

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري - تيزي وزو - قطب تامدة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس



موضوع:

التنور الصحي الرقمي والسلوك الصحي الإيجابي لدى الطلبة الجامعيين.

دراسة ميدانية لدى طلبة جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر: تخصص علم النفس الصحي

إشراف البروفيسور:

- زواني نزيهة

إعداد الطالبتين:

- صالح ياسمين

- حميداني ليدية

-

السنة الجامعية: 2025/2024 -

الشكر والتقدير.

قبل كل أحد، وبعد كل أحد، الشكر للواحد الأحد، الفرد الصمد،
الذي أمدنا بالقوة والعون والسدد لإنجاز هذا العمل،
وندعوه عز وجل أن يجعله خالصا لوجهه الكريم،
كما نتقدم بالشكر الجزيل للأستاذ المشرفة زواني
التي لم تبخل علينا بأي معلومة أو توضيح في شتى مراحل إعداد هذه المذكرة.
كما نتوجه بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة،
وأساتذتنا بقسم علم نفس الصحة على مجهودات المبدولة لإيصالنا إلى ما نحن عليه.

إهداء

وبكل حب أهدي ثمرة نجاحي وتخرجي إلى النور الذي أنا دربي والسراج الذي لا ينطفئ
نوره والذي بذل جهد السنين من أجل أن أعتلي سلم النجاح، إلى من أحمل اسمه بكل
فخر، من بذل الغالي والنفيس واستمدت منه قوتي واعتزازي بذاتي، من كان نعمة من الله
وسند لا يميل (والدي العزيز حفظه الله)

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها، وسهلت لي الشدائد بدعائك، من دعمتني بلا
حدود يا من اختصر الله فيها كل معاني الرحمة والحنان، كل لحظة نجاح لي هي انعكاس
لتعبك، أدامك فرحة في عمري (والدتي العزيزة حفظها الله)

إلى أخوي الأعزاء وابن أخي أتم السند والدعم حفظكم الله ووفقكم

إلى صديقتي ياسمين تخرجنا اليوم ليس نهاية، بل بداية جديدة،

وأنا ممتنة أنني شاركت هذه الرحلة معك،

فأنت لست فقط صديقتي... بل أخت اختارتها لي الأيام.

أخيرا وليس آخرا أريد أن اشكر نفسي.

ليدية

إهداء

إلى من أحمل إسمه بكل فخر... إلى من يرتعش قلبي بذكره... إلى من حببني في العلم "أبي العزيز".

إلى معنى الحب والحنان، إلى بسمة الحياة وسر الوجود "أمي الحبيبة".

إلى كل أخواتي وخاصة أختي آسيا التي ساعدتني خلال مشواري الدراسي

إلى من تقاسمت معها هذا البحث والتي عشت معها أحلى اللحظات صديقتي الغالية
ليدية

إلى كل من قدم لنا النصح ويد العون

لإنجاز هذا العمل البحثي

ياسمين

مقدمة:

في عصر التكنولوجيا المتسارع، أصبح التنور الصحي الرقمي توجهاً جديداً ومعاصراً يساهم في تحسين السلوكيات الصحية لدى الطلبة الجامعيين. يرتكز هذا المفهوم على الاستثمار في التكنولوجيا الرقمية الحديثة، والتي تعزز من أداء الأفراد وتحقق الكفاءة في اتخاذ القرارات الصحية.

أبرزت التطورات التكنولوجية ضرورة التكيف مع الوسائل الرقمية، حيث تغيرت أنشطة المؤسسات التعليمية من شكلها التقليدي لتصبح مؤسسات ذكية، تعتمد على المعلومات والبيانات لتحسين جودة الحياة. يعد التنور الصحي الرقمي عنصراً أساسياً في هذا التحول، إذ يمكن الطلبة من الوصول إلى معلومات صحية موثوقة ويساعدهم في تفهم المخاطر الصحية. من خلال تعزيز السلوكيات الصحية الإيجابية، مثل ممارسة الرياضة والتغذية السليمة، يمكن أن ينعكس هذا التنور الرقمي على صحة الطلبة النفسية والجسدية. لذلك، تعتبر الجامعات بيئات مثالية لتنفيذ برامج تعليمية وورش عمل تهدف إلى رفع مستوى الوعي الصحي الرقمي، مما يدعم تجربة الطلبة الأكاديمية ويعزز من جودة حياتهم.

ستتناول هذه الدراسة دور التنور الصحي الرقمي في تشكيل السلوكيات الصحية الإيجابية لدى الطلبة الجامعيين، وكيف يمكن استخدام التكنولوجيا لتعزيز الوعي الصحي وتحسين جودة الحياة.

1. الإشكالية:

تعد الوقاية حجر الأساس في على الصحة العامة، فهي تهدف إلى تجنب حدوث الأمراض قبل وقوعها، مما يساهم في تقليل العبء الصحي والاقتصادي على الأفراد والدول على حد سواء، وتنقسم الوقاية إلى ثلاثة مستويات: الوقاية الأولية التي تركز على منع المرض قبل حدوثه من خلال وسائل مثل التطعيم، والتثقيف الصحي، والتغذية السليمة، والوقاية الثانوية التي تهدف إلى الكشف المبكر عن الأمراض من خلال الفحوصات الدورية والفحص السريري، وأخيرا الوقاية الثلاثية، التي تعني بهم المضاعفات وتحسين جودة حياة المرض المصابين بأمراض مزمنة. (world.health organization, 2023)

لذلك يعتبر موضوع السلوك الصحي لدى الطلبة من أهم الدراسات التي تم تناولها من طرف الباحثين أمثال فربر (Ferber, 1979) الذي يعرف السلوك الصحي على أنه: "مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض، وعلى استخدام الخدمات الطبية" ويشير الصرايرة الرشيدى (2012) إلى نشر أنماط السلوكيات الصحية بين الطلبة، من أجل الحفاظ على صحتهم وتنميتها، وتعريفهم بمعنى الصحة ووسائل اكتسابها، والتغذية السليمة وطرق الوقاية من الأمراض، وممارسة العادات الصحية وعرض الأفلام والنشرات الصحية التي تساهم في نموهم نمو سليما متكاملًا من النواحي: الجسمية، والعقلية، والنفسية.

يعد السلوك الصحي الإيجابي من العوامل الجوهرية التي تسهم في نجاح الطالب الجامعي أكاديميا ونفسيا، وتشير الدراسات كدراسة (belloc و broslow وآخرون، 1972) إلى أن تبني العادات الصحية مثل التغذية السليمة، والنشاط البدني المنتظم والنوم الكافي والابتعاد عن السلوكيات الضارة كالتدخين ونعاطي المواد يعزز من قدرة الطالب على التركيز والتعلم ويقلل من مستويات التوتر والقلق كما يرتبط السلوك الصحي الإيجابي بتحقيق التوازن أفضل بين الحياة الأكاديمية والاجتماعية، مما يدعم الصحة النفسية والرفاه العام للطلاب (عبد

الحميد، 2021) ومن هنا تبرز أهمية قيام الجامعات بتوفير برامج توعوية وصحية تمكن الطلبة من تبني نمط حياة صحي مستدام خلال دراستهم الجامعية وبعد التخرج، ويرى البعض أن سبب الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطالب يقوم بسلوكات غير صحية كالتدخين الإدمان، تناول كميات كبيرة من الأطعمة غير النافعة كما أشار إليها (بول مارتن، 2001) وقد اهتم الباحثون بالسلوك الصحي الإيجابي عند الطلبة حيث تعتبر المرحلة الجامعية من اهم المراحل التي يعيشها الفرد إذ ساعده على اكتساب المهارات الاجتماعية والمعرفة الانفعالية ومن الضروري والمهم فحص السلوكيات الصحية لطلاب الجامعة لأن هذه السلوكيات تؤثر على الصحة البدنية وأنماط الحياة للطلاب في مرحلة البلوغ حسب (Lionny Lunch، 2006).

