مجلة "آفاق فكرية"

رت م د :2353 - 0367

رت م د إ: 2602-5507

ص. ص. ... - ...

السلوك الصحي وعلاقته بالمخططـات المعرفيــة لدى طلبة الجــامعة
ـدراسة ميدانية على عينة من الطلبة الجامعيين بجامعة جيلالي ليابس سيدي بلعباس-

The Relationship between Healthy Behaviour and Cognitive Schemas among University Students: "A Field Study on a Sample of University Students at Djilali Liabes University in Sidi Bel Abbes"

مدوري إبتسام[1*]، فلاح أحمد [2]

[1] جامعة جيلالي ليابس بسيدي بلعباس (الجزائر)، ibtissem.madouri@univ-sba.dz

[2] جامعة بسيدي بلعباس (الجزائر)، مخبر البحوث النفسية والتربوية، fellahpsy@gmail.com

تاريخ الاستلام: 2024-05-18 تاريخ القبول: 2024-11-13 تاريخ النشر: 2025-06-03

ملخص:

يهدف هذا البحث إلى دراسة السلوك الصحي وعلاقته بالمخططات المعرفية لدى الطلبة الجامعيين، وذلك باستخدام المنهج الوصفي. حيث تم تطبيق استبيان السلوك الصحي لـ "عبد المجيد الصمادي وعبد الغفور الصمادي" (2011)، واستمارة المخططات المعرفية لـ "جيفري يونغ (Jeffrey Young 2001)" على عينة مكونة من 90 طالبًا وطالبة من جامعة جيلالي ليابس بسيدي بلعباس. وقد أظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية عكسية بين المخططات المعرفية والسلوك الصحي، و تبين أن أفراد العينة يتمتعون بمستوى عالٍ من السلوك الصحي. كما كشفت النتائج عن شيوع بعض المخططات المعرفية لدى أفراد العينة دون غيرها. وفي ضوء هذه النتائج، توصي الدراسة بما يلي:

- تعزيز الوعي الصحي ضمن البيئات التعليمية.
- - تحسين الإدراك المعرفي للأفراد بهدف تعزيز السلوك الصحي.
- تطوير مقاييس لقياس السلوك الصحي والمخططات المعرفية تتناسب مع البيئة الجزائرية.
- تعزيز الدافعية والتحفيز من خلال دعم المخططات المعرفية الإيجابية المرتبطة بالسلوك الصحي، مثل الاعتقاد بالفوائد الصحية.

كلمات مفتاحية: السلوك الصحي ؛ المخططات المعرفية ؛ الطلبة

Abstract:

This research aims to study health behavior and its relationship with cognitive schemas among university students, using a descriptive approach. The study applied the "Health Behavior Questionnaire" by Abdul Majid Al-Samadi and Abdul Ghafour Al-Samadi (2011), and the "Cognitive Schemas Inventory" by Jeffrey Young (2001) to a sample of 90 students from the University of Djilali Liabes in Sidi Bel Abbes. The results revealed an inverse correlation between cognitive schemas and health behavior, and it was found that the sample exhibited a high level of health behavior. Additionally, the results showed that certain cognitive schemas were more prevalent among the sample than others. Based on these findings, the study recommends the following:

- Enhancing health awareness within educational environments.

* المؤلف المرسل.

- Improving cognitive awareness to promote health behavior.
- Developing measures to assess health behavior and cognitive schemas that are appropriate for the Algerian context.
- Enhancing motivation and encouragement by supporting positive cognitive schemas related to health behavior, such as beliefs in health benefits.
Keywords: Healthy Behaviour; Cognitive Schemas; Students

مقدمة:

السلوك هو مجموعة من الأفعال والتصرفات التي يقوم بها الفرد استجابةً لمؤثرات داخلية أو خارجية. يمكن أن يكون السلوك ظاهريًا ويمكن ملاحظته بشكل مباشر مثل الكلام والحركات، أو يكون سلوكًا داخليًا مثل الأفكار والمشاعر. في دراسة لـ "أوهير" (**Uher,2016**) تم الإشارة إلى السلوك على أنه التغيرات أو الأنشطة التي تحدث على المستوى الخارجي للأفراد ، والتي تُساهم في تسهيلها عوامل خارجية. بمعنى آخر، يعتبر السلوك عند أوهير مجموعة التصرفات التي تحدث نتيجة لتفاعل الكائن مع محيطه الخارجي. وبصفته ناتجا عن هذا التفاعل الذي يمس عدة عوامل نفسية، اجتماعية، وبيئية، فهو يشكل أساسًا مهمًا لفهم الصحة العامة وتأثيراتها على الأفراد والمجتمعات." فالصحة تعد مفهوم متعدد الأبعاد لا يمكن تعريفه فقط بغياب المرض. ففي دراسة لـ .(Edward & al,2001) ، وضح الباحثون أن الصحة تركز على الرفاهية العامة وقدرة الفرد على التكيف مع الظروف الصحية والتعافي من الأمراض، كما أن المعايير التشخيصية وتوقعات المستقبل تلعب دورًا كبيرًا في تحديد حالة الصحة.

ومن أهم العوامل المؤثرة بشكل كبير على الصحة العامة للفرد، هو السلوك الصحي، حيث يُعرف بأنه الأفعال التي يقوم بها الأفراد لتعزيز صحتهم والحفاظ عليها. ومع ذلك، يُلاحظ أن هناك العديد من السلوكيات التي قد تؤثر سلبًا على الصحة، مثل إتباع حمية غذائية صارمة من أجل الوصول إلى النحافة، نظرًا لجاذبيتها الخارجية، أو تناول الخمور لتعزيز الثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية. (شويخ، 2012). وبناءً على ذلك، يمكن تقسيم السلوكيات إلى قسمين: السلوكيات المضرة بالصحة، التي تترتب عليها تأثيرات سلبية على الصحة، والسلوكيات الوقائية الصحية، التي تُسهم في تعزيز الصحة والوقاية من الأمراض .

في دراسة لـ (خامت والغرياني،2022)، أكدت أن السلوك الصحي يمكن أن يؤدي إلى تحسين صحة الجسم والعقل، وتقليل مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة، والفيروسات التي انتشرت في مجتمعنا خاصة في الآونة الأخيرة كفيروس كورونا، ومتحول اوميكرون، وما صاحبها من أمراض،

واضطرابات مختلفة أغلبها يصعب علاجها، وقد تتطلب عناية دائمة، ما جعل الجهات المختصة تفرض على الأفراد التقيد بإتباع سلوكيات صحية للوقاية، والحد من الإصابة. إذ معظم الأمراض نجدها في الأصل ترتبط بالسلوك الصحي وعوامل الخطر مثل الأمية الصحية، وغيرها من السلوكيات التي تشكل خطرا على صحة الأفراد.

السلوكيات الصحية عامة تعني كل الأفعال التي يقوم بها الأفراد بهدف تعزيز صحتهم، والحفاظ عليها، سواء كانت ردود الفعل واعية أو غير واعية. قد تشمل السلوكيات الظاهرة مثل ممارسة الرياضة، وتناول الأكل الصحي، أو الأحداث الذهنية والمشاعر كالمعتقدات، والمشاعر التي بإمكانها أن تؤثر على الصحة. **(Karen. G & al,2008)** وحسب (تيلور، 2008) السلوك الصحي هو النتيجة المباشرة للنوايا السلوكية وهذا تماما ما جاء في نموذج السلوك المخطط الذي بني على نظرية الفعل المبرر **Theory of Reasoned Action** التي تطورت من خلال **"أجزن** Ajzen **"**، **و"فيشبين** Fishbein **"** ، حيث افترضت أن السلوك يمكن التنبؤ به من خلال مقصد الشخص في الانخراط في سلوك معين. حيث يعتمد نجاح النظرية في تفسير السلوك على درجة التحكم فيه. ليس من الواضح أن مكونات نظرية الفعل المبرر كافية لتوقع السلوك في حالة تقليل القدرة على التحكم به، لذلك قام "أزجن وزملاؤه(1991)" بإضافة عنصر التحكم الذاتي السلوكي، وبهذه الإضافة أنشؤوا نظرية السلوك المخطط التي تعتمد على كل ما سبق بالإضافة إلى مفهوم إدراك الضبط أو التحكم السلوكي، وقياس مدى اعتقاد الفرد بضرورة التحكم في سلوك معين.(هناء شويخ، بدون سنة، ص.68 ; **Karen.G &al,2008**) كما جاء في دراسة "نادية وآخرون **Nadia Correia & al (2016)"** التي استهدفت موضوع العلاقة بين السلوك الصحي والمخططات المعرفية والتحكم الذاتي لدى عينة من الأفراد الذين يعانون من السمنة بالولايات المتحدة الأمريكية، والذين بلغ عددهم 176 حيث أسفرت النتائج أن السلوك الصحي يرتبط ايجابيا بالمخططات المعرفية و التحكم الذاتي، وقد وجد الباحثون أيضا أن هناك علاقة تأثيرية بين السلوك الصحي و المخططات المعرفية تعتمد على التحكم الذاتي.

