمة الصحة العالمية)

ففي دراسة حديثة أبرزت أن قلة النشاط البدني ينجر عنه عدة أمراض مزمنة منها، زيادة خطر الإصابة بالسكري، فالجلوس لأكثر من ثماني ساعات في اليوم يزيد من خطر الإصابة بالسكري. كما أن قلة النشاط البدني يكون سببا في الإصابة بمرض القلب، الكثير من الاضطرابات العصبية، وعليه فإن النشاط الحركي لدى الأفراد يساهم بشكل كبير في المحافظة على الصحة. والوقاية من عديد الأمراض. **(آلاء الفقي ،2017)** فزيادة الإصابة بالأمراض المزمنة، أو تطورها لها علاقة وطيدة بقلة النشاط البدني، بما فيها الاضطرابات النفسية والانفعالية. **(Drmurtin, juneau, M,P, 2017)**

7-3-عادات النوم:

قلة النوم لدى المراهق يمكن أن تكون سببا في الإخفاق المدرسي، وإصابات صحية عديدة، كما أن السهر لساعات متأخرة من الليل له علاقة كبيرة على الفشل في الأداء المدرسي. وللعلم فإن المعهد الوطني Inserm يعمل في إطار تعاون بين باحثين في الصحة، والرعاية الاجتماعية، بدعم من أكاديمية فنلندا، لأول مرة ارتباطا بين البنية الدماغية وعادات النوم لدى الطفل والمراهق. حيث تم دراسة عادات النوم ل 177متمدرس، تبلغ أعمارهم 14 عاما يدرسون في نواحي باريس. حيث وقت نوم الأطفال الساعة 10:20مساءا خلال أيام الأسبوع والاستيقاظ على الساعة 7:06 صباحا. في عطلة نهاية الأسبوع يذهبون للنوم الساعة 11:30مساءا في عطلات نهاية الأسبوع ليكون الاستيقاظ الساعة 9:45 صباحا.

فتم التوصل أن فترة النوم الصغيرة الاقل من سبع ساعات، في ايام الأسبوع ووقت النوم المتأخر في نهاية الأسبوع يرجع إلى صغر المادة الرمادية في مناطق عديدة من الدماغ. حيث كانت نتائج الدراسة أن فئة المراهقين الذين يتأخرون عن النوم في عطلة نهاية الأسبوع، راجع لانخفاض كبير في حجم المادة الرمادية. كما وجد الباحثون أن درجة الطلبة الضعيفة، كانت بسبب المادة الرمادية التي كانت بنسبة قليلة في المنطقة الأمامية من الدماغ، مع نقص حجمها أثناء النوم المتأخر. كما أظهر الباحثون وجود علاقة بين الهيكل الدماغي وعادات النوم السيئة، فالدماغ لا يزال في طور النضج والاداء المدرسي. **(pricil riviere, 2017)**

وللنوم دور أساسي في تغذية الدماغ والجسد، كما يحتاج المراهق لكثير من ساعات النوم كون الجسد والدماغ يمر بفترة نمو فالمراهق الذي لا يحصل على قسط كاف من النوم هو الاكثر معاناة للإرهاق وهم أكثر عرضة لما يلي:

- صعوبات مدرسية.
- صعوبة في التركيز التذكر.
- حوادث المرور.

- الرغبة في النوم في كثير من الأوقات.
- ردود الفعل المتأخرة.
- اضطرابات نفسية بما فيها الاكتئاب. [4]

7-4-السلوك الغذائي:

السلوك الغذائي هو طريقة يتبعها الإنسان في مجتمعه، ويقوم من خلالها بتناول طعامه اليومي ن فالسلوك الغذائي يؤثر على عل الحركة والنشاط الإنساني، فسلوك الإنسان يتأثر بعديد من المؤثرات بما فيها: نوع الغذاء، مدر توفر الغذاء، الوضعية الصحية.

إن التغير الاقتصادي الذي حدث في العالم، خلال العقدين الماضيين أدى إلى تغيرات كبيرة في السلوكات الغذائية. وانعكس هذا على الحالة الصحية والغذائية للإنسان. فظهور عادات غذائية جديدة انجر عنها العديد من الأضرار للإنسان بما فيها الوجبات السريعة، التي تختوي على نسبة دهون عالية، والكولسترول، وعديد المواد الضارة للإنسان. فالتحول الغذائي للإنسان بعد أن كان يعتمد على الأكل الطبيعي مثل: الخبز، التمر، والخضر، والفواكه. فهناك العديد من الأطعمة، ذات التأثير السلبي على الصحة، فلأطعمة أصبحت تعرف زيادة في الدهون النباتية، والحلويات واللحو م الحمراء، والمشروبات الغازية، فأصبحت هذه من الوجبات الرئيسية لدى الكثير من المجتمعات، فهذه الأطعمة فقيرة من حيث قيمتها الغذائية، لذا وجب التعرف على أهم عوامل تغير السلوك الغذائي، بغية التعرف على كيفية تأثيرها على الصحة. **(بهاء الدين، 2000) بتصرف.**

فهناك العديد من العوامل أثرت بشكل كبير على السلوك الغذائي، بما فيها المستوى التعليمي، فالأفراد الأميين أو عديمي المستوى التعليمي، يتعاملون مع الأطعمة دون شروط الحماية من التلوث. وعموما فالسلوك الغذائي ذو تأثير على الصحة سواء بالسلب أو الإيجاب، فالغذاء الصحي يعود على الصحة البدنية والنفسية بالإيجاب، في حين الغذاء الغير الصحي كثر انتشارها بشكل كبير، مع زيادة محلات الإطعام السريع التي تعرف بالوجبات المشبعة بالدهون. كما تم انتشار الأطعمة التي يوجد بها دهون مثل الشيبس، والمشروبات الغازية الغير صحية التي تؤدي إلى الإصابة بعديد الأمراض والسمنة. **(مارية الزهراني، 2007)**

لذا فعلميا وعمليا هنا ك اتجاهين التي تقوم عليهما تغيير العادة الغذائية، هما الاتجاه السلبي والاتجاه الإيجابي.

أ-الاتجاه الإيجابي:

---

[4] https:/ /soinsdenosenfants.cps.ca

يسعى هذا الاتجاه الوصول بالفرد إلى امتلاك الصحة، باتباع سلوك صحي في الغذاء ذو الأساس الطبي العلمي والاجتماعي، فهذا الاتجاه يقوم على أساس علمي سليم في الغذاء، وكذلك صحيا فيما يخص التطعيمات الأساسية، وزيارة الطبيب المنتظمة، إذا كان هناك خلل في النظام الغذائي.

كما أن الفرد يجتنب لكل ما هو ذو تأثير سيء من البيئة والتي تعود بالسلب على صحته. ويتم ذلك من خلال التهيئة الثقافية، والاجتماعية، قصد اتباع سلوك صحي غذائي يعود عليه بالنفع. وبالتالي كلما كان تغير في سلوك الاجتماعي، كان هناك تغير سلوك الأفراد غذائيا.

ب-الاتجاه السلبي:

وهو الاتجاه الذي ينبغي على الافراد تغييره، ومحاولة الحد من اتباع السلوكات الغير صحية الغذائية، التي تعود بالسلب على الصحة الجسدية، ويكون ذلك برفع الوعي الاجتماعي فيما يخص طبيعة الأطعمة، والأضرار الناجمة عنها: كالسمنة، الخمول، الكسل وتجعل الإنسان غير نشيط وغير قادر تنمية الذات وتطويرها. **(عبد الرحمن، 2000)**

7-5-إستهلاك الكحول:

يسبب الكحول اضطراب، نفسي وصحي، فالكحولية تكون في الحالات التالية: شخص يشرب كميات كبيرة من الكحول لفترة طويلة من الزمن ويعاني من صعوبة في التوقف عنه. مع الرغبة الكبيرة في الحصول عليه، ويؤدي استعمال الكحول إلى عدم القيام بالمسؤولية، ذات الطابع الاجتماعي، ومشاكل متعلقة بالصحة. **(littrel, jill, 2014)**

وعند التوقف تظهر أعراض الانسحاب، كذلك تناول الكحول في مواقف الخطر كالسياقة قد يؤدي إلى الوفاة. وعلى العموم فاستعمال الكحول له تأثير على كل أنحاء الجسم، المخ، القلب والكبد، الجهاز المناعي، البنكرياس. كما يؤدي إلى اضطرابات نفسية، تشمع الكبد، الإصابة بالسرطان، وغيرها من الأمراض. [5]

يمثل العامل البيئي والوراثي عاملين مهمين في الإدمان على الكحول، فالأفراد الذين لديهم آباء أو إخوة مدمنين فمن المحتمل أن يصبح مدمن مقارنة بالفرد العادي.[6]

إن ارتفاع مستوى الضغط النفسي، والقلق، وسهولة الحصول على الكحول كلها تزيد من عامل الخطورة.**(moonat, pandey, 2012)**

7-6-تعاطي المخدرات:

---

[5] www.niaaa.nih.gov

[6] http://www.nlm.nih.gov.pmc

هو استهلاك الغير المشروع لمادة طبيعية كانت أو صيدلانية، فيحدث تغيير في شعور الشخص وتفكيره وتصرفه، دون أي يفهم أو يأخذ بعين الاعتبار ما يترتب من آثار جانبية، جسدية، أو عقلية، المضرة التي يمكن أن تسببها المواد المخدرة.

فالإدمان هو استخدام لعقار مخدر، بأي شكل من الأشكال المعروفة في المجتمع للحصول على تأثير نفسي، أو عضوي معين، ومع ذلك فقد يكون الفرد المتعاطي مدمن أو لا يكون كذلك. كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان والبعض الآخر لا يؤدي إلى الإدمان. **(بورنان،2017، 190 بتصرف)**

فالإدمان هو التعاطي المستمر لمادة نفسية كانت، لدرجة أن المدمن يبدي اهتمامه الكل بتعاطي المادة المخدرة، وتصبح مركز حياته، ويظهر عليه أعراض الانسحاب إذا انقطع عن المادة المخدرة. ويصبح في خضوع تام للمادة المخدرة. مع عدم القدرة على القيام بنشاط آخر، مع الرغبة الملحة في زيادة الجرعة للمادة التي يتعاطاها. **(صقر، 200، ص09، بتصرف)**

فالفرد المدمن هو الذي تعود على التعاطي لمادة مخدرة أو أي عقار وفي حالة الانقطاع يدخل في حالة اضطراب، نفسي، جسدي وبالتالي لابد من تناول جرعة من المادة التي تعود عليها. **(البرثين بن عبد الله، 2002، ص17)**

كما تعرف المخدرات على أنها مادة خام أو مستحضرة، تحتوي مواد مسكنة إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية، مؤدية إلى حالة التعود أو الإدمان مع أضرار جسمية أو نفسية للفرد والمجتمع. **(الغنزي، 2017، ص 90)**

وجاء في تعريف منظمة الصحة العالمية: المخدرات هي استخدام مواد في غير الأغراض الطبية، ويكون القصد من تعاطيها تغيير وظائف الجسم، العقل، ويؤدي الإفراط في تناول هذه المواد إلى التعود، والإدمان بالإضافة إلى العديد من الأضرار، الجسمية، النفسية، الاجتماعية. **(عايد، 2007، ص 12 بتصرف)**

وتنقسم المواد المخدرة بدورها إلى ثلاثة فئات:

1- عقاقير غير مشروعة: يكون إنتاجها، أو معالجتها من منتجات نباتية، طبيعية، مثل: المورفين، الأفيون، خشخاش الأفيون.
2- المواد المخدرة غير المشروعة المنتجة صناعيا مثل: الأمفيتامين.
3- الأدوية الصيدلانية ذات الأثر النفسي التي تصبح غير مشروعة نتيجة استعمالها لأغراض غير مشروعة.

فالنوع الأول يتمثل في جميع النباتات التي يمن الحصول منها على المادة المخدرة ومن بينها:

الأفيون: يستخرج الأفيون الخام من ثمرة نبات الخشخاش، قبل نضجها التام، فتخرج منها عصارة لبنية ليتم جمعها بعد مدة، فتصبح جافة عند تعرضها للهواء. ينتشر نبات الخشخاش في أغلبية نطاق العالم ليكون ثماره في فصل الربيع. هناك تأثيرات عديدة للأفيون، سواء على الحالة الجسمية، أو النفسية، وخاصة في حالات الاعتماد فيصحبها الشعور بالألم، تدهور صحي، نقص الشهية في حالة زيادة الجرعة، ضمور في أغلبية أعضاء الجسم. **(بوبيدي، 2012، ص 45)**

الحشيش: وهو مادة تستحضر من نبات القنب، أو ما يعرف بالماريجوانا، يتم تدخين الماريجوانا في سجائر ملفوفة باليد، ويدخن حشيشها بالشيشة، أو في سجائر عادية. يحدث اضطراب في الإدراك بسبب الإدمان على الحشيش، ضعف في الذاكرة، التركيز، انخفاض السكر في الدم، صعوبة في التنفس، نقص المناعة عند الفرد المدمن. **(خطار، 2014، ص 11، بتصرف)**

القات: يعتبر القات من الفصيلة النباتية celattdacea، وهو شجرة دائمة الاخضرار من نفس فصيلة الشاي التي نموها في مرتفعات شرق إفريقيا، يتراوح طولها بين خمس وعشرة أمتار، يتم قطفها قصد المضغ. هناك استثارات فيزيولوجية تحدث بسبب تعاطي القات، مثل ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات في التنفس، زيادة خفقان القلب، اتساع حدقة العينين، ارتفاع حرارة الجسم، التعرق، الأرق، قلق، سلوكات عدوانية. **(بورنان، 2017، ص267 بتصرف)**

أما النوع الثاني يشمل المخدرات المصنعة يشمل:

يشمل جميع المواد المخدرة المصنعة ومن بينها المورفين ن الذي هو أحد مشتقات الأفيون، الهيروين، وهو مادة تصنع من الأفيون الذي يأخذ من نبات الخشخاش، حيث الإدمان عليه يكون سريع، في فترة تعاطي الهيروين فإن الفر المتعاطي ينتابه الشحوب، وينقص وزنه، مع إمساك مستمر. **(سرحان، 2012، ص37)**

الكودايين:

يستخلص الكوداين من المورفين كيميائيا، ويعتبر الكوداين من المواد الفعالة، في تهدئة السعال والألم وأكثر استعمالا في الجوانب الطبية.

الكوكايين: وهي مادة فعالة تستخرج من نبات الكوكا على شكل مسحوق بلوري، يذوب في الماء، ذو تنبيه عال للجهاز العصبي، يرفع حرارة الجسم، والضغط الدموي لدى الفرد.

وهناك مخدرات اصطناعية: من أشهرها المهلوسات عقار LSD، SERNYL، المنبهات والمنشطات، المنومات، والمهدئات.

يتميز البناء النفسي للفرد المتعاطي بعدم الاستقرار والاضطراب، ويعود الأصل في التعاطي إلى التركيبة النفسية المرضية الذي يكون في حالة استعداد.

يتميز الأنا le moi: عند الفرد المدمن بالضعف وعدم القدرة على القيام بمهمته الأساسية.

والهو le ça: يحتاج إلى إشاعات شبقية، نتيجة التثبيت اليبيدي في المرحلة الفمية.

الأنا الأعلى: يتميز بالقوة مما يجعله يتميز بمشاعر الإثم. **(عسكر، 1985، ص)**

7-7-السلوك الجنسي:

يطرأ على الفرد العديد من التطورات خلال فترة المراهقة: الفيسيولوجية، النفسية، الاجتماعية، كما يحدث تطور جنسي الذي يلعب الدو ر الأساسي، في تحديد السمات الجسدية، والميولات والهوية الجسدية. هناك تباين فردي أثناء عملية التطور والميولات الجنسية، والمدة فهناك اختلاف من شخص لآخر، حسب البيئة، العوامل النفسية، الاجتماعية.

تتميز مرحلة المراهقة بالعديد من الخصائص الجنسية التي تلعب دور في تحديد الميول الجنسية لدى المراهقين، كالميل نحو الجنس الآخر، مشاعر الانجذاب الجنسي والعاطفي عند الذكور والإناث، اتجاه بعضهما البعض، مع بداية تكوين الميول الجنسية للمراهق. كما تتميز مرحلة المراهقة من أكثر الفترات التي تكون فيها الرغبة الجنسية في مستوياتها، نتيجة التغيرات الهرمونية، وشعوره بمتعة عند تلبية هاته الرغبة التي لا تزال جديدة بالنسبة له.

تعتبر فترة البلوغ عند المراهق، مرحلة يحاول فيها فهم الجنس ن مع زيادة الهرمونات، والرغبات الجنسية، مما يجعلهم أكثر انخراطا في السلوكات الجنسية في هذه المرحلة مثل:

اهتمام كبير بالموضوعات الجنسية، القراءة أكثر عن الجنس، مشاهدة محتويات جنسية أو أفلام إباحية.

كما يلجأ المراهق في هذه المرحلة إلى ممارسة العادة السرية معبرا بذلك عن رغباته الجنسية، وعن أعضائه التناسلية ويعتبرها وسيلة لاكتشاف جسده، تلبية رغبته الناتجة عن التغير الهرموني في هذه المرحلة. [7]

تتميز هذه المرحلة بانحرافات سلوكية، جنسية، فمسألة الثقافة الجنسية حساسة جدا في بعض المجتمعات وخاصة في البلدان التي تسودها التقاليد الصارمة. هذه المرحلة تتطلب نوع من التوعية، لمخاطر الجنس الغير آمن، وتصحيح ما يتلقاه الطفل من معلومات خاطئة بخصوص الجنس وغير

---

[7] سامي، تطور الميول الجنسية في مرحلة المراهقة وخصائصها http://www.helooha.com

مناسبة لعمره. فهي مرحلة تتميز بالجربة الخاطئة والتعلم. وحسب دراسات فإن المراهق يعيش تجارب جنسية، مختلفة، تتراوح بين العلاقة العاطفية، والعلاقة العاطفية الودية، تجنب نسبة كبيرة حدوث الحمل الغير مرغوب فيه، تجنب أمراض متنقلة عن طريق الجنس وذلك راجع للوعي الكبير عند المراهق. **(unesco life ,2018)**

7-8-سلوك قيادة السيارات:

تعتبر قياد السيارات من الأفعال، والتصرفات الصادرة عن الفرد في مواقف عديدة متأثرة بعاملين أساسيين:

عامل فيزيولوجي: متمثل في الحواس كالبصر، السمع، الحركة، الإحساس، الاتزان، الجهاز العصبي للإنسان.

عامل سيكولوجي: تشمل الخبرة، التعلم، العادات كالمغامرة والفضول، تعاطي الكحول، المخدرات. تأثير المرافقين على السائق.

سلوك السائق ينجم من التفاعل بين العاملين الإثنين، إضافة إلى عوامل أخرى مرتبطة بالسيارة، أو الطريق، فمثال ذلك مخالفة السرعة من طرف السائق يختلف حسب الأفراد، قد يكون مصدرها داخلي أو خارجي. أو لأسباب نفسية، أو فيزيولوجية، أو طبيعية.

وعموما فالسياقة هي عبارة عن مجموعة من المنبهات، أو المثيرات البصرية، السمعية، يتبعها السائق والاستجابة لها لذا فإنها تمر بأربعة مراحل:

تسمى عملية التفكير، أو عملية الإدراك ورد الفعل وهي:

الإدراك: Perception: إدراك وجود الجسم بالعين المجردة.

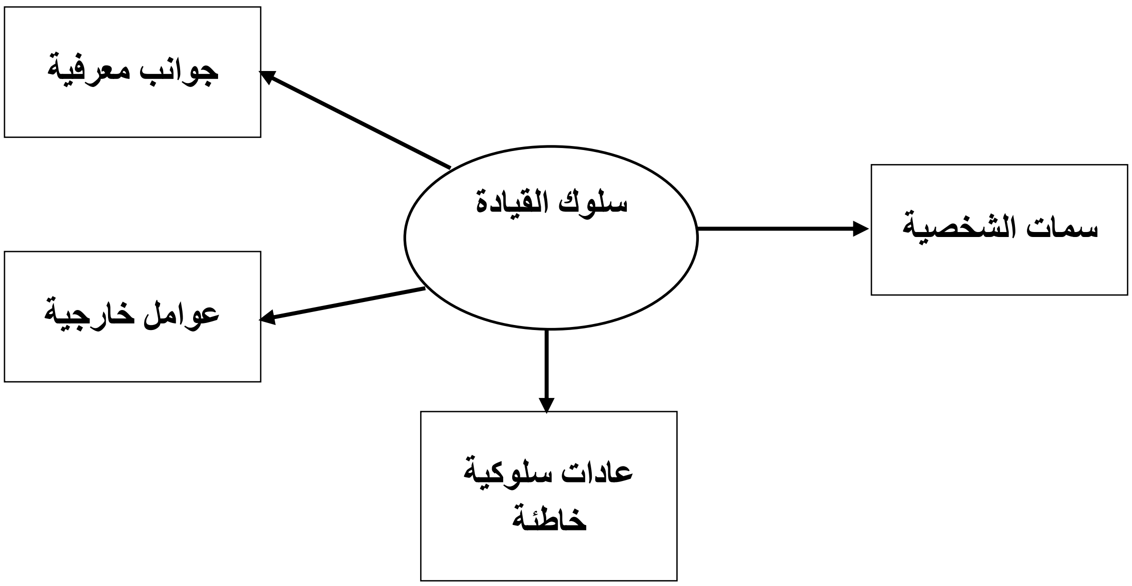
التعرف: Identification: تحديد ومعرفة هوية العائق.

القرار: Dècision: صنع القرار لتفادي الضرر.

رد الفعل: Réaction: تنفيذ القرار، أو رد فعل عضلي، كالضغط على الفرامل، فهذه عملية يمر بها الفرد عند سياقته للسيارة، في حالة تصادفه مع حادث في الطريق.

فهناك فترة زمنية وجيزة تمر بعد رؤية العين لهذا الحادث، قبل صدور رد الفعل فتكون 2,5ثانية للسائق الغير يقظ، بينما تكون 0,75 ثانية للسائق المتيقظ. **(بوعيشة، 2012، ص 74)**

وعموما فالسياقة عملية مركبة تتأثر بعدة عوامل: معرفية، شخصية، داخلية، خارجية كما هو موضح في الشكل:



الشكل رقم 6: يوضح العوامل المؤثرة في سلوك القيادة.

المصدر: (بوعيشة فتيحة، 2012، ص 74).

خلاصة الفصل الثاني:

تناول هذا الفصل مفهوم السلوك الصحي وأبعاده المختلفة، موضحا أهمية السلوكيات الصحية في الحفاظ على صحة الأفراد والمجتمعات. كما استعرضنا تأثير العوامل النفسية، الاجتماعية، والبيئية على السلوك الصحي، وأبرزنا كيفية اكتساب هذه السلوكيات من خلال التنشئة الاجتماعية والتجارب الشخصية.

لقد تبين أن السلوك الصحي لا يقتصر فقط على تجنب العادات الضارة، بل يشمل أيضا تعزيز السلوكيات الإيجابية مثل ممارسة الرياضة، اتباع نظام غذائي متوازن، والحصول على نوم كافٍ. كما أن

فهم العلاقة بين السلوك والصحة يتطلب النظر في النماذج والنظريات التي تفسر كيف يمكن أن تؤثر المعتقدات والقيم على التصرفات الصحية. في الختام، يبرز الاهتمام المتزايد بالسلوك الصحي كوسيلة لتحسين جودة الحياة وتقليل المخاطر الصحية. من خلال تعزيز الوعي والتثقيف الصحي، يمكن تحفيز الأفراد على اتخاذ قرارات صحية تؤثر إيجابًا على حياتهم وصحتهم النفسية والجسدية.

الفصل الثالث:

الإدراك، الصحة والمراهقة

المبحث الأول: إدراك الصحة.

تمهيد:

يعتبر الإدراك أساس فهم الإنسان لما يحيط به من مؤثرات داخلية وخارجية على حد سواء ولماله من أهمية في السلوك الإنساني وبالتالي للإدراك آثار واضحة في سلوك الفرد، في هذا وسيتم التطرق لهذا المبحث وفق العناصر التالية: مفهوم الإدراك، أهمية الإدراك، خصائص عملية الإدراك، أبعاد عملية الإدراك، العوامل التي تأثر في عملية الإدراك، دور التعلم في عملية الإدراك، العمليات النفسية في عملية الإدراك، ثم أهم النظريات المفسرة لعمليات الإدراك، قياس الإدراك.

1-مفهوم الإدراك:

تعددت التعريفات التي اهتمت بتوضيح الإدراك ويمكن إجمال هذه التعريفات كما يلي:

الإدراك هو العملية التي تفسر الآثار الحسية، التي تصل إلى المخ مع إضافة معلومات وخبرات، سابقة مرتبطة بالشيء المدرك وتسمى الآثار الحسية، التي تصل إلى المخ مع إضافة معلومات وخبرات سابقة مرتبطة بالشيء المدرك وتسمى الآثار الحسية، بعد تأثر المخ بها وفهما وإدراكها. **(سليمان إبراهيم، 2010، ص 194)**

أو هو عملية معقدة تعتمد على كل من النظام الحسي، حيث نجد النظام يكتشف المعلومات وينقلها إلى نبضات عصبية، ويحهز نبضها ويرسل بعضها إلى المخ عن طريق الأنسجة العصبية، ويلعب المخ الدور الرئيسي في تجهيز المعلومات الحسية وعلى ذلك:

فإن عملية الإدراك تعتمد على أربع عمليات وهي: الاكتشاف، التحويل، الإرسال، تجهيز ومعالجة المعلومات.

ويوضح طلعت منصور وآخرون:

الإدراك الحسي على أن تلك العملية التي تتم بها معرفتنا للعالم الخارجي عن طريق التنبيهات الحسية. في حين يعرفه أنور الشرقاوي: (على أنه عملية، معرفية، تنظيمية نستطيع بها معرفة الأشياء في هويتها الملائمة، وهو ليس أشبه بالآلة التي تتجمع أجزاءها، فالانطباعات ليست تراكمية أو تجمعية، وإنما يقوم الطفل بتفسير ما يستقبله من مثيرات. **(سليمان ابراهيم، 2010، ص 195)**

ويرى الباحث: أن مصطلح الإدراك يطلق على العمليات المعرفية، أو العملية العقلية، التي يكون بها نمو معرفتنا للعالم الخارجي عن طريق المنبهات الحسية.

فالإدراك عبارة عن نوع من الاستجابة الخارجية للأشياء الخارجية للقيام بنوع معين من السلوك. ويتوقف ذلك على طبيعة المنبه الخارجي أو الحالة النفسية للفرد وعلى اتجاهه الفكري وخبراته السابقة اتجاهه المثيرات.

وعموما فالإدراك تلك العملية التأويلية للإحساسات، تأويلا عقليا لتزويدنا بما في العالم الخارجي من أشياء، فالإدراك هو العملية التي تتم بها معرفة الفرد للبيئة الخارجية التي يعيش فيها ولحالته الداخلية.

2-أهمية عملية الإدراك:

أهمية الإدراك لا تكمن في كونها، تزويدنا بمعلومات عن عالمنا الخارجي فقط، بل لأنها تحفظ حياته وتساعده على التكيف، والتوافق، فالإدراك يوجه سلوك الإنسان من الناحية العملية نحو السواء، ويجنبه العوائق والأخطار التي تهدد حياته.

فلا يكون بإمكاننا الحصول على الطعام، إلا إذا أدركنا الأشياء الموجودة في البيت التي ترضي حاجاتنا للطعام كما أنه لا نستطيع التوافق الاجتماعي والعيش مع الآخرين إلا إذا كان هناك إدراك لرغباتنا، اتجاهاتهم، شعورهم، وعموما فعملية الإدراك جد أساسية في كل العمليات العقلية الأخرى: من تعلم، تذكر، تفكير، فليس بإمكاننا تعلم شيء، أو حفظه، إلا إذا أدركه.

كثيرا ما يختلف المجتمعات والشعوب، والأفراد، في إدراكهم: بمعنى أن الصورة التي تثير انتباه الجماعة في مجتمع ما بشكل كبير، كثيرا ما تختلف عن الصورة التي تلفت الانتباه في مجتمع آخر. فمن الممكن أن تختلف المجتمعات فيما تتخذه من قرارات إزاء مشكلات معينة، بسب اختلافها في إدراك تلك المشكلة. (مروان، 2012، ص 105)

3-خصائص عملية الإدراك:

يشير **راضي الوقفي (2003، ص 227)** أن من أبرز خصائص عملية الإدراك أنها:

1- عملية تتوسط العمليات الحسية والسلوك، وهذا يعني أنه عملية غير قابلة للملاحظة المباشرة، وإنما يستدل عليها عن طريق الاستجابات الصادرة عن الفرد.
2- عملية استخدام للإحساسات الصادرة عن التنبيهات والخبرات الماضية والتكامل بينهما، أي أن عملية الإدراك لا تتأثر بالمحيط فقط، وإنما تتأثر بذكريات الفرد، ودوافعه، وانفعالاته في تلك اللحظة.
3- عملية ملأ للفراغات أو تكملة للأشياء فليس من الضروري لإدراك الموضوع ظهور كل الأجزاء، إذ يكفي رؤية جزء من الكرسي مثلا للتعرف على ما يراه الشخص.

في حين يرى **محمد ابراهيم (2004، ص 201)** أن الإدراك يتميز بعدد من الخصائص لعل من أهمها ما يلي:

1- أنه تصوري أو غير موضوعي: بمعنى أن ما يدركه الفرد ليس الحقيقة ذاتها، لكن تصور لها فقط.
2- أنه اختياري: بمعنى أن الفرد لا يستطيع أن يدرك كل شيء في وقت واحد، نتيجة قدراته المحدودة.

3- أمه زمني: بمعنى أن الإدراك يحدث عادة، خلال فترة زمنية محددة، أو قصيرة.
4- أنه تجميعي: أي بإمكان الفرد أن يدرك عدة أشياء في وقت واحد. **(سليمان ابراهيم، 2010، ص 198)**

4-أبعاد عملية الإدراك:

للإدراك ثلاث أبعاد أساسية هي:

1- **العمليات الحسية:** متمثلة في تلك الاستثارة الحسية للخلايا، التي تستقبل التنبيهات الخارجية، فبدون هذا التنبيه لا يكون إدراك. وغالبا ما تتفاعل عدة حواس في استقبال العديد من المنبهات الخارجية. حيث لا يكون التنبيه إلى حاسة واحدة فقط، فأحيانا: نرى، نسمع، نشم، نذوق، طعمها في نفس الوقت.

2- **العمليات الرمزية:** تشير إلى المعنى، الصورة الذهنية، التي يثيرها الإحساس ويتم التعامل معها إلى معاني أو رموز بحيث تحول هذه المعاني إلى رموز بدل الخبرة الأصلية.
3 - **العمليات الانفعالية:** يكون الإحساس مرفوقا عادة، بالحالة الانفعالية لدى الفرد، ويتمثل ذلك في خاصية شعور الفرد اتجاه الأشياء معتمدا على خبراته السابقة. مثال على ذلك عند رؤية صورة لأحد الأصدقاء فيكون تمييز لملامح هذه الصورة، ويرافقها شعور وجداني اتجاهه: الإشتياق، السرور، مشاعر وجدانية سابقة، كالإحساس: بالألم، الغضب، الفرح، السرور. **(عماد عبد الرحيم، علي فالح، ص 126)**

5-العوامل التي تؤثر في الإدراك:

تتأثر القدرة الإدراكية للأفراد، بعضها ببعض، ويرتبط بخصائص المواقف التي يتفاعلون معها، في حين البعض الآخر يرتبط بالعوامل الذاتية وتتمثل مجمل هذه العوامل:

1- يتأثر إدراك الفرد بدرجة الألف للموقف المثير.
2- يتأثر إدراك الفرد بدى وضوح المثير وغموضه.
3- التوقع: يتأثر إدراك الفرد بما يتوقع أن يراه أو يسمعه الفرد.
4- الدافعية: يتأثر إدراك الفرد للمواقف في ضوء دوافعه وحاجاته.
5- الحالة الانفعالية والمزاجية: مما لا شك فيه أن الإدراك يتأثر بدرجة كبيرة بالحالة الانفعالية، المزاجية، التي يعيشها الفرد.
6- الميول والاتجاهات: تلعب الميول والاتجاهات دور كبير في عملية الإدراك فالميول الإيجابية نحو الموقف يكون التركيز عليه بشكل كبير.
7- الخبرة السابقة: عملية الإدراك تكون جد سهلة امام المواقف التي لديه فيها خبرة سابقة.

8- التخصص أو المهنة: يتأثر الفرد بتخصصه أو مهنته

9- النظام القيمي: يتأثر إدراك الفرد بالمنظومة القيمية التي ينتمي إليها الفرد والنظام الثقافي السائد في المجتمع الذي يعيش فيه

10- درجة الانتباه: يتأثر الإدراك بدرجة كبيرة على قدرة الفرد على التركيز والانتباه. **(kolers, 1983)**

6- العلاقة بين الإدراك والإحساس:

هناك تلازم كبير بين عملية الانتباه والإدراك، فالانتباه هو تركيز الشعور في شيء وكذلك الإدراك هو معرفة هذا الشيء. وبذلك فإن الانتباه يهيئ الفرد للإدراك، مع وجود فرق هام بين الانتباه والإدراك فإذا تم تواجد عدد كبير من الأفراد لمشاهدة مباراة أو فريق، أو سماع خطيب، فالإدراك عند كل فرد يختلف لاختلاف ثقافتهم، وخبرتهم، السابقة ووجهات نظرهم، ومستوى ذكائهم، ودوافعهم. **(فؤاد أبو حطب، 1996، ص 205)**

7- نمو الإدراك:

إن تعرض الطفل لإدراك نماذج واضحة أو عدة معان في العالم من حوله، فهو يتعلم التمييز بين الموضوعات والأشياء، وذلك نتيجة تكون خبرة سابقة لديه، حيث يبدأ الطفل في تمييز الأشياء المختلفة في العالم الخارجي، ونمو قدراته على إدراك الأشياء، فكلما كان هناك زيادة في المعلومات، والخبرات، عن الأشخاص، المواقف، الأحداث، كان الإدراك سليما لها، مع إدراكه لوجه الشبه، والاختلاف والفرق واضحا.

وفي الأخير ينتقل الطفل من مستو الإدراك الحسي إلى مستوى الإدراك العقلي، فيصبح لديه إدراك جميع العلاقات المختلفة بين مختلف عناصره. **(قطامي وعدس، 2005، ص 163)**

8- دور التعلم في الإدراك: Learning and Perception.

التنظيم الإدراكي وإدراك الحركة، والعمق، بإمكان إخضاعه للتجريب، فالاتفاق الحالي على طبيعة الشيء الذي يدركه الفرد، بينما الخلاف الذي يقع هو في طريقة تفسير الشيء الذي يحصل في عملية الإدراك. إلا أن هناك سؤال يطرح فيما يخص إدراكنا البصري قصد الإدراك المكاني هل هو موروث، أو متعلم. يرى ديكارت وكانت من رواد نظرية الوراثة في الإدراك أن الإنسان يولد مزود بقدرات على إدراك الأشياء، في حين أن بيركلي ولوك رواد نظرية البيئة أن الإنسان يدرك الأشياء بناء على خبرته في البيئة، وعموما فإن علم النفس المعاصر بإمكانية دمج هاتين الوجهتين، إذ التدريب والخبرة يؤثران في العملية الإدراكية. **(قطامي وعدس، 2005، ص 163)**

9- العمليات النفسية في الإدراك:

يتأثر الإدراك بعدة عمليات نفسية كونه عملية عقلية معرفية، تتمثل فيما يلي:

أ – الأولية والحداثة:

وهي ذلك التأثر نتيجة درجة قوة المثير في التجربة التي نعيشها. ومثال ذلك: زيارة فرد لبلد في رحلة ترفيهية، وصادفته ظروف متعبة في السفر، فتصوره الغالب أن يكون لديه أثر سيء، أما إذا كان عكس ذلك فالانطباع يكون حسن فالتصور الأخير لديه هو أثر حديث.

ب–التنبؤية الإشباعية للذات:

عند تنبؤنا بأشياء معينة، وتكن النتيجة موافقة لتنبؤنا، أحيان نعتقد صفة ونبني معتقد على شخص ما.

وعند تعاملنا معه بهذا المعتقد، فإننا نحاول إجبار هذا الفرد أن يتصرف بسلوكات مثلها التي تتطبق مع بنيناه من أفكار وبالتالي يكون: تحقيق تنبؤاتنا المشبعة لأفكارنا.

ج: التوكيدية الإدراكية:

وهذه العملية أن هناك مبالغة في رؤية ما نريد رؤيته، وما توقعناه، فننظر بشكل إيجابي على من نحب، مقارنة بالذي لا نحمل اتجاهه نفس النظرة الإيجابية.

د: الانطباعية:

هذه العملية وجود انطباع محدد لدينا عن شخص، فئة من المهنيين...، يكون له تأثير في الاتصال الشخصي مع الأفراد فنتعامل معهم بما نحمله في أذهاننا عن هذه الفئة أو هذا الفرد. فالانطباع قد يكون له تأثير بشكل سلبي على إدراكنا وتفاعلاتنا مع الآخرين. **(ألفت حسين، ب.س، ص 110-111)**

10–النظريات المفسرة للإدراك:

هناك العديد من النظريات التي تناولت تفسير الإدراك، والتي تتمثل في النظريات السلوكية، التي اندرج عنها: النظريات الترابطية، والنظريات الوظيفية. بالإضافة إلى النظريات المعرفية التي انبثق عنها النظرية الجشطالتية، ونظرية النمو المعرفي (بياجيه)، ونموذج معالجة المعلومات.

10-1–النظرية الترابطية أو الارتباطية:

يرى أفلاطون ان الإدراك عملية سلبية متأثرة، يعمل على استقبال المثير، الانطباع، ويقوم بتسجيلها. فتصور افلاطون للدماغ البشري، شبيه بقرص الشمع، والأشياء التي نحس بها تنطبع تكون قد طبعت على هذا القرص، فهو يرى أن الوظيفة الدماغية في الإدراك تتمثل في نسخ الأشياء التي يتعرض لها أو تؤثر فيه. في حين أرسطو يرى أن هذه الانطباعات، الآثار، التي تتركها هذه الأشياء في الدماغ، تكون مربوطة مع بعضها البعض وفقا لمبدئ، التناقض، التجاور، التشابه.

فهذه الأفكار كانت ساهمت في ظهور المدرسة الترابطية لمؤسسها الفيلسوف البريطاني لوك (1704 -1637). والذي يعتقد: أن الإنسان أثناء ولادته، يكون كصفحة بيضاء، فتعرضه إلى خبرات في العالم الخارجي . أن تخط ما تشاء على هذه الصفحة.

فموضوع الإدراك قد يكون مبسط أو معقد، فالموضوعات البسيطة، من أفكار ، إدراكات، فهي صور لا يمكن تحليلها، في حين الأفكار البسيطة بإمكانها أن تتحول إلى أفكار معقدة الروابط فيما بينها. فعلى سبيل المثال: إدراكنا لحبة التفاح يحتوي على جملة من الخصائص المربوطة فيما بينها (اللون، الشكل، الذوق، ...).

في حين كانت مساهمة من طرف لوك التي يرى من خلالها أن المعرفة أساسها الخبرة، وليس عن طريق الفطرة، وأن الإدراك وظيفة متعلمة وليست عملية فطرية أولا إرادية. فأدت أفكاره إلى ظهور المدرسة الترابطية. الفكرة الأساسية للمدرسة الترابطية على فكرة الاقتران في تكوين الارتباطات.

مثال: عند ذكر حيوان أليف تكون الإشارة إلى معقدة تحتوي على إحساس، بسيط، كالإحساس بوجود أنياب، رجلين، ... كم تحمل أفكارا معقدة ترتبط بهذا الحيوان: حيوان أليف، ينتمي إلى فصيلة كذا من الحيوانات.

تم طرح الترابطيون أفكارهم في شكل مجموعة قوانين تفسر عملية الترابط كقوانين: التجاور في المكان، والزمان، التشابه، التباين، التضاد.

في حين اعتمد الترابطيون الألمان على مبدأ الطاقة الخاصة لأعضاء الحواس، وعلى النظرية الإستقبالية للإحساسات، حيث يتم توحيد جميع الإحساسات في إدراك كلي وفق قانون الارتباط. وبحسب رأيهم أن الأجهزة الحسية المحيطة هي التي تدرك، وليس الخصائص المادية هي التي تدرك. وعموما فالترابطية الحديثة فتر أن التعلم كنتيجة للإدراك في بداية الأمر أولا. **(محمد بني، ب.س، 31،32)**

10-2-النظرية الجشطالتية:

يعود تأسيس هذه المدرسة مع بداية القرن العشرين (1912). على يد مجموعة من علماء الألمان مثل: فرتهايمر wertheimer، مؤسس هذه الحركة، وكوفكا koffka، وكوهلر kohler. المقصود بالجشطالت الشكل أو الكل فالفكرة الأساسية عند الجشطالتيين: إن للعقل البشري قدرات على تنظيم المجال الإدراكي، وإدراك الأشياء ككل منظم. جاءت هذه النظرية كرد فعل، على النظرية البنيوية التي قامت بتحليل الإدراك إلى عناصر أولية من الشعور. وآراء النظرية السلوكية التي نادت بتجزئة السلوك إلى مجموعة من المثيرات والاستجابات.

وعموما فأنصار الاتجاه الجشطالتي أعطت أهمية كبيرة للإدراك، إذ أكدوا أن الإدراك لا يمكن تجزئته، على عكس أصحاب التوجه السلوكي والبنيوي، فهم يرون أن في حالة إدراكنا لشيء فسوف ندركه ككل متكامل وليس كمجموعة من الأجزاء المتألف منها.

وعموما فالمبدأ الأساسي الذي تستند عليه، نظرية الجشطالت في تفسير الإدراك هو أن "الكل أكبر من مجموع أجزائه" أي أنه يساوي هذه الأجزاء بالإضافة إلى التنظيم الذي يمنحها المعنى الكلي، يعنى أن الكل لا يظهر في حال تجزئته إلى مجموعة عناصر جزئية. **(معاوية محمود، 2013، ص 27-28)**

10-3-نظرية جيبسون: (Jebson Theory):

لقد طرح جيبسون ما يعرف "بالتنبؤية في الإدراك" التي ترى أت التنبيهات الصادرة عن الحواس، بنظام متكامل لا يحتاج إلى مساعدة لتكوين الإدراك، فالعين تبصر ما هو معروض للرؤية وتكفي المنبهات التي ترسم على العين من النظر في حد ذاتها لتكوين إدراك صادق. فحسب نظرية جيبسون أن العلاقات الطبيعية، والمعتادة بين المحيط والإدراكات التي نكونها للأشياء منه العلاقات البسيطة، والمباشرة، والمحددة. فالإدراك وفقا لنظرية جيبسون فيه أكثر انتباه، لكل ما من شأنه أن يثير انتباهنا فيما يخص المثيرات المحيطة بنا، وإن تعلم الفرد الإدراكي يزيد من قدرتهم على استيعاب المعلومات المفيدة عن العالم من حوله.

يرى جيبسون أن الإدراك هو محصلة النشاط الفعال الذي يقوم به الفرد، بحيث يحصل على المعلومات الهامة من العالم الخارجي، وتزيد مكانة الفرد في البيئة من خلال معرفة الكثير من الأشياء، الأحداث، الظواهر، أهم المواقف، والخصائص، والعلامات الدالة عليها، فبهذه المعرفة ينخفض التوتر لدى الفرد، وتكون مساعدة له في تنظيم السلوك، ومنحه القدرة على التكيف البيولوجي، العملي، والمعرفي مع ذاته ومع البيئة التي يعيش فيها طبيعيا، واجتماعيا، فالإدراك ما هو إلا عمل استقصائي نشط. **(إيمان يونس، 2020، ص 161)**

10-4- نظرية هب: Heb Theory :

تعتمد نظرية هب على الوقائع، والملاحظة الإكلينيكية، والفيسيولوجية، والوراثية، فهوى يرى أن الإدراك عبارة عن مهارة تتكون في حياة الفرد، والتي تتطلب تعلمها. فبناء إدراك الشيء أو تكوين صورة حسية عنه مربوط بالتجمعات الوظيفية للخلايا العصبية في قشرة الدماغ. المختصة بمعالجة هذا هذه المعلومات الواردة من أعضاء الحواس. فعلى سبيل المثال: تنشط مجموعة الخلايا المتواجدة في المنطقة البصرية من القشرة الدماغية، ينجم من الحركات التي تقوم العينان أثناء تعقبها، ومتابعتها لموضوع ما.

وعن النشاط الحركي العام للفرد، فالإدراك ما هو إلا ثمرة، تعلم، وتدريب، الذي ينظر فيها الفرد إلى الشيء المرغوب في إدراكه. وعليه فالوحدات العصبية، تصبح مربوطة وظيفيا ببعضها من خلال التعلم.

وعموما فالارتباطات العصبية المتعلمة، تكون من خلال تطور النهايات العصبية التي تكون جد قريبة من جسم الخلية. فإدراك الشيء من وجهة نظر هب، يفسر على أنه عملية تركيب الأجزاء المتنقلة التي يتألف منها. فالملاحظ أن الترابطيين أكدوا على أن الإدراك يبدأ من خلال معرف المنبهات المستقلة، في حين هب تحدث عن التميز النشط لأجزاء الشيء أو عناصره. **(إيمان يونس، 2020، ص 165)**

5-10-نظرية برونر الإدراكية التكوينية: Bruner Theory

يعد جيروم برونر j. Bruner أحد علماء النفس المعرفيين، الذين اعتمدوا على البيئة في التعلم وعلى الخبرات الموجهة كمدخل لتنمية التفكير، وتطوره وكانت نقطة التركيز حسب نظرية برونر، على الطريقة التي يخزن بها المعرفة التي يتفاعل معها كما أطلق عليها ما يعرف بالتمثيلات les représentations.

أهم ما اعتمدت عليه نظرية برونر التصنيف، الإدراك، اكتساب المفاهيم، كما ترى نظرية المفهوم هو نفسه الإدراك. فعملية التصنيف، وتبويب وإدراك معنى الشيء هو وضعه في التصنيف والفئة المناسبة له، فالنمو المعرفي حسب bruner، هو محصلة تطور نظام، من خلاله يقوم الفرد بالتعامل الخارجي من خلال النظام الرمزي باستعمال داخلي.

يرى برونر أثناء التفاعل مع البيئة، تتطور مجموعة من الفئات العقلية، توضع فيها الأشياء الجديدة فالإدراك عملية بحث عن دلائل بأحد الفئات العقلية إذا كانت موجودة لدينا من قبل. ويتم وضع المثير في فئته المناسبة لذلك.

وعملية التصنيف عند برونر تتضمن أربع مراحل:

1- **المرحلة البدائية في التصنيف:** تتميز هذه العملية بعدم النضج، معتمدة على التعرف على المثير بطريقة حسية إدراكية، بناء على ما يظهر لنا من الخارج كمثير.

2- **مرحلة البحث عن الدلائل أو القرائن:** وهي مرحلة التحليل المفصل دون علاقة بالدلائل الخاصة التي يتميز بها المثير المراد تعلمه.

3- **مرحلة التأكد والتثبت من الدليل:** أي أن الشخص الذي القائم بالإدراك، أصبحت لديه فرضية حول المثير.

4-مرحلة اكتمال التشبث: التي من خلالها تنتهي مرحلة البحث عن الدليل، حيث يقرر الفرد في هذه المرحلة ما هو الشيء الذي يدركه، ويقوم بتجاوز الدليل الغير المناسب والغير متعلق به.

وعموما فبرونر يرى أن المعرفة بالبيئة تكون عن طريق التفاعل الانتقائي، ويرى بيون أن المعلومات يتم اكتسابه وتخزينها في شكل توقع إيجابي، ليس على شكل ارتباط سلبي. **(إيمان يونس، 2020، ص 166)**

11-قياس الإدراك:

يرى علماء النفس أن الإدراك عند الإنسان يمكن قياسه من خلال: التقييم النفسي العصبي المتكامل، وهي إشارة إلى مدى قدرة الفرد في إدراكه للحدث الذي يجري أمامه: تعلم أكاديمي، معرفي، مهني. فالهدف من ذلك هو عملية تقييم، لمجالات الحياة المختلفة.

ففي المجال التعليمي يقيم التلميذ، إذا كان لابد له من مساعدة في إدراك المعلومات التي تلقاها في المحاضرة. ومن الناحية الصحية يقيم المريض إذا كان مدركا لطبيعة مرضه وكيفية التصرف اتجاه مرضه في بيئته.

وفي المجالات المهنية: يكون تقييم، العامل فيما إذا كان بحاجة للمساعدة في مشكلة إدراكية، قصد استخدام أداة معينة، أو استخدام جهاز وعموما: فعملية القياس والتقييم في الإدراك لها دور كبير في تحسين المستوى العلمي، والعملي وبالتالي يعد شيء هام في تقدم الفرد وتطوه. **(إيهاب يونس، 2020، ص 43)**

المبحث الثاني: الصحة.

1-مفهوم الصحة:

جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية OMS 1947: الصحة هي حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد انعدام المرض أو العجز. **(دستور منظمة الصحة العالمية، 2023)**

ويعرفها العالم بركنز Perkins حالة من التوازن النسبي لوظائف عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه.

فتعريف الصحة يختلف من زمن إلى آخر ومن مجموعة اجتماعيه أو ثقافية إلى أخرى ومن تخصص طبي إلى آخر.

حيث ما يعتبر صحيا يرجع لثقافة المجتمع. كما يبدو ذلك جليا في حالة المرض العقلي، فعلى سبيل المثال التصرفات الناجمة مريض انفصام الشخصية، مقبولة في ثقافة بعض المجتمعات ومرفوضة في أخرى. وفي منتصف السبعينيات، اتخذ منحى ذو طابع شمولي لتعريف الصحة، ففي الوقت الراهن الصحة مقسمة إلى عدة أقسام رئيسية هي: الصحة البدنية، النفسية، العقلية، الاجتماعية، الروحية، الوظيفية والمهنية. **(عبد العزيز، 2013، ص 12)**

وينظر كل من (Scweitzer, bruchon: 2002): إلى الصحة على أنها لا تشمل فقط الجانب الفيزيولوجي للفرد، بل أيضا الجانب الاجتماعي، النفسي، فغياب الأعراض المرضية عند الفرد، ليس بالضرورة غياب المرض. **(bruchon- shweitzer .M, 2002)**

جاء تعريف منظمة الصحة العالمية OMS سنة 1986 للصحة كما يلي: هي بعد أساسي لنوعية فرصة اختيار والرضا عن الحياة. **(منظمة الصحة العالمية)**

في عام 2001: جاء تعريف منظمة الصحة العالمية كما يلي: على أنها السلامة من الناحية التشريحية، النفسي، العقلية، والقدرة على تحمل الأدوار الأسرية، الاجتماعية، المهنية، والقدرة على إدارة الإجهاد، الشعور بالراحة، عدم وجود خطر المرض أو الموت المبكر.

إن الاهتمام المتزايد بموضوع الصحة ساهم في إعطاء العديد من التصورات تختلف عن التصورات الكلاسيكية، التي كانت تقتصر في تعريفه للصحة على أنها حالة الخلو من المرض، وأعراضه. وقد تولدت المفاهيم الحديثة للصحة من الفكرة الأساسية المتمثلة في التفريق بين الإصابة بالمرض وبين وضعية المرض أي بين الجانب البيولوجي، بكل تغيراته الفيسيولوجية، أو البيو كيميائية، وبين خبرة الفرد الناتجة عن تفاعل الفرد ككائن حيوي مع بيئته في حالة المرض. **(نوار وقير، 2020، ص 345)**

في حين يرى أوحريس: أن مفهوم الصحة يأخذ معنيين:

الأول: حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم أي أن المرض حالة انحراف الحالة العادية.

الثاني: فهو يعتبر الصحة علم وفن الوقاية من المرض والارتقاء بالصحة من خلال المجهود المنظم اجتماعيا. الذي يشمل العديد من الميادين والمجالات.

ويحدد رشوان، 2006 مفهوم الصحة في العناصر التالية:

حالة تكامل من السلامة، متضمنة كافة الجوانب الشخصية (العقلية، النفسية، الإجتماعية، الجسدية). فهي ليست الخلو من الأمراض، والعجز، في حالة التعامل بإيجابية في الحياة. وبالتالي لم يصبح الخلو من الأمراض الجسدية مؤشرا للصحة، بل هناك ارتباط كبير بين الجانب النفسي والعقلي، والاجتماعي والدور في المجتمع.

فالصحة هي حالة تحقيق الفرد توازن في مختلف الأبعاد الثلاث: العضوية، النفسية، العقلية. وكذاك في شقها الاجتماعي، وذلك من خلال التكيف مع العوامل الاجتماعية التي تزيد من حدة المرض.

مع القدرة على تحمل ومواجهة الضغط النفسي، الاجتماعي، من جهة أخرى. **(عرعار، 2021، ص 37)**

وفي نقاش علمي لكل من: إيربين، فرانسكوفايك، وفيتسل (erbin, franzkoiak, wenzel, 1986) أن مفهوم الصحة ينقسم إلى ثلاث مبادئ:

-اعتبار الصحة حالة موضوعية، يمكن اختبارها طبيا، وبيولوجيا.

-اعتبار الصحة تكيف الأمثل ممكن مع متطلبات البيئة.

-اعتبار الصحة حدث تفاعلي لتحقيق الذات، على شكل التغيير البيئي الهادف والفعال.

أما: حديثا وحسب النظريات الحديثة على أنها: حالة إحساس الفرد بالعافية، مع قدرة الفرد على تحقيق التوازن بطريقة تتناسب مع الجسدية الداخلية، المتطلبات الخارجية للبيئة.

ويرى كل من: شرودر، وشويس (shrodeder,schech,1990) أن الصحة تنظيم العلاقة المتناقضة بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها .

في حين أندرسون (Anderson, 1995)، الصحة في خمسة نقاط.