فنظرا لأهمية السلوكات الصحية لدى الطلبة خاصة فقد اهتم العديد من الباحثين بهذا الموضوع كدراسة كمبودية لـ (khiondyla say، وآخرون، 2020) والتي هدفت للكشف عن السلوكات الصحية لدى الطلبة حيث توصلت النتائج أن الطلبة يمارسون سلوكيات سلبية تتمثل في تعاطي المخدرات، والتدخين، وشرب الخمر في حين أن الممارسات الصحية الإيجابية تمثلت في تناول الخضار والفواكه يوميا، كما ذكرت دراسة (wardel وآخرون، 1997) بعنوان سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين وأظهرت النتائج وجود انخفاض في ممارسة العادات الصحية (النصيرية، 2017، ص 26)

أشارت معظم الدراسات السابقة إلى مستوى السلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات فقد إهتمت أغلبيتها بالمتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي) كما أوحى بعض الباحثين بضرورة توفير برامج توعوية للطلبة لرفع الوعي الصحي وتحسين السلوكات الصحية، حيث يرى البعض أنه لكي يضمن المجتمع العيش بصحة وسلام فإنه لا بد من الارتقاء بصحة الأفراد عن طريق التثقيف الصحي لجميع أفراد المجتمع ولن يتحقق ذلك إلا من خلال زيادة

الوعي الصحي لجميع أفراد المجتمع ولن يتحقق ذلك إلا من خلال زيادة الوعي الصحي في الجامعات والمدارس وذلك من خلال إدخال الثقافة الصحية بالمناهج التعليمية في المراحل الدراسية المختلفة حيث تهدف إلى تزويد الطلاب بثقافة صحية إيجابية. (إلهام إسماعيل، 2009).

ومن بين الدراسات التي اهتمت بالعوامل المؤثرة في السلوك الصحي نجد دراسة تايوانية (Chiang Wanchen Hcu وآخرون، 2014) التي اهتمت بدراسة الارتباطات بين العوامل الفردية والتتور الصحي الرقمي، ووفقا لدراسات أجريت على طلاب الجامعات في تايوان تؤثر عوامل فردية مختلفة على سلوكيات الأشخاص الصحية (Chiang Wanchen Hcu et al، 2011) أظهرت دراسات سابقة وجود وجود صلة بين الخصائص الديمغرافية والنفسية والسلوك الغذائي للطلاب الجامعات (Driskell، et، 2005) كدراسة (debrat Michals، 2009) العوامل المؤثرة على عادات الأكل الصحة بين طلاب الجامعات وقد أوضحت معظم الدراسات أن الكثير من الطالبات في مرحلة الدراسة الجامعية يعانين من مشكلات مختلفة، نفسية، اجتماعية دراسية وغيرها ومن المشكلات النفسية الشائعة مشكلة ضعف الثقة بالنفس ودورها في تنمية السلوك الإيجابي (Horenby، 1974، 340 p)

في ظل التطور السريع لإستخدام الانترنت في المجتمع، أصبح امتلاك مهارات استخدام المعلومات الصحية على الأنترنت شرطا أساسيا لتعزيز السلوك الصحي لذا نجد بعض الدراسات التي اهتمت بالسلوك الصحي والتتور الصحي الرقمي كدراسة يابانية ل (Ashibata، Smitsutake، وآخرون 2016) والتي هدفت إلى دراسة العلاقة بين التتور الصحي الرقمي والسلوك الصحي العام (التدخين، ممارسة الرياضة، الوجبات الإفطارية، التغذية المتوازنة بين مستخدمي الأنترنت البالغين حيث توصلت النتائج إلى أن بعض السلوكيات الصحية بما في ذلك ممارسة الرياضة والتغذية المتوازنة.

كانت مرتبطة بشكل مستقل بالتطور الصحي الرقمي بين مستخدمي الإنترنت وقد بينت دراسة كل من (sang yoon , keonhee kim وآخرون، 2023) العلاقة بين معرفة التنور الصحي الرقمي والسلوكيات المتعلقة بالصحة لتحديد ما إذا كان مستوى معرفة الفرد بالتنور الصحي الرقمي يؤثر على السلوكيات الصحية حيث أشارت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية بين التنور الصحي الرقمي والسلوك الصحي وحسب دراسة (shu-cging yong, chiaoling، وآخرون 2020) التي هدفت إلى دراسة الارتباطات بين العوامل الفردية والتنور الصحي الرقمي وسلوكيات الغذائية، وعادات التمرين لدى الطلاب الجامعيين بالإضافة إلى التأثير المخفف للجنس على السلوكيات حيث ظهرت هذه الدراسة أن الطلاب الذكور لديهم حالة صحية ذاتية أفضل من الطالبات.

كما جاءت دراسة يابانية لـ (Saki-Tsukahara، وآخرون 2020) العلاقة بين التنور الصحي الرقمي وسلوكيات نمط الحياة لدى الطلبة حيث توصلت نتائجها إلى أن مستوى معرفة الطلبة بالتنور الصحي الرقمي أعلى مماثلاً لمستوى عامة السكان اليابانيين.

أما في البيئة المحلية فقد تناولت العديد من الدراسات موضوع السلوك الصحي وقد تمت دراسته من مختلف الجوانب خاصة من ناحية علاقته بالأمراض حيث هدفت دراسة (خمان، 2017) بعنوان السلوك الصحي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة في تبسة ودراسة (بن غزقة شريفة، 2007) بعنوان السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة هذا بالنسبة للدراسات التي تناولت السلوك الصحي بشكل عام، أما عند الطلبة خصوصاً فقد تمت دراسته من خلال دراسة ميدانية أجرتها الباحثة خديجة ملال بالتعاون مع صافية ملال، إستهدفت الدراسة 200 طالب وطالبة من جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف، حيث تم استخدام المنهج الوصفي وأظهرت النتائج أن الطلبة الجامعيين يتمتعون بمستوى سلوك صحي متوسط ويتجلى ذلك من خلال الأبعاد التالية: العناية بالجسم، الصحة العامة، التعامل مع الأدوية، والبعد النفسي الاجتماعي.

ودراسة أخرى أجراها كل من (غنية عرعار ونوال بوضياف، 2020) حيث تمت من خلالها دراسة السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين من خلال اجراء دراسة ميدانية على عينة تكونت من 50 طالب وطالبة من قسم علمالنفس بجامعة محمد بوضياف بالمسيلة باستخدام استبيان لقياس السلوك الصحي أظهرت النتائج أن الطلبة يتمتعون بمستوى سلوكي متوسط مع وجود فروق بين الذكور والاناث في بعض الأبعاد لصالح الإناث.

وقد بينت دراسة كل من (البنى أحماذ، وصورية عبد الصمد 2018) من خلال اجراء دراسة مقارنة بين الشباب الجامعي وغير الجامعي في الجزائر باستخدام استبيان لقياس السلوك الصحي وجودة الحياة واطهرت النتائج أن الشباب الجامعيين يتمتعون بمستوى أعلى من السلوك الصحي وجودة الحياة مقارنة بغير الجامعيين مع وجود فروق بين الذكور والإناث.

هذا بالنسبة للسلوك الصحي والدراسات التي اهتمت به على المستوى المحلي أما التنور الصحي الرقمي تبين عدم وجود أي دراسة إهتمت بالتنور الصحي الرقمي، بالرغم من اعتماد الطلبة على الأنترنت كمصدر رئيسي للمعلومات الصحية.

أنطلاقا مما سبق وما تطرقنا إليه تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة ومدى ارتباطه بالسلوك الصحي الإيجابي كما تسعى إلى التعرف على الفروق المحتملة في مستوى التنور الصحي الرقمي والسلوك الصحي تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية (مثل الجنس، التخصص، المستوى الدراسي).

وبشكل أكثر تدقيقا تهدف الدراسة للإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مستوى التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين؟
- ما مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين؟
- ما مدى وجود فروق في مستوى التنور الصحي الرقمي تعزى إلى متغير الجنس والتخصص والمستوى الدراسي؟

- ما مدى وجود فروق في مستوى السلوك الصحي تعزى إلى متغير الجنس أو التخصص أو المستوى الدراسي؟

2. الفرضيات:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين.
- هناك فروق في مستوى التنور الصحي الرقمي تعزى إلى متغير الجنس والتخصص والمستوى الدراسي.
- هناك فروق في مستوى السلوك الصحي الرقمي تعزى إلى متغير الجنس والتخصص والمستوى الدراسي.

3. تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا:

• الطالب الجامعي:

يقصد بالطالب الجامعي في هذه الدراسة عينة من الطلبة والطالبات مسجلين بصفة منتظمة في إحدى السنوات الدراسية ضمن مرحلة الليسانس أو لمستر في جامعة مواد معمرى بـ تيزي وزو في مختلف التخصصات خلال السنة الجامعية 2024 / 2025.