ووفقا لنماذج الاعتقاد الصحي التي تعد أحد أهم نماذج تعديل السلوك، تتدخل المعتقدات، والتمثلات الفردية في تشكيل السلوك الصحي. ومن أكثر الاتجاهات النظرية تأثيرا في تفسير سبب الاتجاه نحو السلوك الصحي هو نموذج المعتقد الصحي**Health Belief Modem " "HBM**، حيث

يشير إلى أن احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي معين يكون من خلال: إدراك الخطر و إمكانية الإصابة بالمرض، درجة خطورة المرض ونتائجه الوخيمة، والمنافع التي يجنيها من سلوكه في مقابل المعيقات (عبد الخالق، 2022، ص.305). فحسب نموذج المعتقدات الصحية إن احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكيات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم للسلبيات و الإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط (عرعار وبوضياف، 2020، ص.684). بمعنى آخر يشير نموذج المعتقد الصحي إلى تصورات الفرد حول التهديد الذي تشكله مشكلة صحية، وفوائد تجنب هذا التهديد، والعوامل المؤثرة في قرار اتخاذ الإجراء (العوائق، والفاعلية الذاتية).

يقوم الأفراد بتفسير تجاربهم من خلال أطر مرجعية موجودة مسبقا، يستخدمونها لتفسير الأمور وتقييمها. هذه الأطر أو المخططات هي هياكل معرفية تمثل معرفتنا وافتراضاتنا حول العالم.**(Saddichha & al,2012)**

تشير المخططات المعرفية إلى الأفكار والمعتقدات والانفعالات التي يحملها الأفراد، والتي تؤثر على سلوكياتهم، واختياراتهم **(Chambo, Cardine,1995)** وبالتالي يمكن أن تؤثر على سلوك الفرد فيما يتعلق بالصحة والعادات الصحية. على سبيل المثال إذا كان الفرد يعتقد أن الرياضة صعبة أو مملة أو مضيعة للوقت، فمن المرجح أن يكون اقل ميلا لممارستها، أيضا إذا كان يعتقد أن الغذاء الصحي غير لذيذ، فقد يكون أكثر عرضة لتناول أطعمة غير صحية تكون مؤذية لصحته، وهذا ما أشار إليه" ناصر البصيري وآخرون" في دراستهم (2021) فقد سلطوا الضوء على العلاقة بين المخططات المعرفية والتغذية الصحية ونمط الحياة لدى طلاب الجامعة في الإمارات العربية المتحدة، أجراها على عينة تكونت من 348 طالب حيث أظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية بين المخططات المعرفية والتغذية الصحية، ونمط الحياة، كما وجد الباحثون أن الطلاب الذين لديهم مخططات ايجابية يتبعون نمط حياة صحي أكثر من الذين يملكون مخططات سلبية. فهذه الأخيرة يمكن أن تؤثر على الإدراك المتعلق بالمخاطر المتعلقة بالسلوكيات الغير صحية، فمثلا إذا كان الفرد غير مدرك لحقيقة خطر التدخين أو شرب الكحول على صحته، فقد يكون أكثر عرضة لممارستها. أيضا دراسة "إبراهيم الحجري وآخرون" (2020) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المخططات المعرفية والسلوك الصحي لدى طلاب الكليات الصحية بفلسطين، والتي تكونت عينتها من 404 طالب، فقد أسفرت نتائجها عن وجود علاقة ايجابية بين المخططات المعرفية والسلوك الصحي لدى الطلبة، وتبين أن العلاقة الأقوى كانت بين المخططات المتعلقة بالتغذية الصحية

والسلوك الصحي. هذا وقد أسفرت الدراسة أيضا عن أن الإناث يمتلكن مخططات معرفية أفضل حول السلوك الصحي عامة من الذكور.

وعليه تلعب المخططات المعرفية دورا هاما في تحديد السلوك الصحي للأفراد، حيث تشكل العوامل التي يعتمد عليها الفرد في تحديد سلوكه وتصرفاته. فالعلاقة بين السلوك الصحي والمخططات المعرفية تشير إلى كيفية تأثير الاعتقادات والتصورات الشخصية على سلوك الفرد فيما يتعلق بالصحة والعناية الذاتية. وفي هذا السياق، يمكن أن تؤثر المخططات المعرفية، التي هي عبارة عن أنماط من الاعتقادات والتصورات الشخصية، على القرارات والتصرفات التي يتخذها الفرد بشأن صحته. هذا ما جاء في دراسة "عبد الله بن سعد العتيبي (2018)" الموسومة بعلاقة السلوك الصحي بالمخططات المعرفية لدى طلاب الجامعة بالمملكة العربية السعودية، تكونت عينة الدراسة من 364 طالب، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية ومعنوية بين المخططات المعرفية والسلوك الصحي لدى الطلاب، وأوضحت أن المخططات المعرفية تؤثر في اتخاذ القرارات المتعلقة بالسلوك الصحي. أيضا دراسة " دافيد وآخرون **David M & al (2017)** " وقد تناولت العلاقة بين السلوك الصحي و المخططات المعرفية والرغبة في تغيير السلوك الصحي، التي هدفت إلى فهم العلاقة بين العوامل المختلفة التي تؤثر على تغيير السلوك الصحي، وذلك على عينة تكونت من **410** فرد حيث أظهرت النتائج أن المخططات المعرفية ترتبط بشكل ايجابي وقوي مع الرغبة في تغيير السلوك الصحي، وأن الأفراد الذين يمتلكون مخططات معرفية ايجابية يكونون أكثر عرضة لتغيير سلوكهم بشكل ايجابي.

لكن مع ذلك يواجه العديد من الطلاب الجامعيين تحديات كبيرة في ممارسة السلوكيات الصحية، إذ يتعرضون لضغوط أكاديمية واجتماعية كبيرة بالإضافة للضغوط اليومية مما يؤدي أحيانا إلى تجاهل السلوك الصحي الإيجابي، وتبني السلوكيات غير الصحية. لذا تقديم الرعاية الجيدة لصحة هذه الفئة يمكن أن يؤدي إلى تحسين حياتهم الأكاديمية و الشخصية، وبالتالي تحسين صحة المجتمع ككل، لذلك يحتاج الطالب إلى التوعية بأهمية السلوكيات الصحية وتعزيزها.

دراسة موضوع السلوك الصحي وعلاقته بالمخططات المعرفية للطلبة الجامعيين له أهمية كبيرة فمن خلال هذا الدراسة يمكننا تسليط الضوء على دور السلوك الصحي في الارتقاء بالأداء الأكاديمي، حيث إتباع الطلبة لنمط حياة صحي يعزز تركيزهم و انتباههم، والتخفيف من حالات

التوتر والقلق. كما توفر هذه الدراسة أيضا فهم الأسس العلمية والمفاهيم المتعلقة بالحفاظ على الصحة، ويمكننا من خلالها توعية وتثقيف الطلاب بأهمية تعزيز السلوك الصحي، وتشجيعهم على اتخاذ القرارات الصحية. هذا و يمكن تطوير برامج وتدخلات تساهم في تحسين السلوك الصحي للطلاب.كما يمكن توظيف النتائج لتصميم برامج توعية للطلاب نحو اتخاذ خيارات صحية لهم. من خلال فهم العلاقة بين السلوك الصحي و المخططات المعرفية.

هدفنا من هذه الدراسة يتمثل في البحث عن العلاقة بين السلوك الصحي و المخططات المعرفية لدى الطلبة الجامعيين، والتعرف على مستوى السلوك الصحي لديهم، وأكثر المخططات المعرفية الشائعة بينهم، والمؤثرة على سلوكياتهم الصحية. وبناءا على هذا تم طرح التساؤلات التالية: **هل هناك علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين السلوك الصحي و المخططات المعرفية لدى طلبة الجامعة ؟**

تتفرع إلى أسئلة جزئية نطرحها كمايلي:

- هل يملك أفراد العينة مستوى عالي من السلوك الصحي؟
- هل يوجد مخططات معرفية أكثر شيوعا من غيرها لدى أفراد العينة؟

وللإجابة على الإشكالية ومختلف الأسئلة الفرعية تمت صياغة الفرضيات التالية:

توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين السلوك الصحي والمخططات المعرفية لدى طلبة الجامعة.

