

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بوصفها منبئة بالسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة

**The Big Five Personality Factors as Predictors of Healthy Behavior**

**Among University Students**

“五大人格特质作为大学生健康行为的预测因素”。

أحمد محمد عبد الخالق

الأستاذ بدرجة عالم بقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية

[aabdel-khalek@hotmail.com](mailto:aabdel-khalek@hotmail.com)

مايسة أحمد النيّال

الأستاذ بقسم علم النفس في كلية الآداب، جامعة الإسكندرية

وقسم علم النفس في كلية العلوم الإنسانية، جامعة بيروت العربية

[Dr.mayssah@gmu.ac.ae](mailto:Dr.mayssah@gmu.ac.ae)

الدكتورة منى صايغ

الجامعة اللبنانية الدولية

[mona.g.sayegh@gmail.com](mailto:mona.g.sayegh@gmail.com)

تاريخ تسليم البحث : ٢٠٢٣/٥/٧

تاريخ قبول البحث : ٢٠٢٣/٦/٦

## ملخص

دُرست العلاقة بين عوامل الشخصية والسلوك الصحي - على المستوى العالمي - في عدد كبير من البحوث، ولكن البحوث العربية في هذا المجال محدودة، ولاسيما باستخدام عينات من المجتمع اللبناني. واستهدفت هذه الدراسة، بحث العلاقة بين عوامل الشخصية، والسلوك الصحي، لدى عينة من طلاب جامعة بيروت العربية (ن = ٣٥٠)، أجابوا عن القائمة العربية للعوامل الخمسة الكبرى

للشخصية، ومقياس السلوك الصحي، ويتصف المقياسان بمعاملات ثبات وصدق بين المقبولة والمرتفعة. وأسفرت النتائج عن فروق دالة إحصائية بين الجنسين (متوسط الطالبات أعلى) في عامل العصائية (حجم الأثر متوسط) وعامل القبول (حجم الأثر صغير). وكانت معاملات ارتباط بيرسون دالة إحصائية بين مقياس السلوك الصحي، وكل عوامل الشخصية فيما عدا عامل الانبساط لدى الطلبة، وكل عوامل الشخصية لدى الطالبات، وجميع هذه الارتباطات الدالة إحصائياً موجبة فيما عدا ارتباط السلوك الصحي بالعصائية، فكان الارتباط سالباً لدى المجموعتين. واستُخرج من تحليل المكونات الأساسية عاملان لدى الجنسين سمياً: "الشخصية المتزنة والسلوك الصحي"، و"العصائية مقابل الانبساط والسلوك الصحي". وكانت منبآت السلوك الصحي في تحليل الانحدار، هي: الإلتقان، والتفتح، ونقص العصائية، وفسرت عوامل الشخصية ١٩٪ من التباين في درجات السلوك الصحي. وتخلص هذه الدراسة، إلى العلاقة الوثيقة بين السلوك الصحي وبعض عوامل الشخصية، ومن ثم؛ فإن التشجيع على ممارسة السلوك الصحي، يمكن أن يحسن من بعض عوامل الشخصية الإيجابية، ويخفض من العوامل السلبية كالعصائية.

**المصطلحات الدالة:** السلوك الصحي، الانبساط، العصائية، القبول، التفتح، الإلتقان، لبنان.

## Abstract

The relationship between personality factors and healthy behavior has been studied - at a global level - in a large number of research. However, the Arabic studies are limited, especially in the Lebanese society. This study aimed to investigate the relationship between personality factors and healthy behavior among a sample of Beirut Arab University students ( $N = 350$ ) who answered both the Arab Schedule of the Big Five Factors of Personality and the Healthy Behavior Scale. The two scales are characterized by acceptable to high validity and reliability coefficients. Results indicated that the mean score of female students was higher than do their male counterparts in the neuroticism factor (medium effect size) and the Agreeableness factor (small effect size). Pearson's correlation coefficients were statistically significant between the healthy behavior, and all personality factors except with the extraversion factor among male students. Two factors were extracted from the principal components analysis for both sexes, which were labeled: "Stable personality and healthy behavior", and "Neuroticism versus extraversion and healthy behavior". Regression analysis revealed that conscientiousness, openness, and low neuroticism were predictors of healthy behavior. Personality factors explained 19% of the variance in healthy behavior scores. It was concluded that there is a close relationship between healthy behavior and some personality factors. Hence, encouraging the practice of healthy behavior can improve some of the positive personality factors.

**Key words:** Healthy behavior, Extraversion, Neuroticism, Agreeableness, Openness, Conscientiousness, Lebanon

## مقدمة:

السلوك الصحي أحد الموضوعات المهمة في علم نفس الصحة، ذلك الفرع الحديث من علم النفس (نشأ عام ١٩٧٨)، الذي يربط بين الصحة وعلم النفس، ويختص بالدراسة العلمية للسلوكيات التي ترتبط بالارتقاء بالصحة، والوقاية من المرض. "والصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى" كما يقول المثل العربي، كما أن "الثروة الأولى هي الصحة"، كما قال المفكر "رالف إيميرسون" R. Emerson. وتدرس الصحة هنا على ضوء النموذج "الحيوي - النفسي - الاجتماعي" Biopsychosocial model، بوصفه مفهوماً مشتركاً بين عدد من التخصصات، ومنها علم المناعة النفسي العصبي Psychoneuroimmunology (عبد الخالق، ٢٠٢٢).

والسلوك الصحي - كما يقيسه المقياس المستخدم في هذه الدراسة- له جانبان؛ جانب إيجابي كتناول الطعام الصحي بالمقادير المناسبة، وممارسة التمرينات الرياضية، والنوم ساعات كافية ...، وغير ذلك. وأما الجانب السلبي للصحة فهو الامتناع عن تعاطي الكحوليات، والمخدرات، والتدخين، وتجنب البدانة، والحياة الراكدة ... وغيرها.

وقد أجريت دراسات عدة، على العوامل النفسية والاجتماعية التي ترتقي بالصحة، وعلى العلاقة بين السلوك الصحي وسمات الشخصية، ولكن غالبية هذه الدراسات أجريت على عينات غربية، والدراسات العربية في هذا المجال قليلة. وقد هدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين السلوك الصحي، والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (الانبساط، والعصابية، والقبول، والتفتح للخبرة، والإلتقان)، فضلاً عن بحث عوامل الشخصية المنبئة بالسلوك الصحي، وقد أجريت هذه الدراسة على عينة تندر عليها البحوث، وهي عينة من طلاب الجامعة في لبنان (ن = ٣٥٠).

وتفصل الفقرات الآتية من هذه المقدمة: السلوك الصحي، والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، فمشكلة الدراسة، ثم الدراسات السابقة، وأخيراً فروض الدراسة.

## السلوك الصحي:

تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن النظام الغذائي غير الصحي، وقلة النشاط البدني، هما من أبرز المخاطر العالمية التي تهدد الصحة، وأن اتباع نظام غذائي صحي طوال مسار الحياة، يساعد على الوقاية من سوء التغذية بكافة أشكاله، فضلاً عن طائفة من الأمراض غير السارية والحالات ذات الصلة. بيد أن زيادة إنتاج الأغذية المصنّعة، والتوسع الحضري السريع، وتغيّر أنماط الحياة، أدت جميعها إلى حدوث تحوّل في الأنماط الغذائية، وهو ما أسهم في زيادة نسبة الأمراض، من مثل: مرض السكري، وأمراض ضغط الدم، والقلب، والسكتة الدماغية، والسرطان. ولذا فقد اتفقت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية، على بعض الإجراءات الوقائية، مثل خفض

ما يتناوله السكان عالمياً من الملح بنسبة ٣٠٪ بحلول عام ٢٠٢٥، وكذلك خفض استهلاك السكريات والدهون المشبعة؛ كما اتفقت على كبح الارتفاع في معدلات الإصابة بمرض السكري والبدانة، لدى الراشدين والمراهقين، وكذلك التقليل من زيادة الوزن في مرحلة الطفولة، بحلول عام ٢٠٢٥ (منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢٠).

وعلى الرغم من أهمية الجهود العالمية في مكافحة السلوكيات غير الصحية، فلا بد من تضافر الجهود الدولية مع الاقتناعات الفردية، التي تدفع للمرء إلى تبني هذه الإجراءات، واتباع النصائح والإرشادات، وهذا ما تفسره نماذج اتباع السلوك الصحي الآتية:

١. نموذج نمو الاقتناعات الصحية: يفسر هذا النموذج التصرفات الإنسانية، بأنها تتبع من حسابات منطقية قائمة على مبدأ احتساب الفوائد المتوقعة من السلوك، في مقابل الخسائر الناجمة عن التخلي عنه. وبناء على ذلك، يتخذ القرار المبني على اقتناع صحي منطقي، كأن يقرر المرء الإقلاع عن عادة التدخين.

٢. نموذج الفعل المعقول: لا يعتمد هذا النموذج على السلوك في حد ذاته، وإنما على النيات خلف السلوك، والتي تتحدد بدورها بالاتجاهات نحو السلوك المشكوك فيه، والمعياري الذاتي الناجم عن ضغط توقعات الآخرين. ويؤدي ذلك إلى بناء معيار شخصي، يستند إلى تقييم نتائج السلوك، مُضافاً إليه اقتناع معياري ينتج عن توقعات الأطر المرجعية، التي تهدف إلى تعديل المعيار الشخصي للسلوك، ومن ثم؛ تعديل النوايا التي تؤدي إلى تعديل السلوك (بن غذفة، ٢٠٠٧).

وإلى جانب ذلك، حاول الباحثون الكشف عن علاقة السلوك الصحي بمتغيرات أخرى عبر مختلف الدراسات، وقد تبين أنه ليس هناك شك في أن الأفراد الذين يتمتعون بتوافق جيد، ومستقرون اجتماعياً، ومندمجون جيداً في مجتمعاتهم، هم أقل عرضة للإصابة بالأمراض والوفيات المبكرة، مقارنة بأولئك الذين هم أكثر اضطراباً، وانديفاعاً، وعزلة، ونفوراً. ومع ذلك، فإن أسباب هذه الارتباطات معقدة. فقد كشفت الرسوم التوضيحية من بيانات دراسة "تيرمان" Terman الطولية، التي جُمعت على مدار سبعة عقود، عن مجالات مهمة أساءت فيها البحوث المستعرضة السابقة، تفسير الارتباطات بين الشخصية والصحة. وعلى وجه الخصوص، فقد بالغت هذه البحوث في تقدير التواصل الاجتماعي، بوصفه عاملاً خطراً على الصحة مدى الحياة، كما قللت من أهمية الإلتقان، وبقي بُعد العصايبية مشوشاً. هذا ما دفع كثيراً من الباحثين إلى محاولة اكتشاف علاقة سمات الشخصية بالسلوكيات الصحية، التي قد ينتج عنها كثير من الأمراض (Friedman, 2000).