1- هي عبارة عن نتاج ونتيجة.
2- كطاقة كامنة (capacity) من أجل تحقيق الأهداف المرجوة للقيام بوظائف معينة.
3- هي عبارة عن حدث تفاعلي (سيرورة)، فالصحة ظاهرة حركية متغيرة باستمرار.
4- كحالة يعيشها الفرد.
5- كسمة تميز الفرد ككل: بمعنى اللياقة التي يتمتع بها الفرد وتميزه عن غيره. **(سامر جميل، 2002)**

2-التطور التاريخي للصحة العامة:

كانت هناك ملاحظة بين مرض الإنسان ونمو الكثافة السكانية منذ زمن طويل، ومفهوم اتخاذ التدابير الصحية على مستوى التجمعات السكانية قصد الإجراءات الصحية. فالرومانيون أدرجوا نظم للقنوات وشبكات الصرف الصحي، وكذلك في تصميم المدن. كما ساهمت الثورة الصناعية في هجرة سكان من الريف إلى المدينة، فأدى هذا إلى زيادة عدد سكان المدن بشكل سريع.

ففي الفترة بين 1801-1831 ارتفع عدد سكان ليفربول من 77000 إلى 202000. وفي مدينة مانشستر من 75000 إلى 182000. كما تميزت هذه الفترة بغياب ضوابط التخطيط. ومقارنة بالكثافة السكانية أو الحاجة إلى تصريف المياه بشكل مقبول والحصول على المياه النظيفة.

قد أدت الظروف الغير صحية، الناجمة والاكتظاظ السكاني إلى الأمراض المعدية، مثل: التيفوئيد، السل، الجدري، الكوليرا. وكانت من بين الأسباب المؤدية للوفاة، والأمراض. فانتشار هذه الأوبئة كمرض الكوليرا: تسبب في وفاة ما يقارب 22000 شخصا في إنجلترا.

عام 1842: نشر إدوين تشادويك، سكرتير لجنة قانون الفقراء: تقرير بعنوان "الحالة الصحية للمجموعات السكانية في بريطانيا" حيث تطرق إلى الأوضاع المزرية التي يعيشها الكثير من أفراد المجتمع، وكان هذا نتيجة تأثره بالفلسفة النفعية، مشيرا إلى أن المرض يمكن القضاء عليه إذا كان هناك تغيير في الظروف الاجتماعية. فكان هذا التقرير، وما تبعه من حركة صحية، تزامنا مع انتشار الكوليرا لثاني مرة عام 1848، وبداية حركة الصحة العامة الحديثة.

عام 1857: إثبات أن السموم التي كان يظن أنها سببا، لبعض الأمراض كانت عبارة عن كائنات حية.

عام 1864: تمكن روبرت كوخ مزيدا من الدعم لنظرية الجرثومية، من خلال تحديد البكتيريا المتسببة في مرض السل عام 1882، والكوليرا عام 1884. وبقبول نظرية جرثومة المرض التي كانت بمثابة خطوة في تطور الصحة العامة. **(شيراز محمد، 2022، ص 3-4)**

1-2-الصحة من منظور الطب عند المصريين:

يعتقد المصريون أن بقاء الجسم، وإعادة الروح إليه. ما جعلهم يقومون بحفظ جثث الموتى، فاستعملوا التحنيط.

فكان كهنتهم في هياكلهم يتواجد أطباء، وفي الآثار القديمة صور أقدم الجراحين من الكهنة يفصدون يبضعون.

مع الكي في القفا الصدغيين، الصدر، قصد معالجة بعض الأمراض. كما كان الثلث من دخل البلاد مخصصا لكهنتهم الأطباء، كما كان الشائع عندهم أن واضع علم الطب عندهم هو "ثوث"، المعروف "بهومس"، فقام بتأليف 42 كتاب مقدس منها الستة الأخيرة في هذا الفن. وكانت هناك أبحاث في أعضاء الإنسان ولا سيما العين، لكثرة الحاجة إلى علاجها. لانتشار مرض الرمد. مع وجود بعض الآلات

الجراحية تستعمل في أمراض النساء والتوليد. كما برز المصريون في طب الأسنان حيث كان ظاهرا في محنطاتهم، وهياكل العظام الفكين. كما انتشرت عندهم الأمراض الجلدية.

وعموما فالمصريين عرفوا الكثير من الفنون الطبية، كما اعتمدوا على علم العبادات في الجانب الطبي.

كم كان اعتمادهم على العقاقير الجنون، واستعملوا نبيذ الخل ولبن النساء وقاموا بتركيب دواء، عرف عندهم باسم "دواء الغضب والغم". **(عيسى اسكندر، 2022، ص 9- 10)**

يقول هيرودوت في كتابه الثاني الفصل 84: " وكان من النظم المتبعة عندهم أن كل واحد من الأطباء، يختص بعلاج أمراض البطن، وفريق يختص بأمراض الرأس، وفريق يختص بأمراض الأسنان، وفريق يختص بالأمراض الباطنية". وقد ذكر هوميروس في كتابه الأوديسية في الجزء الرابع العدد 227، أولئك الأطباء، ووصفهم بالمهارة في الطب والتفوق فيه من حيث قال "إن الرجال في مصر أكثر مهارة في الطب من جميع الشعوب".

كما كان الأطباء ينقسمون إلى عدة أنواع:

1- الباطنيون: كانوا يعرفون باسم "سوفو"، كانوا يداوون الناس بالعقاقير.
2- الجراحون: كانوا يعرفون "بسخمت" سخمت هو أحد آلهتهم، ويرمز له برأس اللبؤة.
3- أطباء العيون.
4- أطباء الأسنان.

ويدل على وجود هذه الإختصاصات ما جاء من ذكرها، بعد إسم الطبيب سوفو. **(نجيب، 2019)**

أما في دراستهم الطويلة للصيدلة مع ممارستهم لها، كانت سببا في اكتشافاتهم الكيميائية. كما كان للمصريين القدماء ذكر الكثير من العقاقير المصرية، وشرح فوائدها، وهذه العقاقير قد تكون نباتية أو معدنية. من بين هذه العقاقير النباتية: اللوتس، الكمون، الخروع، قشر الرمان، الخشخاش، الكركم، العرعار، الزيتون، الصفصاف. وعموما فالمصريون تفننوا في طرق تحضير الأدوية كأحدث طرق علمية. **(جابر، 2024، ص 24-25)**

2-2-الصحة من منظور الطب الهندي:

تعتبر الأيورفيدا، أقدم منظومة للعناية، بالصحة والوقاية من الأمراض وعلاجها، يعود تاريخها إلى حوالي العام 2500. قبل الميلاد. وتعني كلمة الأيروفيدا: أيوس Ayus، تعني الحياة وفيدا vida علم أو معرفة.

في تاريخ اليونان القديمة وفي زمن أبو قراط وغيره من الأطباء، كان للأيورفيدا، عدة قرون من عمرها. فأطباء الإغريق واقعيا تأثروا بأفكار الطب الهندي المتنقلة عن طريق التجارة. الفكرة الأساسية للأيورفيدا، هي لابد من معرفة المريض قصد فهم مرضه وعلاجه، وهذا ما يتغافل عنه الطب الحديث. وهذا ما يؤدي إلى تزايد عدد المرضى، نتيجة الأدوية الموصوفة بكثرة.

فالأيروفيدا: ترى إذا أردنا التعرف فعلا على حالة كائن بشري، فليس بإمكاننا أن نأخذ: طول المريض، وزنه، الضغط الدموي بعين الاعتبار وهذا ما يركز عليه الفكر المعاصر. فهي ترى أن الفصل بين العقل والجسم ليس رزين ومتبصر. فالعقل والجسد هما شيء واحد بالنسبة للإنسان. كما يرون أن الفصل بين الحالة الروحية والمرض الجسدي لا جدوى منه. **(حسان، 2006، ص 2)**

2-3-الصحة من منظور الطب عند اليونانيين:

المشهور عند اليونانيين منذ القدم أن أسقليبوس (أسكولاب)، إله الطب، وفي الأساطير المعروفة عندهم أنه لم يكون شفاء المرضى فغضب عليه المشتري وصعقه بصلاة بليطون. وكانت تلك الصاعقة، حسب اعتقاد هم مركبة من ثلاثة أجزاء من البرد، والثلاثة أجزاء أخرى من المطر، والثلاثة الأخرى من النار، وثلاثة من الريح. وقال: يحيى النحوي: إن أول من أظهر الطب، حسب ماورد في الكتب، والأحاديث المشهورة من العلماء الثقات هو أسقليبوس الأول. وهو الذي استخرج الطب بالتجربة. ثم جالينوس آخر الأطباء، وقيل اسمه اليوناني مشتق من اسم العلاجات. ومن بين الاساطير المشهورة عندهم أن اسقليبوس بعد أن هبط عليه الطب وأودعه في أهله تم رفعه إلى السماء. **(عيسى اسكندر، 2014، ص 18- 19)**

من بين في الحوادث في العلوم اليونانية في عصر يركليز القرن الخامس قبل الميلاد، نهضة الطب القائم على العقل لا على الخرافة، وذلك لأن الطب اليوناني قبل ذلك الوقت كان ارتباطه وثيق بالدين، إلى حد كبير. كما كان كهنة هيكل Asclepius، لايزالون يقومون بعلاج المرض وكان العلاج في هذا الهيكل، بخليط من الأدوية. التجريبية والطقوس الدينية، وبعض الرقى السحرية التي تؤثر على الخيال عند المريض. وكما لجأوا إلى التنويم المغناطيسي وبعض المخدرات، وتطور الطب في بلاد اليونان أثناء القرن الخامس قبل الميلاد في أربع مدارس كبرى في كوس ونيرس من مدن آسيا الصغرى وفي كرتونا وصقلية بإيطاليا. [8]

كما كان استخدام الأطباء لطرق التشخيص التي لا تختلف كثير عن هذه الطرق المستخدمة في العصر الحديث بما فيها طرق تستخدم في العلاج المنزلي. فالتشخيص عندهم يبدأ بالفحص السريري الذي يتضمن الفحص الجسدي.

تتضح أهمية الطب عند اليونان من خلال اتباع الأطباء توجيهات كتاب أبوقراط في التشخيص وطرق العلاج من المرض.

في اعتقاد الأطباء اليونانيين أن العلاجات الطبيعية، والعشبية هي من أفضل العلاجات وخاصة بعض العلاجات التي ذكرها أبوقراط في كتابه:

أمراض الصدر: تعالج بشرب حساء الشعير مع إضافة الخل والعسل للتخلص من البلغم.

---

[8] http//ar.wikipedia.org

ألم في الجانب: يعالج عند اليونانيين، بوضع اسفنجة ناعمة في الماء مع وضعها في مكان الألم، أما إذا كان الألم على مستوى عظم الترقوة، فإن الطبيب يسحب الدم بالقرب على مستوى المرفق حتى يصبح لون الدم المتدفق أحمر فاتح.

التهاب الرئة: يرى الأطباء اليونانيين أن العلاج المناسب هو البقاء بالحمام.

كما أوجد وجد ابوقراط نظرية المزاجات الأربعة في الطب اليوناني القديم وهي أربع مواد أساسية توجد في جسم الإنسان: العصارة الصفراء، العصارة السوداء، الدم، البلغم. يتم تحديد هذه المزاجات الصحية، الجسدية، العقلية، لأي شخص، مرتبطة بعناصر الطبيعة الأربعة: الأرض، النار، الهواء، الماء مع حدوث تباينات ترجع للعمر، الجنس، الشخص.

وحسب هذه النظرية: فالحفاظ على الصحة يكمن في هذه الأمزجة الأربعة، وإن كان هناك زيادة أو نقص قد يؤدي إلى مرض، ويعد الطعام الطريقة الأساسية في الحفاظ على التوازن. هذه النظرية شكلت الخطوات الأولى حول الأمراض الجسدية بالبيئة وساعدت وضع أفكار جديدة في علم الأمراض. [9]

2-4-الصحة من منظور الطب في القرون الوسطى:

تعد العصور الوسطى من أكثر المراحل سوءا التي مرت في تاريخ الطب، ففي أواسط القرن الثالث عشر كان متوسط عمر الفرد يتراوح ما بين: 30 و35 عاما.

زيادة الوفيات الأطفال حديثي الولادة.

وفيات 20 %من الأطفال الذين لم يتموا السنة.

وفيات الكثير من النساء أثناء الولادة.

العدوى أو الوفاة بسبب: الجذام، الجذري، تراجع الطب تماما إلى مستوى بدائي والاكتفاء بالأعشاب. [10]

كان الطب في العصور الوسطى خلفيات في الممارسات الشعبية والوثنية عن طريق التفاعل بين اللاهوتيين، والمسيحيين. كما قاموا بتسجيلها في أعمالهم الخاصة، هذه الممارسات التي يقوم بها الممارسون المسيحيون في حدود القرن الثاني، فسلوكهم اتجاه هذه التقاليد الوثنية، الشعبية، انعكس على فهم هذه الأمزجة الأربعة والتداوي بالأعشاب. **(sweet, victoria, 1999)**

ففي العصور الوسطى الطب في أوروبا عرف أكثر تطورا أثناء عصر النهضة خلال القرن الثاني عشر. فتم ترجمة العديد من النصوص سواء من الطب الإسلامي، أمن الطب اليوناني القديم خلال القرن الثالث عشر. من بين الكتب شيوعا كتاب ابن سينا، القانون في الطب وموسوعة طبية كتبت عام 1030 والذي لخص: طب الإغريق، الهنود، الأطباء المسلمين في هذه الفترة. فالقانون أصبح مرجعا معتمدا تعلم

---

[9] http://altibbi.com
[10] http://altibbi.com

الطب في أوروبا حتى فترة الطب الحديث. بعض المصادر الأخرى المترجمة من العربية مثل رسالة في منفعة صناعة الطب للكندي، وكتاب التصريف لمن عجز عن التأليق للزهراوي.

وفي أثناء الحملات الصليبية، أصبح الطب الإسلامي أكثر وضوحا. فكان التأثير متبادل بين العلماء والمسلمون مثل: أسامة بن منقذ، وصف التجربة وصف التجربة من الطب الأوروبي، حيث تم وصف طبيب أوروبي يعالج، بنجاح، جرح به عدوى عن طريق الخل، وأنه وصف لعلاج داء الخنازير.

كان للعصور الوسطى مساهمة في الكثير من العلوم الطبية خلال هذه الفترة، فكان تطورا في: الجراحة، الكيمياء الطبية، التشريح، الطب السريري، كما تم وضع القواعد لبعض الاكتشافات الهامة لاحقا، مع تقدم ملحوظ في طريقة شرح ممارسة الطب. **(واي باك مشين، 2014)**

2-5-الصحة من منظور الطب في عصر النهضة:

في القرن التاسع عشر عرف الطب تقدما، في تقنيات الكيمياء، والمخابر، واستبدال المفاهيم القديمة، لوبائيات الأمراض المعدية بظهور علم الجراثيم والفيروسات. فتم ملاحظة البكتيريا، والكائنات الدقيقة لأول مرة مجهريا، بواسطة انتوني فان ليوينهوك عام 1667، مما فتح المجال لعلم الأحياء الدقيقة.

1847: تم انخفاض معدل وفيات الناجمة عن حمى النفاس الناجمة، وكان الفضل في هذا راجع لأجناس فيليب سيميلويس. بمجرد مطالبة الأطباء بغسل أيديهن، بماء الليمون قبل الإقبال على مساعدة النساء أثناء الولادة. اكتشاف آخر لنظرية الجرثيم، ومع ذلك لم يأخذ بأهم توصياته، ولم يتم تنفيذ وتعميم لهذه النظرية إلى غاية قيام الجراح البريطاني جوزيف ليستر الذي وضع عام 1865 مبادئ علاج الجروح. بعد أن تحول من التمهين إلى الجامعات ثم استعمال المراجع المكتوبة. وكان أكثر حفظا لهذه المراجع هم الأديرة.**(Sweet, victoria, 1999)** إلا أنه حال دون تطبيق عمله قبل نهاية القرن التاسع عشر، بسبب التحفظ الطبي في مواجهة الاختراقات العلمية.

عام 1859: نشر تشارز داروين لأصل الأنواع. كما نشر مندل (1822-1884). الصفات الوراثية في البازلاء، والاكتشافات التي تشكل أسس علم الوراثة الكلاسيكية (قوانين مند).

عام 1953: تم اكتشاف بنية الحمض النووي، من قبل كريك وواتسون لفتح الباب أمام البيولوجيا الجزيئية وعلم الوراثة الحديث. [11]

2-6-الصحة من منظور الطب في عصر الحضارة الإسلامية:

تم الالتزام بالمنهج التجريبي، سواء في التأليف والبحث أم عند التطبيق والممارسة العلمية. والمنهج التجريبي في علم الطب هي تلك الطرق والأساليب، والقواعد التي لجأ إليها الأطباء المسلمون

[11] https://fr.m.wikipedia

والعرب، خلال ممارستهم لمهنتهم، فلم يكن اكتفائهم، بالخبرة العملية فحسب، وما تم وراثته عن الأوائل. وإنما كان اعتمادهم كذلك على التشريح، وعلم وظائف الأعضاء، كما استخدموا أسلوب التشخيص بالإضافة إلى منهج العلة والمعلول واختيار الأدوية.

كما انقسم الأطباء المسلمون من هذه الناحية إلى مجموعتين:

الأولى: مجموعة من الممارسين الذين كان اهتمامهم مركز في المقام الأول بتشخيص المرض وعلاجه بالاعتماد على الملاحظة والمشاهدة يمثل رواد هذه المجموعة أبوبكر الرازي.

الثانية: فهم الذين درسوا الطب على أنه جزء من المعرفة، مع السعي إلى استكمال هذه المعرفة، هو ما دفعهم إلى تحصيل الطب بأسلوب منطقي لذلك أطلق عليهم: الفلاسفة الأطباء، ورائدهم ابن سينا المتوفي 1036م-428هـ. [12]

كما كان اهتمام الاطباء المسلمون بالعمل بالملاحظة من خلال، على ما يشاهدونه على المرضى مع النظر في العلاج المناسب لكل حالة، فكان هناك مزيج بين العلم العملي والنظري فكانت الفائدة عامة على البشرية. يقول العلامة ابن سينا: " تعهدت المرض فانفتح علي من أبواب المعالجات المقتبسة مالم يوصف"، أما الرازي في هذا المجال له غاية في الفائدة حيث يقول: عندما تكون الواقعة التي تواجهنا متعارضة مع النظرية السائدة، يجب قبول الواقعة حتى وإن أخذ الجميع بالنظرية السائدة تأييدا للعلماء. وانطلاقا من هذا المنهج المعتمد على التجربة والملاحظة، وافتراض الفروض ومحاولة تطبيقها.

أما من ناحية الأجهزة ففكرو في أدوات جديدة واخترعوا أنواعا عدة وجربوها، فالأدوات التي أثبتت كفاءتها استخدموها وطوروها، إلى غاية وضع أسس علمية لكثير من الأدوات. وبهذا استغنوا عن الأدوات القديمة التي استخدمها قدماء الأطباء اليونانيين والفارسيين.

فاهتموا بأدوات الجراحة، والولادة، علاج الأسنان، علاج العظام والكسور، فتوصلوا بذلك إلى حد الإبداع مقارنة بالوقت الذي ظهرت فيه هذه الآلات، وإلى خلو العالم أنذاك من المنافسة في المجال. وعموما فالطب في المنهج الإسلامي تميز بأنه كان مستمدا بأصول وثوابت من القرآن الكريم والسنة النبوية فكان مميز عن باقي المناهج الأخرى. **(السرجاني، ب.س، ص 38-39)**

3-علم النفس الصحي:

هو دراسة العمليات النفسية والسلوكية، في الصحة والمرض والرعاية الصحية. **(Johnston, 1999)**

يهتم علم نفس الصحة بفهم الكيفية التي تساهم فيها العوامل: النفسية، السلوكية، الثقافية، على الصحة البدنية والمرض، أي أن للعوامل النفسية تأثير على الصحة مباشرة. ومن بين الأمثلة على ذلك الإجهاد عوامل الضغط، والإجهاد البيئي، التي تتكرر بشكل مزمن تأثر على الغدد بما فيها الغدة الكظرية

---

[12] عويسي، الطب والأطباء في الحضارة الإسلامية http://www.alukah.net

فتضر بالصحة. كذلك بعض السلوكيات الغير الصحية مثل: التدخين، الإفراط في تناول الكحول، كما يمكن لبعض السلوكات أن تعزز الصحة وتقي من الأمراض كممارسة الرياضة. **(Ogoden, 2012)**

يعتبر ماتراسو: أول من حدد وعرف علم نفس الصحة (1984) Materazzo: تم تحديدها أنها الإسهامات العلمية لعلم النفس قصد تنمية الصحة والحفاظ عليها ووقايتها من الأمراض ومعالجته. كما يعمل علم نفس الصحة على تحديد الأنماط السلوكية الخطيرة، وتحديد أسباب الاضطرابات في الصحة وتشخيصها وفي إعادة التأهيل وتحسين الصحة. **(Matarazzo, 1982)**

وعموما فمجال علم نفس الصحة هو مجال للبحث النفسي، التطبيقي، وكذلك في محددات وعواقب الصحة البدنية، فالسلوكيات الصحية جد ضرورية للصحة. فاهتمام علم نفس الصحة تعزيز الصحة والحفاظ عليها. كالوقاية من المرض المزمن وعلاجه. ارتباطات المرض والتشخيص، الصحة والمرض، سلوكيات المريض ونظام الرعاية الصحية. فاهتمام علماء نفس الصحة هو دراسة العوامل السلوكية، التي لها علاقة بالحفاظ على الصحة. والبحث في كيفية تقديم المساعدة للمرضى الذين يعانون من مشاكل صحية في تحسين رفاهية ونوعية الحياة لديهم. كما وفي البحث التجريبي يقومون بمعاينة الأفراد، أو العمل في شكل مجموعات قصد تدريبهم للحياة الواقعية وملاحظة كل التفاعلات التي تحدث بين القائمين على الصحة والمرضى في البيئة الخاصة بالرعاية الصحية.

وفي الأخير يقومون باستخلاص النتائج من البحوث الأساسية، من قبل علماء النفس الصحي في مجموعات متنوعة، انطلاقا من الرعاية الأولية، المستشفيات، خدمات الصحة. مع استخدام تقنيات مختلفة كالتثقيف الصحي. **(Mannt, & Fujita, 2013)**

4-مجالات الصحة:

4-1-الصحة العمومية:

هي علم، وفن الوقاية من الأمراض وإطالة الحياة والارتقاء بالصحة من خلال الجهود المنظمة، والاختبارات الاستعلامية للمجتمع، المنظمات، المجتمعات العامة والخاصة، وأفراد المجتمع. **Winslow, (1920, p23)** فهو ذلك العلم المهتم المشكلات الصحية التي تواجهها الصحة العامة القائمة على التحليل السكاني من الناحية الصحية، فالسكان قد يكونون عينة صغيرة أو كبيرة. **وهنا:** تشمل أبعاد الصحة العامة حالة الفرد من الناحية: الجسدية، العقلية، الاجتماعية، وليست غياب المرض أو خالة العجز أو الضعف. **(Who difinition of health,1946)**

يقوم علم الصحة العمومية: بدمج المعطيات المتداخلة لكل من الوبائيات وعلم الأمراض، والإحصائيات الحيوية، الرعاية الصحية، كما تعتبر كل من الصحة البيئية: environment health، صحة المجتمع (health community). وكذلك الصحة المهنية occupational health، مجالات أخرى فرعية يهتم علم الصحة العمومية بها.

كما تتطلب ممارسة الصحة العامة الحديثة، فرقا متكاملة متداخلة، مع بعضها البعض من الممارسين كالأطباء، المتخصصين، في أمراض الصحة العامة، الأمراض المعدية، والأدوية، متخصصين في الأمراض الوبائية، متخصصين في الإحصاءات الحيوية، ممرضين في الصحة العامة، علماء في البيولوجيا الدقيقة، مسؤولي الصحة البيئية، صحة الأسنان، أطباء في التخسيس، مختصين في التغذية، مراقبين في الصحة، الأطباء البيطريين، مهندسين في الصحة العامة، علماء الاجتماع، متخصصين في الاتصالات. **(Public Health Agency of Canada ,2005)**

4-1-1-تاريخ الصحة العمومية:

إن الصحة العامة لم تظهر في كل الأحوال في أوروبا، ولم تظهر أثناء الثورة الصناعية، فالتدابير الوقائية المتعلقة بالمخاطر الصحية، مشهود لها في جميع المجتمعات التي تركت بصمة في التاريخ، ففي جنوب شرق آسيا دعا الطب الهندي القديم إلى تبني نظام غذائي، وسلوكات جنسية محمية، ونمط تنظيم الأنشطة التي من شأنها أن تحقق توازن فردي اجتماعي. **(chat topadhy ,1968, P 194)**

كما أن فكرة التوازن كانت حاضرة جدا في الطب الصيني التقليدي.

فعديد المدن التي أنشئت في حضارة ما قبل كولومبوس في أمريكا الجنوبية، مثل حضارة ألمانيا أو الأزتيك، عملت على تطوير برامج صحية، فعملت على تنظيم الأسواق لبيع الأعشاب الطبية بين السكان الأصليين في أستراليا. **(Havery, herbertry, 1981)**

وفي أثناء القرن العشرين وبدايات القرن الحادي والعشرين، عرفت الصحة العامة، كبرامج التطعيم، السيطرة على العديد من الأمراض المعدية، مثل: شلل الأطفال، الحمى الصفراء، والجدري، وكذلك سياسة الصحة والسلامة العامة بما فيها السلامة المرورية. والمهنية. Safety Occupational health and Safety تنظيم الأسرة، مقاييس ضبط التبغ، والبرامج المصممة، للأمراض غير المعدية، مع زيادة تحسن الصحة حيث وشملت : تطهير مياه الشرب، بالكلور، ترشيح ومعالجة مياه الصرف الصحي. **(Centry United States ,2005)**

4-1-2-ميادين اهتمام الصحة العمومية:

تقوم الإدارات التابعة لوزارات الصحة بكافة الدول بتقديم الرعاية الصحية للفرد والمجتمع بتقديم:

- تقديم الخدمات الطبية العلاجية الوقائية.
- توفير الرعاية الطبية لجميع أفراد المجتمع.
- توفير الرعاية للأم، الطفل، المراهق.

- الرعاية الطبية لجميع فئات المجتمع.
- إنجاز مستشفيات، مراكز صحية.
- التكفل بالمصابين بأمراض مزمنة، أو الأمراض المعدية.
- الوقاية من الأمراض، مع الحجر الصحي للوافدين من البلدان التي بها وباء.
- التربية الصحية للأفراد: تعليم السلوكات الصحية السليمة، تصحيح المعتقدات الخاطئة.
- حماية الطفولة من الأمراض المعدية، مع وضع قوانين في مجال الصحة.
- القيام بمسح صحي، تحديد المشاكل الصحية، نوعيتها، موقعها العمل على حل هذه المشاكل والتخطيط لها.[13]

وعموما أصبحت الصحة العمومية، مركز اهتمام الكثير من الدول، بما في ذلك الجزائر، حيث سعت بعد الاستقلال إلى إقامة منظومة صحية متكاملة. فعرف النظام الصحي الوطني العديد من الإصلاحات، والتغيرات، سواء من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، أو من حيث بها.

2-4- الصحة النفسية العقلية.

علم الصحة النفسية، هو علم تطبيقي الهدف منه الوقاية ومواجهة الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية. بكل أنواعها، واختلاف درجاتها. كما يكمن الهدف من علم الصحة النفسية، غي جانبه الوقائي من الأمراض النفسية، وتزويدهم بكل المعلومات المتعلقة بصحتهم النفسية، وتوجيه الأفراد وإرشادهم في طرق التعامل مع مشاكلهم.

فاهتمام علم الصحة النفسية بالوقاية من الأمراض، وتقديم المساعدة فإنه أيضا يقدم أهم طرق التدخل العلاجية للأمراض النفسية والعقلية. يتميز علم الصحة النفسية بجانبين نظري وتطبيقي، فالجانب النظري يهتم بمعرفة الكيفية التي يتطور بها السلوك، والعوامل التي تجعله ينحرف عن مساره، ويدخل في دائرة اللاسواء أو الانحراف. أما من الناحية التطبيقية فتكمن في الاستفادة مما توصل إليه الجانب النظري، من خلال مساعدة المرضى، بما يناسبهم من علاج. أما فيما يخص الجانب الوقائي يعتمد على توجيه الاستشارات، لمن يحتاجها وساعدة الفرد في حل مشاكله. **(شريت، 2006، ص 15-16)**

---

[13] https://lakhasly.com

هناك العديد من التعاريف للصحة النفسية: فكل تعريف يتعامل مع جانب أو جوانب معينة من سلوكات الفرد وتصرفاته. فالفرد الذي لديه صحة نفسية عادة ما يملك سلوك مفيد وبناء اتجاه مجتمعه.

ونظرا لتعدد وتشعب الجوانب السلوكية التي تصدر عن الفرد، كذلك هناك تعاريف متعددة ومتشعبة خاصة بالصحة النفسية، وأول من استخدم الصحة النفسية العالم أولف ماير A, Mayer، وقد استخدم هذا المصطلح للدلالة على نمو السلوك الشخصي والاجتماعي. على السواء، وللوقاية من الاضطرابات النفسية.

فالصحة النفسية تعني تكيف الفرد مع نفسه ومع العالم الخارجي، حيث تجعله يشعر بالرضا عن نفسه، وتجعله قادرا على مواجهة المشكلات المختلفة. **(أحمد زكي، 1966، ص 05)**

كما قام انجلش وانجلش 1985: مفهوم الصحة النفسية في قاموسها من خلال مصطلحين هما:

Mental Hygiene أي حالة الصحة النفسية.

فالصحة النفسية mental hygiene هي ذلك العلم والفن للمحافظة على الصحة النفسية للفرد، والوصول بها إلى المستوى الأمثل.

فمفهوم الصحة النفسية كل الإجراءات التي تهدف إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية، أو العقلية، وتحقيق التوافق النفسي لدى الفرد، وقدرته على الانسجام مع المجتمع.

تتميز الصحة النفسية بالثبات النسبي، مع تحقيق الفرد لذاته، في حالة من الإيجابية وليست مجرد الخلو من الاضطرابات النفسية أو العقلية. **(English, HB, English, A ; C, 1985)**

وعرفها آندى ناتسون 1963، Knutson: بأنها تلك من الفاعلية والسعي للتخلص من الضغوط أو الاضطرابات، فالضغوط أو الاضطرابات تبعا لهذا المنهج هي جانب عادي وصحي في الحياة ومنه تنمو الكفاءة والإبداع عند الفرد. وتنشأ عند الفرد عمق الخبرة في الحياة. **(Knutson, A, l ,1963, P 300)**

في حين يعرفها حامد زهران 1977: بأنها حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا، انفعاليا، اجتماعيا، أي مع نفسه وبيئته). مع شعوره بالتوافق مع نفسه ومع الآخرين، مع القدرة على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكاناته، إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، بحيث يعيش في سلام). **(زهران، 1988، ص 10)**

فالصحة النفسية هي حالة إيجابية، متضمنة صحة العقل والجسم معا، وايست مجرد الخلو من أو غياب أعراض المرض الجسدي والنفسي وهوما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية. **(منظمة الصحة العالمية، 1984)**

فهي ليست مجرد غياب المرض أو العجز، أو الضعف "وقد يبدوا هذا التعريف بسيطا، إلا أنه في الحقيقة يتميز أنه: شامل، كماأن عبارته الأخيرة عدلت المفهوم المحدد للصحة. **(عبد الفتاح، 2002، ص 81)**

4-2-1-التطور التاريخي للصحة العقلية (الصحة النفسية):

تعود الجذور التاريخية الأولى، والاهتمام بالصحة النفسية والوقاية من الأمراض والاضطرابات النفسية والوقوف على أسبابها إلى عشرات ألاف السنين. فكانت إسهامات كثيرة ومتنوعة في محاولات لفهم الأمراض والاضطرابات النفسية في العديد من البلدان: كالصين، مصر، بلاد ما بين النهرين، أمريكا الجنوبية. وتم علاجها استنادا إلى فهم طبيعة الأسباب المؤدية، وحسب ما توفر لديها من أدوات ووسائل.

وبخصوص الاهتمام بالصحة النفسية بالشكل الذي نعرفه، ونمارسه حاليا فهو امتداد للعصور الوسطى التي شهدت العديد من أشكال الرعاية نفسيا واجتماعيا للإنسان، فكانت هذه الأعمال النواة الأولى، لأهم التغيرات التي كانت فيما بعد. فكان إدراك الأطباء المسلمون لأهمية، لأهمية الرعاية الصحية، النفسية، الاجتماعية، للإنسان. فكانت دور الرعاية النفسية منتشرة في الكثير من البلدان: كدمشق، بغداد، الأندلس، ومن بين العلاجات النفسية التي كانو يستعينون بها: العلاج بالعمل، والعلاج بالموسيقى، قصد إعادة التوازن النفسي للمرضى. **(سامي جميل، 2002)**

استخدم مصطلح الصحة العقلية لأول مرة من طرف ويليام سويتزر عام 1843. حيث قدم مصطلح واضح لمفهوم الصحة العقلية، أو النفسية.

عام 1893: قدم إسحاق داي، مؤسس الجمعية الأمريكية للطب النفسي، تعريفا لمصطلح الصحة العقلية، على أنه فن الحفاظ على العقل ضد جميع الأحداث، والتأثيرات التي تهدف إلى تدهور صفاته أو إضعاف طاقاته، أو تشويش حركاته.

عام 1900: إقتناع بعض الأطباء وعلماء النفس أن السلوك المنحرف، هو تعبير عن الأمراض التي تقع على الفرد مرتبطة بالصحة العقلية، ومن بين المفكرين في هذه الفترة "ستانيلي هول" فكان يرى أن العلاج المبكر يقلل من شدة، وتكرار المرض العقلي.

عام 1906: تأييد أودلف ماير هذا الرأي لاقتناعه بتجربته مع المرضى في المستشفيات العقلية.

عام 1908: وسعت هذه الدراسات مفهوم ماير عن الصحة العقلية، لتشمل التواصل مع المجتمع للوقاية من الأمراض العقلية، ولبقاء صحته العقلية جيدا. [14]

وفي أواخر القرن التاسع عشر، ومع بداية العشرين، ظهرت آراء تنادي بضرورة الاهتمام بالجانحين والمنحرفين والمتأخرين عقليا، كما نادت بإعادة تأهيل الجانحين مثلا كما هو الحال في فرنسا في أواخر القرن التاسع عشر.

وكذلك في العيادات التي أنشئت من طرف ويتمر witmer، في بنسلفانيا عام 1896.

أول في العيادة التي أنشئت خصيصا لضعاف العقول في بوسطن الأمريكية عام 1909.

---

[14] Wallace, Mandell www.jhsph.edu

كما هو الشأن في معهد رعاية الأطفال الجانحين الذي أنشأه ويليم هيلي عام1909كذلك بشيكاغو الأمريكية.

وفي عام 1909: تأسست في الولايات المتحدة الأمريكية، اللجنة القومية للصحة النفسية. National Commitee for Mental **(سامي جميل، 2002)**

بدأت خدمات الصحة النفسية الموجهة للمجتمع كمحاولة لاحتواء المرض العقلي. ففهم تاريخ الاضطرابات العقلية مهما في أساس الخدمة النفسية الموجهة للمجتمع، وبتطور علم النفس الطبي كعلم، تحول باتجاه علاج المرضى نفسيا، شهدت مؤسسات الطب النفسي نموا حول العالم، ومهدت الطريق لخدمات الصحة النفسية الاجتماعية، قبل توفر الرعاية خارج المؤسسات. **(Porter Roy, 2004)**

وفي عام 1946: توقيع الرئيس هاري ترومان على قانون الصحة النفسية الوطني، حيث لأول مرة في تاريخ الولايات المتحد ة الأمريكية الذي منح قدرا من التمويل لمجال البحث والتوعية الصحية. تمرير هذا القانون في النهاية إلى تأسيس المعهد الوطني الصحة النفسية عام 1949. (Adetial history of mentalhealth, Minne sota psychiatric society)

هذا ولقد لعب بينل دورا كبيرا في مجال المعاملة الإنسانية والأخلاقية مع المرضى، كما تأثرت به دروثيا ديكست إلى توسيع مستشفيات الصحة العقلية، لتشمل بذلك المرض الذين كان يتم وضعهم في الملجأ. مع بداية القرن العشرين الاهتمام من العلاج إلى الرعاية الاجتماعية. **(kemp, donar, 2007)**

أما في البلدان العربية ما يزال الاهتمام بالصحة النفسية يتطلب المزيد من الدعم والجهد على مستوى المؤسسات الاجتماعية. وإن بدأت تظهر بعض البوادر المتمثلة في ممارسة العلاج النفسي في مصر عام 1954. ومؤتمر القاهرة حول الصحة النفسية عام 1970. كما ضمت اللائحة الداخلية لكلية التربية في سوريا قسما خاصا يعنى بالصحة النفسية سمي قسم الصحة النفسية. [15]

4-3-الصحة المدرسية:

هي مجموعة البرامج والإستراتيجيات والأنشطة والخدمات التي تتم وتقدم في المدارس عن طريق الوحدات الصحية الأخرى، وبالتعاون معها ومصممة، لتعزيز صحة التلاميذ بالمجتمع، المدرسي، وهي: مجموعة من المفاهيم والمبادئ والأنظمة، والخدمات التي تقدم لتعزيز التلاميذ في سن المدرسة، وتعزيز صحة المجتمع من خلال المدارس. **(أبو زايدة، 2006، ص 45)**

تعد الصحة المدرسية من الوسائل التنموية التي تدعو إليها الأمم المتحدة، كونها تخص تلاميذ المدارس الذين يمثلون شريحة مهمة في المجتمعات، ولأن المدرسة تلعب دورا هاما في إرساء مفاهيم، وسلوكات، ذات تأثير في المستقبل على صحتهم، فالسلوكات الصحية الجيدة ينتج عنها مستقبلا وضعا صحيا جيدا. **(الجرجاوي، 2010)**

---

[15] https://arab–ency.com

كما أن الرعاية الصحية هي الركيزة الأساسية لبناء الأجيال المستقبل، لأي مجتمع ولذلك كان حرص القائمين على التعليم على الصحة المدرسية لخدمة المجتمع المدرسي من تلاميذ وأعضاء هيئة التدريس. حيث تقوم الوحدات الصحية، بتنفيذ برامج صحية متعددة، ففي المجال الوقائي: تقوم الوحدات الصحية بعملية فحص للتلاميذ الجدد، من خلال التطعيمات اللازمة ضد الأمراض المعدية، والتأكد من توفر العوامل الصحية السليمة: من خلال مراقبة البيئة المدرسية، التي تشمل المباني، المرافق الصحية، المطاعم المدرسية. **(غازي، 2007، ص 89)**

وعموما الصحة المدرسية تتمثل فيما يلي:

- خلق الوسط المناسب للتلميذ، والبيئة المناسبة للنمو العقلي، والبدني، والانفعالي.
- اخذ صورة واقعية، للواقع الصحي للتلاميذ في المرحلة الدراسية، عن طريق الفحص الطبي.
- الكشف عن الأمراض المعدية، ودفع الأخطار عن الفرد والمجموعة التي يعيش معها.
- العناية بالتلاميذ ذوي الإعاقات.
- تعويد التلاميذ على العادات الصحية السليمة، والرفع من مستوى ثقافتهم الصحية.
- العمل على إكساب التلاميذ، وجعلهم يتمتعون بصحة جيدة التي تساعدهم في التحصيل الدراسي، وتحمل مجهودات الحياة المدرسية.
- تحقيق التلميذ نموه الطبيعي المتكامل: جسميا، عقليا، اجتماعيا، عاطفيا.
- إجراء فحص شامل عند دخوله المدرسة، وفحوصات دورية، بغية اكتشاف ما لديهم، من إعاقات والعمل على علاجها. **(صدراتي، 2014، ص 148)**

4-3-1-التطور التاريخي للصحة المدرسية:

خلال النصف الأول من القرن العشرين كانت هناك رغبة في النظافة، منقولة جزئيا إلى كل المدارس في مختلف بلدان العالم: حيث تسعى لجعل المدارس مساحة ونموذج لحفظ الصحة، ومكانا لنقل الممارسات الصحية الجديدة. يشمل حفظ المتمدرس ليس من الأمراض فحسب، بل بالمحافظة على النظافة، والقيام بالتمارين الرياضية، ويمكننا القول أن جسم المتمدرس هو أحد العناصر الأساسية لممارسة التعليم والنظافة، ومن خلال هاتين الأخيرتين يكون لدينا كل متكامل ما يسمى بالنظافة المدرسية.

عام 1964: وجود رغبة في معالجة القضايا الصحية، بشكل فردي كعنصر أساسي في أسباب الفشل المدرسي. **(بيزون وجوردان، 2009)**

تعتبر فترة الثمانينات نقطة تحول من ناحية التثقيف الصحي، فعرف تطور مع تعديل مفهوم الصحة، من وجهة نظر طبية، عضوية فحسب، إلى رؤية، بيولوجية، اجتماعية، نفسية بمعن جديد وشامل. حيث تظهر الصحة بنظرة كلية، وكعماية أكثر تطور في حياة الفرد من ناحية أخرى.

عام 1982: تم نشر هذه المفاهيم من قبل منظمة الصحة العالمية في الثمانينات. وبهذا تم الانتقال من المفهوم القديم للتثقيف الصحي، الذي كان يقتصر على النظافة، إلى مفهوم ذو طابع وقائي يندرج ضمن منظور عالمي، ومنهجي لتعزيز الصحة .إشارة إلى النموذج الطبي الحيوي. **(Silvain Didier et al, 2011)**

المبحث الثالث: المراهقة.

1-مفهوم المراهقة:

"اشتق مفهوم المراهقة في اللغة الإنجليزية Adolesance من Adolecers في اللغة اللاتنية.

ونعني الإقتراب التدريجي من النضج الجنسي والجسمي والعقلي والإنفعالي ولهذا يختلف معنى المراهقة عن البلوغ puberty، الذي يعني قدرة الفرد على الإنجاب أ أي أن هناك نضج في الغدد الجنسية التي تمكن الفرد من اتكاثر والمحافظة على النوع.

أما في اللغة العربية فتعني الاقتراب من الحلم.

أما من الناحية البيولوجية، تعني تلك الفترة من حياة الفرد التي بدأ بالبلوغ وتستمر حتى النضج، فهي مرحلة تمتد من نهاية مرحلة الطفولة، وتستمر حتى بداية سن الرشد. **(الزغبي، 2009، ص 2)**

"أما من الناحية التاريخية كان ينظر إلى مرحلة المراهقة، على أنها فترة إنتقالية بين مرحلتي الطفولة والبلوغ، لكن اليوم توصف بأنها إحدى التحولات المتعددة". **(شيراز، 2022، ص، 04)**

"وهناك من عرفها أنها مرحلة النمو الجسمي، العقلي، النفسي، والإجتماعي التي تطرأ على الأبناء في فترة معينة من اعمارهم وتكون غالبا بين (15–18سنة) وقد تكون مصحوبة ببعض المشاكل والسبب قلة الخبرة في الحياة". **(بو غريبة، 2007، ص 175)**

وحسب سيغموند فرويد S freud: "المراهقة هي فترة قلق نتيجة عودة الليبيدو للظهور مما يسبب في فقدان التوازن بين الهو والأنا الذي كان سادنا في مرحلة الكمون، وتتميز هذه المرحلة، بعشق الذات واحترام الواقع ونمو الجنسية الغيرية". **(مرسي، 2022، ص 14)**

"والمراهقة حسب أريكسون، Eerickson عبارة عن صراع نفسي يتم من خلاله بناء الهوية الذاتية للفرد، ومن خلالها يعرف ذاته والقيم والإتجاهات التي سيكون عليها في حياته، وهذا الصراع يكون مهيأ له في فترة ما قبل المراهقة، ويستمر بعدها، ويعرف هذا الصراع النفسي عند أريكسون باضطراب الهوية. **(بوسنة، 2012، ص 82)**

"كما يعرفها سيلامي silamy: تعريفا يشمل جميع مظاهر النمو في هذه الفترة حيث يرى أنها مرحلة من الحياة تقع بين الطفولة والرشد، تتميز بالتغيرات الجسمية، النفسية التي تبدأ من 12 أو 13سنة وتنتهي بين 18و20 سنة.

علما أن هذه المراحل العمرية غير دقيقة لأن هذه المرحلة تختلف باختلاف: الجنس، العرق، العوامل الجغرافية، وكذا البيئية، الاقتصادية، والاجتماعية." **(Sillammy, 2004, P 8)**

ومن خلال مجموع التعاريف السابقة الذكر:

نستطيع القول أن المراهقة، نقطة تحول بارزة في تكوين الشخصية، وبناء مقوماتها، وما يتعرض له المراهق في هذه المرحلة يترك أثرا بالغا في شخصيته.

وتلك الانفعالات التي تسيطر على المراهق، في هذه الفترة ماهي إلا نقلة من هدوء تام في فترة كمون إلى عاصفة من التغيرات النفسية، الإجتماعية، الفيزيولوجية.

2-الحدود العمرية لمرحلة المراهقة:

"هناك اختلاف في وجهات النظر بين علماء النفس النمو فيما يخص بداية ونهاية مرحلة المراهقة. يشير عبد السلام زهران 2005: أن تحديد بداية المراهقة أسهل بكثير، من تحديد نهايتها. فبداية المراهقة يتم تحديدها بالبلوغ الجنسي، أما نهايتها، بمظاهر نمو مختلفة. فيرى أن المراهقة تكون بداية من العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشر إلى التاسعة عشر أو قبلها بعام أو عامين." **(زهران، 2005، ص 337، بتصرف)** "في حين يرى ابراهيم قشقوش (1980) أن: المراهقة مرحلة، طبيعية، بيولوجية، اجتماعية على السواء تكون بدايتها بحدوث تغيرات بيولوجية عند الإناث وهاته الفترة زمنية تكون من سن الثانية عشر حتى سن الثامنة عشر 18 سنة. والناحية النفسية تضم الافراد الذين أكملوا مراحل الطفولة. **(قشقوش، 1980، ص 5، بتصرف)** وعموما يبقى الاتفاق بين علماء النفس أن المراهقة هي النقطة الفاصلة بين الطفولة والرشد، تكون بدايتها بالبلوغ، في حين نهايتها واضحة". **(علي أبو زيد، 2003، ص78)**

3-مراحل المراهقة:

"يعتقد الناس أن المراهقة مرحلة واحدة، ينبغي على الأهل مرافقة الأطفال فيها، لكن في الحقيقة توجد ثلاث مراحل تتمثل في: المراهقة المبكرة، الوسطى، المتأخرة. تتمايز على الصعيد النفسي والجسدي، فكل طفل ينمو وينضج بطريقة مختلفة، جسديا، عقليا، اجتماعيا.

3-1-المراهقة المبكرة:

تمتد هذه الفترة من سن 11سنة إلى غاية سن 14 سنة، فتكون تغيرات كبيرة لدى الطفل، في هذه الفترة يعيش المراهق برغبة الاهتمام، والرغبة في معاملته كراشد مما يجعل الأمر ليس بالسهل للوالدين. تعرف المرحلة باسم مرحلة "حب الشباب" يشعر المراهق بضعف الثقة فيما يخص المظهر الخارجي، والتغيرات التي تطرأ عليه، مع اعتقاده أن الكل ينظر إليه، مع صعوبة إقناعه.

وعموما فإن معظم التغيرات المورفولوجية قد حدثت في مرحلة المراهقة المبكرة، فالاهتمام بالمظهر الخارجي يكون أقل مقارنة بالجاذبية الكبيرة للجنس الآخر. مع استمرار التطور النضج الفكري للمراهق في هذه المرحلة، مع قدرة أكثر على التفكير بشكل أكثر موضوعية، التخطيط للمستقبل، زيادة القدرة على

التعاطف مع الآخرين في هذه المرحلة مع زيادة حاجته إلى الاستقلالية، والخصوصية والانفراد. **(العراقي، 2016، ص 22-21)**

خلال هذه المرحلة تبدأ الغدد الجنسية، بأداء وظيفتها مع نضج المراهق الكافي، وتتميز هذه المرحلة بظهور العادة الشهرية عند الإناث. وزيادة إنتاج الحيوانات المنوية عند الذكور. **(الزغبي، 2011)**

تتميز المرحلة بوجود العديد من التغيرات على المستوى: النفسي، البيولوجي، العضوي، المعرفي، العقلي، وكذا المستوى الإنفعالي، الوجداني، وعلى المستوى السلوكي. أما على المستوى البيولوجي العضوي تحدث تغيرات التي تحدث على مستوى إفراز الغدد في جسم الإنسان سواء ذكر أو أنثى. تمهيدا للبلوغ الجنسي. وهذا بدوره يؤثر على الجانب المعرفي، الوجداني، السلوكي في شخصية المراهق، فتجده يميل إلى الاستقلالية، مع رغبة في التحرر. **(حربوش، 2018، ص 401)**

3-2-مرحلة المراهقة الوسطى:

تمتد هذه المرحلة من سن 15إلى سن 17 سنة تقريبا، تمتاز هذه المرحلة بشعور المراهق بالاستقلالية وفرض ذاته، مما يجعله يعيش صراع ونزاع دائما مع العائلة، رافضا الانصياع لقيم العائلة.

كما يقوم بتجريب كل ما تم منعه منه من طرف الأهل: التدخين، الكحول، السهر خارج المنزل لساعات متأخرة، الاحتكاك بالأفراد المنحرفين كنوع من جلب الانتباه، مع فرض رأيه الخاص. تتميز هذه المرحلة أيضا بحب المجازفة، والمخاطرة، ويعتمد المراهق في هذه المرحلة في الحصول على الدعم والنصيحة من طرف الاصدقاء المقربين منه. مما يتوجب على الآباء التفهم أكثر في هذه المرحلة لأولادهم.

3-3-مرحلة المراهقة المتأخرة:

وتمتد من سن السابعة عشر حتى سن العشرين، كما يطلق عليها مرحلة ما بعد البلوغ. حيث أصبح للفرد القدرة على أداء الوظائف الجنسية، بشكل كامل، مع نضج أعضاءه التناسلية واكتمال وظائفه العضوية. **(الزغبي، 2010، ص 22)**

في هذه المرحلة يستطيع المراهق العمل باستقلالية، رغم اهتمامهم بقضايا تتعلق بالهوية، والشعور بثقة أكثر، اتجاه قراراتهم، شخصيتهم، مع تكوين مفاهيم مجردة لدى المراهق كالخير والشر، الدين، وتجديد أهدافه المستقبلية، متجها نحو مرحلة الرشد. **(العراقي، 2016، ص 23)**

4-أنواع المراهقة:

ليس هناك نوع واحد من المراهقة فلكل مراهق نوع خاص به: حسب الظروف الجسمية، النفسية، البيئية، فللمراهقة أربعة أشكال يمكن تلخيصها كما يلي:

1- مراهقة سوية:

تكون هذه المرحلة عند المراهق كأي مرحلة عادية، يكون النضج الفكري بشكل واضح، كما تتميز بالهدوء، الاستقرار، الاتزان العاطفي، غياب العنف، التوتر، والانفعالات، التوافق الدراسي، التوافق الوالدي، التوافق مع الجماعة، تقدير الذات. **(النجار، ب.س، ص17)**

2- المراهقة الإنسحابية (المنطوية):

يتميز هذا النوع من المراهقة: بالانطواء، الشعور بالنقص، الانسحاب من الأسرة والمجتمع، التردد، السلبية.

يتميز المراهق الانطوائي الميل لكتابة المذكرات، النقد، التفكير المتمركز حول الذات، مشكلات الحياة، أحلام اليقظة، ممارسة العادة السرية، عدم ممارسة الرياضة، وقد يرجع أسباب ذلك إلى ممارسة التسلط الوالدي، أو فرط الحماية. **(النجار، ب.س، ص 18)**

3- المراهقة العدوانية: (المتمردة):

وتتسم بالتمرد على الأسرة، وكل ما هو سلطة أبوية، مدرسية، مع ميله للانحراف الجنسي، العدوانية اتجاه الإخوة وزملائه، العناد والانتقام خاصة من الوالدين، تحطيم الأدوات المنزلية، التبذير، قراءة الروايات والمغامرات، أحلام اليقظة، التأخر في النتائج الدراسية.

وترجع أسباب هذا النوع التربية الضاغطة، الإحباطات المتكررة، عدم وجود علاقات مع الأصدقاء أو الأسرة، ضعف المستوى الاجتماعي، والاقتصادي للأسرة، الفوضى، عدم التوافق الاجتماعي، البعد عن المعايير الاجتماعية والأخلاقية للمجتمع.

وعموما ترجع أسباب هذا النوع من المراهقة إلى الصدمات العاطفية، سوء معاملة الوالدين ويعتبره البعض في عداد الجريمة، أو المرض العقلي، أو المرض النفسي. **(النجار، بس، ص 18)**

5-خصائص النمو في مرحلة المراهقة:

تتميز مرحلة المرهقة بعدة خصائص في النمو من جميع النواحي:

أ: من الناحية الجسمية:

تتميز مرحلة المراهقة بسرعتها في نمو الجسم، كما يتميز النمو بعدم الانتظام، لذا نجد التوافق العضلي والعصبي يكون مضطربا وغير موثوق فيه، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى وقوع المراهق في نتائج يصعب تحملها.

