

السلوك الصحي لدى الطالبات المقيمات بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون

و تأثير كل من المستوى الدراسي و التخصص فيه

بودوح محمد²

فلقير فتيحة^{1*}

جامعة علي لونيبي البلدية 2 الجزائر

جامعة علي لونيبي البلدية 2 الجزائر،

مخبر الطفولة والتربية ما قبل التمدرس.

Health behavior of female students living in the university district No 3 in EL Affroun And the impact of both the academic level and specialization on it

Felkair Fatiha1,*

Boudouh Mohamed2

Ali Lounissi University, Blida 2, Algeria
Childhood and pre-school education laboratory
felkairbfati@gmail.com

Ali Lounissi University, Blida 2, Algeria.

تاريخ الاستلام: 2020/02/28، تاريخ القبول: 2021/04/23، تاريخ النشر: 2023/08/31

Abstract: The study aimed to identify the level of health behavior among students of female residents of the university district, and the extent of its impact on the variables of specialization and the academic level, and the study sample was estimated at 250 students, and used the descriptive approach, and we adopted the Health Behavior Scale of Smadi 2011, and showed Results that the level of healthy behavior is low, as well as the absence of statistically significant differences attributable to the variable of specialization and the academic level.

Keywords: healthy behavior, female students residents of the university, residents of the university

ملخص: هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طالبات المقيمات بالحي الجامعي ، ومدى تأثيره بمتغيرات التخصص والمستوى الدراسي، وقدرت عينة الدراسة بـ 250 طالبة من الحي الجامعي رقم 03 بالعفرون، كما استخدم المنهج الوصفي المناسب لأهداف الدراسة، واعتمدنا مقياس السلوك الصحي للسمادي 2011، وأظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي منخفض، و كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير التخصص والمستوى الدراسي.

الكلمات الافتتاحية: السلوك الصحي، طالبات المقيمات بالحي الجامعي، الحي الجامعي.

*corresponding author

1. مقدمة:

إن التحولات الاجتماعية والتطورات الاقتصادية التي تزامنت والثورة التكنولوجية السريعة في كل المجالات الحياة، أدت إلى زيادة مطالب حياة وتحدياتها وظهور أسلوب حياة أكثر تعقيدا، ألزمت الأفراد إيجاد أسلوب حياة سليم ومنظم للحفاظ على صحتهم، وتجنبهم الإصابة بالأمراض، خاصة وأن العالم يعيش أزمة صحية التي تمثلت في انتشار الأمراض المزمنة والخطيرة بشكل مقلق ولافت للانتباه، ومنذرا بالخطر الذي يهدد حياة الأفراد والمجتمعات وأمنهم، ناهيك عن عودة الأمراض النادرة، وعودة ظهور الأمراض المعدية المميتة.

وبطبيعة الحال هذه الزيادة تتطلب أن يكون الطالب الجامعي على مستوى عال من الصحة النفسية والجسمية على حد سواء، وأن ممارسة السلوك الصحي له أهمية كبيرة لجميع الطلبة على العموم، والطالبات المقيمات بالحي الجامعي على وجه الخصوص، وهذه الأهمية لا تتعلق فقط بالجوانب الجسدية بل يمتد أيضا بالنواحي النفسية والسلوكية، وهذا ما جعل دراسة وفهم السلوك الصحي وكيفية ممارسته من المواضيع الأساسية التي يجب تناولها حاليا.

وهذا التوجه الحديث انبثق عنه علم النفس الصحي الذي يتناول بشكل عام العلاقة بين السلوك والصحة، بهدف التشخيص وتفسير حدوث الأمراض، وكذا البحث في كيفية الوقاية منها، وطريقة العلاج في حالات الإصابة.

كما أن دراسة السلوك الصحي لدى الطلبة يعتبر من بين الأهداف الأساسية لعلم النفس الصحي، الذي يركز على التدخل الوقائي والمبكر من أجل بناء سلوك سليم ينمي الصحة ويحافظ على استمراريتها، وبالأخص الطالبات القاطنات بالحي الجامعي الذي يعتبر بيئة مستجدة بالنسبة لهن وهي تختلف عن أي مجتمع آخر خارج الجامعة، فهي تضم مجموعة من الطالبات الذي ن يزاولون دراستهن بالجامعة بعيدا عن مقر سكنهم، وهن متقاربات في العمر والمستوى الأكاديمي، لذلك يعد تكيفهن مع بيئتهن من أهم مظاهر السلوك السليم، وإحساسهن بالارتياح والرضا ينعكس على أدائهن وتحصيلهن العلمي.

1.1.1. الإشكالية:

إن الدراسات الحديثة تركز على الدور الذي يشكله سلوك الفرد اتجاه صحته، فيمكن أن يكون عاملا من عوامل الخطورة فيصبح عرضة للإصابة بالمرض، كما يمكن أن يكون عاملا من عوامل الحماية للصحة فيحافظ على صحته، والتي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة تربط بين تبني الفرد نمطا غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض.

كما يشير يخلف (2001، ص 19) أن نمط الحياة هو العامل الذي اكتسب أهمية كبيرة في الدراسات الابدوميولوجية أو الوبائية في مجال الصحة العامة، حيث تعتبر بعض الممارسات الصحية كالعادات الغذائية مثلا أو النوم أو النشاط البدني من العوامل الأكثر تأثيرا في الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة.

ومن جهة أخرى فإن سلوك الفرد ينبغي أن يكون متوافقاً مع الفطرة السوية، كما يخضع لقانون المحافظة على النوع وتناسل الكائنات الحية ومنها الإنسان، فإذا كان سلوك الإنسان لا يتفق مع أسس بقائه فإنه يكون غير سوي (بشير، 2007).

ومن أجل ذلك تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة، والمنمية لها والاتجاهات نحو الصحة، والسلوك الصحي الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المنمية للصحة، والعمل على تطويرها وتحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي، وتخطيط تنمية الصحة وتطوير برامج الوقاية المناسبة والنوعية، وهذا ما يتوافق مع ما تنادي به منظمة الصحة العالمية، من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل الخطر على الصحة، والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها اجتماعيا والتغلب عليها (Barbour & Salameh, 2009).

وفي هذا الإطار قدم صمادي والصمادي (2011) صورا للسلوك الصحي منها :

أ. السلوك الصحي الوقائي وهو نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد انه معافى صحيا ، بغرض الوقاية ضد الأمراض.
ب. السلوك الصحي المرضي وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يدرك انه مريض ليصل إلى حالة من الصحة والشفاء بالعلاج المناسب له من خلال ممارسة التمرينات الرياضية وتناول الطعام الصحي والرعاية الذاتية والنوم وتجنب التدخين واستخدام العقاقير النفسية.

بينما شيلي (2008، ص124) عرفت السلوكيات الصحية على أنها هي تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي، والحفاظ على صحتهم، ولا تتبع أهمية السلوكيات غير الصحية من كونها تساهم في حدوث الأمراض فحسب، ولكن قد تتطور ببساطة إلى عادات ضارة بالصحة.

