

مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في ضوء بعض المتغيرات

د. أروى عبدالله أحمد فارغ^(1,*)

© 2019 University of Science and Technology, Sana'a, Yemen. This article can be distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License](#), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

© 2019 جامعة العلوم والتكنولوجيا، اليمن. يمكن إعادة استخدام المادة المنشورة حسب رخصة مؤسسة المشاع الإبداعي شريطة الاستشهاد بال مؤلف والمجلة.

¹ أستاذ الإدارة المساعد

* عنوان المراسلة: arway2011@gmail.com

مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في ضوء بعض المتغيرات

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية، ومدى تأثره بالمتغيرات: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الأكاديمي، الكلية وسنوات الخبرة)، ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وقد استخدم اختبار السلوك الصحي الذي يحتوي على مظاهر معينة من السلوك الصحي وأبعاده الخمسة، وقامت الباحثة بإضافة وتعديل عدد من الفقرات لتناسب مع البيئة اليمنية، تكونت العينة من (125) فرداً، بلغ عدد المستجيبين (94) فرداً، وأظهرت نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي بين أعضاء هيئة التدريس كان متوسطاً، كما أشارت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي في ضوء متغيرات: (الجنس، العمر والكلية)، فيما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك الصحي في ضوء متغيرات: (الحالة الاجتماعية، المستوى الأكاديمي، وسنوات الخبرة)، وأوصت الباحثة بالاستفادة من نتائج الدراسة في المساعدة في الإعداد والتخطيط والتطوير لبرامج تعزيز السلوك الصحي، ورفع مستوى التوعية الصحية وثقافة التغيير التنظيمي في الجامعة بشكل خاص وفي المجتمع اليمني بشكل عام.

الكلمات المفتاحية: السلوك الصحي، أعضاء هيئة التدريس، المتغيرات الديمغرافية.

Effect of Some Variables on the Level of Health Behavior among Faculty Members at the University of Science and Technology - Yemen

Abstract:

The aim of this study was to identify the level of health behavior of faculty members at the University of Science and Technology- Yemen; and to what extent this level is affected by some variables, such as gender, age, marital status, academic level, college type and years of experience. To achieve the study objectives, the descriptive method was followed; and a test of the level of health behavior, consisting of certain health aspects and five dimensions, was used. Some items of the test were modified by the researcher in order to adapt them to the Yemeni context. The study sample consisted of 125 faculty members, but 94 of them took the test. The study results revealed that the level of health behavior among faculty members was medium. There were no statistically significant differences in the level of health behavior attributed to these variables: gender, age and college type. However, there were statistically significant differences in the level of health behavior attributed to these variables: marital status, academic level and years of experience. It was recommended that the study findings be taken into consideration to develop and plan programs for promoting health behavior and raising the level of health awareness and culture of organizational change in the university in particular and in the Yemeni society in general.

Keywords: health behavior, faculty members, demographic variables.

المقدمة:

أصبحت الصحة من المعايير الأساسية في تحديد تقدم المجتمعات من تحلفها، وبدأت مسألة السلوك الصحي وتعزيز ممارسته لدى الأفراد تحتل أهمية متزايدة.

وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتنميتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي، ولم تعد الصحة مفهوماً سلبياً يمكن تحقيقها في كل الأحوال، بل أصبحت مفهوماً ديناميكياً يحتاج إلى جهد وبذل من قبل الأفراد في سبيل تحقيقها والحفاظ عليها (العلوان، 2015).

كما تعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرّة بالصحة والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي، الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد الصحية والعمل على تطويرها، من خلال تحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، الأمر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تنمية الصحة وتطوير برامج الوقاية المناسبة والتنوعية، وهذا ما يتوافق مع ما تنادي به منظمة الصحة العالمية WHO من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها اجتماعياً والتغلب عليها (رضوان وريشكة، 2001).

وقد أشارت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام (2000) أن هناك حوالي 57 مليون وفاة سنوياً بسبب الإصابة بالأمراض المزمنة، كما تبين أن الأسباب المؤدية للإصابة بهذه الأمراض يمكن تجنبها وتشمل: ارتفاع نسبة الكوليسترول، وارتفاع ضغط الدم، والسمنة، والتدخين، والعادات الغذائية الخطأ، وعدم ممارسة الأنشطة البدنية والرياضية، كما ارتبط ظهور هذه الأمراض ببعض المتغيرات الثقافية والاجتماعية والعادات الصحية والحالة الاجتماعية والمستوى الاقتصادي والنوع والعرق والتعرض لضغوط نفسية مثل وفاة عزيز أو فقدان وظيفة والتعرض للاعتداء (التواصرة، عويس والهوراني، 2018).

ويشير تايلور إلى أن الدراسات والبحوث التي أجريت في مجال السلوك الصحي تشير إلى فلسفة مفادها أن الصحة الجيدة نتاج إنجاز شخصي تراكمي (النادر، القضاة والعلوان، 2016).

ولما كان فهم السلوك الإنساني يتطلب الإلمام بأسس التربية الصحية والتثقيف الصحي نجده يتطرق إلى مجالات النشاط الإنساني وسلوكيات الأفراد المختلفة سواء في المجال الاجتماعي أو التربوي أو المهني أو الطبي إلى غير ذلك، ومن الحقائق الثابتة أن سلوك أي فرد هو نتاج تفاعل خصائصه البيولوجية مع خصائص بيئته المحيطة، وأن هذه العوامل هي التي تحدد موقفه تجاه الأفراد والأشياء، وفي هذا مدعاة أكيدة لفهم طبيعة أنماط السلوك الإنساني السليمة والصحيحة، وهذا الأمر يتطلب الأخذ بمفاهيم التربية الصحية والتثقيف الصحي بشكل عام والصحة النفسية بشكل خاص، أما على مستوى مفاهيم التربية الصحية والتثقيف الصحي فذلك يعني تزويد المجتمع بالخبرات اللازمة بهدف التأثير على معلوماهم وممارستهم واتجاهاتهم فيما يخص الصحة تأثيراً جيداً، بحيث يصبح لدى الفرد أنماط سلوكية صحيحة سليمة، ومعنى ذلك أن من المهام الأساسية للتربية الصحية العمل على تكوين اتجاهات صحية سليمة بشكل عام سواء على مستوى الجسم أو العقل أو النفس الإنسانية (العماد، الصفي وأبو حويج، 2001).

كما أن حفظ النفس وسلامتها، وصحة الجسد مقصد هام اعتبره الفقهاء أحد مقاصد الشريعة الغراء والتي تحث على ذلك، ومن خلال البحث المنصف نجد أن تشريعات الإسلام كلها تولى هذا المقصد "حفظ البدن وصحته" مكانة خاصة، لا بل نجده ركناً أساسياً في معظم هذه التشريعات، ومن هنا نفهم كيف جعل النبي صلى الله عليه وسلم نعمة الصحة والعافية تلي نعمة الايمان في الاهمية، وذلك فيما ورد عن النبي صلى الله عليه وسلم: "سلاوا الله اليقين والمعافاة فما أوتي أحد بعد اليقين خيراً من العافية" (الدقر، 2001).

وتتطابق نظرة الإسلام للصحة مع المفهوم الحديث لها، فالصحة في مفهوم الطب الحديث ليست مجرد الخلو من العاهات أو الأمراض، بل أن يتمتع الفرد برصيد من القوة في وظائف أعضائه تجعله يتحمل ما قد يتعرض

له من مسببات كثير من الأمراض، وهذا تطابق معجز حقا مع ما قال به نبي الرحمة صلى الله عليه وسلم: "المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف" (الدقر، 2001).

كما أن هناك الكثير من التوجيهات النبوية فيما يخص الاهتمام بالصحة نتطرق هنا فقط إلى توجيهين نبويين، وذلك فيما يتعلق بسلوك التعرض للشمس، وسلوك شرب الماء، فمن الهدي النبوي على صاحبه أفضل الصلاة والسلام نتطرق إلى ما رواه أبو داود في سننه من حديث أبي هريرة قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "إذا كان أحدكم في الشمس فقلص عنه الظل، فصار بعضه في الشمس وبعضه في الظل فليقم". والحديث صححه الالباني في سنن أبي داود (1996، 4821).

أما سلوك شرب الماء فقد روى أبو هريرة رضي الله عنه، عن النبي صلى الله عليه وسلم أنه قال: "إذا شرب أحدكم فلا يتنفس في الإناء، فإذا أراد أن يعود فليتح الإناء، ثم ليعد إن كان يريد" (ابن ماجه، 2018، 3426).

وفى هذا السلوك حكم جمّة، وفوائد مهمة، وقد نبه صلى الله عليه وسلم على مجامعها بقوله: "إنه أروى، وأمرأ، وأبرأ؛ فأروى: أشد ريباً وأبلغه وأنفعه. وأبرأ: من البرء، وهو الشفاء، أي: يبرئ من شدة العطش ودائه، لتردده على المعدة الملتهبة دفعات، فتسكن الدفعة الثانية ما عجزت الأولى عن تسكينه، والثالثة ما عجزت الثانية عنه، وأيضاً فإنه أسلم لحرارة المعدة، وأبقى عليها من أن يهجم عليها البارد وهلة واحدة، ونهلة واحدة (الدقر، 2001).