• التنور الصحي الرقمي:

يقصد به في هذه الدراسة الدرجة التي يتحصل عليها الطالب الجامعي في المقياس المعتمد (e-heals) المعد من طرف norman و skinner (2006) والتي يقيس قدرته على البحث عن المعلومات الصحية عبر الوسائط الرقمية، فهمها، تقييمها واستخدامها بشكل فعال في إتخاذ قرارات صحية مناسبة.

• السلوك الصحي الإيجابي:

يقصد به الدرجة التي يحرزها الطالب الجامعي على مقياس السلوك الإيجابي والذي يقسم ممارسته الصحية اليومية في مجالات مثل: التغذية، النشاط البدني، النوم، الوقاية من الأمراض والصحة النفسية ويستند هذا التعريف إلى ما ورد في دراسة الصمادي والصمادي (2011) التي اعتمدت تصنيفا متعدد الأبعاد للسلوك الصحي الإيجابي ضمن البيئة الجامعية.

1. السلوك الصحي:

يعرفه سرافينو (sarafino,2001) انه أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض او لغرض التعرف على المرض او تشخيصه في مرحلة مبكرة. (عثمان، 2001، ص16).
في حين عرفه نولدر (noeldner) انه كل أنماط السلوك التي تهدف الى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد. (noeldner, 1989)

كما عرفه فيربر (ferber) بانه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية. (ferber, 1978, P10)

وتعرف تايلور (Taylor) السلوك الصحي بانه: السلوكيات التي يؤدي بها الافراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم، ولا تتبع أهمية السلوكيات غير الصحية من كونها تساهم في حدوث الامراض فحسب ولكن قد تتطور ببساطة الى سلوكيات ضارة بالصحة. (تايلور، 2008، 124).

من خلال طرحنا للتعريفات المختلفة نستنتج ان السلوك الصحي هو كل تصرف تبناه الفرد بها الحفاظ على الصحة سواء النفسية او الجسدية وتحسين جودة الحياة.

2. أنماط السلوك الصحي:

ان أنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من اجل التعرف المبكر على حدوث الامراض ومنع حدوثها وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من اجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية، وهناك خمس عوامل اتفق عليها الباحثين التي تحدد انماط السلوك الصحي وهي:

- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة: (السن، تاريخ الحالة، المعارف والاتجاهات والمهارات).

- العوامل المتعلقة بالحماية والمجتمع: (المهنة والتأهيل، التعلم وتوقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص والدعم الاجتماعي...).
- العوامل الاجتماعية والقافية: (سهولة الوصول الى مراكز الخدمات الصحية، بمعنى التربية والتوعية الصحية ومنظومات التواصل العامة).
- العوامل الاجتماعية والقافية عموماً: (منظومات القيم الدينية والعقائدية والأنظمة القانونية...).
- عوامل المحيط المادي: (الطقس، الطبيعة، والبيئة التحتية. (سامر، 2020، ص09).

3. ابعاد السلوك الصحي الإيجابي:

هي تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الفرد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنع من الذي والضرر البدني والنفسي، أو تجعله يقطع عن الانحراف والشذوذ، وتساعده على الاكتشاف المبكر للمرض والعجز والمسئ الشاذ، أو تساعده في التخفيف من المعاناة والمرض وتحمية من المخاطر التي من شأنها أن تتسبب في حدوث ضرر أو أذى بدني أو نفسي أو كليهما ومن لانحراف والشذوذ، ومن أنماط السلوك الصحي الإيجابي ممارسة الرياضة والنوم الكافي المطمئن والعادات الغذائية الصحية نفسياً وبدنياً. (القص، 2016، ص121).

للسلوك الصحي ثلاثة ابعاد أساسية هي:

أ- البعد الوقائي:

ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها ان تحمي الانسان من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلاً او مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الضرورية.

ب- بعد المحافظة على الصحة:

وهذا يشير الى الممارسات التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال على الاكل الصحي مثل أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى.

ت- البعد بالصحة:

ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها ان تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها الى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم. (عثمان، 2001، ص31).

4. مجالات السلوك الصحي:

قد حددت منظمة الصحة العالمية (2012) أربعة مجالات للسلوك الصحي:

- **أولاً: مجالات العادات الصحية:** ويتعلق بتناول لإفطار الصباحي والغذاء وكل ما قد يأكل ويشرب.
- **ثانياً: مجال الممارسات الصحية والوقائية:** ويتعلق بتنظيف الاسنان وغسل اليدين وشرب الماء والحفاظ على الصحة وممارسة الرياضة والوقاية من الأمراض المعدية.
- **ثالثاً: مجال الصحة النفسية:** تفادي القلق والحزن وتجنب المواقف التي تسبب قلق نفسي او ضغط.
- **رابعاً: مجال التدخين والمنشطات والموارد المخدرة.** (منظمة الصحة العالمية)

5. النظريات التي تناولت السلوك الصحي:

تسعى النظريات لتفسير السلوك الصحي وفهم العوامل التي تؤثر على قرارات الافراد الصحية، كما تستخدم في تصميم برامج توعية فعالة، مما يساهم في تحسين الصحة العامة وتغيير السلوك الصحي الخاطئ.

ومن النظريات التي تمكنا من الاطلاع عليها:

- أولاً: نظرية المعتقد الصحي (Heath belief model):

وهي نظرية تعد أكثر انتشاراً وتتناول أسباب الالتزام بالتصرفات الصحية أو عدم الالتزام بها وقد طرحت في محاولة لتغيير أسباب امتناع الناس عن الاخذ بالأساليب الوقائية من الامراض أو إجراء الفحوصات الطبية في المراحل المبكرة من المرض.

وقد طور المعتقد الصحي في أوائل الخمسينات من قبل علماء النفس الاجتماعيين العاملين في الخدمة الصحية العامة (الكروي، 2013، 24) ويسهم المعتقد الصحي الذي يرتبط مع المتغيرات الاجتماعية الديمغرافية والظروف الموقفية في بناء أو تشكيل قرار منطقي واحصائي وفردى من اجل القيام بسلوك صحي أو اتخاذ إجراءات تأمين صحي، فإذا ما اعتبر المدخن مثلاً: ان صحة غير مهددة أو اعتقد انه لن يؤثر على احتمال اصابته بالسرطان إذا توقف عن التدخين فإنه لن يقلع عن التدخين. (رضوان، 2001، ص07).

ثانياً "نظرية الفعل المدروس (theory of reasoned action):

لا تركز هذه النظرية على السلوك نفسه وإنما تركز على تشكيل النوايا وتحدد نوايا التصرف من خلال عاملين:

- الاتجاهات نحو السلوك المشكوك فيه.

- المعيار الذاتي، أي من خلال ضبك التوقعات الناجمة عن الآخرين.

وتشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذه النظرية وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات، أما القناعة المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب اشخاص أو مجموعات لإطار المرجعي للشخص، ومن اجل تعديل الاتجاهات أو المعايير الشخصي وبالتالي تعديل النوايا وأخيراً السلوك.

وفي تطوير اخر لأجزيين (ajzeen, 1998) أضيفت "القابلية الذاتية لضبط التصرف" والتي يقصد بها القناعة بقدرة الشخص على ان يقوم بالفعل بتصرف ما.

وطبقا لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لباندورا (bandora, 1986) فان نية الفرد من اجل القيام بالسلوك الصحي لا تتولد الا عندما يمتلك لإضافة الى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة المطابقة او المناسبة في الوقت نفسه، أي انه على الشخص الا يعتمد فقط ان التدخين مضر بالصحة مثلا من اجل ان يتوقف عن التدخين وانما عليه ان يكون مقنعا على انه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين. (رضوان وريشكة، 2001، ص08).

ثالثا: نظرية السلوك المقصود (theory of planned behavior):

وفق لهذه النظرية فان علماء النفس الصحي يركزون اهتمامهم على ربط الاتجاهات الصحية بشكل مباشر بالسلوك، وبناءا على ذلك فان السلوك الصحي هو النتيجة المباشرة للنوايا السلوكية التي تتشكل من ثلاث مكونات وهي:

- **الاتجاهات التي يحملها الفرد اتجاه أفعال محددة:** (تستند الى معتقدات حول النتائج المحتملة للسلوك والتقنيات لهذه النتائج).
- **المعايير الذاتية اتجاه الفعل** وترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون ان عليه القيام به (المعتقدات المعيارية) وبدافعية لهذه المرجعيات المعيارية.
- **الضبط السلوكي المدرك:** (وهو ما يحدث عندما يحتاج الفرد الى الشعور بانه قادر على أداء الفعل المطلوب وان السلوك المنتج سيحقق النتيجة المرجوة). الداغستاني والمفتي، (2010، ص24).