كما يزخر التراث السيكولوجي هو الأخر بدراسات وبحوث علمية وإكلينيكية ذات التركيز على المتغيرات السلوكية والتي تؤكد أهمية العوامل السلوكية في حدوث بعض الأمراض وانتشارها في المجتمع (بوث كيولي وفريدمان Kewley & Friedman, 1987 Booth وبلوك 1973 Belloc وسميث 1992 Smith وولياس 1992 Smith & Williams) (يخلف، 2001، ص 25).

وتعتبر الجامعة من بين أهم مؤسسات المجتمع المسؤولة عن تنمية صحة أفرادها، وينظر إليها كأفضل القنوات المتاحة لتعزيز الصحة والارتقاء بها، إلا أنها لا تخلو من المشكلات الصحية التي يمكن أن يتعرض لها الطلبة الجامعيين، كتناول الأغذية غير الصحية واللجوء إلى الأدوية والعقاقير دون استشارة الطبيب (سليمان، 2012).

فيجب الاهتمام بسلوك الطلبة اتجاه صحتهم، والعمل على تعديله أو تغييره في حالة الخطر أو الوقاية للحفاظ على صحتهم بغرض القيام بمهامهم الأكاديمية، وكذا إكسابهم أسلوب حياة صحي مناسب يتماشى وطموحاتهم الجامعية والشخصية، خاصة إذا تعلق الأمر بالطلقات المقيمت بالحي الجامعي، اللواتي يتحملن لوحدهن نتيجة سلوكياتهن نحو صحتهن، باعتبارهن أمهن بعيديات عن الحضان الأسري وعن الحماية الصحية لهم.

وهذا ما أكدته دراسة ألبور و آخرون (Allogwer, 2001) فقد أظهرت النتائج ارتباط الأعراض الاكتئابية بشكل دال مع نقص النشاطات الجسدية، وعدم تناول الفطور، وعدم انتظام ساعات النوم، وعدم استخدام حزام الأمان عند كل من الذكور والإناث ، وارتبط الاكتئاب بشكل دال عند الإناث مع عدم استخدام كريمات الوقاية من الشمس والتدخين المنخفض، وارتبط الاستهلاك المنخفض للكحول، ونقص النشاطات الجسدية وعدم انتظام ساعات النوم، وعدم استعمال أحزمة الأمان في السيارة، ويحتمل أن يكون هناك علاقة سببية متبادلة بين السلوك الصحي والمزاج الاكتئابي، مما يفسر أن الحالة النفسية والمزاجية للطلاب الجامعي تؤثر في سلوكه وأفعاله اليومية.

وفي دراسة لوتس Luttes (1996) حول ما الذي يؤدي إلى زيادة معرفة الطلبة في إحداث تغير في سلوكهم من خلال دراسة مساق صحي، لاحظ الباحثون أن غالبية الطلبة لديهم ثقافة صحية ولكنهم غير واعين صحيا، والسلوك الصحي الايجابي لا يرتبط بالثقافة والوعي الصحي فقط، وإنما بمستوى الضغوط النفسية أيضا.

وقام كل من قباجة وسلامة (2016) بدراسة السلوك الصحي لدى طلبة الكليات العلمية بجامعة القدس في ضوء بعض المتغيرات، فأظهرت النتائج أن مستوى السلوك الصحي متوسط لدى أفراد العينة، مع وجود فروق تعزى للجنس، بينما لا يوجد فروق تعزى للمستوى الدراسي ومستويات التحصيل في المعدل التراكمي.

ومن هذا المنظور برزت أهمية دراسة موضوع السلوك الصحي لدى الطلبة، وجعلت الكثير من الباحثين والمختصين يهتمون بدراسته بهدف وضع خطط استراتيجية وبرامج إرشادية وتثقيفية صحية لتعديل السلوك الصحي، وجعل الطلبة يكتسبون السلوك المرتبط بالصحة ليصبح أسلوب حياتهم صحي.

وإذا كانت الجامعة تؤدي دورها في تقديم المعارف العلمية و المؤهلات الأكاديمية للطالب، فإن الأحياء الجامعية هي المسؤولة عن توفير الخدمات التي يحتاج إليها الطالب في حياته الجامعية، وذلك من ظروف الإقامة، الإطعام، خدمات صحية... وغيرها، ورغم ما تسخره الدولة من إمكانات مادية وبشرية لتقديم الخدمات بشكل ملائم، إلا أن الطالب الجامعي يعاني من مشكلات متباينة، فقد لاحظ الباحثان ذلك أكثر على الطالبات المقيمات بالحي الجامعي من خلال الاحتكاك بحياتهن اليومية، أن معظمهن يمارسن سلوكيات مرتبطة بالصحة عن قصد أو بدون قصد، لكنها تحمل في طياتها الكثير من المخاطر التي يمكن أن تهدد حياتهم وتعرقل مسارهن الأكاديمي، ومن مثل ذلك تناول للمشروبات الغازية والتناول المستمر للسكريات، بالإضافة إلى قلة التمارين الرياضية إن لم نقل انعدامها في ممارستهن، خاصة وأنها في معزل عن رعاية الأسرة، وهن يجربن أول مرة العيش المؤقت ببيئة تختلف عن بيئتهن في كثير من الظروف من المأكول والشرب والإيواء والنظافة، ناهيك عن عجز تلبية الخدمات الاجتماعية والصحية في الأحياء الجامعية نتيجة لعدة مشاكل من بينها الاكتظاظ الذي تشهده معظمها، مما يجبر الطالبات التصرف بعقلانية وممارسة السلوكيات الإيجابية والسليمة نحو صحتهن، وأخذ الحيطة والحذر في أخذ قراراتهن من أجل الحفاظ على الصحة والارتقاء بها في مختلف الظروف والأحوال.

وتأسيسا لما سبق ذكره من معطيات وبحوث علمية حول السلوك المرتبط بالصحة، ونظرا لقلة الأبحاث والدراسات في حدود علم الباحثة في مجال السلوك الصحي على المستوى المحلي نسبيا، وعلى طالبات الجامعة المقيمات بالحي الجامعي، ولما لهذا الموضوع أهمية خاصة في غياب التوعية عن الأخطار التي يمكن التعرض لها بسبب عدم ممارسة السلوك الصحي، رأى الباحثان أنه من الأهمية معرفة مستوى السلوك الصحي لديهن من أجل إيجاد حلول مناسبة على مستوى الجامعة والأحياء الجامعية، مما أدى إلى طرح التساؤل التالي: ما هو مستوى السلوك الصحي لدى الطالبات المقيمات بالحي الجامعي؟ وهل توجد فروق دالة إحصائية تعزى للتخصص والمستوى الدراسي؟

و في ضوء ما تقدم في طرح الموضوع، وفي صياغة تساؤل الإشكالية، تحددت الفرضيات على النحو التالي:

— يوجد مستوى منخفض للسلوك الصحي لدى الطالبات المقيمات بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي تعزى لمتغير التخصص الدراسي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي تعزى لمتغير المستوى الدراسي.