تتميز مرحلة النمو الجسمي بكثرة الإصابات، أثناء الحركة واللعب، ويصحبه اضطرابات في الغدد كما يزداد معدل النمو عند الذكور ويستمر حتى سن الثامنة عشر، أما عند الإناث فيستمر إلى سن السادسة عشر. يكون هناك نمو للعضلات عند الذكور، مقارنة بالفتيات فيكون اتساع في الحوض، تهيؤا لعملية الولادة والحمل. **(الرفاعي، 2014، ص 12)**

يتم النضج الهيكلي في نهاية مرحلة المراهقة، نتيجة التغير في الطول، الوزن، العرض، والعديد من الصفات. كما تعتبر هذه التغيرات التي تحدث في جسم الإنسان خلال فترة النمو جد هامة. تكون زيادة طفيفة في الطول عند كل من الذكور والإناث ويكون الذكور أطول من الإناث في الغالب مع زيادة الوزن عند الجنسين، في حين أن نسبة الوزن عند الإناث أكبر منه عند الذكور. وعموما يكون هناك يكون النضج في الجسم جد واضح، حيث تتحسن ملامح الوجه وتستقر ملامحه، فيكون اعتدال في حجم الأنف، زيادة حجم الفك، خلال سن السابعة عشر.

ففي نهاية مرحلة المراهقة تظهر الأضراس الأربعة التي تعرف بأضراس العقل. كما أن هناك عادات أخرى: كعادات التغذية، التدريب الجسمي، الراحة، النوم، العمل، الدراسة. وآثارها على عملية النمو في مرحلة المراهقة. **(مختار، بس)**

ب-النمو الفيزيولوجي:

يظهر على المراهق في المرحلة عدة تغيرات، نمائية واضحة من حيث: الوزن، الطول، العضلات، وغيرها من الظواهر الجديدة التي تكون مصاحبة للنمو. **(الحافظ، 1981، ص 48)** وتتمثل أهم مظاهر النمو الفيزيولوجي في مرحلة المراهقة كما يلي:

-نمو المعدة: زيادة في حجمها، زيادة القدرة على الهضم، ويظهر هذا عند المراهق من خلال زيادة تناوله للأطعمة بكمية كبيرة.

-يزداد حجم القلب وقدرته على تزويد خلايا الجسم بما يلزمها من الطاقة، حيث يرتفع ضغط الدم من 120 ملم في بداية المرحلة.

-نمو الغدد الجنسية: نمو الغدد الجنسية عند الفرد المراهق الذكر بقدرته على إفراز الحيوانات المنوية. بينما عند الإناث من خلال إفرازها للبويضات متبوعة بدم الدورة الشهرية.

الغدد النخامية: تقع أسفل الجمجمة، وهي المسئولة عن تنظيم النمو، ولها تأثير على بقية الغدد، ولها دور في إدرار الحليب، توزيع الأملاح، تنظيم طاقة الجنس، إعطاء صفات الجنس الغدد الصماء: تتكون من عدة غدد في جميع أنحاء الجسم: الغدة النخامية، تحت المهاد، الصنوبرية في الدماغ، والغدة الدرقية في الرقبة وجارات الدرقية، بينما تقع الغدة الزعترية بين الرئتين، والكظرية أعلى الرتين، بينما يقع البنكرياس خلف المعدة. **(الشيباني، 2000، ص 204-205)**

ج-النمو العقلي والمعرفي:

من أبرز خصائص النشاط العقلي في فترة المراهقة، التركيز على نشاط معين كأن يتوجه للدراسات العلمية أو الأدبية، بدلا من تنوع في النشاط والاهتمام، وزيادة قدرته على التركيز، بعد أن كانت قدرته محدودة، مع زيادة قدرته على النمو والتعلم. كما يصبح كذلك تذكره قائم على أساس الفهم، وعلى أساس إدراك العلاقات القائمة بين عناصر الموضوع الذي يتذكره.

ففي مرحلة المراهقة يصل المراهق إلى مرحلة التفكير التجريدي أي يصبح له القدرة على التفكير التجريدي، أي يصبح له القدرة على التفكير باستخدام العمليات الصورية أو الشكلية: كما يسميها العالم بياجي: operation formal. فالعمليات الصورية من خلالها يصبح المراهق، يفكر بأكثر مرونة حول البيئة التي يعيش فيها، مع فهم العموميات المجردة من حوله: كالحرية، العدالة، مع إمكانية إدراك المميزات الداخلية للأشياء. فلا يتوقف التفكير عند حدوث الخصائص الخارجية التي يحكمها الإدراك الحسي فقط، وبالتالي أصبح للمراهق طرق حل المشكلات كما يستعملها الراشد.

كما يتميز المراهق بالقدرة على القيام بعمليات التفكير المنطقي، مع القدرة على تصور الأشياء دون ربطها بالواقع المادي، كما تتميز هذه المرحلة أيضا بمرونة في التفكير، وتجريده، مع القدرة على بناء الفروض واختبارها والبرهان على صحتها، والقدرة على الوقوف على الحلول الممكنة للتوصل إلى قاعدة عامة. **(الدمر، ب.س، ص 149)**

يرى بياجي أن أثناء مرحلة العمليات الشكلية التي تكون بداية من سن 12 سنة أن المراهق ينتقل إلى مرحلة ما بعد الماديات والخبرة الفعلية. حيث يبدأ المراهق بالتفكير بالمصطلح المنطقي، فيصبح قادر على التأمل الذهني والتفكير بما يفكرون به. ويستطيع استخدام المنطق الافتراضي المنظم في حل المشكلات، والتوصل إلى استنتاجات، يستطيع استخدام التفكير الاستقرائي. من خلال وضع عدد من الحقائق معا وبناء نظريات على هذا الأساس. كما يصبح بإمكان المراهق العمل بالتفكير الاستدلالي في التجريب العلمي، وإثبات النظريات، القدرة على استخدام الرموز الجبرية، واللغة كرموز والتفاعل الاجتماعي، كما يزيد من المهارات المعرفية. **(شريم، 2009، ص 54) بتصرف**

والمرحلة المجردة أو الفترة الإجرائية الصورية تبدأ منذ سن الثالثة عشر وفي هذه المرحلة يبدأ الفرد بالتفكير بالمجردات، ويتابع افتراضات منطقية ويصبح لديه القدرة على التعليل بناء على فرضيات. فيصبح بإمكان المراهق عزل عناصر المشكلة والقدرة على معالجة كل الحلول.

تناول بياجي piaget: النمو المعرفي لدى المراهق ضمن نظريته الشهيرة للنمو المعرفي، ضمن ثمان أنواع من النمو نتيجة لعملية التفكير عند المراهق.

1- الربط بين المتغيرات: يتضمن هذا المفهوم عملية منظمة عامة، حيث يمكن استعماله في توليد المفاهيم عن كل الأزواج، لكل اندماج حاصل مثل دمج الألوان، والتغير والتنوع في الانتظام، أو تجميع النوعيات أو المشاريع.

2- التناسب: يتمثل في القدرة على التعامل مع المساواة بين اثنين من العناصر كما في إدارة تجربة متوازنة أو حلول معادلة.

3- التنسيق: ويكون بين نظامين.

4- التعادل الآلي: وهو مبدأ المساواة للفعل ورد الفعل، وهو مفهوم متعلق تماما بالتناسب.

5- الاحتمالية.

6- الترابط.

7- التعويض المضاعف: وهو نوع معقد من الحفظ يتضمن ثلاث أبعاد.

8- أشكال متقدمة من الحفظ: ولهذا التجريد مثل الخمول، والقوة، والدافعية، والطاقة ومفاهيم تصل إلى خلف الملاحظات التجريبية السريعة.

9- كما بينت دراسات بياجيه في النمو العقلي أن ربع المراهقين وثلث مجموع البالغين فقط يقدرون على الوصول إلى مرحلة العمليات الشكلية. **(واطسون، ليند قرين، 2004، ص 586)**

د-النمو الانفعالي:

تتميز الانفعالات في مرحلة المراهقة بانطلاقها، وتهور وعدم تناسبها مع المثيرات. عدم قدرة المراهق على التحكم فيها ولا في مظاهرها الخارجية، يظهر هذ التذبذب الإنفعالي، في التناقض بين سلوك الكبار والصغار مع سطحية الإنفعال.

كما يلاحظ عند المراهق نوع من التناقضات تتمثل في الحب، الكره، الشجاعة، الخوف، الإكتئاب، الإنعزال، الإجتماعية، الحماس من جهة اللامبالاة، مع محاولة المراهق تحقيق الإستقلال الإنفعالي: psychological weaning. الذي يعني الإستقلال الإنفعالي عن الآخرين أي تكون المشاعر والعواطف غير خاضعة للآخرين، وتكوين استقلال نفسي شخصي. **(وفيق، بس)**

وعموما يكون محور الانفعالات عند المراهق فيما يلي:

عدم الثبات الانفعالي وتقلبات في الانفعال.

اختلاف ردود الأفعال عند المراهق في نفس المواقف.

التناقض الانفعالي: تظهر على المراهق تصرفات متناقضة كالحب والكراهية.

الاستقلال الانفعالي: قصد تحقيق الذات.

الخجل: الانطواء والتمركز حول الذات، وذلك نتيجة التطور الجنسي، والشعور بالذنب، خاصة فيما يتعلق بالشعور اتجاه الجنس الآخر.

التردد: التردد في القرارات عند المراهق، إلا أن هذه الصفة غير ثابتة عند المراهق والتردد يكون نتيجة غياب الثقة في النفس، في بداية مرحلة المراهقة.

الخيال الخصب: من خلال الخيال يتخطى المراهق الحدود الزمانية والمكانية وللخيال فائدة رسم صور مستقبلية للمراهق، كأن ويستفيد منها في المستقبل. يتخيل نفسه طبيبا، أو محاميا، كذلك يساعد الخيال في تقسيم جموده وقدراته الحالية ويستفيد منها في المستقبل.

الحب: يعتبر الحب من أهم مظاهر الحياة الانفعالية للمراهق، فهو بحاجة لأن يكون محبوبا ومقبولا من طرف الآخرين. وأفراد عائلته، وأصدقائه والمحيطين به، مما يزيد ألفته ويجعل الاتجاهات النفسية أكثر إيجابية وكذلك شعوره بالقبول، مما يجعل المراهق يشعر بقيمة أكثر. وعموما فالانفعالات المراهق تتصف بعدم الثبات وتظهر لذلك أحيانا بعض سوء التوافق. **(رزق، 2016، ص 24)**

هـ-النمو الاجتماعي:

يتميز النمو الاجتماعي للمراهق خلال هذه المرحلة، باتساع دائرة العلاقات الاجتماعية واتصالاته مع الآخرين، كما تزداد أهمية العلاقات الاجتماعية لدى المراهق، مع تأثير هذه العلاقات في سلوكه بشكل كبير، فعن طريق هذه العلاقات تكتسب القيم، المعايير الاجتماعية، أثناء تفاعله واتصاله مع زملائه، في المدرسة، الحي، حيث يكون تأثير متبادل. فتزداد قدرته على التمييز بين حاجاته الفردية، وحاجات الجماعة، التي ينتمي إليها نتيجة إدراكه لذاته وتطوره المعرفي. تتميز هذه الفترة عند المراهق بالمنافسة بين زملائه ن باحثا عن مكانته الاجتماعية بين زملائه، من خلال التفوق الدراسي، النشاط الرياضي، أو الفني.

كما تزيد خبرت والشعور بالذاتية والقدرة على الاستقلال نتيجة ما اكتسبه في النمو العقلي الاجتماعي. فتزداد أهمية المدرسة عند المراهقة في هذه المرحلة كونها أحد المصادر للحصول على المكانة الاجتماعية. بما أنها تضمن له العديد من النشاطات، والتفاعل الاجتماعي، الأمر الذي يساعد على التعاون، الاتصال، اكتمال النضج وعليه يزداد شعوره بالأمن. **(كماش، ب.س، ص 135)**

6-أهمية دراسة المراهقة:

تعتبر المراهقة حلقة وصل بين الطفولة والرشد، يتجدد من خلالها الطريق الذي سلكه المراهق. تعتبر مرحلة المراهقة المرحلة الاي يبدأ فيهل المراهق بالتفكير في عمل معين أو تبني فكر سياسي أو ديني معين.

تعتبر مرحلة المراهقة مرحلة التوجيه الصحيح، قصد إعداد فرد صالح في المجتمع تعتبر مرحلة المراهقة مرحلة جد حساسة من عديد النواحي: الاجتماعية، العلائقية، التفاعلية خاصة مع الوالدين، مع اكتساب المراهق المسئولية الاجتماعية كعضو جديد في المجتمع.

في هذه المرحلة يتجه تفكير المراهق نحو الزواج وبناء أسرة، وما ينجم عنه من: أطفال، مسؤولية اتجاه الأسرة وعموما فلدراسة المراهقة أهمية كبيرة، لكل من يتعامل مع المراهقين، كالمدرسين، والدين.

فدراسة المراهقة تمكننا من فهم المراهق، كما يسهل التعامل معه، وهذا قصد جعل المراهق يحظى بصحة نفسية، تنعكس بدورها على المجتمع بإيجابية.

وعموما ففترة المراهقة فترة جد متميزة من حيث شدة انفعالاتها أو ضعفها باختلاف الأفراد واختلاف بيئتهم السوسيو ثقافية. فهي مرحلة متميزة من النمو والتطور يشمل كل من الجانب النفسي، الاجتماعي، العضوي. **(الزغبي، 2010، ص 23)**

7-مفهوم مظاهر السلوكيات الصحية:

يعتمد السلوك الصحي على ما يتبعه، الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض، أو تجنب حدوثها، وهذا بشمل أنماط من السلوكات التي تكون ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة.

يرى جوشمان Gochman: السلوكات الصحية هي مجموعة من الصفات تتمثل في المعتقد، الدافع، القيم، والتصورات، العناصر المعرفية بما فيها الخصائص الشخصية والحالة النفسية. وكل ماله علاقة بالصحة من عادات، تدخل في المحافظة على الصحة من أجل استعادتها وترقيتها. **(Maddock, 2008)**

ويرى hubley: بأنه الإجراءات التي يتخذها الأشخاص الأصحاء لأنفسهم أو للآخرين من أجل تعزيز الصحة، والوقاية من الأمراض تتمثل في ممارسة الرياضة، الممارسة الصحية، التوقف عن السلوكات الغير صحية كالتدخين، الإفراط في تناول الكحول، السياقة الخطيرة. **(حربوش، 2021، ص 108)**

8-تصورات الصحة لدى الطفل والمراهق:

قبل التطرق إلى تصورات الصحة لدى الطفل والمراهق، ضمن سيرورة التربية الصحية، نتطرق إلى تحديد مفهوم التصور الاجتماعي.

فحسب سيرج موسكو فيتشي (1961): التصور نظام من القيم والأفكار والممارسات، تقيم وظيفة مزدوجة. تتمثل في إنشاء نظام من شأنه تمكين الأفراد من قيادة أنفسهم، في عالمهم المادي والاجتماعي، وإتاحة حدوث اتصال بين أفراد المجتمع الواحد. **(Moscovici, 1973)**

8-1-إدراك الصحة:

إن إدراك الصحة لا يظهر في نهاية المراهق، بحكم أن الأفراد يفضلون الإشباع الفوري لرغباتهم، معتبرين بذلك أن الصحة أمر مرتبط بعوامل خارجية، مما يجعلهم أقل اهتمام بالعمليات التحسيسية المتعلقة بالصحة. فالصحة غير الجيدة لا تدرك عند المراهق كمرض، فبالنسبة للمراهق هي انعدام الرفاهية. وكونه بصحة غير عادية ن مرتبط بارتباط عاطفي وعلائقي، فبالنسبة للمراهق ألا يكون مريضا هو انعدام التواجد في المستشفى، أو تناول أدوية، أو الخضوع للعلاج.

وعموما لا توجد تمثيلات جيدة وأخرى سيئة في حياة المراهق، كما تتأثر التمثيلات الصحية لدى المراهق بشكل قوي، بثقافة البلد الذي يعيش فيه، فما هو تمثيل صحي في بلد لا يكون كذلك في بلد آخر. **(حربوش، 2018، ص 412)** كما يعتبر موسكو فيسي: التصورات الاجتماعية همزة وصل بين الفرد والمجتمع، علما أن لكل مجتمع نظامه الخاص به من جملة العادات والتقاليد. كما أنها تشير إلى شكل من المعرفة الخاصة، معرفة المعنى المشترك الذي من خلاله يوضح عمليا منتجا وظيفيا، اجتماعيا كما أنها تشير إلى معرفة اجتماعية. **(ابن شوفي، 2019، ص 19-32)**

9-مشكلات الصحة النفسية لدى المراهقين:

تعد الصحة ذات أهمية بالغة سواء على الصعيد الفردي أو المجتمعي فهي تساعد على خلق حياة متوافقة خالية من التوترات، والصراعات التي يعيشها الفرد المراهق في مواجهة الأزمات والإحباطات والإرشاد إلى كيفية التعامل معها بكيفية صحيحة.

9-1-المشكلات الجسمية والفيزيولوجية لدى المراهق:

تكون نسبة الإصابات بالأمراض المختلفة، بشكل كبير في مرحلة ما قبل المدرسة وتستمر حتى المراهقة هذا في الغالب، وتكون هناك استثناءات متمثلة في الجهاز الهضمي، منطقة الحوض خلال مرحلة الطفولة المتوسطة وتصل الحد الأعلى عند الأطفال بعمر 10سنوات. ثم تنخفض إلى عمر 16 سنة. وتحدث الأعراض من هذا النوع، وبشكل غير منتظم وخاصة عند الإناث، وتصل الحد إلى الحد الأعلى لعمر 11سنة. ثم تنحدر قليلا ثم تعود إلى الارتفاع إلى غاية سن ال 18سنة. **(واطسن وليندرجرين، 2004، ص 583)**

عام 1975: قامت وزارة الصحة الأمريكية باستطلاع عن صحة المراهق، فتبين أن نصف المراهقين لهم شكاوى مما يلي: حب الشباب، الأرق، العصبية، التي يحتمل أن تنتج عن اضطرابات

عاطفية، كما تبين أن 24% أقل بكثير من الوزن الطبيعي، 20%تجاوز الحجم الطبيعي، ليتضح أن مشاكل الصحة الجسمية، أكثر حدة خلال مرحلة المراهقة من خلال الطفولة. **(واطسون وليندجرين، 2004، ص 585)**

9-2-مشكلات الصحة النفسية لدى المراهقين:

يعد مشكل الصحة النفسية لدى المراهق، من الأمور الصعب الحكم عليها، فما يعد مشكلة في مجتمع معين، يعد سلوكا سويا في مجتمع آخر، أو حتى في المجتمع الواحد نفسه. تتمثل هذه المشكلات فيما يلي:

9-2-1-القلق والتوتر النفسي:

يعتبر القلق من بين الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعا، علما أنه هناك فرق بين القلق الموضوعي والقلق الهائم أو المرضي. فالقلق الموضوعي يكون مربوطا بموضوع معي: كالقلق من الامتحانات، في حين القلق المرضي يحتاج تدخل طبي، وتشمل الأعراض النفسية ما يلي: العصبية والتحفز والخوف وعدم الإحساس بالأمان. أعراض فيزيولوجية جسمية، خفقان القلب، ارتجاف الأطراف، ألام الصدر، برودة الأطراف، اضطرابات المعدة، صعوبة في التركيز والتفكير، وهذا يكون له أثر سلبي على التحصيل الدراسي، أو العملي. **(أبو دلو، 2009، ص 131)**

9-2-2-الخوف الاجتماعي:

وهو خوف من التواجد في المواقف الاجتماعية، التي تعتبر عادية للآخرين ويحدث للمريض ارتباك. وإحراج من تواجد أمام الآخرين والتفاعل والتحدث معهم، أو إجراء مقابلة مع شخص ذو مسؤولية، أو الأكل والشرب أمام الآخرين، أو إقامة الصلاة، أو إلقاء درس، ويتمثل الخوف في الشعور الدائم بمراقبة الآخرين له، وهذا مايؤدي إلى تعرض علاقات المريض، الاجتماعية، والعملية إلى التأثر والتدهور. **(أبو دلو، 2009، ص 133) بتصرف**

9-2-3-الإحباط:

الإحباط من المفاهيم التي تناولتها الصحة النفسية، أو تلك التي تتناول تفسيرا للدينامية النفسية للأفراد، فالإحباط يكون في حالة ما وجد فرد عائقا أو عقبة تمنعه من إشباع دافع أو مجموعة من الدوافع، وهو أيضا تلك الحالة الانفعالية التي يعيشها الفرد، أو يواجه ما يحول بينه وبين إشباع دوافعه. **(عبد الغفار، 2007، ص 90)**

9-2-4-الإكتئاب:

يعتبر الاكتئاب حالة مرضية نفسية، تصيب الكبار إلا أنه تصل في بعض الحالات إلى 10% من مجموع الأطفال في سن المدرسة، أكثرهم في مرحلة المراهقة وأغلبيتها فتيات بين 14-17 سنة.

إلا أن الاكتئاب لا يظهر عموما عند الأطفال، كما يظهر عند فئة الكبار. إلا أنه يأخذ أشكالا متعددة ومتنوعة في الشدة، العمق، مدته الزمنية، الأسباب المفجرة، التي كانت تتسبب في ظهوره. **(قاسم، 2021، ص 1)**

9-3-المشكلات المرتبطة بتطور الحياة الجنسية:

تلعب الاختلافات الثقافية والاجتماعية والدينية دورا في الامتناع عن ممارسة الجنس. ووفقا لتقرير المنظمة الأمريكية، وكالة التنمية الدولية بعنوان الصحة الإنجابية والصحة الإنجابية والصحة الجنسية للشباب:

معدل امتناع النساء عن ممارسة الجنس في إفريقيا يتراوح بين 34 % في الكونغو. 96 % منهن في أريتيريا. إثيوبيا، السنغال. إلا أن وباء فيروس نقص المناعة المكتسبة، (الإيدز) مازال منتشرا.

وفي دراسة أخرى أن الواقع مختلف في إفريقيا وآسيا، فإن 25%، من الشباب استخدم وسائل منع الحمل، وكان استخدامها أيضا أكثر شيوعا بين الفتيات الأكبر سنا.

يكتسب المراهق معلومات متعلقة بالجنس والتي تكون غالبا غير صحيحة ويمكن أن يكون لها تأثير سلبي على حياة المراهق. **(kanuga M, Rosenfeldw D, 2004)** كما يكون هناك خطر الإصابة على المراهق من جراء الاتصال الجنسي، أو الحمل الغير المرغوب فيه عند الإناث، وتكون نسبة الخطر أكبر عند المراهقين صغار السن لأن أدمغتهم لم تنضج بعد. **(berger, 2015)**

9-4-مشكلة تعاطي التبغ والكحول:

يعتبر التدخين من الآفات الأكثر تفشيا، لكثرة ضررها ومساوئها، على جميع الأصعدة المتعلقة بحياة المراهق، من الناحية: الصحية، النفسية، الاجتماعية، سواء عند الذكور أو الإناث. يرى العديد من العلماء أن التدخين عند المراهق، هو عبارة عن إثبات الذات والتحرر من السلطة الأبوية، أو الأسرية. طما تعتبر الظاهرة أكثر تفشيا عند الذكور. (رزق، **2018، ص 11)** أم الإدمان على الكحول عند المراهق يكون بالاقتران مع الصدمات وخاصة العاطفية منها، وصولا إلى مرحلة الاعتماد. يبدأ سلوك الإدمان بشرب الكحول على انفراد قصد الهدوء والاطمئنان، إلى أن يصبح المراهق مرتبطا بهذه المادة فتتراكم السموم في جسده حيث تضعف قدرته على الحكم وتضطرب ذاكرته وإدراك. وانتباهه وتؤثر على سلوكياته، مما يتسبب بحوادث عنف، اتجاه الذات، مع اضطراب في المزاج. **(ضدفلي، ب.س، ص 125)**

9-5-مشكلة العنف والإصابات عند الأطفال:

هناك العديد من الشراكات الدولية والحملات التعاونية على المستوى العالمي، للتصدي للعنف ضد الأطفال، بما فيها التنمر المدرسي، وعلى سبيل الذكر عن هذه الشراكات الدولية المنتشرة التي تساهم اليونيسكو فيها ما يلي:

"حملة تعلم بأمان" وهي حملة عالمية مدتها خمس سنوات، الهدف منها القضاء على العنف في المدارس. وتم إطلاق هذه الحملة في منتدى التعليم العالمي في يناير 2019. تعاونت اليونيسكو مع عدد من الشركات خلال 2019، تهدف إلى مكافحة التنمر الإلكتروني بين الأطفال. **(المركز العربي للبحوث التربوية، 2020، ص 24)**

وحسب تقديرات منظمة الصحة العالمية 2015، كانت أسباب الوفيات بين المراهقين هي العنف الجماعي، المشاكل القانونية، الإصابات في الطرق، الغرق، عدوى الجهاز التنفسي، العنف بين الأشخاص. **(منظمة الصحة العالمية، 2023)**

6-9-مشكلة سوء التغذية:

يكمن سوء التغذية في جمع صور نقص التغذية، نقص الفيتامينات، أو المعادن، فرط الوزن، السمنة، الأمراض المرتبطة بالنظام الغذائي. يعاني ما يقارب 1،9 مليار شخص من فرط الوزن، أو السمنة، في حين يعاني 462 مليون شخص من انخفاض الوزن.

في عام 2016: 45 %من وفيات الأطفال دون سن الخامسة بسب نقص التغذية، وتحدث معظم هذه الوفيات في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ويتعرض المراهقون بصفة خاصة لمخاطر سوء التغذية.

أفريل 2016: أعلنت الجمعية العامة للأمم المتحدة الفترة من 2016 إلى 2025 عقدا للأمم المتحدة للعمل من أجل التغذية ويعد هذا العقد فرصة غير مسبوقة للتصدي لجميع أشكال سوء التغذية. **(oms, 2021)**

10-العوامل السلوكية المؤثرة على الصحة:

هناك سلوكيات كثيرة من شأنها أن تأثر على صحة الفرد، سواء بالسلب أو الإيجاب وبالتالي يمكننا القول أن هناك سلوكات، محافظة على الصحة وسلوكات مهددة للصحة.

وسوف نتطرق إلى عديد العوامل السلوكية التي من شأنها أن تؤثر على صحة الفرد، بالإضافة إلى نمط الحياة وأسلوب الحياة وماله من تأثير على الصحة:

10-1-الإجهاد:

لم يظهر مصطلح الإجهاد حديثا، فكلمة stress اشتقت من الفعل اللاتيني stringere، الذي يعني ضيق على، ضغط، شد، أوثق، ومنه أخذ الفعل الفرنسي Etreindre، بمعنى طوق ذراعيه مؤديا إلى الاختناق، الذي يسبب القلق.

ولم تظهر كلمة stress في اللغة الفرنسية قبل القرن العشرين لكن بالمقابل استعملت في اللغة الإنجليزية على مدى قرون للدلالة على العذاب والحرمان والضجر. **(لوكيا، بن زروال، ص 7)**

يرى كل من كريستيان أجرابات، وأجرابات دلماس C. Agrapar M A Delmas أنه لا يوجد إجهاد بالمفهوم المرضي إلا إذا كانت الاستجابة مفرطة، أو سيئة التكيف، أو مؤلمة في حين يمكن أن يسبب، التعرض للمجهدات البسيطة ولكن بشكل متكرر الإجهاد المرضي. كما يضيفان أنه عند الحديث عن ظاهرة الإجهاد، لابد أن تراعى شدة العوامل المجهدة، وتكرارها وما يحدثه من استجابات لدى الفرد المجهد. فالإجهاد عند زيادته عن حده يتحول إلى تأثير سلبي على الفرد وعلى بيئته، فيصبح بذلك مصدر خطر قد يكون مدمرا للتوازن الطبيعي للفرد.

يتضمن الإجهاد: ثلاثة أنظمة هرمونية عصبية وفقا لنموذج سيلي: المحور الوطائي، الودي، الأدرينالي. وحسب هانز سيلي تنقسم متلازمة التكيف العامة للضغط أو الإجهاد إلى ثلاثة مراحل:

الأولى: مرحلة الإنذار، الثانية هي مرحلة المقاومة، حيث يتم إفراز الكورتيزول والمرحلة الثالثة: مرحلة الإرهاق التي تكون في حالة الإجهاد الحاد ن حيث يصبح الجهاز العصبي المركزي، أقل حساسية للجلوكورتيكويدات التي تطغى على الكائن الحي. **(Elena, 2008, P 50)**

وعموما كما سبق أن ذكرنا أطلق هانز سيلي أن الأعراض التي تظهر على العضوية "زملة التكيف العام" هذه الزملة تحدث من خلال ثلاث مراحل وهي:

المرحلة الأولى: "وتسمى الإستجابة للإنذار ALARM reponse، وفي هذه المرحلة يعيد الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث مجموعة من التغيرات على مستوى العضوية، والكيميائية، فيرتفع نسبة السكر في الدم ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني، فيكون الجسم في حالة استنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف. في هذه المرحلة يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي والغدد الأدريناليني بتعبئة أجهزة الدفاع في الجسم، وهذه التغيرات على مستوى العضوية، تكون مؤقتة ويعود الجسم إلى شبه حالته الأولى بعد اختفاء المثير، أما إذا استمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلى المرحلة الثانية.

مرحلة المقاومة: Resistance stage: تشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة، التي يكون الفرد فيها اكتسب القدرة على التكيف معها. تعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية، أو النفسجسمية وذلك خاصة عندما تكون قدرات الإنسان عاجزة على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف. عند

التعرض الدائم للضغط يؤدي إلى خلل في التوازن الداخلي مما يحدث مزيدا من الخلل في الإفراز الهرموني، مسببا الاضطرابات العضوية، فتظهر مجموعة من الأعراض الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية، دون أن يتسبب لها سبب عضوي.

المرحلة الثالثة: مرحلة الإعياء أو الإنهاك (استنفاذ الطاقة) Stage Exhaustion:

تحدث إذا استمر تعرض الفرد للضغط لمدة طويلة حت وصوله إلى العجز عن الاستمرار في المقاومة ويدخل فيما يسمى مرحلة الإنهاك، أو الإعياء ويصبح عاجزا عن التكيف بشكل كامل وفي هذه المرحلة تضطرب الهرمونات والغدد وتنقص مقاومة الجسم فتكون إصابة الفرد بالأمراض المزمنة: مما قد يؤدي به إلى الوفاة. **(عبد الرحمن، 2012، ص 10)**

10-2-نمط الشخصية:

حسب نظرية الأنماط أن كل فرد له سمات سلوكية خاصة في كيفية تعامله مع الضغوط ومن هذه الأنماط النمط- أ- personality Type A، والنمط ب TYPE B personality، والنمط ت TYPE T personality.

ويضيف زيميار دو وفيبر (1997): أن الشخص ذو النمط السلوكي –أ- يقوم بعدة أشياء في نفس اللحظة، وعدم الرضا عن الكثير من جوانب حياته، يتميز بالسرعة والدقة، والمسارعة مع الوقت، وهذا يساعده في عمله والعلاقات البيئية والشخصية. **(اسماعيل، 2004، ص 88)**

يرتبط نمط الشخصية A، بمرضى الشريان التاجي وذلك على عكس نمط الشخصية B التي هي أقل الفئة المستهدفة. وأنماط الشخصية A وB من أوائل الأنماط التي قدمها عالما القلب فريدمان Friedman، وروزينمان rosenman، (1959، 1984) ويتصف سلوك نمط الشخصية A، ب: قلة الصبر، التعصب، زيادة القدرة التنافسية، الإصرار على تحقيق أكبر إنجاز في أقل وقت وزيادة الشعور العدائي.

حيث يتميز نمط الشخصية B: بالاسترخاء، والميل بالقيام بالأعمال السهلة والتعاون.

في حين نمط الشخصية C: لاحظ ألبري وميناقو عام 2008: أن الباحثين حددوا مجموعة من السمات الشخصية المرتبطة بزيادة الإصابة بالأورام السرطانية، وقد سميت هذه المجموعة بنمط الشخصية C. يتصف الشخص ذو نط الشخصية C: بأنه متعاون، عطوف يتميز بالسلبية وضعف الثقة مع الذات، ومضح بذاته، مع كبت مشاعره.

وأوضح شافير chaffer وزملائه 1987 أن الأفراد الذين يكبتون مشاعرهم، هم أكثر عرضة للأورام السرطانية. وعموما يمكن للعوامل النفسية أن تؤثر في تطور المرض في وجود أنماط معينة من الشخصية تكون مهيأة للإصابة بأمراض خاصة. **(تايلور، 2008، ص 41-42)**

خلاصة الفصل الثالث.

يتضح من حلال الفصل الثالث أن الإدراك يلعب دورا حاسما في كيفية فهم الأفراد لمحيطهم، مما يؤثر بشكل مباشر على سلوكهم وتكيفهم مع الظروف المحيطة. إن الإدراك ليس مجرد عملية حسية، بل هو مسار معقد يتداخل فيه العديد من العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية. إن فهم العلاقة بين الإدراك والصحة يمكن أن يسهم في تطوير برامج تعليمية وصحية أكثر فعالية، تسعى لتعزيز الوعي الصحي وتطوير مهارات التكيف، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة للأفراد والمجتمعات على حد سواء.

وتُعد مرحلة المراهقة فترة حرجة تتسم بالتغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية، حيث يتطور الأفراد من الطفولة إلى مرحلة البلوغ. خلال هذه الفترة، يواجه المراهقون تحديات عديدة تتعلق بالهوية، العلاقات الاجتماعية، والضغط النفسي. إن الإدراك في هذه المرحلة يلعب دورًا محوريًا في كيفية تعامل المراهقين مع هذه التغيرات والتحديات. بالتالي، يجب على الأهل والمربين والمجتمعات توفير بيئة صحية تدعم المراهقين في تطوير إدراك صحي متوازن. من خلال تعزيز الوعي بالصحة النفسية والجسدية، يمكن مساعدة المراهقين على اتخاذ قرارات إيجابية تؤدي إلى مستقبل أفضل. إن فهم هذه المرحلة بشكل عميق يمكن أن يسهم في تعزيز رفاهية الأفراد والمجتمعات.

الجانب

التطبيقي

الفصل الرابع:
الإجراءات المنهجية
للدراسة

1-الدراسة الاستطلاعية:

1-1-المنهج المستخدم:

منهج البحث العلمي هو عملية منظمة لتقصي الحقائق والفرضيات عن طريق إتباع مجموعة من المناهج المعتمدة، التي توصل الباحث لنتائج تؤكد صحة الحقائق وتَقيس مدى قابليتها للتطبيق، أو تُثبت الفرضيات، أو تنفيها، أو تعدلها **(قاسم، 1999، ص 247)**

وعليه تم في هذه الدراسة الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، وهو المنهج المناسب لإشكالية الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها، وكما تم تحديد هذا المنهج من خلال الدراسات السابقة التي اعتمدته، فهو يعتمد على وصف الظاهرة وتحليلها عن طريق وسائل وأدوات البحث العلمي من أجل الإجابة على التساؤلات والتحقق من الفرضيات.

1-2-عينة الدراسة الاستطلاعية:

لقد أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة مقدرة ب 30 تلميذا بالثانوية بهدف ضبط أدوات الدراسة المتمثلة في الاستبيان والعمل على حساب ثبات الأداة من أجل استخدامها وتوزيعها على العينة النهائية.

2-الدراسة الأساسية:

2-1-مجالات الدراسة:

2-1-1-المجال المكاني:

أجريت هذه الدراسة في أربع ثانويات ببلدية المسيلة وتتمثل في ثانوية زغبة الدراجي، ثانوية ثانوية جابر بن حيان، ثانوية عبد المجيد علاهم، ثانوية عبد المجيد مزيان.

2-1-2-المجال الزماني:

الفترة الزمنية لهذه الدراسة من 26 نوفمبر 2023 إلى غاية 30 مارس 2024. وهذه الفترة تضمنت الدراسة الاستطلاعية والدراسة النهائية.

2-2-أداة جمع بيانات الدراسة:

2-2-1-الخطوات الخاصة ببناء أداة الدراسة:

لبناء استمارة الدراسة قام الطالب بما يلي:

تم الاعتماد على مقياس إدراك الصحة العامة Scales for Measuring General Health Perceptions لصاحبه John E. Ware Jr هذا المقياس يتضمن ثمانية أبعاد لإدراك الصحة من خلال 32 بندا على أداة استبيان موحدة مصممة للإدارة الذاتية، وهي استبيان إدراك الصحة (النموذج الثاني). تقيس هذه الأبعاد إدراك الأفراد لصحتهم السابقة وصحتهم الحالية وتوقعاتهم بشأن صحتهم المستقبلية وقدرتهم على مقاومة الأمراض أو تعرضهم لها، ومستوى قلقهم واهتمامهم بالصحة، واتجاههم نحو الإصابة بالمرض وموقفهم من اللعب بدور المريض، بالإضافة إلى موقفهم تجاه زيارة الطبيب. *(أنظر قائمة الملاحق الخاصة بمقياس إدراك الصحة)* أظهرت اختبارات الميدان أن هذه المقاييس صالحة وموثوقة وثابتة مع مرور الوقت للسكان المتنوعين. يُوصى باستخدام هذه المقاييس في الدراسات التي تتطلب قياسات عامة للصحة. ويتم تقديم اقتراحات لأبحاث مستقبلية.

فقد قمنا بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وقمنا بمنحه لمجموعة من الأساتذة الجامعيين من أجل تحكيمه وتقدير مدى صدقه.

وكما تم وضع مفتاح للاستبيان لكل المتغيرات، وهذا بإعطاء الاختيارات درجات من 1 إلى 3 التي صيغت وفق طريقة 'ليكرت' كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 2: مفتاح الاستبيان لمتغيرات الدراسة.

الاختيار	الدرجة
صحيح جدا	3
صحيح نوعا ما	2
ليس صحيحا أبدا	1

والجدول التالي يوضح مستويات الاستجابة وتقدير درجات الاستجابة كالتالي:

الجدول رقم 3: مستويات الاستجابة وتقدير درجات الاستجابة.

المستوى	تقدير الدرجات
منخفض جدا	1.66−1
منخفض	2.32−1.67
متوسط	3.00−2.33

المصدر : **Alonazi et al, 2019, P 628**

وقد تم الحصول على هذه القيم من خلال طرح أكبر قيمة في المقياس المعتمد وهي 3 من أصغر قيمة في المقياس المعتمد وهي 1، تقسيم الناتج على عدد التكرارات وهو 3 والنتيجة هي كالتالي:

0.66 = 3/2 = 1-3

وقيمة 0.66 نقوم بإضافتها على التوالي حتى نصل إلى أكبر قيمة في القياس المعتمد وهي 3. **(حمادوش وبغول، 2017، 19-20)**

وبالنسبة للمقياس الثاني وهو خاص بسلوكيات الخطر للباحثة سمية حربوش وهو ضمن دراسة البروفيل الصحي للمراهق الجزائري سنة 2018، والتي اعتمدت على هذه الأبعاد:

-الشعور بالرفاهية؛

-سلوك التغذية؛

-عادات النوم؛

-السلوك البدني والخمول؛

-سلوك التدخين؛

-شرب الكحول؛

-استهلاك المخدرات؛

-سلوك القيادة.

ولكن في الدراسة الحالية تم الاعتماد على الأبعاد التالية فقط والمتمثلة فيما يلي:

-الشعور بالرفاهية؛

-سلوك التغذية؛

-عادات النوم؛

-السلوك البدني والخمول؛

-سلوك التدخين؛

-سلوك القيادة. *(أنظر قائمة الملاحق الخاصة بمقياس سلوكيات الخطر)*

أما أسئلة الأبعاد المتمثلة في: استهلاك المخدرات، شرب الكحول، لكون في الدراسة الاستطلاعية تم رفض الإجابة عليها من طرف عينة الدراسة الاستطلاعية.

2-2-2-الخصائص السيكوميترية لأداة الدراسة:

2-2-2-1-صدق المحكمين:

لمراعاة صدق الأداة، قمنا بحساب صدق المحتوى باعتباره أكثر أنواع الصدق من حيث الاستخدام، وتأكيد الباحثين على أهميته، فقمنا بعرض المقياس (الأداة) على مجموعة من الأساتذة في صورته الأولية، وتكونت العينة من الأساتذة الجامعيين وعددهم (6).

قمنا بحساب نسبة صدق المحتوى لأداة الدراسة حسب المتغيرات باستعمال معادلة Lawshé والتي مفادها:

$$CVR = \frac{n-I}{N}$$

حيث: CVR هو نسبة صدق المحتوى.

n هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند "أساسي" Essential أو "مهم، ولكن ليس أساسيا" Important, but not Essential.

I هو عدد المحكمين الذين يعتبرون البند "ليس له صلة بالموضوع" Irrelevant.

N هو مجموع المحكمين. **(حمادوش، 2022، ص 52)**

حيث أسفرت نتائج المعادلة الإحصائية أن نسبة صدق المحتوى لمتغير إدراك الصحة تساوي (100 %)، أي أن 100 %، من المحكمين أكدوا على أن البنود تقيس المتغير. وعلى اعتبار أن هاته النسبة أكبر من 60 %، أمكننا القول أن بنود المقياس صادقة فيما أعدت لقياسه.

2-2-2-2- صدق الاتساق الداخلي:

لمراعاة صدق الأداة، قام الطالب بحساب صدق الاتساق الداخلي باعتباره أكثر أنواع الصدق من حيث الاستخدام، وتأكيد الباحثين على أهميته، وتتمثل نتائجه كالتالي:

الجدول رقم (4) يبين: الاتساق الداخلي لمقياس إدراك الصحة.

البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية	البند	معامل الارتباط	الدلالة الاحصائية
01	.404	.027	**17**	.483	.007
02	.370	.044	**18**	.600	.000
03	**.332**	**.073**	**19**	.589	.001
04	.589	.001	**20**	.380	.039
05	.402	.028	**21**	.402	.028
06	.380	.039	**22**	.428	.018

07	.448	.013	**23**	.528	.003
08	.407	.026	**24**	.407	.026
09	.380	.039	**25**	.470	.009
10	.402	.028	**26**	.479	.007
11	.440	.015	**27**	.440	.015
12	.402	.028	**28**	.370	.044
13	.589	.001	**29**	.629	.000
14	.371	.043	**30**	.404	.027
15	.448	.013	**31**	.386	.035
16	.404	.027	**32**	.554	.001

بما أن قيمة r الجدولية تساوي 0.36 وذلك عند 0.05 وقد تم حسابها كالتالي عدد أفراد العينة ناقص 2 ونذهب للقيمة المتحصل عليها وهي درجة الحرية والتي عندنا هي 30 – 2 وتساوي 28، فقيمة r الجدولية في هذه الحالة هي 0.36 أي يجب أن تكون معاملات الارتباط المحسوبة لكل بند لمقياس إدراك الصحة أكبر من قيمة r الجدولية، وعليه فتحليل الاتساق الداخلي لمقياس إدراك الصحة يتبين ما يلي:

كل معاملات الارتباط أكبر من 0.36 وهي قيمة r الجدولية، وقد كانت قيمة الدلالة أقل من 0.05 و0.001، وبالتالي كلها متسقة داخليا وصادقة لما وضعت لقياسه، إلا فيما تعلق بمعامل الارتباط للبند الثالث "أنا مريض نوعا ما" بمعامل ارتباط يقدر ب 0.332 وقيمة الدلالة أكبر من 0.05.

2-2-2-3-الثبات:

لحساب ثبات الاستمارة تم استخدام معادلة ألفا كرونباخ، وللتأكد من هذه الخاصية تم الاعتماد على عينة متكونة من 06 أساتذة جامعيين، والجدول التالي يوضح قيم معاملات ألفا كرونباخ لكل متغير، وهي كالتالي:

الجدول رقم 5: معاملات ألفا كرونباخ لثبات الاستمارة في الدراسة الاستطلاعية لمتغيرات الدراسة.

قيمة ألفا	عدد الفقرات	المتغير
0.767	32	إدراك الصحة

من خلال الجدول السابق رقم (4-3)، بلغ معامل ألفا كرونباخ (0.76) وهو مرتفع ويفوق 0.60 وهذا ما يجعل من ثبات وموثوقية الأداة مرتفعة وصالحة للتطبيق وكما أنه مؤشر يدل على أن متغير الدراسة ذات ثبات عال.

3-تحديد حجم عينة الدراسة النهائية:

لتحديد حجم عينة الدراسة الأساسية، تم الاعتماد على معادلة Steven K. Thompson وهي كالتالي:

$$n = \frac{N \times p\,(1-p)}{[N-1 x\,(d^2/z^2)]+p\,(1-p)}$$

حيث أن:

N: حجم المجتمع.

Z: الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الدلالة 0.95 وتساوي 1.96.

d: نسبة الخطأ وتساوي 0.05.

p: نسبة توفر الخاصية والمحايدة = 0.50. **(حمادوش، 2019، ص 198)**

فبتطبيق المعادلة السابقة، فإن حجم عينة الدراسة n يساوي: 287.14

وبالتالي فإن حجم عينة الدراسة هو 287.

بما أن حجم المجتمع هو 1134 تلميذا في السنة الثالثة ثانوي، وحجم العينة المطلوبة هو 287، فقد تم توزيع 290 استمارة بطريقة عشوائية من أجل تمثيلها للمجتمع، فتم استردادا 135 استمارة فقط، لكون الاستمارات الأخرى لم يتم استرجاعها وبعض الاستمارات ليست صالحة للتحليل بسبب ملئها جزئيا فقط أو لا تتماشى مع أهداف الدراسة، ومنها وجدنا 110 استمارة فقط صالحة للتحليل، وبالتالي فإن نسبة عينة الدراسة الحالية النهائية هي 38.32 % من حجم العينة المطلوبة.

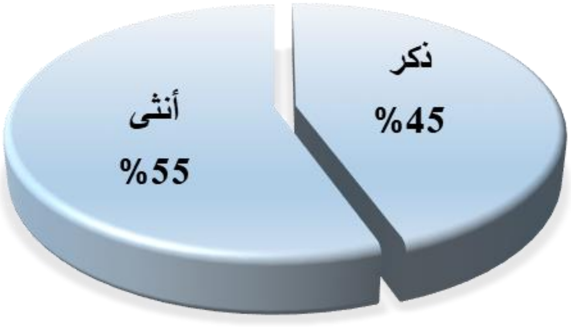
4-خصائص عينة الدراسة:

4-1-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:

الجدول رقم 6: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

الجنس	التكرار	النسبة %
ذكر	49	44.5
أنثى	61	55.5
المجموع	**110**	**100.0**

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس:



الشكل رقم 7: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.

من خلال الجدول رقم (5) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس أن أكبر فئة هي للإناث بنسبة 55.5 %، يليها فئة الذكور بنسبة 44.5 %، على الرغم من فئة الإناث هي الأكبر، إلا أن نسبة الذكور (44.5 %) تعتبر قريبة من نسبة الإناث، مما يشير إلى توازن نسبي في العينة. وهذا التوازن النسبي في العينة أمرا هاما لضمان دقة النتائج.

4-2-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص الدراسي:

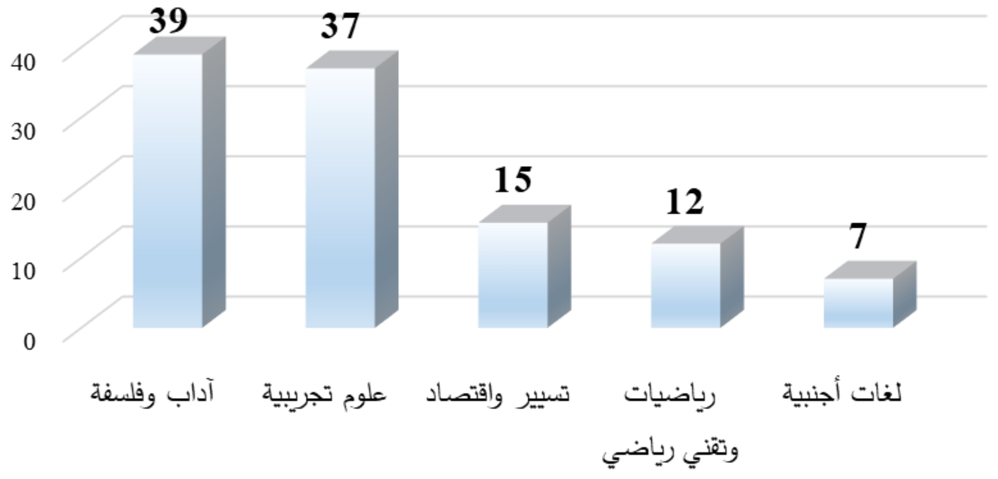
الجدول رقم 7: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص الدراسي.

التخصص الدراسي	التكرار	النسبة %
آداب وفلسفة	39	35,45
علوم تجريبية	37	33,64
تسيير واقتصاد	15	13,64
رياضيات وتقني رياضي	12	10,91
لغات أجنبية	7	6,36

المجموع	**110**	**100.0**

من خلال الجدول رقم (7) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير التخصص الدراسي أن أكبر فئة هي لتخصص آداب وفلسفة بنسبة 35.45 %، يليها تخصص علوم تجريبية بنسبة 33.64 %، يليها تخصص تسيير واقتصاد بنسبة 13.64 %، يليها تخصص رياضيات وتقني رياضي بنسبة 10.91 %، وأدنى فئة لتخصص لغات أجنبية بنسبة 6.36 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير التخصص الدراسي متباين حيث أن أكبر فئة لتخصصي الآداب والفلسفة والعلوم التجريبية، بينما تعتبر تخصصات التسيير والاقتصاد، الرياضيات والتقني الرياضي، ولغات أجنبية أقل تمثيلا في العينة وهذا راجع لمدى اهتمام العينة للاستجابة على مقياس الدراسة.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص الدراسي:



الشكل رقم 8: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب التخصص الدراسي.

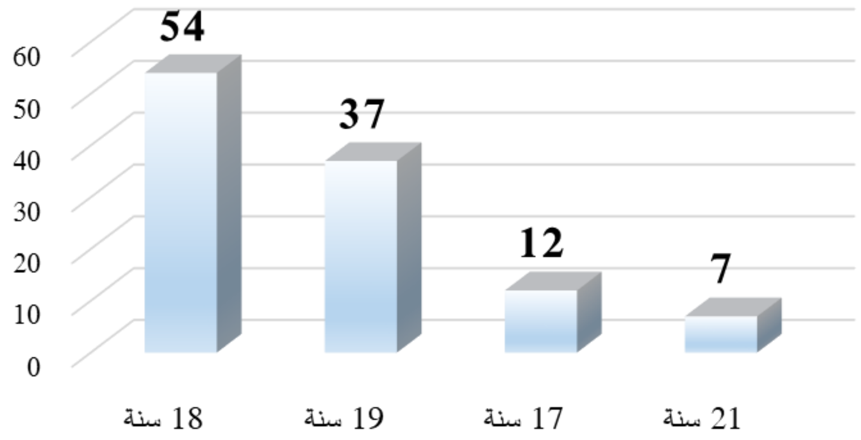
3-4-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن:

الجدول رقم 8: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن.

السن	التكرار	النسبة %
18 سنة	54	49,09
19 سنة	37	33,64
17 سنة	12	10,91
21 سنة	7	6,36
المجموع	**110**	**100.0**

من خلال الجدول رقم (8) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن أن أكبر فئة هي 18 سنة بنسبة 49.09 %، يليها فئة 19 سنة بنسبة 33.64 %، يليها فئة 17 سنة بنسبة 10.64 %، وأدنى فئة سن 21 سنة بنسبة 6.36 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير التخصص الدراسي متباين حيث أن أكبر فئة تعود ل 18 سنة و19 سنة وهذا منطقي لكون هذا السن يتوافق مع السن الدراسي في مرحلة الثانوي النهائية.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن:



الشكل رقم 9: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب السن.

4-4-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب:

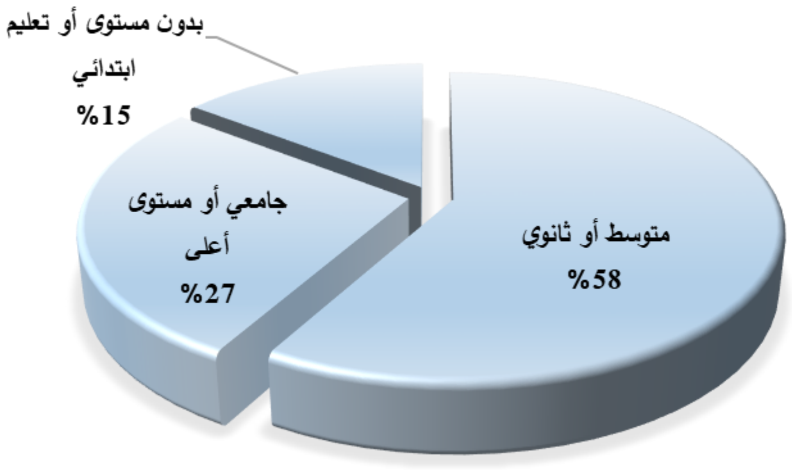
الجدول رقم 9: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب.

مستوى تعليم الأب	التكرار	النسبة %
متوسط أو ثانوي	64	58,18
جامعي أو مستوى أعلى	30	27,27
بدون مستوى أو تعليم ابتدائي	16	14,55
المجموع	**110**	**100.0**

من خلال الجدول رقم (9) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب أن أكبر فئة هي متوسط أو ثانوي بنسبة 58.18 %، يليها فئة جامعي أو مستوى أعلى بنسبة 27.27 %، وأدنى فئة بدون مستوى أو تعليم ابتدائي بنسبة 14.55 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مستوى تعليم الأب متباين. فالتعليم غالبا –نسبيا–ما يرتبط بمستوى الدخل والفرص الاقتصادية، مما يعني أن الآباء ذوي التعليم العالي قد يكون لديهم موارد أفضل لدعم صحة أبنائهم، مثل الوصول إلى الرعاية الصحية والمعلومات الصحية. فالآباء الحاصلون على تعليم متوسط أو ثانوي (58.18 %)

يمثلون الفئة الأكبر، مما يشير إلى أن هذه الفئة قد تكون أكثر استعدادًا لتوفير المعلومات والموارد الضرورية لأبنائهم، الفئة التي حصلت على تعليم جامعي أو أعلى (27.27 %) قد تتمتع بمستوى عالٍ من الوعي الصحي وتقديم نماذج إيجابية لأبنائهم. هذا يمكن أن يؤدي إلى إدراك صحي أفضل لدى المراهقين، الفئة الأقل (14.55 %)، التي تشمل الآباء الذين ليس لديهم مستوى تعليمي أو لديهم تعليم ابتدائي فقط، قد تفتقر إلى المعلومات والوعي الصحي، مما قد يؤثر سلبا على إدراك أبنائهم الصحي. وبالتالي فالآباء المتعلمين عادة ما يكون لديهم وعي أكبر بأهمية الصحة والتغذية والنمط الحياتي الصحي، مما ينعكس بشكل إيجابي على إدراك أبنائهم.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب:



الشكل رقم 10: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب.