لذلك كان من اللازم الاهتمام بالسلوك الصحي لدى أفراد المجتمع بشكل عام والأكاديميين بشكل خاص لأنهم يمثلون شريحة مهمة في المجتمع يقوم على كاهلها بناء جيل يستطيع النهوض بمجتمعه وإدراك هذه الطبقة الأكاديمية لأهمية السلوك الصحي سيجعلهم يمارسون السلوك الصحي السليم والذي سينعكس على أداؤهم الأكاديمي.

الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت مفهوم السلوك الصحي المهم والمتعلق بالسلوك الإنساني، وقد تنوعت تلك الدراسات بين الاهتمام بقياس مستوى السلوك الصحي، أو دراسة علاقة السلوك الصحي ببعض المتغيرات، وكذا دراسة الاتجاهات نحو السلوكيات الصحية، وبعضها هدف إلى قياس الوعي الصحي، وأخرى أشارت إلى علاقة الوعي الصحي ببعض المتغيرات، ومن أهم تلك الدراسات ما يلي:

دراسة زعطوط وقريشي (2014) التي أشارت إلى العلاقة الارتباطية الدالة والموجبة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والتدين لدى المرضى المزمنين، وتشير نتائجها عموماً إلى ضرورة التربية الصحية والعلاجية للمرضى المزمنين لتغيير اتجاهاتهم نحو السلوك الصحي اعتماداً على متغيرات متعددة من أهمها التدين، وقد توصلت الدراسة إلى أن الاتجاه السلبي نحو السلوك الصحي هو الغالب في العينة الكلية، كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في الاتجاه نحو السلوك الصحي.

ومن جانب آخر جاءت دراسة رضوان وريشكة (2001) التي هدفت إلى تحليل السلوك الصحي والاتجاهات الصحية للطلاب من منظور غير ثقافي بغرض إيجاد فروق غير ثقافية بين عينة سورية وألمانية، وأظهرت نتائج الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية، بعضها سلوكيات صحية إيجابية مثل تناول الفاكهة، والنوم بعدد كاف من الساعات، وتنظيف الأسنان، وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب، وفحص الصدر.

وفي الأردن قام العلوان (2015) بدراسة للتعرف على مستوى السلوك الصحي لدى لاعبي أندية الكرة الطائرة، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك ارتفاعاً في مستوى العادات السلوكية الخطأ لدى أفراد العينة، ووجود انخفاض في ممارسة العادات السلوكية الإيجابية، كما تبين أن هناك عدم التزام نسبي في الالتزام السليم بالعادات الغذائية الصحية التي يجب أن يقوم بها الفرد الرياضي.

وقامت بالبحيران (2015) بدراسة السلوك الصحي الخاطئ للمراهقين لطلبة المرحلتين: المتوسطة والثانوية في السعودية، وتوصلت نتائجها إلى أن سوء نظام التغذية، وعدم الأخذ بتدابير السلامة، وتعاطي السجارة، تعد من أهم السلوكيات الخطأ، وأظهرت نتائج الدراسة أيضاً ضعف النظام الغذائي، والسلوكيات الصحية المتبعة لفئة المراهقين.

وللكشف عن مستوى السلوك الصحي للطلبة الموهوبين والطلبة العاديين وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية (الجنس، الصف، المستوى الاقتصادي للأسرة، والتحصيل الأكاديمي)، قام النواصرة وآخرون (2018) في الأردن بدراسة توصلت إلى عدد من النتائج كان أهمها أن مستوى السلوك الصحي بين الطلبة العاديين والموهوبين كان مرتفعاً، كما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات السلوك الصحي الكلي وأبعاده بين الطلبة (الموهوبين والعاديين) تبعاً لمتغير الصف والجنس.

وفي الأردن كذلك أجرى النواصرة والخوراني (2017) دراسة هدفت إلى الكشف عن مستوى السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين من وجهة نظر أمهاتهم في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ودرجة ونوع الإعاقة. وكان من أهم نتائج الدراسة أن مستوى السلوك الصحي بين الأطفال المعوقين كان منخفضاً، كما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمتغير العمر والجنس.

وفي السعودية أجرى الجارثي (2014) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى السلوك الصحي بين طلبة الجامعة ومدى تأثره بمتغيرات الكلية والمستوى الدراسي للطلبة والدخل الاقتصادي للأسرة ومستوى تعليم الوالدين، ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة أن السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة جاء في مستوى المتوسط، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الكلية.

وللتعرف على مستوى السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة كلية العلوم الرياضية أجرى النادر وآخرون (2016) دراسة أشارت إلى العديد من النتائج وما يتعلق بالدراسة الحالية أن مستوى السلوكيات الصحية الكلي جاء بدرجة متوسطة.

وفي العراق قامت الداغستاني والمفتي (2010) بدراسة كان من أحد أهدافها التعرف على الفروق في التنظيم الذاتي الصحي وفق متغيري: النوع، والتحصيل الدراسي، ومن أهم ما توصلت إليه الدراسة أن أفراد العينة ليس لديهم تنظيم ذاتي صحي، كما أنه ليس هناك فروق دالة في التنظيم الذاتي الصحي وفقاً لمتغير النوع.

وهدفت دراسة عبدالحسين، عراق ومحمد (2012) إلى التعرف على واقع الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية بجامعة المثنى، والفروق في الوعي الصحي لدى الطلبة وفق متغيري المرحلة الدراسية: (الأولى، الثانية)، والجنس، وقد أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة مرتفع نسبياً، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين الطلاب والطالبات، وعدم وجود اختلاف في الوعي الصحي بين طلبة المرحلتين الدراسيتين: الأولى والثانية.

كما أجرى عبدالحق، شناعة، نعيات، والعمد (2012) دراسة هدفت إلى التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس، إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الوعي الصحي تبعاً لمتغيرات الجامعة والجنس والكلية والمعدل التراكمي لدى الطلبة، وأظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي العام لدى أفراد العينة كان متوسطاً، كما أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي الصحي لدى الطلبة تبعاً لمتغيرات الجامعة ولصالح جامعة القدس، والكلية لصالح الكليات العلمية، وبتغير الجنس لصالح الطالبات، وكذلك لمتغير المعدل التراكمي لصالح المعدل الأعلى.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية أجرى كل من Breyne, Vancour, Barton, Irfan, Bulmer (2010) دراسة هدفت إلى مقارنة الحالة الصحية والسلوكيات الصحية بين طالبات البكالوريوس والدراسات العليا، تكونت العينة من (1344) طالبة وأظهرت النتائج عدم وجود أي فروقات ذات دلالة إحصائية في المستوى الصحي والسلوكيات الصحية بين طالبات الدراسات العليا والبكالوريوس.

وأجرى كل من Stark، Hazel، Hoekstra، وBarton (2010) بالولايات المتحدة الأمريكية دراسة هدفت إلى زيادة السلوكيات الصحية لدى طلبة البكالوريوس في تخصصات العلوم الطبية وتقديم برامج التثقيف الصحي من خلال بعض المناهج المقررة. ولتحقيق أهداف الدراسة طور الباحثون مقياسين: الأول يقيس المتغيرات الديموغرافية مثل: العمر والجنس والتخصص، والثاني يقيس أسلوب الحياة الصحية، وتم توزيع المقياسين كاختبارات قبلية وبعديّة على عينة مكونة من 201، من طلبة البكالوريوس للعلوم الطبية، وقسم الطلبة المشاركون إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وتلقت المجموعة التجريبية برامج تثقيف صحي لتعلم أسلوب الحياة الصحي، في حين لم تتعرض المجموعة الضابطة لأي برامج تثقيف، وقد أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية لدى أفراد المجموعة التدريبيّة في مجال الأنشطة الرياضية والتغذية، كما تحسن أسلوب الحياة الصحي لديهم.

أما الدراسات التي درست علاقة السلوك الصحي بمفاهيم حياتية أخرى مثل: (الحالة الصحية، ونمط الحياة والصحة العامة، والإبلاغ الذاتي عن المرض، وضبط الصحة)، فقد شملت/ Cheon *et al.* (2014) من اليابان التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين السلوك الصحي والحالة الصحية بشكل عام، وقد تم قياس الصحة النفسية من خلال التعرف على التوتر والاكتئاب، كما تم قياس النظام الغذائي والنشاط البدني كالمشي والتدريبات الرياضية، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين كل من السلوك الصحي والحالة الصحية بشكل عام.

وفي اليابان أيضا قام Kishimoto، Fujita، Takahashi، وOkubo (2006) بدراسة هدفت إلى توضيح علاقة ممارسة السلوك الصحي بنمط الحياة والصحة العامة بين البالغين، وقد تم قياس عدد من السلوكيات مثل ممارسة الرياضة، وتناول الخضار عدة مرات يوميا، والامتناع عن تناول الدهون ومشروبات الطاقة وكذا تناول المكملات الغذائية والأدوية العشبية، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك علاقة بين ممارسة السلوك الصحي بنمط الحياة والصحة العامة بشكل عام.