ورأى كل من "كاسل، وكوب" (Kasl & Cobb, 1966)، أن السلوك الصحي يمثل الأفعال التي يقوم بها الأفراد، ويدركون أنفسهم بأنهم أصحاء، وكلهم أمل في تجنب المرض. كما عرّف "كونر، ونورمان" السلوكيات الصحية بأنها "أي نشاط يهدف إلى الوقاية من المرض، أو اكتشافه أو تحسين الصحة، وتحقيق الهناء الشخصي" (Conner & Norman, 1996). ويرى "جوشمان" (Gochman, 1997) أن السلوك الصحي عبارة عن أنماط وأفعال وعادات سلوكية، ترتبط بالحفاظ على الصحة أو استرجاعها أو

تحسينها، ويشمل ذلك اللجوء إلى الخدمات الطبية الوقائية، من مثل التلقيح ضد الأمراض، أو الخدمات العلاجية كزيارة الطبيب عند المرض، وإجراء الفحوص الطبية. كما تشمل السلوكيات الصحية الموجهة ذاتيًا مثل اتباع نظام غذائي معين، والابتعاد عن المشروبات الكحولية، والتدخين، وممارسة الرياضة.

ومن جهة أخرى ميز "يخلف" (٢٠٠١، ص ص ٢٠-٢١) بين ثلاثة أبعاد للسلوك الصحي هي:

١. **البعد الوقائي:** يتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض، كالحصول على

التلقيح ضد مرض معين مثلاً، أو مراجعة الطبيب بانتظام لإجراء الفحوص الدورية.

٢. **بُعد الحفاظ على الصحة:** يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد، كالإقبال على الطعام

الصحي مثلاً، أو القيام بسلوكيات صحية أخرى ممدوحة.

٣. **بُعد الارتقاء بالصحة:** ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تطوير الصحة والارتقاء بها إلى أعلى

مستويات ممكنة، عن طريق النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم.

ويُفسَّر السلوك الصحي أيضاً في ضوء النماذج المعرفية والاجتماعية، ومن أهمها:

أ- **نموذج المعتقدات الصحية:** Health belief model الذي يعكس نظرية "كيرت ليفين" K. Lewin بوصفها واحدة من

الأطر المبكرة لفهم السلوك الإنساني، ووفقاً لهذا النموذج، فإن سلوك الأفراد يتأثر بستة أنماط من المعتقدات على النحو الآتي:

١. القابلية المدركة للإصابة Perceived susceptibility: وهي ما يدفع الفرد إلى الاعتقاد باحتمال إصابته بمرض ما.

٢. الخطورة المدركة لشدة المرض Perceived severity: وهي تصور التبعات الخطيرة للمرض.

٣. الفوائد المدركة للفعل Perceived benefits: وتتجلى في الفائدة المتصورة الناجمة عن السلوكيات الوقائية، التي تمنع أو

تخفف من تأثير الحالة المرضية.

٤. تكلفة المعوقات المدركة للفعل Perceived barriers/ costs: بمعنى أن الفائدة التصحيحية أو الوقائية، تفوق الأضرار

النفسية والجسمية الناجمة عن الالتزام بالسلوك الموصى باتباعه.

٥. الدافعية الصحية Health motivation: وتفسر الفروق الفردية في تقدير المستوى المرغوب فيه من الصحة.

٦. مؤشرات التصرف Cues to action: وتشير إلى الإرهاصات أو العوامل الداخلية والخارجية، التي تدفع الفرد إلى القيام

بالسلوك النهائي (Lakhan, 2006).

ب- نظرية السلوك المخطط Theory of planned behavior:

تشكل نظرية الفعل المبرر Theory of reasoned action، التي طورها كل من "أجزين، وفيشبين" Ajzen & Fischbein الأساس الذي بنيت عليه نظرية السلوك المخطط (شويخ، ٢٠١٢، ص ٦٦ - ٦٧). ووفقاً لهذه النظرية، فإنه يمكن التنبؤ بسلوك معين، عن طريق مقصد الشخص في الانخراط بالسلوك، والذي ينتج بدوره عن اتجاه الفرد نحو السلوك، وتتكون الاتجاهات من مشاعر إيجابية أو سلبية، كما ينتج السلوك عن إدراك الفرد للمعيار الاجتماعي، الذي يرتبط بدوره بالمعايير الذاتية التي تنبثق عن إمكانية تلقي الفرد الدعم الاجتماعي، عند قيامه بهذا السلوك. كما يشكل كل من التحكم الذاتي في السلوك، والدافعية للاهتمام بسلوك محدد، عوامل مسهمة في قيام الفرد بسلوك معين (Ajzen, 1991).

ج- نموذج مراحل التغيير Stages of change model:

طور كل من "بروشاسكا" Prochaska وزملاؤه نموذجاً توليفياً عابراً للنظريات لتغيير السلوك Trans-theoretical model of behavior change، ويعتمد هذا النموذج على التوليف بين (١٨) عملية مستفاعة من نظريات مختلفة، تصف العمليات المشاركة في إحداث التغيير والحفاظ عليه، حيث يرى أصحاب هذا النموذج، أن التغيير عملية معقدة، ويحدث بشكل تدريجي (شويخ، ٢٠١٢، ص ٧٠). وقد يحدث التغيير أيضاً بشكل لولبي، بحيث ينتقل فيه الفرد من مرحلة إلى أخرى، فقد يتقدم إلى الأمام أحياناً، ويتراجع إلى الخلف أحياناً أخرى، ويكون ذلك بين المراحل التالية:

١. ما قبل التفكير في الفعل: وهي مرحلة تتسم بنقص الوعي عن المشكلة، وغياب خطط التغيير.
٢. التفكير في الفعل: في هذه المرحلة، يبدأ الإحساس بضرورة التغيير، والبحث عن المعلومات اللازمة.
٣. الإعداد للفعل: هنا يبدأ التحضير للفرد والبيئة، بوضع الخطط لتغيير السلوك.
٤. الفعل: يبدأ تنفيذ الخطة، وينخرط الفرد في التغيير، لكنه يكون عرضة للانتكاس، لذا يحتاج إلى الدعم.
٥. الحفاظ على الفعل: يحاول الفرد الحفاظ على السلوك الجديد، ويحتاج ذلك إلى دعم الآخرين (Prochaska et al., 1992).

الفروق بين الجنسين في السلوك الصحي:

البحوث السابقة في هذا المجال قليلة، ولاسيما أن عدداً من البحوث يستخدم عينات من جنس واحد، ومع ذلك، ففي دراستين عربيتين (عثمان، وعطية، ٢٠٢١؛ النصيرية، ٢٠١٧)، لم تظهر فروق دالة إحصائية بين الجنسين في السلوك الصحي، كما أن الدراسة الأولى منهما، استخدمت عينة صغيرة الحجم (ن = ٤٢).

## العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

تُعرّف الشخصية بأنها تجريد يصف ويفسر أنماط التفكير، والوجدان، والسلوك الثابت نسبياً، الذي يميز الفرد عن غيره من الأفراد، ويعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية Big Five Personality Model أحد أهم النماذج المفسرة للشخصية، وإحدى طرق التصنيف الشاملة للفروق الفردية في الشخصية الإنسانية (John & Srivastava, 1999)، ويشمل هذا النموذج العوامل الخمسة الآتية:

### ١. الانبساط Extraversion:

يُعرّف الانبساط بالتوجه نحو الآخرين، ويضم مجموعة من السمات من أبرزها: النشاط، وتفضيل التجمعات الكبيرة، وحب الإثارة، والمزاح والمرح، والتفاؤل والسعادة، والتوكيدية والانطلاق، والحيوية والحماسة. والقطب السالب من هذا العامل يسمى الانطواء، الذي يضم سمات من مثل: الخجل، وتفضيل الوحدة، والهدوء، والانسحاب، والبطء، والتحفظ.

### ٢. العصائية Neuroticism:

تتسم العصائية بسمات تعبر عن خبرات سلبية من مثل: الخوف، والغضب، والحزن، والارتباك، والاستعداد لتكوين أفكار سلبية، والقلق، والشعور بالذنب، والضعف في مواجهة الضغوط، والشكاوى من سوء الصحة. وفي الجهة المقابلة للعصائية، نجد الثبات الانفعالي والتوافق.

### ٣. التفتح للخبرة Openness to experience:

أصحاب الدرجات المرتفعة في بعد التفتح للخبرة، يتصفون بحب الاستطلاع، والجسارة، والابتعاد عن التقليد، والأصالة، والاهتمام بالفن. وفي الجهة المقابلة، يتميز أصحاب الدرجات المنخفضة في التفتح، بالسلوك التقليدي، والمحافظة على ما هو مألوف.

### ٤. القبول Agreeableness:

يتصف أصحاب الدرجات المرتفعة في القبول بالتعاطف مع الآخرين ومساعدتهم، والميل نحو العلاقات الاجتماعية، وتعبيرهم عن الحب، ويتميزون بالكياسة، والصبر، والإيثار. بينما يتسم أصحاب الدرجات المنخفضة في القبول بالعدائية، والحقد، والخصومة، والعداء، وعدم الاكتراث لمشاعر الآخرين.

### ٥. الإتقان Conscientiousness:

يتحلّى أصحاب الدرجات المرتفعة في الإلتقان، بالتمسك بالقواعد المرعية الإجرائية للسلوك والأعراف، وبضبط النفس، والإرادة القوية، والقدرة على الإنجاز، والكفاءة، والمثابرة، وبحس عالٍ من المسؤولية. وفي الجهة المقابلة يتصف أصحاب الدرجات المنخفضة في الإلتقان بالكسل، واللامبالاة، وعدم التنظيم، والتهور، وعدم الحسم، وعدم الفاعلية (عبد الخالق، ٢٠٢٠، ص ص ١٣-١٨).

وقد اختلفت البحوث السابقة في موضوع الفروق بين الجنسين في عوامل الشخصية، وقد أورد عبد الخالق (Abdel-Khalek, 2021) جدولاً يعرض نتائج البحوث في الفروق بين الجنسين في الشخصية، وأهم ما ورد في هذا الجدول، أن ٨٤,٨٪ من البحوث بينت ارتفاع العصائية لدى النساء عن الرجال، وأن ٧٥٪ كشفت عن ارتفاع عامل القبول لديهن مقارنة بالرجال، وأن ٣٧,٥٪ من البحوث أظهرت ارتفاع متوسط النساء على الرجال في عاملي: الانبساط والإلتقان.

### مشكلة الدراسة:

تعد السمات الخمسة للشخصية بمكوناتها الثلاثة: أنساق التفكير، والمشاعر، والسلوكيات المميزة، من المنبئات القوية بالسلوكيات الصحية. لذا يساعد علم نفس الشخصية في التنبؤ بسلوك الناس خلال الأزمات (Kern & Freidman, 2011).

وتشير دراسات عدة إلى أن عوامل: الإلتقان، والقبول، ونقص العصائية، هي من منبآت السلوكيات الصحية، وقد تبين أن بُعد الإلتقان هو المنبئ الأقوى بالسلوكيات الصحية التي تحمي الذات، كون صاحبها يتميز بالمسؤولية، والنظام، وبقظة الضمير. ومن جهة أخرى، يبرز بعد القبول الذي يتسم بالتعاطف، والاحترام، والإيثار، والحرص على حسن العلاقات الاجتماعية، في التنبؤ بالسلوكيات الصحية، التي تتطلب الوقاية من الأمراض المعدية، بهدف حماية المجتمع والمحافظة عليه، لا سيما أن أصحاب الدرجات العليا في هذا البعد يميلون إلى التعاون، ويجعلهم ذلك أكثر قابلية للإذعان للتوصيات السلوكية الصحية الاجتماعية. كما ينبئ بعد العصائية - الذي يتصف صاحبه بدرجة عالية من الانفعالات والقلق - بالإذعان للسلوكيات الصحية، ويتسق ذلك مع فرضية العُصائية الصحية، القائلة بأنه عند ارتباط العصائية بالإلتقان، فقد يؤدي ذلك إلى سلوكيات تعتمد على الانتباه واليقظة لتفادي المخاطر الصحية (Willroth et al., 2021).