- يملك أفراد العينة مستوى عال من السلوك الصحي.
- يوجد مخططات معرفية أكثر شيوعا من غيرها لدى أفراد العينة.

1.. مفاهيم للدراسة:

1.1.. السلوك الصحي Health Behaviour:

يعد تعريف كاسل وكول (**Kasl & Coll 1966**) نقلا عن (خديجة وصافية، 2021،ص.379) من أشهر تعاريف السلوك الصحي إذ يعرفه بأنه كل نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى بغرض الوقاية من الأمراض أو اكتشافه للمرض قبل ظهور أعراضه. ويحدد "كاسل وكوب" ثلاث فئات من سلوك الصحة:

-**سلوك الصحة الوقائي**: أي نشاط يقوم به فرد يعتقد أنه في صحة جيدة، لغرض الوقاية من المرض أو اكتشافه في حالة لا عرضية.

-**سلوك المرض**: أي نشاط يقوم به فرد يدرك أنه مريض، لتحديد حالة الصحة، واكتشاف علاج مناسب

-**سلوك دور المريض**: أي نشاط يقوم به فرد يعتبر نفسه مريضًا، لغرض التحسن. يشمل تلقي العلاج من مقدمي الرعاية الطبية، ويتضمن عمومًا مجموعة كاملة من السلوكيات الاعتمادية، ويؤدي إلى بعض الدرجة من الإعفاء من المسؤوليات العادية .(Kasl &Cobb,1966). فالسلوكات الصحية هي سلوكات إما إيجابية مثل سلوك الوقاية، أو سوكيات سلبية مثل سلوك الخطر(المرض)، والتي تؤثر على صحة الفرد إما بالحفاظ عليها وتحسينها، أو على النقيض تتسبب في اختلالها وتدهورها.(بولحبال، وشينار،2020،ص70)

جوتشمان(Gochman 1982-1997) أيضا قدم تعريفا شاملا للسلوك الصحي وهو مشابه لتعريف "كاسل وكوب"، حيث عرفه بأنه يشير إلى السمات الشخصية مثل المعتقدات، التوقعات، والدوافع، والقيم وغيرها من الخصائص الشخصية بما في ذلك الحالات العاطفية والشعورية، وأنماط السلوك الظاهرية، الأفعال والعادات المتعلقة بتحسين الصحة والحفاظ عليها. (Gochman,1997,p10)

ويعرفه "نولدنر" **Noeldner** بناءا على(بن غدقة ،2007،ص.49) بأنه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد. هذا ويعرف السلوك الصحي أيضا على أنه سلوك صحي وقائي يقوم الفرد من خلاله بسلوكات بغرض الوقاية من الأمراض. أو ليصل إلى حالة من الشفاء إن كان مريضا من خلال إتباعه عادات صحية إيجابية، وهو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض، وعلى استخدام الخدمات الطبية، ويعرف أيضا على أنه كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية و تطوير الطاقات الصحية عند الفرد (عرعار وبوضياف، 2020، ص.682).

السلوكات الصحية عامة تعني كل الأفعال التي يقوم بها الأفراد بهدف تعزيز صحتهم والحفاظ عليها، سواء كانت ردود فعل واعية أو غير واعية. وتشمل هذه السلوكات استجابة الفرد للأعراض المرضية بصورة صحيحة، سواء كان ذلك عبر تحسس الأعراض بنفسه أو بمساعدة الآخرين، والسعي للحصول على الرعاية الطبية المناسبة وإتباع الإرشادات الوقائية والعلاجية. وتشمل هذه السلوكات أيضًا ممارسة النشاط البدني، واتباع نظام غذائي صحي، وضمان النوم الكافي، والامتناع عن التدخين واستخدام المواد الضارة الأخرى.(شويخ، 2012) و(تايلور، 2008)

يتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل في:

- البعد الوقائيIlness Prevention : ويتضمن الممارسات الصحية التي تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالأمراض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين، أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوصات الدورية..
- بعد الحفاظ على الصحة Health Maintenance : يشير إلى الممارسات الصحية التي تحافظ على صحة الفرد كالأكل الصحي.
- بعد الارتقاء بالصحة Health Promotion : يتضمن كل الممارسات الصحية التي تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة مثل ممارسة الرياضة بانتظام.(خديجة وصافية، 2021، ص.380)

تعتبر لهذه الأبعاد أهمية كبيرة لفهم السلوك الصحي وتحديد العوامل التي تؤثر عليه. ويمكن للفرد العمل على تحسين هذه الأبعاد بإتباع نمط حياة صحي، وتغيير العادات غير الصحية والتواصل مع المهنيين الصحيين للحصول على النصائح، والإرشادات اللازمة لتعزيز الصحة.

باختصار السلوكيات الصحية لا تقتصر على الإجراءات الطبية المعقدة، بل تشمل أيضًا الأنشطة اليومية البسيطة التي يمكن أن تؤثر بشكل إيجابي أو سلبي على صحتنا. هذه الأنشطة، التي تتضمن عادات مثل تناول وجبات غذائية متوازنة، ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، والحصول على قسط كافٍ من النوم، تلعب دورًا حاسمًا في الوقاية من الأمراض وإدارة الحالة الصحية للفرد. لتصبح هذه السلوكيات جزءًا لا يتجزأ من حياة الفرد، يجب دمجها في الروتين اليومي حتى تتحول إلى عادات ثابتة تدعم الصحة بشكل مستمر. الإلتزام بهذه السلوكيات، قد يساهم في تقليل مخاطر الإصابة بالأمراض، وتحسين الحالة المزاجية وزيادة الطاقة والحيوية.على العكس من ذلك، تجاهل هذه السلوكيات الصحية يمكن أن يزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض، ويؤدي إلى تدهور الصحة العامة، ويقلل من جودة الحياة بسبب المشاكل الصحية المستمرة.

نستنتج مما سبق ان السلوك الصحي هو عامل رئيسي في الحفاظ على الصحة، و الوقاية من الأمراض، والإصابات. فهو يشير إلى الممارسات والعادات التي يتبعها الطلاب للحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية، ويعد أمر في غاية الأهمية بالنسبة للطلبة إذ يؤثر على أدائهم الأكاديمي ورفاهيتهم الشخصية.

ويعرف إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الطالب (ة) على مقياس السلوك الصحي لعبد المجيد الصمادي وعبد الغفور الصمادي (2011).

2.1.. المخططات المعرفية Cognitive Schemas:

حسب "بيك **Beck** " هو ذلك المكون الأساسي الذي يهدف إلى شرح الأحداث، والخبرات المعاشة من طرف الفرد . يتكون مبكرا، وينمو خلال حياة الفرد عن طريق التجارب التي يخضع لها. (ديب، 2011، ص.58). وقد تناول "بيك" سابقا دراسة الأفكار الواعية التي تقع بين الحدث الخارجي، واستجابة الفرد الانفعالية تجاهه. ومن أبرز الرواد في هذا المجال هو "جيفري يونغ" **Jeffry Young** الذي داء بمصطلح المخططات المعرفية وعرفها على أنها أنماط أو موضوعات تتسم بالثبات النسبي، وتتضمن الذكريات، العواطف، والأحاسيس المتعلقة بالفرد وعلاقته بغيره وبالمحيط.(بوبروبة،2024).و افترض "يونغ **Young** "، أن بعض المخططات خاصة تلك التي تتطور بشكل أساسي نتيجة تجارب الطفولة القاسية، قد تكون في صميم اضطرابات الشخصية ومشاكل مميزة والعديد من اضطرابات المحور الأول المزمنة، لاستكشاف هذه الفكرة حدد مجموعة فرعية من المخططات التي وصفها بالمخططات المبكرة غير التكيفية التي تعد من الأنماط العاطفية، والمعرفية التي تهزم نفسها وتبدأ في وقت مبكر من تطور الفرد و تتكرر طوال حياته (Young, 2005, p.203) .

وفقا لـ "يونغ" تتكون المخططات المعرفية من مجموعة من الأفكار التي ترتبط فيما بينها وتمثل معرفة شاملة حول موضوع معين، ويمكن أن تشمل المخططات المعرفية معلومات عن الأشخاص، والأحداث والأفكار والمواقف، وتساعد على فهم العلاقات بين هذه المعلومات وترتيبها بشكل منطقي.