4-5-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم:

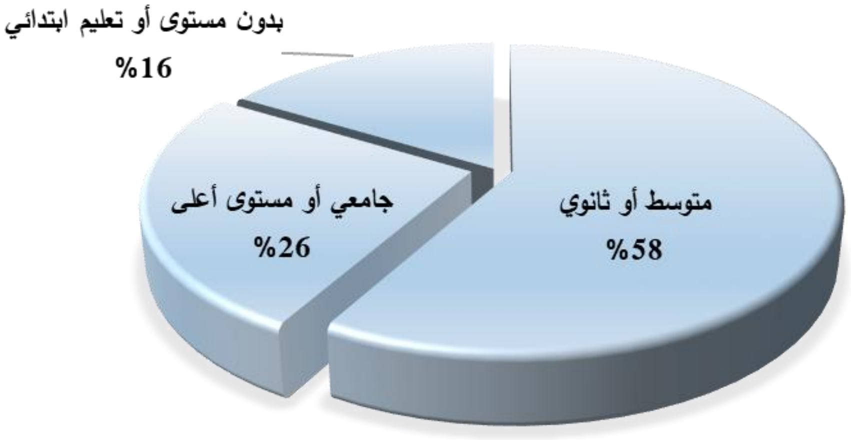
الجدول رقم 10: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم.

مستوى تعليم الأم	التكرار	النسبة %
متوسط أو ثانوي	64	58,18
جامعي أو مستوى أعلى	28	25,45
بدون مستوى أو تعليم ابتدائي	18	16,36
المجموع	**110**	**100.0**

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم:

من خلال الجدول رقم (10) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم أن أكبر فئة هي متوسط أو ثانوي بنسبة 58.18 %، يليها فئة جامعي أو مستوى أعلى بنسبة 25.45 %، وأدنى فئة بدون مستوى أو تعليم ابتدائي بنسبة 16.36 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب

متغير مستوى تعليم الأب متباين ومتقارب مع توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب. وكذلك بالنسبة ما قيل حول مستوى تعليم الأب وعلاقته بالإدراك الصحي للأبناء. (يمكن العودة أعلاه إلى توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأب).



الشكل رقم 11: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى تعليم الأم.

5-الأدوات الإحصائية المستعملة في الدراسة:

تم استخدام مجموعة من الأدوات الإحصائية بواسطة برنامج SPSS بغرض تبيين مواصفات عينة الدراسة واستجابات أفرادها على متغيرات الدراسة والتحقق من فرضياتها، والمتمثلة في التكرارات، النسب المئوية، المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، Chi Square الخاص بالجداول المتقاطعة، اختبار Independent Samples Test لاختبار الفروق في مستويات إدراك الصحة حسب متغير الجنس، اختبار One Way ANOVA Post Hoc Multiple Comparisons لاختبار الفروق في مستويات إدراك الصحة حسب متغير الشعبة العلمية. وكذا معامل ألفا كرونباخ من أجل حساب ثبات أداة الدراسة الخاصة بإدراك الصحة.

الفصل الخامس:

عرض، تحليل

ومناقشة النتائج

1-عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة:

1-1- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى:

الفرضية الرئيسية الأولى التي مفادها "يتمتع المراهق المتمدرس بمستوى إدراك صحي متوسط ".

ولاختبار هذه الفرضية قمنا بعرض وتحليل استجابات أفراد عينة الدراسة على كل محاور مقياس إدراك الصحة لدى التلميذ المراهق المتمدرس، وهي كالتالي:

1-1-1- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الصحة حاليا:

الجدول رقم 11: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الصحة حاليا.

الرقم	البنود		البدائل			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	وفقا للأطباء الذين راجعتهم، صحتي الآن ممتازة	ت	27	52	31	2.04	0.72	**متوسط**	5
		%	24.5	47.3	28.2				
02	أشعر الآن أن صحتي أفضل مما كانت عليه سابقا	ت	19	51	40	2.19	0.71	**متوسط**	1
		%	17.3	46.4	36.4				
03	أنا مريض نوعا ما	ت	47	46	17	1.73	0.71	**متوسط**	7
		%	42.7	41.8	15.5				
04	أنا لست بصحة جيدة الآن كما كنت من قبل	ت	56	35	19	1.66	0.75	**منخفض**	8
		%	50.9	31.8	17.3				
05	أنا بصحة جيدة مقارنة بالأشخاص الذين أعرفهم	ت	22	53	35	2.12	0.71	**متوسط**	3
		%	20.0	48.2	31.8				
06	صحتي ممتازة	ت	22	51	37	2.14	0.72	**متوسط**	2
		%	20.0	46.4	33.6				
07	شعرت بأن حالتي الصحية سيئة في الآونة الأخيرة	ت	49	41	20	1.74	0.75	**متوسط**	6
		%	44.5	37.3	18.2				
08	يقول الأطباء أن حالتي الصحية سيئة في الوقت الحالي	ت	68	36	06	1.44	0.59	**منخفض**	9
		%	61.8	32.7	5.5				
09	أشعر أنني بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى	ت	32	41	37	2.05	0.79	**متوسط**	4
		%	29.1	37.3	33.6				

المستوى العام لبعد الصحة حاليا	1.89	0.30	متوسط

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (11) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد الصحة حاليا لدى لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 2.19 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.71 هو للبند 02: " أشعر الآن أن صحتي أفضل مما كانت عليه سابقا"، حيث أجاب 19 ليس صحيحا أبدا بنسبة 17.3 %، و51 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 46.4 %، و40 أجابوا صحيح جدا بنسبة 36.4 %، وهذا يبين أن التلاميذ يشعرون الآن أن صحتهم أفضل مما كانت عليه سابقا. مع وجود بعض التحديات الصحية التي تواجه فئة من العينة والانحراف المعياري البالغ 0.71 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند.

وثاني أكبر متوسط حسابي هو 2.14 بمستوى متوسط للبند رقم 06: صحتي ممتازة"، وبانحراف معياري قدره 0.72، حيث أجاب 22 ليس صحيحا أبدا بنسبة 20.0 %، و51 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 46.4 %، و37 أجابوا صحيح جدا بنسبة 33.6 %، وهذا يبين أن صحتهم ممتازة. والانحراف المعياري البالغ 0.71 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند.

وثالث أكبر متوسط حسابي هو 2.12 بمستوى متوسط للبند رقم 05: "أنا بصحة جيدة مقارنة بالأشخاص الذين أعرفهم"، وبانحراف معياري قدره 0.71، حيث أجاب 22 ليس صحيحا أبدا بنسبة 20.0 %، و53 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 48.2 %، و35 أجابوا صحيح جدا بنسبة 31.8 %، وهذا يبين أن صحتهم جيدة مقارنة بالأشخاص الذين يعرفونهم. والانحراف المعياري البالغ 0.71 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند.

ورابع أكبر متوسط حسابي هو 2.05 بمستوى متوسط للبند رقم 09: "أشعر أنني بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى"، وبانحراف معياري قدره 0.79، حيث أجاب 32 ليس صحيحا أبدا بنسبة 29.1 %، 41 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 37.3 %، و37 أجابوا صحيح جدا بنسبة 33.6 %، وهذا يبين أن التلاميذ يشعرون بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى. والانحراف المعياري البالغ 0.79 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند. مؤشر الشعور بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى يُعتبر مؤشرًا هامًا لتقييم الرفاه والصحة النفسية للتلاميذ، والذي قد يؤثر على جوانب أخرى في حياتهم، مثل الأداء الدراسي والأكاديمي وكما قد يعتبر مؤشرا لإدراك سلوكيات الخطر.

وخامس أكبر متوسط حسابي هو 2.04 بمستوى متوسط للبند رقم 01: "وفقا للأطباء الذين راجعتهم، صحتي الآن ممتازة"، وبانحراف معياري قدره 0.72، حيث أجاب 27 ليس صحيحا أبدا بنسبة

24.5 %، 52 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 47.3 %، و31 أجابوا صحيح جدا بنسبة 28.2 %، وهذا يبين أن التلاميذ صحتهم الحالية ممتازة وفقا للأطباء الذين راجعوهم. والانحراف المعياري البالغ 0.72 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند. مؤشر الصحة الحالية الممتازة للتلاميذ وفقا للأطباء الذين راجعوهم يُعتبر مؤشرًا هامًا لكونهم يراجعون الأطباء وهذا دليل على اهتمامهم بصحتهم وإدراكهم للصحة وأهميتها في الحياة.

وسادس أكبر متوسط حسابي هو 1.74 بمستوى متوسط للبند رقم 07: "شعرت بأن حالتي الصحية سيئة في الآونة الأخيرة"، وبانحراف معياري قدره 0.75، حيث أجاب 49 ليس صحيحا أبدا بنسبة 44.5 %، 41 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 37.3 %، و20 أجابوا صحيح جدا بنسبة 18.2 %، وهذا يبين أن التلاميذ يشعرون بأن حالتهم الصحية سيئة في الآونة الأخيرة. والانحراف المعياري البالغ 0.75 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند. وكما أن هذا البند سلبي و44.5 % لا يرون أن صحتهم سيئة وإدراكهم لها.

وسابع أكبر متوسط حسابي هو 1.73 بمستوى متوسط للبند رقم 03: " أنا مريض نوعا ما"، وبانحراف معياري قدره 0.71، حيث أجاب 47 ليس صحيحا أبدا بنسبة 42.7 %، 46 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 41.8 %، و17 أجابوا صحيح جدا بنسبة 15.5 %، وهذا يبين أن التلاميذ مرضى نوعا ما. والانحراف المعياري البالغ 0.73 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند. وكما أن هذا البند سلبي و42.7 % ليسوا مرضى ونسبة 41.8 % ليسوا مرضى نوعا ما.

وثامن أكبر متوسط حسابي هو 1.66 بمستوى متوسط للبند رقم 04: "أنا لست بصحة جيدة الآن كما كنت من قبل"، وبانحراف معياري قدره 0.75، حيث أجاب 56 ليس صحيحا أبدا بنسبة 50.9 %، 35 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 31.8 %، و19 أجابوا صحيح جدا بنسبة 17.3 %، وهذا يبين أن التلاميذ يشعرون بأن حالتهم الصحية سيئة في الآونة الأخيرة بمستوى منخفض لكون البند سلبي ونسبة 50.9 % لا يشعرون بذلك مع 31.8 % صحيح نوعا ما مؤشر على صحة التلاميذ وإدراكهم لها. وكما أن الانحراف المعياري البالغ 0.75 مرتفع نسبيا يشير إلى وجود تباين نسبي في إجابات التلاميذ حول هذا البند.

وأدنى متوسط حسابي في بعد الصحة حاليا هو 1.44 بمستوى منخفض للبند رقم 08: "يقول الأطباء أن حالتي الصحية سيئة في الوقت الحالي"، وبانحراف معياري قدره 0.59، حيث أجاب 68 ليس صحيحا أبدا بنسبة 61.8 %، 36 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 32.7 %، و06 أجابوا صحيح جدا بنسبة 5.5 %، وهذا يبين أن التلاميذ حالتهم الصحية سيئة في الوقت الحالي كما يقول الأطباء بمستوى منخفض لكون البند سلبي ونسبة 61.8 % صحتهم ليست سيئة كما يقول الأطباء مع 32.7 % صحيح

نوعا ما مؤشر على إدراكهم لصحتهم كما يقول الأطباء. وكما أن الانحراف المعياري البالغ 0.59 متوسط نسبيا يشير إلى وجود تباين ضئيل في إجابات التلاميذ حول هذا البند.

والمتوسط الحسابي لبعد الصحة حاليا للدى المراهق المتمدرس ككل هو 1.89 وبانحراف معياري قدره 0.30، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل على إدراك متوسط للصحة حاليا وتباين نسبي ككل للبعد، وكما أنهم يشعرون بتحسن في حالتهم الصحية مقارنة بالماضي، ويرون أن صحتهم جيدة مقارنة بالآخرين. ومع ذلك، هناك تباين نسبي في إجابات التلاميذ على هذه البنود، مما قد يدل على وجود تحديات صحية تواجه بعض التلاميذ.

1-1-2- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الصحة سابقا:

الجدول رقم 12: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الصحة سابقا.

الرقم	البنود	البدائل				المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	كنت مريضا جدا ذات مرة لدرجة أنني شعرت أنني سأموت	ت	43	34	33	1.91	0.83	**متوسط**	1
		%	39.1	30.9	30.0				
02	لم يسبق لي أن تعرضت لمرض دام فترة طويلة	ت	57	30	23	1.69	0.79	**متوسط**	2
		%	51.8	27.3	20.9				
03	لم أكن أبدا مريضا	ت	70	30	10	1.45	0.65	**منخفض**	3
		%	63.6	27.3	9.1				
المستوى العام لبعد الصحة سابقا						***1.68***	***0.47***	**متوسط**	

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (12) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد الصحة سابقا لدى لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 1.91 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.83 هو للبند 01: "كنت مريضا جدا ذات مرة لدرجة أنني شعرت أنني سأموت"، حيث أجاب 43 ليس صحيحا أبدا بنسبة 39.1 %، و34 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 30.9 %، و33 أجابوا صحيح جدا بنسبة 30.0 %، وهذا يبين أن هناك تباينا بين التلاميذ في مستوى الإحساس بالمرض الشديد. في حين أن الغالبية لم تشعر بمرض خطير لهذه الدرجة، إلا أن نسبة معينة من التلاميذ شعروا بذلك. هذا قد يشير إلى وجود بعض الحالات الصحية الحرجة بين بعض التلاميذ في هذه المرحلة، وكما أن البند سلبي وهذا يعني أن نسبة معتبرة لم تكن مريضة جدا لدرجة شعورهم بالموت.

وثاني أكبر متوسط حسابي هو 2.14 بمستوى متوسط للبند رقم 02: "لم يسبق لي أن تعرضت لمرض دام فترة طويلة "، وبانحراف معياري قدره 0.79، حيث أجاب 57 ليس صحيحا أبدا بنسبة 51.8 %، 30 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 27.3 %، و23 أجابوا صحيح جدا بنسبة 20.9 %، وهذا يبين غالبية التلاميذ 51.8 % قد تعرضوا لأمراض طويلة الأمد، بينما هناك نسبة أقل 20.9 % لم يتعرضوا لذلك. هذا قد يدل على وجود بعض الحالات الصحية المزمنة بين بعض التلاميذ حول هذا البند، وكما أن هذا يتطلب اهتماما وإجراءات صحية معينة لدعم هؤلاء التلاميذ في المرحلة الثانوية.

وأدنى متوسط حسابي في بعد الصحة سابقا هو 1.45 بمستوى منخفض للبند رقم 03: "لم أكن أبدا مريضا"، وبانحراف معياري قدره 0.65، حيث أجاب 70 ليس صحيحا أبدا بنسبة 63.6 %، 30 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 27.3 %، و10 أجابوا صحيح جدا بنسبة 9.1 %، وهذا يبين أن غالبية التلاميذ 63.6 % قد كانوا مرضى في السابق، بينما هناك نسبة أقل 9.1 % لم يكونوا مرضى على الإطلاق. وكما أن هناك تباينا متوسطا في مدى تعرض التلاميذ للمرض في الماضي، مما قد يتطلب اهتماما وإجراءات صحية معينة لدعم هؤلاء التلاميذ في المرحلة الثانوية.

والمتوسط الحسابي لبعد الصحة حاليا للدى المراهق المتمدرس ككل هو 1.68 وبانحراف معياري قدره 0.47، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل على إدراك متوسط للصحة سابقا وتباين نسبي ككل للبعد، وكما أفاد البعض بوجود أمراض شديدة أو مزمنة، بينما لم يواجه آخرون مشاكل صحية كبيرة. وقد يتطلب هذا التنوع في الحالة الصحية بين التلاميذ توفير الدعم الصحي والتدخلات الموجهة لمعالجة الاحتياجات المتنوعة.

1-1-3- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد المقاومة/القابلية:

الجدول رقم 13: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد المقاومة/القابلية.

الرقم	البنود		البدائل			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	أقع في المرض بسهولة مقارنة بالآخرين	ت	44	41	25	1.83	0.77	**متوسط**	3
		%	40.0	37.3	22.7				
02	أغلب الناس يقعون في المرض بسهولة مقارنة بي	ت	37	55	18	1.83	0.68	**متوسط**	2
		%	33.6	50.0	16.4				
03	يبدو أن جسدي يقاوم المرض جيدا	ت	28	52	30	2.02	0.72	**متوسط**	1
		%	25.5	47.3	27.3				
04	عادة ما ألتقط المرض بسرعة بمجرد انتشاره في محيطي	ت	54	39	17	1.66	0.73	**منخفض**	4
		%	49.1	35.5	15.5				

المستوى العام لبعد المقاومة/القابلية	1.83	0.39	متوسط

1.66-1 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (13) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد المقاومة/القابلية لدى لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 2.02 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.72 هو للبند 03 " يبدو أن جسدي يقاوم المرض جيدا"، حيث أجاب 28 ليس صحيحا أبدا بنسبة 25.5 %، و52 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 47.3 %، و30 أجابوا صحيح جدا بنسبة 27.3 %، وهذا يبين أن هناك تباينا بين التلاميذ في أن أجسادهم تقاوم المرض جيدا. حيث معظمهم 47.3 % لديهم شعور متوسط تجاه قدرة أجسامهم على مقاومة الأمراض. في حين أن نسبة متوسطة 27.3 % تعتقد أن مقاومة أجسامهم للأمراض، إلا أن هناك أيضا نسبة ملحوظة 25.5 % تشعر بعدم القدرة على مقاومة الأمراض بشكل جيد، وعليه ينبغي تعزيز الوعي الصحي والوقاية بين التلاميذ، بالإضافة إلى توفير الدعم النفسي والجسدي لهم لتعزيز صحتهم العامة ومناعتهم ضد الأمراض.

وثاني أكبر متوسط حسابي هو 1.83 بمستوى متوسط للبند رقم 02: "أغلب الناس يقعون في المرض بسهولة مقارنة بي"، وبانحراف معياري قدره 0.68، حيث أجاب 37 ليس صحيحا أبدا بنسبة 33.6 %، 55 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 50.0 %، و18 أجابوا صحيح جدا بنسبة 16.4 %، وهذا يبين نصف التلاميذ تقريبا 50.0 % يشعرون نوعا ما بأن الآخرين أكثر عرضة للإصابة بالأمراض مقارنة بهم، بينما 33.6 % لا يتفقون مع هذا الرأي. وهذا يشير إلى وعيهم بمناعتهم وصحتهم مقارنة بالآخرين، وقد يعكس شعورا بالثقة في صحتهم. وأما النسبة التي ترى أن الآخرين يقعون في المرض بسهولة قد تعكس قلقا بشأن الصحة أو تعرضهم للأمراض. وبالتالي ينبغي تعزيز الوعي الصحي بين التلاميذ وتشجيعهم على اتخاذ خطوات للوقاية من الأمراض، مما يساهم في تعزيز صحتهم العامة وتجنب سلوكيات الخطر.

وثالث متوسط هو 1.83 بمستوى متوسط للبند رقم 01: "أقع في المرض بسهولة مقارنة بالآخرين" وبانحراف معياري قدره 0.77، حيث أجاب 44 ليس صحيحا أبدا بنسبة 40.0 %، 41 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 37.3 %، و25 أجابوا صحيح جدا بنسبة 22.7 %، وهذا يبين أن 40 % منهم لا يشعرون بأنهم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض مقارنة بالآخرين، مما يعكس شعورا بالثقة في صحتهم. ومع ذلك، فإن 37.3 % منهم يرون أنهم قد يقعون في المرض بسهولة، و22.7 % يشعرون بأنهم يقعون في المرض بسهولة جدا. هذا التباين في الآراء قد يشير إلى وجود قلق صحي لدى بعض التلاميذ، مما يستدعي تعزيز التوعية حول أساليب الوقاية من الأمراض ورفع مستوى المناعة. والذي قد يساهم في تحسين الصحة العامة بين التلاميذ وزيادة شعورهم بالأمان الصحي وكذا تجنب سلوكيات الخطر.

وأدنى متوسط حسابي في بعد المقاومة/القابلية هو 1.66 بمستوى منخفض للبند رقم 04: "عادة ما ألتقط المرض بسرعة بمجرد انتشاره في محيطي" وبانحراف معياري قدره 0.73، حيث أجاب 54 ليس صحيحا أبدا بنسبة 49.1 %، 39 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 35.5 %، و17 أجابوا صحيح جدا بنسبة 15.5 %، وهذا يبين أن حوالي نصف التلاميذ 49.1 % لا يشعرون بأنهم معرضون لالتقاط المرض بسرعة عند انتشاره، مما يعكس شعورا بالثقة في مناعتهم. ومع ذلك، فإن 35.5 % منهم يشعرون بأنهم قد يلتقطون المرض بسرعة، و15.5 % يشعرون بأنهم يلتقطون المرض بسرعة جدا. هذا التباين في الآراء قد يدل على وجود قلق صحي لدى بعض التلاميذ، وبالتالي ينبغي تعزيز الوعي حول أساليب الوقاية والعناية بالصحة العامة. ودعمهم بالمعلومات اللازمة قد يساهم في تعزيز صحتهم العامة وزيادة شعورهم بالأمان الصحي وتجنب سلوكيات الخطر.

والمتوسط الحسابي لبعد المقاومة/القابلية لدى المراهق المتمدرس ككل هو 1.83 وبانحراف معياري قدره 0.39، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل على إدراك متوسط للمقاومة/القابلية وتباين نسبي ككل للبعد، حيث أنه لديهم شعور عام بالثقة في قدرتهم على مقاومة الأمراض، لكن هناك تباين في الآراء. نسبة كبيرة منهم تشعر بأنهم ليسوا أكثر عرضة للإصابة بالأمراض، إلا أن قلق الصحة لا يزال قائمًا. وبالتالي ينبغي تعزيز الوعي الصحي وتقديم المعلومات والدعم اللازمين لتحسين صحتهم العامة وزيادة شعورهم بالأمان من أجل تجنب كذلك سلوكيات الخطر.

1-1-4- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الانطباع حول الصحة:

الجدول رقم 14: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الانطباع حول الصحة.

الرقم	البنود		البدائل			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	من المحتمل أن أمرض كثيرا في المستقبل	ت	39	51	20	1.83	0.71	**متوسط**	3
		%	35.5	46.4	18.2				
02	في المستقبل القريب، أتوقع أن أتمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين أعرفهم	ت	22	55	33	2.10	0.70	**متوسط**	2
		%	20.0	50.0	30.0				
03	أتوقع أن أتمتع بحياة صحية جيدة	ت	17	54	39	2.20	0.68	**متوسط**	1
		%	15.5	49.1	35.5				
04	أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن	ت	61	35	14	1.57	0.71	**منخفض**	4
		%	55.5	31.8	12.7				
المستوى العام لبعد الانطباع حول الصحة						***1.92***	***0.37***	**متوسط**	

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (14) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد الانطباع حول الصحة لدى لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 2.20 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.68 هو للبند 03 " أتوقع أن أتمتع بحياة صحية جيدة"، حيث أجاب 17 ليس صحيحا أبدا بنسبة 15.5 %، و54 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 49.1 %، و39 أجابوا صحيح جدا بنسبة 35.5 %، وهذا يبين أن وجود توازن بين التفاؤل والقلق حول الصحة. بينما يُظهر حوالي 85 % من الطلاب بعض التوقعات الإيجابية، إلا أن نسبة 15.5 % تعكس القلق الذي قد يحتاج إلى معالجة لكونهم لا يتوقعون أن يتمتعوا بحياة صحية جيدة.

وثاني أكبر متوسط حسابي هو 2.10 بمستوى متوسط للبند رقم 02: "في المستقبل القريب، أتوقع أن أتمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين أعرفهم"، وبانحراف معياري قدره 0.68، حيث أجاب 37 ليس صحيحا أبدا بنسبة 33.6 %، 55 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 50.0 %، و18 أجابوا صحيح جدا بنسبة 16.4 %، وهذا يبين ارتفاع نسبة التلاميذ الذين لا يتوقعون أن يتمتعوا بصحة أفضل تشير إلى وجود قلق حول الصحة، مما يستدعي اهتماما أكبر من قبل الأساتذة والمختصين النفسيين لمعالجة هذه المخاوف، بينما نصف التلاميذ يظهرون نوعا من التفاؤل، لكنهم يفضلون عدم المبالغة في الثقة، مما قد يدل على وعيهم بالواقع الصحي المحيط بهم، ونسبة قليلة 16.4 % يبدون ثقة كبيرة في توقعاتهم بأن يكونوا بصحة أفضل من الأشخاص الذين يعرفونهم.

وثالث متوسط حسابي في بعد الصحة سابقا هو 1.83 بمستوى متوسط للبند رقم 01: "من المحتمل أن أمرض كثيرا في المستقبل" وبانحراف معياري قدره 0.71، حيث أجاب 39 ليس صحيحا أبدا بنسبة 35.5 %، 51 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 46.4 %، و20 أجابوا صحيح جدا بنسبة 18.2 %، وهذا يبين أن هناك مستوى متوسط من القلق بشأن الصحة، هذا يعني أن الآراء تميل نحو الاعتقاد بأن احتمالية المرض ليست مرتفعة للغاية، رغم وجود بعض المخاوف، وبالنسبة لنسبة التلاميذ الذين لا يتوقعون المرض تشير إلى وجود تفاؤل صحي، وعليه ينبغي تعزيز هذا التفاؤل وتقديم المعلومات اللازمة حول كيفية الحفاظ على الصحة، أما نسبة 18.2 % لديهم احتمال كبير بأن يمرضوا كثيرا في المستقبل مما يستدعي تعزيز الوعي الصحي وتقديم الدعم النفسي لهم لمساعدتهم في إدارة مخاوفهم الصحية بشكل أفضل.

وأدنى متوسط حسابي في بعد الصحة سابقا هو 1.57 بمستوى منخفض للبند رقم 04: "أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن" وبانحراف معياري قدره 0.71، حيث أجاب 61

ليس صحيحا أبدا بنسبة 55.5 %، 35 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 31.8 %، و14 أجابوا صحيح جدا بنسبة 12.7 %، وهذا يبين أن غالبية التلاميذ غالبية التلاميذ يشعرون بالتفاؤل بشأن صحتهم المستقبلية، مما يعكس وعيا إيجابيا يمكن تعزيزه من خلال برامج توعية صحية، أما نسبة التلاميذ الذين يعتقدون أن صحتهم ستسوء هي نسبة منخفضة، مما يعني أن هناك ثقة كبيرة في قدرتهم على الحفاظ على صحتهم. وكون البند سلبي جاء متوسطة الحسابي منخفضا ولكن يعكس إدراك للصحة حول مدى تحول الصحة مستقبلا للأسوء.

والمتوسط الحسابي لبعد الانطباع حول الصحة لدى المراهق المتمدرس ككل هو 1.83 وبانحراف معياري قدره 0.39، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط من خلال بنوده يدل على وجود توازن بين التفاؤل والقلق. بينما تشير النتائج إلى وجود نسبة من التلاميذ تعاني من مخاوف صحية، إلا أن الغالبية تتمتع بتوقعات إيجابية حول صحتهم المستقبلية. من الضروري تعزيز الوعي الصحي والدعم النفسي لمساعدتهم في إدارة مخاوفهم بشكل أفضل، وكذا تحسين انطباعاتهم حول صحتهم.

1-5-1- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة:

الجدول رقم 15: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة.

الرقم	البنود		البدائل			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	أنا لا أقلق أبدا على صحتي	ت	41	49	20	1.81	0.72	**متوسط**	3
		%	37.3	44.5	18.2				
02	أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم	ت	36	44	30	1.95	0.77	**متوسط**	1
		%	32.7	40.0	27.3				
03	صحتي هي مصدر قلق في حياتي	ت	38	43	29	1.92	0.78	**متوسط**	2
		%	34.5	39.1	26.4				
04	يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي	ت	51	44	15	1.67	0.70	**متوسط**	4
		%	46.4	40.0	13.6				
المستوى العام لبعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة						***1.83***	***0.41***	**متوسط**	

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (15) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 1.95 بمستوى متوسط

وبانحراف معياري 0.77 هو للبند 02 " أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم"، حيث أجاب 36 ليس صحيحا أبدا بنسبة 32.7 %، 44 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 40.0 %، و30 أجابوا صحيح جدا بنسبة 27.3 %، وهذا يبين أن هناك مستوى متوسط من القلق حول الصحة، مما يعني أن التلاميذ لديهم قلق ملحوظ بشأن صحتهم لكن ليس بشكل مفرط، هذا من جهة ومن جهة أخرى، فئة يظهرون قلقا معتدلا، مما يعني أنهم يعترفون بوجود بعض القلق لكن ليس بشكل مفرط، وفئة أخرى لا يشعرون بأنهم قلقون على صحتهم أكثر من الآخرين.

وثاني أكبر متوسط حسابي هو 1.92 بمستوى متوسط للبند رقم 03: "صحتي هي مصدر قلق في حياتي"، وبانحراف معياري قدره 0.78، حيث أجاب 38 ليس صحيحا أبدا بنسبة 34.5 %، 43 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 39.1 %، و29 أجابوا صحيح جدا بنسبة 26.4 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يعتبرون صحتهم مصدر قلق، بينما فئة أخرى تظهر قلقا معتدلا، مما يعني أنهم يدركون أهمية الصحة ولكن ليس بشكل مقلق، وفئة أخرى تعبر عن قلق كبير بشأن صحتها، مما يدل على وجود عدد ملحوظ. على العموم التلاميذ يعتبرون أن الصحة مصدر قلق مهم لديهم، لكن بمستوى معتدل لا يبعث على القلق المفرط. وبالتالي ينبغي تعزيز الوعي بأهمية الصحة وكيفية التعامل مع الضغوط المتعلقة بها، والعمل على تعزيز الادراك الصحي كذلك من أجل مواجهة سلوكيات الخطر.

وثالث متوسط حسابي هو 1.81 بمستوى متوسط للبند رقم 01: "أنا لا أقلق أبدا على صحتي" وبانحراف معياري قدره 0.72، حيث أجاب 41 ليس صحيحا أبدا بنسبة 37.3 %، 49 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 44.5 %، و20 أجابوا صحيح جدا بنسبة 18.2 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يشعرون بأنهم يقلقون على صحتهم، مما يدل على شعورهم بالراحة، وفئة أخرى يظهرون قلقا معتدلا، مما يعني أنهم يدركون أهمية صحتهم ولكن ليس بشكل مفرط، وفئة أخرى يعبرون عن قلق كبير بشأن صحتهم، مما يدل على شعورهم بقلق حقيقي. بصفة عامة يمكن القول أن التلاميذ لا يشعرون بعدم القلق بشكل كامل، بل لديهم بعض المخاوف المتعلقة بصحتهم.

وأدنى متوسط حسابي هو 1.67 بمستوى متوسط للبند رقم 04: "يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي" وبانحراف معياري قدره 0.70، حيث أجاب 51 ليس صحيحا أبدا بنسبة 46.4 %، 44 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 40.0 %، و15 أجابوا صحيح جدا بنسبة 13.6 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يشعرون بأن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم، ما يعني أنهم يتمتعون بثقة في اهتمامهم بالصحة، وفئة أخرى يظهرون بعض القلق، مما يعني أنهم يشعرون بالمقارنة مع الآخرين، لكن ليس بشكل مفرط فقط وفئة أخرى يظهرون قلقا كبيرا بشأن اهتمامهم بالصحة مقارنة بالآخرين. على العموم يمكن القول أن هناك مستوى قريب من المتوسط من القلق بشأن اهتمامهم بصحتهم مقارنة بالآخرين، مما يدل على شعور عام بالراحة والثقة في مستوى اهتمامهم بالصحة.

والمتوسط الحسابي لبعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة للدى المراهق المتمدرس ككل هو 1.83 وبانحراف معياري قدره 0.41، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل مما يدل على وجود قلق صحي معتدل. على الرغم من أن العديد من التلاميذ يعترفون بقلقهم بشأن صحتهم، إلا أن هذا القلق ليس كبيرا. وبالتالي ينبغي تعزيز الوعي الصحي وتطوير استراتيجيات للتعامل مع الضغوط الصحية، مما يعزز من قدرتهم على مواجهة التحديات الصحية بشكل أفضل، وكذا تعزيز الادراك الصحي والتقليل من سلوكيات الخطر لدى لدى المراهق المتمدرس.

1-1-6- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد التوجهات نحو المرض:

الجدول رقم 16: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد التوجهات نحو المرض.

الرقم	البنود		البدائل			المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي	ت	39	53	18	1.81	0.69	**متوسط**	2
		%	35.5	48.2	16.4				
02	أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر	ت	26	59	25	1.99	0.68	**متوسط**	1
		%	23.6	53.6	22.7				
المستوى العام لبعد التوجهات نحو المرض						***1.90***	***0.58***	**متوسط**	

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (16) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد التوجهات نحو المرض لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 1.99 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.68 هو للبند 02 " أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر"، حيث أجاب 26 ليس صحيحا أبدا بنسبة 23.6 %، 59 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 53.6 %، و25 أجابوا صحيح جدا بنسبة 22.7 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يتقبلون فكرة المرض، مما يدل على شعورهم بالقلق أو الرفض لفكرة المرض، وفئة يظهرون قبولا معتدلا للفكرة، مما يعني أنهم يتفهمون أن المرض جزء من الحياة، لكنهم لا يرحبون به بشكل كامل، وفئة أخرى يعبرون عن قبول كبير لفكرة المرض، مما يدل على أنهم يمكن لهم التكيف مع فكرة المرض. بصفة عامة يمكن القول أن هناك مستوى متوسط من القبول لفكرة المرض، مما يدل على أن لدى المراهق المتمدرس يميلون إلى قبول فكرة تعرضهم للمرض.

وأدنى متوسط حسابي في بعد التوجهات نحو المرض هو 1.81 بمستوى متوسط للبند رقم 01: "إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي" وبانحراف معياري قدره 0.69، حيث أجاب

39 ليس صحيحا أبدا بنسبة 35.5 %، 53 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 48.2 %، و18 أجابوا صحيح جدا بنسبة 16.4 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يرون أن الإصابة بالمرض جزء من حياتهم، مما يدل على وجود قلق أو رفض لفكرة المرض، وفئة يظهرون قبولا معتدلا للفكرة، مما يدل على أنهم يدركون أن المرض قد يحدث، لكنهم لا يرون ذلك كجزء شائع من حياتهم، وفئة أخرى يعبرون عن قبول كبير للفكرة، مما يشير إلى أنها تدرك تماما أن المرض جزء من حياتهم. بصفة عامة يمكن القول أن هناك مستوى متوسط من القبول لفكرة أن الإصابة بالمرض جزء من الحياة، مما يدل على أن لدى المراهق المتمدرس يدركون هذه الحقيقة إلى حد ما، لكن ليس بشعور مريح تماما.

والمتوسط الحسابي لبعد التوجهات نحو المرض للدى المراهق المتمدرس ككل هو 1.90 وبانحراف معياري قدره 0.58، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل على وجود توجهات نحو المرض معتدل. بينما يتقبل الطلاب فكرة المرض إلى حد ما، إلا أن لديهم أيضا مخاوف تجاهها. من المهم تعزيز الوعي الصحي وتقديم الدعم النفسي لمساعدتهم في التعامل مع هذه المخاوف بشكل أفضل.

1-1-7- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد رفض دور المريض:

الجدول رقم 17: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد رفض دور المريض.

الرقم	البنود		البدائل: ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
01	أنا لا أسمح للمرض بالتحكم في حياتي	ت	29	36	45	2.15	0.81	**متوسط**	3
		%	26.4	32.7	40.9				
02	عندما أمرض أحاول أن أحتفظ بالأمر لنفسي	ت	30	44	36	2.05	0.77	**متوسط**	4
		%	27.3	40.0	32.7				
03	عندما أكون مريضا، أحاول الاستمرار في الحياة كالمعتاد	ت	15	50	45	2.27	0.68	**متوسط**	1
		%	13.6	45.5	40.9				
04	عندما أشعر أنني سأمرض، أقاوم المرض	ت	21	39	50	2.26	0.76	**متوسط**	2
		%	19.1	35.5	45.5				
المستوى العام لبعد رفض دور المريض						***2.18***	***0.54***	**متوسط**	

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (17) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد رفض دور المريض لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 2.27 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.68 هو للبند 03 " عندما أكون مريضا، أحاول الاستمرار في الحياة كالمعتاد"، حيث أجاب 15 ليس

صحيحا أبدا بنسبة 13.6 %، 50 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 45.5 %، و45 أجابوا صحيح جدا بنسبة 40.9 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يحاولون الاستمرار في حياتهم كالمعتاد عند الإصابة بالمرض، مما يدل على وجود قلق أو عدم القدرة على التكيف، وفئة يظهرون رغبة معتدلة في الاستمرار في حياتهم كالمعتاد، مما يعني أنهم يحاولون التكيف ولكن قد يواجهون صعوبات، وفئة أخرى لها رغبة قوية في الاستمرار في حياتهم كالمعتاد، مما يدل على أنهم يتبنون موقفا إيجابيا في التعامل مع المرض. وبصفة عامة يمكن القول أن هناك مستوى متوسط من الرغبة في الاستمرار في الحياة كالمعتاد أثناء المرض، مما يدل على أن لدى المراهق المتمدرس يميلون إلى محاولة الحفاظ على نمط حياتهم المعتاد حتى في حالات المرض.

وثاني أكبر متوسط حسابي هو 2.26 بمستوى متوسط للبند رقم 04: "عندما أشعر أنني سأمرض، أقاوم المرض"، وبانحراف معياري قدره 0.76، حيث أجاب 21 ليس صحيحا أبدا بنسبة 19.1 %، 38 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 35.5 %، و50 أجابوا صحيح جدا بنسبة 45.5 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يشعرون بأنهم يقاومون المرض، مما يدل على عن عدم قدرتهم أو رغبتهم في المقاومة، وفئة يظهرون مقاومة معتدلة، مما يعني أنهم يحاولون مقاومة المرض، ولكن قد يواجهون صعوبات، وفئة يعبرون عن رغبة قوية في مقاومة المرض، مما يدل على أنهم تتبنى موقفا نشطا تجاه صحتهم. وبصفة عامة يمكن القول أن هناك مستوى متوسط من الرغبة في مقاومة المرض عندما يشعر التلاميذ بأنهم سيصابون به. يعكس ذلك موقفا إيجابيا تجاه الصحة.

وثالث متوسط حسابي هو 2.15 بمستوى متوسط للبند رقم 01: "أنا لا أسمح للمرض بالتحكم في حياتي" وبانحراف معياري قدره 0.81، حيث أجاب 29 ليس صحيحا أبدا بنسبة 26.4 %، 36 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 32.7 %، و45 أجابوا صحيح جدا بنسبة 40.9 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يشعرون بأنهم يتحكمون في حياتهم عندما يمرضون، مما يدل على وجود قلق أو عدم ثقة، وفئة يظهرون شعورا معتدلا بالقدرة على التحكم، مما يعني أنهم يحاولون البقاء نشطين، لكن قد يواجهون بعض التحديات، وفئة أخرى يعبرون عن شعور قوي بعدم السماح للمرض بالتحكم في حياتهم، مما يدل على أنهم يتبنون موقفا نشطا وإيجابيا. وبصفة عامة يمكن القول أن التلاميذ يميلون إلى عدم السماح للمرض بالتحكم في حياتهم، مما يعكس موقفا إيجابيا تجاه التحكم في الصحة.

وأدنى متوسط حسابي هو 2.05 بمستوى متوسط للبند رقم 02: "عندما أمرض أحاول أن أحتفظ بالأمر لنفسي" وبانحراف معياري قدره 0.77، حيث أجاب 30 ليس صحيحا أبدا بنسبة 27.3 %، 44 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 40.0 %، و36 أجابوا صحيح جدا بنسبة 32.7 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ لا يحتفظون بأمراضهم لأنفسهم، مما يدل على وجود شعور بالراحة في مشاركة مشاعرهم مع الآخرين، وفئة يظهرون ترددا في مشاركة تجاربهم، مما يعني أنهم قد يشعرون بالحاجة إلى الاحتفاظ

ببعض الأمور لأنفسهم، وفئة أخرى يعبرون عن رغبة قوية في الاحتفاظ بأمراضهم لأنفسهم، مما يدل على وجود قلق أو شعور بعدم الراحة في مشاركة هذه الأمور. وبصفة عامة يمكن القول أن هناك مستوى متوسط من الميل للاحتفاظ بالأمراض لأنفسهم، مما يدل على أن لدى المراهق المتمدرس يترددون في مشاركة مشاعرهم أو أمراضهم مع الآخرين.

والمتوسط الحسابي لبعد رفض دور المريض لدى المراهق المتمدرس ككل هو 2.18 وبانحراف معياري قدره 0.54، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل على إدراك متوسط لبعد رفض دور المريض وميل لدى المراهق المتمدرس إلى مواجهة المرض بطريقة إيجابية، بينما يظهر الكثير منهم رغبة في الحفاظ على حياتهم الطبيعية ومقاومة المرض، إلا أن هناك ترددا في مشاركة مشاعرهم وأمراضهم مع الآخرين، وبالتالي ينبغي تقديم الدعم النفسي والمشورة الصحية لمساعدتهم في التعامل مع هذه التحديات بشكل أفضل، وكذا العمل على مواجهة سلوكيات الخطر.

1-1-8- عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب:

الجدول رقم 18: استجابات عينة الدراسة على بنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب.

الرقم	البنود	البدائل				المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
			ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا				
01	لا أحب الذهاب إلى الطبيب	ت	29	35	46	2.15	0.81	**متوسط**	1
		%	26.4	31.8	41.8				
02	لا يزعجني الذهاب إلى الطبيب	ت	43	39	28	1.86	0.78	**متوسط**	2
		%	39.1	35.5	25.5				
المستوى العام لبعد الموقف تجاه زيارات الطبيب						***2.00***	***0.58***	**متوسط**	

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على مخرجات برنامج SPSS.

من خلال الجدول رقم (18) الخاص باستجابات أفراد العينة على بنود بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن أكبر متوسط حسابي هو 2.15 بمستوى متوسط وبانحراف معياري 0.81 هو للبند 01 " لا أحب الذهاب إلى الطبيب"، حيث أجاب 29 ليس صحيحا أبدا بنسبة 26.4 %، 35 أجابوا بصحيح نوعا ما بنسبة 31.8 %، و46 أجابوا صحيح جدا بنسبة 41.8 %، وهذا يبين أن هناك فئة لا يكرهون الذهاب إلى الطبيب، مما يدل على وجود شعور بالراحة في زيارة الطبيب،

وفئة يظهرون بعض التردد، مما يعني أنهم قد يشعرون بعدم الراحة ولكنهم لا يرفضون الفكرة تماما، وفئة يعبرون عن عدم حبهم للذهاب إلى الطبيب، مما يشير إلى وجود تجنب وعزوف عن الزيارات الطبية. بصفة عامة يمكن القول أن هناك مستوى متوسط من عدم الرغبة في الذهاب إلى الطبيب، مما يدل على وجود تردد أو نفور لدى بعض لدى المراهق المتمدرس تجاه الزيارات الطبية.

وأدنى متوسط حسابي في بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب هو 1.86 بمستوى متوسط للبند رقم 02: "لا يزعجني الذهاب إلى الطبيب" وبانحراف معياري قدره 0.78، حيث أجاب 43 ليس صحيحا أبدا بنسبة 39.1 %، 35 أجابوا صحيح نوعا ما بنسبة 31.8 %، و46 أجابوا صحيح جدا بنسبة 41.8 %، وهذا يبين أن فئة من التلاميذ يشعرون بأن زيارة الطبيب تزعجهم، وفئة يظهرون شعورا معتدلا، مما يعني أنهم قد يشعرون ببعض الانزعاج لكن ليس بشكل مفرط، وفئة ترى عدم انزعاجهم من زيارة الطبيب، مما يدل على شعورهم بالراحة تجاه الذهاب إلى الطبيب. وبصفة عامة يمكن القول بأن مستوى متوسط من الارتياح تجاه الذهاب إلى الطبيب، مما يدل على أن بعض التلاميذ لا يشعرون بالقلق أو الانزعاج من هذه الزيارات.

والمتوسط الحسابي لبعد الموقف تجاه زيارات الطبيب للدى المراهق المتمدرس ككل هو 2.00 وبانحراف معياري قدره 0.58، وهو مستوى متوسط. وهذا المستوى المتوسط يدل على إدراك متوسط لبعد الموقف تجاه زيارات الطبيب وكذا وجود تردد أو نفور لدى بعض التلاميذ تجاه الزيارات الطبية. بينما هناك نسبة منهم يشعرون بالراحة، إلا أن القلق والانزعاج يبقيان موجودين. من المهم تعزيز الوعي بأهمية الرعاية الصحية وتشجيعهم على زيارة الطبيب عند الحاجة.

1-1-9- عرض وتحليل نتائج استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة:

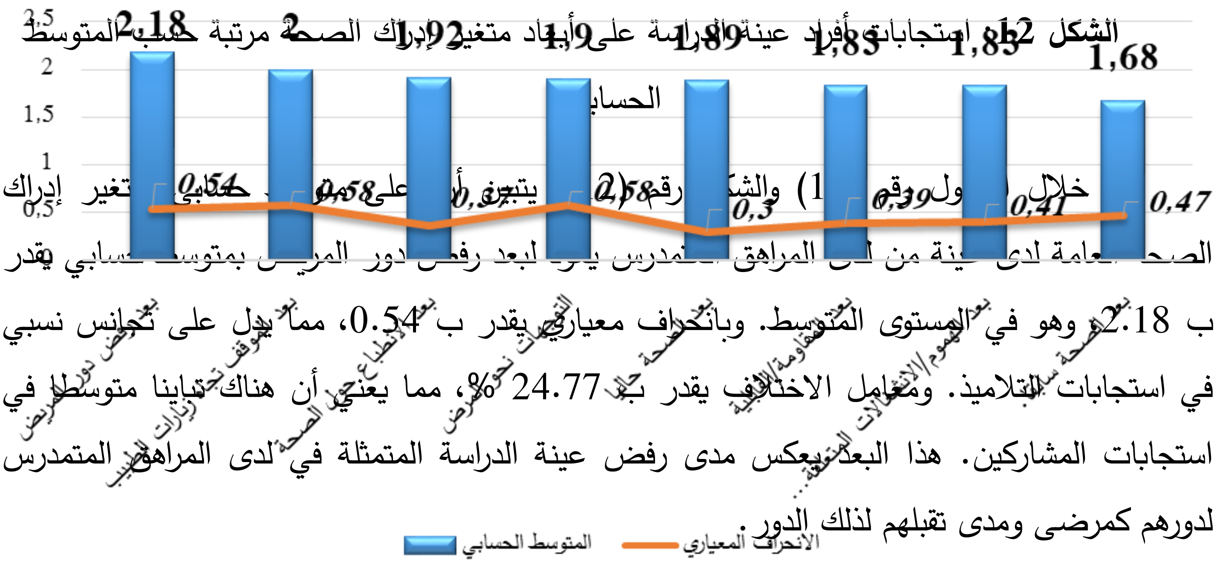
الجدول رقم 19: استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة.

الرقم	الأبعاد والمتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الاختلاف	المستوى
01	بعد رفض دور المريض	2,18	0,54	24,77	متوسط
02	بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب	2.00	0,58	29,00	متوسط
03	بعد الانطباع حول الصحة	1,92	0,37	19,27	متوسط
04	التوجهات نحو المرض	1,9	0,58	30,53	متوسط
05	بعد الصحة حاليا	1,89	0,3	15,87	متوسط
06	بعد المقاومة/القابلية	1,83	0,39	21,31	متوسط

07	بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة	1,83	0,41	22,40	**متوسط**
08	بعد الصحة سابقا.	1,68	0,47	27,98	**متوسط**
	المستوى العام لمتغير إدراك الصحة	***1.90***	***0.22***	***11.57***	***متوسط***

1-1.66 منخفض/1.67-2.32 متوسط/2.33-3 مرتفع

الشكل 12 استجابات أفراد عينة الدراسة على أبعاد متغير إدراك الصحة مرتبة حسب المتوسط الحسابي



من خلال الجدول رقم (1) والشكل رقم (2) يتبين أن أعلى متوسط حسابي على متغير إدراك الصحة العامة لدى عينة من لدى المراهق المتمدرس يؤول لبعد رفض دور المريض بمتوسط حسابي يقدر ب 2.18، وهو في المستوى المتوسط. وبانحراف معياري يقدر ب 0.54، مما يدل على تجانس نسبي في استجابات التلاميذ. ومعامل الاختلاف يقدر ب 24.77 %، مما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات المشاركين. هذا البعد يعكس مدى رفض عينة الدراسة المتمثلة في لدى المراهق المتمدرس لدورهم كمرضى ومدى تقبلهم لذلك الدور.

يليه بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب بمتوسط حسابي يقدر ب 2.00، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.58، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف هو 29.00 %، مما يدل أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يدل أن لديهم موقف متوسط تجاه زيارات الطبيب.

يليه بعد الانطباع حول الصحة بمتوسط حسابي يقدر ب 1.92، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.37، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر ب 19.27 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم انطباعات متوسطة حول صحتهم.

يليه بعد التوجهات نحو المرض بمتوسط حسابي يقدر ب 1.90، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.58، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر ب 30.53 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم انطباعات متوسطة حول التوجهات نحو المرض.

يليه بعد الصحة حاليا بمتوسط حسابي يقدر ب 1.89، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.30، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل

الاختلاف يقدر ب 15.87 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم انطباعات متوسطة حول صحتهم حاليا.

يليه بعد المقاومة/القابلية بمتوسط حسابي يقدر ب 1.83، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.39، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر ب 21.31 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم مقاومة أو قابلية متوسطة للتأثر بالمرض.

يليه بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة بمتوسط حسابي يقدر ب 1.83، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.41، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر ب 22.40 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم هموم وانشغالات متوسطة متعلقة بصحتهم.

وأدنى متوسط حسابي يعود لبعد الصحة سابقا بمتوسط حسابي يقدر ب 1.68، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.47، مما يدل على أن هناك تجانس نسبي في استجابات عينة الدراسة. ومعامل الاختلاف يقدر ب 27.98 %، ما يعني أن هناك تباينا متوسطا في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم إدراك متوسط لصحتهم السابقة.

وبالنسبة لمتغير إدراك الصحة العامة بمتوسط حسابي يقدر ب 1.90، وهو في المستوى المتوسط، وبانحراف معياري يقدر ب 0.22، مما يدل على أن هناك تشتت نسبي في استجابات عينة الدراسة. المستوى المتوسط يشير إلى أن لديهم إدراك متوسط للصحة العامة.

لكن هذا الادراك المتوسط يحتاج إلى تعزيز وتطوير ليصل إلى مستويات أعلى. التباين النسبي في الأبعاد المختلفة يشير إلى وجود تفاوتات في كيفية فهم وتقييم الصحة بين المراهقين، مما يبرز أهمية توجيه جهود التوعية الصحية بشكل أكبر وشمولية أوسع لتلبية احتياجات جميع الأفراد.

1-2-عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية:

الفرضية الرئيسية الثانية التي مفادها "يمارس المراهق المتمدرس السلوكيات الصحية الخطيرة التالية: الثقافة الصحية، عادات الأكل، عادات النوم، النشاط البدني، سلوك التدخين، سلوك القيادة، بمستويات مرتفعة".

ولاختبار هذه الفرضية قمنا بعرض وتحليل استجابات أفراد عينة الدراسة على كل محاور مقياس السلوكيات الخطيرة التي يمارسها التلميذ المراهق المتمدرس، وهي كالتالي:

1-2-1-عرض وتحليل استجابات عينة الدراسة حول المحيط الأسري:

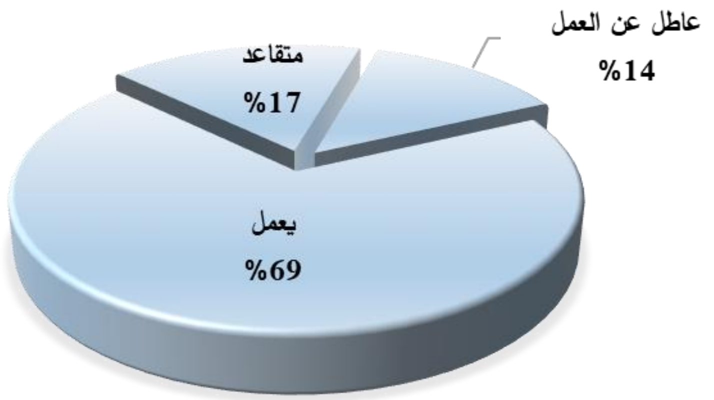
1-2-1-1-عرض وتحليل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم:

الجدول رقم 20: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم.

الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم	التكرار	النسبة %
يعمل	76	69.1
متقاعد	19	17.3
عاطل عن العمل	15	13.6
المجموع	**110**	**100.0**

من خلال الجدول رقم (20) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم أن أكبر فئة هي يعمل بنسبة 69.1 %، يليها فئة متقاعد بنسبة 17.3 %، وأدنى فئة عاطل عن العمل بنسبة 13.6 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم متباين، حيث فئة يعمل في الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم هي الأغلب، بينما تعتبر فئتي متقاعد وعاطل عن العمل متقاربة من حيث التكرار.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم:



الشكل رقم 13: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوضعية المهنية للأب أو زوج الأم.