ومن وجهة نظر العلاج المعرفي السلوكي، تعتمد درجة القلق على الصحة التي يشعر بها الإنسان، على أربعة عوامل، تشكل أركان ما يطلق عليه "معادلة القلق"، وهي:

١. إلى أي مدى نعتقد أن شيئاً سيئاً سيحدث (Probability،

٢. كم ستكون النتيجة مروعة إذا حدثت (Awfulness،



٣. إلى أي مدى نعتقد أننا يمكن أن نتأقلم Coping.

٤. ما مقدار الدعم الذي نعتقد أننا سنحصل عليه من الآخرين Support.

وعندما يشعر المرء بالقلق، فإنه يميل إلى أن يوجد لديه ما يسمى بالأفكار الكارثية، القدرة على تصوير أسوأ سيناريو ممكن، والذي يجعل المرء يفترض أن هذا السيناريو سيحدث بالتأكيد، وتصبح المعادلة على شكل الكسر الآتي:

درجة احتمال الإصابة بالخطر × هول العواقب الناجمة عنه	درجة القلق =
القدرة على التأقلم + مقدار الدعم المتوفر	

ومن هنا، يجب على المرء زيادة قدرته على التأقلم، والبحث عن أساليب الدعم المتوفرة، حتى تنخفض لديه نسبة الإصابة بالقلق (Southampton & Dorset, n.d.)، وتعد السلوكيات الصحية أحد هذه الأساليب التي تعزز التأقلم والوقاية.

وبناء على ذلك، تعد سمات الشخصية أمراً فعالاً في تنمية عادات تعزيز السلوك الصحي، ومن ثم؛ فإن التدخلات الفردية تكون أكثر فائدة في تعديل السلوكيات الصحية، إذا تمت في ضوء سمات الشخصية (Sato et al., 2022)، وقد بينت الدراسات أن تنظيم الذات وضبطها - بما يتضمنه من تنظيم المشاعر الإيجابية والسلبية، فضلاً عن التوجهات المستقبلية التي تعد مدخلاً يمكن من خلاله لأبعاد الشخصية: القبول، والإتقان، والعصابية؛ التنبؤ بالسلوكيات الصحية (Sirois & Hirsch, 2015).

وتلخصت مشكلة هذه الدراسة، في الإجابة عن التساؤلات الآتية:

١- ما دلالة الفروق بين الجنسين في عوامل الشخصية والسلوك الصحي؟

٢- ما طبيعة العلاقات بين الشخصية والسلوك الصحي؟

٣- ما المكونات العملية المستخرجة من مصفوفة الارتباطات بين الشخصية والسلوك الصحي؟

٤- ما عوامل الشخصية المنبئة بالسلوك الصحي؟

الدراسات السابقة:

أجرى كل من " بوث-كيولي، وفيكروز" (Booth-Kewley & Vickers, 1994) دراسة هدفت إلى التعرف إلى العلاقة بين سمات الشخصية وفقاً لنموذج العوامل الخمسة، والسلوك الصحي، وذلك بالاعتماد على مقاييس السلوكيات الصحية، والوقاية من

الحوادث، ومخاطر تعاطي المخدرات، والمخاطرة المرورية. وضمت العينة ١٧٩ شخصاً من جنود وموظفي البحرية الأمريكية، وأظهرت النتائج أن أهم أبعاد الشخصية تأثيراً في السلوكيات الصحية، هما الإتقان والقبول. كما أشارت النتائج إلى ارتباط الإتقان بزيادة نسبة الانخراط في سلوكيات صحية، وسلوكيات التحكم في الحوادث، وانخفاض سلوكيات المخاطرة المرورية. كما ارتبط القبول بتقليل المخاطرة المرورية، والمخاطرة باستخدام المواد المخدرة. وبالإضافة إلى ذلك، فقد أظهرت النتائج أن عامل التفتح للخبرة، هو المؤشر الوحيد والقوي المرتبط بسلوك زيادة المخاطرة بتعاطي المخدرات، كما ارتبط الانبساط بتكرار مرتفع لسلوكيات الصحة.

كما أجرى رضوان وريشكة (٢٠٠١) دراسة مقارنة بين طلاب سورين وطلاب ألمان، هدفت إلى تعرف العلاقة بين السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، وتحليل الفروق بين عيّنتين من الدولتين. وضمت عينة الدراسة ٣٠٠ طالب وطالبة (٣٣٪ ذكور). وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب الألمان والسورين. وكانت بعض هذه الاختلافات لصالح الطلاب السورين فيما يختص بالعبادات الجيدة، من مثل: تناول الفاكهة، والحصول على ساعات نوم كافية، في حين كانت النتائج لصالح الطلاب الألمان فيما يختص بالقيام بزيارات منتظمة للطبيب لإجراء الفحوص.

وأجرى "مارتين"، وزملاؤه (Martin et al., 2006) دراسة لاستكشاف التأثيرات الطولية للشخصية والسلوكيات الصحية، في التغيرات في التعب، لدى عينة قوامها ١٧٨ شخصاً من كبار السن. وأجريت تحليلات الانحدار المتعدد لتقييم تأثير الشخصية، والنشاط البدني، وإدارة الإجهاد، والمخاطر الغذائية، في التعب المزمن والإجهاد. وأظهرت النتائج أن القلق، والنشاط البدني، والمخاطر الغذائية، لها آثار طولية ممتدة في التعب، وتبين أن كبار السن الذين كانوا قلقين، وأقل انخراطاً في النشاط البدني، والذين كانت لديهم مستويات أعلى من المخاطر الغذائية، كانوا أكثر عرضة لإظهار مستويات إجهاد متزايدة.

وأجرت "هامبسون" وزملاؤها (Hampson et al., 2006) دراسة طولية للتحقق من نموذج السلوك الصحي مدى الحياة، وذلك للتعرف إلى تأثيرات الشخصية في الصحة. وقيست سمات الشخصية عن طريق نموذج العوامل الخمسة، وشملت عينة الدراسة ٩٦٣ من تلاميذ المدارس الابتدائية، جمعوا من دراسة أجريت على مجموعة سكانية تشارك في دراسة طولية للشخصية والصحة، امتدت عبر ٤٠ عاماً من الطفولة إلى منتصف العمر (Cohort study). كما قيست متغيرات: التدخين، وتعاطي الكحول، ومؤشر كتلة الجسم (BMI)، واستخدمت أيضاً مقاييس التقدير الذاتي للصحة بعد ٤٠ عاماً في منتصف العمر. وأظهرت النتائج ارتباط سمات شخصية الطفولة - بشكل كبير - بكل من التدخين، وتعاطي الكحول، ومؤشر كتلة الجسم، والصحة العامة، وكانت الارتباطات أعلى بالنسبة للنساء مقارنة بالرجال، كما ارتبط الإتقان في مرحلة الطفولة بقلة التدخين، وبصحة أفضل لدى البالغين، ومؤشر أقل لكتلة الجسم لدى النساء فقط. كما أشارت النتائج إلى أن الإتقان يقوم بدور الوسيط الجزئي بين الصحة، والتدخين، ومؤشر كتلة الجسم.

كما أجرت "هامبسون" وزملاؤها (Hampson et al., 2007) دراسة أخرى، هدفت إلى اختبار نموذج السلوك الصحي مدى الحياة، الذي افترض فيه أن التحصيل الدراسي، والسلوكيات الصحية (عادات الأكل، والتدخين، والنشاط البدني)، آليات لتقدير العلاقات بين سمات شخصية الطفولة، والحالة الصحية وفقاً للتقارير الذاتية *Self rating scales* في منتصف العمر. واختبر النموذج في عينة مؤلفة من ١,٠٥٤ فرداً من مجموعة سكانية *Cohort Study* تشارك في دراسة طولية للشخصية والصحة، امتدت عبر ٤٠ عامًا من الطفولة إلى منتصف العمر. وقد أظهرت النتائج ارتباط القبول والإتيقان والفكر والخيال في مرحلة الطفولة، بالحالة الصحية للراشدين بشكل غير مباشر، عن طريق التحصيل العلمي، وعادات الأكل الصحية، والتدخين. كما لوحظ كثير من الآثار المباشرة لسمات الطفولة في السلوكيات الصحية، وفي الحالة الصحية.

إلى جانب ذلك، أجرى "مروزيك" وزملاؤه (Mroczek et al., 2009) دراسة طولية لمعرفة العلاقة بين السلوكيات الصحية والعصائية، وأثرها في زيادة خطر الوفاة. وكانت النظرية الرئيسة التي استندت إليها هذه الدراسة؛ هي أن الأشخاص ذوي المستويات المرتفعة في العصائية، يخطرون في سلوكيات صحية سيئة، من مثل: التدخين، والإفراط في الشرب، وهو ما يؤدي إلى الوفاة المبكرة. واختُبرت هذه الفرضية، باستخدام معدل وفيات لمدة ٣٠ عامًا، لدى عينة مكونة من ١,٧٨٨ رجلاً، وهي عينة مستقلة من دراسة طولية أجرتها عيادة "بوسطن" لـ "دراسة الشيخوخة المعيارية" بدءاً من العام ١٩٦١. وأظهرت النتائج ارتباط التدخين، وشرب الكحول بالعصائية، وأن أحد السلوكيات الصحية، وهو عدم التدخين، يخفف من تأثير العصائية في الوفيات بنسبة ٤٠٪. ومع ذلك، بقيت ٦٠٪ من النتائج غير مفسرة، وهو ما يشير إلى تأثير عوامل أخرى (على سبيل المثال: المسارات البيولوجية) في العلاقة بين العصائية والوفيات.

ودرس "فريدمان" وزملاؤه (Friedman et al., 2010)، العلاقة بين سمات الشخصية، والصحة، وطول العمر، والرفاهية النفسية. وكانت الدراسة طولية، وهي دراسة مكملية لدراسة "لويس تيرمان" (عام ١٩٤٠)، التي أجراها على عينة قوامها (١,٣١٢) شخصاً، منهم (٧٣٢) رجلاً على مدار حياة المشاركين. وقام الباحثون بتأليف مقياس متعدد العوامل للشيخوخة الصحية، وجمعوا شهادات الوفاة في العام ٢٠٠٧، لتحديد طول العمر للمتوفين. وأظهرت النتائج أن العصائية قادرة على التنبؤ بتدهور كل من: الصحة الجسمية، والرفاهية الذاتية في الشيخوخة، وارتفاع مخاطر الوفيات عند النساء، ولكن بالنسبة للرجال، تنبأت العصائية بانخفاض خطر الوفيات. كما تنبأ الانبساط بالكفاءة الاجتماعية للشيخوخة لدى الجنسين، في حين تنبأ بُعد الإتيقان بالإنتاجية خلال الشيخوخة عند الرجال.