ونظر "**Beck**" للإدراك على أنه عملية معالجة المعلومات المعرفية تأخذ شكل الحديث الذاتي المتكرر، تتكون مرحلة الإدراك من سلسلة من الأحداث المعرفية، والتي تتكون بدورها من:

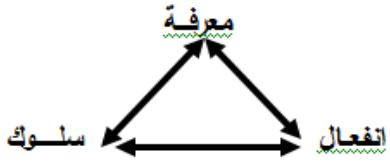
- **الأفكار الإرادية Voluntary Thoughts** ويتم الوصول إليها مباشرة من الوعي، عامة تشير إلى أن الفرد يمكنه تشكيل سلوكه، وتوجهاته بصورة نشطة وواعية ومتعمدة، ويمكن للعوامل الاجتماعية، الثقافية، والتربوية أن تساعد على تعزيز هذه الأفكار لدى الفرد.
- **الأفكار التلقائية Automatic Thoughts** تقع على محيط مجال الوعي، ويمكن الوصول إليها بعد بذل مجهود كبير للانتباه (المستوى السطحي). تشير إلى أفكار وأحداث معرفية متكررة تأتي إلى العقل بشكل تلقائي، يصعب التحكم بها، وتؤثر على سلوك الفرد و تفاعلاته.

- **الأفكار الغير وظيفية Dysfunctional Thoughts** (مستوى متوسط) هي أحكام مشروطة تتخذ شكل (إذا...فسوف)، تتعلق بالاحترام، المودة، أو الحب من الآخرين وتوفر الوصول إلى المخططات. تنشأ نتيجة للتجارب السلبية التي يعيشها الفرد، تشمل العديد من التصورات السلبية عن الذات و الآخرين و العالم .
- **المخططات Schemas** (مستوى عميق) وهي النتيجة الحتمية لتسلسلات الأفكار التلقائية، والأفكار الغير وظيفية. يعرفها Beck على أنها هياكل معرفية تنظم التجربة والسلوك، وهي المبادئ المنظمة لرؤية الذات، والآخرين والعالم. المخططات عادة تكون كامنة ومغطاة ولا تصل إلى الوعي الكامل إلا من خلال تجربة عاطفية، ثم تنشأ في وعي كامل مصحوبة بمشاعر قوية وغير سارة في اغلب الأحيان مع وفرة من الأفكار التلقائية. **(Debray and Nollet,2001,p.23/34/25)**

نستنتج مما سبق أن المخطط المعرفي يحدث من خلال اتحاد عنصرين وهما الأفكار التلقائية، والأفكار الغير وظيفية. ويسمح لنا هذا التفسير بالخروج بالثلاثية المعرفية :

شكل 1:

الثلاثية المعرفية



المصدر: من إعداد الباحثين

المعرفة تأخذ شكل أفكار غير وظيفية على سبيل المثال (إذا لم أكن أنيق فسوف يبتعد عني زملائي)، في هذه الحالة سيصاحب هذه الفكرة شحنة انفعالية قد تتمثل في الغضب أو الخجل أو الفشل.

أما إجرائيا فتعرف المخططات المعرفية بأنها مجموع الدرجات التي يتحصل عليها الأفراد في استمارة المخططات المعرفية لجيفري يونغ النسخة المختصرة والمكونة من 15 مخطط ضمن 5مجالات.

2.. الإجراءات المنهجية:

1.2.. مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة الحالية من جميع الطلبة الذين يزاولون دراستهم بجامعة الجيلالي اليابس بولاية سيدي بلعباس للموسم الجامعي 2024/2023 في كل من مستوى الليسانس، والماستر.

2.2.. العينة الاستطلاعية :

أقيمت الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها 30 طالبا وطالبة للتعرف على مدى ملائمة أداوت الدراسة على العينة المختارة و التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياسين. ويمكن إدراج ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (1):

خصائص العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	%
الذكور	10	33.33
الإناث	20	66.66
المجموع	30	100

المصدر: بتصرف بناء على نتائج برنامج *SPSS*

3.2.. المنهج المتبع:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي، وهذا لأنه هو الأكثر خدمة لدراستنا، والأنسب لجمع المعطيات المتعلقة بها وتحليلها ومعالجتها إحصائيا.

4.2.. عينة الدراسة:

أجريت الدراسة على عينة من الطلبة بجامعة جيلالي ليابس بسيدي بلعباس، بلغ عددها 90 طالب وطالبة، حيث بلغ عدد الذكور (40طالب) بنسبة (44.44%) و بلغ عدد الإناث (50 طالبة) بنسبة (55.55%). ويمكن ادراج ذلك في الجدول التالي:

جدول رقم (2):

خصائص العينة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	%
الذكور	40	44.44

الإناث	50	55.55
المجموع	90	100

المصدر: بتصرف بناء على نتائج برنامج *SPSS*

5.2.. أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على **استبيان السلوك الصحي** لأحمد عبد المجيد الصمادي و محمد عبد الغفور الصمادي(2011)، بالإضافة إلى **استمارة المخططات المعرفية** لجيفري يونغ (2001).

1.5.2.. مقياس السلوك الصحي:

تم تصميمه من قبل أحمد عبد المجيد الصمادي ومحمد عبد الغفور الصمادي(2011)، يتكون من 45 فقرة موزعة على 4 أبعاد كالتالي: بعد العناية بالجسم (8 فقرات)/بعد الصحة العامة (12 فقرة)/بعد التعامل مع الأدوية (9 فقرات)/ البعد النفسي الاجتماعي(16 فقرة). تتم الإجابة على هذه الفقرات وفق مقياس ليكرث الخماسي (مطلقا – نادرا – أحيانا – غالبا – دائما)، حيث تمنح درجة **01** للإجابة مطلقا، ودرجة **05** للإجابة دائما وتتراوح الدرجات من 45 إلى 225. (ملال خديجة وملال صافية، 2021، ص.382)

تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس في هذه الدراسة من خلال التحقق من صدق الاتساق الداخلي. وتم ذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات والبعد الذي تنتمي إليه، ومن ثم مع الدرجة الكلية للاستبيان. بعد ذلك، تم حساب معاملات الارتباط بين الأبعاد المختلفة وهذا على عينة استطلاعية مكونة من 30 فردًا.

أظهرت النتائج أن جميع بنود الاستبيان كانت متسقة مع البعد الذي تنتمي إليه، حيث كانت معظمها دالة إحصائية عند مستوى (0.01). بالنسبة للبعد الأول، تراوح معامل الارتباط بين (0.79 و0.60). أما البعد الثاني، فقد تراوح معامل الارتباط بين (0.81 و0.40)، باستثناء البندين 10 و13 اللذين كانا دالين عند مستوى (0.05)،. بالنسبة للبعد الثالث، تراوح معامل الارتباط بين (0.79 و0.47)، باستثناء البند 22 الذي كان دالًا عند مستوى (0.05). أما البعد الرابع، فتراوح معامل الارتباط بين (0.82 و0.47)، باستثناء البند 31 الذي كان دالًا عند مستوى (0.05). كما أكدت النتائج أن جميع بنود الاستبيان كانت متسقة مع الدرجة الكلية للاستبيان، حيث كانت معظمها دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، وتراوح معامل ارتباطها بين (0.77 و0.44). وأشارت النتائج

أيضًا إلى أن جميع قيم معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي كانت دالة إحصائية عند مستوى (0.01)، حيث بلغت قيمها على التوالي (0.64، 0.85، 0.66، 0.76)، مما يعزز من تجانس المقياس وقوة اتساقه. أما بالنسبة للثبات فقد تم التأكد منه باستخدام كل من طريقة التجزئة النصفية، الذي بلغ مجموع معاملاتها 0.54 ما يدل على وجود مقبول جدا بين نصفي المقياس،ليتم بعدها تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون،حيث بلغ ثبا المقياس الكلي 0.70. أيضا تم حساب معامل ألفا كرومباخ. حيث جميع معاملات ألفا كرومباخ كانت جيدة، وتراوحت الدرجات بين 0.87 كحد أقصى و 0.72 كحد أدنى، وبلغ مجموعها الكلي 0.91 وهذا مؤشر دال على ثبات المقياس. ما يجعلنا نقول أن المقياس ثابت وصالح للتطبيق في الدراسة الأساسية.