رابعاً: نظرية دافع الحفاظ على الصحة (protection motivation theory):

وفقاً لروجرز (rogers, 1985) فإن هذه النظرية تقوم على التمثيل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي وتفرق هذه النظرية بين أربعة مركبات للسلوك الصحي:

- الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.
- القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.
- القابلية المدركة لإجراء الفحص ما من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.
- توقعات الكفاءة الذاتية أي الكفاءة الذاتي لصد الخطر.
- وتسهم هذه المركبات في تشكيل ممارسة سلوك صحي. (رضوان وريشكة، 2001، ص 09).

6. العوامل المؤثرة على السلوك الصحي:

معظم الفرضيات التي تبحث في العوامل المؤثرة على السلوك الصحي للفرد تركز على العوامل البيئية لأنها محددات قوية لسلوك الفرد ولقد تم تمييز أربع عوامل هي:

- الاتاحة (a variabilité)

ويقصد بها مدى توفر المواد الاستهلاكية وما ينجز عنها من تأثير على الصحة، فمثلاً التبغ عبارة عن مادة استهلاكية متوفرة ولكن استهلاكها ينجز عنه الكثير من المتاعب الصحية والتي تتمثل في سلوكيات سلبية وغير صحية لذلك توفر هذه المواد في بيئة الفرد يمكن ان يعمل على تغيير سلوك الفرد بدون تأثير لاتجاهات، المعتقدات والمعارف.

- البنية المادية (psys cal structure):

وتضم بنية ومميزات المنتج (المادة لاستهلاكية) التي قد تعمل على خفض او زيادة فرصة السلوكيات الصحية وكذا النتائج الصحية وبالتالي فهي تؤثر على نفسية الفرد ومنه

سلوكه الصحي أي ان بنية المادة تبعث في الفرد أفكار تميز بين السلوك المقبول والسلوك غير المقبول.

- البنية الاجتماعية (social structure):

تضم البنيات الاجتماعية القوانين او السياسات التي تشجع او تمنع بعض السلوكيات، وبالتالي هذه البنيات تعمل على وضع طريق (نهج) محدد لسلوكيات الخطر الكبير من جهة ويمكن من جهة أخرى ان يوفر هيكل للحث على الابتعاد عن السلوكيات الخطر.

- الثقافة ووسائل الاعلام (culture and media message):

وتتمثل في مختلف الرسائل التي تبعث بها وسائل الاعلام الى مختلف شرائح المجتمع وما تتضمنه من الحث على سلوكيات معينة، وبالتالي وسائل الاعلام لها تأثير على السلوك ومن المعلوم انها ترفع او تخفض من استهلاك المواد التي تعود بنتائج سلبية على الصحة مثل التبغ، الكحول، والمواد عالية الدسم. (بليوي، 2014، ص25).

1. مفهوم التنور الصحي:

- المفهوم اللغوي للتنور:

كلمة تنور مشتقة من الفعل تنور او استنارة بمعنى الاستضاءة، ويقصد بها الاستضاءة الروحية والعقلية، استنارة الفرد يعني جلاء ظلمة روحه وعقله بالعلم والمعرفة. (صبري والرافعي، 2001).

- المفهوم الاصطلاحي:

قدمت جمعية الصحة العامة الكندية تعريف للتنور الصحي الخاص بها، مشيرة الى انه "القدرة على الوصول الى المعلومات وفهمها وتقييمها وايصالها كوسيلة لتعزيز الصحة والحفاظ عليها وتحسينها في مجموعة متنوعة من البيئات على مدار الحياة". (2008, rootman)

- مفهوم التنور الصحي الرقمي:

حسب (2000, Parker ratzan) هي الدرجة التي يتمتع بها الافراد بالقدرة على الحصول على المعلومات والخدمات الصحية الأساسية ومعالجتها وفهمها لاتخاذ القرارات اللازمة والصحية المناسبة.

يعرف أيضا (Eng, 2001) التنور الصحي الرقمي على انه استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الناشئة وخاصة الانترنت لتحسين او تمكين الصحة والرعاية الصحية. أما بالنسبة (Skinner, Norman) فهي القدرة على العثور على المعلومات المتعلقة بالصحة من الموارد الالكترونية وفهمها وتقييمها وتطبيق هذه المعلومات لحل مشكلة صحية او معالجتها. (2006, Skinner, Norman)

ومن خلال المفاهيم السابقة نستخلص ان التنور الصحي الرقمي يعد من المهارات الحيوية، حيث يمكن الافراد من الوصول الى المعلومات الصحية غير الوسائط الالكترونية وفهمها وتحليلها كما يساعد في اتخاذ قرارات صحية مستنيرة.

2. أهمية التنور الصحي الرقمي:

لقد أقر (shellenbaryer et robb, 2014) بأهمية التنور الصحي الرقمي في تحسين النتائج الصحية للمستهلكين وجودة الرعاية الصحية، كما تعتقد وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الامريكية ان التنور الصحي الرقمي يمكن ان يدعم الرعاية، ويعزز سلامة الرعاية الصحية، ويحسن مهارات اتخاذ القرارات المتعلقة بها ويطور المهارات والمعارف الصحية. كما انه يحسن معرفة المستهلكين بحالتهم الصحية ويمكن ان يشجع على تغييرات إيجابية في سلوكهم الصحي وقدرتهم على اتخاذ القرارات (bag, she, 2009)، مما يمكنهم بدوره من اعداده مشاكلهم الصحية بشكل افضل.

3. أنواع التنور الصحي الرقمي:

- **التنور الصحي التقليدي:** يتضمن مهارات القراءة والكتابة الأساسية، مثل قراءة النص وفهم المقاطع المكتوبة، والتحدث والكتابة بلغة متماسكة.
- **التنور الصحي المعلوماتية:** وفقا لجمعية المكتبات الامريكية، فان التثقيف يتضمن معرفة الشخص "بكيفية تنظيم المعرفة، وكيفية العثور على المعلومات، وكيفية استخدام المعلومات بطريقة تمكن الاخرس من التعلم منها".
- **التنور الصحي الإعلامي:** يتضمن القدرة على التفكير النقدي حول محتوى الوسائط، ويمكن الناس من وضع المعلومات في سياق اجتماعي وسياسي والنظر في قضايا مثل السوق وعلاقات الجمهور، وكيف تشكل اشكال الوسائط في حد ذاتها الرسالة التي يتم نقلها.

- **التنور الصحي الصحيحة:** تعرضه الجمعية الطبية الامريكية بانه قدرة الشخص على أداء مهام القراءة الأساسية والحساسية اللازمة للعمل في بيئة الرعاية الصحية يستطيع المرض الذين يتمتعون بمعرفة صحية كافية قراءة معلومات الرعاية الصحية.
- **التنور الصحي الحاسوبي:** يتضمن القدرة على استخدام الحاسوب لحل المشكلات ووفقا ل Skinner et Norman فان اجادة استخدام الحاسوب تشمل القدرة على التكيف مع التقنيات والبرامج الجديدة وتشمل الوصول المطلق والنسبي الى موارد الصحو الالكترونية
- **الثقافة العلمية:** يتضمن فهم طبيعة واهداف وأساليب وتطبيقات وقيود وسياسات انشاء المعرفة بطريقة منهجية، يسمح بوضع نتائج البحوث الصحية في السياق المناسب ويتطلب فهم عملية لاكتشاف.

تمهيد:

بعد التطرق الى إشكالية البحث، وفرضيات الدراسة، وكذا الجانب النظري لمتغيراتها، سيتم التطرق في الجانب التطبيقي، من خلال الفصل الرابع الى الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة والمتمثلة في الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستخدم المعاينة (طريقة اختيار العينة)، حجم وخصائص العينة، مكان وطريقة اجراء الدراسة، بالإضافة الى الأدوات والأساليب لإحصائية المستخدمة، أما الفصل الخامس والأخير سيتم عرض تحليل ومناقشة النتائج المتوصل اليها، ولانتهاء بخاتمة البحث.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى التي تمكن الباحث من الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها، والتعرف على خصوصيات الموضوع ميدانيا، لهذا كان الهدف من الدراسة الاستطلاعية التعرف على مدى صلاحية الأدوات المتمثلة في مقياس التنور الصحي الرقمي (eheals scale)، مقياس السلوك الصحي الإيجابي للتحقق من هذا الهدف تم اتباع الخطوات التالية:

- ترجمة الأدوات من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية.
- عرض الأدوات على محكين من أستاذة علم النفس بجامعة مولود معمري، إذا طلب منهم ايداء الرأي حول بنود المقياس من حيث سلامة الترجمة واللغة.