2.1. أهمية الدراسة: تعد الدراسة الحالية على حد علم الباحثة من الدراسات القليلة في المجتمع الجزائري التي تتناول فئة الطالبات المقيمات بالحي الجامعي ومتغير السلوك الصحي، فترجع أهمية الدراسة إلى أهمية الموضوع الذي تتناوله في الحفاظ على الصحة .

3.1. أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة السلوك الصحي لدى عينة من الطالبات المقيمات بالحي الجامعي، لذلك فإنها تحاول تحقيق الأهداف التالية:

- قياس مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة المقيمين بالإقامة الجامعية.
- دراسة الفروق الإحصائية تبعاً لمتغيري التخصص والمستوى الدراسي.
- الإسهام في توفير الأرضية اللازمة (من خلال البيانات التي ستوفرها الدراسة الحالية)، لبناء استراتيجيات وبرامج لتحسين مستوى السلوك الصحي وتنميته لدى فئة الدراسة .

4.1. المنهج المستخدم: استخدم الباحثان المنهج الوصفي الملائم لتحقيق أهداف الدراسة.

5.1. حدود الدراسة: اقتصرت الدراسة الحالية على المجالات التالية:

- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون.
- الحدود الزمانية: وقد أجريت الدراسة في السداسي الثاني من العام الدراسي 2017/2018.
- الحدود البشرية: تمثلت عينة الدراسة في الطالبات المقيمات بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون، والتي قدرت بـ 250 طالبة.

6.1. تحديد مفهوم السلوك الصحي :

يعرفه سرافينو على أنه : "نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو بغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة" (يخلف عثمان، 2000، ص 45).

ويمكن تعريف مفهوم السلوك الصحي إجرائياً بأنه : الدرجة النهائية التي تتحصل عليها المبحوثين على مقياس السلوك الصحي من إعداد أحمد الصمادي ومحمد الغفور الصمادي سنة 2011 المستخدم في الدراسة الحالية.

7.1. الدراسات السابقة:

من بين الدراسات التي اهتمت بموضوع السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة، دراسة واردل وآخرون (Wardle and all, 1997) الذي قام وزملائه بدراسة عن سلوك الحمية بين الطلاب الأوروبيين باستخدام استبيان السلوك الصحي على عينة اشتملت على أكثر من 16000 طالبا وطالبة من 21 بلد أوروبي بلغت أعمارها بين 19-29 بمتوسط مقداره 12.3 سنة، وأظهرت الدراسة وجود انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية، وقد أظهرت الارتباطات الأحادية المتغير لعادات الحمية الصحية وجود

ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس والوزن، والحالة الاجتماعية، وقناعات الحمية الصحية، والمعارف الغذائية، ومركز الضبط، وفي التحليل متعدد المتغيرات ارتبط كل من الجنس والحالة الصحية والقناعات الغذائية الصحية بشكل دال مع ممارسة العادات الصحية الغذائية.

وفي شمال شرق الولايات المتحدة الأمريكية أجرى بولمر وزملائه (Bulmer et al, 2010) دراسة هدفت إلى مقارنة الحالة الصحية والسلوكيات الصحية بين طالبات البكالوريوس والدراسات العليا، واستخدم الباحثون نموذج التقييم الصحي لدى طلبة الجامعات الأمريكية، تم توزيع المقياس على عينة عشوائية مكونة من 1344 طالبة خلال ربيع 2008، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المستوى الصحي والسلوكيات الصحية بين طالبات الدراسات العليا والبكالوريوس باستثناء تمتع طالبات الدراسات العليا بحالة صحية أفضل وعادات غذائية أفضل وفحوص طبية دورية، وأكثر تعاطيا للكحول أثناء القيادة.

أما في ألمانيا أجرى كل من هلمر وزملائه (Helmer et al, 2012) دراسة حول مركز ضبط الصحة والسلوكيات الصحية لدى طلبة إحدى الجامعات الألمانية، ولتحقيق أهداف الدراسة طور الباحثون مقياس ضبط السلوك الصحي ومقياس السلوكيات الصحية، تم توزيع المقياسين على عينة مكونة من 3306 من طلبة البكالوريوس من 12 جامعة ألمانية، أظهرت النتائج أن الطلبة الذين لديهم ضبط داخلي صرفوا انتباهها أكثر إلى التغذية الصحية والنشاطات الرياضية، كما أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يؤمنون بالحظ والصدفة أن نشاطاتهم الرياضية أقل، وأكثر تدخيناً، وأقل انتباهاً للتغذية الصحية.

بينما دراسة رضوان وريشكة (2001) هدفت الدراسة إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، لدى طلاب سورين وألمان من منظور عبر ثقافي على عينة سورية تكونت من 300 طالب كان من بينهم 201 أنثى و99 ذكر، أما العينة الألمانية فقد بلغ عدد عينتها 413 طالبا وطالبة 192 ذكر و221 أنثى، واستعان الباحثان بالمنهج الوصفي الاستدلالي، كما استخدم في الدراسة استبيان السلوك الصحي الذي يقيس مظاهر معينة من السلوك الصحي والاتجاهات نحوه، وقد أظهرت المقارنة بين العينة السورية والألمانية وجود فروق بين الذكور والإناث في مجال المشكلات الصحية، حيث تبين وجود مشكلات صحية لدى الفتيات الألمانيات أكثر من الإناث السوريات، وأشار الذكور السوريون إلى وجود نسبة أعلى من المشكلات الصحية مقارنة مع الألمان، وأظهرت نتيجة متقاربة بين العينة السورية والألمانية فيما يتعلق بموضوع تناول الأدوية دون وصفة طبية، فالإناث من كلا البلدين أظهرن تناولا مرتفعا للأدوية دون وصفة طبية.

وأجرى جابر (Mahmoud, 2003) بدراسة قصد التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعات الفلسطينية غير الحكومية في الضفة الغربية (النجاح، القدس، بيرزيت، بيت لحم، الجامعة الأمريكية في جنين)، والتعرف على مدى تأثير المتغيرات التالية: الجامعة، الجنس، المستوى الدراسي، المعدل التراكمي، المستوى التعليمي للوالدين، على مستوى السلوك الصحي للطلبة، ولأجل تحقيق هدف الدراسة فقد تم استخدام الاستبيان المعد من قبل الباحث على غرار الاستبيانات المعدة لفحص مستوى الوعي الصحي، تكونت عينة الدراسة والتي تم اختبارها بصورة عشوائية وبالاعتماد على المقابلة الشخصية من 1057 طالبا وطالبة، من بينهم 529 ذكور و528 إناث التي شكلت 5% من مجتمع الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي للطلبة كان متوسطا حيث وصلت النسبة إلى 67.4%، وأظهرت النتائج الدراسة أيضا وجود فروق

ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha = 0.05$ في مستوى السلوك الصحي للطلبة تبعاً لمتغيرات (الجامعة، الجنس، نوع الكلية، المعدل التراكمي، المستوى التعليمي للوالدين)، وأوصت الدراسة وفقاً للنتائج إلى ضرورة تدريس مساقات تعنى بالوعي الصحي لدى الطلبة الجامعيين كمقررات إجبارية.