أما Setto، Bonolo، وFranceschini (2016) من البرازيل فقد درسوا العلاقة بين السلوك الصحي والإبلاغ الذاتي عن المرض بين الموظفين في الجامعة العامة الاتحادية، وقد بحثت الدراسة العلاقة بين عادات الأكل، النشاط البدني، التدخين، استهلاك الكحول، والإبلاغ الذاتي عن المرض، وقد أوضحت الدراسة علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين النظام الغذائي غير الصحي، والصدمة الدماغية، وكذا بين عدم الانتظام بين النشاط البدني، وأمراض الغدد الصماء، وأمراض الجهاز الهضمي، وبين التدخين، وأمراض العضلات والعظام، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين السلوك الصحي والإبلاغ عن المرض.

وجاءت دراسة كل من Helmer، Krämer، وMikolajczyk (2012) من ألمانيا حول ضبط الصحة والسلوكيات الصحية لدى طلبة إحدى الجامعات الألمانية ولتحقيق أهداف الدراسة طور الباحثون مقياس ضبط السلوك الصحي ومقياس السلوكيات الصحية، وقد أظهرت النتائج أن الطلبة الذين لديهم ضبط داخلي كانوا أكثر انتباهاً إلى التغذية الصحية والنشاطات الرياضية، كما أظهرت النتائج أن الأشخاص الذين يؤمنون بالحظ والصدفة نشاطاتهم الرياضية أقل وأكثر تدخيناً وأقل انتباهاً للتغذية الصحية.

ومن جانب آخر ولتوضيح خطورة التعرض المباشر للشمس فقد قام Devlin (2015) بإجراء دراسة لمعرفة اثر التعرض لأشعة الشمس كانت النتيجة أن الانتقال المباشر إلى الظلال بعد التعرض لأشعة الشمس لا يوقف تدمير أشعة الشمس فوق البنفسجية للخلايا حتى بعد ساعات من الانتقال إلى الظلال، وتوصلت الدراسة إلى أن التعرض لأشعة الشمس يسبب الإصابة بسرطان الجلد حتى في الظلال.

التعقيب على الدراسات السابقة:

لقد حظى مفهوم السلوك الصحي وكذا مفهوم الوعي الصحي باهتمام عدد كبير من الباحثين وقد تنوعت الدراسات السابقة من حيث أهدافها وفئاتها المستهدفة، ويمكن تصنيف الدراسات السابقة إلى ثلاث فئات:

- ◀ دراسات هدفت إلى دراسة السلوك الصحي وعلاقته بعدة متغيرات منها: المتغيرات الديمغرافية، وفاعلية الذات، والحالة الصحية، ونمط الحياة والصحة العامة بشكل عام.
- ◀ دراسات هدفت إلى قياس السلوك الصحي، وأخرى إلى قياس الاتجاهات نحو السلوك الصحي.
- ◀ دراسات هدفت إلى دراسة الوعي الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات الديمغرافية.

كما اختلف مجتمع الدراسة وفئاتها بين طلبة مدارس، وطلبة جامعة، ولاعب كرة، ومرضى مزمنين، وتباينت نتائج تلك الدراسات فيما بينها، وما يميز الدراسة الحالية هو مجتمع الدراسة وعينتها ممثلة بأعضاء هيئة التدريس، فهي فئة مؤثرة، ومتنفة، وبإمكان الدراسة أن تخرج بتوقعات وتوصيات من الممكن أن تعمم على مجتمع الدراسة. لذا جاءت هذه الدراسة لتحديد مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة العلوم والتكنولوجيا وفي ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية ممثلة في: الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية، والمستوى الأكاديمي، وسنوات الخبرة والكلية التي ينتمي إليها عضو هيئة التدريس.

وقد تضمنت الدراسة خمسة أبعاد لقياس مستوى السلوك الصحي تمثلت في: تناول القات والتدخين، والممارسات الصحية الإيجابية، وعادات التغذية وتناول الطعام، وسلوك قيادة السيارات، ونمط الحياة الصحية، واتخاذ الإجراءات الوقائية.

مشكلة الدراسة:

يقوم عضو هيئة التدريس في الجامعة بدور مهم يتمثل في بناء جيل قادر على تشييد المجتمع، وهذا يتطلب أن يكون عضو هيئة التدريس على مستوى من الوعي بالسلوك الصحي السليم الذي يمكنه من القيام بهذا الدور على الوجه الأمثل، غير أنه من الملاحظ غياب بعض السلوكيات الصحية عند بعض الأكاديميين - وهو ما لاحظته الباحثة أثناء عملها في الوسط الأكاديمي - مثل الطريقة الصحيحة في شرب الماء، والاهتمام بنوعية الغذاء، والمراقبة الدورية لقياس ضغط الدم، وغياب مثل هذه السلوكيات الصحية لدى عضو هيئة التدريس قد تؤثر في أدائه الأكاديمي وبالتالي تتأثر المخرجات التعليمية للجامعة.

بالإضافة إلى ما سبق، فإن انتشار بعض السلوكيات غير الصحية في أوساط أعضاء هيئة التدريس في المجتمع اليمني مثل تناول القات، والتدخين والتي قد تؤثر على صحتهم وبالتالي تؤثر في أدائهم الأكاديمي يجعل القيام بهذه الدراسة من الأهمية بمكان للكشف عن هذه السلوكيات.

وبناء على ما سبق، فإن دراسة السلوكيات الصحية لعضو هيئة التدريس يمكن أن تسهم في إدراك عضو هيئة التدريس للممارسات السلوكية الصحية فيتم تعزيزها، وكذا تجنب وتصحيح السلوكيات غير الصحية، وهذا سيؤثر بطريقة إيجابية في أداء عضو هيئة التدريس وبالتالي سينعكس أثره على الطلبة، والمؤسسة التعليمية وكذلك المجتمع على حد سواء.

وبحسب علم الباحثة فإن الدراسات السابقة ركزت على دراسة السلوك الصحي لدى فئتي الطلبة أو الموظفين، ولم تتطرق لدراسة السلوك الصحي لدى عضو هيئة التدريس، والذي يعتبر أحد أركان العملية التعليمية، لذا فقد هدفت الدراسة الحالية إلى بحث مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة العلوم والتكنولوجيا اليمنية في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية مثل الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والمستوى الأكاديمي والكلية التي ينتمي إليها عضو هيئة التدريس وسنوات الخبرة.

أسئلة الدراسة:

هناك سؤالان أساسيان حاولت الدراسة الحالية الإجابة عنهما، وهما:

- ◀ ما مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة العلوم والتكنولوجيا؟
- ◀ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية لمستوى السلوك الصحي تعزى للمتغيرات الآتية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الأكاديمي، الكلية، وسنوات الخبرة)؟

أهداف الدراسة:

- ◀ معرفة مستوى السلوك الصحي لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة العلوم والتكنولوجيا.
- ◀ التعرف على الفروق ذات الدلالات الإحصائية لمستوى السلوك الصحي تعزى للمتغيرات الآتية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الأكاديمي، الكلية، وسنوات الخبرة).

أهمية الدراسة:

تأتي أهمية هذه الدراسة بشكل عام لقياس مستوى السلوك الصحي لدى فئة مهمة ومؤثرة بالمجتمع، نظرا لدورها المباشر أو غير المباشر في التأخير، وذلك من خلال المنهج الخفي لأي مدرس، كما أن أهمية هذه الدراسة تكمن في تطرقها لسلوكيات خاصة بالتربويين بشكل عام وأعضاء هيئة التدريس بشكل خاص، وذلك في الفقرات التي قامت الباحثة بإضافتها مثل: (التدخين السلبي، وسلوك الوقوف المتكرر، ووقت النوم، وطريقة شرب الماء، والانتقال من مكان بارد إلى دافئ والعكس، ونوعية وجبة العشاء، والمراقبة الدورية لقياس ضغط الدم)، كما تمثل هذه الدراسة أهمية خاصة للمجتمع اليمني نظرا لتطرقها إلى سلوك تناول الفات الذي أصبح سلوكا لجميع فئات المجتمع اليمني، لذا تكمن الأهمية النظرية لهذه الدراسة في الآتي:

- ◀ تزود الباحثين بإطار نظري حول مستوى السلوك الصحي.
- ◀ الوقوف على مستوى السلوك الصحي وأبعاده الخمسة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية، مما يساعد على إعداد الخطط الوقائية والتثقيفية.
- ◀ معرفة مستوى السلوك الصحي لأعضاء هيئة التدريس في ضوء متغيرات الجنس، الحالة الاجتماعية، العمر، المستوى الأكاديمي، الكلية التي ينتمي لها عضو هيئة التدريس، سنوات الخبرة.
- ◀ كما تتضح الأهمية التطبيقية للبحث في كل من:
- ◀ تطوير مقياس للسلوك الصحي يتناسب مع فئة التربويين بشكل عام وأعضاء هيئة التدريس في الجامعات بشكل خاص.
- ◀ تطوير مقياس للسلوك الصحي يتناسب مع البيئة اليمنية بشكل خاص.
- ◀ تسليط الضوء على مفهوم السلوك الصحي لما له من علاقة وثيقة بحياة الفرد وصحته الجسدية والنفسية وعلى إنتاجيته وأدائه.