1-2-1-2-عرض وتحليل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة:

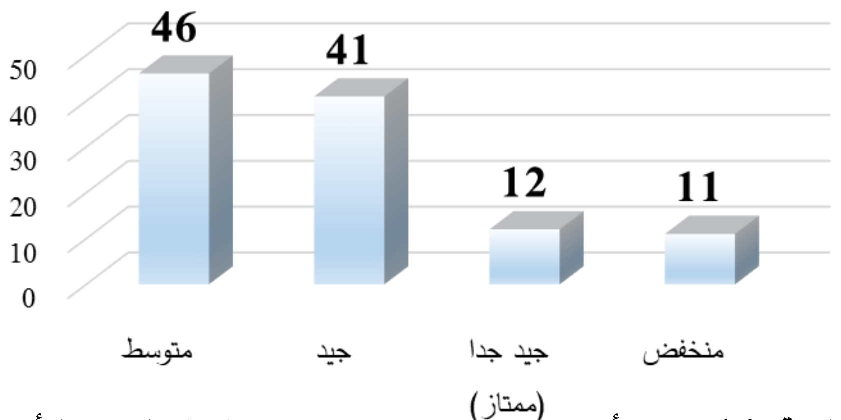
الجدول رقم 21: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة.

الدخل الشهري	التكرار	النسبة %
متوسط	46	41,8
جيد	41	37,3
جيد جدا (ممتاز)	12	10,9
منخفض	11	10,0

100.0	110	المجموع

من خلال الجدول رقم (21) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة أن أكبر فئة هي متوسط بنسبة 41.8 %، يليها فئة جيد بنسبة 37.3 %، يليها فئة جيد جدا (ممتاز) بنسبة 10.9 %، وأدنى فئة دخل منخفض بنسبة 10.0 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مستوى الدخل الشهري للأسرة متباين، حيث غلبة فئتي متوسط وجيد، بينما تعتبر فئتي جيد جدا (ممتاز) ومنخفض الأدنى. وتمثل الفئة ذات الدخل المتوسط 41.8 % النسبة الأكبر بين الآباء، مما قد يشير إلى أن هذه الفئة تمتلك موارد كافية لدعم صحة أبنائها. الآباء في هذه الفئة قد يستطيعون توفير غذاء صحي، ورعاية طبية، وأنشطة ترفيهية تعزز من الإدراك الصحي. وأما الآباء ذوو الدخل الجيد 37.3 % أيضا يمتلكون القدرة على توفير بيئة صحية لأبنائهم. يمكن أن تؤدي الموارد المالية الجيدة إلى زيادة الوعي الصحي وتوفير فرص تعليمية وصحية أفضل. وبالنسبة لفئة الدخل الجيد جدًا تمثل 10.9 % فقط، فإن الآباء في هذه الفئة غالبا ما يكون لديهم مستوى عال من الوعي الصحي والقدرة على الوصول إلى خدمات صحية متقدمة. وهذا يمكن أن يساهم في تعزيز الإدراك الصحي لدى أبنائهم المتمدرسين المراهقين. وأما بالنسبة لفئة ذات الدخل المنخفض 10.0 % تمثل أقل نسبة، فقد تواجه هذه الأسر تحديات في توفير احتياجاتهم الأساسية، مما قد يؤثر سلبا على إدراك أبنائهم الصحي. نقص الموارد يمكن أن يؤدي إلى نقص في المعلومات الصحية والفرص للوصول إلى الرعاية الصحية المناسبة. وبالتالي يمكن القول أن الدخل يؤثر على الحالة النفسية للأسر. الأسر ذات الدخل المحدود قد تعاني من ضغوط اقتصادية تؤثر على تفاعلهم مع أبنائهم، مما قد ينعكس على مستوى الإدراك الصحي.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري الأسرة:



الشكل رقم 14: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل الشهري للأسرة.

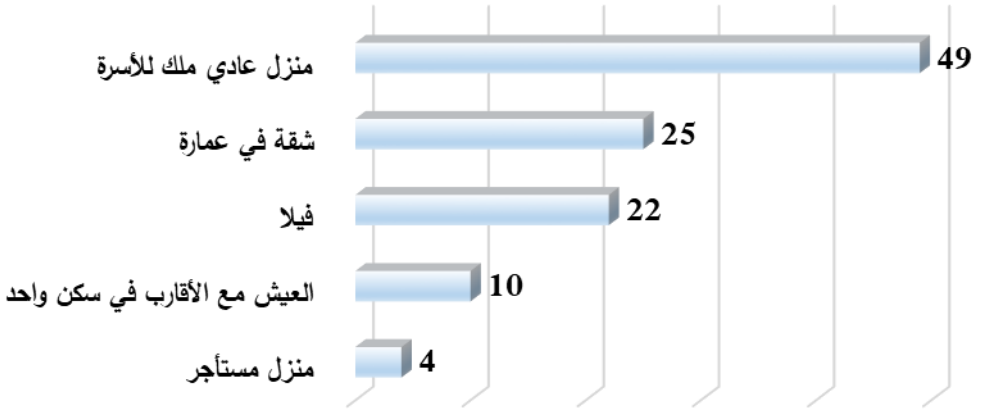
1-2-1-3-عرض وتحليل توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن:

الجدول رقم 22: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن.

الوظيفة	التكرار	النسبة %
منزل عادي ملك للأسرة	49	44,5
شقة في عمارة	25	22,7
فيلا	22	20
العيش مع الأقارب في سكن واحد	10	9,1
منزل مستأجر	4	3,6
المجموع	**110**	**100.0**

من خلال الجدول رقم (22) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن أن أكبر فئة هي منزل عادي ملك للأسرة بنسبة 44.5 %، يليها فئة شقة في عمارة بنسبة 22.7 %، يليها فئة فيلا بنسبة 20.0 %، يليها فئة العيش مع الأقارب في سكن واحد بنسبة 9.1 %، وأدنى فئة منزل مستأجر بنسبة 3.6 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع السكن متباين، حيث غلبة فئة منزل عادي ملك للأسرة، وأدنى فئة هي للمنزل المستأجر.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن:



الشكل رقم 15: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السكن.

1-2-1-4-توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني:

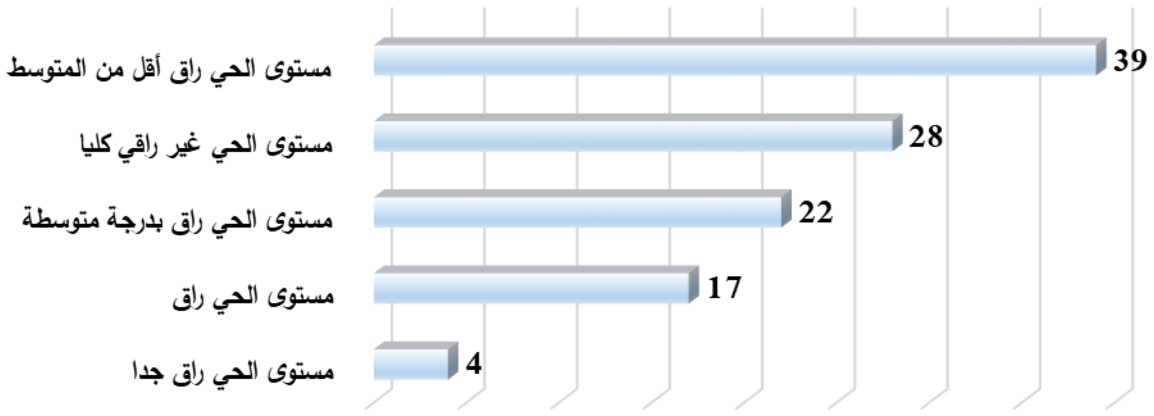
الجدول رقم 16: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني.

الحي السكني	التكرار	النسبة %
مستوى الحي راق أقل من المتوسط	39	35,5
مستوى الحي غير راقي كليا	28	25,5
مستوى الحي راق بدرجة متوسطة	22	20,0
مستوى الحي راق	17	15,5
مستوى الحي راق جدا	4	3,6

المجموع	110	100.0

من خلال الجدول رقم (23) يتبين لنا أن توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني أن أكبر فئة هي مستوى الحي راق أقل من المتوسط بنسبة 35.5 %، يليها فئة مستوى الحي غير راقي كليا بنسبة 25.5 %، يليها فئة مستوى الحي راق بدرجة متوسطة بنسبة 20.0 %، يليها فئة مستوى الحي راق بنسبة 15.5 %، وأدنى فئة مستوى الحي راق جدا بنسبة 3.6 %، وبالتالي توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الحي السكني متباين، حيث غلبة فئة مستوى الحي راق أقل من المتوسط، وأدنى فئة مستوى الحي راق جدا.

والشكل التالي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني:



الشكل رقم 17: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحي السكني.

1-2-2-استجابات عينة الدراسة حول المحيط الاجتماعي:

1-2-2-1- كم هو عدد أصدقائك المقربين إليك؟

الجدول رقم 24: استجابات أفراد العينة حسب عدد أصدقائك المقربين إليك.

	لا أحد		2 أو 4		أكثر من 4	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
كم هو عدد أصدقائك المقربين إليك؟	23	20.9	56	50.9	31	28.2

من خلال نتائج الجدول رقم (24) الخاص باستجابات المراهقين المتمدرسين حول عدد أصدقائك المقربين إليهم، يتبين أن 20.9 % لا أحد عدد الأصدقاء المقربين لا يوجد، 50.9 % عدد الأصدقاء من 2 إلى 4، ونسبة 28.2 % عدد الأصدقاء أكثر من 4. وبالتالي فإن الأغلبية يملكون عددا متوسطا

من الأصدقاء المقربين من 2 أو 4، مقارنة بمن ليس لديهم أصدقاء مقربين أو من يملكون شبكة واسعة من الأصدقاء.

1-2-2-2- كم عدد أفراد عائلتك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟

الجدول رقم 25: استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي.

	كلهم تقريبا		**البعض منهم**		**لا أحد**	
كم عدد أفراد عائلتك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	30	27.3	58	52.7	22	20.0

من خلال نتائج الجدول رقم (25) الخاص باستجابات المراهقين المتمدرسين حول عدد أفراد العائلة الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي، يتبين أن 27.3 % كلهم تقريبا، 52.7 % البعض منهم، ونسبة 20.0 % لا أحد. ففئة من المراهقين المتمدرسين تمثل نسبة الصغيرة 27.3 % تعيش في بيئة حيث يتناول جميع أفراد العائلة الوجبات غير الصحية، دون اتباع نظام غذائي صحي. يمكن أن يكون هذا نتيجة لعوامل تربوية أو اجتماعية. وفئة تمثل النسبة الأكبر 52.7 % إلى أن العديد من المراهقين المتمدرسين يعيشون في بيئة حيث يتناول بعض أفراد العائلة الوجبات غير الصحية. قد يعكس هذا خيارات وتفضيلات شخصية أو عادات عائلية. بينما الفئة الأصغر أو الأقل 20 % يتناولون الطعام الصحي دون تناول الوجبات غير الصحية في أسرهم. قد يكون لديهم وعي أكبر بأهمية التغذية الصحية أو قد يكونون يمارسون اختيارا شخصيا لنمط حياة صحي. ويمكن القول بصفة عامة أن جزءا كبير من المراهقين المتمدرسين 52.7 % يتناول الوجبات غير الصحية مع أفراد عائلاتهم، بينما هناك نسب مماثلة تقريبا يتبعون نظاما غذائيا صحيا.

1-2-2-3- كم عدد أصدقائك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟

الجدول رقم 26: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي.

	كلهم تقريبا		**البعض منهم**		**لا أحد**	
كم عدد أصدقائك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	46	41.8	41	37.3	23	20.9

من خلال نتائج الجدول رقم (26) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أصدقائك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 41.8 % كلهم تقريبا، 37.3 % البعض منهم، ونسبة 20.9 % لا أحد. ففئة من المراهقين المتمدرسين فيها عدد الأصدقاء يتناولون الوجبات غير الصحية بدلا من اتباع نظام غذائي صحي. وفئة تمثل النسبة الأكبر 37.3 % إلى أن هناك جزء كبير المراهقين المتمدرسين يعرفون أصدقاء يتناولون الوجبات غير الصحية، قد يكون هذا مؤشرا على انتشار أنماط الأكل غير الصحية بين التلاميذ. بينما الفئة الأصغر أو الأقل 20.9% من المراهقين المتمدرسين ليس لديهم أصدقاء يتناولون الوجبات غير الصحية، مما قد يعكس اهتمامهم بالنظام الغذائي الصحي أو قد يعكس عدم تأثرهم بأنماط الأكل الغير صحية. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تنوعا كبيرا في تأثير أصدقاء المراهقين المتمدرسين على اختياراتهم الغذائية.

1-2-2-4- كم عدد أفراد عائلتك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟

الجدول رقم 27: استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يمارسون التمارين الرياضية.

	لا أحد		البعض منهم		كلهم تقريبا	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
كم عدد أفراد عائلتك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟	37	33.6	59	53.6	14	12.7

من خلال نتائج الجدول رقم (27) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أفراد عائلتك الذين يمارسون التمارين الرياضية لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 33.6 % لا أحد، 53.6 % البعض منهم، ونسبة 12.7 % كلهم تقريبا. ففئة من التلاميذ لا يوجد لديهم أفراد في العائلة يمارسون التمارين الرياضية. قد تكون هذه الأسر غير مهتمة بالنشاط البدني أو لديها تحديات تمنعها من ممارسة التمارين. وفئة تمثل النسبة الأكبر 53.6 % تمتلك بعض الأفراد في العائلة يمارسون التمارين الرياضية. قد يكون للنشاط البدني دور مهم في حياة هؤلاء الأفراد. بينما الفئة الأصغر أو الأقل 12.7 % من التلاميذ جميع أفراد عائلاتهم يمارسون التمارين الرياضية. ويمكن القول بصفة عامة أن تنوعا في ممارسة التمارين الرياضية لأفراد العائلة، حيث هناك أفراد لا يمارسون التمارين الرياضية على الإطلاق، وآخرون يمارسها جميع أفراد عائلاتهم، بينما البقية تقع في الفئة الوسطى بين هذين الطرفين.

1-2-2-5- كم عدد أصدقائك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟

الجدول رقم 28: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يمارسون التمارين الرياضية.

	لا أحد		البعض منهم		كلهم تقريبا	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
كم عدد أصدقائك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟	39	35.5	50	45.5	21	19.1

من خلال نتائج الجدول رقم (28) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أصدقائك الذين يمارسون التمارين الرياضية لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 35.5 % لا أحد، 45.5 % البعض منهم، ونسبة 19.1 % كلهم تقريبا. ففئة من المراهقين المتمدرسين لا يوجد لديهم أفراد من الأصدقاء يمارسون التمارين الرياضية، قد تعكس هذه العلاقات مع الأصدقاء اهتمامات مختلفة بين المراهقين المتمدرسين في مجال النشاط البدني. وفئة تمثل النسبة الأكبر 45.5 % وجود عدد كبير من التلاميذ الذين يمتلكون أصدقاء يمارسون التمارين الرياضية. قد يكون لهذه العلاقات تأثير إيجابي على تحفيزهم على ممارسة التمارين الرياضية. بينما الفئة الأصغر أو الأقل 19.1 % من التلاميذ جميع أصدقائهم يمارسون التمارين الرياضية جميعهم تقريبا، قد يكون لهؤلاء المراهقين المتمدرسين شبكة دعم قوية تشجعهم على ممارسة التمارين الرياضية. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تنوعا في ممارسة التمارين الرياضية للأصدقاء، حيث هناك أصدقاء لا يمارسون التمارين الرياضية على الإطلاق، وأصدقاء آخرون يمارسونها جميعا، بينما البقية تقع في الفئة الوسطى بين هذين الطرفين. ويمكن القول كذلك أن العلاقات الاجتماعية للمراهقين المتمدرسين تلعب دورا مهما في تحفيزهم على ممارسة التمارين الرياضية، حيث يمكن أن يكون وجود أصدقاء يمارسون التمارين الرياضية إحدى العوامل التي تؤثر على نمط حياتهم الصحي.

1-2-2-6- كم عدد أفراد عائلتك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟

الجدول رقم 29: استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل.

	لا أحد		البعض منهم		كلهم تقريبا	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
كم عدد أفراد عائلتك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟	15	13.6	44	40.0	51	46.4

من خلال نتائج الجدول رقم (29) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أفراد العائلة الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 13.6 % لا أحد، 40.0 % البعض منهم، ونسبة 46.4 % كلهم تقريبا. ففئة من التلاميذ لا يوجد لديهم أفراد في العائلة يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل. قد يكون هذا نتيجة لعوامل مثل الضغوط اليومية التي تعوق النوم الجيد وعوامل أخرى. وفئة تمثل النسبة الأكبر 40.0 % البعض من الأفراد الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل في أسرهم. قد تكون هذه الأسر تولي اهتماما خاصا بأهمية النوم الجيد. بينما الفئة الأصغر أو الأقل 13.6 % من التلاميذ يمتلكون جميع أفراد العائلة الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل. قد يعكس هذا وجود بيئة داعمة للنوم الجيد في هذه الأسر. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك اهتماما ملحوظا بالنوم الجيد من طرف أفراد عائلة

لدى المراهق المتمدرس، حيث يبدو أن معظم الأفراد يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل، سواء كان ذلك بمساعدة أفراد العائلة أو بمفردهم.

1-2-2-7- كم عدد أصدقائك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟

الجدول رقم 30: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل.

	لا أحد		**البعض منهم**		**كلهم تقريبا**	
كم عدد أصدقائك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	19	17.3	44	40.0	47	42.7

من خلال نتائج الجدول رقم (30) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أفراد الأصدقاء الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 17.3 % لا أحد، 40.0 % البعض منهم، ونسبة 42.7 % كلهم تقريبا. ففئة صغيرة من التلاميذ لا يوجد لديهم أصدقاء يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل. قد تكون هذه نتيجة لاختلافات في أنماط النوم بين التلاميذ وأصدقائهم وعوامل أخرى. وفئة البعض من الأصدقاء الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل. بينما الفئة الأكبر 42.7 % من التلاميذ جميع أصدقائهم يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل، قد يكون بسبب وجود بيئة داعمة للنوم الجيد والصحيح بين الأصدقاء. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك أصدقاء يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل يمكن أن يكون له تأثير إيجابي على نمط النوم لدى الأفراد، حيث يمثل الدعم الاجتماعي والعلاقات مع الأصدقاء من العوامل الهامة في صحة وجودة النوم.

1-2-2-8- كم عدد أفراد عائلتك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟

الجدول رقم 31: استجابات أفراد العينة حسب عدد أفراد العائلة الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة.

	لا أحد		**البعض منهم**		**كلهم تقريبا**	
كم عدد أفراد عائلتك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	14	12.7	52	47.3	44	40.0

من خلال نتائج الجدول رقم (31) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أفراد العائلة الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 12.7 % لا أحد، 47.3 % البعض منهم، ونسبة 40.0 % كلهم تقريبا. ففئة لديهم أفراد في العائلة لا يستخدمون حزام الأمان أثناء ركوب السيارة. قد يكون ذلك دليلا على عدم الالتزام بالسلامة أثناء القيادة. والفئة الأكبر فيها عدد

كبير من بعض أفراد عائلاتهم يستخدمون حزام الأمان أثناء ركوب السيارة. قد تعكس هذه النسبة توجها إيجابيا نحو السلامة والالتزام بالقوانين المرورية. بينما فئة أخرى جميع أفراد العائلة يستخدمون حزام الأمان أثناء ركوب السيارة. هذا يعكس الانضباط والوعي بأهمية استخدام حزام الأمن أثناء ركوب السيارة. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تباين في حول عدد أفراد العائلة الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة، إلا أن هناك وعي بأهمية استخدام حزام الأمان يبدو شائعا، مع وجود نسبة عالية من أفراد العائلة الذين يلتزمون بالسلامة أثناء ركوب السيارة.

1-2-2-9- كم عدد أصدقائك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟

الجدول رقم 32: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة.

	لا أحد		البعض منهم		كلهم تقريبا	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
كم عدد أصدقائك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟	33	30.0	46	41.8	31	28.2

من خلال نتائج الجدول رقم (32) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد أفراد العائلة الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 30.0 % لا أحد، 41.8 % البعض منهم، ونسبة 28.2 % كلهم تقريبا. ففئة لديهم أصدقاء لا يستخدمون حزام الأمان أثناء ركوب السيارة، هذا قد يدل على نقص في الوعي بأهمية استخدام حزام الأمان للحفاظ على السلامة خلال القيادة. والفئة الأكبر فيها عدد كبير من بعض عدد كبير من الأصدقاء الذين يستخدمون حزام الأمان أثناء ركوب السيارة، مما يدل على وعيهم بأهمية السلامة المرورية. بينما فئة أخرى جميع الأصدقاء يستخدمون حزام الأمان أثناء ركوب السيارة، هذا يدل على انتشار عادات سليمة من السلامة المرورية بين الأصدقاء. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تباين في حول عدد الأصدقاء الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة، إلا أن هناك وعي بأهمية السلامة المرورية والالتزام بقواعد السلامة أثناء القيادة.

1-2-2-10- هل يوجد أشخاص مدخنين في عائلتك المصغرة؟

الجدول رقم 33: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المدخنين في العائلة المصغرة.

	كلهم تقريبا		البعض منهم		لا أحد	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
هل يوجد أشخاص مدخنين في عائلتك المصغرة؟	56	50.9	36	32.7	18	16.4

من خلال نتائج الجدول رقم (33) الخاص باستجابات أفراد العينة حول وجود أشخاص مدخنين في العائلة المصغرة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 50.9 % كلهم تقريبا، 32.7 % البعض منهم، ونسبة 16.4 % لا أحد. ففئة يعيشون في أسر تضم أشخاصا مدخنين في العائلة المصغرة. هذا يعكس انتشار عادة التدخين داخل الأسرة. وفئة فيها عدد معتدل أو البعض منهم من التلاميذ يعيشون في أسر تضم أشخاصا مدخنين في العائلة المصغرة. بينما فئة أخرى التلاميذ لا يعيشون في أسر تحتوي على أشخاص مدخنين في العائلة المصغرة. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين يعيشون في أسر تضم أشخاصا مدخنين في العائلة المصغرة، مما يمكن أن يؤثر على عاداتهم الصحية وبيئتهم المحيطة.

1-2-2-11- بحسب علمك، كم شخص مدخن في حيك (منطقتك)؟

الجدول رقم 34: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأشخاص المدخنين في الحي.

	كثيرا		عدد قليل		لا أحد	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
بحسب علمك، كم شخص مدخن في حيك (منطقتك)؟	20	18.2	24	21.8	66	60.0

من خلال نتائج الجدول رقم (34) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد الأشخاص المدخنين في الحي أو المنطقة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 18.2 % كثيرا، 21.8 % عدد قليل، ونسبة 60.0 % لا أحد. ففئة كبيرة يعيشون في أحياء لا يوجد بها أشخاص مدخنين. وفئة فيها عدد معتدل من التلاميذ يعيشون في أحياء تحتوي على عدد قليل من الأشخاص المدخنين. بينما فئة كبيرة التلاميذ يعيشون في أحياء لا تحتوي على عدد كبير من الأشخاص المدخنين. هذا يدل على انتشار عادة التدخين في الحي. ويمكن القول بصفة عامة أنه ليس هناك نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين يعيشون في أحياء تحتوي على أشخاص مدخنين.

1-2-2-12- كم عدد أصدقائك الذين يدخنون السجائر بطريقة منتظمة؟

الجدول رقم 35: استجابات أفراد العينة حسب عدد الأصدقاء الذي يدخنون السجائر بطريقة منتظمة.

	كثيرا		عدد قليل		لا أحد	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
كم عدد أصدقائك الذين يدخنون السجائر بطريقة منتظمة؟	72	65.5	28	25.5	10	9.1

من خلال نتائج الجدول رقم (35) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد الأشخاص المدخنين في الحي أو المنطقة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 18.2 % كثيرا، 21.8 % عدد قليل، ونسبة 60.0 % لا أحد. ففئة كبيرة يعيشون في أحياء لا يوجد بها أشخاص مدخنين. وفئة فيها عدد معتدل من

التلاميذ يعيشون في أحياء تحتوي على عدد قليل من الأشخاص المدخنين. بينما فئة كبيرة التلاميذ يعيشون في أحياء لا تحتوي على عدد كبير من الأشخاص المدخنين. هذا يدل على انتشار عادة التدخين في الحي. ويمكن القول بصفة عامة أنه ليس هناك نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين يعيشون في أحياء تحتوي على أشخاص مدخنين.

1-2-3- بُعد الثقافة الصحية:

1-2-3-1- هل تعتقد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

الجدول رقم 36: استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك.

	تقريبا لا يوجد تأثير		تأثير خفيف		تأثير خطير	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
هل تعتقد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	21	19.1	59	53.6	30	27.3

من خلال نتائج الجدول رقم (36) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرهم لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 19.1 % تقريبا لا يوجد تأثير، 53.6 % تأثير خفيف، ونسبة 27.3 % تأثير خطير. ففئة يعتقدون أن الحصول على 10 كغ إضافية على الوزن الطبيعي لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الشباب. وفئة يرون أن الحصول على 10 كغ إضافية على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير خفيف على صحة الشباب. بينما فئة ترى أن الحصول على 10 كغ إضافية على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الشباب. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك اعتقادات متباينة بين لدى المراهقين المتمدرسين حول تأثير الزيادة في الوزن على صحة الشباب، مع تفاوت بين من يرون تأثيرا خطيرا ومن يرون تأثيرا خفيفا أو عدم وجود تأثير على الإطلاق.

1-2-3-2- هل تعتقد أن الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

الجدول رقم 37: استجابات أفراد العينة حسب الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك.

	تقريبا لا يوجد تأثير	تأثير خفيف	تأثير خطير

	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
هل تعتقد أن الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	33	30.0	47	42.7	30	27.3

من خلال نتائج الجدول رقم (37) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرهم لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 30.0 % تقريبا لا يوجد تأثير، 42.7 % تأثير خفيف، ونسبة 27.3 % تأثير خطير. ففئة ترى أن الاستغناء عن وجبة فطور الصباح لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الشباب. وفئة ترى أن الاستغناء عن وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير خفيف على صحة الشباب. بينما فئة ترى أن الاستغناء عن وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الشباب. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تباين في الاعتقادات حول تأثير استغناء الشباب عن وجبة الإفطار على صحتهم، حيث يوجد مجموعة ترون أن له تأثير خطير ومجموعة ترون أن له تأثير خفيف، بينما هناك أيضا نسبة تعتقد بأنه لا يوجد تأثير يذكر.

1-2-3-3- هل تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

الجدول رقم 38: استجابات أفراد العينة حسب التناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك.

	تقريبا لا يوجد تأثير		تأثير خفيف		تأثير خطير	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
هل تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	15	13.6	48	43.6	47	42.7

من خلال نتائج الجدول رقم (38) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرهم المراهق المتمدرس، يتبين أن 13.6 % تقريبا لا يوجد تأثير، 43.6 % تأثير خفيف، ونسبة 42.7 % تأثير خطير. ففئة قليلة من التلاميذ تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الشباب. وفئة كبيرة تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير خفيف على صحة الشباب. بينما فئة كبيرة تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الشباب. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك اعتقادات متباينة بين لدى المراهقين المتمدرسين حول تأثير تناول الكثير من الأكل غير الصحي على صحة الشباب، حيث هناك نسبة ترون أن له تأثير خطير وآخرون يرون أن له تأثير خفيف أو عدم وجود تأثير على الإطلاق.

1-2-3-4- هل تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

الجدول رقم 39: استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك.

	تقريبا لا يوجد تأثير		**تأثير خفيف**		**تأثير خطير**	
هل تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	18	16.4	60	54.5	32	29.1

من خلال نتائج الجدول رقم (32) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرهم لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 16.4 % تقريبا لا يوجد تأثير، 54.5 % تأثير خفيف، ونسبة 29.1 % تأثير خطير. ففئة أقل من التلاميذ تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الشباب. وفئة كبيرة تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون له تأثير خفيف على صحة الشباب. بينما فئة كبيرة تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الشباب. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تباينًا في اعتقادات المراهقين المتمدرسين حول تأثير عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام على صحة الشباب، حيث هناك نسبة ترون أن له تأثير خطير وآخرون يرون أن له تأثير خفيف أو عدم وجود تأثير على الإطلاق.

1-2-3-5- هل تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

الجدول رقم 40: استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك.

	تقريبا لا يوجد تأثير		**تأثير خفيف**		**تأثير خطير**	
هل تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	25	22.7	54	49.1	31	28.2

من خلال نتائج الجدول رقم (40) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرهم لدى

المراهق المتمدرس، يتبين أن 22.7 % تقريبا لا يوجد تأثير، 49.1 % تأثير خفيف، ونسبة 28.2 % تأثير خطير. ففئة أقل من التلاميذ تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الشباب. وفئة كبيرة تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون له تأثير خفيف على صحة الشباب. بينما فئة معتبرة 28.2 % تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الشباب. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك توجها نحو الاعتقاد بأن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب، سواء كان ذلك تأثيرا خفيفا أو خطيرا.

1-2-3-6- هل تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك؟

الجدول رقم 41: استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك.

	تقريبا لا يوجد تأثير		**تأثير خفيف**		**تأثير خطير**	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
هل تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك؟	09	8.2	37	33.6	64	58.2

من خلال نتائج الجدول رقم (41) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرهم لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 8.2 % تقريبا لا يوجد تأثير، 33.6 % تأثير خفيف، ونسبة 58.2 % تأثير خطير. ففئة أقل من المراهقين المتمدرسين تعتقد أن التدخين المنتظم لا يمكن أن يكون له تأثير كبير على صحة الأشخاص من نفس العمر. وفئة كبيرة تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير خفيف على صحة الأشخاص من نفس العمر. بينما فئة أكبر 58.2 % تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الأشخاص من نفس العمر. ويمكن القول بصفة عامة أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير خطير على صحة الأشخاص من نفس العمر، في حين أن هناك نسبة صغيرة ترى أنه لا يوجد تأثير كبير أو يكون تأثيرا خفيفا.

1-2-3-7- هل تعتقد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد؟

الجدول رقم 42: استجابات أفراد العينة حسب الاعتقاد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد.

	لا		**لست متأكد**		**نعم**	
هل تعتقد أن الرياضة تساعد في تعديل	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**

سلوك الفرد؟	02	1.8	20	18.2	88	80.0

من خلال نتائج الجدول رقم (42) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاعتقاد بأن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 1.8 % تقريبا لا يوجد تأثير، 18.2 % تأثير خفيف، ونسبة 80.0 % تأثير خطير. ففئة أقل من المراهقين المتمدرسين تعتقد أن الرياضة لا تساعد في تعديل سلوك الفرد. وفئة معتبرة غير متأكدين مما إذا كانت الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد. بينما فئة أكبر 80.0 % تعتقد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد. ويمكن القول بصفة عامة أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك المراهقين المتمدرسين، بينما هناك نسبة صغيرة لا تعتقد بذلك ونسبة أخرى تظل غير متأكدة.

وما يمكن قوله حول بعد الثقافة الصحية الخاصة بسلوكيات الخطر لدى التلميذ المراهق المتمدرس يظهر تباينا في اعتقادات التلاميذ المراهقين المتمدرسين حول تأثير العوامل المختلفة على صحتهم، فالغالبية تعتبر أن زيادة الوزن لها بعض التأثير على الصحة، مما يشير إلى وعي نسبي حول مخاطر السمنة. وهناك اعتراف بأن التخلي عن الإفطار قد يؤثر على الصحة، خاصة بين الذين يرون أن التأثير قد يكون خطيرا. كما تظهر هذه النتائج وعيا كبيرا بمخاطر الأكل غير الصحي، حيث يعبر معظم التلاميذ عن قلقهم بشأن تأثيره على صحتهم. ومعظم يدركون أهمية التمارين الرياضية، مع رؤية تأثيرات خفيفة أو خطيرة على صحتهم. وكما أن هناك إدراك لأهمية النوم الكافي، مع أن هناك اعتراف بأن قلة النوم يمكن أن تؤثر سلبا على الصحة. وهناك وعي كبير بمخاطر التدخين، حيث يعتبر معظم التلاميذ أن له تأثيرا خطيرا. وأظهرت النتائج حول هذا البعد أن هناك نسبة عالية من الاعتقاد بأن الرياضة تعزز السلوك الإيجابي. وعلى العموم يمكن القول من خلال النتائج السابقة حول بعد الثقافة الصحية أن هناك مستوى جيد من الوعي والثقافة الصحية لدى التلاميذ المراهقين المتمدرسين، مع اعترافهم بتأثير العوامل المختلفة على صحتهم. ومع ذلك، هناك حاجة لمزيد من التوعية والتثقيف لتعزيز الفهم حول أهمية هذه العوامل في تحسين جودة حياتهم، وكذلك تعزيز إدراكهم للصحة.

1-2-4- بُعد عادات الأكل:

1-2-4-1- هل تستغني عادة عن وجبة فطور الصباح؟

الجدول رقم 43: استجابات أفراد العينة حول الاستغناء عن وجبة فطور الصباح.

	كل يوم		أحيانا		أبدا تقريبا	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
هل تستغني عادة عن وجبة فطور الصباح؟	48	43.6	37	33.6	25	22.7

من خلال نتائج الجدول رقم (43) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الاستغناء عن وجبة فطور الصباح لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 43.6 % كل يوم، 33.6 % أحيانا، ونسبة 22.7 %

أبدا تقريبا. ففئة كبيرة جدا من التلاميذ يستغنون عادة عن وجبة فطور الصباح كل يوم. وفئة كبيرة من التلاميذ يستغنون أحيانا عن وجبة فطور الصباح. وفئة قليلة نسبيا من التلاميذ لا يستغنون عن وجبة فطور الصباح. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين تستغني عن وجبة فطور الصباح بانتظام، سواء كان ذلك يوميا أو بشكل متقطع، بينما هناك نسبة أقل تستبدل وجبة الفطور بانتظام.

1-2-4-2- هل تتناول عادة وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة؟

الجدول رقم 44: استجابات أفراد العينة حول تناول وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة.

	كل يوم		أحيانا		أبدا تقريبا	
هل تتناول عادة وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة؟	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
	32	29.1	60	54.5	18	16.4

من خلال نتائج الجدول رقم (44) الخاص باستجابات أفراد العينة حول تناول وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 29.1 % كل يوم، 54.5 % أحيانا، ونسبة 16.4 % أبدا تقريبا. ففئة كبيرة من التلاميذ يتناولون وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة كل يوم كل يوم. وفئة كبيرة جدا من التلاميذ يتناولون أحيانا وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة كل يوم كل يوم. وفئة قليلة نسبيا من التلاميذ لا يتناولون وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة كل يوم كل يوم. ويمكن القول بصفة عامة أن هناك تباين في عادات تناول الطعام بين المراهقين المتمدرسين، حيث هناك من يفضل تناول وجبات خفيفة بشكل دائم أو بشكل متقطع بدلا من تناول وجبات كاملة، وهناك من يفضل تناول وجبات كاملة بشكل رئيسي.

1-2-4-3-1- هل تهتم بـ : التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله؟

الجدول رقم 45: استجابات أفراد العينة حول التقليل من كمية الملح في الطعام.

	نعم		لا	
هل تهتم بـ : التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله؟	التكرار	%	التكرار	%
	48	43.6	62	56.4

من خلال نتائج الجدول رقم (45) الخاص باستجابات أفراد العينة حول التقليل من كمية الملح في الطعام لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 43.6 % نعم، 56.4 % لا. ففئة كبيرة من التلاميذ تهتم بالتقليل من كمية الملح في الطعام الذي يتناولونه. وفئة كبيرة جدا من التلاميذ لا تهتم بالتقليل من كمية الملح في الطعام الذي يتناولونه. ويمكن القول بصفة عامة أن نسبة أكبر من المراهقين المتمدرسين لا تهتم بالتقليل من كمية الملح في طعامهم، بينما هناك نسبة أقل تعبر عن اهتمامهم بتقليل كمية الملح في طعامهم.

1-2-4-3-2- هل تهتم بـ : التقليل من الدهون في الطعام الذي تأكله؟

الجدول رقم 46: استجابات أفراد العينة حول التقليل من الدهون في الطعام الذي يأكلونه.

	نعم		لا	
	التكرار	%	التكرار	%
هل تهتم بـ : التقليل من الدهون في الطعام الذي تأكله؟	63	57.3	47	42.7

من خلال نتائج الجدول رقم (46) الخاص باستجابات أفراد العينة حول التقليل من الدهون في الطعام الذي يأكلونه لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 57.3 % نعم، 42.7 % لا. ففئة كبيرة جدا من التلاميذ تهتم من الدهون في الطعام الذي يأكلونه. وفئة كبيرة من التلاميذ لا تهتم من الدهون في الطعام الذي يأكلونه. ويمكن القول بصفة عامة أن نسبة أكبر من المراهقين المتمدرسين لا تهتم بالتقليل من الدهون في الطعام الذي يأكلونه، بينما هناك نسبة أقل تعبر عن اهتمامهم بالتقليل من الدهون في الطعام الذي يأكلونه.

1-2-4-3-3- هل تهتم بـ : تناول خضر طازجة كل يوم؟

الجدول رقم 47: استجابات أفراد العينة حول تناول خضر طازجة كل يوم.

	نعم		لا	
	التكرار	%	التكرار	%
هل تهتم بـ : تناول خضر طازجة كل يوم؟	43	57.3	47	42.7

من خلال نتائج الجدول رقم (47) الخاص باستجابات أفراد العينة حول تناول خضر طازجة كل يوم لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 57.3 % نعم، 42.7 % لا. ففئة كبيرة جدا من التلاميذ تهتم بتناول خضر طازجة كل يوم. وفئة كبيرة من التلاميذ لا تهتم بتناول خضر طازجة كل يوم. ويمكن القول بصفة عامة أن نسبة أكبر من المراهقين المتمدرسين لا تهتم بتناول خضر طازجة كل يوم، بينما هناك نسبة أقل تعبر عن اهتمامهم بتناول خضر طازجة كل يوم.

1-2-4-3-4- هل تهتم بـ : تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات؟

الجدول رقم 48: استجابات أفراد العينة حول تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات.

	نعم		لا	
	التكرار	%	التكرار	%
هل تهتم بـ : تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات؟	75	68.2	35	31.8

من خلال نتائج الجدول رقم (48) الخاص باستجابات أفراد العينة حول تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 57.2 % نعم، 31.8 % لا.

ففئة كبيرة جدا من التلاميذ تهتم بتناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات. وفئة كبيرة من التلاميذ لا تهتم بتناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات. ويمكن القول بصفة عامة أن نسبة أكبر من المراهقين المتمدرسين تهتم بتناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات، بينما هناك نسبة أقل لا تهتم بتناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات.

1-2-4-3-5- هل تهتم بـ : تناول طعام مشوي عوضا عن الطعام المقلي؟

الجدول رقم 49: استجابات أفراد العينة حول تناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي.

	نعم		لا	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**
هل تهتم بـ : تناول طعام مشوي عوضا عن الطعام المقلي؟	69	62.7	41	37.3

من خلال نتائج الجدول رقم (49) الخاص باستجابات أفراد العينة حول تناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 62.7 % نعم، 37.3 % لا. ففئة كبيرة جدا من التلاميذ تهتم بتناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي. وفئة كبيرة من التلاميذ لا تهتم بتناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي. ويمكن القول بصفة عامة أن نسبة أكبر من المراهقين المتمدرسين تهتم بتناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي، بينما هناك نسبة أقل لا تهتم بتناول طعام مشوي عوض عن الطعام المقلي.

1-2-4-4- كم مرة تنظف أسنانك؟

الجدول رقم 50: استجابات أفراد العينة حول عدد مرات تنظيف الأسنان.

	مرة واحدة في يومين		مرة واحدة في اليوم		مرتين في اليوم		بعد كل وجبة	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
كم مرة تنظف أسنانك؟	23	20.9	33	30.0	28	25.5	26	23.6

من خلال نتائج الجدول رقم (50) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد مرات تنظيف الأسنان لدى لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن 30.0 % مرة واحدة في اليوم، 25.5 % مرتين في اليوم، 23.6 % بعد كل وجبة، و20.7 % مرة واحدة في يومين. ويمكن القول أن هناك تباينا في عادات تنظيف الأسنان بين المراهقين المتمدرسين، حيث ينظف البعض أسنانهم مرة واحدة في اليوم، بينما ينظف البعض الآخر أسنانهم مرتين في اليوم أو بعد كل وجبة.

وما يمكن قوله حول بعد عادات الأكل الخاصة بسلوكيات الخطر لدى التلميذ المراهق المتمدرس يظهر تباينا في عادات الأكل، حيث تشير النتائج إلى أن نسبة كبيرة من التلاميذ المراهقين تستغني عن

وجبة الإفطار، مما قد يؤثر سلبًا على صحتهم ونموهم. وكما أن العديد منهم يفضلون تناول وجبات خفيفة بدلاً من الوجبات الكاملة، مما قد يشير إلى عادات غذائية غير صحية. بينما يظهر أن هناك اهتماما ملحوظا بتقليل الدهون، فإن نسبة كبيرة لا تهتم بتقليل الملح، مما قد يعكس نقص الوعي حول مخاطر الملح على الصحة. وكما بينت النتائج أن هناك نسبة جيدة من التلاميذ المراهقين عبروا عن اهتمامه بتناول الفواكه كبديل صحي للحلويات، مما يدل على وجود وعي غذائي جيد فيما يخص هذا الجانب. وكما أن هناك تفضيل للطعام المشوي على المقلي يعكس سعيهم نحو خيارات غذائية صحية. وكما بينت النتائج أن هناك تباينا في عادات تنظيف الأسنان، مما يشير إلى الحاجة لتعزيز الوعي بأهمية النظافة الفموية والأسنان. وعلى العموم يمكن القول من خلال النتائج السابقة حول بعد عادات الأكل أن هناك وعيا كبيرا لدى بعض المراهقين حول أهمية التغذية الصحية، لكن هناك أيضا جوانب تحتاج إلى تحسين، مثل تناول وجبة الإفطار وتقليل الملح، ومن الضروري تعزيز التوعية الصحية حول العادات الغذائية الجيدة لتحسين صحتهم، وإدراكهم للصحة.

1-2-5- بُعد عادات النوم:

1-2-5-1- عادة، كم تنام من ساعة كل ليلة؟

الجدول رقم 51: استجابات أفراد العينة حول عدد ساعات النوم كل ليلة.

	أقل من 6 ساعات		من 6 إلى 8 ساعات		من 9 إلى 10 ساعات أو أكثر	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
عادة، كم تنام من ساعة كل ليلة؟	32	29.1	60	54.5	18	16.4

من خلال نتائج الجدول رقم (51) الخاص باستجابات أفراد العينة حول عدد ساعات النوم كل ليلة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 54.5 % من أجابوا أنه من 6 إلى 8 ساعات، 29.1 % أجابوا أنه أقل من 6 ساعات، و16.4 % أجابوا أنه من 9 إلى 10 ساعات أو أكثر. ويمكن القول أن هناك تباينا في عدد ساعات النوم بين المراهقين المتمدرسين، إلا أن الغالب ل من 6 إلى 8 ساعات.

1-2-5-2- عادة ما هي الساعة التي تذهب فيها للنوم كل ليلة؟

الجدول رقم 52: استجابات أفراد العينة حول وقت الذهاب للنوم كل ليلة.

	من 9 إلى 10 ليلا		من 11 إلى 12 ليلا		الواحدة صباحا أو أكثر	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
عادة ما هي الساعة التي تذهب فيها للنوم كل ليلة؟	12	10.9	52	47.3	46	41.8

من خلال نتائج الجدول رقم (52) الخاص باستجابات أفراد العينة حول وقت الذهاب للنوم كل ليلة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 47.3 % من أجابوا أنه من 11 إلى 12 ليلا، 41.8 % أجابوا أنه الواحدة صباحا أو أكثر، و10.9 % أجابوا أنه من 9 إلى 10 ليلا. ويمكن القول أن هناك تباينا وقت الذهاب للنوم كل ليلة بين المراهقين المتمدرسين. إلا أن الغالب ل من 11 إلى 12 ليلا وكذا الواحدة صباحا أو أكثر، أي أنهم لا ينامون باكرا.

1-2-5-3- عادة ما هي الساعة التي تنهض فيها صباحا؟

الجدول رقم 53: استجابات أفراد العينة حول ساعة النهوض صباحا.

	الساعة 5 أو قبل ذلك		**6 أو 7 صباحا**		**8 صباحا أو أكثر**	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
عادة ما هي الساعة التي تنهض فيها صباحا؟	14	12.7	67	60.9	29	26.4

من خلال نتائج الجدول رقم (53) الخاص باستجابات أفراد العينة حول ساعة النهوض صباحا لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 60.9 % من أجابوا أنه 6 أو 7 صباحا، 26.4 % أجابوا أنه 8 صباحا أو أكثر، و12.7 % أجابوا أنه الساعة 5 أو قبل ذلك. ويمكن القول أن هناك تباينا ساعة النهوض صباحا بين المراهقين المتمدرسين. إلا أن الغالب ل 6 أو 7 صباحا وهو توقيت منطقي مرتبط بالذهاب إلى الثانوية والدراسة.

وما يمكن قوله حول بعد عادات النوم الخاصة بسلوكيات الخطر لدى التلميذ المراهق المتمدرس يظهر تباينا في عادات النوم، حيث بينت النتائج أن أكثر من نصف التلاميذ المراهقين ينامون من 6 إلى 8 ساعات، وهو المعدل الموصى به. ومع ذلك، فإن نسبة لا يستهان بها (29.1 %) تنام أقل من 6 ساعات، مما قد يؤثر سلبًا على صحتهم وطاقتهم وكذا نتائجهم الدراسية. وكما أن معظم التلاميذ المراهقين يذهبون للنوم في وقت متأخر (من 11 ليلاً إلى الواحدة صباحًا أو أكثر). هذا يمكن أن يؤثر على جودة نومهم ويزيد من الشعور بالتعب خلال النهار. وكما أظهرت النتائج أن الغالبية (60.9 %) تستيقظ في الساعة 6 أو 7 صباحا، مما يتناسب مع مواعيد الدراسة. ومع ذلك، النسبة الجيدة (26.4 %) تستيقظ بعد الساعة 8 صباحا، مما قد يشير إلى عدم انتظام في مواعيد النوم والاستيقاظ لدى بعض التلاميذ المراهقين. وعلى العموم يمكن القول من خلال النتائج السابقة حول بعد عادات النوم أن هناك تباينا في أنماط النوم بين التلاميذ المراهقين. بينما ينام البعض لساعات مناسبة، فإن آخرين ينامون أقل من الموصى به. كما أن وقت الذهاب للنوم المتأخر قد يؤثر سلبا على صحتهم العامة وأدائهم الدراسي، وعليه من الضروري تعزيز الوعي بأهمية النوم الجيد وتنظيم مواعيد النوم والاستيقاظ لتحسين الصحة العامة للتلاميذ المراهقين وكذا تعزيز إدراكهم للصحة بصفة عامة.

1-2-6- بُعد النشاط البدني:

1-2-6-1- الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة.

الجدول رقم 54: استجابات أفراد العينة حول الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة.

	لا شيء في الأسبوع		1-2 سا في الأسبوع		3-5 سا في الأسبوع		6 سا أو أكثر في الأسبوع	
الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة.	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	41	37.3	35	31.8	13	11.8	21	19.1

من خلال نتائج الجدول رقم (54) الخاص باستجابات أفراد العينة حول الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 37.3 % من أجابوا أنه لا شيء في الأسبوع، 31.8 % أجابوا أنه 1-2 سا في الأسبوع، 19.1 % أجابوا أنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع، و11.8 % أجابوا أنه 3-5 سا في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا في عادات الخروج للنزهات مع الأصدقاء أو العائلة بين المراهقين المتمدرسين، حيث يخرج بعضهم بانتظام في نزهات أسبوعية، بينما يفضل البعض الآخر عدم الخروج بكثرة في نزهات خلال الأسبوع.

1-2-6-2- المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه).

الجدول رقم 55: استجابات أفراد العينة حول المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه).

	لا شيء في الأسبوع		1-2 سا في الأسبوع		3-5 سا في الأسبوع		6 سا أو أكثر في الأسبوع	
المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه).	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	55	50.0	29	26.4	13	11.8	13	11.8

من خلال نتائج الجدول رقم (55) الخاص باستجابات أفراد العينة حول المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه) لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 50.0 % من أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع، 26.4 % أجابوا بأنه 1-2 سا في الأسبوع، 11.8 % أجابوا بأنه 3-5 سا في الأسبوع، و11.8 % أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا في مشاركة المراهقين المتمدرسين في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه، حيث يوجد من لا يشاركون على الإطلاق ومن يشاركون بانتظام بمختلف الأوقات والتردد.

1-2-6-3- مشاهدة التلفاز.

الجدول رقم 56: استجابات أفراد العينة حول مشاهدة التلفاز.

	لا شيء في الأسبوع	1-2 سا في	3-5 سا في	6 سا أو أكثر في

	الأسبوع		الأسبوع		الأسبوع			
مشاهدة التلفاز.	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
	49	44.5	34	30.9	12	10.9	15	13.6

من خلال نتائج الجدول رقم (56) الخاص باستجابات أفراد العينة حول مشاهدة التلفاز لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 44.5 % من أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع، 30.9 % أجابوا بأنه 1-2 سا في الأسبوع، 13.6 % أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع، و10.9 % أجابوا بأنه 3-5 سا في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا في عادات مشاهدة التلفاز بين المراهقين المتمدرسين، حيث يوجد من لا يشاهدون التلفاز كثيرا ومن يشاهدون بانتظام لفترات مختلفة خلال الأسبوع.

1-2-6-4- العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان).

الجدول رقم 57: استجابات أفراد العينة حول العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان).

	لا شيء في الأسبوع		**1-2 سا في الأسبوع**		**3-5 سا في الأسبوع**		**6 سا أو أكثر في الأسبوع**	
العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان).	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	59	53.6	26	23.6	16	14.5	09	8.2

من خلال نتائج الجدول رقم (57) الخاص باستجابات أفراد العينة حول العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان) لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 53.6 % من أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع، 23.6 % أجابوا بأنه 1-2 سا في الأسبوع، 14.5 % أجابوا بأنه 3-5 سا في الأسبوع، و8.2 % أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا كبيرا في ممارسة الأنشطة الرياضية الشخصية بين المراهقين المتمدرسين، حيث يتراوح مستوى النشاط الرياضي الشخصي بين عدم ممارسته على الإطلاق وبين ممارسته بانتظام ولفترات زمنية مختلفة خلال الأسبوع.

1-2-6-5- مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية.

الجدول رقم 58: استجابات أفراد العينة حول مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية.

	لا شيء في الأسبوع		**1-2 سا في الأسبوع**		**3-5 سا في الأسبوع**		**6 سا أو أكثر في الأسبوع**	
مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية.	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
	25	22.7	31	28.2	30	27.3	24	21.8

من خلال نتائج الجدول رقم (58) الخاص باستجابات أفراد العينة حول مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 28.2 % من أجابوا بأنه 1–2 سا في الأسبوع، 27.3 % أجابوا بأنه 3–5 سا في الأسبوع، 22.7 % أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع، و21.8 % أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا كبيرا لمشاركة لدى المراهقين المتمدرسين لأفراد العائلة في الأعمال المنزلية، حيث يختلف مستوى المشاركة من عدمها إلى مشاركة منتظمة ولفترات زمنية متفاوتة خلال الأسبوع.

1-2-6-6- مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء.

الجدول رقم 59: استجابات أفراد العينة حول مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء.

	لا شيء في الأسبوع		1–2 سا في الأسبوع		3–5 سا في الأسبوع		6 سا أو أكثر في الأسبوع	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء.	29	26.4	33	30.0	13	11.8	35	31.8

من خلال نتائج الجدول رقم (59) الخاص باستجابات أفراد العينة حول مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 31.8 % من أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع، 30.0 % أجابوا بأنه 1–2 سا في الأسبوع، 26.4 % أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع، و11.8 % أجابوا بأنه 3–5 سا في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا كبيرا في عادات الجلوس بدون القيام بأي شيء بين المراهقين المتمدرسين، حيث يتراوح مستوى الوقت الذي يمضونه في المجرد من الجلوس دون أي نشاط بين الأوقات المختلفة خلال الأسبوع.

1-2-6-7- تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة.

الجدول رقم 60: استجابات أفراد العينة حول تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة.

	لا شيء في الأسبوع		1–2 سا في الأسبوع		3–5 سا في الأسبوع		6 سا أو أكثر في الأسبوع	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة.	12	10.9	24	21.8	21	19.1	53	48.2

من خلال نتائج الجدول رقم (60) الخاص باستجابات أفراد العينة حول تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 48.2 % من أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع، 21.8 % أجابوا بأنه 1–2 سا في الأسبوع، 19.1 % أجابوا بأنه 3–5 سا في الأسبوع، و10.9 % أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك

تباينا كبيرا في عادات تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة بين لدى المراهقين المتمدرسين، حيث يتراوح مستوى الوقت الذي يمضونه في هذه الأنشطة بين الأوقات المختلفة خلال الأسبوع.

1-2-6-8- ممارسة بعض الأنشطة البدنية.

الجدول رقم 61: استجابات أفراد العينة حول ممارسة بعض الأنشطة البدنية.