وجاءت دراسة ثابت ومحمد (2011) لوصف الأنماط الصحية والسلوكيات الخطرة لعينة من المراهقين العراقيين، تكونت عينة الدراسة من 147 طالب وطالبة تم اختيارهم عشوائياً من الكلية التقنية الإدارية، تم عرض عليهم استمارة أسئلة معدة مسبقاً، وكذلك تم حساب القياسات الجسمانية (الطول، الوزن، ومعدل كتلة الجسم)، وأظهر التحليل الإحصائي أن النسبة الأعلى أي 68.7% لهم معدل طبيعي لكتلة الجسم، 23.6% يدخنون حالياً، 46.5% غير نشطين فيزيائياً، بالنسبة للعادات الغذائية 59.86% يختصرون بعض الوجبات الغذائية وخصوصاً وجبة الفطور، تناول اليومي للحلويات 36%، تناول الوجبات السريعة بنسبة 22.44%، 49.65% يستخدمون الحاسوب والانترنت، وأوصى الباحثون في نهاية الدراسة بضرورة الاستعانة بالثقافة الصحية لخلق الوعي لغرض التقليل من السلوكيات الصحية الخطرة.

كما قام محمد الصغير وعبد الحفيظ (2013) بدراسة لتحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب، واستخدم في الدراسة استبيان السلوك الصحي (Stephoe, 1991) الذي يقيس مظاهر معينة من السلوك الصحي والاتجاهات نحوه، اشتملت عينة الدراسة على 300 طالب كان بينهم 201 أنثى (67%) و99 ذكر (33%)، اشتملت التحليل الإحصائي للنتائج بطريقة الإحصاء الوصفي والاستدلالي، وتضمن الإحصاء الاستدلالي اختبار الفروق بين المتوسطات بين الذكور والإناث باستخدام الإحصائي "ت"، أما حساب الارتباط والفروق بين السلوك والاتجاهات فقد تم حسابها بوساطة اختبار كاي مربع، وقد أظهرت الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة، بعضها منم للصحة مثل تناول الفاكهة ونوم عدد كاف من الساعات وتنظيف الأسنان، وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب وفحص الصدر.

وهدفت دراسة شبلي وفتحي (2017) للبحث في علاقة الذكاء الانفعالي بمدى ممارسة السلوكيات الصحية (ممارسة الرياضة وترك التدخين والأكل المتوازن،) لدى الطالب الجامعي، والتحقق من الفروق التي تعزى لمتغيرات نوع الجنس والمستوى الدراسي (ليسانس، ماستر، دكتوراه)، على عينة مكونة من 245 طالباً وطالبة، من مختلف التخصصات، وبتطبيق أدوات جمع البيانات المتمثلة في مقياس الذكاء الانفعالي لأحمد العلوان (2011)، ومقياس السلوك الصحي لستيتو ووردل (1991) Steptoe et Wardle، بعد تكييفهما على عينة الدراسة تم التوصل إلى إثبات بعض العلاقات والفروق المهمة في الذكاء الانفعالي والسلوك الصحي التي تساعد في فهم الظاهرة وصياغة توصيات للترقي بالممارسات الصحية للشباب.

ومن خلال ما سبق عرضه أجمعت الدراسات السابقة على أن السلوك الصحي حاضر في كل الدراسات كمتغير مستقل أو كمتغير تابع، كما أنه يظهر لنا أنه هناك اختلاف في تناوله، والذي انجر عنه اختلاف في الأهداف، فهناك بعض الدراسات هدفت إلى كشف العلاقة بين بعض المتغيرات الدراسية بالسلوك الصحي كدراسة واردل، ودراسة جابر، شبلي وفتحي، الصبوة ومحمود، وهلمر وآخرون، بالإضافة إلى دراسة بولبر ورضوان وريشكة، بينما هدفت دراسة سميث وآخرون إلى التعرف على مدى تأثير التربية الصحية في تغيير السلوكيات الصحية لدى الطلبة..

وكان حجم العينة مختلف بين الدراسات ومتقارب بين دراسات أخرى، كما نسجل اختلاف في اختيار التخصص والمستوى الدراسي، ولكن أغلب الدراسات اتفقت في اختيار العينة من حيث الجنس، ماعداً دراسة بولبر وآخرون التي احتوت عينتها على

الإناث من الطلبة، وهذا راجع لأهداف الدراسة ومختلف العوامل التي تتدخل في تحديد حجم ونوع العينة، كما أن أغلب الدراسات استخدمت المنهج الوصفي الارتباطي، فيما استخدمت دراسة كل من رضوان وريشكة، دراسة محمد الصغير وعبد الحفيظ، ودراسة بولمير وآخرون المنهج الوصفي المقارن.

ومن حيث الأدوات المستخدمة جل الدراسات السابقة الأجنبية منها والعربية استعانت بمقياس للسلوك الصحي من إعداد باحثين آخرين، ماعدا دراسة جابر ودراسة واردل استخدموا مقياس للسلوك الصحي من إعداد الباحثين أنفسهم.

هذا وقد أظهرت معظم نتائج بعض الدراسات السابقة علاقة السلوك الصحي بالمتغيرات النفسية والاجتماعية والديمغرافية والصحية، فكان هناك اختلاف فيما يخص بعض المتغيرات، كما أكدت على تداخل بعض العوامل في تحديد مستوى السلوك الصحي، وتغير مستوى السلوك الصحي مع تغير المتغيرات الدراسية، بينما أبرزت بعض الدراسات مستوى السلوكات الصحية لدى أفراد العينة، كدراسة كل من سميث وزملائه.

كما تميزت هذه الدراسة عن الدراسات السابقة بتناولها للسلوك الصحي على عينة الطالبات المقيمت بالحي الجامعي، ومما لاشك فيه أن الدراسة الحالية استفادت مما سبقها من الدراسات، وحاولت أن توظف كثيرا من الجهود السابقة للوصول إلى تشخيص دقيق للمشكلة ومعالجتها بشكل شمولي.

1.1. الإطار النظري للدراسة:

إن مفهوم السلوك الصحي يتألف من شقين هما السلوك والصحة، وعليه يتوجب علينا أولا تحديد كل من مفهوم السلوك والصحة قصد الوصول إلى التعريف المركب ألا وهو السلوك الصحي.

أولا السلوك: يعرف السلوك في معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية لأحمد زكي بدوي كما يلي: "أي فعل يستجيب به الكائن الحي لموقف ما، استجابة واضحة للعيان وتكون عضلية أو عقلية أو هما معا وتترتب هذه الاستجابة على تجربته السابقة، لفظ السلوك للدلالة على هذه الاستجابة الظاهرة على العمليات الداخلية فيميز بين السلوك الصريح أو الظاهر وقد يكون السلوك فطريا وهو السلوك المشترك بين جميع أفراد النوع كما قد يكون مكتسبا وهو خاص بالفرد ولا يشمل حتما جميع أفراد النوع الواحد". (بدوي، 1977، ص37).