2.5.2.. استمارة المخططات المعرفية:

تم تصميمه من قبل "يونغ Young" و "براون Brown" 2001، يتكون من 75 بندا مقسمة على 15 بعدا، وكل بعد يحتوي على 5 فقرات، كل منها لها رمز مكون من حرفين حتى يتمكن الفاحص من التعرف على المخططات دون ذكرها. يقوم المفحوص بوضع الدرجة التي تنطبق عليه أمام كل عبارة، حيث تتراوح درجات البند ما بين 1 إلى6، ويحسب إجمالي الدرجات لكل بعد جمع درجات البنود الخمسة له، ومن ثم تتراوح درجة كل بعد بين 5 و30 درجة، كما يمكن التعامل مع متوسط درجة البعد التي تتراوح بين 1 و6 (احمد حمزة و ولاء العشري، 2020، ص.657).

في دراستنا الحالية، تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 30 طالبًا جامعيًا. تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط بيرسون بين الفقرات والبعد الذي تنتمي إليه، ثم مقارنة تلك الفقرات بالدرجة الكلية للمقياس ومعامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية.

أظهرت النتائج وجود ارتباطات دالة إحصائيًا بين الفقرات والأبعاد التي تنتمي إليها عند مستوى دلالة (0.01). تراوحت درجات الارتباط في المجالات المختلفة كما يلي:

- مجال الحرمان العاطفي: (0.64 - 0.84) - مجال التخلي/عدم الاستقرار: (0.66 - 0.92)
- مجال الحذر/الاستغلال: (0.42 - 0.87) - مجال الانعزال الاجتماعي: (0.61 - 0.77)
- مجال عدم الكمال/العار: (0.54 - 0.68) - مجال الفشل: (0.59 - 0.85)
- مجال التبعية/عدم الكفاءة: (0.67 - 0.81) - مجال الخوف من الأخطار/الأمراض: (0.64 - 0.86)
- مجال الخضوع: (0.66 - 0.90) - مجال اللاتمايز/ضمور الشخصية: (0.79 - 0.81)
- مجال التحكم المفرط في الانفعالات: (0.62 - 0.84) - مجال التضحية بالذات: (0.58 - 0.68)

- مجال النقد المفرط: (0.66 - 0.82) - مجال التحكم أو نقص التحكم في الذات: (0.58 - 0.90) - مجال العظمة/الحقوق الشخصية: (0.77 - 0.88). كما أظهرت النتائج وجود ارتباطات دالة إحصائيًا بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة (0.01)، حيث تراوحت درجات الارتباط بين (0.54 و0.70). يشير هذا إلى أن الفقرات تمثل بشكل جيد المحاور الرئيسية التي تنتمي إليها وتحقق الهدف المرجو منها. أما بالنسبة للثبات، تم حساب معامل ألفا كرونباخ للتأكد من مدى التجانس بين الفقرات، وقد بلغت درجة الاختبار 0.876، وهي درجة عالية من الثبات، مما يؤكد أن المقياس يتمتع بمستوى عالٍ من الصدق والثبات، ويعد صالحًا للاستخدام.

3..عرض ومناقشة النتائج في ضوء الفرضيات:

1.3.. الفرضية العامة:

نصت على وجود علاقة دالة إحصائيا بين السلوك الصحي والمخططات المعرفية لدى طلبة الجامعة. وللإجابة عليها تم تطبيق مقياسي السلوك الصحي، والمخططات المعرفية على (40) طالب وطالبة، ثم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الدرجات المحصل عليها من المقياسين كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(3):

معامل الارتباط بيرسون بين درجات مقياس السلوك الصحي ودرجات مقاس المخططات المعرفية

المتغيرات	معامل الارتباط بيرسون
السلوك الصحي/المخططات المعرفية	-0.52**

المصدر: بتصرف بناء على نتائج برنامج *SPSS*

ملاحظة: (** تشير إلى مستوى الدلالة 0.01)

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) أن قيمة معامل الارتباط بيرسون سالبة، حيث قدرت بـ ***(r= -,52)*** وهذا يشير إلى وجود علاقة عكسية بين المتغيرين، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجات أحد المقياسين، انخفضت درجات المقياس الآخر. أي كلما انخفضت لدى الطالب المخططات المعرفية السلبية مال أكثر لتبني مستويات أعلى من السلوكيات الصحية والعكس صحيح. أيضا وجود علامتي النجمتين (**) يشير إلى مستوى الدلالة (0.01) أي أن هذه العلاقة ذات دلالة إحصائية عالية، مما يعني أن احتمال حدوث هذا الارتباط بسبب الصدفة منخفض جداً، واحتمال الوقوع في الخطأ ضئيل بنسبة 1%. بعبارة أخرى، يمكن القول إن هناك علاقة معنوية بين السلوك الصحي والمخططات المعرفية.

وهذا نفسه ما توصلت إليه دراسة "ريدجر وآخرون Riediger and al " (2007) التي هدفت إلى فهم العلاقة بين المخططات المعرفية والسلوك الغذائي ونمط الحياة لدى الأطفال الذين يعانون السمنة في كندا، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية بين المتغيرات ما يعني أن الأطفال الذين يعانون من البدانة لديهم مخططات معرفية ضعيفة تساهم في إتباعهم لنمط غذائي أسوء من أقرانهم الذين لديهم مخططات ايجابية، وهذا يمكن تفسيره بأن المخططات المعرفية الضعيفة قد تؤثر سلبا على قدرة الفرد في اتخاذ القرارات الصحية، وبالتالي تجعله يميل إلى إتباع سلوكيات غير صحية. وعلى الصعيد النفسي يمكن تفسير هذه النتائج بأن الأطفال الذين يعانون من السمنة يواجهون صعوبة في تطوير المخططات المعرفية الصحية وذلك قد يكون نتيجة لتشوه صورة الذات، القلق، الاكتئاب، عدم الثقة بالنفس، وعدم التحكم الذاتي وهذا يؤدي بطبيعة الحال إلى إتباع سلوكيات غير صحية كتناول أطعمة غير صحية، وعدم ممارسة الرياضة بشكل منتظم.

كذلك دراسة "بيشار وآخرون Bachar K et al " (2018) التي تناولت العلاقة بين السلوك الغذائي والمخططات المعرفية في الجامعة الأردنية دراسة استكشافية على عينة قوامها 424 طالب وطالبة بالجامعة الأردنية، فأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة عكسية بين المتغيرات حيث كان السلوك الغذائي السيئ يترافق مع مستويات المخططات المعرفية المنخفضة. هذه النتائج قد نرجعها إلى أهم نقطتين وهما أن السلوك الغذائي السيئ يتشكل من المعتقدات الخاطئة (المخططات السلبية) حول الغذاء مما يؤدي إلى عدم إدراك الفرد لأهمية تناول الأطعمة الصحية، وبالتالي إتباع نمط حياة غير صحي. أيضا يمكن أن يكون للبيئة الاجتماعية دور في ترافق السلوك الغذائي السيئ مع المستويات المنخفضة للمخططات المعرفية فمثلا قد يؤدي التعرض للإعلانات السلبية حول الجسم، والنظام الغذائي إلى تشكل صورة سلبية للجسم والغذاء. وبالرجوع إلى النظريات المفسرة للسلوك الصحي سنجد أهم نموذجين وهما **نموذج المعتقد الصحي** وحسب هذا النموذج فإن وجود علاقة عكسية بين السلوك الصحي و المخططات المعرفية لدى الطلبة قد يرجع لعدة عوامل أهما : المعتقدات الخاطئة التي تؤثر على السلوك الصحي سلبيا، فالأفراد الذين يعتقدون بشكل خاطئ أن السلوك الصحي غير مهم أو غير فعال سوف يكون لديهم بالضرورة نية أقل للقيام به. أيضا يفترض هذا النموذج أن الفعالية الذاتية تؤثر على السلوك الصحي وتشمل الإيمان بأن هذا السلوك يمكن أن يحقق نتائج مفيدة وبموجب هذا النموذج فإن المخططات المعرفية السلبية يمكن أن تؤثر على الفعالية الذاتية، وبالتالي تقل نية القيام بالسلوك الصحي.

نفس الأمر بالنسبة **لنظرية السلوك المخطط** التي تشير إلى أن الإنسان يتأثر بالنوايا والمعتقدات التي يمتلكها حول السلوك، فالمخططات السلبية يمكن أن تؤثر على النوايا الإيجابية اتجاه السلوك، وبالتالي تؤثر على السلوك الفعلي، وهذا قد يؤدي إلى انخفاض السلوك الصحي لدى الفرد. على سبيل المثال اذا اعتقد المرء أنه لا يمكنه تغيير سلوكه وتحسين صحته، فمن المحتمل أن يكون لديه نية أقل لتحسين سلوكه الصحي .