	لا شيء في الأسبوع		**1-2 سا في الأسبوع**		**3-5 سا في الأسبوع**		**6 سا أو أكثر في الأسبوع**	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
ممارسة بعض الأنشطة البدنية.	35	31.8	38	34.5	20	18.2	17	15.5

من خلال نتائج الجدول رقم (61) الخاص باستجابات أفراد العينة حول ممارسة بعض الأنشطة البدنية لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 34.5 % من أجابوا بأنه 1-2 سا في الأسبوع، 31.8 % أجابوا بأنه لا شيء في الأسبوع، 18.2 % أجابوا بأنه 3-5 سا في الأسبوع، و15.5 % أجابوا بأنه 6 سا أو أكثر في الأسبوع. ويمكن القول أن هناك تباينا كبيرا في مستوى ممارسة الأنشطة البدنية بين المراهقين المتمدرسين، حيث يتراوح مستوى النشاط البدني الذي يمارسونه بين عدم ممارسة أي نشاط وبين ممارسة النشاط بانتظام خلال الأسبوع.

وما يمكن قوله حول بعد النشاط البدني الخاصة بسلوكيات الخطر لدى التلميذ المراهق المتمدرس يظهر تباينا في النشاط البدني، حيث بينت النتائج أن هناك مجموعة كبيرة من التلاميذ المراهقين لا يشاركون في النزهات، بينما هناك أيضا فئة نشطة تخرج بانتظام. وكما أن نصف التلاميذ المراهقين لا يشاركون في أنشطة رياضية منظمة، مما قد يؤثر على صحتهم البدنية. هناك تباين واضح في عادات مشاهدة التلفاز، حيث يميل بعضهم إلى عدم مشاهدة التلفاز كثيرا. وكما عبّر الكثير منهم أنهم لا يمارسون تمارين شخصية، مما يدل على نقص في النشاط البدني الشخصي. وهناك تفاوت في مشاركتهم في الأعمال المنزلية، مما قد يعكس مدى انخراطهم في الأنشطة المنزلية. وهناك نسبة ملحوظة منهم يقضون وقتا طويلا في الجلوس دون نشاط، مما يثير قلقا بشأن نمط حياتهم. وكما بينت النتائج أن استخدام الإنترنت يستحوذ على جزء كبير من وقت المراهقين، مما قد يؤثر على نشاطهم البدني، وهذا عكس ما تم الوصول إليه بالنسبة لمشاهدة التلفزيون التي كانت قليلة، حيث تم استبداله بالهاتف. وكما النتائج تباينا كبيرا في ممارسة الأنشطة البدنية، حيث هناك فئة لا تمارس أي نشاط وأخرى تقوم بممارسة أنشطة بانتظام.

وعلى العموم يمكن القول من خلال النتائج السابقة حول بعد النشاط البدني أن هناك نقصا في المشاركة في الأنشطة البدنية بين التلاميذ المراهقين، مع تباين كبير في عاداتهم. من الضروري تعزيز

الوعي بأهمية النشاط البدني وتشجيعهم على المشاركة في الأنشطة الرياضية والترفيهية لتحسين صحتهم الجسدية والنفسية وكذا تعزيز إدراكهم للصحة بصفة عامة.

1-2-7- بُعد سلوك التدخين:

1-2-7-1- هل سبق لك أن دخنت؟

الجدول رقم 62: استجابات أفراد العينة حول التدخين.

	لا		نعم، لكن مرة واحدة فقط		في بعض الأحيان		في كثير من الأحيان	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
هل سبق لك أن دخنت؟	91	82.7	07	6.4	03	2.7	09	8.2

من خلال نتائج الجدول رقم (62) الخاص باستجابات أفراد العينة حول التدخين لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 82.7 % من أجابوا بأنه لا، 8.2 % في كثير من الأحيان، 6.4 % أجابوا بأنه نعم، لكن مرة واحدة فقط، و2.7 % أجابوا بأنه في بعض الأحيان. ويمكن القول أن نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين 82.7 % لم تقم بتدخين السجائر، بينما هناك نسب صغيرة تدخن بشكل نادر أو بانتظام.

1-2-7-2- كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟

الجدول رقم 63: استجابات أفراد العينة حول سن تدخين السجائر لأول مرة.

	12-10		15-13		18-16	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟	04	21.05	08	42.1	07	36.84

من خلال نتائج الجدول رقم (63) الخاص باستجابات أفراد العينة حول سن تدخين السجائر لأول مرة لدى المراهق المتمدرس المدخن، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 42.1 % من أجابوا بأنه 13-15، 36.84 % من أجابوا بأنه من 16-18، و21.05 % أجابوا بأنه 10-12. ويمكن القول أن نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين بدأوا بتدخين السجائر لأول مرة عادة في سن مبكرة، حيث كانت الفئة العمرية الأكثر شيوعا لبدء التدخين هي بين 13-15 سنة.

1-2-7-3- كم كان عمرك عندما بدأت تدخن بانتظام؟

الجدول رقم 64: استجابات أفراد العينة حول سن تدخين السجائر بانتظام.

	14-11		18-16	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**
كم كان عمرك عندما بدأت تدخن بانتظام؟	06	46.15	07	53.84

من خلال نتائج الجدول رقم (64) الخاص باستجابات أفراد العينة حول سن تدخين السجائر بانتظام لدى المراهق المتمدرس المدخنين، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 53.84 % من أجابوا بأنه 16-18، 46.15 % من أجابوا بأنه من 11-14. ويمكن القول أن المراهقين المتمدرسين الذين بدؤوا بتدخين السجائر بانتظام، حيث أن الفئة العمرية الأكثر شيوعا لبدء التدخين بانتظام كانت بين 16-18 سنة وتتبعها الفئة بين 11-14 سنة.

1-2-7-4- ما هو متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد؟

الجدول رقم 65: استجابات أفراد العينة حول متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد.

		التكرار	%
ما هو متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد؟	**لا شيء على الإطلاق**	06	31,58
	على الأقل سيجارة واحدة في اليوم	02	10,53
	أقل من نصف علبة سجائر في اليوم	03	15,79
	من نصف علبة سجائر إلى علبة كاملة في اليوم	06	31,58
	حوالي علبة ونصف في اليوم	00	0,00
	حوالي علبتان أو أكثر في اليوم	02	10,53

من خلال نتائج الجدول رقم (65) الخاص باستجابات أفراد العينة حول متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد لدى المراهق المتمدرس المدخن، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 31.58 % بالنسبة لمن أجابوا بأنه من نصف علبة سجائر إلى علبة كاملة في اليوم ولا شيء على الإطلاق، 15.79 % من أجابوا بأنه أقل من نصف علبة سجائر في اليوم، 10.53 % بالنسبة لمن أجابوا بأنه على الأقل سيجارة واحدة في اليوم وحوالي علبتان أو أكثر في اليوم، و0.00 % حوالي علبة ونصف في اليوم.

1-2-7-5- هل حاولت الإقلاع على التدخين؟

الجدول رقم 66: استجابات أفراد العينة حول محاولة الإقلاع عن التدخين.

	لا		نعم، أقلعت عن التدخين لفترة		نعم، أقلعت عن التدخين نهائيا	
	التكرار	**%**	**التكرار**	**%**	**التكرار**	**%**
هل حاولت الإقلاع على التدخين؟	04	21.05	07	36.84	08	42.10

من خلال نتائج الجدول رقم (66) الخاص باستجابات أفراد العينة حول محاولة الإقلاع عن التدخين لدى المراهق المتمدرس المدخن، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 42.10 % من أجابوا بأنه نعم، أقلعت عن التدخين نهائيا، 36.84 % من أجابوا بأنه نعم، أقلعت عن التدخين لفترة، و21.05

% من أجابوا بأنه لا. ويمكن القول أن المراهقين المتمدرسين نسبة معتبرة منهم قد حاولت الإقلاع عن التدخين، مع وجود نسبة كبيرة نجحت في الإقلاع نهائيا.

1-2-7-6- هل سبق لك واستهلكت الشمة؟

الجدول رقم 67: استجابات أفراد العينة حول استهلاك الشمة.

	لا		نعم، لكن مرة واحدة فقط	
	التكرار	%	التكرار	%
هل سبق لك واستهلكت الشمة؟	96	87.3	14	12.7

من خلال نتائج الجدول رقم (67) الخاص باستجابات أفراد العينة حول استهلاك الشمة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 87.3 % من أجابوا بأنه لا، 12.7 % من أجابوا بأنه نعم، لكن مرة واحدة فقط. ويمكن القول أن المراهقين المتمدرسين الغالبية العظمى منهم لم يستهلكوا الشمة، في حين أن نسبة صغيرة جدا قد جربتها مرة واحدة فقط.

1-2-7-7- كم كان عمرك عندما استهلكت الشمة للمرة الأولى؟

الجدول رقم 68: استجابات أفراد العينة حول سن استهلاك الشمة لأول مرة.

	14-11		19-17	
	التكرار	%	التكرار	%
كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟	09	69.23	04	30.76

من خلال نتائج الجدول رقم (68) الخاص باستجابات أفراد العينة حول سن استهلاك الشمة لأول مرة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 69.23 % من أجابوا بأنه 11-14، 30.76 % من أجابوا بأنه من 17-19. ويمكن القول أن غالبية المراهقين المتمدرسين المستهلكين للشمة بدأوا في تناول الشمة لأول مرة في سن مبكرة تتراوح بين 11 و 14 سنة، بينما نسبة أقل دخلت في تناولها في سنوات لاحقة ما بين 17 و 19 سنة.

1-2-7-8- هل أنت تستهلك الشمة الآن بانتظام؟

الجدول رقم 69: استجابات أفراد العينة حول استهلاك الشمة بانتظام.

	نعم		لا	
	التكرار	%	التكرار	%
هل أنت تستهلك الشمة الآن بانتظام؟	09	64.28	05	35.71

من خلال نتائج الجدول رقم (69) الخاص باستجابات أفراد العينة حول استهلاك الشمة بانتظام لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 64.28 % من أجابوا بأنه نعم،

35.71 % من أجابوا بأنه لا. ويمكن القول أن لدى المراهقين المتمدرسين نسبة المستهلكين للشمة تستهلك الشمة بانتظام، بينما هناك نسبة أقل اختارت عدم استهلاكها بانتظام.

1-2-7-9- هل حاولت التوقف عن استهلاك الشمة؟

الجدول رقم 70: استجابات أفراد العينة حول محاولة التوقف عن استهلاك الشمة.

	لا		نعم، توقفت عن استهلاك الشمة لفترة		نعم، توقفت نهائيا	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
هل حاولت التوقف عن استهلاك الشمة؟	06	42.85	04	28.57	04	28.57

من خلال نتائج الجدول رقم (70) الخاص باستجابات أفراد العينة حول محاولة التوقف عن استهلاك الشمة لدى المراهق المتمدرس، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 42.85 % من أجابوا بلا، 28.57 % من أجابوا لكلا من نعم، توقفت عن استهلاك الشمة لفترة، ونعم، توقفت نهائيا. ويمكن القول أن هناك نسب متساوية من المراهقين المتمدرسين الذين حاولوا التوقف عن استهلاك الشمة لفترة والذين نجحوا في التوقف نهائيا عنها، بينما نسبة كبيرة لم تحاول التوقف على الإطلاق.

وما يمكن قوله حول بعد سلوك التدخين الخاصة بسلوكيات الخطر لدى التلميذ المراهق المتمدرس يظهر تباينا ملحوظا حول سلوك التدخين، حيث بينت النتائج أن غالبية التلاميذ المراهقين لا يمارسون التدخين، بينما هناك نسبة صغيرة تدخن بشكل نادر أو بانتظام. وكما أظهرت النتائج أن معظم التلاميذ المراهقين المدخنين بدأوا التدخين في سن مبكرة، حيث الفئة العمرية الأكثر شيوعًا هي بين 13-15 سنة. وكما أن الفئة العمرية الأكثر شيوعًا لبدء التدخين بانتظام هي من 16-18 سنة. وهناك تباين في عدد السجائر المدخنة، حيث ينقسم المدخنون بين عدم التدخين والذين يدخنون بكميات معتدلة. ووجود نسبة معتبرة من المراهقين حاولت الإقلاع عن التدخين، مع وجود نسبة كبيرة نجحت في ذلك. وكما بينت النتائج أن الغالبية العظمى من التلاميذ المراهقين لم يستهلكوا الشمة، مما يدل على قلة انتشارها بينهم، والغالبية بدأت استهلاك الشمة في سن مبكرة، هناك نسبة ملحوظة منهم يستهلكون الشمة بانتظام، وهناك تباين في محاولات التوقف عن استهلاك الشمة، حيث توجد نسب متساوية بين من حاولوا التوقف لفترة ومن نجحوا في ذلك.

وعلى العموم يمكن القول من خلال النتائج السابقة حول بُعد سلوك التدخين أن هناك تباينا ملحوظا في عادات التدخين واستهلاك الشمة بين المراهقين. بينما يوجد نسبة كبيرة لم تدخن، هناك أيضا من بدأ التدخين في سن مبكرة. من الضروري تعزيز التوعية حول مخاطر التدخين والشمة وتشجيع التلاميذ المراهقين على الإقلاع عنها للحفاظ على صحتهم وكذا تعزيز إدراكهم للصحة بصفة عامة.

1-2-8- بُعد سلوك القيادة:

1-2-8-1- هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟

الجدول رقم 71: استجابات أفراد العينة حول استعمال حزام الأمان عند قيادة أحد الوالدين أو الأصدقاء أو شخص آخر للسيارة.

	تقريبا دائما		أحيانا		نادرا	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟	44	40.00	40	36.4	26	23.6

من خلال نتائج الجدول رقم (71) الخاص باستجابات أفراد العينة حول استعمال حزام الأمان عند قيادة أحد الوالدين أو الأصدقاء أو شخص آخر للسيارة، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 40.00 % من أجابوا تقريبا دائما، 36.6 % من أجابوا بنادرا، 36.4 % من أجابوا أحيانا. ويمكن القول أن هناك تباين في استعمال حزام الأمان عند قيادة سيارة لأحد الوالدين أو الأصدقاء أو شخص آخر، حيث يوجد نسب متساوية تقريبا بين الذين يستخدمونه بشكل دائم والذين يستخدمونه أحيانا، بينما نسبة أقل تستخدمه نادرا.

1-2-8-2-هل تملك رخصة السياقة؟

الجدول رقم 72: استجابات أفراد العينة حول امتلاك رخصة السياقة.

	نعم		لا	
	التكرار	%	التكرار	%
هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟	38	34.5	72	65.5

من خلال نتائج الجدول رقم (72) الخاص باستجابات أفراد العينة حول امتلاك رخصة السياقة، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 65.5 % من أجابوا بلا، 34.5 % من أجابوا بنعم. ويمكن القول أن نسبة أكبر من المراهقين المتمدرسين لا يمتلكون رخصة السياقة، بينما نسبة أقل تمتلكها.

1-2-8-3- إذا كانت إجابتك نعم وكنت تقود السيارة:

1-2-8-3-1- هل تضع حزام الأمان عند قيادتك للسيارة؟

الجدول رقم 73: استجابات أفراد العينة حول وضع حزام الأمان عند قيادة للسيارة.

	لا أبدا	أحيانا	دائما

تضع حزام الأمان عند قيادتك للسيارة؟	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
	07	18.42	17	44.73	14	36.84

من خلال نتائج الجدول رقم (73) الخاص باستجابات أفراد العينة حول وضع حزام الأمان عند قيادة للسيارة، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 44.73 % من أجابوا أحيانا، 36.84 % من أجابوا دائما، 18.42 % من أجابوا لا أبدا. ويمكن القول أن هناك تباين في وضع حزام الأمان أثناء قيادة السيارة، حيث توجد نسبة كبيرة تقريبا من المراهقين المتمدرسين يضعونه أحيانا، ونسب بين الذين يضعونها دائما والذين لا يضعونها على الإطلاق.

1-2-8-3-2- هل تحترم إشارة قف؟

الجدول رقم 74: استجابات أفراد العينة حول احترام إشارة قف.

	لا أبدا		أحيانا		دائما	
تحترم إشارة قف؟	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
	06	15.78	20	52.63	12	31.57

من خلال نتائج الجدول رقم (74) الخاص باستجابات أفراد العينة حول احترام إشارة قف، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 52.63 % من أجابوا أحيانا، 31.57 % من أجابوا دائما، 15.78 % من أجابوا لا أبدا. ويمكن القول أن هناك تباين في احترام إشارة التوقف، حيث هناك نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين يحترمونها أحيانا، ونسب بين الذين يحترمونها دائما والذين لا يحترمونها على الإطلاق.

1-2-8-3-3- هل تقود من دون التوقف عند الإشارة الحمراء؟

الجدول رقم 75: استجابات أفراد العينة حول القيادة من دون التوقف عند الإشارة الحمراء.

	لا أبدا		أحيانا		دائما	
هل تقود من دون التوقف عند الإشارة الحمراء؟	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
	12	31.57	15	39.47	11	28.94

من خلال نتائج الجدول رقم (75) الخاص باستجابات أفراد العينة حول القيادة من دون التوقف عند الإشارة الحمراء، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 39.74 % من أجابوا أحيانا، 31.57 % من أجابوا لا أبدا، 28.94 % من أجابوا دائما. ويمكن القول أن هناك تباين في القيادة من دون التوقف عند الإشارة الحمراء، حيث هناك نسبة ملحوظة من المراهقين المتمدرسين يقودون بهذه الطريقة بشكل أحيانا ودائما، وهناك من يلتزمون بالقوانين ولا يقودون من دون التوقف.

1-2-8-3-4- هل تقود بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة؟

الجدول رقم 76: استجابات أفراد العينة حول القيادة بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة.

	لا أبدا		أحيانا		دائما	
	التكرار	%	التكرار	%	التكرار	%
تقود بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة؟	09	23.68	17	44.73	12	31.57

من خلال نتائج الجدول رقم (76) الخاص باستجابات أفراد العينة حول القيادة بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة، يتبين أن هناك تباين من خلال أن هناك 44.73 % من أجابوا أحيانا، 31.57 % من أجابوا دائما، 23.68 % من أجابوا لا أبدا. ويمكن القول أن هناك تباين تجاه القيادة بسرعة متجاوزين السرعة المسموحة، حيث هناك نسبة كبيرة من المراهقين المتمدرسين يقودون بهذه الطريقة أحيانا ودائما، بينما هناك من لا يقودون بهذه الطريقة على الإطلاق.

وما يمكن قوله حول بُعد سلوك القيادة بين المراهقين المتمدرسين تباينا في عادات القيادة والالتزام بقواعد السلامة، حيث بينت النتائج أن هناك تباين في استخدام حزام الأمان، حيث يستخدمه حوالي نصف المراهقين بشكل متقطع، مما يشير إلى ضرورة تعزيز الوعي حول أهميته. وكما أن الغالبية العظمى من التلاميذ المراهقين لا يمتلكون رخصة السياقة، مما قد يؤثر على سلوكهم في القيادة. هناك تباينا في وضع حزام الأمان أثناء القيادة، حيث يوجد نسبة كبيرة لا تضعه بشكل منتظم. وهناك نسبة ملحوظة من التلاميذ المراهقين الذين لا يحترمون إشارات التوقف بشكل دائم، مما يستدعي تعزيز التوعية بقواعد السير. وكما أن هناك تباينا في الالتزام بالتوقف عند الإشارات الحمراء، مما يشير إلى وجود حاجة لمزيد من التوعية حول المخاطر. وكما أن هناك نسبة كبيرة منهم يتجاوزون السرعة المسموحة، مما يعكس سلوكيات غير آمنة في القيادة.

وعلى العموم يمكن القول من خلال النتائج السابقة حول بُعد سلوك القيادة أن هناك تباينا ملحوظا في سلوك القيادة والأمن المروري بين التلاميذ المراهقين. بينما هناك وعي بأهمية السلامة، إلا أن بعض السلوكيات مثل عدم استخدام حزام الأمان والقيادة بسرعة تتجاوز الحدود المسموحة تحتاج إلى معالجة. ومن الضروري تعزيز التوعية بقواعد السلامة المرورية وأهمية الالتزام بها وكذا تعزيز إدراكهم للصحة بصفة عامة.

ومن خلال ما سبق في تحليل السلوكيات الخطيرة التي يمارسها التلاميذ المراهقين، يمكن ترتيب هذه الأبعاد كما يلي:

1-سلوك القيادة: تتضمن القيادة بسرعة متجاوزة للسرعة المطلوبة، وعدم الالتزام بالتوقف عند الإشارات الحمراء، وانخفاض نسبة استخدام حزام الأمان. هذه السلوكيات تعكس مخاطر كبيرة على السلامة المرورية.

2-سلوك التدخين: على الرغم من أن نسبة كبيرة من المراهقين لا يدخنون، إلا أن هناك فئة تبدأ التدخين في سن مبكرة، مما يعكس سلوكيات خطرة تؤثر على صحتهم على المدى الطويل.

3-النشاط البدني: قلة المشاركة في الأنشطة البدنية والنزهة مع الأصدقاء والعائلة قد تؤدي إلى نمط حياة غير صحي، مما يزيد من مخاطر السمنة والمشكلات الصحية الأخرى.

4-سلوكيات استخدام الإنترنت: الاستخدام المفرط للإنترنت قد يؤدي إلى قلة النشاط البدني ويساهم في سلوكيات غير صحية مثل العزلة الاجتماعية.

5-استهلاك الشمة: بينما نسبة من المراهقين لم تستهلك الشمة، إلا أن وجود نسبة تستهلكها بانتظام يشير إلى سلوك خطر آخر يؤثر على صحتهم.

6-العادات الغذائية: على الرغم من عدم وجود تحليل مفصل لهذا البعد، فإن العادات الغذائية السيئة قد تسهم في مشكلات صحية، ولكنها ليست بنفس الدرجة من الخطورة مقارنة بالأبعاد السابقة.

يظهر أن سلوك القيادة وسلوك التدخين يمثلان أكبر المخاطر بين المراهقين، تليها قلة النشاط البدني واستخدام الإنترنت. من المهم التركيز على تعزيز الوعي والتثقيف حول هذه السلوكيات لتحسين صحة وسلامة المراهقين، وكذا العمل على تعزيز إدراك الصحة.

1-3-عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة:

الفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر لدى المراهق المتمدرس ".

لاختبار هذه الفرضيات قمنا بالاعتماد على اختبار Chi Square الخاص بالجداول المتقاطعة.

1-3-1- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة والثقافة الصحية لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 77: العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود الثقافة الصحية ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

البند	قيمة Chi Square	الدلالة الاحصائية	القرار الاحصائي
هل تعتقد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	70.426	0.127	لا توجد علاقة

هل تعتقد أن الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	44.004	0.913	لا توجد علاقة
هل تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	80.030	**0.029**	**توجد علاقة**
هل تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	66.371	0.211	لا توجد علاقة
هل تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟	74.677	0.069	لا توجد علاقة
هل تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك؟	59.092	0.435	لا توجد علاقة
هل تعتقد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد؟	113.360	**0.000**	**توجد علاقة**

من خلال الجدول رقم (77) الخاص باختبار الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة والثقافة الصحية لدى المراهق المتمدرس" يتبين أن قيم Chi square معظمها منخفضة وكما أن قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، إلا فيما تعلق ببندين: علاقة إدراك الصحة بتناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك بقيمة Chi Square تساوي 80.030 ودلالة إحصائية عند 0.029 وهي أقل من 0.05. وكذلك علاقة إدراك الصحة بالرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد بقيمة Chi Square تساوي 113.360 ودلالة إحصائية عند 0.000 وهي أقل من 0.05. وبالتالي يمكن القول أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين إدراك الصحة وبعض العوامل المتعلقة بالنشاط البدني، خاصة في ما يتعلق بتأثير تناول الأكل غير الصحي ودور الرياضة في تعديل السلوك. بينما لم تظهر العديد من البنود الأخرى دلالة إحصائية، مما يشير إلى ضرورة تعزيز الوعي الصحي في النشاطات البدنية.

1-3-2- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة: توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات الأكل لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 78: العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود سلوك التغذية ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

البند	قيمة Chi Square	الدلالة الاحصائية	القرار الاحصائي

هل تستغني عادة عن وجبة فطور الصباح؟	59.894	0.407	لا توجد علاقة
هل تتناول عادة وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة؟	66.851	0.199	لا توجد علاقة
التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله؟	43.412	**0.042**	توجد علاقة
التقليل من الدهون في الطعام الذي تأكله؟	34.953	0.171	لا توجد علاقة
تناول خضر طازجة كل يوم؟	32.127	0.314	لا توجد علاقة
تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات؟	26.863	0.579	لا توجد علاقة
تناول طعام مشوي عوضاً عن الطعام المقلي؟	22.912	0.781	لا توجد علاقة
كم مرة تنظف أسنانك؟	63.695	0.971	لا توجد علاقة

من خلال الجدول رقم (78) الخاص باختبار الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات الأكل لدى المراهق المتمدرس" يتبين أن قيم Chi square جلها منخفضة وكما أن قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05 إلا فيما تعلق بالبند الذي مفاده "التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله" بقيمة Chi Square تساوي 43.412 ودلالة إحصائية عند 0.042 وهي أقل من قيمة الدلالة الإحصائية 0.05. وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوك التغذية لدى المراهق المتمدرس لدى عينة الدراسة إلا في بند واحد.

1-3-3- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات النوم لدى لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 79: العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود عادات النوم ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

البند	**قيمة Chi Square**	**الدلالة الاحصائية**	**القرار الاحصائي**

عادة، كم تنام من ساعة كل ليلة؟	58.741	0.448	لا توجد علاقة
عادة ما هي الساعة التي تذهب فيها للنوم كل ليلة؟	61.746	0.344	لا توجد علاقة
عادة ما هي الساعة التي تنهض فيها صباحا؟	50.840	0.736	لا توجد علاقة

من خلال الجدول رقم (79) الخاص باختبار الفرضية الجزئية الثالثة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات النوم لدى لدى المراهق المتمدرس " يتبين أن قيم Chi square معظمها منخفضة وكما أن قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وعادات النوم لدى المراهقين المتمدرسين.

1-3-4- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة والنشاط البدني لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 80: العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود النشاط البدني ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

البند	قيمة Chi Square	الدلالة الاحصائية	القرار الاحصائي
الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة	111.905	**0.037**	**توجد علاقة**
المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه)	137.902	**0.000**	**توجد علاقة**
مشاهدة التلفاز	86.523	0.494	لا توجد علاقة
العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان)	123.073	**0.007**	**توجد علاقة**
مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية	87.828	0.455	لا توجد علاقة
مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء	87.840	0.455	لا توجد علاقة
تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة	103.228	0.113	لا توجد

			علاقة
ممارسة بعض الأنشطة البدنية	107.502	0.067	لا توجد علاقة

من خلال الجدول رقم (80) الخاص باختبار الفرضية الجزئية الرابعة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة والنشاط البدني لدى المراهق المتمدرس " يتبين أن قيم Chi square معظمها منخفضة وكما أن قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، إلا فيما تعلق بثلاثة بنود: علاقة إدراك الصحة بالخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة بقيمة Chi Square تساوي 111.905 ودلالة إحصائية عند 0.037 وهي أقل من 0.05. وكذلك علاقة إدراك الصحة بالمشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه) بقيمة Chi Square تساوي 137.902 ودلالة إحصائية عند 0.000 وهي أقل من 0.05. وكذلك علاقة إدراك الصحة العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان) بقيمة Chi Square تساوي 123.073 ودلالة إحصائية عند 0.007 وهي أقل من 0.05. وبالتالي يمكن القول أن هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وبعض العادات السلوكية لدى المراهقين المتمدرسين، خاصة في ما يتعلق بالخروج في نزهات، والمشاركة في الرياضة المنظمة، والتمارين الشخصية. بينما لم تظهر معظم البنود الأخرى دلالة إحصائية، مما يدل على أن إدراك الصحة قد يكون مرتبطا بنشاطات معينة أكثر من غيرها.

1-3-5- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الخامسة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التدخين لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 81: العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود سلوك التدخين ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

البند	قيمة Chi Square	الدلالة الاحصائية	القرار الاحصائي
هل سبق لك أن دخنت؟	86.293	0.501	لا توجد علاقة
كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟	28.161	0.253	لا توجد علاقة
كم كان عمرك عندما بدأت تدخن بانتظام؟	8.976	0.439	لا توجد علاقة
ما هو متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد؟	49.083	0.429	لا توجد علاقة

هل حاولت الإقلاع على التدخين؟	24.598	0.428	لا توجد علاقة
هل سبق لك واستهلكت الشمة؟	28.937	0.468	لا توجد علاقة
كم كان عمرك عندما استهلكت الشمة للمرة الأولى؟	9.870	0.361	لا توجد علاقة
هل أنت تستهلك الشمة الآن بانتظام؟	11.096	0.269	لا توجد علاقة
هل حاولت التوقف عن استهلاك الشمة؟	21.583	0.251	لا توجد علاقة

من خلال الجدول رقم (81) الخاص باختبار الفرضية الجزئية الخامسة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التدخين لدى المراهق المتمدرس " يتبين أن قيم Chi square كلها منخفضة وكما أن قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين إدراك الصحة وسلوك التدخين لدى المراهقين المتمدرسين.

1-3-6- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية السادسة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوك القيادة لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 82: العلاقة الارتباطية بين كل بند من بنود سلوك القيادة ومستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس.

البند	قيمة Chi Square	الدلالة الاحصائية	القرار الاحصائي
هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟	65.598	0.230	لا توجد علاقة
هل تملك رخصة السياقة؟	30.093	0.409	لا توجد علاقة
تضع حزام الأمان عند قيادتك للسيارة؟	39.357	0.409	لا توجد علاقة
تحترم إشارة قف؟	38.739	0.436	لا توجد علاقة

تقود من دون التوقف عند الإشارة الحمراء؟	45.331	0.193	لا توجد علاقة
تقود بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة؟	36.924	0.519	لا توجد علاقة

من خلال الجدول رقم (82) الخاص باختبار الفرضية الجزئية السادسة الخاصة بالفرضية الرئيسية الثالثة التي مفادها " توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوك قيادة السيارات لدى المراهق المتمدرس " يتبين أن قيم Chi square كلها منخفضة وكما أن قيم الدلالة الإحصائية أكبر من 0.05، وبالتالي يمكن القول أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوك قيادة السيارات لدى المراهقين المتمدرسين. يبدو أن السلوكيات المتعلقة بالقيادة، مثل استخدام حزام الأمان واحترام إشارات المرور، لا تعكس وعيا صحيا وينبغي إجراء دراسات إضافية لاستكشاف العوامل الأخرى التي قد تؤثر على هذه العلاقة، مثل التأثيرات الاجتماعية أو البيئية.

1-4-عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة:

الفرضية الرئيسية الرابعة التي مفادها "توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية لدى المراهق المتمدرس".

لاختبار الفرضية قمنا بالاعتماد على اختبار العينات المستقلة Independent Samples Test البرامتري لكون البيانات تتبع توزيعا طبيعيا.

1-4-1- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الأولى الخاصة بالفرضية الرئيسية الرابعة:

توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لدى المراهق المتمدرس.

الجدول رقم 83: نتائج احصائيات المجموعتين (الذكور والاناث) لاختبار العينات المستقلة.

	الجنس	**N**	**المتوسط**	**الانحراف المعياري**	**الخطأ المعياري للمتوسط**
التصورات الصحية العامة	ذكر	49	1.8750	0.248	0.035
	أنثى	61	1.9360	0.211	0.027

الجدول رقم 84: نتائج اختبار العينات المستقلة Independent Samples Test.

	اختبار Levene للمساواة في الفروق		**اختبار t للمساواة في المتوسطات**				
	F	**Sig.**	**t**	**Df**	**Sig. (2-tailed)**	**متوسط الفروق**	**الخطأ المعياري للفروق**
إدراك الصحة	1.245	0.267	-1.38	108	0.168	-0.06	0.043

من خلال الجدولين رقم 83 و84 يتبين أن العينة تتكون من 49 ذكور و61 إناث وهذا توزيع معقول للمقارنة بين التلاميذ الذكور والتلاميذ الإناث بالثانوي. وكما أن متوسط الذكور (1.8750) أقل قليلا من متوسط الإناث (1.9360) هذا يدل أن الإناث قد يكون لديهن تصورات صحية عامة أعلى قليلا من الذكور. والانحراف المعياري للذكور يساوي 0.248 أكبر من الانحراف المعياري الإناث الذي يساوي 0.211 هذا يعني أن درجات الذكور على مقياس التصورات الصحية العامة كانت أكثر تشتتا مقارنة بالإناث.

الخطأ المعياري للمتوسط بالنسبة للذكور 0.035 أكبر من الإناث 0.027 هذا يدل أن تقدير متوسط الذكور أقل دقة مقارنة بمتوسط الإناث في هذه العينة.

وبالنسبة لقيم t-test for Equality of Means فقد جاءت قيمة t تساوي 1.389− وقيمة Sig (2-tailed) تساوي 0.168 وفرق المتوسطات (0.060−) لا يعتبر إحصائيا جوهريا.

وبالنسبة لقيم اختبار Levene's Test for Equality of Variances فقد كانت قيمة F تساوي 1.245 وقيمة الدلالة الإحصائية تساوي 0.267 وهي أكبر من 0.05 وعليه نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط التصورات الصحية العامة بين المراهقين المتمدرسين الذكور والمراهقين المتمدرسين الإناث في هذه العينة. وهذا يدل إلى أن الجنس لا يؤثر بشكل كبير على التصورات الصحية العامة لدى أفراد العينة.

1-4-2- عرض وتحليل نتائج اختبار الفرضية الجزئية الثانية الخاصة بالفرضية الرئيسية الرابعة:

توجد فروق في مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الشعبة العلمية لدى التلميذ المتمدرس.

الجدول رقم 85 أ، ب: نتائج اختبار مستوى إدراك الصحة تعزى لمتغير الشعبة العلمية.

الجدول أ.

ANOVA					
التصورات الصحية العامة					
	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	الدلالة
بين المجموعات	,060	4	,015	,275	,893
داخل المجموعات	5,691	105	,054		
المجموع	5,750	109			

الجدول ب.

التصورات الصحية العامة		
اختبار Scheffe		
التخصص الدراسي	N	Subset for alpha = 0.05

		1
لغات أجنبية	7	1,8750
علوم تجريبية	37	1,8851
رياضيات وتقني رياضي	12	1,8984
آداب وفلسفة	39	1,9287
تسيير واقتصاد	15	1,9396
Sig.		,967

من خلال الجدولين (85) أ، ب يتبين أن مجموع المربعات بين المجموعات يساوي 0.060، ومجموع المربعات داخل المجموعات يساوي 5.691، وأما إجمالي المربعات يساوي 5.750. قيمة F تساوي 0.275 وقيمة F المنخفضة تشير إلى أن التباين بين المجموعات ليس كبيرا بالمقارنة بتباين داخل كل مجموعة، مما يدعم فكرة أن التصورات الصحية متشابهة بين التخصصات. بدلالة إحصائية تساوي 0.893 وهي أكبر من 0.05 مما يدل أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات التصورات الصحية العامة في المجموعات المختلفة.

وبالنسبة لاختبار Sheffe يتبين أن جميع التخصصات المدرجة في الجدول تظهر متوسطات قريبة جدا، حيث أن متوسط لغات أجنبية يساوي 1.8750، علوم تجريبية يساوي 1.8851، رياضيات وتقني رياضي يساوي 1.8984، آداب وفلسفة يساوي 1.9287، تسيير واقتصاد يساوي 1.9396. وبدلالة تساوي 0.967 وهي أكبر من 0.05 ما يدل على أن جميع المجموعات تُظهر مستوى مشابه من إدراك الصحة.

وعليه نقول أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسط إدراك الصحة بين المراهقين المتمدرسين لمختلف الشعب العلمية (لغات أجنبية، علوم تجريبية، رياضيات وتقني رياضي، آداب وفلسفة، تسيير واقتصاد) في هذه العينة. وهذا يدل إلى أن الشعبة العلمية أو التخصص الدراسي لا يؤثر بشكل كبير على إدراك الصحة لدى أفراد العينة.

2-مناقشة نتائج الفرضيات:

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الأولى:

التي مفادها "يتمتع المراهق المتمدرس بمستوى إدراك صحي متوسط".

لقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى إدراك الصحة لدى المراهق المتمدرس متوسط وهذه النتيجة لا تتفق مع دراسة فتيحة بلعسلة "2019" التي توصلت إلى أن الدرجة الكلية لإدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الصحية كانت عالية. وكذلك لم تتفق مع دراسة أحمد محمد حسين، نصر الدين أحمد التي توصلت أن إدراك الخطر الصحي لدى الطلاب مرتفع ويمكن تفسير هذه النتيجة بطبيعة المرحلة العمرية

للتلاميذ التي هم فيها، فهي بمثابة مرحلة انتقالية متضمنة تغيرات، فكرية، جسدية، نفسية اجتماعية كما أنها مرحلة جد هامة لتطوير القدرات العقلية.

كما أن المستوى الإدراكي للمراهق يعكس مدى استيعاب الفرد للخطورة والتهديد من جراء الممارسات السلوكية. وهذا ما نلمسه في هذه الدراسة حيث أن الإدراك الصحي كان متوسط ويعكس عدم النضج الإدراكي لهذه الفئة. هذا وإن للاعتقاد الغير منطقي، فيما يخص السلوكيات المرتبطة بالصحة غالبا ما ينشأ هذا الإدراك في مرحلة المراهقة كونها مرحلة تغيرات، التي تبني شخصية الفرد وهذا ما نلمسه في عينة هذه الدراسة المتمثلة في المراهقين المتمدرسين.

وهذا الإدراك لم يأت من فراغ بل إن التقليد والمحاكاة الذين لهما دور كبير في نشأته. ويتوافق هذا مع نظرية هب Heb theory التي ترى أن الإدراك ما هو إلا ثمرة تعلم وتدريب التي ينظر فيها الفرد إلى الشيء المرغوب في إدراكه وعليه تصبح مربوطة وظيفيا ببعضها البعض من خلال التعلم. كما يرى برونر في نظريته التكوينية التي اعتمدت على الإدراك واكتساب المفاهيم فأثناء التفاعل مع البيئة تتطور الفئات العقلية، فالإدراك عملية بحث عن دلائل بأحد الفئات العقلية إن كانت موجودة من قبل ويتم وضع المثير في فئته المناسبة.

فنظرية التعلم الاجتماعي ترى أن الفرد يقوم بسلوك النموذج الذي كوفئ به من قبل بشكل من أشكال المكافأة أو الجزاء وهذا ما يسمى بالتعزيز البديل الذي يعتبر أساس التعلم الاجتماعي من خلال وسائل الإعلام، إضافة إلى تقليد النماذج. ولا تقتصر النماذج على العالم الخارجي فقط ولكنها على العالم الافتراضي كذلك: كالتلفزيون، الأفلام، وسائل التواصل الاجتماعي.

وللعالم ليفين وجهة نظر كذلك إذ يرى من خلال نظرية المجال أن المراهق في مرحة انتقالية من فترة الطفولة إلى مرحلة الرشد خاصة وأن هناك ما هو غير مسموح به من الناحية الاجتماعية وبالتالي تصبح منطقة حيز حياته تختص بأنشطة كقيادة السيارات، علاقات جنسية مصحوبة بالقلق والتوتر مع تلقي المنع مع البيئة النفسية من خلال المنع الوالدي، القانوني، الضمير. ويكون التدخل الوالدي، القيم الاجتماعية، الضمير، بتعليمات لتوجيهه وإرشاده للطريق الصحيح. فانتقال المراهق من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة هو انتقال من وضعية غير معروفة، ونفسيا يعني الدخول لمنطقة مجهولة أي لم يتم تطورها معرفيا.

وبحكم الوسط المدرسي فإنه يعتبر وسط خصب للتعلم والتفاعل بين أفراده وتكوين اتجاهات موجبة وسلبية نحو السلوكيات الصحية حيث يحدد فيه المراهقين المتمدرسين مناخ للتعلم والتفاعل مع الآخرين عن طريق صداقات مع رفاقه والذي يساهم في نمو الإدراك والتصورات نحو هذا المحيط الذي يتواجد فيه. حيث يبني المراهق عن طريق هذا الالتحام والتآزر عند القيام ببعض الأعمال معاني وتمثلات لمختلف السلوكيات الصحية والغير الصحية.

وعليه ينبغي العمل على رفع مستوى إدراك الصحة لدى المراهقين من خلال إعداد برا مج التربية الصحية، لزيادة الوعي الصحي لدى هذه الفئة، قصد رفع المستوى الصحي وزيادة الوعي بأهمية المسئولية الذاتية عن الصحة. كما أن لبرامج الدعم النفسي وتغيير الاتجاهات دور كبير في رفع مستوى الصحة وتعزيزها إيجابيا. ولتنظيم مجموعات قصد الدعم الاجتماعي لتبادل الخبرات وتعليم التلاميذ فيما بينهم، قصد الحد من العوامل المسببة لهذه السلوكيات غير الصحية، والتركيز على نواحي الارتقاء الصحي. فرفع مستوى الوعي الصحي واكتسابه لدى المراهق المتمدرس يعد هدف رئيسي للحفاظ على الصحة في الوقت الراهن إذا تعلق الأمر بصحة الفرد جسديا ونفسيا. ومنه فالعمل على تطوير استراتيجيات للتقليل من هذه السلوكيات الغير صحية.

5-2-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثانية:

لقد بينت نتائج الدراسة أن مستوى الثقافة الصحية لدى المراهق جيدة في مختلف البنود، بداية بالبند المتمثل في استجابات الأفراد حول الزيادة في الوزن حيث كان هناك تباين بين أفراد العينة فيما يخص الزيادة في الوزن لديهم. كون المراهقة هي فترة يكون فيها الكثير من التغيرات النوعية، الهامة فيما يخص صورة الذات، وصورة الجسم هي الشغل الشاغل للمراهق وأهم إدراكاته، وبالتالي فتصور الجسم هي المعتقدات التي تدور حوله كما لديها علاقة وطيدة بتقدير الذات.

فالبدانة في فترة المراهقة تعتبر مشكلة اجتماعية لها تأثير على تقدير الذات. علما أن منظمة الصحة العالمية تصنفها كمرض مزمن له آثاره السلبية سواء للمراهق أو الأطفال أو المسنين. تشكل السمنة في هذه المرحلة مصدر قلق فيما يتعلق بالجانب الخارجي، الإضافة إلى المقارنة مع الأقران في البيئة الاجتماعية فهو شيء يجعله متميز عن الآخرين.

كما يعتبر إدراك المراهق في هذه المرحلة شيء مهم، فممارسة النشاط البدني المتمثل في حصة التربية البدنية شيء مهم في، كون السمنة والبدانة لها انعكاس سلبي على المراهق، والتوعية من خلال برامج التربية الصحية كما أن للعائلة دور مهم في رفع مستو ى إدراك المراهق اتجاه السمنة واتباع برامج حمية غذائية. كما ينبغي أن تتضمن مناهج التربية المدرسية أنشطة تشجعهم على المشاركة، وتجعلهم يطورون المعارف والاتجاهات الإيجابية والمهارات الحركية السلوكية المطلوبة للحفاظ على نمط الحياة مع التوعية المناسبة وحثهم على البرامج البدنية المناسبة لهم.

كما أبدى أفراد العينة تباين في وجبة الفطور وهذا يعكس تباين إدراكهم لأهمية وجبة الفطور فهي تعمل على تحسين وتسريع عملية الأيض التي هي مسؤولة عن إنتاج الطاقة داخل خلايا الجسم عن طريق هدم المواد الغذائية التي يتم هضمها داخل الجهاز الهضمي ومنه يجب التوعية بخصوص فوائد وجبة الفطور ونوعيتها. كما يجب على المختصين في التغذية المساهمة في توعية المراهق المتمدرس حول هذه الوجبة وخاصة من حيث نوعية الغذاء. يرى المختصين في التغذية أن وجبة الفطور تكون غنية

بالبروتين وأحماض أوميغا 3، وهي جد مهمة لتحسين وظيفة الدماغ، وتعزيز القدرات المعرفية، تنظيم المزاج، وتقوية الذاكرة.

كما أبدى أفراد العينة تباين في الاستجابات حول تأثير الأكل الغير صحي: فالغذاء الصحي من الأمور التي تؤثر على صحة وعملية النمو والتطور لدى المراهق إضافة لدورها الأساسي لدعم القدرة على التركيز، دعم القدرات الذهنية والتحصيل الدراسي للمراهق فقد أبدى أفراد العينة من خلال استجاباتهم وعيا غذائيا مرتفع وهذا يعكس ثقافتهم الغذائية، إلا أنه وجب على المهتمين بموضوع السلامة الغذائية العمل على رفع الوعي الغذائي أكثر لدى المراهقين المتمدرسين. قصد إبراز أهمية الغذاء الجيد والابتعاد عن الأغذية الضارة، وكذلك العمل مع أولياء الأمور وتوعيتهم بمخاطر الغذاء الصحي لدى المراهق المتمدرس، أما فيما يخص البعد الفرعي المتعلق بعدم ممارسة التمارين الرياضية عند المراهق المتمدرس كان هناك تباين في الاستجابات لدى أفراد العينة.

كما هو معلوم أن قلة الحركة تزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض والحفاظ على الوزن الصحي، فعدم ممارسة الرياضة يؤدي إلى تقلبات في المزاج، وكذلك يواجه المراهق الغير نشط صعوبة في النوم وقلة التركيز ومن محفزات ممارسة المراهقين للتمارين الرياضية اختيار الأنشطة المناسبة لأعمارهم كما للآباء دور لخلق الأجواء والفرص التي تساعد المراهق على الحركة وتوفير المعدات المناسبة لذلك. كما توصي منظمة الصحة العالمية بأن يحصل المراهقون على ما لا يقل عن 60 دقيقة يوميا من النشاط البدني المعتدل. وعليه إعطاء النشاط البدني الرياضي الذي هو مادة أكاديمية مزيدا من الاهتمام أمر لابد منه. حيث يساهم بصفة فعالة في عملية التربية على مستوى المدارس. كما أن للنشاط البدني دور في التقليل من ظواهر في المدرسة وكذلك العمل على زيادة الحجم الساعي لحصة النشاط البدني الرياضي.

فيما يخص ساعات النوم أبدى أفراد العينة استجابات متباينة، فساعات النوم القليلة تؤدي إلى مشاكل في العمليات الذهنية على المدى الطويل إلا أن الملاحظ إقبال نسبة كبيرة من أفراد العينة على النوم أقل من 8 ساعات. فساعات النوم القليلة تضر بصحة المراهق. فقد أظهرت نتائج دراسة أمريكية أن اضطرابات النوم لدى المراهق تؤثر على صحة القلب والأوعية الدموية. ومنه يستوجب القيام بعمليات تحسيسية قصد حصول المراهقين الذين تبلغ أعمارهم 14-17 سنة على النوم 8-10 ساعات نوم ليلا.

أما الاستجابة على بند التدخين ومدى تأثيره على صحة المراهق المتمدرس فهناك تباين في الاستجابات تعكس نقص الوعي لدى أفراد العينة مما يستوجب القيام بتحسيس قصد الوقوف على مخاطر التدخين.

وعموما يمكن القول أن النتائج السابقة حول بعد الثقافة الصحية، هناك مستوى جيد من الوعي والثقافة الصحية لدى المراهق المتمدرس إلا أنه لابد من العمل على رفع المستوى الوعي الصحي لدى هاته الفئة.

في بعد عادات الأكل أبدى أفراد العينة استجابات متفاوتة حول تناول وجبة الفطور. مما يعكس جهلهم بأسس التغذية السليمة ففطور الصباح وجبة هامة حيث يكسر بها المراهق فترة الصيام وكذلك وجوب النظر في هذه الوجبة إذ يجب أن تحتوي على بروتينات والكربوهيدرات كونها تزود الجسم بالطاقة اللازمة صباحا. أما البروتين فيمنح الجسم القوة الازمة للقيام بالوظائف الحيوية. ويساعد تناول وجبة الفطور على استقرار مستوى السكر بالدم على تقليل خطر الإصابة بداء السكري النمط الثاني. كما يمكن أن يسبب عدم تناو ل وجبة الفطور الشعور بالتعب، القلق، سرعة الانفعال، الرعشة، وغيرها من الأعراض الأكثر خطورة. مثل: عدم انتظام ضربات القلب، النوبات التشنجية. أشارت دراسات نشرت في مجلة nutrition عام 2020 أن عدم تناول وجبة الفطور يرتبط بضعف تحكم الجسم بمستوى السكر في الدم التي تحدث عن مرض السكري من النوع الثاني.

أما فيما يخص تناول الوجبات الخفيفة تفاوت في الاستجابات لدى أفراد العينة، وهذا يعكس عدم الوعي بأضرارها. حيث في الغالب تحتوي على سعرات حرارية عالية وكمية كبيرة من الدهون المشبعة، الصوديوم، والسكريات المضافة، مما يمكن أن يؤدي إلى زيادة الوزن وزيادة خطر الإصابة بالأمراض المزمنة كالسكري، أمراض القلب والشريان، وارتفاع ضغط الدم مما يستلزم العمل على رفع مستوى الوعي الصحي لدى هاته الفئة فيما يخص الجانب الغذائي.

كذلك هناك تباين في استجابات أفراد العينة في الإجابة على التقليل من الملح في الطعام فهذا نظرا للجهل بأضراره المتمثلة في رفع ضغط الدم، احتمال الإصابة بأمراض القلب والشرايين. حيث حذر المركز الألماني الاتحادي للتغذية من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية كالأزمات القلبية والسكتات الدماغية، وأوضح المركز أن الإفراط في تناول الملح يرفع خطر الإصابة بسرطان المعدة كما أنه يتسبب في إضعاف جهاز المناعة ولتجنب هذه المخاطر أو المركز بعدم تجاوز كمية الملح البالغة خمسة غرام يوميا. وذلك وفقا لتوصيات منظمة الصحة العالمية.

أما فيما يخص التقليل من الدهون في الطعام الذي يأكله، أبدى أفراد العينة استجابات جيدة إيجابية بخصوص التقليل من الدهون في الطعام الذي يأكلونه. كون الدهون تساهم في ارتفاع الدهون الثلاثية في تصلب الشرايين أو زيادة سمك جدران الشريان. كما يمكن أن تؤدي الدهون إلى التهاب في البنكرياس. لذا يجب الوعي بضرورة تغيير العادات اليومية وجعلها نمط حياة يساعد المراهق المتمدرس على ذلك.

أما بخصوص بند تناول الوجبات الصحية الخفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات أبدى أفراد العينة استجابات إيجابية. فالفواكه غنية بالفيتامينات والمعادن ومضادات الأكسدة كما تحتوي على نوع خاص من الألياف الذي له فوائد عديدة. مثل: خفض الكولسترول، خفض القدرة على امتصاص الكربوهيدرات، كما تتميز الفواكه عموما بمحتواها العالي من فيتامين ج والبوتاسيوم. أبدى أفراد العينة

استجابات إيجابية بخصوص تناول الطعام المشوي كونه قليل الدهون مما يجعله خيارا صحيا لمن يتبع نظاما غذائيا متوازنا وكذلك كونه غني بالبروتينات الذي يساهم في بناء العضلات وتقوية الجسم. أما فيما يخص نظافة الأسنان أبدى أفراد العينة استجابات متباينة حول نظافة الأسنان إلا أنها تعكس وعيهم بخصوص عدم النظافة كون نظافة الأسنان تقلل من احتمال التسوس، وتحسن اللثة، التقليل من حساسية الأسنان، التقليل من احتمال حدوث تجاويف وتحسن الصحة العامة.

وعموما يمكن القول من خلال ما سبق أن هناك وعي مقبول بخصوص المراهقين حول أهمية التغذية الصحية.

أما في بعد عادات النوم أبدى أفراد العينة استجابات متباينة حول عدد ساعات النوم وكذا الساعة التي يذهبون فيها إلى النوم، تبين أن أفراد العينة على وعي كبير بهذا، كون النوم حالة فيزيولوجية أساسية للجسم والتوازن العقلي، وذلك عندما يكون كافيا وجيدا، ويساعد على التخلص من الإرهاق البدني والعقلي اليومي، ويساعد على إفراز هرمون النمو الذي يعتبر ضروريا للنمو وإصلاح الأنسجة وإنتاج الأجسام المضادة المسئولة عن المناعة. إلا أنه يجب العمل على رفع الوعي الصحي بخصوص ساعات النوم لدى المراهق وإظهار فوائده وانعكاساته على الصحة البدنية والنفسية.

كما أبدى أفراد العينة تباينا فيما يخص النشاط البدني ونوع من النقص في ممارسة النشاط البدني فمنظمة الصحة العالمية توصي بأن يحصل الطفل والمراهق الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5-17 سنة على ما يقرب عن 60 دقيقة من النشاط البدني ويجب أن يشمل ذلك على الأنشطة التي تقوى العظام، وعموما فالأنشطة الترفيهية الخاصة بالمراهقين يشجعهم على قضاء الأوقات خارج المنزل لما لهذا الأمر من فوائد على صحتهم ونموهم في مرحلة المراهقة فمرحلة المراهقة تتميز بالرغبة في المشاركة والتعلم والتألق.

أما فيما يخص بعد التدخين فقد كانت النسبة الكبيرة لغير المدخنين، كون التدخين يسبب عديد الأمراض وخاصة القلبية منها، زيادة خطر الإصابة بالسكتة الدماغية، وتلف الرئتين، فالتدخين مشكلة شائعة حيث يوجد العوامل التي تدفعهم لذلك وبنفس الوقت من الصعب أن يقلعوا عن التدخين بسبب إدمان النيكوتين وعليه وجب رفع مستوى الإدراك الصحي بخصوص التدخين على مستوى المؤسسات الاجتماعية المسؤولة عن نشر الوعي الصحي، الأسرة، المدرسة، المؤسسات الصحية المؤسسات الدينية، وسائل الإعلام.