وكذلك أجرى "كاردوم، وهوديك" (Kardum & Hudek-Knezevic, 2012)، دراسة لفحص العلاقات بين ١٥ سمة شخصية ذات صلة بأبحاث العلاقة بين سمات الشخصية والصحة، بالإضافة إلى علاقات هذه السمات الخمس عشرة بعوامل الشخصية

الخمسة الكبرى. وقد شملت عينة البحث ٨٢٢ مشاركاً من النساء والرجال. وقد أسفر تحليل العوامل لسّمات الشخصية الخمس عشرة المتعلقة بالصحة، عن ثلاثة عوامل كبرى هي: المشاعر السلبية، والتفائل، والسلبية. كما تبين أن الانبساط والعصابية والتفتح، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمفاهيم الصحية، أكثر من القبول والإتقان. وقد أشارت النتائج إلى استقلالية مصدر ضبط الصحة، والمشاعر السلبية، عن عوامل الشخصية.

وأجرى "هول"، وزملاؤه (Hall et al., 2014) دراسة عن القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، والوظيفة التنفيذية للعوامل المعرفية، ومعدل الذكاء، بمؤشر السلوكيات الصحية، لدى عينة قوامها ٢٠٨ من الراشدين النشطين. وأشارت النتائج إلى أن الإتقان، والعصابية، والوظيفة التنفيذية للعوامل المعرفية، قادرة على التنبؤ بالسلوكيات الصحية بشكل كبير، وأن تأثير سمات الشخصية في السلوك الصحي كان متواضعاً، في حين أن القدرة التنبؤية للوظيفة التنفيذية ازدادت مع تقدم العمر.

وأجرى "ماركي، وماركي" (Markey & Markey, 2014) عددًا من الدراسات التي تجاوزت الوقوف عند العلاقة بين الشخصية والسلوك الصحي، لتبحث في آثار العلاقات العاطفية وما بين الأشخاص Interpersonal، والعلاقات الاجتماعية، والتحويلات التي تطرأ على هذه العلاقات، وقدرتها على التنبؤ بالصحة بشكل عام، وبخاصة السلوكيات الصحية. والجدير بالذكر أن هذه الأبحاث، لم تعتمد على نظرية واحدة، وإنما استقت أسسها البحثية من عدة نظريات، بما في ذلك نظرية التعلق، ونظرية ما بين الأشخاص، ونموذج العوامل الخمسة للشخصية. كما كانت المناهج المتبعة في هذه الدراسات متنوعة، وتراوحت بين الدراسات الطولية طويلة الأمد، إلى دراسة اليوميات. وعلى الرغم من تباين الأسس النظرية وأدوات القياس، فإن البحوث جميعها أكدت النتائج الآتية: الإتقان ضروري للحفاظ على الصحة، والارتباط بين الشخصية والصحة يبدأ في وقت مبكر من الحياة، وتحويلات الحياة لها عواقبها الإيجابية والسلبية على السلوك الصحي باختلاف نوع التحول.

وقام إنشوستي" وزملاؤه (Inchausti et al., 2015) بدراسة هدفت التعرف إلى العلاقة بين أعراض اضطراب الوسواس القهري، والشعور بالغيثان، والعوامل الكبرى للشخصية، وشملت العينة (١٠٠) شخص يعانين من الوسواس القهري، و(٢٤٦) يعانون من اضطرابات القلق. وأشارت النتائج إلى أن مرضى الوسواس القهري، يعانون من الغيثن أكثر من مرضى القلق، وقد ارتفعت درجات عامل الإتقان لدى المصابين بالوسواس القهري، بينما لم تظهر فروق أخرى بين مجموعتي المرضى في بقية عوامل الشخصية.

واستهدفت دراسة "شينج" وزملائه (Cheng et al., 2015) البحث عن المساهمات النسبية، للخصائص الفردية للشخصية، والسلوكيات الصحية في الرفاهية الذاتية. وقد قيست ثلاثة أبعاد للرفاهية هي: البعد العاطفي (المشاعر الإيجابية)، وبعد الصحة العامة (الجسمية والنفسية)، والبعد المعرفي (جودة الحياة). وتكونت العينة من طلاب الجامعات (ن = ٥٩٩) (متوسط العمر: ٢٠,٨٥).

وأظهرت النتائج ارتباط الدرجات المرتفعة في بُعد الانبساط، بالمشاعر الإيجابية بشكل أكبر، ونوعية حياة أفضل، وارتبطت العصائية بمشاعر أقل إيجابية، وصحة سيئة، ونوعية حياة أقل. كما ارتبط النشاط البدني بالرفاهية الشخصية، والمشاعر الإيجابية، والصحة العامة، ونوعية الحياة، كما أشارت النتائج إلى ارتباط السلوكيات الصحية بأبعاد الرفاهية، بشكل أعلى من ارتباطها بتأثيرات سمات الشخصية.

وأجرى "سيناج" (Sinaj, 2015) دراسة استهدفت فحص العلاقات بين نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، والسلوكيات الصحية لدى الراشدين في ألبانيا. وضمت العينة ٢٧٥ مشاركاً بمتوسط عمر ١٦,٦ سنة. وأظهرت النتائج علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين الانبساط والحالة الصحية العامة، كما ظهرت علاقة ذات دلالة إحصائية بين الامتثال والصحة، وارتباط إيجابي مهم آخر بين العصائية والسلوكيات الصحية وأنماط الحياة. وأظهرت البيانات الإحصائية أن المستوى التعليمي المنخفض، له علاقة عكسية بنمط الحياة، وأن هناك علاقة إيجابية قوية بين المستوى التعليمي المرتفع، والرقابة الصحية. وأكدت النتائج أن سمات الشخصية، ترتبط ارتباطاً وثيقاً بممارسة السلوكيات الصحية.

وقام "نيوفيلد" (Neufeld, 2015) بدراسة استقصت العلاقة بين الشخصية، والمعتقدات الصحية التعويضية، والسلوك المتعلق بالنشاط البدني المنتظم، والمعتقدات الصحية التعويضية. وبينت النتائج أن العواقب السلبية للسلوك غير الصحي، يمكن تعويضها عن طريق الانخراط في سلوك صحي إرادي آخر. وشملت عينة الدراسة ١٣٩ شخصاً، أجابوا عن أسئلة تتعلق بالشخصية، والمعتقدات الصحية التعويضية، والسلوكيات الصحية التعويضية، ومستوى النشاط البدني، وكذلك اللياقة البدنية. وقد تبين ارتباط المعتقدات الصحية التعويضية إيجاباً بعوامل القبول والعصائية، كما تبين تأثير المعتقدات الصحية التعويضية بوصفها عاملاً وسيطاً بين السلوكيات الصحية التعويضية، واللياقة البدنية. وبالإضافة إلى ذلك، وجد أن المستوى المرتفع من العصائية، كان عاملاً وقائياً ضد التأثيرات السلبية للمعتقدات الصحية التعويضية في اللياقة البدنية. كما تساوت قدرة كل من عامل الإتقان، والمعتقدات الصحية التعويضية، في التنبؤ باللياقة البدنية.

كذلك أجرت النصيرية (٢٠١٧) دراسة هدفت إلى التعرف إلى العلاقة بين الفاعلية الذاتية، والسلوك الصحي، لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور بالجزائر. وضمت العينة ٣٤٠ طالباً وطالبة. وأظهرت النتائج أن مستوى الفاعلية الذاتية، ومستوى كفاءة سلوك التغذية الصحية، ومستوى السلوك الصحي كان متوسطاً، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من مستوى الفاعلية الذاتية العامة، ومستوى سلوك التغذية الصحية، وكذلك مستوى السلوك الصحي، لدى عينة الدراسة باختلاف متغير الجنس، وأظهرت النتائج كذلك إمكانية التنبؤ بأهمية الفاعلية الذاتية لدى الطلبة في تحقيق السلوك الصحي السليم لديهم.

وهدفت دراسة "جوينار" وزملائه (Joyner et al., 2018) إلى فحص العلاقة المحتملة بين الشخصية والسلوك الفردي، والسلوكيات المتعددة، وملامح السلوك الصحي المجمع. وضمت عينة الدراسة (٢٠٠) شخص، متوسط أعمارهم: ٢١,٦ سنة، واستمر ١٢٦ منهم في المتابعة لمدة خمسة أشهر. وأسفرت النتائج عن ارتباط عامل الإتيقان بالسلوك الغذائي الصحي المرتقب، وبمجموعة السلوكيات الصحية، وارتباط عامل الانبساط بمجموعة السلوكيات النشطة المتوقعة، وبمجموعة السلوكيات الصحية، كما ارتبط عامل الإتيقان بمجموعة السلوكيات المتوازنة المحافظة على الطاقة، كذلك أشارت النتائج إلى ارتباط الإتيقان والتفتح للخبرة والقبول باختيار السلوكيات الصحية.

وأجرى "جراهام" وآخرون (Graham et al., 2020) تحليلاً بعدياً Meta analysis لنتائج ١٥ دراسة طولية، بهدف التعرف إلى علاقة العصائية الصحية بالسلوكيات الآتية: التدخين، واستهلاك الكحول، والنشاط البدني. وعُرفت "العصائية الصحية" بأنها تفاعل العصائية والإتيقان. وأشارت النتائج إلى أن العصائية وحدها لم تكن مرتبطة بالسلوكيات الصحية، في حين أن الأفراد أصحاب الدرجات المرتفعة في بعد الإتيقان كانوا أقل عرضة لأن يكونوا مدخنين، أو شاربي كحول، وأكثر عرضة لممارسة النشاط البدني. وفيما يتعلق بالتفاعل بين العصائية والإتيقان، فإن التفاعلات المهمة للتدخين، والنشاط البدني، أشارت إلى أن الارتباط بين العصائية والسلوكيات الصحية، كان أضعف لدى من يتمتعون بالدرجات الأعلى في بعد الإتيقان.

وكذلك هدفت دراسة "أوبارا، وكويشايين" (Obara-Gołębiowska & Michałek-Kwiecień, 2020) إلى استكشاف الارتباطات بين سمات الشخصية، واتباع نظام غذائي يتسم بالفاعلية الذاتية، وكذلك السلوكيات الصحية. وأجريت الدراسة على عينة من النساء (ن = ١٦١) تراوحت أعمارهن بين ١٩ و ٢٥ سنة. وأشارت النتائج إلى أن سمات الشخصية وفقاً لنموذج العوامل الخمسة الكبرى، قادرة على تفسير كل من السلوكيات الصحية، والنظام الغذائي ذي الفاعلية الذاتية. فقد أظهرت النتائج القدرة التنبؤية للعصائية، والقبول، بالسلوكيات الصحية، في حين أظهرت عوامل الانبساط، والقبول، والإتيقان قدرتها على التنبؤ باتباع نظام غذائي ذي فاعلية ذاتية. كما أظهرت النتائج الأثر الوسيط لاتباع النظام الغذائي، في العلاقة بين بعدي الإتيقان والقبول، واتباع السلوكيات الصحية بشكل عام.

وأجرى عثمان، وعطية (٢٠٢١)، دراسة هدفت إلى التعرف على علاقة سمات الشخصية بالسلوك الصحي، وكذلك تحديد مستوى بعدي العصائية والانبساط لدى عينة من طلاب الجامعة. وشملت العينة ٤٢ طالبا وطالبة. وقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين العينتين في العصائية والسلوك الصحي، وسجلت فروقاً دالة إحصائية بين العينتين في: الانبساط لصالح الذكور، وإلى عدم وجود علاقة بين كل من العصائية والانبساط والسلوك الصحي.