مصطلحات الدراسة:

السلوك الصحي:

يعرف تاييلور السلوك الصحي بأنه: كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته أو استدامة العافية، مثل الغذاء الصحي، والنشاط الرياضي، والامتثال للتعليمات الطبية، ومتابعة العلاج، والابتعاد عن عوامل الخطر، والسلوك الممرض (زعطوط وقريشي، 2014).

ويشير نولدنر إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد (رضوان وريشكة، 2001).

ويُعرف القاموس الطبي السلوك الصحي بأنه: إجراء يتخذه الشخص للحفاظ على الصحة الجيدة أو الحصول عليها أو استعادتها أو الوقاية من المرض، ويعكس السلوك الصحي معتقدات الشخص الصحية. وبعض السلوكيات الصحية الشائعة هي ممارسة الرياضة بانتظام وتناول غذاء متوازن والحصول على التطعيمات اللازمة.

بينما يعرفه قاموس ويلنر بأنه أي نشاط يقوم به الفرد، بغض النظر عن الحالة الصحية الفعلية أو المتصورة، لغرض التعزيز أو الحماية أو الحفاظ على الصحة، سواء كان ذلك السلوك فعالاً بشكل موضوعي بلوغ تلك الغاية أو لا.

من خلال قراءة الباحثة في الأدبيات السابقة تُعرف الباحثة السلوك الصحي بأنه:

جزء من السلوك الإنساني، ويشمل كل نشاط يقوم به الفرد سواء كان ظاهراً أم غير ظاهر، ذهنياً أو حركياً، استجابة لرد فعل - لا إرادي - أو إجرائياً - إرادي؛ وذلك بهدف التعزيز والمحافظة على الصحة الجيدة، أو الوقاية والعلاج من المرض.

أعضاء هيئة التدريس:

وهم الأساتذة الذين يقومون بتدريس الطلبة في الكليات والتخصصات المختلفة في جامعة العلوم والتكنولوجيا، وهم من حملة درجات علمية تبدأ بالبكالوريوس: (المعيد أو المدرس المساعد)، وحملة درجة الماجستير (المحاضر)، وحملة درجة الدكتوراه، ودرجاتهم العلمية هي: الأستاذ المساعد والأستاذ المشارك والأستاذ.

المتغيرات الديمغرافية:

وتشمل: الجنس، والحالة الاجتماعية، والعمر، والمستوى الأكاديمي، والكلية التي ينتمي إليها عضو هيئة التدريس، وسنوات الخبرة.

منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج الوصفي لتحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن تساؤلاتها، وذلك للأسباب الآتية:

◀ يعد المنهج الوصفي المنهج المناسب لموضوعات البحث العلمي التي تدور حول الظواهر أو المشكلات الاجتماعية والإنسانية، ومن ثم الحصول على الوصف الكيفي الذي يتمثل في سلوك خارجي للظواهر، والوصف الكمي الذي يتمثل في الوصول إلى أرقام تتعلق بالمشكلة أو الظاهرة، أو أرقام لها دلالة في علاقة الظاهرة بالظواهر المحيطة.

◀ يساعد المنهج الوصفي في اتخاذ القرارات الصحيحة المتعلقة بالدراسة من خلال تقديم الإيضاحات الخاصة بها، كما يسهم المنهج الوصفي في صياغة الآراء والخبرات لوضع الخطط والبرامج المستقبلية.

محددات الدراسة:

◀ المحددات الزمنية:

تم إجراء هذه الدراسة في الفصل الثاني من العام الدراسي (2017 - 2018).

◀ المحددات البشرية:

تم إجراء الدراسة الحالية من خلال أعضاء هيئة تدريس جامعة العلوم والتكنولوجيا المتفرغين - أمانة العاصمة - صنعاء.

◀ المحددات المكانية:

تم إجراء الدراسة على جميع فروع وكليات جامعة العلوم والتكنولوجيا المركز الرئيسي في العاصمة صنعاء.

مجتمع الدراسة وعينتها:

تكون مجتمع الدراسة من جميع أعضاء هيئة التدريس في جامعة العلوم والتكنولوجيا المتفرغين بأمانة العاصمة والبالغ عددهم 314 عضواً، وقد تم اختيار العينة وعددهم (125) عضواً بطريقة عشوائية طبقية من الست كليات وهي: (العلوم الإدارية، والعلوم الإنسانية، والحاسبات، والطب، والتعليم المفتوح، والهندسة). والجدول (1) يوضح مواصفات وخصائص العينة.

جدول (1): مواصفات وخصائص العينة

النسبة	التكرار	المتغيرات الديموغرافية	
69.1 %	65	ذكر	الجنس
30.9 %	29	أنثى	
100.0 %	94	المجموع	
10.6 %	10	من 20 – 30 سنة	العمر
40.4 %	38	من 31 – 40 سنة	
31.9 %	30	من 41 – 50 سنة	
12.8 %	12	من 51 – 60 سنة	
4.3 %	4	أكثر من 60 سنة	
100.0 %	94	المجموع	
20.2 %	19	مدرس مساعد	المستوى الأكاديمي
29.8 %	28	محاضر	
33.0 %	31	أستاذ مساعد	
12.8 %	12	أستاذ مشارك	
4.3 %	4	أستاذ	
100.0 %	94	المجموع	
16.0 %	15	العلوم الإدارية	الكلية
13.8 %	13	العلوم الإنسانية	
8.5 %	8	الحاسبات	
35.1 %	33	الطب	
5.3 %	5	التعليم المفتوح	
21.3 %	20	الهندسة	
100.0 %	94	المجموع	
7.4 %	7	عازب	الحالة الاجتماعية
92.6 %	87	متزوج	
100.0 %	94	المجموع	
1.1 %	1	أقل من سنتين	سنوات الخبرة
13.8 %	13	من 2 – 5 سنوات	
36.2 %	34	من 6 – 10 سنوات	
22.3 %	21	من 11 – 15 سنة	
26.6 %	25	أكثر من 15 سنة	
100.0 %	94	المجموع	

أداة الدراسة :

أُستخدم في هذه الدراسة استبيان السلوك الصحي (Health-Behavior Survey)، وهو عبارة عن استبيان لقياس السلوك الصحي للمرة الأولى في دراسة يتمويل من لجنة المجموعة الأوروبية (Wardle & Steptoe, 1991)، ويحتوي هذا الاستبيان على مظاهر معينة من السلوك الصحي، وفي عام 1997 تم إعداد النسخة العربية الأولى من هذا الاستبيان عن اللغة الألمانية، حيث اشتملت الترجمة على خطوتين: كانت الأولى القيام بترجمتين مستقلتين للاستبيان نفسه ومطابقة هاتين الترتيبات مع بعضهما، وكانت الثانية القيام بترجمة عكسية للاستبيان. وقد أدت هاتين الخطوتين إلى وضع النسخة الأولى التجريبية من استبيان السلوك الصحي في اللغة العربية، وتم استبعاد بعض الفقرات التي لا تتطابق مع البيئة العربية (رضوان وريشكة، 2001).

كما قامت الباحثة بإضافة بعض الفقرات التي تتناسب مع البيئة اليمينية والتي تثير أبعاد السلوك الصحي، وكانت هذه الفقرات لسلوكيات: (التدخين السلبي، وسلوك الوقوف المتكرر، ووقت النوم، وطريقة شرب الماء، والانتقال من مكان بارد إلى دافئ والعكس، ونوعية وجبة العشاء، والمراقبة الدورية لقياس ضغط الدم)، كما تم تغيير اسم البعد الأول من استخدام الكحول والمخدرات إلى تناول القات والتدخين، وتم القيام بالإجراءات العلمية للتأكد من صدق وثبات أداة الدراسة، ومدى مناسبتها لأغراض الدراسة الحالية.

الأساليب الإحصائية :

جميع النتائج تم استخراجها بواسطة حزمة التحليل الإحصائي المتخصصة بالعلوم الاجتماعية SPSS الإصدار 24.0، كما تم استخدام توزيع الإجابة الخماسي (مقياس ليكرت الخماسي).

صدق المقياس :

تم عرض الاستبانة على ثمانية محكمين: اثنان أطباء متخصصون (باطنية، قلب) وأثنان متخصصون في طب المجتمع، أما الأربعة الآخرون متخصصون في السلوك التنظيمي والإدارة؛ وذلك للتأكد من مناسبة المقياس لغرض أهداف الدراسة، وكذا مدى ملائمة المقياس للبيئة اليمينية، وقد أجمعوا على مناسبة المقياس لأهداف الدراسة.

ثبات المقياس :

تم حساب ثبات المقياس بطريقة معامل الاتساق باستخدام معادلة ألفا كرونباخ، وقد جاءت درجة الثبات العامة للاستبيان (82.3%)، وهي أكبر من درجة الثبات الحدية والتي تساوي (64%) أو (0.64)، مما يشير إلى أن أداة البحث بشكل عام متسقة داخليا وذات ثبات عالٍ، وأن النتائج التي سترد لاحقاً قابلة للتعميم على مجتمع البحث.

والجدول (2) يبين درجة الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس، والذي يتكون من خمسة أبعاد وثلاثين فقرة.