ويقصد بالسلوك هو وجود علاقة ديناميكية بين الكائن الحي وبيئته، إذ هناك تفاعل بين الإنسان وبيئته، وهو كذلك كل ما ينتج عن الإنسان نتيجة اتصاله بمجال اجتماعي معين ويتضمن السلوك بهذا المعنى كل ما يصدر عن الفرد من عمل حركي أو تفكير أو سلوك لغوي أو مشاعر أو انفعالات أو إدراك. (مزاهرة وآخرون، 2002، ص146-147)

ثانيا الصحة: إن مفهوم الصحة من الناحية الطبية هي غياب المرض الظاهر كليا في جسم الإنسان وهذا ما يؤكد لنا القاموس الطبي حيث يعرف الصحة على أنها "حالة قيام الوظائف الجسمية بصفة عادية خارج وجود الأمراض". (André Domart, 1983, P819).

أما منظمة الصحة العالمية فتعرفها كالتالي " هي حالة من المعافاة الكاملة جسميا ونفسيا واجتماعيا، لا مجرد الخلو من المرض أو العجز". (إبراهيم سلامة، 2007، ص18)

وعلى هذا الأساس نستنتج أن الصحة تشمل ثلاثة أبعاد أساسية وتتمثل في:

- اكتمال الناحية البدنية: وهي أن تؤدي جميع أعضاء الجسم وظائفها بصورة طبيعية وهذا يعني تمتع الفرد بعمليات حيوية سليمة لوظائف الجسم.

- اكتمال الناحية النفسية: وهي أن يعيش الإنسان بسلام مع نفسه، وامتعا بالاستقرار الداخلي، وقادر على التوفيق بين رغباته، أهدافه، إمكانياته، أي تمتع الفرد باستقرار نفسي داخلي وصحة عقلية سليمة.

- اكتمال الناحية الاجتماعية: وهي قدرة الإنسان على تكوين علاقات اجتماعية مع الناس وأن يكون له دخل مناسب لتحقيق الحياة الصحية السليمة. (مzahرة وآخرون، 2002، ص42)

ونستنتج مما سبق أن تعريف منظمة الصحة العالمية يتصف بالشمول حيث أن عقل الفرد وبيئته، ومجتمعه يكونون وحدة واحدة متكاملة، ويؤثر كل منها في الآخر ويتأثر به، وإذا نقص أي مكون من هذه المكونات ينتج عن ذلك عدم تكامل الصحة.

ثالثا العلاقة بين السلوك والصحة: لقد أظهرت العديد من الدراسات كدراسة بيلوك وبرسلو (Bellock and Breslow 1972)) وجود علاقة بين السلوك والوقاية من خطر الإصابة بالمرض، وأن هناك ارتباطا عاليا بين الممارسات الصحية وبين التمتع بمستوى عال من الصحة وهناك صنفين من السلوكيات:

1- سلوكيات تشكل خطرا على الصحة وترفع من احتمال الإصابة بالمرض.

2- سلوكيات صحية وقائية تحمي الفرد وتقيه من خطر الإصابة بالمرض.

وهناك العديد من النماذج التي تناولت في تفسيرها العلاقة بين السلوك والصحة.

2.1. النماذج النظرية المفسرة للسلوك الصحي:

1.2.1. نظرية العزو: مؤسسها هايدر (Heider, 1958): قامت هذه النظرية على فكرة أن الأفراد يحتاجون إلى استخدام آليات وأساليب عقلية تساعدهم في فهم سلوكيات من حولهم من جهة وتساعدهم في تعاملهم مع الوضعيات المحيطة بهم من جهة أخرى حتى يتمكنوا من بناء أحكام حول هذه الوضعيات فيقررون ما هو النمط السلوكي الذي يجدر بهم إتباعه أو تنفيذه.

2.2.1. نظرية التحكم أو الضبط الصحي: يشير روتر في 1966 كيفية إدراك الأفراد لمدى قدرتهم على التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياتهم وهم بذلك ينقسمون إلى نوعين من الأفراد: أفراد ذوي مركز تحكم داخلي يعتقدون بقدرتهم على التحكم الذاتي والتأثير على الأحداث والسيطرة عليها، وأفراد ذوي مركز التحكم الخارجي: يعتقدون بأن عملية التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياتهم تخضع لقوى وعوامل خارجية كالحظ وذوي السلطة والنفوذ. (يخلف عثمان، 2001، ص16)

3.2.1. نموذج القناعة الصحية: اقترحه روزنستوك (Rosenstock 1974): وحسب هذا النموذج فإن السلوك الوقائي ينفذ عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين. ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) للإصابة بذلك المرض عال وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة (يخلف، 2001، ص 16).

4.2.1. نظرية الدافع إلى الحماية: أن الدافع إلى الحماية ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض وتقدير مدى الاستعداد للإصابة به، وبين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التمديد (القدرة المدركة على ممارسة السلوك الوقائي) بناء على توقع مستوى من الفعالية الذاتية على أداء السلوك المناسب، حيث تتوقف عملية الدخول في السلوك الوقائي أو مواصلته أو التخلي عنه على نتيجة العمليتين المعرفيتين السابقتين. (Rogers et Prentice-Dunn. 1997).

5.2.1. نظرية السلوك المخطط له: جاءت هذه النظرية على يد كل من أرنج و فيشبين (Azjen et Fishbe 1980) لتفسير العلاقة بين السلوك والاتجاهات، حيث أضافت البعد المعياري القيمي إضافة إلى الأبعاد التي ذكرت في كل من نظرية القناعة الصحية (HBM) والدافع إلى الحماية (PMT). وترى هذه النظرية أن ممارسة الفرد للسلوك الوقائي هي عملية تمر بتخطيط مسبق وفق العديد من العمليات الاستدلالية التي تجمع بين المكونات المعرفية والاجتماعية التي تبدأ بتقييم أهمية النتائج المترتبة على ممارسة السلوك، ثم تقييم مدى الوقوع أو الأثر الذي يمكن أن يحدثه هذا السلوك لدى الأشخاص ذوي الأهمية المرجعية ممن يهتم الفرد بنيل رضاهم ويعمل على محاكاتهم كأصدقاء، وإلى أي مدى تتناسب نتائج تنفيذ السلوك الوقائي مع الاتجاهات الذاتية، وعندها إما ترتفع الدافعية والرغبة في القيام بالسلوك الوقائي أو تنخفض.

6.2.1. نموذج تغيير السلوك عبر مراحل: يوضح هذا النموذج كيف يقرر الفرد الدخول في الفعل وذلك من خلال خمس (5) مراحل تتأثر فيها كل مرحلة بسلوكيات الفرد السابقة وأهدافه الراهنة وهذه المراحل هي: مرحلة ما قبل الوعي الصحي، مرحلة الوعي الصحي، مرحلة الاستعداد للتنفيذ، مرحلة التنفيذ والدخول في الفعل، مرحلة الاحتفاظ أو الإبقاء على السلوك. (Diclement et Prochoska, 1985, p35)

7.2.1. نموذج تناول سيرورة التأثير على الصحة: يتم ضمن مرحلتين أساسيتين هما:

أولاً مرحلة الدافعية: بحيث تبين أن الفرد عندما تتولد له الرغبة في تبني سلوك معين فإنها (الرغبة) تتأثر بثلاثة أنواع من القنوات أو الإدراك: إدراك الخطر، توقعات النتائج من تنفيذ السلوك الوقائي، الفعالية الذاتية المدركة.