كما هدفت دراسة "كيكالاينين" وآخرين (Kekäläinen et al., 2021) التي أجريت في فنلندا، إلى بحث التغيرات الصحية، والأعراض الاكتئابية، ودور سمات الشخصية في هذه التغيرات، وذلك في فترة ما قبل جائحة "كورونا" COVID-19 وأثناءها وبعدها. وقد اختيرت عينة الدراسة (ن = ٣٥٨) من نساء تراوحت أعمارهن بين (٥١ - ٥٩ عامًا)، من دراسة أخرى سابقة مشابهة لهذه الدراسة ولكنها أعم وأكبر، وضمت المعلومات اللازمة عن العصائية، والانبساط. وقد جمعت البيانات بطريقة التقرير الذاتي حول أعراض الاكتئاب، وسلوك الأكل، والنشاط البدني، واستهلاك الكحول، قبل وقت الجائحة، وفي بدايتها، وعند نهاية حالات الطوارئ المعلنة بسببها، وقد قررت النساء المشاركات وجود سلوكيات غير صحية، وزيادة في أعراض الاكتئاب المرتبطة بعادات الأكل غير الصحية، عند نهاية فترة الطوارئ المعلنة بسبب الجائحة، بالمقارنة مع ما قبل الجائحة. وقد ارتبطت درجة الانبساط المرتفعة، بانخفاض ملحوظ في استهلاك الكحول، وفي التحول إلى عادات الأكل الصحية، في حين ارتبطت درجة العصائية بعادات الأكل الصحية وغير الصحية على حد سواء.

واستهدفت دراسة "ساتو" وزملائه (Satoh et al., 2022)، الكشف عن العلاقة بين سمات الشخصية والسلوكيات الصحية بين النساء العاملات (ن = ٩٣٩) مقارنة بالنساء غير العاملات (ن = ٢٠٢) في اليابان. وأسفرت نتائج الدراسة لدى النساء العاملات، عن ارتباط السلوك الصحي ببعدي الانبساط والإتقان، وارتباط ممارسة الرياضة بالانبساط، وارتباط تجنب استهلاك الكحول ببعدي الإتقان. وفي المقابل، ارتبطت ممارسة الرياضة بالانبساط والعصائية لدى النساء غير العاملات.

وأجرى حسين وآخرون (٢٠٢٢) دراسة هدفت إلى استكشاف العلاقة بين السلوك الصحي لأولياء أمور التلاميذ بمركز التحكم الصحي لدى أبنائهم الدارسين في المرحلة الثانوية، استنادًا إلى التعلم بالملاحظة، ضمن إطار نظرية التعلم الاجتماعي لـ "ألبرت باندورا". واستندت هذه الدراسة على فرضية أن السلوك الصحي الممارس من طرف الأهل، والمتمثل في جميع أنماط السلوك المتعلقة بالصحة، هو من أهم المتغيرات ذات التأثير في أنماط السلوك، من حيث الوقاية الصحية، والحفاظ على الصحة، والارتقاء بالوضع الصحي. وهذه السلوكيات الصادرة عن أولياء الأمور، شكلت نموذجًا سلوكيًا حاميًا للصحة، يلاحظه أبنائهم، ويدركون من طريقه أن صحة الفرد من مسؤوليته الشخصية، وتتكون على أساسها وجهة تحكم صحي داخلي عند الأبناء، وهو ما يجعلهم يعتقدون في قدرة هذا النمط الصحي، على ضبط النتائج المتعلقة بصحتهم. وقد شملت أدوات الدراسة مقياس مصدر الضبط الصحي، كما تم بناء مقياس السلوك الصحي لأولياء الأمور من وجهة نظر الأبناء، الذي تضمن ٢١ بندًا. وشملت عينة الدراسة ١٠٠ تلميذ تراوحت أعمارهم بين ١٥ و ١٩ عامًا. كما هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على الأساليب الاجتماعية ودورها في التربية الصحية. وقد أظهرت النتائج أن مصدر ضبط السلوكيات الصحية، كان داخليًا وليس خارجيًا عند ٩٠٪ من أفراد العينة، وأن آباء وأمهات عينة الدراسة يمارسون سلوكيات صحية يلحظها الأبناء، كما أن هناك ارتباطًا إيجابيًا بين سلوك الآباء وسلوك الأمهات، وهو ما يسهم في

تحديد مصدر الضبط الداخلي لدى الأبناء، وتكوين فكرة مفادها أن الصحة مسؤولية شخصية. وأخيراً، كشفت الدراسة أن مصدر الضبط الصحي الداخلي، مرتبط بالسلوك الصحي الإيجابي، وأن مصدر الضبط الخارجي، مرتبط بالسلوك الصحي السلبي.

### تعقيب على الدراسات السابقة:

من الواضح - باستقراء الفقرات السابقة - أن البحوث العالمية التي أجريت في مجال العلاقة بين الشخصية والسلوك الصحي، بحوث كثيرة، ولاسيما باستخدام نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. ولكن هذه البحوث اختلفت في أي هذه العوامل ترتبط بالسلوك الصحي بدرجة أكبر من بقية العوامل. كما يلاحظ أن البحوث العربية في هذا المجال محدودة، ومن ثم؛ فإن الحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات، ولاسيما على عينات من المجتمع اللبناني. ومن هنا أجريت الدراسة الحالية لتسد بعضاً من الثغرة في هذا المجال.

### فروض الدراسة:

أجريت هذه الدراسة لاختبار الفروض الأربعة الآتية:

- ١- الفروق بين الجنسين في عوامل الشخصية والسلوك الصحي ستكون دالة إحصائياً.
- ٢- الارتباطات بين الشخصية والسلوك الصحي ستكون دالة إحصائياً؛ سالبة مع عامل العصابية، وموجبة مع بقية العوامل.
- ٣- سوف يُستخرج أكثر من مكون من تحليل المكونات الأساسية.
- ٤- ستسهم بعض عوامل الشخصية في التنبؤ بالسلوك الصحي.

### المنهج والإجراءات

#### المشاركون:

استُخدمت عينة متاحة من طلاب جامعة بيروت العربية (ن = ٣٥٠: طلبة ١٢٨، وطالبات ٢٢٢). وكانوا من كليات متعددة: العلوم الإنسانية، والعلوم، والهندسة، والعمارة، والعلوم الصحية، ومن مختلف المستويات الدراسية، وتراوحت أعمارهم بين ١٨، و٢٢ عامًا.

#### مقاييس الدراسة:

- ١- القائمة العربية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

التقييم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة (1110-2128)

التقييم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية (2735-4652)



وضع عبد الخالق (٢٠٢٠) (2019a, 2018b, Abdel-Khalek) هذه القائمة اعتماداً على وعاء بنود شمل (٤٥٥) بنداً، مشتقاً من تراث العوامل الخمسة الكبرى، لتقدير عوامل: العصائية، والانبساط، والقبول، والتفتح، والإتقان. وطبقت البنود الخاصة بكل عامل على عينة مستقلة من طلاب الجامعة (العينة الإجمالية  $n = 1,161$ ). وحسبت معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية في العامل بعد حذف البند Item remainder، واستبقى (٢٠) بنداً لها أعلى الارتباطات ببقية البنود في العامل الواحد.

ثم استخدمت عينة أخرى ( $n = 450$ ) من طلاب الجامعة، لحساب الارتباط بين كل بند من البنود العشرين، والدرجة الكلية في نفس العامل في مقياس "كوستا، وماك كري" NEO-FFI، واستبقيت البنود الستة ذات أعلى الارتباطات في كل عامل، وتشير إلى الصدق المرتفع المرتبط بالمحك. ثم طبقت نظرية الاستجابة للمفردة Item response theory (انظر: Thissen & Steinberg, 2009)، ونتج عن ذلك حذف بند واحد من كل عامل (Hussein & Abdel-Khalek, 2021)، ومن ثم اشتملت القائمة النهائية على ٢٥ بنداً، لكل عامل خمسة بنود. ويحجب عن كل بند على أساس صيغة "ليكارث" الرباعية على النحو الآتي: ١ (لا) ٢ (أحياناً) ٣ (كثيراً) ٤ (دائماً). وتتراوح الدرجة الكلية لكل عامل بين ٥، و ٢٠، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الدرجة في السمة أو العامل.

ولتكوين نسخة إنجليزية للقائمة، طُبِق أسلوب الترجمة العكسية Back translation للبنود من العربية إلى الإنجليزية والعكس (Brislin, 1970, 1980; International Test Commission, 2001)، وكانت النتائج جيدة مع تصويبات طفيفة، وراجع النسخة الإنجليزية أستاذ أمريكي في علم النفس (David Lester)، وأخيراً أُجري تحليل عملي توكيدي للقائمة، وكانت النتائج مقبولة (Hussein & Abdel-Khalek, 2021). وتراوحت معاملات الصدق المرتبط بالمحك لهذه القائمة بين ٠,٤٩، و ٠,٨٥ (عبد الخالق، ٢٠٢٠، ص ٣٧).

## ٢- مقياس السلوك الصحي Healthy Behaviour Scale

وضع الباحثان هذا المقياس، اعتماداً على ثلاثة مصادر: (١) مراجع علم نفس الصحة السابقة (خميس، ٢٠١٢، الذياب، ٢٠١٠؛ الصبوة، والمحمود، ٢٠٠٧)، و(٢) مقياس السلوك الصحي السابق (Brannon & Feist, 2014; Sarafino, 2008; Straub, 2012; Taylor, 2012)، و(٣) الخبرة السابقة للباحثين. واشتمل وعاء البنود على ٢١ بنداً (عبارة قصيرة)، طبقت على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين ( $n = 250$ )، واستُخدم معياران لاختيار أفضل بنود، أولهما: معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد حذف البند، أي الارتباط بين البند وبقية البنود Item-remainder. وثانيهما: معاملات الارتباط بين كل بند وكل البنود، واعتماداً على هذين المعيارين، استبقى ١٨ بنداً، تراوحت ارتباطاتها ببقية البنود،

بين ٠,٧ و ٠,٣، و تبعاً للمعيار الأول، بحيث تكون ارتباطات البند المستقبلي جوهرية إحصائياً ببقية البنود، تبعاً للمعيار الثاني. ويشتمل هذا المقياس على بنود تشير إلى سلوكيات صحية إيجابية، وأخرى سلبية.

ويضم هذا المقياس في صورته النهائية ١٨ بنداً، من نماذجها: "أمارس الرياضة البدنية بانتظام"، و"أدخن السجائر"، و"أغسل يداي قبل تناول أي طعام"، و"أتناول طعام الإفطار كل يوم". ويجاب عن كل بند ببدايل خماسية: لا، قليلاً، متوسط، كثيراً، كثيراً جداً، ومقابلها الدرجات من صفر إلى ٥، وتوجد ستة بنود يُعكس مفتاح التصحيح الخاص بها، ووصلت معاملات ثبات ألفا إلى ٠,٧٦٧، وللذكور، و٠,٧٠٤، للإناث. كما وصل الصدق المرتبط بالحك لهذا المقياس، إلى ٠,٦٧ للطلبة، و٠,٦٥ للطلبات (Abdel-Khalek, 2020).

### إجراءات التطبيق:

طُبِق مقياساً الدراسة على مجموعات صغيرة من الطلاب المتطوعين، في قاعات الدرس بالجامعة، وقام بمساعدة الباحثين بعض طلاب مرحلة الماجستير، من قسم علم النفس، كلية العلوم الإنسانية - بجامعة بيروت العربية.