2.3.. الفرضية الأولى: ونصت على أن أفراد العينة يملكون مستوى عال من السلوك الصحي. وللإجابة عليها، قمنا بحساب اختبار(ت) لعينة واحدة (T_test) من أجل المقارنة بين المتوسط الحسابي مع المتوسط الفرضي لمقياس السلوك الصحي، وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم(4):

نتائج اختبار(ت) لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي و المتوسط الفرضي لمقياس السلوك الصحي

المتغير	المتوسط الحسابي	المتوسط الفرضي	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة	درجة الحرية	Sig المعنوية
السلوك الصحي	168.9556	135	23.29677	13.827	0.05	89	0.000

المصدر: بتصرف بناء على نتائج برنامج *SPSS*

من خلال الجدول رقم (04)، نلاحظ أن المتوسط الحسابي بلغ (168.9556) مع انحراف معياري قدره (23.29677). عند مقارنة هذا المتوسط بالمتوسط الفرضي الذي يبلغ (135)، نجد أنه أعلى منه. باستخدام اختبار (ت) لعينة واحدة، حصلنا على درجة (13.827)، وهي دالة إحصائيًا حيث أن قيمة Sig المعنوية (0.000) أقل من مستوى الدلالة الإحصائية (0.05). وبالتالي، يُستنتج أن مستوى السلوك الصحي مرتفع بين أفراد العينة، مما يؤكد تحقق الفرضية.

وهذا ما توصلت إليه دراسة (بطاط،2018)، التي هدفت للكشف عن العلاقة بين الفاعلية الذاتية والسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة، تم اعتماد المنهج الوصفي والمقارن، واستخدام مقياس السلوك الصحي من اعداد الباحث، ليتم تطبيقه على عينه قوامها 750 طالب. حيث أظهرت النتائج أن الطلاب يتمتعون بسلوكا صحيا إيجابيا. وهو نفس ما جاء أيضا في دراسة (عرعار، وبوضياف،2020)، التي سعت للتعرف على مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الليسانس بقسم علم النفس، حيث تكونت العينة من 50 طالب تم اختيارهم عشوائيا، وطبق عليهم مقياس

السلوك الصحي للصمادي 2011 ، حيث أسفرت النتائج عن وجود مستوى مرتفع من السلوك الصحي لدى أفراد العينة.

كما يمكن تفسير النتائج بناءً على النماذج المفسرة للسلوك الصحي، فوفق نموذج المعتقدات الصحية (Health Belief Model)، يمكن القول بأن هؤلاء الطلاب قد يكون لديهم إدراك قوي للتهديدات الصحية المحتملة، مثل الأمراض المزمنة أو السمنة، ويعتبرون أن تبني السلوك الصحي سيساعدهم في تجنب هذه المخاطر. بالإضافة إلى ذلك، قد يدركون بوضوح الفوائد العديدة المرتبطة بالسلوكيات الصحية، مثل تحسين الصحة العامة، زيادة الطاقة، وتحسين الأداء الأكاديمي. قد يكون الإدراك للعوائق أمام السلوك الصحي، مثل قلة الوقت أو التكلفة، منخفضاً أو قد تكون هذه العوائق قابلة للتجاوز من خلال الدعم الاجتماعي أو الوصول إلى الموارد الصحية. كما أن هناك احتمالاً بأن الطلاب لديهم دافع داخلي قوي أو تأثير من المجتمع المحيط (كالأسرة أو المدرسة) يدعم تبني السلوك الصحي. أيضا يمكن تفسير النتائج بناءا على نظرية السلوك المخطط (Theory of Planned Behavior)، حيث مكن أن يكون لدى الطلاب نوايا قوية لتبني السلوك الصحي بناءً على مواقفهم الإيجابية تجاه هذه السلوكيات، والضغوط الاجتماعية التي تشجعهم على تبنيها، وإدراكهم العالي للتحكم السلوكي (الثقة في قدرتهم على تنفيذ السلوكيات الصحية).

ويرى الباحثين أن النتائج التي أظهرت مستوى عالٍ من السلوك الصحي لدى الطلاب قد تكون مرتبطة بعدة عوامل، منها الوعي الصحي الجيد، والدعم الاجتماعي من الأسرة والمجتمع، والبيئة المحيطة التي تشجع على ممارسة السلوكيات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، بعض السياسات الجامعية التي تدعم الأنشطة البدنية والتغذية السليمة، وكذلك القيم الثقافية التي تعزز الصحة، تلعب دور مهم في تشجيع الطلاب على تبني هذه السلوكيات الإيجابية.

3.3.. الفرضية الثانية: نصت على وجود فروق بين المخططات المعرفية، بحيث هناك من هي أكثر شيوعا لدى أفراد العينة. وللإجابة عليها استخرجنا المتوسطات الخاصة بكل بعد (مخطط) من أبعاد استمارة المخططات المعرفية، لنقوم بعدها بترتيبها من الأعلى درجة إلى الأدنى درجة. وكانت النتائج كمايلي:

جدول رقم(5):

المخططات المعرفية الأكثر شيوعا بين أفراد العينة

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ET	18.5444	6.6165	SI	13.7333	4.91455
IS	16.8889	8.36988	ED	13.7111	6.30542
SS	16.7333	6.13848	AB	12.1667	6.49157

5.33484	11.0111	DI	6.25210	15.6333	US
4.77331	10.9556	EM	5.51647	15.4667	EI
6.04673	10.7667	SB	7.21274	15.4333	MA
5.87634	10.6889	FA	6.61298	14.1000	VH
4.50608	9.8556	DS			

المصدر: بتصرف بناء على نتائج برنامج *SPSS*

نلاحظ من خلال الجدول رقم 05 أن هناك فروقا بين درجات متوسطات و انحرافات أبعاد(مخططات) الاستمارة مما يشير إلى وجود اختلاف في شيوعها، حيث نرى أن هناك مخططات أكثر شيوعا دون غيرها وهي (**ET**) ،يمثل مخطط **المطالبة بالحقوق الشخصية/العظمة** ، حيث يُظهر هذا المخطط أعلى متوسط حسابي بين جميع المخططات بدرجة تقدر بـ (18.5444) ، مما يشير إلى أنه الأكثر شيوعًا بين أفراد العينة. ويشير الانحراف المعياري المقدر بـ (6.6165) إلى تباين معتدل في الدرجات بين الأفراد. وحسب (Young.2006,p.45) الفكرة العامة لهذا المخطط هي أن الشخص الذي يتبنى هذا المخطط يعتقد بأنه أرفع منزلة من الآخرين، وأن لديه حقوق وامتيازات خاصة لا تنطبق على الأشخاص العاديين. هؤلاء الأفراد يتصرفون بشكل يعكس شعورًا متضخمًا بأهمية الذات، وغالبًا ما يتجاهلون القواعد الاجتماعية والمعايير التي تنظم العلاقات مع الآخرين. يرون أن لديهم الحق في الحصول على ما يريدون دون اعتبار لاحتياجات أو مشاعر الآخرين، وقد يميلون إلى فرض سيطرتهم ورأيهم على من حولهم. يليه (**IS**) يمثل **التحكم في الذات /نقص التحكم في الذات**، هذا المخطط يحتل المرتبة الثانية من حيث الشيوع، بلغت قيمة متوسطه الحسابي (16.8889) مع تباين أكبر في الدرجات (انحراف معياري أعلى). وحسب (Young,2006) أيضا يكون الشخص الذي يتبنى هذه المخطط لديه نقص القدرة على كبت النزوات والانفعالات، والقدرة على تحمل الازعاج و الاحباط لمدة طويلة. أما المخطط الثالث الأكثر شيوعًا (**SS**) **يمثل التضحية بالذات**، متوسطه الحسابي قدر بـ (16.7333) مع انحراف معياري بلغت درجته (6.13848).و الذي أشار له (Young,2006) أ الشخص في هذا المخطط ينشغل بتلبية حاجيات الآخرين على حسابه، وذلك لتجنيب الغير الألم، أو لتجنب الشعور بالذنب وزيادة تقديره لذاته. بينما المخططات الأقل شيوعًا، فتمثلت في مخطط **عدم الكمال/العار**(**DS**) ، وهو أدنى متوسط بقيمة تقدر بـ (9.85556) مما يشير إلى أنه الأقل شيوعًا بين أفراد العينة. الانحراف المعياري لديه كان منخفض نسبيًا، بلغ (4.50608)، مما يدل على تباين أقل في الدرجات. كذلك بالنسبة لمخطط **الفشل** (**FA**) الذي بلغ متوسطه (10.6889)، ومخطط **الخضوع** (**SB**) قدرت درجة متوسطه الحسابي بـ (10.7667). هذه المخططات تُظهر متوسطات منخفضة أيضًا، مما يشير إلى أنها ليست شائعة بين أفراد العينة. وعليه يمكننا القول أن الفرضية تحققت.