ثانياً مرحلة النشاط أو الفعل: وتنقسم بدورها إلى ثلاث مراحل نوعية هي: مرحلة وضع مخطط للنشاط وضبطه، مرحلة النشاط (الفعل)، مرحلة الاحتفاظ بالفعل أو النشاط (يخلف، 2001، ص 16).

2. الطريقة و الأدوات:

تعد الدراسة الحالية من البحوث الوصفية، لذلك استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الملائم لتحقيق أهداف الدراسة.

1.2. المجتمع الأصلي: والذي يتمثل في جميع الطالبات اللواتي لديهن بطاقات الإقامة ممنوحة من مديرية الخدمات الجامعية، ويقمن إقامة فعلية في الحي الجامعي رقم 03 بالعفرون.

2.2. كيفية اختيار العينة: استخدمت الباحثة الطريقة العشوائية في اختيار العينة، حيث تكونت عينة الدراسة بـ 250 طالبة مقيمة بالحي الجامعي بالعفرون، لجميع التخصصات والمستويات الموجودة، وهذا ما يتناسب مع أهداف الدراسة الحالية.

3.2. أداة الدراسة: من خلال الاطلاع على التراث النظري المتاح لمقاييس السلوك الصحي، تم الاعتماد على مقياس السلوك الصحي من إعداد أحمد الصمادي ومحمد الغفور الصمادي سنة 2011، بحيث أن الأداة تقيس السلوكيات الصحية لدى طلبة الجامعات الأردنية، ويتكون المقياس 52 فقرة موزعة على الأبعاد الفرعية التالية: بعد الصحة العامة (1-11)، بعد العناية بالجسد (12-23)، بعد استخدام العقاقير (24-32)، بعد النفسي الاجتماعي (33-52).

كتبت جميع فقرات المقياس بالصيغة الإيجابية، ووضع أمام كل فقرة تدرج خماسي نوع ليكارت بحيث أن: دائما 5 درجات، غالبا 4 درجات، أحيانا 3 درجات، نادرا 2 درجات، مطلقا، درجة واحدة.

وتتراوح درجة المفحوص ما بين 52-260 درجة، وكلما ارتفعت درجته دل ذلك على أنه يمارس سلوكيات صحيحة تساعده على أن يحيا حياة طبيعية، بمعنى أن لديه أسلوب حياة إيجابي وصحي.

ثم بعد ذلك تم تجريب المقياس على عدد من الجامعات الرسمية والخاصة، حيث تم اختيار عينة مكونة من 1849 طالبا وطالبة، وللتأكد من صدق المقياس حسبت معاملات ارتباط الفقرات بالأبعاد التي تنتهي إليها، واعتمد معيار معامل ارتباط الفقرة بالدرجة الكلية 0.29 كحد أدنى لقبول الفقرة، أدى إلى تطبيق هذا الإجراء إلى حذف 6 فقرات بحيث تبقى 46 فقرة خضعت للتحليل العاملي مع تحديد عدد العوامل بأربعة عوامل، وكشف التحليل عن وجود أربعة عوامل مستقلة تفسر ما مجموعه 32% من التباين تتشابه مع البنية النظرية بدرجة عالية، مما يؤكد بأن المقياس يتمتع بصدق البناء، كما تبين أن للمقياس قدرة تمييزية بين من تمتع بمستوى صحي عال ومن تمتع بمستوى صحي متوسط أو متدني.

كما كشف التحليل على أن المقياس يتمتع بمعامل اتساق داخلي عالي (كرونباخ ألفا 0.87) للمقياس ككل، و0.8 للبعد الأول، 0.74 للبعد الثاني، 0.75 للبعد الثالث، 0.68 للبعد الرابع.

كذلك تم التأكد من ثبات لأداة، فوزعت الأداة بصورتها النهائية على عينة مكونة من 54 طالبا وطالبة من كلية التربية في جامعة اليرموك في الأردن، ثم أعيد تطبيقها عليهم مرة ثانية بعد مرور 14 يوما، كشفت نتائج التحليل أن معامل الارتباط بين مرتي التطبيق كان 0.79 للمقياس ككل.

تفسير الدرجات: الدرجات التي تتجاوز 135 فأكثر لديهم سلوك صحي جيد جدا، وما بين 135 و 93 لديهم سلوك متوسط، والدرجات التي ما بين 135 و 93 لديهم سلوك صحي متوسط وربما يحتاجون للتثقيف الصحي، والدرجات التي هي دون 93 لديهم سلوك صحي ضعيف وبالتأكيد يحتاجون للتثقيف الصحي (الصمادي، الصمادي، 2011، ص ص 83-88).

4.2. التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي:

وتم تطبيق مقياس السلوك الصحي على عينة استطلاعية قدرت بـ 120 طالب وطالبة من الحي الجامعي رقم 03 والحي الجامعي 2000 سرير بجامعة البليدة 2، وهذا للتأكد من صلاحية الأداة المستخدمة في الدراسة.

أولاً حساب الثبات: أن معامل الفا كرونباخ لقياس الثبات لمقياس السلوك الصحي الكلي بلغ 0.85، وأما عن طريق التجزئة النصفية بلغ أيضاً 0.88، ومنه نقول أن هذا البعد ثابت.

ثانياً حساب الصدق: تم حسابه عن طريق الاتساق الداخلي لكل بعد، يتراوح معامل الارتباط بيرسون بين البند والدرجة الكلية للبعد كما يلي:

- بعد الصحة العامة: بين 0.44 و 0.61.

- بعد العناية بالجسد: بين 0.32 و 0.71.

- بعد استخدام العقاقير: بين 0.36 و 0.77.

- بعد النفسي الاجتماعي: بين 0.28 و 0.67.

وكلها دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 ومنه نقول أن البعد يتمتع بمستوى متوسط من الصدق.

- صدق مقياس السلوك الصحي الكلي: حسب ما نلاحظه من الجدول رقم () نقول أن البعد يتمتع بمستوى مرتفع من الصدق.

جدول رقم (01) يوضح ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس

| الأبعاد | معامل الارتباط بيرسون | مستوى الدلالة |
|------------------|-----------------------|---------------|
| الصحة العامة | 0,65 | 0,01 |
| العناية بالجسد | 0,78 | 0,01 |
| استخدام العقاقير | 0,53 | 0,01 |
| النفسي الاجتماعي | 0,82 | 0,01 |

4.2. أدوات تحليل البيانات: للتحقق من فروض الدراسة وحساب صدق وثبات المقاييس، تم استخدام أساليب إحصائية لمعالجة بيانات بواسطة البرنامج الإحصائي (SPSS) (الحزمة الإحصائية للبحوث الاجتماعية)، وتمثلت هذه الأساليب في: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، اختبارات للعينة الواحدة، اختبارات لعينتين لحساب الفروق بين المتوسطات ودلالاتها.