جدول (2): درجة الثبات لكل بعد من أبعاد المقياس بطريقة معاملات كرونباخ (alpha) لجميع محاور الدراسة

م	المحاور	عدد الفقرات	درجة الثبات
1	تناول القات والتدخين	3	0.678
2	الممارسات الصحية الإيجابية	9	0.887
3	عادات التغذية وتناول الطعام	11	0.936
4	سلوك قيادة السيارات	3	0.847
5	نمط الحياة الصحية واتخاذ الإجراءات الوقائية	4	0.879
	مجموع محاور المقياس	30	0.823

وللتأكد أيضاً من ثبات الاستبيان تم استخدام طريقة التجزئة النصفية لفقرات الاستبيان كما في الجدول (3).

جدول (3): معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

البيانات	الثبات (alpha)
معامل كرونباخ (α) بين فقرات النصف الأول / أول (15) فقرة	0.817
معامل كرونباخ (α) بين فقرات النصف الثاني / آخر (15) فقرة	0.857
معامل الارتباط بين النصف الأول والثاني	0.823
معامل (سيبرمان - براون)	0.899
معامل التجزئة النصفية لـ (جتمان)	0.897

يتضح من الجدول (3) أن جميع معاملات الثبات جاءت أكبر من الدرجة المعيارية (0.64)، مما يشير إلى التحقق من ثبات الاستبيان.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول ومناقشتها:

1. كان السؤال الأول في الدراسة: ما مستوى السلوك الصحي وأبعاده لدى أعضاء هيئة التدريس؟

للإجابة عن هذا السؤال تم الآتي:

◀ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مستوى السلوك الصحي وأبعاده كما في جدول (3).

◀ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة لكل بعد على حده، وهذا ما يوضحه جداول (4، 5، 6، 7، 8).

◀ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية على مستوى السلوك الصحي وأبعاده.

جدول (4): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على مقياس السلوك الصحي وأبعاده الفرعية

الترتيب	المحور	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط بدرجة ثقة 95 %		التقدير اللفظي
				الدرجة العليا	الدرجة الدنيا	
1	الممارسات الصحية الإيجابية	3.759	0.491	75.2 %	77.2 %	غالباً
2	عادات التغذية وتناول الطعام	3.691	0.530	73.8 %	76.0 %	غالباً
3	سلوك قيادة السيارة	2.887	0.827	57.7 %	61.1 %	أحياناً
4	نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية	2.864	0.845	57.3 %	60.7 %	أحياناً
5	تناول القات والتدخين	2.379	0.718	47.6 %	50.5 %	نادراً
	مستوى السلوك الصحي	3.116	0.435	62.3 %	64.1 %	أحياناً

يبين الجدول (4) أن الممارسات الصحية الإيجابية هي أكثر السلوكيات ممارسة من قبل أعضاء هيئة التدريس، حيث جاءت بدرجة توفر (75.2 %)، يليها السلوكيات المتعلقة بعادات التغذية والتي جاءت بدرجة (73.8 %)، ثم السلوكيات الخاصة بقيادة السيارة بدرجة (57.7 %)، يليها السلوكيات الخاصة بنمط الحياة والإجراءات الوقائية بدرجة (57.3 %)، وأخيراً جاءت سلوكيات أعضاء هيئة التدريس

المتعلقة بسلوكيات تناول القات والتدخين بأقل درجة توفر مقارنة ببقية السلوكيات، حيث بلغت درجة توفرها (47.6%). وبشكل عام فإن مستوى السلوك الصحي لأعضاء هيئة التدريس جاء متوسطاً، وهذا يتفق مع دراسة عبدالحق وآخرون (2012)، الجارحي (2014) ودراسة النادر وآخرون (2016)، ويختلف مع دراسة زعطوط وقريشي (2014)، العلوان (2015)، البحيران (2015)، ودراسة النواصرة والجوراني (2017)، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسات مستوى أقل من المتوسط أو ضعيف في مستوى السلوك الصحي، كما تختلف من ناحية أخرى مع دراسة النواصرة وآخرين (2018)، ودراسة عبدالحسين وآخرون (2012)، حيث أظهرت النتائج أن مستوى الوعي الصحي كان مرتفعاً.

◀ حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة لكل بعد على حدة :

□ بعد سلوك تناول القات والتدخين:

جدول (5): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على بعد سلوك تناول القات والتدخين

الترتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط بدرجة		التقدير اللفظي
					ثقة 95 %		
					الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	
1	3	أتجنب أماكن التدخين (التدخين السلبي)	3.809	1.393	76.2 %	81.8 %	غالباً
2	1	أتناول القات يومياً	2.170	1.292	43.4 %	48.6 %	نادراً
3	2	التدخين بالنسبة لي عادة يومية	1.160	0.610	23.2 %	25.7 %	أبداً
		القات والتدخين	2.379	0.718	47.6 %	50.5 %	نادراً

يشير الجدول (5) إلى أن بعد سلوك تناول القات والتدخين جاء بنسبة 47.6% وعلى الرغم من أنها أقل السلوكيات ممارسة من قبل أعضاء هيئة التدريس فإن الباحثة تراها نسبة عالية بالنسبة لمجتمع الدراسة الذي يمثل قمة الهرم في المستوى التعليمي والثقافي والأكثر وعياً بمخاطر تناول القات والتدخين وأضرارهما على صحة الفرد. وتري الباحثة أن هذا يعكس أن سلوك تناول القات سلوك متعمق ومتأصل في المجتمع اليمني بغض النظر عن الفئات المجتمعية، وعلى مستوى الفقرات فقد جاءت فقرة أتجنب أماكن التدخين (التدخين السلبي) بنسبة 76.2%، وهي أعلى نسبة في فقرات هذا البعد، ويعكس وجود وعي بين أفراد العينة بما يخص التدخين السلبي، أما بالنسبة لسلوك تناول القات بشكل يومي فقد جاءت نسبته 43.4%، وهي نسبة عالية بالنسبة لهذه الفئة التي تمثل نخبة المجتمع ومثقفها في ظل ندوات محاربة تناول القات بسبب أضراره: الاقتصادية والاجتماعية والصحية.

أما بالنسبة لسلوك التدخين فقد جاء بنسبة 23.2%، وعلى الرغم من أنها نسبة ضعيفة فإنها بالنسبة لفئة الدراسة لها دلالات كبيرة يجب أن تؤخذ في الاعتبار.

□ بعد سلوك الممارسات الصحية الإيجابية :

جدول (6): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على بعد سلوك الممارسات الصحية الإيجابية

الترتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط بدرجة		التقدير اللفظي
					ثقة 95 %		
					الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	
1	2	انام من 5-7 ساعات يومياً	4.191	0.780	83.8 %	87.0 %	غالباً
2	3	أحاول النوم بين الساعة العاشرة مساءً والخامسة فجراً	4.085	0.876	81.7 %	85.2 %	غالباً
3	7	عادة لا أشرب كوب الماء دفعة واحدة	3.947	0.908	78.9 %	82.6 %	غالباً
4	1	أحرص أن يكون وزني متناسباً مع طول قامتي	3.904	0.905	78.1 %	81.7 %	غالباً
5	9	أعي خطورة تكرار الانتقال المباشر من المكان الحار إلى البارد والعكس	3.904	0.928	78.1 %	81.8 %	غالباً
6	5	أنظف أسناني مرتين يومياً على الأقل	3.777	1.007	75.5 %	79.6 %	غالباً
7	4	أتجنب التعرض لأشعة الشمس المباشرة	3.691	0.984	73.8 %	77.8 %	غالباً
8	6	أشرب الماء على الأقل 8 أكواب في اليوم	3.213	1.181	64.3 %	69.0 %	أحياناً
9	8	أعتني بنفسي من الآثار المترتبة على الوقوف الطويل والمتكرر	3.117	1.226	62.3 %	67.3 %	أحياناً
		الممارسات الصحية الإيجابية	3.759	0.491	75.2 %	77.2 %	غالباً

يتضح من الجدول (6) أن الممارسات الصحية الإيجابية هي أكثر السلوكيات ممارسة من قبل أعضاء هيئة التدريس، حيث جاءت نسبتها (75.2 %)، وجاءت فقرة النوم من 5-7 ساعات يومياً في أعلى نسبة، حيث كانت نسبتها 83.8 %، وتلتها محاولة النوم ما بين الساعة العاشرة مساءً إلى الخامسة فجراً، حيث جاءت بنسبة 81.7 %، وفي هذا إشارة إلى اهتمام العينة بهذا السلوك، أما سلوك عدم شرب الماء دفعة واحدة فقد جاءت بنسبة 78.9 %، وهذا يشير إلى وعي أفراد العينة بأهمية هذا السلوك، أما بالنسبة لسلوك الحرص على أن يكون الوزن متناسباً مع طول القامة فقد جاء بنسبة 78.1 %، ويتفرض النسبة جاء الوعي بخطورة تكرار الانتقال المباشر من المكان الحار إلى المكان البارد والعكس وفي هذا إشارة جيدة إلى أن أفراد العينة يدركون مخاطر هذا السلوك.