2. منهج الدراسة:

تم الاعتماد في الدراسة الحالية على المنهج الوصفي الذي يعرف بأنه طريقة لدراسة الظواهر او المشكلات العلمية من خلال القيام بالوصف بطريقة علمية، ومن ثم الوصول الى منطقة لها دلائل وبراهين تمنح الباحث القدرة على وضع اطر محددة للمشكلة، ويتم استخدام ذلك في تحديد نتائج البحث. (عمر، سيف الإسلام، 2009، 69).

3. المعاينة:

يتمثل المجتمع الأصلي في الدراسة الحالية في طلاب جامعة مولود معمري بتيزي وزو، ولقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المعاينة غير احتمالية، وبالضبط الكرة الثلجية، وهي طريقة لأخذ العينات حيث يقوم أحد الأشخاص الذين تمت مقابلتهم بإعطاء الباحث اسم واحد على الأقل من الأشخاص المحتملين الذين تمت مقابلتهم، يقدم هذا الشخص الذي تمت

مقابلته، بدوره اسم شخص واحد على الأقل محتمل اخر تمت مقابلته، مع نمو العينة مثل كرة الثلج المتدرجة، إذا تم توفير أكثر من إحالة واحدة لكل شخص تمت مقابلته.

وقد تم اختيار عينة الدراسة وفق الشروط التالية:

- ان يكون افراد العينة من كلا الجنسين.
- ان يكون افراد العينة من طلبة جامعة مولود معمري تيزي وزو جميع التخصصات.

4. حجم وخصائص العينة:

1.4 حجم العينة: شملت الدراسة الحالية على 775 طالب وطالبة حيث شمل عدد الذكور 360 أما بالنسبة للإناث 415.

2.4 خصائص العينة: يتميز افراد العينة بمجموعة من الخصائص، كما هي موضحة في الجدول التالية:

5. أدوات الدراسة الأساسية:

يسعى كل باحث لجمع المعلومات من الميدان، ولن يأتي له ذلك بالاستخدام مجموعة من الأدوات التي تمكنه من الحصول على البيانات والمعلومات عن موضوع دراسته، تتمثل الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة فيما يلي:

1.5 الاستبيان السوسيوديمغرافي:

تم اعداد استبيان سوسيوديمغرافي الكتروني بهدف جمع معلومات أساسية حول الخصائص الاجتماعية والديمغرافية للمشاركين، وقد تضمن الاستبيان أسئلة متعلقة بالعمر، الجنس، التخصص، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية والحالة الصحية ومكان لإقامة وذلك لتحليل مدى تأثير هذه المتغيرات على مستوى التنور الصحي الرقمي والسلوكيات الصحية لإيجابية لدى الطلبة.

2.5 مقياس التنور الصحي الرقمي (eheals literacy (eheals):

تم بناء المقياس من طرف (Skinner) و (Norman) سنة (2006) لتقييم قدرة الافراد على البحث عن المعلومات الصحية عبر الانترنت وفهمها وتقييم موثوقيتها واستخدامها في اتخاذ قرارات صحية.

1.2.5 وصف المقياس:

يتكون المقياس من 08 بنود تقاس باستخدام مقياس ليكرت خماسي يتراوح من (01) لا أوافق بشدة، الى (05) أوافق بشدة.

2.2.5 طريقة التصحيح:

يتم تصحيح مقياس التنور الصحي الرقمي من خلال جمع درجات استجابات المشاركين على البنود الثمانية، والتي تقاس وفق مقياس ليكرت خماسي يتراوح من (01) "لا أوافق بشدة" الى (05) "أوافق بشدة"، تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 08 كحد أدنى و 40 كحد أقصى، حيث تشير الدرجة الأعلى الى مستوى اعلى من التنور الصحي الرقمي لدى الفرد.

3.2.5 طريقة التفسير:

تشير الدرجات في مقياس (eheals) (08 إلى 40) الى مستوى مهارات الفرد، حيث تعتبر الدرجات من 08 إلى 20 منخفضة، ومن 21 إلى 30 متوسطة، ومن 31 إلى 40 مرتفعة، كلما اقتربت الدرجة من الحد العلى (40)، دل ذلك على قدرة أفضل في البحث، الفهم، التقييم، بينما تشير الدرجات المنخفضة الى ضعف الحاجة لتحسين هذه المهارات.

4.2.5 الخصائص السيكومترية للدراسة الاصلية للمقياس:

أظهرت الدراسة الاصلية (Skinner et Norman) معاملة الثبات الداخلي الفا كرونباخ 0,88 مما يدل على اتساق داخلي مرتفع كما أظهرت النتائج ارتباط إيجابيا.

6. مقياس السلوك الصحي الإيجابي (PHBS)

تم تطوير مقياس السلوك الصحي الإيجابي من قبل الباحثة البولندية (Magdalena وآخرون) سنة 2008، والذي يهدف الى قياس السلوكيات الصحية الإيجابية.

1.6 طريقة تفسير المقياس:

تفسر نتائج المقياس بناءا على الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الفرد من أصل 90 نقطة، تشير الدرجات المرتفعة الى مستوى عال من السلوكيات الصحية الإيجابية، في حين تشير الدرجات المتوسطة (31-60) الى سلوك صحي معتدل، وتعد الدرجات المنخفضة (أقل من 30) مؤشرا على ضعف في ممارسة السلوكيات الصحية.

2.6 وصف المقياس:

يتكون المقياس من 30 بندا موزعة على خمسة ابعاد رئيسية: التغذية الصحية، الاسترخاء، والصحة النفسية، السلامة، العناية بالجسم والنشاط البدني.

3.6 طريقة التصحيح:

يتم تصحيح المقياس من خلال جمع درجات استجابات المشاركين على البنود 30، حيث تسجل الاستجابات وفق مقياس ليركت رباعي: (0= نادرا، 1= أحيانا، 2= غالبا، 3= تقريبا دائما).

4.6 الخصائص السيكومترية للدراسة الاصلية للمقياس:

أظهرت الدراسة الاصلية لمقياس التي أجريت عام 2008 خصائص سيكومترية جيدة، حيث بلغ معامل الثبات الداخلي الفا كرونباخ 0,823 مما يدل على اتساق داخلي مقبول، كما أشارت نتائج تحليل العوامل الى صدق بنائي معقول.

7. زمان ومكان اجراء الدراسة:

أجريت الدراسة في شهر ماي 2025 على مستوى جامعة مولود معمري تيزي وزو.

8. كيفية اجراء الدراسة:

تم جمع معطيات الدراسة من خلال تطبيق استبيان الكتروني على طريقة نماذج غوغل (Google frome)، يضم أدوات البحث وقد تم شرح الهدف منه بالغة سهلة وواضحة من خلال المنشور وقد تم نشر رابط لاستبيان على صفحات طلبة الجامعة بعد اجراء لقاءات مع الوسطاء المتمثلين في الطلبة، كما أيضا تم نشره في موقع من مواقع التواصل الاجتماعي.

9. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

بعد جمع المعطيات، فرزها وتفرغها في جداول قصد معالجتها احصائيا باستعمال برنامج الرزنامة الإحصائية للعلوم الاجتماعية spss20، تم تحليل بيانات الدراسة باتباع الأساليب الإحصائية التالية:

- معامل ارتباط بيرسون لحساب الصدق الداخلي لبنود أدوات.
- معامل ثبات الفا كرونباخ لحساب ثبات أدوات الدراسة.
- معادلة سبيرمان - براون، لتصحيح معامل الارتباط عند حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية للأدوات.
- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص عينة الدراسة.
- المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لتحديد ترتيب الأبعاد لأدوات الدراسة.
- الاختبار التثائي، t-test لعينة واحدة لمقارنة بين متوسطات العينة والمتوسطات الافتراضية.

العينة = 150

الجنس = 36,7% ذكور و 63,3% إناث

السن = 18 - 37 سنة، بمتوسط 23,75، وانحراف معياري 3,58.