### التحليل الإحصائي:

استُخدمت المجموعة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS, 2009) لتحليل البيانات، وحُسبت الإحصاءات الوصفية، واختبار "ت"، وأثر الحجم "د"، وذلك لاختبار الفرض الأول، ومعاملات "بيرسون" للارتباط لاختبار الفرض الثاني، وتحليل المكونات الأساسية لاختبار الفرض الثالث، وتحليل الانحدار لاختبار الفرض الرابع.

### نتائج الدراسة

يعرض الجدول (١) الخصائص السيكومترية لمقياسي الدراسة: عوامل الشخصية، والسلوك الصحي. وقد حُسبت معاملات ثبات ألفا باستخدام قسم من العينة اللبنانية (ن=١٠٠)، أما الصدق المرتبط بالحك، فقد حُسب قبل ذلك في دراستين على عينات مصرية (أحمد عبد الخالق، ٢٠٢٠، ٢٠٢٢). وكان المحك المستخدم مقابل القائمة العربية للعوامل الخمسة للشخصية هو مقياس العوامل الخمسة من تأليف "كوستا، وماك كري" (Costa & McCrae, 1992) المسمى (NEO-PI-R).

### الجدول (١): معاملات ثبات "ألفا" (ن=١٠٠)

المقاييس	ثبات ألفا
----------	-----------

الطالبات	الطلبة	
٠,٨٣	0.88	الانبساط
٠,٨٦	٠,٧٨	العصائية
٠,٨٨	٠,٨٣	القبول
٠,٨٤	٠,٦٩	التفتح
٠,٧٣	٠,٧٥	الإتقان
٠,٨٥	٠,٨٨	السلوك الصحي

ويتضح من قراءة الجدول (١)، أن معاملات ثبات ألفا تتراوح بين ٠,٦٩، و٠,٨٨، وتعد بين المقبولة والمرتفعة.

اختبار الفرض الأول ونصه: هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في متغيرات الدراسة.

ولاختبار هذا الفرض، حُسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمقاييس الدراسة لدى عيني الطلبة والطالبات (انظر الجدول ٢)، ومن ثم حسبت قيمة "ت" لدلالة الفرق بين متوسطين، واختبار "د" لأثر الحجم.

الجدول (٢): المتوسط (م) والانحراف المعياري (ع) وقيمة "ت"، وأثر الحجم "د"

لمتغيرات البحث لدى الجنسين

د	الدلالة	ت	الإناث (ن = ٢٢٢)		الذكور (ن = ١٢٨)		المقاييس
			ع	م	ع	م	
-	-	٠,٣٠	٢,٨٢	١٣,٢٦	٢,٨٣	١٣,٣٥	الانبساط
**٠,٥٨	0.01	٥,٢٠	٢,٧٠	٩,٨٢	٢,٨٤	٨,٢٣	العصائية
*٠,٤١	0.01	٣,٦٥	٢,٦٥	١٦,٠٢	٣,١٧	١٤,٨٧	القبول
-	-	-0.95	٢,٩٧	١٤,٠٤	٢,٨٤	١٤,٣٤	التفتح

-	-	-1.51	٢,٩٣	١٥,١٨	٢,٨٠	١٥,٦٦	الإلتقان
-	-	-1.51	٥,٤٣	٥٢,٢٥	٦,٢٩	٥٣,٢١	السلوك الصحي

\* أثر الحجم صغير. \*\* أثر الحجم متوسط.

يتضح من قراءة الجدول (٢) أن قيمة "ت" دالة إحصائياً في المقاييس: العصائية (أثر الحجم متوسط)، والقبول (أثر الحجم صغير)، حيث حصلت الإناث على متوسط درجات أعلى من نظرائهن من الذكور، أي أن الإناث أكثر عصائية وقبولاً من عينة الذكور، في حين لم تظهر فروق دالة إحصائية بين الجنسين في كل من الانبساط، والتفتح، والإلتقان، والسلوك الصحي.

اختبار الفرض الثاني ونصه: هناك علاقة دالة إحصائية بين العوامل الكبرى للشخصية والسلوك الصحي حسب الجنس.

ولاختبار هذا الفرض، حُسبت معاملات ارتباط "بيرسون" بين جميع متغيرات الدراسة، ويقدم الجدولين (٣، و٤) نتائج هذا التحليل على التوالي.

الجدول (٣): معاملات ارتباط "بيرسون" بين مقاييس الدراسة في عينة الطلبة (ن = ١٢٨)

المقاييس	(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)
١- الانبساط	—					
٢- العصائية	-0.334**	—				
٣- القبول	*0.184	0.035	—			
٤- التفتح	0.149	0.045	**0.272	—		
٥- الإلتقان	0.153	-0.186*	*0.190	**0.422	—	
٦- السلوك الصحي	0.161	-0.208*	*0.193	**0.307	**0.234	—

\* دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥

\*\* دال إحصائياً عند مستوى 0.01

ويتضح من الجدول (٣) بالنسبة لعينة الطلبة:

١- هناك ارتباط سالب ودال إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين الانبساط والعصابية، وموجب ودال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥، بين الانبساط والقبول.

٢- يوجد ارتباط سالب ودال إحصائياً بين العصابية وكل من: الإتقان والسلوك الصحي (دال عند مستوى ٠,٠٥).

٣- هناك ارتباط موجب ودال إحصائياً بين القبول والتفتح عند مستوى ٠,٠١، وبين القبول وكل من الإتقان والسلوك الصحي (دال عند مستوى ٠,٠٥).

٤- هناك ارتباط دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين التفتح وكل من الإتقان والسلوك الصحي.

٥- هناك ارتباط دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الإتقان والسلوك الصحي.

الجدول (٤): معاملات ارتباط "بيرسون" بين مقاييس الدراسة في عينة الطالبات (ن = ٢٢٢)

المقاييس	(١)	(٢)	(٣)	(٤)	(٥)	(٦)
١- الانبساط	—					
٢- العصابية	-0.268**	—				
٣- القبول	**0.267	0.042	—			
٤- التفتح	**0.278	-0.049	**0.244	—		
٥- الإتقان	**0.193	-0.079	**0.212	**0.390	—	
٦- السلوك الصحي	**0.294	-0.161*	**0.218	**0.331	**0.384	—

\*دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥

\*\*دال إحصائياً عند مستوى 0.01

ومن قراءة الجدول (٤) يتضح ما يلي:

- ١- الارتباط سالب ودال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الانبساط والعصابية، وموجب بين الانبساط وكل من: القبول، والتفتح، والإتقان، والسلوك الصحي (دال عند مستوى ٠,٠١).
- ٢- الارتباط سالب ودال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين العصابية والسلوك الصحي.
- ٣- الارتباط موجب ودال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين القبول وكل من: التفتح، والإتقان، والسلوك الصحي.
- ٤- الارتباط موجب بين التفتح وكل من: الإتقان والسلوك الصحي.
- ٥- الارتباط موجب ودال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين الإتقان والسلوك الصحي.

اختبار الفرض الثالث ونصه: سوف يُستخرج أكثر من مكون من تحليل المكونات الأساسية.

ولاختبار هذا الفرض، استُخدم تحليل المكونات الأساسية PCA، لبيان البنية العاملية لمقاييس الدراسة، لدى الطلبة والطالبات مستقلين، واستُخدم محك "كايزر" (الجذر الكامن  $\leq 1,0$ )، لتحديد المكونات الدالة، واستُخدم تدوير المحاور المتعامدة بطريقة "فارماكس"، واستُخرج عاملان لدى الجنسين كما يبين الجدول (٥).

الجدول (٥): المكونات الأساسية لمعاملات الارتباط بين المقاييس

بعد التدوير المتعامد بطريقة "فارماكس"

العوامل	عينة الطلبة (١٢٨)		عينة الطالبات (ن = ٢٢٢)	
	أ	ب	أ	ب
الانبساط	٠,١٩٦	٠,٧١٩	٠,٣٩٧	٠,٥٩٦
العصابية	٠,٠٢٣	٠,٨٦٧-	٠,١٠٨	٠,٩٠٧-
القبول	٠,٥٨١	٠,٠٥٤	٠,٦٣٠	٠,٠٩١-
التفتح	٠,٨٢٩	٠,١٠٣-	٠,٧٢٢	٠,١٠٠
الإتقان	٠,٦٧٥	٠,١٧٧	٠,٧٠٢	٠,١٠٤
السلوك الصحي	٠,٥٤٤	٠,٣٠٦	٠,٦٢٣	٠,٣٠١
الجذر الكامن	١,٨١	١,٤٠	١,٩٦	١,٢٩

التباين %	٣٠,٢٦	٢٣,٤٢	٣٢,٧٨	٢١,٦٢
التباين الكلي	٥٣,٦٩	٥٤,٤٢		

ومن قراءة الجدول (٥)، فقد استُخرج مكونان لدى الطلبة والطالبات، استوعبا (٥٣,٦٩٪، و٥٤,٤٢٪) من التباين المشترك لدى الجنسين على التوالي. ويمكن تسمية المكون الأول: "الشخصية المتزنة والسلوك الصحي"، في حين يمكن تسمية المكون الثاني "العصابية مقابل الانبساط والسلوك الصحي"، وينطبق ذلك على الجنسين.

اختبار الفرض الرابع ونصه: "ستسهم بعض عوامل الشخصية في التنبؤ بالسلوك الصحي"

ولاختبار هذا الفرض، استُخدم تحليل الانحدار لبيانات الطلاب مجتمعة، وكان المتغير التابع هو السلوك الصحي، والمتغيرات المستقلة هي العوامل الخمسة للشخصية (انظر الجدول ٦).

الجدول (٦): تحليل الانحدار لعوامل الشخصية المبنية بالسلوك الصحي

الدلالة	ت	الخطأ المعياري	بيتا	ب	
الانبساط	١,٢٦٧	٠,١٠٩	٠,٠٦٨	٠,١٣٨	
العصابية	٢,٨٨٧-	٠,١٠٤	٠,١٤٩-	٠,٣٠١-	
القبول	١,٨٨٦	٠,١٠٢	٠,٠٩٧	٠,١٩٣	
التفتح	٣,٦٦٩	٠,١٠٨	٠,٢٠٠	٠,٣٩٥	
الإتقان	٣,٦٦٩	٠,١٠٨	٠,١٩٨	٠,٣٩٥	
الثابت	١٥,٢٩٢	٢,٥٤٣		٣٨,٨٨٠	
				٠,١٩١ = $r^2$	

نسبة ف = ١٦,٢٤٩ (دال إحصائيًا عند مستوى  $> ٠,٠٠٠١$ ).

ويتضح من قراءة الجدول (٦)، أن النموذج دال بمستوى كبير، اعتمادًا على قيمة "ف"، وأن منبآت السلوك الصحي هي: التفتح، والإتقان، ونقص العصابية، وكانت نسبة  $r^2 = ٠,١٩١$ .

### مناقشة النتائج

قبل تفصيل القول في مناقشة نتائج هذه الدراسة، لا بد من الإشارة - بادئ ذي بدء - إلى بعض الجوانب المنهجية المهمة التي اعتمدت عليها هذه الدراسة، ومنها الحجم المناسب للعينة، والخواص السيكومترية بين المقبولة والمرتفعة للمقاييس النفسية المستخدمة؛ أي الثبات والصدق، وهما القائمة العربية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، ومقياس السلوك الصحي، فضلاً عن استخدام هذين المقياسين في عدد من الدراسات العربية السابقة، التي كشفت عن جدارة هذين المقياسين. كل ذلك يمكن أن يؤدي إلى إمكانية معقولة لتعميم نتائج هذه الدراسة على طلاب الجامعة في لبنان.