أما بالنسبة لسلوك تنظيف الأسنان فقد جاءت فقرة أنظف أسناني مرتين يومياً على الأقل بنسبة 75.5 %، وهذا يتفق مع دراسة رضوان وريشكة (2001)، وكذا دراسة العلوان (2015)، في الاهتمام بسلوك تنظيف الأسنان، أما تجنب التعرض لأشعة الشمس المباشرة فقد جاءت بنسبة 73.8 %، وهذا يبين وعي أفراد العينة بأهمية تجنب هذا السلوك، وجاء قبل المرتبة الأخيرة لهذا البعد فقرة سلوك شرب الماء على الأقل ثمانية أكواب من الماء يومياً جاءت بنسبة 64.3 %، أما المرتبة الأخيرة فقد جاءت لسلوك

الاعتناء بالنفس من الآثار المترتبة على الوقوف الطويل والمتكرر حيث جاءت بنسبة 62.3 %، وهذه النسبة تعطي مؤشراً إلى وعي أفراد العينة بالآثار السلبية لهذا السلوك وأثره على صحتهم.

□ بعد سلوك التغذية وتناول الطعام:

جدول (7): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على بعد سلوك التغذية وتناول الطعام

الترتيب	رقم الفقرة	نص الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط	نسبة المتوسط بدرجة		التقدير اللفظي
						ثقة 95 %	الدرجة العليا	
1	10	أنا معتاد على تناول وجبة الفطور يوميا	4.606	0.553	92.1 %	94.4 %	89.9 %	دائماً
2	9	أتناول ثلاث وجبات رئيسية في اليوم الواحد.	4.309	0.704	86.2 %	89.0 %	83.3 %	دائماً
3	11	أنا حريص بأن تكون وجبة العشاء خفيفة في مقدارها ونوعيتها	3.926	0.953	78.5 %	82.4 %	74.7 %	غالباً
4	7	أحرص على تناول الغذاء الغني بالألياف الغذائية	3.904	0.734	78.1 %	81.1 %	75.1 %	غالباً
5	3	أتناول الفاكهة ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع	3.798	1.178	76.0 %	80.7 %	71.2 %	غالباً
6	8	أنا أحذر من تناول الأطعمة الغنية بالدهون والكوليسترول	3.766	0.977	75.3 %	79.3 %	71.4 %	غالباً
7	4	استخدامي للملح يومياً لا يتعدى مقدار ملعقة الشاي (5 جرامات) في اليوم	3.702	0.878	74.0 %	77.6 %	70.5 %	غالباً
8	6	أشرب القهوة (أو الشاي) بما لا يزيد عن خمس مرات في اليوم الواحد	3.532	1.301	70.6 %	75.9 %	65.4 %	غالباً
9	5	استهلاكي للسكر يومياً من 50 إلى 60 جرام (أربع ملاعق طعام)	3.500	1.045	70.0 %	74.2 %	65.8 %	غالباً
10	2	أنا أكل السمك مرة واحدة على الأقل في الأسبوع	3.170	1.113	63.4 %	67.9 %	58.9 %	أحياناً
11	1	أتناول اللحوم الحمراء كل يوم	2.394	0.941	47.9 %	51.7 %	44.1 %	نادراً
		عادات الغذاء والتغذية	3.691	0.530	73.8 %	76.0 %	71.7 %	غالباً

يتضح من الجدول (7) أن سلوكيات التغذية وتناول الطعام جاءت بنسبة 73.8 %، علماً بأن جميع السلوكيات إيجابية ما عدا فقرة تناول اللحوم الحمراء كل يوم، أي أن السلوكيات الإيجابية لأعضاء هيئة التدريس نسبتها 73.8 %، جاءت فقرة التعود على تناول وجبة الفطور يومياً في المرتبة الأولى بنسبة 92.1 %، بينما فقرة تناول اللحوم الحمراء كل يوم - وهو سلوك سلبي - جاءت في المرتبة الأخيرة بنسبة 47.9 %، وهذا يعطي مؤشراً أن أفراد العينة يتبعون سلوكيات إيجابية فيما يخص بعد عادات الغذاء والتغذية، ومن أحد الأسباب التي ترى الباحثة أنها ساعدت على ممارسة هذا السلوك هو عدم انتشار ثقافة الوجبات السريعة في المجتمع اليمني، وكذا ثقافة وعادة تناول الطعام في البيت، ونتيجة هذا البعد

بشكل عام تختلف عما توصلت إليه دراسة كل من البحيران (2015) ودراسة العلوان (2015).

□ بعد سلوك قيادة السيارة:

جدول (8): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على بعد سلوك قيادة السيارة

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط بدرجة		التقدير اللفظي
					ثقة 95 %	نسبة المتوسط	
					الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	
1	2	لا أتجاوز سرعة 100 كم/ الساعة، وأحترم علامات حد السرعة القصوى	3.479	1.225	69.6 %	74.5 %	غالباً
2	3	لا أurd على الهاتف الجوال أثناء قيادة السيارة	2.904	1.058	58.1 %	62.4 %	أحياناً
3	1	أنا أربط حزام الأمان عند قيادة السيارة.	2.277	1.195	45.5 %	50.4 %	نادراً
4	7	أحرص على تناول الغذاء الغني بالألياف الغذائية	3.904	0.734	78.1 %	81.1 %	غالباً
		قيادة السيارة	2.887	0.827	57.7 %	61.1 %	أحياناً

يشير الجدول (8) إلى أن نسبة التقيد بالسلوك السليم لقيادة السيارات جاء بنسبة 57.7 %، وهي نسبة مقبولة، لكن الباحثة ترى أنها تمثل مؤشر خطير لما تمثله هذه الفئة، ويعكس سلوكيات خطأ لقيادة السيارة في المجتمع اليمني بشكل عام، وتشير الباحثة إلى أن تدني السلوك السليم لقيادة السيارة يعود إلى عدة أسباب، من أهمها ثقافة المجتمع وعدم تطبيق قوانين المرور بشكل حاسم وعادل على جميع أفراد المجتمع، وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراسة رضوان وربشكة (2001)، وتظهر إحصاءات منظمة الصحة العالمية أن ربط حزام الأمان يقلل من خطر الإصابات القاتلة بنسبة تصل إلى 50 % لركاب المقاعد الأمامية و75 % للجالسين في المقاعد الخلفية.

□ بعد سلوك نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية:

جدول (9): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأفراد العينة على بعد نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية

الرتبة	رقم الفقرة	نص الفقرة	المتوسط	الانحراف المعياري	نسبة المتوسط بدرجة		التقدير اللفظي
					ثقة 95 %	نسبة المتوسط	
					الدرجة الدنيا	الدرجة العليا	
1	4	أمشي بما لا يقل عن عشرين دقيقة يومياً	3.245	1.350	64.9 %	70.3 %	أحياناً
2	3	أنا مهتم بالمراقبة الدورية لقياس ضغط الدم	3.043	1.286	60.9 %	66.1 %	أحياناً
3	2	أراجع طبيب الأسنان مرة واحدة على الأقل في السنة	2.628	1.261	52.6 %	57.7 %	أحياناً
4	1	أنا مواظب على فحص طبي منتظم	2.543	1.114	50.9 %	55.4 %	نادراً
		نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية	2.864	0.845	57.3 %	60.7 %	أحياناً

كما هو واضح من الجدول (9) فإن نسبة نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية جاءت بنسبة 57.3%، وهي نسبة ضعيفة بالنسبة لهذه الفئة، وقد تراوحت نسبة فقرات هذا المحور بين 64.9% و 50.9%، جاءت فقرة أمارس رياضة المشي بما لا يقل عن 20 دقيقة يوميا في المرتبة الأولى بنسبة 64.9%، أي أن أكثر من ثلث العينة لا تمارس المشي، أما المرتبة الأخيرة فقد جاءت لفقرة مواظب على فحص طبي منتظم والتي جاءت بنسبة 50.9%، وهذا يشير إلى أن ما يقارب نصف العينة لا تواظب على فحص طبي منتظم، أما فقرة الاهتمام بالمراقبة الدورية لقياس ضغط الدم فقد جاءت بنسبة 60.9%، وترى الباحثة أن سلوكيات الوقاية والحفاظ على الصحة وتعزيزها كان ضعيفا في مجتمع الدراسة وهذا يعطي مؤشراً على ضعف هذا السلوك في المجتمع اليمني بشكل عام، وتعزي الباحثة ضعف هذا الجانب بسبب ثقافة المجتمع، وكذا ظروف المعيشة، وقد تكون الحالة الاقتصادية والسياسية غير المستقرة التي تمر بها البلاد في فترة الدراسة لها أثرها خاصة على هذا الجانب.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني ومناقشتها:

كان السؤال الثاني في الدراسة:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى السلوك الصحي في ضوء المتغيرات التالية: (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية، المستوى الأكاديمي، الكلية وسنوات الخبرة)؟

ولإجابة عن هذا السؤال تم استخدام الاختبارات الآتية:

اختبار T-Test لتوضيح الفروق في مستوى السلوك الصحي في ضوء المتغيرات ذات الفئتين.

اختبار ANOVA لتوضيح الفروق في مستوى السلوك الصحي في ضوء المتغيرات ذات ثلاث فئات فأكثر.