أما فيما يخص بعد سلوك قيادة السيارات هناك تباين في عادات قيادة السيارة والالتزام بقواعد السلامة حيث هناك تباينا في استخدام حزام الأمان كما أن الغالبية العظمى لا يملكون رخصة سياقة. في هذه المرحلة يحب المراهق تعلم قيادة السيارة وغالبا ما نجد بعض المراهقين يلحون على والديهم ذلك، وهذا الأمر يتطلب مسؤولية من الآباء ومن المراهق كذلك على حد سواء. فكثيرا من حوادث المرور سببها

السرعة الزائدة أو عدم احترام إشارات السير أو سياقة متهورة من طرف المراهق. عدم تمتع المراهق بروح المسئولية نظرا لعدم أهليته للقيام بهذا الأمر. كما يميل بعض المراهقين إلى التباهي أمام أقرانهم حيث يمكن أن يقوم المراهق ببعض السلوكيات الخطيرة خلال القيادة. وعموما فعملية تعزيز الوعي بخصوص سلوك قيادة السيارات والقيام بحملات تحسيسية لابد منه من خلال كل مؤسسات المجتمع.

5-3-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الثالثة:

والتي مفادها هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر لدى المراهق المتمدرس. وقد توصلنا إلى أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى إدراك الصحة وسلوكيات الخطر لدى المراهق المتمدرس.

حيث لم تتفق هذه النتيجة مع الدراسات السابقة ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى اعتقادات غير منطقية أو تصورات غير منطقية حول سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة وهذا ما جاءت به نظرية المعتقدات الصحية، حيث أن طريقة التفكير اتجاه الصحة لها تأثير كبير في ممارسة السلوك الصحي.

يرى كل من Elizabet et Rahita أن المعتقدات الصحية هي ما يعتقده الفرد حول صحته ويعتبرونه السبب المولد للمرض. تحدد هذه المعتقدات من وجهة نظر ثقافية وتشكل فيما بينها معتقدات صحية. ومع فترة المراهقة تتبع العاطفة هذه المعتقدات، وبالتالي تؤثر على السلوك الصحي. ويمكن العمل بهذا النموذج باستخدامه في برامج تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض المختلفة.

الفكرة الأساسية لنموذج المعتقدات الصحية أن إمكانية ممارسة الفرد لسلوك وقائي قصد تجنب المرض، من خلال الاعتماد على إدراكه لأربع عوامل والتي تتمثل في: القابلية المدركة للإصابة وهي التي تدل على النتائج المتوقعة والتي ستحقق نتيجة للقيام بسلوكات وقائية. التكاليف المدركة للفعل: فهي التي تدل على الخسارة التي تكون مع تغيير السلوك الصحي. فعلى الفرد أن يكون على إدراك تام أن الفوائد أهم بكثير من التكلفة.

كما يرى أصحاب نظرية السلوك المبرر أو المعقول Fichier, Ajzen أن الموقف الذي يقوم به الفرد اتجاه أداء سلوك معين يكون بتأثير داخلي متمثل في النية السلوكية، فما يهم في هذه العملية هي تلك الخاصة بالسلوك الذي يتم دراسته فقط وليس بشكل عام في كل الموقف الذي يقوم به الفرد. فالفكرة الأساسية لهذه النظرية أن نية الشخص فيما يتعلق بأداء السلوك هي التي تحدد ما إذا كان يقوم بذلك الفعل أم لا مع تأثرها بالضغط الاجتماعي أو ما يعرف بالمعايير الاجتماعية أو ما يعرف بالمعايير الذاتية، في حين أن هذه المعايير تنشأ من إدراك الفرد مما لما سيفكر فيه الآخرون بشأن أداء هذا السلوك.

فنظرية الفعل المنطقي أو نظرية الفعل المعقول، نموذج مستوحى من علم النفس الاجتماعي الذي طوره كل من Fichier, Ajzen يعمل على تحديد الروابط بين مختلف المعتقدات والروابط بين الأفراد. تعتمد هذه النظرية على فرضية أن المحفز الخارجي يؤثر على الموقف من خلال التعديل في (إدراك، معتقد، تصور) الفرد. كما يمكن لهذه النظرية إظهار نتائج تطبيقية، عن طريق التنبؤات، بخصوص الاختيارات التي يتخذها الفرد. كما تشير نظرية الكفاءة الذاتية: والمتمثلة في تلك المعتقدات الشخصية التي تحدد مدى نجاح طريقة العمل في مواقف مختلفة، أي مدى قناعة الشخص بقدرته.

فيفترض العالم باندورا: أن رؤية ناجحين، يزيد من اعتقاد الأفراد الملاحظين إلى الميل بالقيام بنفس القدرات، وتحقيق نجاح بنفس طريقتهم. فالفرد يقتدي بالأفراد ذوي المعتقدات الإيجابية عن ذواتهم. وخاصة في مرحلة المراهقة التي هي عبارة عن مرحلة إنتقالية ذات أهمية كبير ة في نمو الفرد. تتميز هذه المرحلة بمستوى إدراك منخفض اتجاه الواقع والصحة تجعله يقبل على سلوكات غير صحية.

5-4-مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية الرابعة:

التي مفادها "توجد فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية لدى المراهق المتمدرس".

وقد توصلنا إلى أنه لا توجد فروق مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية لدى المراهق المتمدرس، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة واحدة فقط هي دراسة Budesa et al, 2008 التي توصلت إلى أنه لم يتم دعم الفرضية القائلة بوجود اختلاف بين الجنسين في تصورات نمط الحياة الصحي بقوة. ولا تتفق مع دراسة Meireles et al 2015 التي توصلت إلى أن التقييم الذاتي للصحة مع تقدم العمر بين الذكور والإناث انخفض. كان هذا الاتجاه أكثر وضوحا لدى الفتيات (من 6.9 % بين الفتيات في الفئة العمرية 11–13 سنة إلى 16.9 % بين الفتيات في الفئة العمرية 14–17 سنة) مقارنة بالفتيان (من 8.3 % بين الفتيان في الفئة العمرية 11–13 سنة إلى 11 % بين الفتيان في الفئة العمرية 14–17 سنة). ولا تتفق مع دراسة Kim et al, 2018 التي أشارت إلى أنه بغض النظر عن الجنس والعمر، يميلون إلى التقليل من تقدير تعرضهم لغالبية أحداث المخاطر الصحية. وعلاوة على ذلك، كانت هناك اختلافات كبيرة بين الجنسين والعمر في إدراك المخاطر الصحية وتحيز الإدراك في جميع مجالات المخاطر الصحية. كما أنه لا تتفق مع دراسة Shaaban et al, 2022 كان الإبلاغ عن صحة سيئة/سيئة جدا أعلى بين النساء مقارنة بالرجال.

وقد كانت من بين نتائج دراسة Budesa et al, 2008 التي أشارت إلى أنه "على النقيض من الأبحاث السابقة، وأشارت النتائج إلى أن الجنس ليس مهما للغاية فيما يتعلق بتصورات صحة الفرد". ومن جهة أخرى تحدد "الأدبيات الاجتماعية العلمية أسباب الاختلافات بين الجنسين باعتبارها تفضيلات

فردية تنشأ من عوامل تشمل: الاختلافات في التعليم والتدريب؛ والتنشئة الاجتماعية القائمة على الأدوار الجنسانية؛ والصور النمطية؛ والقيم الشخصية والتحيزات؛ والظروف السياقية؛ والاستعداد لتشويه التفضيلات العامة المفترضة لمن هم في السلطة. **(Gil-Lacruz, et al, 2010, P 784)**

وتبقى نتائج هذه الدراسة مختلفة عن نتائج الدراسات السابقة، وينبغي العمل على إجراء دراسات حول نفس الموضوع لدى عينات أخرى في بيئات أخرى مختلفة، حيث يمكن الاستفادة من دراسة الاختلافات بين الجنسين في إدراك الصحة إذا ما تم أخذها بعين الاعتبار قد تساعدنا في إعداد الحملات التحسيسية والوقائية التثقيفية أو برامج توعوية لكل فئة جنسية من أجل أن تكون فعالة وملائمة، وبالتالي تعزيز الادراك الصحي هو تعزيز للوعي الصحي من أجل تجنب المخاطر الصحية التي قد يواجهها المراهق المتمدرس.

خاتمة.

تعتبر صحة الفرد من المواضيع، التي تحضى باهتمام كبير من طرف العلماء في جميع المجالات باعتبار مفهوم الصحة لم يعد يقتصر على الحالة العضوية فقط بل هو تداخل عديد العوامل: العضوية، النفسية، السلوكية والاجتماعية.

كما أن للعامل المعرفي المتمثل في الإدراك دور كبير في الحفاظ على صحة الفرد، كون هذا الأخير له دور في السلوك المتبع فسلوك الأفراد يتحدد من خلال التصور أو الإدراك في اتخاذ القرار بخصوص السلوك الصحي المتبع. فالأفراد ذوي الإدراك المنخفض يميلون إلى القيام بسلوكات خطر متعلقة بالصحة. لهذا كان الاهتمام من خلال العديد من البحوث في مجال علم نفس الصحة.

جهة أخرى تم التوصل إلى عدم وجود فروق في مستويات إدراك الصحة تعزى لمتغير الجنس والشعبة العلمية لدى المراهق المتمدرس.

توصيات واقتراحات:

رغم أهمية النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية إلا أنها لا تزال تحتاج إلى دراسات معمقة لمعرفة ما إذا كان للإدراك دور في سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة وإجراء دراسات تنبؤية لمعرفة ما إذا كان للإدراك دور في السلوكات المحفوفة بالمخاطر وعليه يمكننا طرح التوصيات التالية:

- العمل على رفع مستوى إدراك الصحة لدى المراهقين المتمدرسين في كل الأطوار وبالأخص في مرحلة التعليم الثانوي وذلك من خلال التثقيف الصحي وإعداد برامج توعوية مع التلاميذ في المدارس، المتوسطات، الثانويات قصد رفع الوعي لدى المراهقين بخصوص أهمية الصحة.

- القيام بدراسات قصد الوقوف على أهم المتغيرات التي من شأنها أن يكون لها تأثير على إدراك الصحة سواء عند الذكور أو الإناث مع عوامل ثقافية، اقتصادية، اجتماعية، ثقافية.

- إدراج التربية الصحية في المناهج الدراسية لدى التلاميذ في مختلف الأطوار التعليمية، مع إدراج محاور للتربية الوقائية.

- القيام بحملات تحسيسية من خلال القيام بمحاضرات توعوية، ورشات العمل التفاعلية، قصد الحد من ظاهرة السلوكات الخطيرة المتعلقة بالصحة.

- إجراء المزيد من الدراسات في سياقات مختلفة، وعلى عينات مختلفة بقدر أكبر قصد المقارنة والوقوف على العوامل المؤثرة على إدراك الصحة والعمل على تعزيزها إيجابيا، لاتخاذ قرار سليم اتجاه سلوكاتهم الصحية.

- إعداد برامج التربية الصحية في مواضيع شاملة: صحة المجتمع، الغذاء الصحي، التسوق الصحي، صحة البيئة، الصحة الشخصية، الصحة العائلية، الصحة البدنية، التطور والنمو بكل جوانبه، مكافحة الأمراض، السلامة المرورية، التدخين، الإدمان على المخدرات.

- القيام بمحاضرات وقائية، علاجية قصد إبراز مدى أهمية الصحة في التعلم والاستمتاع بالحياة، من خلالها يدرك الأفراد مسؤوليتهم اتجاه صحتهم والاهتمام بها.

- العمل على تعديل الاتجاهات والعادات السلوكية لدى الأفراد قصد إكسابهم سلوك صحي إيجابي.

- العمل على تبسيط المعلومات الصحية، والحقائق المتعلقة بالصحة (جسم الإنسان، وظائف الأعضاء، الاحتياجات الغذائية...).

- نشر التوعية والتثقيف الصحي عبر وسائل الإعلام والاتصال وتكنولوجياته (إذاعة، تلفزيون، صحافة مكتوبة، مواقع)، قصد إكساب الأفراد ثقافة صحية تمكنهم من الحفاظ على صحتهم، وتمكنهم من كيفية الحفاظ على صحتهم وكيفية تجاوز المخاطر الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أ-المراجع العربية:

1. إبراهيم، سليمان عبد الواحد يوسف. (20210). **علم النفس العصبي رؤية نيوروسيكولوجية للعمليات العقلية**. القاهرة، مصر: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

2. أبو جادو، صالح محمد علي. (2004). **علم النفس التطوري للطفولة والمراهقة**. عمان، الأردن: دار المسيرة.
3. أبو حطب، فؤاد. (1996). **القدرات العقلية (ط5)**. القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.
4. أبو حويج، مروان. (2012). **المدخل إلى علم النفس العام**. عمان، الأردن: دار اليازوري.
5. أبو دلو، جمال. (2009). **الصحة النفسية**. عمان، الأردن: دار الفكر.
6. أبو زايدة، حاتم يوسف. (2006). **فعالية برنامج الوسائط المتعددة لتنمية المفاهيم والوعي الصحي في العلوم لدى طلبة الصف السادس الأساسي**. كلية التربية قسم المناهج وتكنولوجيا التعليم، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
7. أبو زيد، نبيلة أمين علي. (2003). الدوافع النفسية والاجتماعية المرتبطة باستخدام أجهزة الاتصال الحديثة لدى المراهقين. **مجلة علم النفس، 18**(65،66)، 8291.
8. أبو سعد، أحمد عبد اللطيف. (2011). **تعديل السلوك الإنساني النظرية والتطبيق**. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
9. أبو غريبة، إيمان. (2007). **التطور من الطفولة حتى المراهقة**. عمان، الأردن: دار جرير.
10. أبو غزال، معاوية محمود. (2013). **علم النفس العام**. دار وائل للنشر والتوزيع.
11. اسماعيل، بشرى. (2004). **ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية**. القاهرة، مصر: مكتبة الانجلو مصرية.
12. باتريشيا، ميللر. (بدون سنة). **نظريات النمو**. عمان، الأردن: دار الفكر.
13. بازهير، محمد عوض مبارك. (2021). **رحلتنا نحو الصحة العامة والمعلوماتية الصحية**. دار الميسون للطباعة والنشر والتوزيع.
14. باهمام، أحمد سالم. (2011)، **موسوعة النوم في الصحة والمرض.**
15. بدون مؤلف، **ممارسة النشاط البدني المرتبط بالصحة**. كلية الدراسات التطبيقية وخدمة المجتمع، جامعة الملك سعود.
16. البرثين، عبد العزيز بن عبد الله. (2002). **الخدمة الاجتماعية في مجال المخدرات**. م ع السعودية: مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية.
17. بشرى، ابن شوفي. (2019). التصورات الاجتماعية: مقاربة نظرية. **مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 7**(3)، 1932.

18.بغول، زهير، دعيش، محمد أمين. (2014). براديغم نسقي في علم نفس الصحة، تمهيد بنيوي للنموذج البيو نفسي إجتماعي. **مجلة العلوم الإنسانية، 41**، 137151.

19.بلخيري، أسماء، وبخوش، وليد، وقاسي، وفاء. (2018). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية. **مجلة دراسات اقتصادية، 12**(4)، 301310.

20.بلعسلة، فتيحة، بعزيز، نورة. (2019). إدراك المراهق المتمدرس للسلوكيات الغذائية الصحية وعلاقته بالتحصيل الدراسي. **مجلة مجتمع تربية وعمل، 4**(2)، 4055.

21.بن خيرة، سارة. بن زاهي، منصور. (2016). سلوك المخاطرة لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي بمدينة ورقلة في ظل بعض المتغيرات الشخصية والتربوية. **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 8**(24)، 409416.

22.بن معزوزة، حورية. وبوقصارة، منصور. (2023). علاقة المساندة الاجتماعية بسلوك المخاطرة لدى تلاميذ الثانوي. مجلة الرواق للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 9(1)، 531549.

23.بني يونس، محمد. (2020). **سيكولوجية الإحساس والإدراك**. مركز الكتاب الأكاديمي.

24.بهلول، سارة أشواق. (2018). سلوكات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، وقلة النشاط البدني) وعلاقتها بكل من نوعية الحياة والمعتقدات الصحية. **مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 4**(2)، 2442.

25.بوبيدي، لامية. (2012). واقع ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري، **مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 1**(3)، 4170.

26.بورنان، سامية. (2017). **مدى فعالية برنامج للتوعية الصحية في تغيير تصورات المراهقين نحو الإدمان على المخدرات، دراسة ميدانية ببعض ثانويات مدينة المسيلة** (أطروحة دكتوراه). باتنة، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.

27.بوزناد، دليلة وبورجي، شاكر أمير الدين. (2017). علم النفس الصحة: النماذج والمفاهيم والتطبيقات. **مجلة دراسات في علم النفس الصحة، 2**(1)، 823.

28.بوسنة، عبد الوافي زهير. (2012). **علم النفس النمو ونظرياته**. الجزائر: دار الهدى.

29.بوعيشة، فتيحة. (2012). **أثر السلوك نمط أ والتفاعل غير الواقعي وسلوك المخاطرة على ارتكاب الحوادث المرورية** (مذكرة ماجستير). جامعة سعد دحلب البليدة.

30. بولحبال، آية. (2020). **دور التفاؤل الغير الواقعي في الاتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة التدخين نموذج لدى الطلبة الجامعيين** (مذكرة دكتوراه علم النفس الصحة الإكلينيكي). باتنة، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.

31. تاريخ الطب اليوناني القديم وتطوره https : //altibbi.com ، 1522013

32. تايلور، شيلي. (2008). **علم النفس الصحي** (ترجمة الدكتور بريك، وسام درويش وداود، فوزي شاكر طعيمة). الأردن. دار الحامد للنشر والتوزيع.

33. جبرة، جابر. (2021). **تاريخ الصيدلة**. وكالة الصحافة العربية.

34. الجرجاوي، زياد علي، وهاشم، آغا محمد. (2010). **واقع تطبيق التربية الصحية في مدارس التعليم الحكومي بمدينة غزة**. فلسطين: جامعة القدس المفتوحة.

35. جعفر، حسان. (2006). **العلاج بالطب الهندي الأيورفيدا، الطب البديل**. دار مكتبة الهلال سلسلة

36. جميل، رضوان سامر. (1999). انتشار تعاطي المواد المسببة للإدمان لدى الطالب المرحلة الثانوية في مدينة دمشق، **مجلة المعلم الطالب**، 4572.

37. حافري، زهية غنية. (2020). خصوصية التوظيف العقلي لدى الفرد ذو التنظيم السيكوسوماتي حسب المقاربة السيكوسوماتية التحليلية، **مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية 4**، 431446.

38. الحافظ، نور. (1999). **المراهقة دراسة سيكولوجية**. بيروت، لبنان: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.

39. حربوش، سمية. (2019). **محددات ومظاهر السلوك الصحي: دراسة ميدانية على عينة من المراهقين بمدينة سطيف** (أطروحة دكتوراه). سطيف، الجزائر: كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2.

40. حربوش، سمية. (2021). الثقافة الصحية ومظاهر السلوك الصحية لدى المراهقين. **مجلة التربية والصحة النفسية، 7**(2)، 101-117.

41. الحريري، عبد العزيز. (2013). **كيف الصحة**، دار المنهل.

42. حمادوش، عبد السلام. (2019). **المناخ التنظيمي وعلاقته بالتمكين الوظيفي وأثـــرهما علـــى الأداء السياقي لدى موظفي الخـــلايا الجوارية للتضامن** (أطروحة دكتوراه في علم النفس العمل والتنظيم). سطيف، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة سطيف 2.

43. حمادوش، عبد السلام. (2022). دور التمكين الوظيفي كمتغير وسيط بين المناخ التنظيمي والمواطنة التنظيمية لدى موظفي الخلايا الجوارية للتضامن. **دراسات نفسية وتربوية، 15**(1)، 4562.

44. حمادوش، عبد السلام، وبغول، زهير. (2017). علاقة التمكين الوظيفي بالمواطنة التنظيمية لدى ممرضي المؤسسات العمومية للصحة الجوارية. **مجلة أبحاث نفسية وتربوية، 5**(10)، 7-29.

45. الحميدان، علي عايد. (2007). **أثر الحروب في انتشار المخدرات**. الرياض، المملكة العربية السعودية: مركز الدراسات والبحوث جامعة نايف للعلوم الأمنية.

46. خاطر، ابراهيم علي. (2016). **تربية المراهقين ومشاكلهم**. الجنادرية للنشر.

47. خضر، شيراز محمد. (2022). أصول الصحة العامة. لندن: فريق دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع في لندن.

48. خضر، شيراز محمد. (2022). **علم نفس المراهقة**. دار الأكاديمية للطباعة والنشر.

49. خضر، شيراز محمد. (2022). **علم نفس الوعي الأخلاقي**. دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع.

50. خطار، فضيلة. (2014). **تعاطي المخدرات في الجزائر**. مجلة الوقاية والمكافحة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها الجزائر العاصمة.

51. خلف الله، شعبان. (2015). **علم الوبائيات في مجالات صحة الإنسان والحيوان**. دار الكتب العلمية.

52. دستور منظمة الصحة العالمية، 1946، www.who.int يوم :126 – 2023.

53. الدمر، مصطفى صابر. (2016). **الدراما الأجنبية وانحرافات المراهقين السلوكية**. القاهرة، مصر: العربي للنشر.

54. الرازحي، عبد الوارث. (2002). تطوير أداة لتقييم العادات غير الصحية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية. **مجلد المؤتمر العلمي الرابع عشر منهاج العلوم في ضوء مفهوم الأداء، 2**. مصر: كلية التربية، جامعة عين شمس.

55. راند، عبد الحميد. (2021). **تعريف التدخين وأضراره بالتفصيل**.

56. رزق، هيام محمود. (2016). **المراهق والانحراف: سلسلة المراهق**. بيروت، لبنان: دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع.

57. رضوان، سامر جميل وريشكة، كونراد. 2001. السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين الطلاب سوريين وألمان. **مجلة شؤون اجتماعية،18**(72)، 2567.
58. رضوان، سامر جميل. (2002). **الصحة النفسية**. عمان، الأردن: دار المسيرة.
59. رضوان، سامر جميل، وريشكة، كوندار. (2001). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان. **مجلة شؤون اجتماعية، 18**(72)، 2567.
60. رضوان، سامي جميل. (2002). الصحة النفسية. عمان، الأردن: دار المسيرة.
61. الرفاعي، عادل محمود. (2014). **مشكلات المراهقة وأساسيات العلاج**. كنوز للنشر والتوزيع.
62. الرفاعي، عادل محمود. (2014). **مشكلات المراهقة وأساليب العلاج**. المنهل.
63. رياض، نجيب. (2019). **الطب المصري القديم**. دار الكتب المصرية.
64. الزايد، فهد خليل. (2010). **فن التعامل مع المراهقين**. الأردن: دار النفائس.
65. الزعبي، أحمد محمد. (2010). **سيكولوجية المراهقة، النظريات، جوانب النمو، وسبل علاجها**. عمان: الاردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
66. الزعبي، أحمد محمد. (2010). **سيكولوجية المراهقة، النظريات، جوانب النمو، المشكلات وسبل علاجها**. عمان، الأردن: دار زهران للنشر.
67. الزعبي، أحمد محمد. (2013). **سيكولوجية المراهقة: النظريات، جوانب النمو، وسبل علاجها**. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
68. زعطوط، رمضان، وقريشي، عبد الكريم. (2014). الاتجاه نحو اللوك الصحي وعلاقته لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة. **مجلة العلوم الإنسانية، 23**(17). 279294.
69. الزغبي، أحمد محمد. (2009). **سيكولوجية المراهقة**. عمان، الأردن: دار زهران.
70. الزغبي، أحمد محمد. (2011). **سيكولوجية المراهقة**. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
71. الزغول، عماد عبد الرحيم، الهنداوي، علي فالخ. (2013). **مبادئ علم النفس التربوي**. الإمارات العربية المتحدة: دار الكتاب الجامعي.
72. زهران، حامد عبد السلام. (1977). **الصحة النفسية والعلاج النفسي** (ط2). القاهرة، مصر: عالم الكتب.
73. زهران، حامد عبد السلام. (2005). **علم نفس الطفولة والمراهقة** (ط6). القاهرة، مصر: عالم الكتب.

74. الزهراني، مارية طالب. (2007). **العادات الغذائية وأثرها على السلوك الغذائي**. جامعة أم القرى، قسم التغذية وعلوم الأطعمة.

75. الزيادات، مريم عواد. (2018). **مجلة دراسات العلوم التربوية، 45**(2)، 311325.

76. سامر رضوان، وكونراد. (2021). السلوك الصحي والإتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين الطلاب السوريين والألمان. **مجلة شؤون إجتماعية، 18**(27)، 2567.

77. سامي بلال، **تطوير الميول الجنسية في مرحلة المراهقة وخصائها.**

78. سحر، عز الدين. (2015). **التعلم المستند للدماغ في تدريس العلوم**. عمان، الأردن: مركز ديبونو لتعليم التفكير.

79. السلامة، بهاء الدين. (2000). **صحة الغذاء ووظائف الأعضاء**. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.

80. سلمي، علاء عبد الرحمن. (2019). **الأمراض المهنية**. المنهل.

81. شريت، أشرف محمد عبد الغنى، وصحي، سيد محمد. (2006). **الصحة النفسية بين الإطار النظري والتطبيقات الإجرائية**. الإسكندرية، مصر: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.

82. شريم، رغدة. (2009)، **سيكولوجية المراهقة**. عمان، الأردن: دار المسيرة.

83. شهرزاد، نوار، وقير، كلثوم. (2020). الثقافة الصحية والوعي الصحي: قراءة في المفهوم والدلالة. **مجلة التمكين الاجتماعي، 2**(2)، 347358.

84. الشويخ، هناء أحمد محمد. (2012). **علم النفس الصحي**. مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.

85. الشويخ، هناء أحمد محمد. (ب.س)، **علم النفس الصحي**. مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

86. شويخ، هناء أحمد. (2012). **علم النفس الصحي**. مصر: جامعة جنوب الوادي، مكتبة الأنجلو مصرية.

87. الشويهدي، مفتاح عبد السلام. (2008). **الصحة والسلامة المهنية**. بنغازي، ليبيا: إدارة المطبوعات للنشر.

88. الشيباني، بدر إبراهيم. (2000)، **سيكولوجية النمو، تطور النمو من الإخصاب حتى المراهقة.** الكويت: مركز المطبوعات والتراث والوثائق.

89. صالح، أحمد زكي. (1966). **التعليم التربوي**، القاهرة، مصر: النهضة المصرية.

90. الصحة النفسية – الموسوعة العربية – الموقع https://arabency.com.sy

91.صدراتي، فضيلة. (2014). **واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين في القطاع** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع). بسكرة، الجزائر: جامعة محمد خيضر.

92.صقر، نبيل. (2006). **جرائم المخدرات في التشريع الجزائري**. عين مليلة، الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر.

93.صندقلي، هناء إبراهيم. (2019). **اضطراب أم مرض نفسي**. دار النهضة العربية.

94.الطب عند اليونان – https/ar.wikipedia.org تاريخ الإسترجاع 1122023.

95.الطب والصيدلة في عصر الحضارة الإسلامية، الأستاذ الدكتور عبد الحليم عويس – موق الأستاذ عبد الحليم عويس – الطب والأطباء في الحضاري الإسلامية.http://alukah.net

96.الطعامنة، غازي. (2007). **مبادئ في الصحة والسلامة العامة**. عمان، الأردن: عيناء للنشر والتوزيع.

97.طيبة، طاهري. (2008). **طرق تمويل المؤسسات الصحية** (مذكرة ماجستير تخصص نقود وتمويل) بسكرة، الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة.

98. العاجيب، ليلى. مقال بعنوان **مفهوم السلوك في علم النفس**، الموقع: http//:mawdoo3.com

99. العبادي، إيمان يونس إبراهيم. (2020). **الإدراك البصري لدى طفل الروضة**. مركز الكتاب الأكاديمي.

100.عبد الرحمن، علي إسماعيل. (2012). **الضغوط النفسية القاتل الخفي**. المنهل.

101.عبد الغفار، عبد السلام. (2007). **مقدمة في الصحة النفسية**. عمان، الأردن: دار الفكر.

102.عبد الله، عصمت تحسين. (2016). **علم اجتماع الزواج والأسرة**. الجنادرية للنشر والتوزيع.

103.العراقي، فاطمة. (2016). **المراهقة مشكلات وحلول**. وكالة الصحافة العربية.

104.عرعار، غنية. (2021). **السلوك الصحي وعلاقته بجودة الحياة لدى الممرضين** (أطروحة دكتوراه تخصص علم النفس الصحة). جامعة محمد بوضياف المسيلة – كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

105.عزاوي، مصعب قاسم. (2021). **الاكتئاب عند الأطفال**. دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع.

106. عسكر، عبد الله. (1985). **تعاطي الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم – دراسة استكشافية للخصائص النفسية لشخصية المتعاطي** (رسالة ماجستير) كلية الآداب – جامعة الزقازيق.

107. العصيمي، منصور بن دخيل موسى (2010). **تقييم السلوك الخطر لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدينة الرياض** (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الشارقة، الإمارات.

108. عكسة، حليمة. (2022). **سلوكيات الخطر لدى المراهق في الوسط المدرسي وعلاقته بكل من المفارقة القيمية والشعور بالانتماء لديه** (أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس). باتنة، الجزائر: كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر باتنة 1.

109. العلواني، عديلة. (2010). تقييم فعالية النمط التعاقدي كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية دراسة حالة الجزائر (اطروحة دكتوراه تخصص علوم اقتصادية). بسكرة، الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة.

110. العنزي، بن عبد السعود. (2014). دور الجامعات السعودية في توعية المجتمع بأضرار المخدرات وطرق الوقاية منها، دراسة ميدانية، **دراسات نفسية، 5**(11)، 3570.

111. عنشر، أحمد محمد حسين، الدومة، نصر الدين أحمد إدريس. **الإدراك الخطر الصحي وعلاقته بالشعور بالمسؤولية لدى الطلاب الوافدين بجامعة إفريقيا العالمية في ظل جائحة كورونا.** كلية الآداب، جامعة إفريقيا العالمية، الخرطوم، السودان.

112. عنشر، أحمد محمد حسين، والدومة، نصر الدين أحمد. قسم علم النفس، كلية الأداب، جامعة إفريقيا العالمية، الخرطوم، السودان.

113. غرايبية، فضيلة. (2016). إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر – تحديات وانجازات. **مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية، 9**(1)، 239252.

114. غريبة، أبو إيمان. (2007)، **التطور من الطفولة حتى المراهقة.** الأردن: دار جديد.

115. فالق، باهية. (2022). المعتقدات الصحية التعويضية وأسلوب الحياة الصحي لدى المدخنين، **مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والإجتماعية، 9**(1)، 208231.

116. الفقي، آلاء. (2017). مجلة اليوم السابع – القاهرة، مصر. https.www.youm7.com يوم 2022/08/20.

117. قاسم، محمد محمد. (1999). **المدخل إلى مناهج البحث العلمي**. لبنان: دار النهضة العربية للنشر.

118. قشقوش، إبراهيم. (1980). سيكولوجية المراهقة. القاهرة، مصر: الأنجلو مصرية.

119. قشقوش، إبراهيم. (2007). **سيكولوجية المراهقة**. القاهرة، مصر: المطبعة الفنية الحديثة.

120. القص، صليحة. (2016). **فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين:** دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المرحلة المتوسطة بمدينة عين توتة (أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم علم النفس). بسكرة، الجزائر: جامعة محمد خيضر بسكرة.

121. قطامي، يوسف، وعدس، عبد الرحمن. (2005). **علم النفس العام**. عمان، الأردن: دار الفكر.

122. قندوسي، سعدية. (2021). مرحلة المراهقة نظرياتها وخصائصها. **مجلة التمكين الاجتماعي، 3**(4)، 121142.

123. كحلة، ألفت حسين. (2012). **علم النفس العصبي**. مصر: مكتبة الأنجلو مصرية.

124. كماش، يوسف لازم. (2012). **الصحة والتربية الصحية: الصحية المدرسية والرياضية**. عمان، الأردن: دار الخليج للنشر والتوزيع.

125. كودايك، حمزة. (2022). التغطية الصحية كمؤشر لتقييم جودة الخدمات في المؤسسات الصحية بالجزائر، دراسة تحليلية للفترة (20132018)، **مجلة الباحث، 22**(1).

126. الكيلاني، نجيب. (ب.س). **الغذاء والصحة**. المكتبة المصرية.

127. لوكيا، الهاشمي، وبن زروال، فتيحة. (2016). **الإجهاد الفردي والتنظيمي واستراتيجيات مواجهته**. عين مليلة، الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.

128. محي، ياسمين رعد. (2020). **تقييم مخاطر السلوك عند الشباب لدى طلاب الجامعات في بغداد** أطروحة دكتوراه في الطب.

129. مختار، وفيق صفوت. (2020). **سيكولوجية النمو والارتقاء في المراهقة**. دار حرف للنشر والتوزيع.

130. مرسي، أبو بكر. (2002). **أزمة الهوية في المراهقة**. مصر: مكتبة النهضة المصرية.

131. مصيقر، عبد الرحمن. (2000). **دراسات في التثقيف الصحي والغذائي**. المنامة، البحرين: مركز البحرين للدراسات والبحوث.

132. المعلوف، عيسى إسكندر. (2014). **تاريخ الطب عند الأمم القديمة والحديثة**. المملكة المتحدة: مؤسسة هنداوي.

133.المعلوف، عيسى إسكندر. (2022). **تاريخ الطب عند الأمم القديمة والحديثة**. المملكة المتحدة: مؤسسة هنداوي.

134.مفهوم الطب وتطوره عبر العصور، https //altibbicom 29نوفمبر ، 2008.

135.منظمة الصحة العالمية. مقال بعنوان **صحة المراهقين النفسية**، 17 تشرين الثاني، نوفمبر 2021.

136.منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.www.who.int le 31 82023

137.منظمة الصحة العالمية، مركز وسائل الإعلام، سوء التغذية. 2021 http : www.who.int يوم 31 8 2023.

138.منظمة الصحة العالمية، مقال بعنوان **صحة المراهقين والشباب البالغين**: 28 نيسان 2023.

139.النجار، مصطفى. (2021). **المراهقة وسنينها**. دار البشير للثقافة والعلوم.

140.هاما لاينن، بايفي وآخرون، (2017). **التقديرات العالمية للحوادث المهنية والأمراض المرتبطة بالعمل**. معهد السلامة والصحة في مكان العمل.

141.الهزاع، هزاع بن محمد. (ب.س). **النشاط البدني في الصحة والمرض**. جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.

142.واطسون، روبرت. قرين، هنري كلاي ليند. (2004). **سيكولوجية الطفل والمراهق** (ترجمة داليا عزة مومن). القاهرة، مصر: مكتبة مديولي.

143.يخلف، عثمان. (2001). **علم نفس الصحة: الأسس النفسية السلوكية للصحة**. قطر، دار الثقافة.

ب–المراجع الأجنبية:

144. Ahmimid, A. (2018). Proposition d'un Modèle d'Analyse des Déterminants de l'Acceptation de l'Usage des Dispositifs de Télédéclaration Fiscale au Maroc. Thèse de doctorat, Université de Bretagne.

145. Ajzen, I. (1985). From Intention to Action. In J. Kuhl & J. Beckman (Eds.), *Action Control: From Cognition to Behavior* (pp. 1139). Heidelberg: Springer.

146. Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*(2), 179211.

147. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). Theory of Reasoned Action (TRA). University of Oman, 2015.

148. Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

149. Ajzen, M. A., & Ajzen, M. (1975). BeliefAttitudeIntention and Behavior: An Introduction to Theory and Research.

150. Alexander, G. (2000). Health Risk Appraisal. *The International Electronic Journal of Health Education*, 3(Special), 133137.
151. Anita L. Stewart., and John E. Ware. (1992). Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach. Durham and London : Duke University Press.
152. Australian Institute of Health and Welfare (2015). Risk factors to health. Retrieved from http://www.aihw.gov.au/riskfactors.
153. Bagozzi, F. B., & Warshaw, R. (1989). The Theory of Reasoned Action. Journal of Consumer Research, 15, 325343.
154. Bandura, A. (1977). SelfEfficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review, 84*(2), 191215.
155. Belar, C. D., Mendonca, McIntyre, T. S., & Matarazzo, J. D. (2003). Health Psychology. In K. Freedheim (Eds.), *Handbook of Psychology, Vol. 1: History of Psychology*. New York: Wiley.
156. Belloc, M., & Breslow, L. (1972). Relationship of Physical Health States and Health Practices. *Preventive Medicine*, 1(3), 409421.
157. Berger, K. S. (2015). *Developing Person Through Childhood and Adolescence* (10th edition).
158. Bernembaum, S. A., Beltz, A. M., & Corley, R. (2015). The Importance of Puberty for Adolescent Development: Conceptualization and Measurement. *Advances in Child Behavior*, 92, 53.
159. Bou Ghaba, Rachid. "La Transition Épidémiologique en Algérie." Journée Parlementaire sur la Santé, Conseil de la Nation, Palais Zirout YoucefAlger, 2010.
160. Boudreau, I. (1997). Attitudes des Adolescents et des Jeunes Adultes à l'Égard de la Pratique de Comportements Sécuritaires en Planche à Neige. Mémoire de recherche présenté à l'Université du Québec à TroisRivières.
161. Bozzini, A., & Matijasevich, A. (Year not provided).
162. Brazilian Psychiatric Association. (2022, August 13). Factors associated with risk behavior in adolescence. Retrieved from http://www.ncbi.nlm.nih.gov.
163. BruchonSchweitzer, M. (2002). Psychologie de la santé: Modèles, concepts et méthodes. Édition Dunas, Paris.
164. BruchonSchweitzer, M., & Dantezen, R. (1994/22, 1998). Introduction à la psychologie de santé. Paris: PUF.
165. Budesa, Tracy; Egnor, Erin; and Howell, Lauren, "Gender Influence on Perceptions of Healthy and Unhealthy Lifestyles" (2008). All Volumes (2001-2008). 3.
166. Chattopadhyah, Aparna. (1968). Hygienic Principles in the Regulation of Food Habits in the Dharma Sutras. Nagarjuna.
167. Cinting, H., Van de Ven, M., Becker, E. (2014, June 16). Type D Personality is Associated with Health Behavior and Perceived Social Support in Individuals with Coronary Heart Disease. *Journal of Health Psychology*.
168. Dr. Murtin Juneau. Cardiologist and Director of Prevention, Institut de Cardiologie de Montréal, Faculté de Médecine de l'Université de Montréal. Retrieved from https://observatoireprevention.org.
169. Durakup Kilar. Un trait de personnalité (favorise le comportement lies a la santé). université of Melbourne institue http//:www.psychomedia.qc.ca.sante.

170. Edmonds, O. P., & Edmonds, E. L. (1963). An Account of the Founding of HM Inspectorate of Mines and the Work of the First Inspector, Hugh Seymour Tremenheere. *British Journal of Industrial Medicine*, *20*(3).
171. Ellen diamond ,4Min Read health psychology . publicshed on .
172. Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, *196*, 129136.
173. Englich, H. B., & Englich, A. B. (1985). A Comprehensive Dictionary of Psychological Terms. New York: Longmans.
174. Eshenassa, A., Pierce, J.P. (1995, August). Adolescents' Perception of Their Peers' Health Norms. *American Journal of Public Health*, *85*(8), 10641069. doi:10.2105/ajph.AjFrKas.
175. Evans, N., Gilpin, E., Farkas, A. J., Shenassa, E., & Pierce, J. P. (1995). Adolescents' perceptions of their peers' health norms. American Journal of Public Health, 85(8, Pt 1), 1064–1069. https://doi.org/10.2105/AJPH.85.8_Pt_1.1064
176. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: AddisonWesley.
177. Gauchet, A. (2005). Les Déterminants PsychoSociaux de l'Observance Thérapeutique chez les Personnes Infectées par le VIH: Représentation et Valeur. Thèse de doctorat, Université de Metz, Faculté des Sciences Humaines et Arts.
178. Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A. I. (2010). Health Perception and Health Care Access: Sex Differences in Behaviors and Attitudes. American Journal of Economics and Sociology, 69(2), 783–801. doi:10.1111/j.1536-7150.2010.00723.x
179. Goodman, M., Costin, G., Moras, R., Roet, J., Gilson, Z.V.W. (1991). Changes in Vertebral Growth During Childhood and Puberty. *New England Journal of Medicine, 23*, 16001597.
180. Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., & Partridge, K. B. (1980). Health Education Planning: A Diagnostic Approach. First edition. Mountain View, CA: Mayfield.
181. Green, L., & Kreuter, G. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Second edition. Mountain View, California: Mayfield Publishing Company.
182. Guiet, Jeanne; Silvain, Didier; Jourdan, Severine; Parayre, Carine; Simar, Franct; Pizon, Dominique Berger. *Education a la Santé en Milieu Scolaire: Mise en Perspective Historique et Internationale*.
183. Harvey, Herbert R. (1981). Public Health in Aztec Society. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 57, 157165.
184. Heiby, E. M., & Carlston, J. G. (1986). The Health Compliance Model. *Journal of Compliance Health Care*.
185. Hutchins, B.L., & Harrison, A. (1911). *A History of Factory Legislation* (2nd ed.). Westminster: Psking & Son (2015).
186. Investment in Expanding Clinics and Hospitals Improving Algeria's Health Indicators. Oxford Business Group, 2016.
187. Johnston, M. (1994). Current Trends in Health Psychology. *The Psychologist*, 7, 114118.
188. Johnston, M., Weinman, J., & Chater, A. (2011). A Healthy Contribution. *The Psychologist*, 24(12), 890892.

189. Kacou, E.A. (2018). Comportement Sexuel à Risque au Temps du VIH/SIDA: Le Cas des Jeunes en Côte d'Ivoire. Thèse de Doctorat en Démographie, Paris.
190. Kaleta D, Polańska K, Dziankowska-Zaborszczyk E, Hanke W, Drygas W. Factors influencing self-perception of health status. Cent Eur J Public Health. 2009 Sep;17(3):122-7. doi: 10.21101/cejph.b0017. PMID: 20020600.
191. Kann, Kinchen, Hanklin, S.L., & Flint, K.H. (2013). Youth Risk Behavior Surveillance, United States.
192. Kanuga, M., & Rose, N. F. (2004). Adolescent Sexuality and the Internet: The Good, the Bad, and the Ugly. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 117124*.
193. Kemp, Donna R. (2007). *Mental Health in America: Contemporary World Issues*. Santa Barbara, CA: ABCCLIO. ISBN 987851097890. OCLC 6368893648.
194. Kim Y, Park I, Kang S. Age and gender differences in health risk perception. Cent Eur J Public Health. 2018 Mar;26(1):54-59. doi: 10.21101/cejph.a4920. PMID: 29684299.
195. Knutson, A. L. (1963). New Perspectives Regarding Positive Mental Health. *American Psychologist*, 18, 300.
196. Kolers, P.A. (1983). Perception and Representation. *Annual Review of Psychology*, 34, 129166.
197. Kramer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., et al. (1979). Coming to terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 377433.
198. Lee, S.-M., Jeong, H.-C., So, W.-Y., & Youn, H.-S. (2020). Mediating Effect of Sports Participation on the Relationship between Health Perceptions and Health Promoting Behavior in Adolescents. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(18), 6744, 2-12.
199. Li S, Wang Y. The Relationship Between Risk Perception, Physical Activity, and Adolescent Mental Health: A Cross-Lagged Analysis. Psychol Res Behav Manag. 2023 Aug 24;16:3347-3357. doi: 10.2147/PRBM.S422982. PMID: 37645569; PMCID: PMC10461749.
200. Ling, C., & Ronn, T. (2014). Drug Discovery Today, 19(7), 1051018.
201. Litell, Jill. (2014). Understanding and Treating Alcoholism. In *Treatment of Alcoholism: Volume I Biological, Psychological, and Social Aspects of Alcohol Consumption and Abuse*.
202. Maddock, J. (2008). Behavioral Health of Public Health. Retrieved from www.encyclopedia.com/topic/health/behavior.
203. Maddux, J., & Meier, L. J. (1995). SelfEfficacy and Depression. In *SelfEfficacy, Adaptation, and Adjustment* (pp. 143169). Springer, Boston.
204. Maharaj, R.G., Nunes, P., Renwick, S. (2009). Health Risk Behavior Among Adolescents in the EnglishSpeaking Caribbean: A Review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 13*(12).
205. Mann, T., De Ridder, D. T. D., & Fujita, K. (2013). SelfRegulation of Health Behavior: Social Psychological.
206. Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807818.
207. Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist, 35*(9), 807817.

208. Matarazzo, J. D. (1982). The Behavioral Health Challenge for Academic, Scientific, and Professional Psychology. *American Psychologist*, 37, 114.
209. Meireles AL, Xavier CC, de Souza Andrade AC, Proietti FA, Caiaffa WT (2015) Self-Rated Health among Urban Adolescents: The Roles of Age, Gender, and Their Associated Factors. PLoS ONE 10(7): e0132254. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132254
210. Meland, E., Haugland, S., Breidalik, H.J. (2007). Body Image and Perceived Health in Adolescence. *Health Education Research, 22*(3), 342350.
211. Misra, R., Kaster, E. C. (2015, March 21). Health Beliefs. In Encyclopedia of Integrant Health (pp. 766768). Retrieved from https://link.springer.com.
212. Mission and Impact of the ILO: Promoting Jobs, Protecting People. International Labour Organization.
213. Moonat, Pandey. (2012). Stress, Epigenetics, and Alcoholism. *Alcohol Research: Current Reviews*. National Library of Medicine. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
214. Moonat, Pandey. (2012). Stress, Epigenetics, and Alcoholism. *Alcohol Research: Current Reviews*. National Library of Medicine. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.
215. Moscovici, S. (1973). Foreword in Herzlich Analysis (pp. ixxiv). London, New York: Academic Press.
216. National Cancer Institute. (2005). The Health Belief Model. Retrieved from www.ruralhealthinfo.org on August 7, 2022.
217. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2022, September 2). Alcohol's Effects on the Body. Retrieved from www.niaaa.nih.gov.
218. Novice, Robert (Ed.). (1999, March 9). Overview of the Environment and Health in Europe in the 1990s. World Health Organization.
219. Ogden, J. (2012). Health Psychology: A Textbook (5th ed.). Maidenhead, UK: Open University Press.
220. Porter, Roy. (2004). *Madmen: A Social History of Madhouses, MadDoctors, and Lunatics*. Stroud, Gloucestershire: Tempus Publishing. ISBN 9780752419725. OCLC 58554197.
221. Pricil Rivierre. (2017). Le manque de sommeil altère le cerveau des ados. Salle de Presse INSERM. Retrieved from https://presse.inserm.fr.
222. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The Transtheoretical Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow JonesIrwin.
223. Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. (1992). In Search of How People Change: Application to Addictive Behaviors. *American Psychologist*.
224. Public Health Agency of Canada. (2005). Building Century. Ottawa.
225. Redmond, B. F. (2010). SelfEfficacy Theory: "Do I think that I can succeed in my work?" *Attitude and Motivation, The Pennsylvania State University World Campus*.
226. Reedding, C. A., Rossi, J. S., Wayne, S. R., Velicer, C. F., Prochaska, J. O. (2000). Health Behavior Model. Retrieved from www.researchgate.net on August 7, 2022 at 2:30 AM.
227. Rogers, R. W. (1983). Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeals and Attitude Change: A Revised Theory of Protective Motives. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social Psychology*. New York: Guilford Press.

228. Saewyc, E., Taylor, D., Homma, Y., Agilvie, G. (2008). Trends in Sexual Health and Risk Behavior Among Adolescent Students. *The Canadian Journal of Human Sexuality, 17*(12).
229. Sarno, John M.D. (1998). *The Mindbody Prescription: Healing the Body, Healing the Pain*.
230. Satoh, M., Fujimura, A.K., Sato, B. (2022, February). Relationship Between Personality Traits and Health Behavior Among Working Women in Japan. *Preventive Medicine Reports, 25,* 101691. Retrieved from http://doi.org/10.1016/j.pmedr.2021.101696. Accessed on August 3, 2022.
231. Schofield, W. (1969). The Role of Psychology in the Delivery of Health Service. *American Psychologist*, 24(6), 565584.
232. Sender, Elena. "Le Volume Hippocampique Réduit de 10% chez les Déprimés et Provoquerait l'Arrêt de la Neurogenèse." Sciences et Avenir, Février 2008.
233. Shaaban AN, Martins MRO and Peleteiro B (2022) Factors associated with self-perceived health status in Portugal: Results from the National Health Survey 2014. Front. Public Health 10:879432. doi: 10.3389/fpubh.2022.879432
234. Shen, X., Lin, Y., Mi, O., Yao, X., Sun, H., Yang, W. (2021, August 13). Type C Behavior and Associated Factors in Patients with Breast Cancer During Postoperative Chemotherapy: A CrossSectional Study. *Journal Name, Volume Number*(2021), 12811289.
235. Silalammy, N. (2004). *Dictionnaire de la Psychologie*. Edition La Rousse. France.
236. Silammy, N. (2004). *Dictionnaire de la Psychologie*. Edition Larousse, France.
237. Simpson, I. (2022, August 14). Strong in STEM? High demand for master's grads in quantitative finance. Retrieved from www.researchgate.net.
238. Sluys, F., Stonollo, P.J. Jr., Zee, P.L., James, T. (Year). Sleep: A Health Imperative. *Sleep, 35*(6), 1 June.
239. Sontrock, J. W. (2007). A Topical Approach to Human Life Span Development (35th ed.). St. Louis, MO: McGrawHill.
240. Souto, Teresa & Ramires, Ana & Leite, Ângela & Santos, Vanessa & Santo, Raquel. (2018). Health Perception: Validation of a Scale for the Portuguese Population. Temas em Psicologia. 26. 2185-2201. 10.9788/TP2018.4-17En.
241. Sterling, P., & Eyer, J. (1981). Biological Basis of StressRelated Social Science Medicine. Part E, Medical Psychology, 15(1), 34.
242. Sweet, Victoria. (1999). Hildegard of Bingen and the Greening of Medieval Medicine. *Bulletin of the History of Medicine*, Volume 73(3), 381403.
243. Taylor, S. (2003). Health Psychology (5th ed.). New York: McGrawHill.
244. The Role of Public Health Advances. (2005). Cutter, David. The Twentieth Century United States Project Muse.
245. Théorie de la personnalité de type A et de Type B Https//:stringfixer.com
246. Triandis, H. C. (1980). Values, Attitudes, and Interpersonal Behavior. In N. H. E. Hawey & M. M. Page (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation 1979*. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
247. Tulloch, Health. (October 2013). Personalité de Type D et Réadaptation Cardiaque: Nouveautés en Matière de Santé, Médecine et Recherche Cardiovasculaire. Retrieved from https://www.ottawaheart.ca.

248. UNESCO. (2018, September 5). Sexuality Education: Ecosystem that Prepares Teenagers for Adult Life.
249. Usmah Ibn Munqidh (10951188). Autobiography, Expert Son of the Franks, 2014. Retrieved from Wayback Machine.
250. Vainio, H. (June 1987). Does passive smoking increase cancer risk? *Scandinavian Journal of Environmental Work Health*, 13(3), 193196.
251. Vorscon, S. S. (2012). Psychologie de la Santé. Presses Universitaires de France.
252. Wallace Mandell. Origins of Mental Health. Department of Mental Health. www.jhsph.edu.
253. Wang, J., & Geng, L. (2022, August 3). Title of the Article. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov
254. Warshaw, L. (1988). Chapter: Risk Appraisal. Archived April 7, 2020, National Wayback Machine. In *International Labour Organization Encyclopedia of Occupational Health and Safety* (4th ed.).
255. Wikipedia. Histoire de la médecine. Retrieved from https://fr.wikipedia.org.
256. Winslow, C. E. A. (1920). The Untied Fields of Public Health. *Science, New Series*, 51, 23.
257. World Health Organization. (1946). Definition of Health. Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference.
258. World Health Organization. (2008). Report on the Global Tobacco Epidemic: The M Power Package. Geneva.
259. World Health Organization. (2009). Global Health Risk: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva. Retrieved from http://www.who.int/healthinfoglobalburden.

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01): استمارة مقياس إدراك الصحة النهائية.

الرقم	البنود	البدائل		
		ليس صحيحا أبدا	صحيح نوعا ما	صحيح جدا
	بعد الصحة حاليا			
01	وفقا للأطباء الذين راجعتهم، صحتي الآن ممتازة			
02	أشعر الآن أن صحتي أفضل مما كانت عليه سابقا			
03	أنا مريض نوعا ما			
04	أنا لست بصحة جيدة الآن كما كنت من قبل			
05	أنا بصحة جيدة مقارنة بالأشخاص الذين أعرفهم			
06	صحتي ممتازة			
07	شعرت بأن حالتي الصحية سيئة في الآونة الأخيرة			
08	يقول الأطباء أن حالتي الصحية سيئة في الوقت الحالي			
09	أشعر أنني بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى			
	بعد الصحة سابقا			
10	كنت مريضا جدا ذات مرة لدرجة أنني شعرت أنني سأموت			
11	لم يسبق لي أن تعرضت لمرض دام فترة طويلة			
12	لم أكن أبدا مريضا			
	بعد المقاومة/القابلية			
13	أقع في المرض بسهولة مقارنة بالآخرين			
14	أغلب الناس يقعون في المرض بسهولة مقارنة بي			
15	يبدو أن جسدي يقاوم المرض جيدا			
16	عادة ما ألتقط المرض بسرعة بمجرد انتشاره في محيطي			
	بعد الانطباع حول الصحة			
17	من المحتمل أن أمرض كثيرا في المستقبل			
18	في المستقبل القريب، أتوقع أن أتمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين أعرفهم			
19	أتوقع أن أتمتع بحياة صحية جيدة			
20	أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن			
	بعد الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة			
21	أنا لا أقلق أبدا على صحتي			

22	أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم			
23	صحتي هي مصدر قلق في حياتي			
24	يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي			
	بعد التوجهات نحو المرض			
25	إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي			
26	أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر			
	بعد رفض دور المريض			
27	أنا لا أسمح للمرض بالتحكم في حياتي			
28	عندما أمرض أحاول أن أحتفظ بالأمر لنفسي			
29	عندما أكون مريضا، أحاول الاستمرار في الحياة كالمعتاد			
30	عندما أشعر أنني سأمرض، أقاوم المرض			
	بعد الموقف تجاه زيارات الطبيب			
31	لا أحب الذهاب إلى الطبيب			
32	لا يزعجني الذهاب إلى الطبيب			

الملحق رقم (02): استمارة مقياس سلوكيات الخطر.

التعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن مختلف السلوكات التي يقوم بها الأفراد في حياتهم اليومية، إقرأ كل عبارة على حدى جيدا والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع تصرفاتك وسلوكك عن طريق وضع علامة X داخل الدائرة المناسبة.

تذكر أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة لأن الجميع ينتهجون سلوكات مختلفة. فأرجوك كن صادقا قدر المستطاع.

نأمل أن تستمتع بالإجابة على هذا الاستبيان

أرجوك انتقل إلى الصفحة التالية وابدأ بالإجابة على الأسئلة

هذا الجزء يتعلق ببياناتك الشخصية

1-ما هو جنسك ؟ ◯ ذكر ◯ أنثى **2- تخصصك الدراسي:**

....

3-كم عمرك؟ ....

4-ما هو المستوى التعليمي الخاص بوالديك؟

	الأب أو زوج الأم	**الأم أو زوجة الأب**
بدون مستوى أو ابتدائي	◯	◯
	◯	
متوسط أو ثانوي	◯	◯
جامعي أو مستوى أعلى		◯

هذا الجزء يتعلق بمحيطك الأسري

1-هل والداك يعيشان معاً؟

◯ نعم ◯ لا، هما مطلقان ◯ لا، أمي متوفية ◯ لا، أبي متوفي

2-هل أباك (أو زوج أمك)

◯ عاطل عن العمل أو لا يملك وظيفة ◯ متقاعد ◯ يعمل

3-هل أمك (أو زوجة أبيك)

◯ عاطلة عن العمل أو لا تملك وظيفة. ◯ متقاعدة ◯ تعمل

4- كم عدد أفراد أسرتك ◯ **3** ◯ **4** ◯ **5** ◯ **6** ◯ **أكثر من 6**

5-ما هو مستوى الدخل الشهري الأسرة؟

◯ **منخفض** ◯ **متوسط** ◯ **جيد** ◯ **جيد جدا (ممتاز)**

6-ما هو نوع السكن الذي تعيش فيه؟

◯ العيش مع الأقارب في سكن واحد

◯ منزل مستأجر

◯ شقة في عمارة

◯ منزل عادي ملك للأسرة

◯ فيلا

7- ما هو مستوى الحي السكني الذي تقطن فيه؟

◯ مستوى الحي غير راقي كليا

- مستوى الحي راق أقل من المتوسط
- مستوى الحي راق بدرجة متوسطة
- مستوى الحي راق
- مستوى الحي راق جدا

هذا الجزء يتعلق بمحيطك الاجتماعي:

1- كم هو عدد أصدقائك المقربين إليك؟ ◯ لا أحد ◯ 2أو4 ◯ أكثر من 4

2- كم عدد أفراد عائلتك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟

◯ كلهم تقريبا ◯ البعض منهم ◯ لا أحد

3- كم عدد أصدقائك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟

◯ كلهم تقريبا ◯ البعض منهم ◯ لا أحد

4- كم عدد أفراد عائلتك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟

◯ لا أحد ◯ البعض منهم ◯ كلهم تقريبا

5- كم عدد أصدقائك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟

◯ لا أحد ◯ البعض منهم ◯ كلهم تقريبا

6-كم عدد أفراد عائلتك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟

◯ لا أحد ◯ البعض منهم ◯ كلهم تقريبا

7- كم عدد أصدقائك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟

◯ لا أحد ◯ البعض منهم ◯ كلهم تقريبا

8- كم عدد أفراد عائلتك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟

◯ لا أحد ◯ البعض منهم ◯ كلهم تقريبا

9-و كم عدد أصدقائك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟

◯ لا أحد ◯ البعض منهم ◯ كلهم تقريبا

10- هل يوجد أشخاص مدخنين في عائلتك المصغرة ؟

◯ كلهم تقريبا ◯ البعض منهم ◯ لا أحد

11- بحسب علمك، كم شخص مدخن في حيك (منطقتك)؟

◯ كثيرا ◯ عدد قليل ◯ لا أحد

12- كم عدد أصدقائك الذين يدخنون السجائر بطريقة منتظمة؟

جميعهم تقريبا ◯ البعض منهم ◯ لا أحد ◯

بعد الثقافة الصحية:

1- هل تعتقد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

تقريبا لا يوجد تأثير ◯ تأثير خفيف ◯ تأثير خطير ◯

2- هل تعتقد أن الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

تقريبا لا يوجد تأثير ◯ تأثير خفيف ◯ تأثير خطير ◯

3-هل تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

تقريبا لا يوجد تأثير ◯ تأثير خفيف ◯ تأثير خطير ◯

4- هل تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

تقريبا لا يوجد تأثير ◯ تأثير خفيف ◯ تأثير خطير ◯

5- هل تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

تقريبا لا يوجد تأثير ◯ تأثير خفيف ◯ تأثير خطير ◯

6- هل تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك؟

تقريبا لا يوجد تأثير ◯ تأثير خفيف ◯ تأثير خطير ◯

7-هل تعتقد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد؟

لا ◯ لست متأكد ◯ نعم ◯

***الأسئلة التالية تتعلق بالأكل:**

1-هل تستغني عادة عن وجبة فطور الصباح؟

كل يوم ◯ أحيانا ◯ أبدا تقريبا ◯

2-هل تتناول عادة وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة؟

غالباً ◯ أحيانا ◯ أبدا تقريبا ◯ ◯ ◯

3-تذكر عاداتك المعتادة في الأكل

هل تهتم بـ:	**نعم**	**لا**
أ- التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله؟	◯	◯

ب- التقليل من الدهون في الطعام الذي تأكله؟ ◯ ◯

ج- تناول خضر طازجة كل يوم؟ ◯ ◯

ه- تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات؟ ◯ ◯

و- تناول طعام مشوي عوضاً عن الطعام المقلي؟ ◯ ◯

4 -كم مرة تنظف أسنانك؟

◯ مرة واحدة في يومين ◯ مرة واحدة في اليوم ◯ مرتين في اليوم ◯ بعد كل وجبة

*** هذا الجزء يتعلق بعادات النوم:**

1- عادة، كم تنام من ساعة كل ليلة؟

◯ أقل من 6 ساعات ◯ من 6 إلى 8 ساعات ◯ من 9 إلى 10 ساعات أو أكثر

2 -عادة ما هي الساعة التي تذهب فيها للنوم كل ليلة؟

◯ من 9 إلى 10 ليلا ◯ من 11 إلى 12 ليلا ◯ الواحدة صباحا أو أكثر

3-عادة ما هي الساعة التي تنهض فيها صباحا؟

◯ الساعة 5 أو قبل ذلك ◯ 6 أو 7 صباحا ◯ 8 صباحا أو أكثر

*** فكر في الأشياء التي تقوم بها عادة، وعدد الساعات التي تقضيها في كل أسبوع:**

	لا شيء في الأسبوع	1-2 سا في الأسبوع	3-5 سا في الأسبوع	6 سا أو أكثر في الأسبوع
1- الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة	◯	◯	◯	◯
2- المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه)	◯	◯	◯	◯
3- مشاهدة التلفاز	◯	◯	◯	◯
4- العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان)	◯	◯	◯	◯
5- مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية	◯	◯	◯	◯
6- مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء	◯	◯	◯	◯
7- تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني	◯	◯	◯	◯
والرسائل الفورية أو الدردشة	◯	◯	◯	◯
8-ممارسة بعض الأنشطة البدنية				

***الأسئلة القادمة في هذا الجزء تتعلق بالتدخين:**

1- هل سبق لك أن دخنت؟

○ لا أبدا ⟵ إذا كانت الإجابة " لا " انتقل مباشرة للسؤال رقم 06

○ نعم، لكن مرة واحدة فقط

○ في بعض الأحيان

○ في كثير من الأحيان

2- كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟ ....عام

3- كم كان عمرك عندما بدأت تدخن بانتظام؟ ....عام

4- ما هو متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد؟

○ لا شيء على الإطلاق ○ من نصف علبة سجائر إلى علبة كاملة في اليوم

○ على الأقل سيجارة واحدة في اليوم ○ حوالي علبة ونصف في اليوم

○ أقل من نصف علبة سجائر في اليوم ○ حوالي علبتان أو أكثر في اليوم

5- هل حاولت الإقلاع على التدخين؟

○ لا نعم، أقلعت عن التدخين لفترة ○ نعم، أقلعت عن التدخين نهائيا

6- هل سبق لك واستهلكت الشمة؟ ○ نعم ○ لا

7- كم كان عمرك عندما استهلكت الشمة للمرة الأولى؟ ....عام

8- هل أنت تستهلك الشمة الآن بانتظام؟ ○ نعم ○ لا

9- هل حاولت التوقف عن استهلاك الشمة؟

○ لا ○ نعم، توقفت عن استهلاك الشمة لفترة ○ نعم، توقفت نهائيا

هذا الجزء يتعلق بالسياقة والأمن المروري:

1- هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟

○ تقريبا دائما ○ أحيانا ○ نادرا

2- هل تملك رخصة السياقة؟

○ نعم ○ لا

3- إذا كانت إجابتك نعم وكنت تقود السيارة

فهل أنت:	**لا أبدا**	**أحيانا**	**دائما**
أ- تضع حزام الأمان عند قيادتك للسيارة؟	○	○	○
ب- تحترم إشارة قف؟	○	○	○
			○

ج- تقود من دون التوقف عند الإشارة الحمراء؟ ◯ ◯

د- تقود بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة؟ ◯ ◯ ◯

شكرا جزيلا لكونك جزءا من هذه الدراسة

الملحق رقم (03): قائمة الأساتذة المحكمين.

الرقم	اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	المؤسسة
01	حميد اومليلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف 2
02	نور الدين جبالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة باتنة1
03	نور الدين بوعلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة سطيف 2
04	رؤوف بلعقاب	استاذ محاضر أ	جامعة البليدة 2
05	بوبكر بكار	استاذ محاضر أ	جامعة سطيف 2
06	طارق سمير لكحل	استاذ مساعد أ	جامعة ام البواقي

الملحق رقم (04): نتائج ثبات أداة مقياس إدراك الصحة.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100,0
	Excluded[a]	0	,0
	Total	30	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,767	32

الملحق رقم (05): نتائج الاتساق الداخلي لمقياس إدراك الصحة.

		التصورات العامة الصحية	للأطباء وفقا راجعتهم، الذين الآن صحتي ممتازة	أن الآن أشعر أفضل صحتي عليه كانت مما سابقا	أنا مريض ما نوعا	لست أنا جيدة بصحة كما الآن قبل من كنت	مقارنة جيدة بصحة أنا الذين بالأشخاص أعرفهم
التصورات الصحية العامة	Corrélation de Pearson	1	,404*	,370*	,332	,589**	,402*
	Sig. (bilatérale)		,027	,044	,073	,001	,028
	N	30	30	30	30	30	30

صحتي ممتازة	حالتي بأن شعرت في سيئة الصحية الأخيرة الآونة	أن الأطباء يقول سيئة الصحية حالتي الحالي الوقت في	بحالة أنني أشعر من أفضل الآن جيدة مضى وقت أي	ذات جدا مريضا كنت شعرت أنني لدرجة مرة سأموت أنني	أن لي يسبق لم دام لمرض تعرضت طويلة فترة	مريضا أبدا أكن لم
,380*	,448*	,407*	,380*	,402*	,440*	,402*
,039	,013	,026	,039	,028	,015	,028
30	30	30	30	30	30	30

المرض في أقع مقارنة بسهولة بالآخرين	يقعون الناس أغلب بسهولة المرض في بي مقارنة	جسدي أن يبدو المرض يقاوم جيدا	المرض ألتقط ما عادة انتشاره بمجرد بسرعة محيطي في	أن المحتمل من في كثيرا أمرض المستقبل	أتوقع القريب، المستقبل في من أفضل بصحة أتمتع أن أعرفهم الذين الأشخاص	بحياة أتمتع أن أتوقع جيدة صحية
,589**	,371*	,448*	,404*	,483**	,600**	,589**
,001	,043	,013	,027	,007	,000	,001
30	30	30	30	30	30	30

أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن	أنا لا أقلق أبدا على صحتي	أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم	صحتي هي مصدر قلق في حياتي	يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي	إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي	أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر
,380*	,402*	,428*	,528**	,407*	,470**	,479**
,039	,028	,018	,003	,026	,009	,007
30	30	30	30	30	30	30

للمرض أسمح لا أنا حياتي في بالتحكم	أن أحاول أمرض عندما لنفسي بالأمر أحتفظ	أحاول مريضا، أكون عندما كالمعتاد الحياة في الاستمرار	أنني أشعر عندما المرض أقاوم سأمرض،	الذهاب أحب لا الطبيب إلى	إلى الذهاب يزعجني لا الطبيب
,440*	,370*	,629**	,404*	,386*	,554**
,015	,044	,000	,027	,035	,001
30	30	30	30	30	30

الملحق رقم (06): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الأولى.

Frequencies
Frequency Table

وفقا للأطباء الذين راجعتهم، صحتي الآن ممتازة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	27	24,5	24,5	24,5
	صحيح نوعا ما	52	47,3	47,3	71,8
	صحيح جدا	31	28,2	28,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أشعر الآن أن صحتي أفضل مما كانت عليه سابقا

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	19	17,3	17,3	17,3
	صحيح نوعا ما	51	46,4	46,4	63,6
	صحيح جدا	40	36,4	36,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أنا مريض نوعا ما

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	47	42,7	42,7	42,7
	صحيح نوعا ما	46	41,8	41,8	84,5
	صحيح جدا	17	15,5	15,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أنا لست بصحة جيدة الآن كما كنت من قبل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	56	50,9	50,9	50,9
	صحيح نوعا ما	35	31,8	31,8	82,7
	صحيح جدا	19	17,3	17,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أنا بصحة جيدة مقارنة بالأشخاص الذين أعرفهم

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	22	20,0	20,0	20,0
	صحيح نوعا ما	53	48,2	48,2	68,2
	صحيح جدا	35	31,8	31,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

صحتي ممتازة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	22	20,0	20,0	20,0
	صحيح نوعا ما	51	46,4	46,4	66,4
	صحيح جدا	37	33,6	33,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

شعرت بأن حالتي الصحية سيئة في الآونة الأخيرة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	49	44,5	44,5	44,5
	صحيح نوعا ما	41	37,3	37,3	81,8
	صحيح جدا	20	18,2	18,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

يقول الأطباء أن حالتي الصحية سيئة في الوقت الحالي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	68	61,8	61,8	61,8
	صحيح نوعا ما	36	32,7	32,7	94,5
	صحيح جدا	6	5,5	5,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أشعر أنني بحالة جيدة الآن أفضل من أي وقت مضى

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	32	29,1	29,1	29,1
	صحيح نوعا ما	41	37,3	37,3	66,4
	صحيح جدا	37	33,6	33,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كنت مريضا جدا ذات مرة لدرجة أنني شعرت أنني سأموت

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	43	39,1	39,1	39,1
	صحيح نوعا ما	34	30,9	30,9	70,0
	صحيح جدا	33	30,0	30,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

لم يسبق لي أن تعرضت لمرض دام فترة طويلة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	57	51,8	51,8	51,8
	صحيح نوعا ما	30	27,3	27,3	79,1
	صحيح جدا	23	20,9	20,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

لم أكن أبدا مريضا

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	70	63,6	63,6	63,6
	صحيح نوعا ما	30	27,3	27,3	90,9
	صحيح جدا	10	9,1	9,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أقع في المرض بسهولة مقارنة بالآخرين

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	44	40,0	40,0	40,0

	صحيح نوعا ما	41	37,3	37,3	77,3
	صحيح جدا	25	22,7	22,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أغلب الناس يقعون في المرض بسهولة مقارنة بي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	37	33,6	33,6	33,6
	صحيح نوعا ما	55	50,0	50,0	83,6
	صحيح جدا	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

يبدو أن جسدي يقاوم المرض جيدا

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	28	25,5	25,5	25,5
	صحيح نوعا ما	52	47,3	47,3	72,7
	صحيح جدا	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عادة ما ألتقط المرض بسرعة بمجرد انتشاره في محيطي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	54	49,1	49,1	49,1
	صحيح نوعا ما	39	35,5	35,5	84,5
	صحيح جدا	17	15,5	15,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

من المحتمل أن أمرض كثيرا في المستقبل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	39	35,5	35,5	35,5
	صحيح نوعا ما	51	46,4	46,4	81,8
	صحيح جدا	20	18,2	18,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

في المستقبل القريب، أتوقع أن أتمتع بصحة أفضل من الأشخاص الذين أعرفهم

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	22	20,0	20,0	20,0
	صحيح نوعا ما	55	50,0	50,0	70,0
	صحيح جدا	33	30,0	30,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أتوقع أن أتمتع بحياة صحية جيدة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	17	15,5	15,5	15,5
	صحيح نوعا ما	54	49,1	49,1	64,5
	صحيح جدا	39	35,5	35,5	100,0

	Total	110	100,0	100,0	

أعتقد أن صحتي ستكون أسوأ في المستقبل مما هي عليه الآن

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	61	55,5	55,5	55,5
	صحيح نوعا ما	35	31,8	31,8	87,3
	صحيح جدا	14	12,7	12,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أنا لا أقلق أبدا على صحتي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	41	37,3	37,3	37,3
	صحيح نوعا ما	49	44,5	44,5	81,8
	صحيح جدا	20	18,2	18,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أنا أقلق على صحتي أكثر من قلق الآخرين على صحتهم

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	36	32,7	32,7	32,7
	صحيح نوعا ما	44	40,0	40,0	72,7
	صحيح جدا	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

صحتي هي مصدر قلق في حياتي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	38	34,5	34,5	34,5
	صحيح نوعا ما	43	39,1	39,1	73,6
	صحيح جدا	29	26,4	26,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

يبدو أن الآخرين أكثر اهتماما بصحتهم من اهتمامي بصحتي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	51	46,4	46,4	46,4
	صحيح نوعا ما	44	40,0	40,0	86,4
	صحيح جدا	15	13,6	13,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

إن الإصابة بالمرض من حين لآخر هو جزء من حياتي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	39	35,5	35,5	35,5
	صحيح نوعا ما	53	48,2	48,2	83,6
	صحيح جدا	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أتقبل فكرة أن أمرض من وقت لآخر

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	26	23,6	23,6	23,6
	صحيح نوعا ما	59	53,6	53,6	77,3
	صحيح جدا	25	22,7	22,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

أنا لا أسمح للمرض بالتحكم في حياتي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	29	26,4	26,4	26,4
	صحيح نوعا ما	36	32,7	32,7	59,1
	صحيح جدا	45	40,9	40,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عندما أمرض أحاول أن أحتفظ بالأمر لنفسي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	30	27,3	27,3	27,3
	صحيح نوعا ما	44	40,0	40,0	67,3
	صحيح جدا	36	32,7	32,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عندما أكون مريضا، أحاول الاستمرار في الحياة كالمعتاد

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	15	13,6	13,6	13,6
	صحيح نوعا ما	50	45,5	45,5	59,1
	صحيح جدا	45	40,9	40,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عندما أشعر أنني سأمرض، أقاوم المرض

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	21	19,1	19,1	19,1
	صحيح نوعا ما	39	35,5	35,5	54,5
	صحيح جدا	50	45,5	45,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

لا أحب الذهاب إلى الطبيب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	29	26,4	26,4	26,4
	صحيح نوعا ما	35	31,8	31,8	58,2
	صحيح جدا	46	41,8	41,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

لا يزعجني الذهاب إلى الطبيب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليس صحيحا أبدا	43	39,1	39,1	39,1
	صحيح نوعا ما	39	35,5	35,5	74,5
	صحيح جدا	28	25,5	25,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

Frequencies

Statistics

		الصحة حاليا	الصحة سابقا	المقاومة القابلية	الانطباع حول الصحة	الهموم/الانشغالات المتعلقة بالصحة	التصورات الصحية العامة	الموقف تجاه زيارات الطبيب	رفض دور المريض	التوجهات نحو المرض
N	Valid	110	110	110	110	110	110	110	110	110
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1,8990	1,6848	1,8341	1,9250	1,8364	1,9088	2,0091	2,1841	1,9000
Std. Deviation		,30938	,47750	,39532	,37181	,41811	,22968	,58255	,54885	,58576

الملحق رقم (07): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثانية.

Frequencies

Frequency Table

الجنس

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ذكر	49	44,5	44,5	44,5
	أنثى	61	55,5	55,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

التخصص الدراسي

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	آداب وفلسفة	39	35,5	35,5	35,5
	تسيير واقتصاد	15	13,6	13,6	49,1
	رياضيات وتقني رياضي	12	10,9	10,9	60,0
	علوم تجريبية	37	33,6	33,6	93,6
	لغات أجنبية	7	6,4	6,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

السن

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	16	2	1,8	1,8	1,8
	17	34	30,9	30,9	32,7
	18	47	42,7	42,7	75,5
	19	23	20,9	20,9	96,4
	21	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

مستوى تعليم الأب

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	بدون مستوى أو تعليم ابتدائي	16	14,5	14,5	14,5
	متوسط او ثانوي	64	58,2	58,2	72,7
	جامعي أو مستوى أعلى	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

مستوى تعليم الأم

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	بدون مستوى أو تعليم ابتدائي	18	16,4	16,4	16,4
	متوسط او ثانوي	64	58,2	58,2	74,5
	جامعي أو مستوى أعلى	28	25,5	25,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل والداك يعيشان معاً؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	96	87,3	87,3	87,3
	لا، هما مطلقان	8	7,3	7,3	94,5
	لا، أمي متوفية	2	1,8	1,8	96,4
	لا، أبي متوفي	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل أباك (أو زوج أمك)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	عاطل عن العمل أو لا يملك وظيفة	15	13,6	13,6	13,6
	متقاعد	19	17,3	17,3	30,9
	يعمل	76	69,1	69,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل أمك (أو زوجة أبيك)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	عاطلة عن العمل أو لا تملك وظيفة	74	67,3	67,3	67,3
	متقاعدة	14	12,7	12,7	80,0
	تعمل	22	20,0	20,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أفراد أسرتك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من3	1	,9	,9	,9
	3	10	9,1	9,1	10,0

	4	14	12,7	12,7	22,7
	5	27	24,5	24,5	47,3
	6	22	20,0	20,0	67,3
	أكثر من 6	36	32,7	32,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما هو مستوى الدخل الشهري الأسرة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	منخفض	11	10,0	10,0	10,0
	متوسط	46	41,8	41,8	51,8
	جيد	41	37,3	37,3	89,1
	جيد جدا (ممتاز)	12	10,9	10,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما هو نوع السكن الذي تعيش فيه؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	العيش مع الأقارب في سكن واحد	10	9,1	9,1	9,1
	منزل مستأجر	4	3,6	3,6	12,7
	شقة في عمارة	25	22,7	22,7	35,5
	منزل عادي ملك للأسرة	49	44,5	44,5	80,0
	فيلا	22	20,0	20,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما هو مستوى الحي السكني الذي تقطن فيه؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مستوى الحي غير راقي كليا	28	25,5	25,5	25,5
	مستوى الحي راق أقل من المتوسط	39	35,5	35,5	60,9
	مستوى الحي راق بدرجة متوسطة	22	20,0	20,0	80,9
	مستوى الحي راق	17	15,5	15,5	96,4
	مستوى الحي راق جدا	4	3,6	3,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم هو عدد أصدقائك المقربين إليك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أحد	23	20,9	20,9	20,9
	2 أو 4	56	50,9	50,9	71,8
	أكثر من 4	31	28,2	28,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أفراد عائلتك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كلهم تقريبا	30	27,3	27,3	27,3
	البعض منهم	58	52,7	52,7	80,0
	لا أحد	22	20,0	20,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أصدقائك الذين يتناولون الطعام غير الصحي (وجبات سريعة) بدلا من اتباع نظام غذائي صحي؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كلهم تقريبا	46	41,8	41,8	41,8
	البعض منهم	41	37,3	37,3	79,1
	لا أحد	23	20,9	20,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أفراد عائلتك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أحد	37	33,6	33,6	33,6
	البعض منهم	59	53,6	53,6	87,3
	كلهم تقريبا	14	12,7	12,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أصدقائك الذين يمارسون التمارين الرياضية؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أحد	39	35,5	35,5	35,5
	البعض منهم	50	45,5	45,5	80,9
	كلهم تقريبا	21	19,1	19,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أفراد عائلتك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أحد	15	13,6	13,6	13,6
	البعض منهم	44	40,0	40,0	53,6
	كلهم تقريبا	51	46,4	46,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أصدقائك الذين يحاولون الحصول على قسط كاف من النوم في الليل؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أحد	19	17,3	17,3	17,3
	البعض منهم	44	40,0	40,0	57,3
	كلهم تقريبا	47	42,7	42,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أفراد عائلتك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أحد	14	12,7	12,7	12,7
	البعض منهم	52	47,3	47,3	60,0
	كلهم تقريبا	44	40,0	40,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أصدقائك الذين يستخدمون حزام الأمن أثناء ركوب السيارة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	لا أحد	33	30,0	30,0	30,0
	البعض منهم	46	41,8	41,8	71,8
	كلهم تقريبا	31	28,2	28,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل يوجد أشخاص مدخنين في عائلتك المصغرة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كلهم تقريبا	56	50,9	50,9	50,9
	البعض منهم	36	32,7	32,7	83,6
	لا أحد	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

بحسب علمك، كم شخص مدخن في حيك (منطقتك)؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كثيرا	20	18,2	18,2	18,2
	عدد قليل	24	21,8	21,8	40,0
	لا أحد	66	60,0	60,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم عدد أصدقائك الذين يدخنون السجائر بطريقة منتظمة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	جميعهم تقريبا	72	65,5	65,5	65,5
	البعض منهم	28	25,5	25,5	90,9
	لا أحد	10	9,1	9,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن الحصول على 10 كغ إضافة على الوزن الطبيعي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	تقريبا لا يوجد تأثير	21	19,1	19,1	19,1
	تأثير خفيف	59	53,6	53,6	72,7
	تأثير خطير	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن الاستغناء على وجبة فطور الصباح يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	تقريبا لا يوجد تأثير	33	30,0	30,0	30,0
	تأثير خفيف	47	42,7	42,7	72,7
	تأثير خطير	30	27,3	27,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن تناول الكثير من الأكل غير الصحي يمكن أن يكون له تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	تقريبا لا يوجد تأثير	15	13,6	13,6	13,6
	تأثير خفيف	48	43,6	43,6	57,3

	تأثير خطير	47	42,7	42,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن عدم ممارسة التمارين الرياضية بانتظام يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	تقريبا لا يوجد تأثير	18	16,4	16,4	16,4
	تأثير خفيف	60	54,5	54,5	70,9
	تأثير خطير	32	29,1	29,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن الحصول على أقل من 8 ساعات من النوم كل ليلة يمكن أن يكون لها تأثير على صحة الشباب من عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	تقريبا لا يوجد تأثير	25	22,7	22,7	22,7
	تأثير خفيف	54	49,1	49,1	71,8
	تأثير خطير	31	28,2	28,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن التدخين المنتظم يمكن أن يكون له تأثير على صحة الأشخاص من نفس عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	تقريبا لا يوجد تأثير	9	8,2	8,2	8,2
	تأثير خفيف	37	33,6	33,6	41,8
	تأثير خطير	64	58,2	58,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تعتقد أن الرياضة تساعد في تعديل سلوك الفرد؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا	2	1,8	1,8	1,8
	لست متأكد	20	18,2	18,2	20,0
	نعم	88	80,0	80,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما مدى توافقك مع أشخاص من نفس عمرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليست جيدة	19	17,3	17,3	17,3
	حسنة	53	48,2	48,2	65,5
	جيدة جدا	38	34,5	34,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تمتلك بداخلك الإحساس بالقدرة على مواجهة المشاكل اليومية؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا على الإطلاق	9	8,2	8,2	8,2
	نادرا	40	36,4	36,4	44,5
	كثيرا	61	55,5	55,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما مدى قدرتك على اتخاذ قرارات بشأن الأمور الهامة في حياتك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليست جيدة	18	16,4	16,4	16,4
	حسنة	46	41,8	41,8	58,2
	جيدة جدا	46	41,8	41,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كيف تشعر حيال مظهرك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لست راضي	5	4,5	4,5	4,5
	راض	32	29,1	29,1	33,6
	راض جدا	73	66,4	66,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما مدى قدرتك على القيام بالرياضة وألعاب القوى؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ليست جيدة	17	15,5	15,5	15,5
	حسنة	47	42,7	42,7	58,2
	جيدة جدا	46	41,8	41,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عموما ما مدى رضاك عن نفسك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لست راضي	6	5,5	5,5	5,5
	راض	37	33,6	33,6	39,1
	راض جدا	67	60,9	60,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

بصفة عامة، كيف هي صحتك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	متدهورة	18	16,4	16,4	16,4
	مقبولة	44	40,0	40,0	56,4
	جيدة	48	43,6	43,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ما مقدار الإجهاد والضغط الذي شعرت به في المدرسة أو في المنزل أو في حياتك الشخصية والاجتماعية؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كثيرا	14	12,7	12,7	12,7
	قليلا	42	38,2	38,2	50,9
	لا على الإطلاق	54	49,1	49,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

شعرت حقا بالإحباط بشأن بعض الأمور

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كثيرا	11	10,0	10,0	10,0
	قليلا	38	34,5	34,5	44,5
	لا على الإطلاق	61	55,5	55,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

شعرت باليأس اتجاه المستقبل

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كثيرا	24	21,8	21,8	21,8
	قليلا	41	37,3	37,3	59,1
	لا على الإطلاق	45	40,9	40,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

شعرت بالاكتئاب اتجاه الحياة بشكل عام

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كثيرا	28	25,5	25,5	25,5
	قليلا	38	34,5	34,5	60,0
	لا على الإطلاق	44	40,0	40,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تستغني عادة عن وجبة فطور الصباح؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كل يوم	48	43,6	43,6	43,6
	أحيانا	37	33,6	33,6	77,3
	أبدا تقريبا	25	22,7	22,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تتناول عادة وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	كل يوم	32	29,1	29,1	29,1
	أحيانا	60	54,5	54,5	83,6
	أبدا تقريبا	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	48	43,6	43,6	43,6
	لا	62	56,4	56,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

التقليل من الدهون في الطعام الذي تأكله؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	63	57,3	57,3	57,3

	لا	47	42,7	42,7	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

تناول خضر طازجة كل يوم؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	43	39,1	39,1	39,1
	لا	67	60,9	60,9	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	75	68,2	68,2	68,2
	لا	35	31,8	31,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

تناول طعام مشوي عوضاً عن الطعام المقلي؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	69	62,7	62,7	62,7
	لا	41	37,3	37,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم مرة تنظف أسنانك؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	مرة واحدة في يومين	23	20,9	20,9	20,9
	مرة واحدة في اليوم	33	30,0	30,0	50,9
	مرتين في اليوم	28	25,5	25,5	76,4
	بعد كل وجبة	26	23,6	23,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عادة، كم تنام من ساعة كل ليلة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	أقل من 6 ساعات	32	29,1	29,1	29,1
	من 6 إلى 8 ساعات	60	54,5	54,5	83,6
	من 9 إلى 10 ساعات أو أكثر	18	16,4	16,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عادة ما هي الساعة التي تذهب فيها للنوم كل ليلة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	الواحدة صباحا أو أكثر	12	10,9	10,9	10,9
	من 11 إلى 12 ليلا	52	47,3	47,3	58,2
	من 9 إلى 10 ليلا	46	41,8	41,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

عادة ما هي الساعة التي تنهض فيها صباحا؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	8 صباحا أو أكثر	14	12,7	12,7	12,7
	6 أو 7 صباحا	67	60,9	60,9	73,6
	الساعة 5 أو قبل ذلك	29	26,4	26,4	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	41	37,3	37,3	37,3
	1-2 سا في الأسبوع	35	31,8	31,8	69,1
	3-5 سا في الأسبوع	13	11,8	11,8	80,9
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	21	19,1	19,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	55	50,0	50,0	50,0
	1-2 سا في الأسبوع	29	26,4	26,4	76,4
	3-5 سا في الأسبوع	13	11,8	11,8	88,2
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	13	11,8	11,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

مشاهدة التلفاز

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	49	44,5	44,5	44,5
	1-2 سا في الأسبوع	34	30,9	30,9	75,5
	3-5 سا في الأسبوع	12	10,9	10,9	86,4
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	15	13,6	13,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	59	53,6	53,6	53,6
	1-2 سا في الأسبوع	26	23,6	23,6	77,3
	3-5 سا في الأسبوع	16	14,5	14,5	91,8
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	9	8,2	8,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	25	22,7	22,7	22,7
	1-2 سا في الأسبوع	31	28,2	28,2	50,9
	3-5 سا في الأسبوع	30	27,3	27,3	78,2

	6 سا أو أكثر في الأسبوع	24	21,8	21,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	29	26,4	26,4	26,4
	1-2 سا في الأسبوع	33	30,0	30,0	56,4
	3-5 سا في الأسبوع	13	11,8	11,8	68,2
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	35	31,8	31,8	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	12	10,9	10,9	10,9
	1-2 سا في الأسبوع	24	21,8	21,8	32,7
	3-5 سا في الأسبوع	21	19,1	19,1	51,8
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	53	48,2	48,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

ممارسة بعض الأنشطة البدنية

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء في الأسبوع	35	31,8	31,8	31,8
	1-2 سا في الأسبوع	38	34,5	34,5	66,4
	3-5 سا في الأسبوع	20	18,2	18,2	84,5
	6 سا أو أكثر في الأسبوع	17	15,5	15,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل سبق لك أن دخنت؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أبدا	91	82,7	82,7	82,7
	نعم، لكن مرة واحدة فقط	7	6,4	6,4	89,1
	في بعض الأحيان	3	2,7	2,7	91,8
	في كثير من الأحيان	9	8,2	8,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10	1	,9	5,3	5,3
	11	2	1,8	10,5	15,8
	12	1	,9	5,3	21,1
	13	3	2,7	15,8	36,8
	14	3	2,7	15,8	52,6
	15	2	1,8	10,5	63,2
	16	1	,9	5,3	68,4
	17	4	3,6	21,1	89,5

	18	2	1,8	10,5	100,0
	Total	19	17,3	100,0	
Missing	System	91	82,7		
Total		110	100,0		

كم كان عمرك عندما دخلت السجائر لأول مرة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	10-12	4	3,6	21,1	21,1
	13-15	8	7,3	42,1	63,2
	16-18	7	6,4	36,8	100,0
	Total	19	17,3	100,0	
Missing	System	91	82,7		
Total		110	100,0		

كم كان عمرك عندما بدأت تدخن بانتظام؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	2	1,8	15,4	15,4
	12	1	,9	7,7	23,1
	14	3	2,7	23,1	46,2
	16	4	3,6	30,8	76,9
	17	2	1,8	15,4	92,3
	18	1	,9	7,7	100,0
	Total	13	11,8	100,0	
Missing	System	97	88,2		
Total		110	100,0		

كم كان عمرك عندما بدأت تدخن بانتظام؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11-14	6	5,5	46,2	46,2
	16-18	7	6,4	53,8	100,0
	Total	13	11,8	100,0	
Missing	System	97	88,2		
Total		110	100,0		

ما هو متوسط عدد السجائر المدخنة في اليوم الواحد؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا شيء على الإطلاق	6	5,5	31,6	31,6
	على الأقل سيجارة واحدة في اليوم	2	1,8	10,5	42,1
	أقل من نصف علبة سجائر في اليوم	3	2,7	15,8	57,9
	من نصف علبة سجائر إلى علبة كاملة في اليوم	6	5,5	31,6	89,5
	حوالي علبتان أو أكثر في اليوم	2	1,8	10,5	100,0
	Total	19	17,3	100,0	
Missing	System	91	82,7		
Total		110	100,0		

هل حاولت الإقلاع على التدخين؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا	4	3,6	21,1	21,1
	نعم، أقلعت عن التدخين لفترة	7	6,4	36,8	57,9
	نعم، أقلعت عن التدخين نهائيا	8	7,3	42,1	100,0
	Total	19	17,3	100,0	
Missing	System	91	82,7		
Total		110	100,0		

هل سبق لك واستهلكت الشمة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	14	12,7	12,7	12,7
	لا	96	87,3	87,3	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

كم كان عمرك عندما استهلكت الشمة للمرة الأولى؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11	1	,9	7,7	7,7
	13	2	1,8	15,4	23,1
	14	6	5,5	46,2	69,2
	17	2	1,8	15,4	84,6
	18	1	,9	7,7	92,3
	19	1	,9	7,7	100,0
	Total	13	11,8	100,0	
Missing	System	97	88,2		
Total		110	100,0		

كم كان عمرك عندما استهلكت الشمة للمرة الأولى؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	11-14	9	8,2	69,2	69,2
	17-19	4	3,6	30,8	100,0
	Total	13	11,8	100,0	
Missing	System	97	88,2		
Total		110	100,0		

هل أنت تستهلك الشمة الآن بانتظام؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	9	8,2	64,3	64,3
	لا	5	4,5	35,7	100,0
	Total	14	12,7	100,0	
Missing	System	96	87,3		
Total		110	100,0		

هل حاولت التوقف عن استهلاك الشمة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا	6	5,5	42,9	42,9
	نعم، توقفت عن استهلاك الشمة لفترة	4	3,6	28,6	71,4

	نعم، توقفت نهائيا	4	3,6	28,6	100,0
	Total	14	12,7	100,0	
Missing	System	96	87,3		
Total		110	100,0		

هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نادرا	26	23,6	23,6	23,6
	أحيانا	40	36,4	36,4	60,0
	تقريبا دائما	44	40,0	40,0	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

هل تملك رخصة السياقة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	نعم	38	34,5	34,5	34,5
	لا	72	65,5	65,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

تضع حزام الأمان عند قيادتك للسيارة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أبدا	7	6,4	18,4	18,4
	أحيانا	17	15,5	44,7	63,2
	دائما	14	12,7	36,8	100,0
	Total	38	34,5	100,0	
Missing	System	72	65,5		
Total		110	100,0		

تحترم إشارة قف؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	لا أبدا	6	5,5	15,8	15,8
	أحيانا	20	18,2	52,6	68,4
	دائما	12	10,9	31,6	100,0
	Total	38	34,5	100,0	
Missing	System	72	65,5		
Total		110	100,0		

تقود من دون التوقف عند الإشارة الحمراء؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	دائما	12	10,9	31,6	31,6
	أحيانا	15	13,6	39,5	71,1
	لا أبدا	11	10,0	28,9	100,0
	Total	38	34,5	100,0	
Missing	System	72	65,5		
Total		110	100,0		

تقود بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة؟

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	دائما	9	8,2	23,7	23,7
	أحيانا	17	15,5	44,7	68,4
	لا أبدا	12	10,9	31,6	100,0
	Total	38	34,5	100,0	
Missing	System	72	65,5		
Total		110	100,0		

الملحق رقم (8): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة وفرضياتها الجزئية:

Crosstabs

إدراك الصحة * هل تستغني عادة عن وجبة فطور الصباح؟

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,894[a]	58	,407
Likelihood Ratio	72,575	58	,094
Linear-by-Linear Association	2,060	1	,151
N of Valid Cases	110		

a. 90 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.

إدراك الصحة * هل تتناول عادة وجبات خفيفة بدلا من تناول وجبات كاملة؟

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	66,851[a]	58	,199
Likelihood Ratio	76,576	58	,052
Linear-by-Linear Association	,342	1	,559
N of Valid Cases	111		

a. 89 cells (98,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.

إدراك الصحة * التقليل من كمية الملح في الطعام الذي تأكله؟

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	43,412[a]	29	,042
Likelihood Ratio	54,354	29	,003
Linear-by-Linear Association	,067	1	,795
N of Valid Cases	110		

a. 58 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,44.

إدراك الصحة * التقليل من الدهون في الطعام الذي تأكله؟

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	34,953[a]	28	,171
Likelihood Ratio	44,938	28	,022
Linear-by-Linear Association	4,970	1	,026
N of Valid Cases	109		

a. 56 cells (96,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

إدراك الصحة * تناول خضر طازجة كل يوم؟

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,127[a]	29	,314
Likelihood Ratio	40,153	29	,081
Linear-by-Linear Association	,391	1	,532
N of Valid Cases	110		
a. 58 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,39.			

إدراك الصحة * تناول وجبات صحية خفيفة مثل الفواكه عوضا عن الحلويات؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,863[a]	29	,579
Likelihood Ratio	32,836	29	,284
Linear-by-Linear Association	,013	1	,908
N of Valid Cases	110		
a. 58 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,32.			

إدراك الصحة * تناول طعام مشوي عوضاً عن الطعام المقلي؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,912[a]	29	,781
Likelihood Ratio	28,284	29	,503
Linear-by-Linear Association	,176	1	,675
N of Valid Cases	110		
a. 58 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,37.			

إدراك الصحة * كم مرة تنظف أسنانك؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	63,695[a]	87	,971
Likelihood Ratio	72,472	87	,868
Linear-by-Linear Association	,044	1	,833
N of Valid Cases	110		
a. 120 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.			

Crosstabs

إدراك الصحة * عادة، كم تنام من ساعة كل ليلة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	58,741[a]	58	,448
Likelihood Ratio	63,270	58	,296
Linear-by-Linear Association	2,572	1	,109
N of Valid Cases	110		
a. 89 cells (98,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.			

إدراك الصحة * عادة ما هي الساعة التي تذهب فيها للنوم كل ليلة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	61,746[a]	58	,344
Likelihood Ratio	68,060	58	,172
Linear-by-Linear Association	3,460	1	,063
N of Valid Cases	110		
a. 89 cells (98,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.			

إدراك الصحة * عادة ما هي الساعة التي تنهض فيها صباحا؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	50,840[a]	58	,736
Likelihood Ratio	56,028	58	,549
Linear-by-Linear Association	,035	1	,852
N of Valid Cases	110		
a. 88 cells (97,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.			

إدراك الصحة * الخروج في نزهة مع الأصدقاء أو العائلة

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	111,905[a]	87	,037
Likelihood Ratio	111,648	87	,039
Linear-by-Linear Association	,000	1	,989
N of Valid Cases	110		
a. 120 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.			

إدراك الصحة * المشاركة في الرياضة المنظمة أو برامج الترفيه (مثل كرة القدم الكاراتيه)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	137,902[a]	87	,000
Likelihood Ratio	124,344	87	,005
Linear-by-Linear Association	,273	1	,601
N of Valid Cases	110		
a. 119 cells (99,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.			

إدراك الصحة * مشاهدة التلفاز

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	86,523[a]	87	,494
Likelihood Ratio	92,243	87	,330
Linear-by-Linear Association	,527	1	,468
N of Valid Cases	110		
a. 120 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.			

إدراك الصحة * العمل في إطار برنامج التمارين الرياضية الشخصية (الركض أو رفع الأوزان)

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	123,073[a]	87	,007
Likelihood Ratio	101,885	87	,131

Linear-by-Linear Association	,004	1	,947
N of Valid Cases	110		
a. 119 cells (99,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.			

إدراك الصحة * مشاركة أفراد العائلة في بعض الأعمال المنزلية

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	87,828[a]	87	,455
Likelihood Ratio	99,342	87	,172
Linear-by-Linear Association	,364	1	,546
N of Valid Cases	110		
a. 120 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,22.			

إدراك الصحة * مجرد الجلوس دون القيام بأي شيء

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	87,840[a]	87	,455
Likelihood Ratio	103,313	87	,112
Linear-by-Linear Association	6,486	1	,011
N of Valid Cases	110		
a. 120 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,12.			

إدراك الصحة * تصفح الإنترنت والبريد الإلكتروني والرسائل الفورية أو الدردشة

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	103,228[a]	87	,113
Likelihood Ratio	99,910	87	,163
Linear-by-Linear Association	,936	1	,333
N of Valid Cases	110		
a. 119 cells (99,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.			

إدراك الصحة * ممارسة بعض الأنشطة البدنية

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	107,502[a]	87	,067
Likelihood Ratio	106,058	87	,081
Linear-by-Linear Association	3,505	1	,061
N of Valid Cases	110		
a. 120 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,15.			

Crosstabs

إدراك الصحة * هل تستعمل حزام الأمان عند قيادة أحد والديك أو أصدقائك أو شخص آخر للسيارة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	65,598[a]	58	,230
Likelihood Ratio	79,231	58	,033
Linear-by-Linear Association	1,011	1	,315
N of Valid Cases	110		
a. 90 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.			

إدراك الصحة * هل تملك رخصة السياقة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,093[a]	29	,409
Likelihood Ratio	36,496	29	,160
Linear-by-Linear Association	,038	1	,846
N of Valid Cases	110		
a. 58 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,35.			

إدراك الصحة * تضع حزام الأمان عند قيادتك للسيارة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	39,357[a]	38	,409
Likelihood Ratio	44,306	38	,223
Linear-by-Linear Association	,121	1	,728
N of Valid Cases	38		
a. 60 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,18.			

إدراك الصحة * تحترم إشارة قف؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	38,739[a]	38	,436
Likelihood Ratio	40,804	38	,348
Linear-by-Linear Association	,248	1	,618
N of Valid Cases	38		
a. 60 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.			

إدراك الصحة * تقود من دون التوقف عند الإشارة الحمراء؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	45,331[a]	38	,193
Likelihood Ratio	53,005	38	,054
Linear-by-Linear Association	,003	1	,954
N of Valid Cases	38		
a. 60 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.			

إدراك الصحة * تقود بسرعة متجاوزا السرعة المطلوبة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	36,924[a]	38	,519
Likelihood Ratio	44,529	38	,216
Linear-by-Linear Association	,232	1	,630
N of Valid Cases	38		
a. 60 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,24.			

Crosstabs

دخنت؟ أن لك سبق هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	86,293[a]	87	,501
Likelihood Ratio	59,073	87	,991
Linear-by-Linear Association	1,844	1	,174
N of Valid Cases	110		
a. 117 cells (97,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,03.			

مرة؟ لأول السجائر دخلت عندما عمرك كان كم * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,161[a]	24	,253
Likelihood Ratio	31,967	24	,128
Linear-by-Linear Association	,485	1	,486
N of Valid Cases	19		
a. 39 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.			

بانتظام؟ تدخن بدأت عندما عمرك كان كم * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	8,976[a]	9	,439
Likelihood Ratio	12,400	9	,192
Linear-by-Linear Association	,930	1	,335
N of Valid Cases	13		
a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,46.			

الواحد؟ اليوم في المدخنة السجائر عدد متوسط هو ما * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	49,083[a]	48	,429
Likelihood Ratio	42,887	48	,682
Linear-by-Linear Association	7,491	1	,006
N of Valid Cases	19		
a. 65 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,11.			

التدخين؟ على الإقلاع حاولت هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	24,598[a]	24	,428
Likelihood Ratio	29,194	24	,213
Linear-by-Linear Association	4,149	1	,042
N of Valid Cases	19		
a. 39 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,21.			

إدراك الصحة * هل سبق لك واستهلكت الشمة؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,937[a]	29	,468
Likelihood Ratio	29,497	29	,439
Linear-by-Linear Association	,262	1	,609
N of Valid Cases	110		
a. 52 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,13.			

الأولى؟ للمرة الشمة استهلكت عندما عمرك كان كم * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,870[a]	9	,361
Likelihood Ratio	12,229	9	,201
Linear-by-Linear Association	,278	1	,598
N of Valid Cases	13		
a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,31.			

بانتظام؟ الآن الشمة تستهلك أنت هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,096[a]	9	,269
Likelihood Ratio	14,430	9	,108
Linear-by-Linear Association	,310	1	,578
N of Valid Cases	14		
a. 20 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,36.			

الشمة؟ استهلاك عن التوقف حاولت هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,583[a]	18	,251
Likelihood Ratio	24,667	18	,134
Linear-by-Linear Association	,226	1	,635
N of Valid Cases	14		
a. 30 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.			

Crosstabs

من الشباب صحة على تأثير له يكون أن يمكن الطبيعي الوزن على إضافة كغ 10 على الحصول أن تعتقد هل * الصحة إدراك عمرك؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	70,426[a]	58	,127
Likelihood Ratio	77,565	58	,044
Linear-by-Linear Association	,007	1	,935
N of Valid Cases	110		
a. 89 cells (98,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,19.			

عمرك؟ من الشباب صحة على تأثير له يكون أن يمكن الصباح فطور وجبة على الاستغناء أن تعتقد هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,004[a]	58	,913
Likelihood Ratio	54,245	58	,616
Linear-by-Linear Association	,000	1	,990
N of Valid Cases	110		
a. 90 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,27.			

عمرك؟ من الشباب صحة على تأثير له يكون أن يمكن الصحي غير الأكل من الكثير تناول أن تعتقد هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,030[a]	58	,029
Likelihood Ratio	90,637	58	,004
Linear-by-Linear Association	,075	1	,784
N of Valid Cases	110		
a. 90 cells (100,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,14.			

عمرك؟ من الشباب صحة على تأثير لها يكون أن يمكن بانتظام الرياضية التمارين ممارسة عدم أن تعتقد هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	66,371[a]	58	,211
Likelihood Ratio	70,000	58	,134
Linear-by-Linear Association	,619	1	,432
N of Valid Cases	110		
a. 89 cells (98,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,16.			

من الشباب صحة على تأثير لها يكون أن يمكن ليلة كل النوم من ساعات 8 من أقل على الحصول أن تعتقد هل * الصحة إدراك
عمرك؟

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	74,677[a]	58	,069
Likelihood Ratio	84,072	58	,014
Linear-by-Linear Association	,658	1	,417
N of Valid Cases	110		
a. 89 cells (98,9%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,23.			

عمرك؟ نفس من الأشخاص صحة على تأثير له يكون أن يمكن المنتظم التدخين أن تعتقد هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	59,092[a]	58	,435
Likelihood Ratio	60,536	58	,384
Linear-by-Linear Association	,457	1	,499
N of Valid Cases	110		
a. 88 cells (97,8%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,08.			

الفرد؟ سلوك تعديل في تساعد الرياضة أن تعتقد هل * الصحة إدراك

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	113,360[a]	58	,000
Likelihood Ratio	63,413	58	,291
Linear-by-Linear Association	6,582	1	,010
N of Valid Cases	110		
a. 87 cells (96,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,02.			

الملحق رقم (9): نتائج اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة وفرضياتها الجزئية:

T-Test

Group Statistics					
	الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
التصورات الصحية العامة	ذكر	49	1,8750	,24804	,03543
	أنثى	61	1,9360	,21198	,02714

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
التصورات الصحية العامة	Equal variances assumed	1,245	,267	-1,389	108	,168	-,06096	,04388	-,14793	,02600
	Equal variances not assumed			-1,366	94,753	,175	-,06096	,04463	-,14958	,02765

Oneway

ANOVA

العامة الصحية التصورات

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,060	4	,015	,275	,893

Within Groups	5,691	105	,054		
Total	5,750	109			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: العامة الصحية التصورات

Scheffe

(I) التخصص الدراسي	(J) الدراسي التخصص	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
وفلسفة آداب	واقتصاد تسيير	-,01090	,07073	1,000	-,2327	,2109
	رياضي وتقني رياضيات	,03025	,07685	,997	-,2107	,2712
	تجريبية علوم	,04355	,05343	,955	-,1240	,2111
	أجنبية لغات	,05369	,09556	,989	-,2460	,3533
تسيير واقتصاد	وفلسفة آداب	,01090	,07073	1,000	-,2109	,2327
	رياضي وتقني رياضيات	,04115	,09016	,995	-,2416	,3239
	تجريبية علوم	,05445	,07126	,964	-,1690	,2779
	أجنبية لغات	,06458	,10656	,985	-,2696	,3987
رياضيات وتقني رياضي	وفلسفة آداب	-,03025	,07685	,997	-,2712	,2107
	واقتصاد تسيير	-,04115	,09016	,995	-,3239	,2416
	تجريبية علوم	,01330	,07734	1,000	-,2292	,2558
	أجنبية لغات	,02344	,11072	1,000	-,3237	,3706
تجريبية علوم	وفلسفة آداب	-,04355	,05343	,955	-,2111	,1240
	واقتصاد تسيير	-,05445	,07126	,964	-,2779	,1690
	رياضي وتقني رياضيات	-,01330	,07734	1,000	-,2558	,2292
	أجنبية لغات	,01014	,09595	1,000	-,2908	,3110
أجنبية لغات	وفلسفة آداب	-,05369	,09556	,989	-,3533	,2460
	واقتصاد تسيير	-,06458	,10656	,985	-,3987	,2696
	رياضي وتقني رياضيات	-,02344	,11072	1,000	-,3706	,3237
	تجريبية علوم	-,01014	,09595	1,000	-,3110	,2908

Homogeneous Subsets

العامة الصحية التصورات

Scheffe[a,b]

الدراسي التخصص	N	Subset for alpha = 0.05
		1
أجنبية لغات	7	1,8750
تجريبية علوم	37	1,8851
رياضي وتقني رياضيات	12	1,8984
وفلسفة آداب	39	1,9287
واقتصاد تسيير	15	1,9396
Sig.		,967

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.
a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 14,471.
b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.