الفرق الواضح بين المتوسطات يشير إلى أن هناك بالفعل تفاوتًا في شيوع المخططات المعرفية بين أفراد العينة. ويمكن أن يعكس ذلك خصائص معينة لدى العينة، مثل الميل لاستخدام مخططات معرفية معينة أكثر من غيرها، بناءً على السياق أو العوامل الديموغرافية.

هذا ما حققته دراسة "فلينك وآخرون" (Flink & al, 2022)، التي تناولت إرتباط المخططات المعرفية المبكرة مع أفكار و سلوكيات إيذاء الذات غير الانتحارية لدى المراهقين في فينلندا، اعتمدت على المنهج الوصفي، حيث تم تطبيق استمارة المخططات المعرفية لجيفري يونغ ، ومقياس (NSSIA) لتقييم السلوكيات المؤذية للذات غير الإنتحارية، وذلك على عينة قوامها 1647 مراهقا. وقد أظهرت النتائج أن المخططات مثل التضحية بالذات، ومخطط التحكم بالذات/نقص التحكم بالذات كانت هي الأكثر شيوعا بين عينة البحث. بالإضافة إلى وجود ارتباط موجب بينها وبين السلوكيات المؤذية للذات، وهذا يعني أن المراهقين الذين يظهرون ميلا لتبني هذه المخططات قد يكونون أكثر عرضة للإنخراط في سلوكيات إيذاء الذات. بمعنى آخر المخططات المعرفية السلبية(المبكرة غير التكيفية) يمكن أن تكون عوامل خطر مهمة للسلوكيات الضارة بالنفس. وفي نفس السياق هناك دراسة "زينب وآخرون" (Zinab & al,2022)، التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين المخططات المعرفية المفعلة في السياقات الجنسية والمخططات المبكرة غير التكيفية لدى النساء المتزوجات في سن الإنجاب. حيث قدمت هذه الدراسة فهما للأنماط المعرفية السائدة في فئات معينة من المجتمع. وقد تم تطبيق استمارة المخططات المعرفية لجيفري يونغ على عينة شملت 260 امرأة متزوجة بمدينة قزوين بإيران، حيث أسفرت النتائج عن أكثر المخططات انتشارا بين أفراد العينة، وتمثلت في مخطط الحقوق الشخصية الطالبة/العظمة، ومخطط التضحية بالذات، بينما كان مخطط الفشل هو الأدنى انتشارا لديهن. بينما في دراسة ل "ليلى ومحمود" (Layla & Mahmoud,2019) التي هدفت إلى تقييم انتشار المخططات المعرفية غير التكيفية لدى الطلاب الجامعيين في الشرق الأوسط، حيث تكونت عينة البحث من 400 طالب وطالبة من مختلف الجامعات العربية، وتم تطبيق عليهم مقياس المخططات لجيفري يونغ، أظهرت النتائج أن أكثر المخططات شيوعا بين الطلاب المبحوثين هي مخطط الحرمان العاطفي بالمرتبة الأولى، وقد أرجع الباحثين ذلك إلى قلة الدعم العاطفي الأسري في المجتمعات الشرقية بالمقارنة بالمجتمعات الأخرى، ثم يليه مخطط التضحية بالذات والخضوع، وظهورهما قد يعكس القيم الاجتماعية والثقافية في المجتمعات العربية التي تؤكد على التواضع والتضحية من أجل الآخرين. أيضا في دراسة أخرى ل

"سارة وإيميلي" (Sarah & Emily,2021)، كان الهدف منها التعرف على أكثر المخططات المعرفية إنتشارا بين الطلبة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا، حيث اعتمد الباحثتان على المنهج الوصفي، وقامتا بتطبيق مقياس المخططات لجيفري يونغ على عينة قوامها 600 طالب وطالبة. وقد أسفرت النتائج عن أكثر المخططات شيوعا بين أفراد العينة و تمثلت في مخطط التحكم بالذات/نقص التحكم بالذات والذي يعكس الضغوطات النفسية والأكاديمية التي يواجهها الطلبة، مما يجعلهم يشعرون بعدم القدرة على ضبط انفعالاتهم وسلوكياتهم. ثم يليه كل من مخطط الحرمان العاطفي و نخطط الفشل، وذلك يرجع للارتباطهما بالمرحلة العمرية والانتقال للحياة الجامعية، حيث يشعر الطلبة بأن حاجاتهم العاطفية لم يتم تلبيتها بالشكل الكافي.

حسب يونغ بعض المخططات تنمو نتيجة الخبرات المؤلمة التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة، والتي تشكل اضطرابات الشخصية ومشكلات الطبع، والعديد من اضطرابات المحور1. فهو يرى أن الأشخاص الذين أحد المخططات السلبية مثل التخلي وعدم الاستقرار، أو الحذر والاستغلال أو الحرمان العاطفي، أو العاد وعدم الكمال، هم أفراد تم معاملتهم بشكل سيئ أو تم التخلي عنهم في الطفولة. وعندما ينشط المخطط في الرشد تترافق معه انفعالات سلبية كالحزن، الغضب، الخوف والخجل. كما أن الطفل قد يتلقى أيضا كل الحماية و الرعاية إلا أنه يكتسب مخطط سلبي، وهذا راجع لتلقيه حماية مفرطة كمخطط التبعية و عدم الكفاءة، أو العكس يتلقى افراط في الحرية مثل مخطط العظمة و الحقوق المطالبة. (دحماني وآخرون،2016،ص.307)

وحسب رأي الباحثين، شيوع بعض المخططات المعرفية دون غيرها بين الطلبة الجامعيين يمكن تفسيره من خلال تأثير التجارب الشخصية، البيئة الأسرية، والثقافة الاجتماعية والتعليمية المحيطة بهم. حيث تجارب الطفولة والمراهقة، والتوقعات الأسرية، والثقافة التنافسية في المؤسسات التعليمية تساهم جميعها في تشكيل مخططات معرفية محددة. بالإضافة إلى ذلك، السمات الشخصية والتفاعل مع الأقران يلعبان دورًا في تعزيز أو تثبيط هذه المخططات. نتيجة لذلك، بعض المخططات تصبح أكثر شيوعًا بين الطلاب كآلية للتكيف مع الضغوط النفسية والاجتماعية.

خاتمة:

يمكن الاستنتاج أن السلوك الصحي يلعب دورا حاسما في صحة الإنسان وجودتها، ويعد من العوامل الرئيسية التي تؤثر على الصحة العامة وجودة الحياة. كما تساعد المخططات المعرفية في تحسينه، وتعزيز الدافعية والتحفيز لإتباع الأسلوب الحياتي الصحي. وقمنا في دراستنا بتناول هذه المتغيرات لدى الطلبة باعتبار أن هذه الفئة تعد أغلبها تميل إلى إتباع سلوكيات غير صحية تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية، وعلى محصولهم الأكاديمي. وتم التوصل في هذه الدراسة إلى أن السلوك الصحي يتناسب عكسيا مع المخططات المعرفية، بالإضافة إلى وجود مستوى عال من السلوك الصحي، وأيضا أسفرت النتائج عن وجود مخططات معرفية شائعة لدى أفراد العينة دون غيرها. وفي الأخير هذه بعض التوصيات التي نوصي بها:

تعزيز الحملات التثقيفية والموارد التعليمية المتعلقة بالمعرفة الصحية، أيضا بناء مقاييس تقيس كل من السلوك الصحي والمخططات المعرفية بما يناسب البيئة الجزائرية، وتحسين الإدراك المعرفي للأفراد الذي يساعد على تحسين السلوك الصحي، كذلك تعزيز الدافعية والتحفيز من خلال تعزيز المخططات المعرفية الايجابية المرتبطة بالسلوك الصحي مثل الاعتقاد بالفوائد الصحية.