اختبار شيفيه لتوضيح الفروق البعدية.

جدول (10): مستوى السلوك الصحي في ضوء المتغيرات ذات الفئتين باستخدام T-Test (الحالة الاجتماعية)

رقم المحور	المحاور	الجنس		الحالة الاجتماعية	
		قيمة t	مستوى الدلالة	قيمة t	مستوى الدلالة
1	القات والتدخين	1.533	0.130	-1.958	0.060
2	الممارسات الصحية الإيجابية	1.117	0.267	-2.160	*0.033
3	عادات الغذاء والتغذية	0.098	0.922	-2.144	*0.035
4	قيادة السيارة	-0.706	0.482	0.218	0.828
5	نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية	1.618	0.109	-2.034	*0.045
	مستوى السلوك الصحي	1.076	0.285	-1.954	0.054

يتضح من الجدول (10) عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بين ممارسات أعضاء هيئة التدريس يمكن أن تعزى لمتغير الجنس. مما يشير إلى أن كلاً من أعضاء هيئة التدريس الذكور والإناث لديهم مستوى متماثل من السلوك الصحي، وهذا قد يعكس قوة تأثير ثقافة المجتمع على الفرد في توجيه سلوكه بغض النظر عن الجنس، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة كل من زعطوط وقريشي (2014)، النواصرة وآخرين (2018)، النواصرة والحوارني (2017)، ودراسة عبدالحسين وآخرون (2012)، وتختلف مع دراسة كل من الداغستاني والمفتي (2010)، ودراسة عبدالحق وآخرون (2012).

جدول (11): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للفروق في مستوى السلوك الصحي بين أفراد العينة في ضوء متغير الحالة الاجتماعية

المحاور	عازب		متزوج	
	الانحراف المعياري	% المتوسط	الانحراف المعياري	% المتوسط
الممارسات الصحية الإيجابية	0.313	67.6 %	0.491	75.8 %
عادات الغذاء والتغذية	0.418	65.7 %	0.527	74.5 %
نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية	0.842	45.0 %	0.830	58.3 %

يشير الجدول (11) أن المتزوجين من أعضاء هيئة التدريس لديهم ممارسات صحية إيجابية جاءت بدرجة توفر أكبر من العازبين. حيث جاءت درجات التوفر للممارسات الصحية المتعلقة بكل من الممارسات الصحية وعادات تناول الطعام ونمط حياة والإجراءات الوقائية لدى المتزوجين (75.8%) و(74.5%) و(58.3%) على التوالي، بينما جاءت لدى العازبين (67.6%) و(65.7%) و(45%) على التوالي. وتعزو الباحثة وجود هذه الفروقات إلى الاستقرار العاطفي واشباع جانب مهم في الحاجة الاجتماعية، وهو تكوين الأسرة، فيبدأ الفرد في البحث والاهتمام لإشباع حاجة أخرى من حاجاته البشرية، وهي الاهتمام بذاته والتي من أحد وسائلها الاهتمام بالجانب الصحي، وذلك عن طريق ممارسة السلوكيات الصحية.

جدول (12): تحليل السلوك الصحي في ضوء المتغيرات ذات الثلاث فئات فأكثر باستخدام ANOVA

رقم المحور	المحور	العمر		المستوى الأكاديمي		سنوات الخبرة	
		مستوى الدلالة	F	مستوى الدلالة	F	مستوى الدلالة	F
1	تناول الفات والتدخين	0.066	2.292	0.362	0.835	1.612	0.249
2	الممارسات الصحية الإيجابية	0.052	2.445	0.037*	2.675	0.702	1.005
3	عادات الغذاء والتغذية	0.341	1.144	0.033*	2.748	0.392	0.189
4	سلوك قيادة السيارة	0.102	1.993	1.405	0.239	0.731	0.776
5	نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية	0.145	1.758	1.726	0.151	1.945	2.753*
	السلوكيات الصحية	0.247	1.381	1.506	0.207	1.939	1.333

وكما يتضح من الجدول (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ضوء متغير العمر، وكذلك متغير الكلية التي ينتمي إليها عضو هيئة التدريس، وبالنسبة لمتغير الكلية فهذه النتيجة تتفق مع دراسة الحارثي (2014)، وتختلف مع ما توصلت إليه دراسة عبدالحق وآخرون (2012)، بينما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية وذلك حسب متغير المستوى الأكاديمي فيما يتعلق بالممارسات الصحية وعادات الغذاء، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لمتغير سنوات الخبرة فيما يتعلق بنمط الحياة والإجراءات الوقائية. والجدولين (13، 14) التفاصيل لهذه الفروق باستخدام اختبار شيفيه للفروق البعدية.

جدول (13): تفاصيل الفروق التي ظهرت بحسب متغير المستوى الأكاديمي باستخدام اختبار شيفيه للفروق البعدية

المحور	المستوى الأكاديمي	المتوسط الحسابي	مستوى الدلالة عند 0.05			
			مدرس مساعد	محاضر	أستاذ مساعد	أستاذ مشارك
الممارسات الصحية الإيجابية	مدرس مساعد	3.667	0.977	0.372	0.968	0.947
	محاضر	3.571	0.977	*0.006	0.755	0.813
	أستاذ مساعد	3.953	0.372	*0.006	0.916	0.999
	أستاذ مشارك	3.796	0.968	0.755	0.916	0.998
	أستاذ	3.889	0.947	0.813	0.998	0.998
عادات التغذية وتناول الطعام	مدرس مساعد	3.627	0.981	0.850	0.402	0.904
	محاضر	3.529	0.981	0.394	*0.013	0.976
	أستاذ مساعد	3.801	0.850	0.394	0.841	0.584
	أستاذ مشارك	4.008	0.402	*0.013	0.841	0.286
	أستاذ	3.341	0.904	0.976	0.584	0.286

يتضح من الجدول (13) وجود فروق جوهرية في درجة ممارسة أعضاء هيئة التدريس للممارسات الصحية في ضوء متغير المستوى الأكاديمي، حيث ظهرت هذه الفروق فقط بين فئة المحاضرين بمتوسط 3.571 والأساتذة المساعدين بمتوسط 3.953 بمستوى دلالة أقل من 0.05 بلغ 0.006. وهذه الفروق لصالح الأساتذة المساعدين الحاصلين على درجة المتوسط الأكبر، وهذا يعني أن أعضاء هيئة التدريس من فئة الأساتذة المساعدين هم الأكثر ممارسة للسلوكيات الصحية الإيجابية مقارنة بفئة المحاضرين، وقد يعزى هذا إلى أن الأساتذة المساعدين قد وصل إلى مرحلة أكثر نضوجاً وأكثر وعياً فيما يخص سلوكيات الاهتمام بالصحة، بينما قد يعزى قلة ممارسة فئة المحاضرين إلى أن المحاضر ما زال في بداية السلم الأكاديمي وأن ممارسة هذه السلوكيات لا تحظى كثيراً بالاهتمام، وقد لا تمثل للفرد حاجة ملحة لممارسة إشباعها في هذه المرحلة من مراحل السلم الأكاديمي.

أما فيما يتعلق بمحور عادات التغذية وتناول الطعام فقد وجدت فروق جوهرية في درجة ممارسة أعضاء هيئة التدريس لها في ضوء متغير المستوى الأكاديمي، حيث ظهرت هذه الفروق فقط بين فئة المحاضرين بمتوسط 3.529 والأساتذة المشاركين بمتوسط 4.008 وبمستوى دلالة أقل من 0.05 بلغ 0.013. وهذه الفروق لصالح الأساتذة المشاركين الحاصلين على درجة المتوسط الأكبر. وهذا يعني أن أعضاء هيئة التدريس من فئة الأساتذة المشاركين هم الأكثر ممارسة لعادات التغذية وتناول الطعام مقارنة بفئة المحاضرين، وقد يعزى هذا إلى أن هذه السلوكيات لا تمثل لفئة المحاضرين حاجة ملحة لإشباعها في هذه المرحلة من مسارهم الوظيفي ومن مستواهم الأكاديمي، وربما هناك حاجات أكثر إلحاحاً بالنسبة لهذه الفئة في هذه المرحلة مثل التطور الأكاديمي، وإثبات الذات وغيرها، وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه دراسة عبد الحسين وآخرون (2012)، الجارثي (2014)، ودراسة Bulmer *et al.* (2010).