استبيان التنور الصحي الرقمي

الصدق: للتحقق من صدق استبيان التنور الصحي الرقمي تم استخدام طريقة الصدق الداخلي من خلال معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس.

جدول () : معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لاستبيان التنور الصحي الرقمي

البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	**0,76	5	**0,85
2	**0,86	6	**0,80
3	**0,85	7	**0,60
4	**0,79	8	**0,55

** دال عند 0,01

يتضح الجدول () أن معظم معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للاستبيان مرتفعة تتراوح بين (0,55 - 0,86)، لأنها تتعدى الحد الأدنى للاتساق الداخلي (0,30)، ودالة عند مستوى 0,05. وعليه فإن البنود متسقة مع الدرجة الكلية للاستبيان، وهذا يدل على أنها صادقة.

الثبات: للتحقق من ثبات درجات استبيان التنور الصحي الرقمي تم استخدام معامل "ألفا" للتناسق الداخلي، و"معامل سبيرمان-براون" للتجزئة النصفية بين البنود.

جدول () : معاملات ثبات درجات استبيان التنور الصحي الرقمي

الاستبيان	عدد البنود	معامل ألفا	معامل سبيرمان-براون
التنور الصحي الرقمي	8	0,89	0,91

يتضح من الجدول () أن معامل الثبات "ألفا" للتناسق الداخلي مرتفع يقدر بـ (0,89)، ومعامل "سبيرمان-براون" للتجزئة النصفية مرتفع أيضاً يقدر بـ (0,91)، وهذا يشير إلى تمتع درجات استبيان التنور الصحي الرقمي بمستويات ثبات عالية.

مقياس السلوك الصحي الايجابي

الصدق:

تم التحقق من صدق مقياس السلوك الصحي الإيجابي باستخدام طريقة الصدق الداخلي التي اعتمدت على تقدير معاملات الارتباط "بيرسون" بين درجات الأبعاد (التغذية، العناية بالجسم، النوم والراحة والصحة النفسية، السلامة، النشاط البدني).

جدول () : معاملات الارتباط بين أبعاد مقياس السلوك الصحي الايجابي

الأبعاد	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
التغذية (1)	---	0,38**	0,29**	0,12**	0,34**
العناية بالجسم (2)	---	---	0,34**	0,49**	0,21**
النوم، الراحة والصحة النفسية (3)	---	---	---	0,29**	0,33**
السلامة (4)	---	---	---	---	0,24**
النشاط البدني (5)	---	---	---	---	---

** دال عند 0,01

يتضح من الجدول () أن معاملات الارتباط بين الأبعاد تتراوح بين (0,12 - 0,49) ودالة عند مستوى 0,01. وهذا يعني بأن الأبعاد فيما بينها متسقة إلى حد ما، وهذا يدل أن مقياس السلوك الصحي الإيجابي ذات صدق داخلي مقبول.

الثبات:

للتحقق من ثبات درجات مقياس السلوك الصحي الإيجابي بأبعاده (التغذية، العناية بالجسم،

النوم والراحة والصحة النفسية، السلامة، النشاط البدني)، تم الاعتماد على طريقة التناسق الداخلي لـ "ألفا كرونباخ"

جدول () : معاملات الثبات "ألفا" لدرجات أبعاد مقياس السلوك الصحي الايجابي

الأبعاد	عدد البنود	معامل "ألفا"
التغذية	9	0,70
العناية بالجسم	7	0,65
النوم، الراحة والصحة النفسية	7	0,61
السلامة	5	0,82
النشاط البدني	4	0,68
المقياس الكلي	32	0,87

يوضح الجدول () أن معاملات الثبات "ألفا" بين بنود أبعاد المقياس جاءت من مقبولة إلى مرتفعة تتراوح بين (0,61 - 0,82)، وأن معامل "ألفا" للمقياس الكلي مرتفع يقدر بـ (0,87). لذلك فان مقياس السلوك الصحي الايجابي ذات مستويات ثبات مقبولة.

النتائج:

1- ما مستوى السلوك الصحي الايجابي بأبعاده لدى الطلبة الجامعيين؟

تم الإجابة على هذا التساؤل باستخدام الاحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) لدرجات السلوك الصحي الايجابي بأبعاده (التغذية، العناية بالجسم، النوم والراحة والصحة النفسية، السلامة، النشاط البدني) لدى الطلبة الجامعيين. وقد تم مقارنة المتوسطات الحسابية لدرجات السلوك الصحي الايجابي بأبعاده بالمجالات التالية:

من 1,00 إلى 1,66: منخفض

من 1,67 إلى 2,33: متوسط

من 2,34 إلى 3,00: مرتفع

جدول () : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات السلوك الصحي الايجابي بأبعاده

الأبعاد	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	النسبة %
التغذية	775	1,64	0,42	منخفض	54,67%
العناية بالجسم	775	1,78	0,46	متوسط	59,33%
النوم والراحة والصحة النفسية	775	1,64	0,46	منخفض	54,67%
السلامة	775	2,10	0,58	متوسط	70%
النشاط البدني	775	1,48	0,51	منخفض	49,33%
السلوك الصحي الايجابي	775	1,72	0,34	متوسط	57,33%

يتضح من الجدول () أن مستوى السلوك الصحي الايجابيمتوسط لدى الطلبة الجامعيين، حيث يبلغ المتوسط الحسابي (1,72) الذي يندرج ضمن مجال المستوى المتوسط "1,67 - 2,33"، بانحراف معياري يقدر بـ (0,34).

كما أن مستوى بُعدي العناية بالجسم، والسلامة لدى الطلبة الجامعيين متوسط، لأن المتوسط الحسابي للعناية بالجسم (1,78)، والسلامة (2,10) يندرجان ضمن مجال المستوى المتوسط "1,67 - 2,33"، بانحرافين معياريين يقدران بـ (0,46) و(0,58).

في حين أن مستوى كل من التغذية، والنوم والراحة والصحة النفسية، والنشاط البدني منخفض لدى الطلبة الجامعيين، فقد بلغت المتوسطات الحسابية لها (1,64) و(1,64) و(1,48)، وهي تتدرج ضمن مجال المستوى المنخفض "1,00 - 1,66"، بانحرافات معيارية قُدرت بـ (0,42)، (0,46)، (0,51) على التوالي.

توصلت نتائج التساؤل إلى أن مستوى السلوك الصحي الايجابي بُعدي العناية بالجسم، والسلامة متوسط، بينما مستوى التغذية، والنوم والراحة والصحة النفسية، والنشاط البدني منخفض لدى الطلبة الجامعيين.

2- ما مستوى التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين ؟

للتحقق من التساؤل تم حساب الاحصاءات الوصفية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) لدرجات التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين. ولتحقيق ذلك، تم مقارنة المتوسط الحسابي لدرجات التنور الصحي الرقمي بالمستويات التالية:

- من 1,00 إلى 2,33: منخفض

- من 2,34 إلى 3,66: متوسط

- من 3,67 إلى 5,00: مرتفع

جدول () : المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات التنور الصحي الرقمي

المتغير	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	النسبة %
التنور الصحي الرقمي	775	3,64	0,64	متوسط	72,8%

يوضح الجدول () أن مستوى التنور الصحي الرقمي متوسط لدى الطلبة الجامعيين، فقد بلغ المتوسط الحسابي لدرجات التنور الصحي الرقمي (3,64) الذي يندرج ضمن مجال المستوى المتوسط "2,34 - 3,66"، بانحراف معياري يقدر بـ (0,64). وبالتالي توصلت نتائج التساؤل إلى أن مستوى التنور الصحي الرقمي متوسط لدى الطلبة الجامعيين.

3- هل هناك فروق في درجات السلوك الصحي الايجابي حسب الجنس والسن والتخصص لدى الطلبة الجامعيين؟

للتحقق من هذا التساؤل تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي الاتجاه "ف" في حالة (ن) عامل للتعرف على دلالة الفروق في السلوك الصحي الايجابي حسب متغيرات الجنس، والسن (من 18 إلى 25 سنة، من 26 إلى 33 سنة، من 34 إلى 42 سنة)، والتخصص (أدبي، علمي) لدى الطلبة الجامعيين.