قائمة المصادر والمراجع:

1. بطاط، نور الدين.(2018). الفاعلية الذاتية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي دراسة مقارنة بين طلبة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية(staps) وبعض التخصصات الأخرى بجامعة المسيلة. *[رسالة ماجستير، غير منشور ة]*. جامعة الجزائر3. معهد التربية البدنية و الرياضية دالي ابراهيم.
2. بن غدقة، شريفة. (2007). *السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة.[رسالة ماجستير، غير منشورة]*. جامعة محمد خيضر بسكرة.الناشر مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. 21(10). تاريخ النشر 1-12-2009 رابط الموقع الالكتروني. https://www.asjp.cerist.dz/en/article/38905
3. البصيري، ناصر، ومحمد، عبد الحميد.(2021). علاقة المخططات المعرفية بالتغذية الصحية ونمط الحياة لدى طلبة الجامعة بالإمارات العربية المتحدة. *مجلة الصحة النفسية والاجتماعية. 5(1)*. الصفحات 1-12. رابط الموقع الالكتروني : https://doi.org/10.30526/50.1.2845
4. بولحبال، آية. وسينار،سامية.(2020).واقع السلوك ذو العلاقة بالصحة لدى الشباب الجامعي في ضوء متغيري السن والجنس. *مجلة دراسات إنسانية واجتماعية* (9). الصفحات 65-85
5. حمزة،أحمد، وولاء،العشري(2021).المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى عينة من طالبات جامعة الأميرة نوارة بنت عبد الرحمن. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية 29(1). الصفحات 650-673* http://doi.org/10.33976/UGJEPS.29.1/2021/30
6. الحجري، إبراهيم، راكان، الأحمد. وحمودة، أبو بكر.(2020). علاقة المخططات المعرفية بالسلوك الصحي لدى طلبة الكليات الصحية بفلسطين. *مجلة الجامعة الإسلامية للعلوم الطبية في فلسطين، 18(2)، الصفحات* 65-78. https://doi.org/10.32351/IJIM.V18I2-115.
7. خامت، سعدية، .والغرياني، فتحي.(2022).أثر المعتقدات الصحية في تشكيل السلوك الصحي باستخدام نمذجة المعادلات الهيكلية بالمربعات الصغرى. *مجلة أبحاث اقتصادية معاصرة. 5(2)*. الصفحات477-488.
8. ديب،زهيرة.(2011). *واقع الصحة النفسية لدى الشباب محاولي الانتحار* [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أبو بكر بلقا يد تلمسان. الجزائر.
9. دحماني،ماما. بلغالم،محمد. ولكحل،مصطفى.(2016).المخططات المعرفية اللاتوافقية المبكرة عند جيفري يونغ. *مجلة رفوف*. العدد(10). الصفحات 285- 318.
10. شويخ،هناء، احمد ،محمد . (بدون سنة). *علم النفس الصحي*. مكتبة لأنجلو المصرية. مصر
11. شويخ، هناء.(2012). العوامل الخمسة للشخصية بوصفها منبئات للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة. *مجلة العلوم الاجتماعية*.41(1). الصفحات61-105.
12. شيلي، تايلور.(2008).*علم النفس الصحي*. (ترجمة وسام درويش وفوزي شاكر). دار الحامد للنشر والتوزيع. الأردن.
13. الصمادي، احمد، عبد المجيد، والصمادي، محمد، عبد الغفور. (2011). مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية. *المجلة العربية للطب النفسي، إتحاد الأطباء النفسيين العرب.الأردن. 22* (1). الصفحات 83 - 88. رابط الموقع الالكتروني: http://search.mandumah.com/record/634525
14. عبد الخالق، احمد،، محمد.(2022).*علم النفس الصحي*. ط(01). دار المعرفة الجامعية الإسكندرية .مصر.
15. العتيبي، عبد الله، بن سعد. (2018). علاقة السلوك الصحي بالمخططات المعرفية لدى طلبة الجامعة في المملكة العربية السعودية. *مجلة الصحة النفسية والاجتماعية. 1(1)*. رابط الموقع الالكتروني: https://doi.org/10.305226/36.1.1862.
16. عرعار، غنية، بوضياف، نوال.(2020).مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الليسانس بقسم علم النفس . دراسة ميدانية بجامعة المسيلة . . *مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية*.5(2). الصفحات 678-697.
17. ملال، خديجة، وملال، صافية.(2021).السلوك الصحي لدى الطلبة الجامعيين. *المجلة المغاربية للدراسات التاريخية والاجتماعية بجامعة سيدي بلعباس*. 13(2). الصفحات367-393

18. Bachar H Alsheikh, Mohammed A Aloudah, & Hamzeh M Alhamaida. (2018). *The relationship between dietary habits and cognitive schemas among university students in Jordan.* Journal of nutrition and Metabolism 2018 (8179943). pp1-7. https://doi.org/10.1155/2018/8175943.

19. Chambo.O&Cardine.M.(1995).*Préface de Jean Cottraux.Psychothérapie Cognitive des psychose chronique*.Masson.Paris.

20. David M Williams, Michael D, Christina K, & Jonathan S.(2017).*The relationship between health behaviour, congnitions, and subsequent change: an idiographic approach.*Journal of health psychology 22(11). https://doi.org/10.1177/1359105317695420

21. Debray Q, & Daniel N(2001).*Les personalités pathologiques, approche cognitive et thérapeutique* (1nd ed). Masson Paris.

22. David, Gauchman. (1997). *Handbook of health behavior* research.III.demography, development and diversity Springer .New York

23. Edward,N Brant. Macaran,A Baird. Lisa,F Berkman. Thomas,W,B. Margaret,A heseny. Lawrence, O Gostin. Barbara,A. Robert,J. Bruce,S,M. Jhone,F,S. David,S. Beatrix,A,H. & Elena,O.N.(2001).Health and Behavior : Interplay of Biological, Behavioral, and Societal influences. *Academies press at: www.nap.edu-catalog/9838.html.pdf. ISBN:0-903-51503-3*

24. Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., & Honkalampi, K..(2021). Early Maladaptive Schemas and Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: A Cross-Sectional Study in Finland.*Journal of BMC Psychology.* 21(1). https://doi.org/10.1186/s12888-021-03334-3.

25. Jeffery Y., Janet S, Losko K, & Marjorie E. (2006). *La therapies des schemas approach cognitive des troubles de la personalité* (1nd ed). Boeck Brixelles.

26. Karen.G.Barbara, Rimer.K, & Viswannath.K.(2008).*Health Behavior and Health Education*. 4th Edition. Published by Jossey-Bass:A wiley imprint. San-Francisco.

27. Layla.Amir & Mahmoud.Salah.(2019).Pervalence of maladaptive cognitive schemas among Arab University students. *Middle East Journal of psychology.*17(2). https://doi.org/10.21608/mejp.2019.123456.

28. Nadia C, Jane F,Margaret M, James G& Jeffry M.(2016).*The relationship between health behaviour, cognitive schemas and self-controlin obese individuals.*Journal of behavioural medicine 39(2).pp 249-259. https://doi.org/10.1007/10865-015-96889.

29. Saddichha,Sahoo. Ajay,Kumar & Nirmaka,Pradha.(2012).Cognitive Schemas among mantel hralth professionals: Adaptive or maladaptive?. *Journal og Research in Medical Science.* (17). PP 523-526. www.researchgate.net/publication/232252055.

30. Stanislav.V.Kasl & Sidney Cobb.(1966).Health behavior, Illness behavior and Sick role behavior. *Archives of Environmental Health: An international Journal.*12(2).PP 246-266. https://dx.doi.org/10.1080/00039896.1966.10664365.

31. Sarah.Khan & Emily.Nguyen.(2021).Common cognitive schemas among university students:Aross-cultural study. *Journal of personality & social psychology*. 121(1). *https://doi.org/10.1037/pspp0000287*.

32. Uher, J. (2016). What is behaviour? And (when) is language behaviour? A metatheoretical definition. Journal of the Theory of Social Behavior, vol(46). PP. 475–501. *https://doi.org/10.1111/jtsb.12104*.

33. Riediger ND, Shooshtari S, & Moghadasian MH (2007).*Cognitive determinants of change in childhood obesity treatment utilizing the transtheoretical model of change*.Jounal of the American college of nutrition 26(5).pp421-428. *https://doi.org/10.1080/07315724.2007.10719651*

34. Zinab.Alimoradi, Simin.Zarabdipour, Nicole A.Arrato,MarkD.Griffiths,Barbara L.Andrson & Nasim.Bahrami.(2022). The Relationship between cognitive schemas activated in sexual context and early aladaptive schemas among married women of childbearing age. *Journal of BMC Psychology*.10(1). *https://doi.org/10.1186/s40359-022-00829-1*.