وقد صدق الفرض الأول لهذه الدراسة صدقاً جزئياً؛ إذ ظهرت فروق دالة إحصائياً بين الجنسين في عاملي العصابية، والقبول فقط، وكان متوسط الطالبات أعلى من الطلبة. ويتفق حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور في العصابية (أثر الحجم متوسط)، مع عدد كبير من البحوث الغربية والعربية (انظر: Abdel-Khalek & Eysenck, 2013, 2018, 2019, 2021; Eysenck, 1983; Costa et al., 2001; Escorial & Navas, 2007; Eysenck & Eysenck, 1975; Feingold, 1997; Lynn & Martin, 1997). ولتفسير حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور في العصابية، فقد وضع الباحثون عدة نظريات، تصنف إلى نظريات بيولوجية، واجتماعية ثقافية (انظر Seeman, 1997; Jacklin, 1989).

وأما حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور في عامل القبول (أثر الحجم صغير)، فيتفق مع ٧٥٪ من الدراسات السابقة (Abdel-Khalek, 2021, Table 2) (انظر كذلك: الأنصاري، وسليمان ٢٠١٤؛ Costa et al., 2001; Feingold, 1994; Goodwin & Gotlib, 2004; Lippa, 2010; McCrae et al., 2005; Schmitt et al., 2008; Vianello et al., 2013; Weinberg et al., 2011). ومن الممكن أن يفسر حصول الإناث على متوسط أعلى من الذكور في عامل القبول، بالنظر إلى السمات الفرعية المكونة لهذا العامل، ومنها: الثقة، والاستقامة، والإيثار، والمسايرة، والتواضع، ولين العريكة، والتعاطف مع الآخرين ومساعدتهم، والصبر، والود، والكمياسة، والإخلاص، والأمانة، والشفقة... وغيرها (عبد الخالق، ٢٠٢٠، ص ١٦-١٧).

ولم تظهر فروق بين الجنسين في السلوك الصحي، ويتفق ذلك مع دراستين سابقتين (عثمان، وعطية، ٢٠٢١؛ النصيرية، ٢٠١٧)، ويعني ذلك أن التوجه إلى السلوك الصحي لا يختلف جوهرياً بين الجنسين.

وفيما يختص بالفرض الثاني، الذي يتعلق بالعلاقات بين السلوك الصحي والشخصية، فقد تحقق إلى حد بعيد، إذ كانت معاملات الارتباط دالة إحصائياً بين السلوك الصحي وكل عوامل الشخصية فيما عدا الانبساط لدى الطلبة، وكل عوامل الشخصية لدى الطالبات، وجميع هذه الارتباطات الدالة إحصائياً موجبة، فيما عدا ارتباط السلوك الصحي بعامل العصابية فكان سالباً. وترتبت



معاملات الارتباط بين السلوك الصحي وعوامل الشخصية ترتيبًا تنازليًا بدءًا من الأعلى لدى الطلبة، على النحو الآتي: التفتح، والإتقان، والعصائية (سلبيًا)، والقبول. في حين ترتبت لدى الطالبات من الأعلى إلى الأدنى على النحو التالي: الإتقان، والتفتح، والانبساط، والقبول، والعصائية (سلبيًا). ويتفق الطلاب من الجنسين، في الارتباط الجوهرى بين السلوك الصحي وعوامل الشخصية جميعها، فيما عدا الارتباط غير الجوهرى بين السلوك الصحي والانبساط لدى الطلبة الذكور.

وكانت أعلى الارتباطات الدالة إحصائيًا لدى الجنسين، بين السلوك الصحي وعاملي الإتقان والتفتح، ويتفق ارتباط الإتقان بالسلوك الصحي، مع عدد من الدراسات السابقة (انظر: Booth-Kewley & Vickers, 1994; Hall et al., 2014; Hampson et al., 2007; Joyner et al., 2018; Markey & Markey, 2014; Obara-Golebiowska & Michalek-Kwiecień, 2020; Satoh et al., 2022). ويمكن تفسير العلاقة الموجبة بين السلوك الصحي والإتقان، على ضوء الخواص السيكلولوجية للسماة الفرعية المكونة لعامل الإتقان، ومنها: ضبط النفس Self-control، الذي يشير إلى عملية نشطة من التخطيط، والتنظيم، والكفاءة، وإنجاز المهام. وذوو الدرجة المرتفعة في عامل الإتقان، لديهم هدف، وإرادة قوية، وتصميم (عبد الخالق، ٢٠٢٠، ص ١٧-١٨). ويذكر "ماركي، وماركي" (Markey & Markey, 2014)، أن الإتقان ضروري للحفاظ على الصحة.

وتتفق العلاقة الموجبة لدى الجنسين بين السلوك الصحي والتفتح، مع دراسة سابقة (Kardum & Hudek-Knezevic, 2012)، في أن التفتح يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالمفاهيم الصحية. كما تتفق نتيجة هذه الدراسة، في العلاقة السلبية بين السلوك الصحي وعامل العصائية، مع دراسة "هول" وزملائه (Hall et al., 2014)، في حين تختلف مع دراسة عثمان، وعطية (٢٠٢١) إذ لم تكن هذه العلاقة دالة. وتتسق العلاقة بين السلوك الصحي، والقبول، مع دراستين سابقتين (Hampson et al., 2007, Obara-Golebiowska & Michalek-Kwiecień, 2020). وقد ترجع الفروق بين نتائج الدراسات، إلى الفروق بين خصائص العينات أو المقاييس.

لقد أسفرت نتائج هذه الدراسة عن علاقات جوهرية بين السلوك الصحي وكل عوامل الشخصية لدى الجنسين فيما عدا عامل الانبساط لدى الذكور، وكان أعلى هذه الارتباطات بعامل الإتقان والتفتح لدى الجنسين. ويمكن تفسير هذه العلاقة - على المستوى النظري - اعتمادًا على نظريتي السلوك المخطط، والفعل المبرر، وتفترض هاتان النظريتان أن ما يحدد السلوك لدى الأشخاص، هو النية أو القصد Intention للقيام بهذا السلوك، والنيات السلوكية دالة (أي معتمدة على) اتجاه الفرد تجاه هذا السلوك كما تتحدد بما يلي: (أ) اعتقاداته أن هذا السلوك سيؤدي إلى نتائج إيجابية أو سلبية، و(ب) المعايير الشخصية التي يشكلها إدراكه للأهمية التي يضعها الآخرون على هذا السلوك، وعلى دافعيتهم إلى الانصياع إلى هذه المعايير (انظر: Ajzen, 1991; Ajzen & Fishbein, 1980; Brannon & Feist, 2010, p. 72).

وقد تحقق الفرض الثالث، إذ استخرج من تحليل المكونات الأساسية مكونان سمياً: "الشخصية المتزنة والسلوك الصحي"، و"العصابية مقابل الانبساط والسلوك الصحي". وتجدد الإشارة إلى أن التشابه بين التشعبات في المكونين لدى الجنسين كبير إلى حد بعيد. والخلاصة من تحليل المكونات الأساسية، أن السلوك الصحي يندرج تحت عوامل الشخصية الإيجابية أو المتزنة في مكون واحد.

وفيما يختص بالفرض الرابع، الذي يتعلق بتحليل الانحدار، فقد جُمعت بيانات الجنسين، نظراً للتشابه الكبير بين نتائج الطلبة والطالبات كل على حدة، وكانت منبآت السلوك الصحي هي: عوامل الإتيقان، والتفتح، ونقص العصابية. وتدعم هذه النتيجة، النتائج التي استخرجت من معاملات الارتباط، ومن تحليل المكونات الأساسية، إذ كانت منبآت السلوك الصحي، هي عوامل الشخصية الإيجابية. وقد فسرت عوامل الشخصية مجتمعة ١٩٪ من التباين في درجات السلوك الصحي، وهو ما يشير إلى التداخل بين المفهومين.

#### حدود الدراسة:

على الرغم من بعض الخواص المنهجية الجيدة لهذه الدراسة – وأهمها الحجم الكبير للعينة، والخواص السيكمومترية بين المقبولة والمرتفعة للمقياس، فلا بد من الإشارة إلى حدودها، ومن أهمها اعتمادها على عينة من طلاب جامعة واحدة في لبنان، التي يوجد بها عدد غير قليل من الجامعات، هذا فضلاً عن المواصفات الخاصة لعينات طلاب الجامعة، إذ يغلب أن يكون لهؤلاء الطلاب مستوى تعليم وذكاء، أعلى من مستواها لدى الجمهور العام. ومن ثم، يوصى بتكرار هذه الدراسة على عينات من جامعات أخرى، فضلاً عن عينات من الجمهور العام، وذلك منوط بدراسات أخرى.

#### الخلاصة:

كشفت هذه الدراسة عن ارتفاع دال إحصائياً لمتوسط الطالبات عن الطلبة في عاملي العصابية والقبول، وعن العلاقة الجوهرية بين السلوك الصحي وكل عوامل الشخصية فيما عدا الانبساط لدى الطلبة الذكور، وكل عوامل الشخصية في عينة الطالبات، ويلاحظ أن كل هذه الارتباطات إيجابية فيما عدا الارتباط بين السلوك الصحي وعامل العصابية. واستُخرج من تحليل المكونات الأساسية لدى الجنسين، عاملان سمياً: "الشخصية المتزنة والسلوك الصحي"، و"العصابية في مقابل الانبساط والسلوك الصحي". وكان الإتيقان، والتفتح للخبرة، ونقص العصابية، منبآت دالة إحصائياً بالسلوك الصحي، وفسرت عوامل الشخصية ١٩٪ من التباين في درجات السلوك الصحي. وتتلخص نتائج هذه الدراسة، إلى العلاقة بين السلوك الصحي وعوامل الشخصية المتزنة أو الإيجابية، ومن ثم؛ فإن الطالب الذي يميل إلى ممارسة السلوكيات الصحية، يغلب أن يتسم بالسمات الإيجابية للشخصية، فضلاً عن نقص العصابية. ولذا يمكن توعية الطلاب بأهمية ممارسة السلوكيات الصحية، للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية وتطوير الشخصية.

#### الشكر:

يتوجه الباحثون بالشكر والعرفان لطلاب الجامعة الذين أسهموا في هذه الدراسة، وكان تعاونهم ممتازاً.

#### تضارب المصالح:

لا يوجد تضارب في المصالح بخصوص هذا البحث ولا نشره.

#### التمويل:

لم يمول هذا البحث من أية جهة.

#### المراجع:

الأنصاري، بدر محمد، وسليمان، عبد ربه مغازي (٢٠١٤). نموذج العوامل الخمسة للشخصية لدى الشباب العربي: دراسة مقارنة بين الكويتيين والمصريين. مجلة العلوم التربوية والنفسية، ١٥ (٤)، ٨٩-١٢٠.

بن غدفة، شريفة (٢٠٠٧). السلوك الصحي وعلاقته بنوعية الحياة: دراسة مقارنة بين سكان الريف والمدينة-بولاية سطيف. رسالة ماجستير منشورة، جامعة بسكرة

<http://thesis.univ-biskra.dz/3603/1/%D9%85%D8%B0%D9%83%D8%B1%D8%A9.pdf>

حسين، حميدة، وريابي، فاطمة، وريابي، خالد (٢٠٢٢). السلوك الصحي للأولياء وعلاقته بمركز التحكم الصحي لدى أبنائهم المتدربين بالمرحلة الثانوية. مخبر علم النفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، جامعة الجزائر، ٢ (٢)، ١١١-١٢٣.