جدول () : نتائج تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في السلوك الصحي الايجابي حسب الجنس والسن والتخصص

قيمة p	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الفئات	مصدر التباين
0,06	3,39	0,34	1,73	360	ذكر	الجنس
		0,34	1,70	415	أنثى	
0,10	2,28	0,34	1,70	527	18- 25 سنة	السن
		0,33	1,73	226	26- 33 سنة	
		0,32	1,86	22	34- 42 سنة	
0,01	5,70	0,35	1,68	321	أدبي	التخصص
		0,33	1,74	454	علمي	

يتضح من الجدول () وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,01 فيالسلوك الصحي الايجابي حسب التخصص، فقد جاءت قيمة "ف" (5,707) دالة عند مستوى 0,05 باعتبار أن القيمة الاحتمالية (0,017) أصغر من مستوى الدلالة 0,05. وجاءت الفروق فيالسلوك الصحي الايجابي لصالح الطلبة العلميين بمتوسط (1,74) أكبر من متوسط الطلبة الأدبيين (1,68).

في حين أنه لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 فيالسلوك الصحي الايجابي حسب الجنس، لأن قيمة "ف" (3,392) غير دالة عند مستوى 0,05 لأن القيمة الاحتمالية (0,066) أكبر من مستوى الدلالة 0,05. بالإضافة إلعدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 فيالسلوك الصحي الايجابيحسب السن، على اعتبار أن قيمة "ف" (2,288) غير دالة عند مستوى 0,05، حيث أن القيمة الاحتمالية (0,102) أكبر من مستوى الدلالة 0,05.

كشفت نتائج التساؤل على أنه توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 فيالسلوك الصحي الايجابي حسب التخصص لصالح العلميين، بينما لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 فيالسلوك الصحي الايجابي حسب الجنس والسن.

4- هل هناك فروق في درجات السلوك الصحي الايجابي حسب المنطقة السكنية ومكان الإقامة لدى الطلبة الجامعيين؟

لاختبار التساؤل تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي الاتجاه "ف" في حالة (ن) عامل للتعرف على دلالة الفروق في السلوك الصحي الايجابي حسب متغيري المنطقة السكنية (ريفية، حضرية)، ومكان الإقامة (المنزل العائلي، الإقامة الجامعية، مكان آخر) لدى الطلبة الجامعيين.

جدول () : نتائج تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في السلوك الصحي الايجابي حسب

المنطقة السكنية ومكان الإقامة

مصدر التباين	الفئات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	قيمة p
المنطقة السكنية	ريفية	407	1,69	0,33	4,085	0,04
	حضرية	368	1,74	0,35		
مكان الإقامة	المنزلالعائلي	502	1,71	0,33	0,255	0,77
	الإقامةالجامعية	263	1,72	0,36		
	مكان آخر	10	1,69	0,21		

يتضح من الجدول () وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 فيالسلوك الصحي الايجابي حسب المنطقة السكنية، فقد جاءت قيمة "ف" (4,085) دالة عند مستوى 0,05 على اعتبار أن القيمة الاحتمالية (0,044) أصغر من مستوى الدلالة 0,05. وقد جاءت

الفروق في السلوك الصحي الايجابي لصالح الساكنين بالمنطقة الحضرية بمتوسط (1,74) أكبر من متوسط (1,69) الساكنين بالمنطقة الريفية.

في حين عدم وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 فيالسلوك الصحي الايجابي حسب مكان الإقامة، حيث أن قيمة "ف" (0,255) غير دالة عند مستوى 0,05 باعتبار أن القيمة الاحتمالية (0,755) أكبر من مستوى الدلالة 0,05، ويبدو ذلك واضحاً من المتوسطات الحسابية لأماكن الإقامة؛ المنزل العائلي (1,71)، والإقامة الجامعية (1,72)، والمكان الآخر (1,69) المتقاربة.

توصلت نتائج التساؤل إلى أنه توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 في السلوك الصحي الايجابي حسب المنطقة السكنية لصالح الساكنين بالمنطقة الحضرية، في حين لا توجد فروق دالة عند مستوى 0,05 في السلوك الصحي الايجابي حسب مكان الإقامة لدى الطلبة الجامعيين.

5- هل هناك فروق في درجات التنور الصحي الرقمي حسب الجنس والسن والتخصص لدى الطلبة الجامعيين؟

للإجابة على هذا التساؤل تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي الاتجاه "ف" في حالة (ن) عامل للتعرف على دلالة الفروق في التنور الصحي الرقمي حسب متغيرات الجنس، والسن (من 18 إلى 25 سنة، من 26 إلى 33 سنة، من 34 إلى 42 سنة)، والتخصص (أدبي، علمي) لدى الطلبة الجامعيين.

جدول () : نتائج تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في التنور الصحي الرقمي حسب الجنس والسن والتخصص

قيمة p	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الفئات	مصدر التباين
0,14 6	2,12 2	0,62	3,67	360	ذكر	الجنس
		0,65	3,61	415	أنثى	
0,00 3	5,89 4	0,63	3,63	527	18-25 سنة	السن
		0,62	3,71	226	26-33 سنة	
		0,85	3,24	22	34-42 سنة	
0,59 7	0,28 0	0,63	3,66	321	أدبي	التخصص
		0,65	3,63	454	علمي	

يوضح الجدول () أنه توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,01 في التنور الصحي الرقمي حسب السن، حيث أن قيمة "ف" (5,894) دالة عند مستوى 0,05 لأن القيمة الاحتمالية (0,003) أصغر من مستوى الدلالة 0,01.

بينما لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي حسب الجنس، باعتبار أن قيمة "ف" (2,122) غير دالة عند مستوى 0,05 لأن القيمة الاحتمالية (0,146) أكبر من مستوى الدلالة 0,05. كما أنه لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي حسب التخصص، لأن قيمة "ف" (0,280) غير دالة عند مستوى 0,05 فالقيمة الاحتمالية (0,597) أكبر من مستوى الدلالة 0,05.

توصلت نتائج التساؤل إلى أنه توجد فروق دالة عند مستوى 0,01 في التنور الصحي الرقمي حسب السن، في حين أنه لا توجد دالة عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي حسب الجنس والتخصص.

بما أن هناك فروق دالة عند مستوى 0,01 في التنور الصحي الرقمي حسب السن، فانه من الضروري إرفاق اختبار "ف" الأحادي الاتجاه باختبار المقارنات المتعددة للتعرف على دلالة الفروق بين كل زوجين من فئات السن (من 18 إلى 25 سنة، من 26 إلى 33 سنة، من 34 إلى 42 سنة) في التنور الصحي الرقمي.

جدول () : نتائج اختبار LSD للمقارنات المتعددة لدلالة الفروق فيالتنور الصحي الرقمي

حسب السن

قيمة p	الخطأ المعياري	متوسط الفرق MD	المقارنات	
			26 - 33 سنة	18 - 25 سنة
0,133	0,05	-0,08	26 - 33 سنة	18 - 25 سنة
0,006	0,14	0,38*	34 - 42 سنة	18 - 25 سنة
0,001	0,14	0,46*	34 - 42 سنة	26 - 33 سنة

*دال عند 0,05

يتضح من الجدول () أنه توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي بين فئتي 18-25 سنة و 34 - 42 سنة $p = 0,006$; $MD = 0,38$; $p < 0,05$ لصالح فئة 18-25 سنة، وبين فئتي 26-33 سنة و 34 - 42 سنة $p = 0,001$; $p < 0,05$; $MD = 0,46$ لصالح فئة 26-33 سنة. بينما لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي بين فئتي 18-25 سنة و 26 - 33 سنة $p = 0,133$; $p > 0,05$; $MD = -0,08$.

وبناء عليه توجد فروق دالة احصائيا عند 0,05 في التنور الصحي الرقمي بين فئتي 18-25 سنة و 34 - 42 سنة لصالح فئة 18-25 سنة، وبين فئتي 26-33 سنة و 34 - 42 سنة لصالح فئة 26-33 سنة. بينما لا توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي بين فئتي 18-25 سنة و 26 - 33 سنة.

6- هل هناك فروق في درجات التنور الصحي الرقمي حسب مدة استعمال الأنترنترنت لدى الطلبة الجامعيين؟

للتحقق من التساؤل تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين أحادي الاتجاه "ف" للتعرف على دلالة الفروق في درجات التنور الصحي الرقمي حسب مدة استعمال الأنترنترنت (أقل من سنة، من سنة إلى 4 سنوات، أكثر من 5 سنوات) لدى الطلبة الجامعيين.