جدول (14): تفاصيل الفروق التي ظهرت بحسب متغير سنوات الخبرة باستخدام اختبار شيفيه للفروق البعدية

المحور	سنوات الخبرة	المتوسط الحسابي	مستوى الدلالة عند 0.05			
			أقل من سنتين	من 2 - 5 سنوات	من 6 - 10 سنوات	من 11 - 15 سنة فأكثر
نمط الحياة	أقل من سنتين	1.250	*0.000	*0.000	*0.000	*0.000
الصحية والإجراءات الوقائية	من 2 - 5 سنوات	2.635	*0.000	0.979	0.935	0.201
	من 6 - 10 سنوات	2.750	*0.000	0.979	0.992	0.165
	من 11 - 15 سنة	2.821	*0.000	0.935	0.992	0.395
	من 16 سنة فأكثر	3.240	*0.000	0.201	0.165	0.395

يتضح من الجدول (14) وجود فروق جوهرية في درجة ممارسة أعضاء هيئة التدريس لنمط الحياة الصحي والإجراءات الوقائية في ضوء متغير سنوات الخبرة، حيث ظهرت هذه الفروق فقط بين أصحاب سنوات الخبرة (أقل من سنتين) بمتوسط (1.250)، وبين جميع الفئات الأخرى بمتوسط يتراوح بين (2.635) و(3.240) بمستوى دلالة أقل من 0.05 بلغ (0.000) لجميع الفئات، حيث جاءت هذه الفروق لصالح أصحاب سنوات الخبرة من سنتين فأكثر الحاصلين على درجة المتوسط الأكبر مقارنة بأصحاب سنوات الخبرة (الأقل من سنتين)، كما يلاحظ أن درجة ممارسة نمط الحياة الصحية والإجراءات الوقائية تزداد كلما ارتفعنا في فئات سنوات خبرة عضو هيئة التدريس، وتفسر الباحثة هذا إلى ما اكتسبه عضو هيئة التدريس وتجربته العملية والعلمية أثناء رحلته في السلك التربوي والتعليمي، إلى جانب أن عضو هيئة التدريس في بداية حياته العملية يكون لديه حاجات أخرى لإشباعها مثل: حاجات اثبات الذات، والنجاح في العمل، والتطور الأكاديمي، والاستقرار الوظيفي والأسري وغيرها.. ولكن مع زيادة سنوات الخبرة يبدأ الفرد في التفكير بنمط حياة صحية أكثر، كما تعزو الباحثة عدم تمكنها من الحصول على دراسات تقيس السلوك الصحي في ضوء المتغيرات (الحالة الاجتماعية، وسنوات الخبرة) وذلك لأن أغلب الدراسات التي أجريت وتمكنت الباحثة من الحصول عليها في هذا المجال أجريت على فئتي طلبة الجامعة أو المدارس، وهي من الفئات التي عادة لا يدرس الباحث معها هذه المتغيرات.

الاستنتاجات:

- ◀ من الواضح أن عضو هيئة التدريس مثقف صحياً لكنه لا يطبق المعلومات على سلوكه اليومي لتصبح عادة وسلوكاً في حياته اليومية.
- ◀ هناك إشارة واضحة إلى أن تطبيق السلوكيات الخاصة لبُعدي قيادة السيارة ونمط الحياة والإجراءات الوقائية لم يصل إلى المستوى المطلوب لهذه الفئة المتقضة والأكثر وعياً في المجتمع، وهذا يعطي مؤشراً إلى ضعف هذه السلوكيات في بقية فئات المجتمع.
- ◀ نسبة سلوك تناول القات والتدخين تعتبر عالية بالنسبة لفئة تمثل قمة الهرم العلمي والأكاديمي، ولفئة هي الأكثر وعياً والأكثر تأثراً في المجتمع، في ظل تزايد الدعوات لمحاربة والحد من سلوك تناول القات، على الرغم من أن هناك الكثير ممن يرون أن القات بالنسبة لليمنيين يعتبر ظاهرة اجتماعية وليس هناك أي حرج من تناوله، بغض النظر عن آثاره السلبية المترتبة على ممارسة هذا السلوك في كافة نواحي الحياة الاجتماعية والصحية والاقتصادية.

التوصيات:

- ◀ تعزيز ممارسة سلوكيات الوقاية والحفاظ على الصحة وأنها من مقاصد الشريعة الإسلامية، وذلك من خلال البرامج التثقيفية والتوعوية والتدريبية التي تقوم بها إدارة الموارد البشرية.
- ◀ التنسيق مع المنظمات والجمعيات الخاصة بمحاربة تناول القات للقيام بدورات لإبراز آثار سلوك تناول القات على صحة وجسم الإنسان.

◀ اجراء دراسات علمية تدرس مدى العلاقة بين السلوك الصحي وكل من: الإنتاجية والأداء - التطور الذاتي - التحصيل الأكاديمي - التفكير الناقد.

المراجع:

- البحيران، فادية (2015، أكتوبر 31)، *السلوك الصحي الخاطئ يهدد حياة المراهقين، الاقتصادي، استرجع من* <https://bit.ly/2YHo5OD>
- الحارثي، اسماعيل (2014)، *مستوى السلوك الصحي لطلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات* (رسالة ماجستير)، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- الداغستاني، سناء عيسى، والمفتي ديار عوني (2010)، *المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، (26/27)، 78 - 142.*
- المدقر، محمد نزار (2001)، *روائع الطب الإسلامي: العبادات في الإسلام (ط2)*، الكويت: دار المعاجم.
- رضوان، سامر جميل، وريشكة، كونراد (2001)، *السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة - دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سورين وألمان، شؤون اجتماعية، 18 (72)، 25 - 66.*
- زعطوط، رمضان وقريشي، عبد الكريم (2014)، *الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 6 (17)، 279 - 294.*
- عبد الحسين، عقيل مسلم، عراقك، محمد مطر، ومحمد، جاسم جابر (2012)، *الوعي الصحي لدى طلبة كلية التربية الرياضية - جامعة المثنى، مجلة كلية التربية الاساسية - جامعة بابل، (8)، 351 - 381.*
- عبد الحق، عماد صالح، شناعة، مؤيد، نعيرات، قيس، والعمد، سليمان (2012)، *مستوى الوعي الصحي لدى طلبة جامعة النجاح الوطنية وجامعة القدس، مجلة جامعة النجاح للأبحاث: العلوم الإنسانية، 26 (4)، 939 - 958.*
- العلوان، بشير (2015)، *السلوك الصحي لدى لاعبي الكرة الطائرة في الاردن، جامعة البلقاء التطبيقية - الأردن، المجلة العربية للغذاء والتغذية، 14 (33)، 94 - 109.*
- العماد، عادل، الصفدي، عصام حمدي، وأبو حويج مروان (2001)، *العلوم السلوكية والاجتماعية والتربية الصحية، عمان: دار المسيرة.*
- أبو داود، سليمان السجستاني الأزدي (1996)، *سنن أبي داود ومعالم السنن، الجزء الثالث، كتاب الأدب، باب "في الجلوس بين الظل والشمس"*، حديث رقم 4821، تحقيق محمد عبد العزيز الخالدي، بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية.
- ابن ماجه، أبو عبد الله محمد بن يزيد القزويني (2018)، *سنن ابن ماجه، حديث رقم 3426، بيروت، لبنان: دار الكتب العلمية.*
- النادر، هيثم محمد، القضاة، محمد خالد، والعلوان، بشير (2016)، *السلوك الصحي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة كلية علوم الرياضة بجامعة مؤتة، مؤتة للبحوث والدراسات - سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، 31 (4)، 93 - 120.*
- النواصرة، فيصل، عويس، بثينة، والحوارني، صفاء (2018)، *السلوك الصحي لدى الموهوبين والعاديين من طلبة المدارس في محافظة عجلون وعلاقته بالتحصيل الأكاديمي، مجلة جامعة النجاح للأبحاث: العلوم الإنسانية، 32 (6)، 1111 - 1140.*
- النواصرة، فيصل، والحوارني، صفاء (2017)، *السلوك الصحي لدى الأطفال المعوقين (من وجهة نظر أمهاتهم) في محافظة عجلون في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية ودرجة ونوع الإعاقة، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، 6 (11)، 155 - 170.*

- Bulmer, S. M., Irfan, S., Barton, B., Vancour, M., & Breny, J. (2010). Comparison of Health Status and Health Behaviors between Female Graduate and Undergraduate College Students. *Health Educator*, 42(2), 67-76.
- Cheon, C., Oh, S. M., Jang, S., Park, J. S., Park, S., Jang, B. H., ... & Ko, S. G. (2014). The relationship between health behavior and general health status: based on 2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey. *Osong public health and research perspectives*, 5(1), 28-33.
- Devlin, H. (2015, Feb 19). *Exposure to sun poses risk of skin cancer even in the dark, study finds*. from The Guardian: <https://www.theguardian.com/science/2015/feb/19/exposure-to-sun-poses-risk-of-skin-cancer-even-in-the-dark-study-finds>
- Helmer, S. M., Krämer, A., & Mikolajczyk, R. T. (2012). Health-related locus of control and health behaviour among university students in North Rhine Westphalia, Germany. *BMC research notes*, 5(1), 703.
- Kishimoto, M., Fujita, H., Takahashi, H., & Okubo, I. (2006). Relationship between health behavior and lifestyles/health status among Japanese adults. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 72(4), 141-152.
- Setto, J. M., Bonolo, P. D. F., & Franceschini, S. D. C. C. (2016). Relationship between health behaviors and self-reported diseases by public employees. *Fisioterapia em Movimento*, 29(3), 477-485.
- Stark, M. A., Hoekstra, T., Hazel, D. L., & Barton, B. (2012). Caring for self and others: Increasing health care students' healthy behaviors. *Work*, 42(3), 393-401.
- Wardle, J., & Steptoe, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. *Social Science & Medicine*, 33(8), 925-936.