خيس، خديجة عباس علوي (٢٠١٢). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالسلوك الصحي والأعراض الجسمية لدى عينة من المسنين الكويتيين (رسالة ماجستير، غير منشورة)، جامعة الكويت.

الذياب، آلاء طارق (٢٠١٠). نوعية الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت (رسالة ماجستير، غير منشورة)، جامعة الكويت.

رضوان، سامر جميل، وريشكه، كونراد (٢٠٠١). السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان. مجلة شؤون اجتماعية، ١٨، العدد ٧٢، ٢٥-٦٧.

الصبوة، محمد نجيب، والمحمود، شيماء يوسف (٢٠٠٧). بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الإيجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. *دراسات عربية في علم النفس*، ٦، ١-٤٨.

عبد الخالق، أحمد محمد (٢٠٢٠). دليل القائمة العربية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد الخالق (٢٠٢٢). *علم نفس الصحة*. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

عثمان، قميتي، ومحمد، عطية (٢٠٢١). سمة الشخصية وعلاقتها بالسلوك الصحي في ظل جائحة كورونا لدى عينة من طلاب جامعة عمار ثليجي بالأغواط. *وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة عمار ثليجي بالأغواط*.

شويخ، هناء (٢٠١٢). *علم النفس الصحي*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

منظمة الصحة العالمية (٢٠٢٠). *النظم الغذائية الصحية*.

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>

النصيرية، راية بنت مسلم بن خميس (٢٠١٧). العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور. [https://www.unizwa.edu.om/content\\_files/01029-7867.pdf](https://www.unizwa.edu.om/content_files/01029-7867.pdf). رسالة ماجستير منشورة.

يخلف، عثمان (٢٠٠١). *علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.

Abdel-Khalek, A. M. (2013). Constructions of anxiety and dimensional personality model among college students. *Psychological Reports, 112*, 992-1004.

Abdel-Khalek, A.M. (2018a). Sex differences in personality dimensions in an Egyptian sample. *Mankind Quarterly, 58*, 588-598.

Abdel-Khalek, A. M. (2018b). The Arabic Big Five Personality Inventory (ABFPI): Setting the stage. *Psychology and Behavioral Science: International Journal, 9* (4), ID. 555766.DOI:10.19080/PBSIJ.2018.09.555766.

Abdel-Khalek, A. M. (2019a). Psychometric properties of the Arabic Big Five Personality Inventory (ABFPI). *Psychology and Behavioral Science: International Journal, 11* (4), 555820.DOI:10.19080/PBSIJ.2019.11.555820.

- Abdel-Khalek, A. M. (2019b). Sex differences in the Big Five personality factors among Egyptian adolescents. *Mankind Quarterly*, 59 (4), 532-542.
- Abdel-Khalek, A. M. (2020). The development and psychometric parameters of the Arabic Scale of Health Behavior. In A. M. Abdel-Khalek: *Arabic psychological tests and their English versions* (pp. 47-59). Cambridge Scholars Publishing.
- Abdel-Khalek, A. M., (٢٠٢١). Big Five personality factors and gender differences in Egyptian college student. *Mankind Quarterly*, 61 (3), 478-496.
- Abdel-Khalek, A., & Eysenck, S. B. G. (1983). A cross - cultural study of personality: Egypt and England. *Research in Behavior and Personality*, 3, 215 - 226.
- Ajzen, I. (1991). Theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. N. J: Prentice-Hall.
- Booth-Kewley, S., & Vickers Jr, R. R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281-298.
- Brannon, L., & Feist, J. (2014). *Health psychology: An introduction to behavior and health* (8th ed.). CA, Belmont : Wadsworth.
- Brislin, R.W. (1970). Back translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 185-216.
- Brislin, R.W. (1980). Translation and content analysis of oral and written material. In H.C. Triandis and J.W. Berry (Eds.), *Handbook of Cross-cultural psychology* (Vol. 2, pp. 389-444). Boston: Allyn & Bacon.
- Cheng, C. H. E., Weiss, J. W., & Siegel, J. M. (2015). Personality traits and health behaviors as predictors of subjective wellbeing among a multiethnic sample of

- university-attending emerging young adults. *International Journal of Wellbeing*, 5(3), 21-43
- Conner, M., & Norman, P. (1996). The role of social cognition in health behaviours. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models* (pp. 1–22). Open University Press.
- Costa, P. T. J., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO FFI): Professional Manual*. FL: Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. J., Terracciano, A., & McCrae, R.R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology* 81, 322-331.
- Escorial, S., & Navas, M. J. (2007). Analysis of the gender variable in the Eysenck Personality Questionnaire-Revised Scales using differential item functioning techniques. *Educational and Psychological Measurement*, 67, 990-1001.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder & Stoughton.
- Feingold, A. (1994). Gender differences in personality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 116, 429-456.
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68(6), 1089-1107.
- Friedman, H. S., Kern, M. L., & Reynolds, C. A. (2010). Personality and health: Subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality*, 78(1), 179-216.
- Gochman, D. (1997). *Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinates*. Plenum Press.
- Goodwin, R. D., & Gotlib, I.H. (2004). Gender differences in depression: The role of personality factors. *Psychiatric Research*, 126, 135-142.

- Graham, E. K., Weston, S. J., Turiano, N. A., Aschwanden, D., Booth, T., Harrison, F., ... & Mroczek, D. K. (2020). Is healthy neuroticism associated with health behaviors? A coordinated integrative data analysis. *Collabra Psychology*, 6 (1),32.
- Hall, P. A., Fong, G. T., & Epp, L. J. (2014). Cognitive and personality factors in the prediction of health behaviors: An examination of total, direct and indirect effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 37, 1057-1068.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2006). Forty years on: teachers' assessments of children's personality traits predict self-reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology*, 25(1), 57-64.
- Hampson, S. E., Goldberg, L. R., Vogt, T. M., & Dubanoski, J. P. (2007). Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status: Educational attainment and healthy behaviors. *Health Psychology*, 26(1), 121-125.
- Hussein, M. H., & Abdel-Khalek, A. M. (2021). Developing a revised version of the Arabic Big Five Personality Inventory using item response theory. *Mankind Quarterly*, 62 (2), 327-343.
- Inchausti, F., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2015). Obsessive-compulsive disorder and its relationship with disgust vulnerability and conscientiousness. *Psicothema*, 27, 254-260.
- International Test Commission (2001). *International Test Commission guidelines for test adaptation*. London: I T C.
- Jacklin, C. N. (1989). Female and male: Issues of gender. *American Psychologist*, 44, 127-133.
- John. O.P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement and theoretical perspectives. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed. pp. 102-138). Guilford Press.



- Joyner, C., Rhodes, R. E., & Loprinzi, P. D. (2018). The prospective association between the five factor personality model with health behaviors and health behavior clusters. *Europe's Journal of Psychology, 14*(4), 880-396.
- Kardum, I., & Hudek-Knezevic, J. (2012). Relationships between five-factor personality traits and specific health-related personality dimensions. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*(3), 373-387.
- Kasl, S. V., & Cobb, S. (1966). Health behavior, illness behavior and sick role behavior: I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal, 12* (2), 246-266.
- Kekäläinen, T., Hietavala, E. M., Hakamäki, M., Sipilä, S., Laakkonen, E. K., & Kokko, K. (2021). Personality traits and changes in health behaviors and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis from pre-pandemic to onset and end of the initial emergency conditions in Finland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18* (15), Article 7732.
- Kern, M. L., & Freidman, H.S. (2011). Personality and pathways of influence on physical health. *Social & Personality Psychology Compass, 5*, 76-87.
- Lakhan, Sh. E. (2006). *Theories on health behavior*. Brainbloggers.com.
- Lippa, R. A. (2010). Gender differences in personality and interests: When, where, and why? *Social and Personality Psychology Compass, 4*/11, 1098-1110.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *Journal of Social Psychology 137*: 369-373.
- Markey, C.N., & Markey, P. M. (2014). Personality, relationships, and health. *Journal of Personality, 82* (6), 467-471.
- Martin, P., Bishop, A., Poon, L., & Johnson, M. A. (2006). Influence of personality and health behaviors on fatigue in late and very late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 61*(3), 161-166.



- McCrae, R.R., Terracciano, A. & 79 Members of the Personality Profiles of Cultures Project (2005). Personality profiles of cultures: Aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 407-425.
- Mroczek, D. K., Spiro III, A., & Turiano, N. A. (2009). Do health behaviors explain the effect of neuroticism on mortality? Longitudinal findings from the VA Normative Aging Study. *Journal of Research in Personality*, 43(4), 653-659.
- Neufeld, M. (2015). *The relation between personality and compensatory health beliefs and-behavior concerning regular physical activity*. Bachelor's Thesis, University of Twente.
- Obara-Gołębiowska, M., & Michałek-Kwiecień, J. (2020). Personality traits, dieting and self-efficacy and health behaviors in emerging adult women: implications for health promotion and education. *Health Promotion Perspectives*, 10 (3), 230-237.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behavior. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Sarafino, E. P. (2008). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (6th ed.). New York: Wiley.
- Satoh, M., Sato, N., & Fujimura, A. (2022). Relationship between personality traits and health behavior among working women in Japan. *Preventive Medicine Reports*, 25, 101691.
- Schmitt, D. P., Realo, A., Voracek, M., & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in big five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 168-182.
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on Female hormones. *American Journal of Psychiatry*, 154. 1641-1647.

- Sinaj, E. (2015). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among adult in Albania. *European Journal of Psychological Research*, 2(3). ISSN 2057-4794
- Sirois, F. M., & Hirsch, J. K. (2015). Big Five traits, affect balance and health behaviors: A self-regulation resource perspective. *Personality and Individual Differences*, 87, 59-64.
- Southampton & Dorset, (n.d.). Managing Your Anxiety.  
<https://www.steps2wellbeing.co.uk/document/content/attachment/178.pdf>
- SPSS, Inc. (2009). *SPSS: Statistical data analysis: Base 18.0, Users Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Straub, R. O. (2012). *Health psychology: A biopsychosocial approach* (3rd ed.). New York: Worth Publishers.
- Taylor, S. E. (2012). *Health psychology* (8th ed.). New York : McGraw Hill.
- Thissen, D., & Steinberg, L. (2009). Item response theory. In R. Millsap & A. Maydeu-Olivares (Ed.), *The Sage handbook of quantitative methods in psychology* (pp. 148-177). London: Sage.
- Vianello, M., Schnabel, K., Sriram, N., & Nosek, B. (2013). Gender differences in implicit and explicit personality traits. *Personality and Individual Differences*, 55, 994-999.
- Weisberg, Y. J., DeYoung, C.G., & Hirsh, J. B. (2011). Gender differences in personality across the ten aspects of the big five. *Frontiers in Psychology*, 2, 178. Doi: 10.3389/fpsyg.2011.00178.
- Willroth, E.C, Smith, A.M., Shallcross, A.J, Graham E.K., Mroczek, D.K., & Ford, B.Q. (2021). The health behavior model of personality in the context of a health crisis. *Psychosomatic Medicine*, 83(4), 363 -367.