جدول () : نتائج تحليل التباين أحادي الاتجاه "ف" لدلالة الفروقالتنور الصحي الرقمي حسب مدة استعمال الأنترنترنت

المتغير	مدة استعمال الأنترنترنت	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	درجات الحرية	قيمة p
التنور الصحي الرقمي	أقل من سنة	7	3,71	0,60	0,548	2	0,57
	من سنة إلى 4 سنوات	59	3,56	0,65			
	أكثر من 5 سنوات	709	3,65	0,64			
						772	8

يوضح الجدول () أنه لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في درجات التنور الصحي الرقمي حسب مدة استعمال الأنترنترنت لدى الطلبة الجامعيين، حيث أنقيمة "ف" (0,548) عند درجة حرية (2، 772) غير دالة احصائياً عند مستوى 0,05 لأن القيمة الاحتمالية (0,578) أكبر من مستوى الدلالة 0,05.

ويبدو ذلك واضحاً من المتوسطات الحسابية لفئات مدة استعمال الأنترنترنت التي جاءت متقاربة في التنور الصحي الرقمي، حيث أن يبلغ متوسط فئة مستعملي الأنترنترنت "أقل من سنة" (3,71)، ومتوسط "فئة من سنة إلى سنوات (3,56)، ومتوسط فئة أكثر من 5 سنوات (3,65)، بانحرافات معيارية بلغت (0,60)، و(0,65)، و(0,64) على التوالي

كشفت نتائج التساؤل على أنه لا توجد فروق دالة احصائياً عند مستوى 0,05 في التنور الصحي الرقمي حسب مدة استعمال الأنترنت لدى الطلبة الجامعيين، بمعنى أنه لا تؤثر مدة استعمال الأنترنت بشكل دال على التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين.

7- هل هناك علاقة بين التنور الصحي الرقمي والسلوك الصحي الايجابي بأبعاده لدى الطلبة الجامعيين؟

للتحقق من التساؤل تم استخدام معامل الارتباط "بيرسون" الخطي للتعرف على دلالة العلاقة الارتباطية بين التنور الصحي الرقمي والسلوك الصحي الايجابي بأبعاده (التغذية، العناية بالجسم، النوم والراحة والصحة النفسية، السلامة، النشاط البدني) لدى الطلبة الجامعيين.

جدول (): معاملات الارتباط بين التنور الصحي الرقمي والسلوك الصحي الايجابي بأبعاده

التنور الصحي الرقمي			
القيمة الاحتمالية P	معامل الارتباط	عدد الأفراد	
0,059	-0,07	775	التغذية
0,113	0,06	775	العناية بالجسم
0,449	0,03	775	النوم والراحة والصحة النفسية
0,000	0,15**	775	السلامة
0,212	0,05	775	النشاط البدني
0,200	0,05	775	السلوك الصحي الايجابي

** دال عند 0,01

يتضح من الجدول () أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى 0,01 بين السلامة والتنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين، حيث أن معامل الارتباط (0,15) موجب ضعيف ودال عند مستوى 0,01 لأن القيمة الاحتمالية (0,000) أصغر من مستوى الدلالة 0,05.

في حين أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى 0,05 بين كل من أبعاد التغذية، والعناية بالجسم، النوم والراحة والصحة النفسية، والنشاط البدني، والسلوك الصحي الايجابي ومتغير التنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين، حيث أن معاملات الارتباط ضعيفة جداً تتراوح بين (-0,07) و(0,06)، وغير دالة عند مستوى 0,05 لأن القيم الاحتمالية لها التي تتراوح بين (0,059) و(0,449) أكبر من مستوى الدلالة 0,05.

وبناء عليه توصلت نتائج التساؤل إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى 0,01 بين السلامة والتنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين، بينما لا توجد علاقة ارتباطية دالة عند مستوى 0,05 بين التغذية، والعناية بالجسم، النوم والراحة والصحة النفسية، والنشاط البدني، والسلوك الصحي الايجابي والتنور الصحي الرقمي لدى الطلبة الجامعيين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1. الشربيني، لطفي، موسوعة شرح المصطلحات النفسية انجليزي، عربي، بيروت، دار النهضة العربية.
2. الهام إسماعيل شلبي، بانوراما الصحة العامة للجميع، 2009م.
3. النصيرية راية (2017)، العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي، ولاية صور، رسالة ماجستير، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوي.
4. بن غديقة شريفة، (2007)، السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة، رسالة ماجستير، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
5. بوبل مارتن (2001): العقل المريض، ط1، ترجمة عبد العلي الجسماني، بيروت، لبنان، الدار العربية للعلوم.
6. عينة عرعار، نوال بوضياف، (2020)، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المسيلة، الجزائر.
7. لبنى أحمان، صورية عبد الصمد، (2018)، مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي، جامعة باتنة1.
8. تايلور شيلبي (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة، بريك، وسام، درويش، وداواد، فوزي شاكور طعيمة، ط1، عمان، دار الحامد للنشر والتوزيع.
9. رضوان وريشكة، سامر جميل، (2001)، السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، كلية التربية، جامعة دمشق.

10. عثمان، يخلف (2001)، علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، الدوحة، دار الثقافة للطباعة والنشر.
11. رضوان سامر، (2002)، الصحة النفسية، الأردن، دار الميسر للنشر والتوزيع.
12. القص صليحة (2016)، فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى المراهقين، رسالة دكتوراة، كلية العلوم الإنسانية واجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
13. سعدة خممان (2017)، السلوك الصحي وعلاقته بالصحة النفسية لدى المصابين بالأمراض المزمنة، دراسة ميدانية بمستشفى بوقرة، بكارية، ولاية تبسة، مذكرة مكملة لنيل متطلبات شهادة ماستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.

المراجع الأجنبية :

- 14.Kawala,(1972):Cognitive Determinaters of achievement Behavior. Journal personality and social Behavior(21).
- 15.Ferber; V (1979) , “Gesmund heitsver halten “ , inh. Siegrist.A : Hendel-Kramer,wege Zun Arzt (5.7.23).
- 16.Chiao Ling Huang , Shu Cling Yong (2020) , the Associations between individual Factors, health literacy and health behaviors amorg collage students.
- 17.Seigo Mitsutake, Ai Shibate (2016) associations of health literacy with health-related behaviors, journal of medical Internetr Research 25, e 40778,2023.
- 18.Michael D.Basil and Debra Z.Basil and Debra Z.Basil (2009). Factors influencing Healthy eating habits AmoNG COLLEGE STUDENTS : An Application of the Health Belief Model. Health Marketing Quarterly, (26 (2),145-164.<https://doi.org/10.1080/07359680802619834>.

19. Wardla, S. (1997.09). Health, dietary, practice among European Students – Health psychology 443-450.
20. Saki Tsu Kagara, Satoshi Yamaguchi; Association of health literacy with lifestyle behaviors in university students, (2020) <https://preprints-jnuir.org/preprint/18155>, first published February.
21. Sok, S., Pal, K., Tuots, Chhoun. P. (2020) Health behaviours among male and female university students in Cambodia: a cross-sectional survey. Journal of Environmental and Public Health; 2020.
22. Wanchen Hsu, Chiang, Shuching Yong, (2014) The Effect of Individual Factors on Health Behaviors Among College Students (2014). <https://www.inis.org/2014/12/e287>.
23. Judy A. Driskell, Young-Nam Kim, Mskelly (2005) Few Differences Found in the Typical Eating and Physical Activity Habits of Lower-Level and Upper-Level University Students.
24. Norman Cd, Skinner Ha. Health literacy: essential skills for consumer health in a networked world J Med Internet Res 2006;(2):e9 (Free full text) (Medline).
25. Tyner K. Literacy in a digital world/ teaching and learning in the Age of Information. Mahwah, Nj: Erlbaum; 1998.
26. Presidential committee on information literacy, American Library Association. 1989. Jan 10. Final Report [URL: http://www.ala.org/ala/mgrps/divs/acrl/publications/whitepapers/presidential.cfm](http://www.ala.org/ala/mgrps/divs/acrl/publications/whitepapers/presidential.cfm) (accessed 2011-05-17) (web citecache).
27. Noelder, W. (1989). "Gesundheitspsychologie- Grundlagen und Forschung S Konzepte". INF. Rudiger, W. Nolder, D. Hang, Empirisch Beiträge (5.11.20). (Regensburg: Roderr Verlag).
28. Ferber, V. (1979) "Gesundes Verhalten", in: Siegrist A. Hended-Kramen, Wege. Zum avzt. Be. Ziehung (5.7.23). (München; Urban und Schwarzenberg).