3. تحليل النتائج ومناقشتها:

1.3. عرض النتائج:

الفرضية الأولى: مستوى السلوك الصحي لدى الطالبات المقيمت بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون منخفض.

الجدول رقم (02) نتائج اختبار(ت) لعينة واحدة للمقارنة بين متوسط درجات عينة الدراسة

| المقياس | حجم العينة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | إختبار ت مجدولة | إختبار ت المحسوبة | درجات الحرية | مستوى الدلالة |
|--------------|------------|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|--------------|---------------|
| السلوك الصحي | 250 | 92.53 | 11.59 | 1.31 | 1.645 | 249 | 0.05 |

من خلال الجدول أعلاه يتضح أن عينة الدراسة قدرت بـ : 250 طالب، بلغ متوسط الحسابي 92.53 بانحراف معياري قدره : 11.59، هذا وقد جاءت قيمة اختبار (ت) المحسوبة لعينة واحدة مساوية لـ : 1.31، وهي أصغر تماما من قيمة اختبار (ت) المجدولة التي قدرت بـ : 1.645 بدرجات حرية 249، ومستوى الدلالة 0.05، وبالتالي تقبل الفرضية الأولى للدراسة الحالية.

الفرضية الثانية: توجد فروق دالة بين الطالبات المقيمات بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون تعزى للتخصص الدراسي.

جدول رقم (03) يبين الفروق في السلوك الصحي لأفراد العينة باختلاف التخصص عن طريق اختبارات

| التخصص الدراسي | عدد أفراد العينة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة ت | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|-------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------|-------------|---------------|
| العلوم الاجتماعية | 148 | 86.1 | 11.22 | 1.67 | 248 | 0.05 |
| العلوم الإنسانية | 102 | 80.27 | 10.82 | | | |

يتبين من خلال الجدول رقم (03) أن هناك تقارب كبير في درجات المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، فقدر المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة بالنسبة للتخصص الدراسي العلوم الاجتماعية 86.1 وانحراف معياري 11.22، وبلغ المتوسط الحسابي لدى أفراد العينة تخصص العلوم الإنسانية 80.27 وانحراف المعياري 10.82، وبالنسبة لقيمة اختبارات المتحصل عليها هو 1.67 وهو غير دال عند مستوى الدلالة 0.05، مما يعني أنه فعلا لا توجد فروق دالة بين الطالبات المقيمات في الحي الجامعي رقم 3 بالعفرون في السلوك الصحي باختلاف التخصص الدراسي ، وعليه تقبل الفرضية الثانية للدراسة الحالية.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق دالة بين الطالبات المقيمات بالحي الجامعي رقم 03 بالعفرون تعزى للمستوى الدراسي.

جدول رقم (04) يبين الفروق في السلوك الصحي لأفراد العينة باختلاف المستوى الدراسي عن طريق اختبارات

| المستوى الدراسي | عدد أفراد العينة | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة ت | درجة الحرية | مستوى الدلالة |
|-----------------|------------------|-----------------|-------------------|--------|-------------|---------------|
| الليسانس | 129 | 81.15 | 11.72 | 1.97 | 248 | 0.05 |

| | | | | | | |
|--|--|--|-------|-------|-----|-------|
| | | | 11.09 | 80.42 | 121 | ماستر |
|--|--|--|-------|-------|-----|-------|

يتضح من الجدول رقم (04) أن هناك فروق كبيرة بين متوسطات الطالبات باختلاف المستوى الدراسي ، حيث بلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للطالبات من مستوى الليسانس بـ 81.15 بانحراف معياري قدر بـ 11.72، وبلغ المتوسط الحسابي بالنسبة للطالبات من مستوى الماستر بـ 80.42 بانحراف معياري قدر بـ 11.09، وبالنسبة لقيمة اختبارات المتحصل عليها 1.97 وهو دال عند مستوى الدلالة 0.05، مما يعني أنه لا توجد فروق بين الطالبات المقيمات في السلوك الصحي باختلاف المستوى الدراسي، وعليه تقبل الفرضية الثالثة للدراسة الحالية.

2.3. مناقشة النتائج:

إن نتائج الفرضية الأولى تتفق مع كل من دراسة وراذل وآخرون 1997، ودراسة رضوان وريشكة (2001)، ودراسة ثابت ومحمد 2011، ودراسة هلمر وزملائه 2012، ويفسر الباحثان السبب في انخفاض مستوى السلوك الصحي لدى الطالبات المقيمات بالحي الجامعي رقم 03، أن هناك تقصيرا واضحا من الأسرة والمؤسسات التربوية والجامعة والمجتمع، فمن الممكن أن لدى الطالبات معلومات ومعرف صحية وإرشادات وقائية عامة، من خلال مصادر مختلفة كالتلفاز والانترنت أو الصحف أو الجامعة، إلا أنه لا يمكنهم تطبيق هذه المعارف على أرض الواقع على شكل ممارسات سلوكية، وهذا راجع للعادات والتقاليد في المجتمع الجزائري، مثلا فيما يخص ممارسة الرياضة فهي محصورة على الذكور بينما البنات لا يمكنهم ممارسة الرياضة لنقص مراكز خاصة بالرياضات النسوية، وإن وجدت لا يقبلن عليها لرؤية المجتمع الخاطئة بأنها ليست ضرورة للنساء، وبالنسبة للفحوصات الطبية فلا تقبلن على إجرائها إلا في حالات المرض وليس في حالة الوقاية من المرض،

وهذا ما يعكس المستوى العام للثقافة الصحية لديهم الذي يتناسب مع ظروف الحياة بالحي الجامعي وتأثير الحياة الجامعية على حد سواء، كما أن هذه النتيجة لا تتوافق هذه النتيجة مع دراسة كل من جابر 2003 ومحمد الصغير وعبد الحفيظ، وذلك لاختلاف أفراد العينة مع الدراسة الحالية.

وقد أظهرت النتائج الفرضية الثانية أنه لا توجد فروق دالة إحصائية لدى الطالبات المقيمات بالحي الجامعي تعزى لمتغير التخصص الدراسي، وهذه النتيجة تتوافق مع دراسة شبلي وفتحي 2017، ويرى الباحثان أن السبب يكمن في أن التخصصين الدراسيين (العلوم الاجتماعية والإنسانية) ينتميان إلى نفس الفرع (الأدبي) والكلية والجامعة، ولهذا فإن أفراد العينة تقريبا لهم نفس الخصائص الدراسية، مما يفسر أن لهم نفس المعارف الصحية في كيفية ممارسة السلوك الصحي، فلا يوجد اختلاف بينهم يؤدي إلى تغيير الوضع هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد يرجع الأمر إلى تشابه الظروف والخبرات التي تمر بها الطالبات في الجامعة وبالأخص في الحي الجامعي، الذي لا يتوفر على الخدمات الصحية الكافية، وإن توفرت فإن أقل ما يقال عنها أنها لا تتميز بالجودة المطلوبة، فلا تستطعن الطالبات استغلالها والاستفادة منها بأقصى درجة ممكنة، ونفس الأمر بالنسبة للتغذية المتوازنة والصحية والرياضة.

بينما أظهرت النتائج الفرضية الثالثة أنه لا توجد فروق دالة إحصائية لدى الطالبات المقيمات بالحي الجامعي تعزى لمتغير المستوى الدراسي (الليسانس، الماستر)، وقد يرجع السبب في كون أن المستويين متقاربين في المستوى ولديهم احتكاك في

الدراسة وفي الحي الجامعي، وبالتالي فالخبرات الطالبات متقاربة حول السلوك الصحي، وهن لا يتمتعن بوعي صحي كاف من أجل ممارسته والمحافظة على صحتهم، وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة بولمر وآخرون (Bulmer et al, 2010) في عدم وجود فروق في المستوى الصحي والسلوكيات الصحية بين طالبات الدراسات العليا، والأقل مستوى باستثناء تمتع طالبات الدراسات العليا بحالة صحية أفضل وعادات غذائية وفحوص طبية دورية .

واختلفت هذه النتائج مع دراسة شبلي وفتحي (2017)، حيث توصلت الدراسة إلى أنه توجد فروق بين المجموعات الثلاثة (الليسانس، الماجستير، الدكتوراه) فيما يخص أبعاد السلوك الصحي، وكانت الفروق لصالح طلبة الدكتوراه، وهذا راجع لكون مستوى الدكتوراه أعلى مستوى من المستويين السابقين، و طلبة مستوى الدكتوراه لديهم خبرات وثقافة صحية كافيين لتشكيل الوعي الصحي، تجعل حرصهم على الممارسة للسلوك الصحي أكثر من غيرهم.

4.الخلاصة.

يعد السلوك الصحي من المواضيع الهامة، وهذا ما يتجلى في مختلف الأبحاث والدراسات التي يسعى الباحثون من خلالها في فهم سلوك الفرد ودوافعه، وكذا الطرق الممكنة لتنمية السلوكيات السليمة المتعلقة بالصحة وتعديل الخاطئة منها، بالإضافة إلى تطوير مهاراته حتى يتمكن من الاستمتاع بصحة جيدة ومستقرة، بعيدة عن مخاطر المرض وإمكانية تجنبه في ظل ممارسات صحية سليمة، وقد تبين من الدراسة الحالية أن مستوى السلوك الصحي لدى الطالبات المقيمت بالحي الجامعي كان منخفضاً، كما أن هناك فروق بينهن تعزى للمستوى والتخصص الدراسي.

وعلى ضوء ما سبق أدرج الباحثان مجموعة من الاقتراحات التالية :

- القيام بالتحقيق الصحي دورياً داخل الحي الجامعي بمختلف الوسائل لممارسة السلوكيات الصحية، وتجنب الممارسات الخاطئة، وتعريف الطلبة بالفوائد الصحية لتجنب المشكلات الصحية المختلفة.
 - توفير الخدمات الصحية وتقريبها من الطالبات داخل الحي الجامعي، مع إعلام الطالبات بإمكانية الاستفادة منها.
 - إجراء المزيد من الدراسات حول السلوك الصحي على عينات أكبر ومختلفة وربطها بمتغيرات أخرى.
 - توسيع دائرة الدراسات حول السلوك الصحي لتشمل مراحل الدراسات العليا، وتناول عينات من مختلف التخصصات الجامعية بالجزائر.
 - تشكيل نوادي رياضية وثقافية من أجل نشر الوعي الصحي وكيفية ممارسة السلوك الصحي.
 - إجبارية تسجيل القاطنات الأحياء الجامعية الانخراط في النوادي الرياضية أو الثقافية المنظمة من طرف إدارة الخدمات الاجتماعية، من أجل ضمان مشاركتهم في نشر الثقافة الصحية، والعمل بممارسة السلوك الصحي.
- المراجع:

المراجع

ثابت، مرال ومحمد، حافظ، (2011)، السلوكيات المتعلقة بالصحة في عينة من الشباب المراهقين العراقيين مجلة التقني، 25 (2)، ص ص 133-139.

- رضوان، سامروريشكة، كونارد، (2001)، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، شؤون اجتماعية، (72).
- سليمان، شاهر (2012)، قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك في المملكة العربية السعودية وتأثير بعض المتغيرات عليه، (117) مجلة رسالة الخليج العربي.
- شبلي، براهيمى وفتحي، زقعار (2017)، الذكاء الانفعالي وعلاقته بمدى ممارسة الطالب الجامعي للسلوكيات الصحية، حوليات جامعة الجزائر، العدد 31- الجزء الرابع، ص ص 213-233.
- شيلي تايلور، (2008) علم النفس الصحي، ترجمة و.د.ديريك، ف.ش.داود، ط 1، دار حامد للنشر، عمان الأردن.
- الصمادي، أحمد عبد المجيد، الصمادي محمد عبد الغفور، (2011)، مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، المجلة العربية للطب النفسي، إتحاد الأطباء النفسيين العرب، الأردن المجلد 22، العدد 01، ص ص 83-88.
- عثمان يخلف، (2001)، علم النفس الصحة، الطبعة 1 دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، قطر.
- قباجة، زياد محمد محمود وسلامة، كمال عبد الحافظ محمود، (2016)، السلوك الصحي لدى طلبة الكليات العلمية في جامعة القدس في ضوء بعض المتغيرات، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، المجلد 07، العدد 21، جانفي 2018، ص ص 57-66.

باللغة الأجنبية:

- Antonia , C.L.Kerry, C.(2005). Health psychology a critical introduction New York : Cambridge University press.
- Mahmoud.J. (2003). The level of health behaviors among palestinian university students in west bank. Master of public health, an-najeh national university.Nablus, Palestine.
- Helmer, S., Kramer, A., & Mikolajczuk.R. (2012), Health-related locus of control and health behavior among university Student in North Rhine Westphalia Germany BMC public Health, 1-8.
- Bulmer, S., Irfan, S, Barton, B, Michel, V., & Breny, J.(2010), Comparison of health Status and Health Behaviors Between Female Graduate and undergraduate College Student, The Health Educator, 42 (2), pp 67-76.
- Smith, T., Skagge G, & Redican, K (2008), A Comparison of health risk behaviors among College Students enrolled in a required personal health Course vs, an elective personal health course. The Health Educator, 40 (2), pp 90-97.
- Wardle, J, Steptoe, A, Bellists, F, & Davou, B, (1997), Health dietary practice among European Student, Health psychology, 16 (5), pp 443-450.
- Allgower, A, Warde, J.Steptoe A, (2001), "Depressiv symptoms, Social Support and personal Health Behavior in young Men and women", Health psychology, May 20, 3, pp 223-227.
- Lottes Christine.R. (1996). Health knowledg & behavior for years later, Pennsylvania, Universty (ERIC, ED, 399229).

Barbour, R & Salameh, P. (2009). Knowledge and Practice of University student in lebanon regarding contraception. Easten Meditervanean Health journal, 15 (2), p p 387-399.