

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بوصفها منبئات للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة

هناء أحمد شويخ(*)

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى محاولة تعرّف العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة، كما تهدف إلى استكشاف الدور التنبؤي لهذه العوامل؛ من حيث كونها منبئات لأنماط السلوك الصحي. وقد اشتملت أدوات الدراسة على: استمارة البيانات الأولية، وقائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، واستخبار السلوك الصحي، وتكونت العينة من (400) طالب وطالبة بجامعة جنوب الوادي (173 ذكراً، و227 أنثى)، ويرأوح المدى العمري للعينة بين 18 – 25 سنة، بمتوسط 19,28 سنة، وانحراف معياري = 1,06 سنة. وكان أهم نتائجها: (1) وجود علاقة دالة إحصائياً بين العوامل الخمسة للشخصية وأنماط السلوك الصحي في ظل ضبط بعض المتغيرات الديموجرافية، (2) هناك فروق دالة إحصائية بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية على أنماط السلوك الصحي، (3) تسهم العوامل الخمسة للشخصية في تفسير 33% من التباين في السلوك الصحي، (4) أهمية عامل الغُصابية – بالمقارنة بباقي عوامل الشخصية – في القيام بدور المنبئ لجميع أنماط السلوك الصحي.

المصطلحات الأساسية: الغُصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، القبول، الإتقان، السلوك الصحي.

مقدمة:

تهدف هذه الدراسة إلى محاولة الكشف عن علاقة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية The big five personality factors (الغُصابية Neuroticism،

(*) قسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي، جمهورية مصر العربية.

والانبساط Extroversion، والانفتاح على الخبرة Openness to experience، والقبول Agreeableness، والإتقان Conscientiousness) بأنماط السلوك الصحي Health behaviors (ممارسة التمرينات الرياضية، وتناول الطعام الصحي، والرعاية الذاتية، والنوم، وتجنب التدخين والمواد النفسية)، كما تهدف إلى استكشاف الدور التنبؤي لهذه العوامل؛ من حيث كونها منبئات لأنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة.

وعلى الرغم من عدم استطاعة الباحثين حصر كل العوامل المفسرة للمرض، نجد بعضهم يشير إلى دور عوامل الشخصية بوصفها أحد محددات حدوث المرض من عدمه، وذلك من خلال تأثيرها المباشر في السلوكيات الصحية أو العادات الصحية Health habits، التي يميل الفرد إلى ممارستها (Booth-Kewley and Vickers, 1994).

وهذا ما أكدته دراسة "هامبسون" وآخرين (Hampson, Goldberg, Vogt, 2007) and Dubanoski, حين وجدت أن القبول والإتقان عاملان للشخصية، يؤثران في الحالة الجسمية للراشد بشكل غير مباشر، من خلال إسهامهما في ممارسة كل من سلوك تناول الطعام الصحي وسلوك تجنب التدخين.

لذا توجهت الدراسات نحو تفسير ممارسة بعض الأفراد سلوكيات صحية في مقابل عدم ممارسة بعضهم لمثل هذه السلوكيات، على ضوء مدى واسع من عوامل الشخصية، ومن هذه الدراسات نجد دراسة "ديبرويجن" وآخرين (deBruijn, Kremers, Mechelen, and Brug, 2005) التي وجدت أن سلوك ممارسة رياضة المشي يتأثر بشكل مباشر بنمط شخصية الفرد، كما أشارت دراسة "بووث - كيولي" و"فيكيرز" (Booth-Kewley, and Vickers, 1994) إلى أن الإتقان والقبول عاملان للشخصية يُعدان من المنبئات الدالة على السلوك الصحي بوجه عام. هذه النتائج في مجملها تشير إلى دور عوامل الشخصية في دفع الفرد إلى ممارسة السلوك الصحي، سواء أكان ذلك على المستوى العام أم على مستوى أنماط هذا السلوك.

وبرزت أهمية دراسة السلوك الصحي منذ العقود الماضية، حين وُجد أنه يمثل أساساً لكثير من الأمراض الجسمية، لذا ظهر كثير من الدراسات التي ركزت على علاقته بمرض القلب ومسببات الوفاة (Burke, Zhao, Lee, Hunter, Spargo, and Gracey, 2007)، والحالة الجسمية (Adler and Matthews, 1994)، وارتفاع

الكوليسترول والجلوكوز في الدم (Wang, Hauserman, Vounatsou, Aggleton, and Weiss, 2007)، والأورام السرطانية (Rabin and Pinto, 2006).

ومما يدفعنا إلى العناية بالعوامل الخمسة للشخصية التطبيقات المتعددة لها في المجال الإكلينيكي، ومجال الأداء المهني، ومجال الخدمة العلاجية، ومجال نوعية الحياة للراشدين، كما تعد أكثر إفادة في التنبؤ بأنماط السلوك المهددة للصحة مثل التدخين، وتناول الكحوليات، وممارسة الجنس غير الآمن، واضطراب الأكل (Cloninger, 1996: 92; Torres, 2008).

وتكمن أهمية الدراسات التي تبحث في المحددات الشخصية للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة - ومنها هذه الدراسة - في إمكان إجراء تدخلات مبكرة لدعم السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة من خلال إدارة تلك المحددات الشخصية بالصورة الملائمة، فعلى سبيل المثال إذا تبين أن عوامل الشخصية لها دور كبير في ممارسة السلوك الصحي (Brisette, 1987; Frumkin, 1988)، فإنه من الممكن بذل جهود مبكرة لتوعية الطلاب على ضوء عوامل الشخصية للوقاية من ممارسة أنماط السلوك غير الصحي (كسلوك التدخين وتناول الكحوليات)، وكذلك لدعم ممارستهم لأنماط أخرى صحية من قبيل سلوك ممارسة التمرينات الرياضية، ومن هنا أيضاً تأتي أهمية عمل برامج، هدفها ممارسة أنماط السلوك الصحي في المراحل المبكرة من العمر، وتأخذ في حُسبانها أبعاد شخصية الأفراد (Brayne, Do, Green, and Green, 1998).

مشكلة الدراسة:

وفقاً للعرض السابق، يمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤلات الثلاثة الآتية:

(أ) هل توجد علاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأنماط السلوك الصحي في ظل ضبط بعض المتغيرات الديموجرافية (الجنس، وموطن الإقامة، والمستوى الاقتصادي) لدى طلاب الجامعة؟

(ب) هل توجد فروق بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية على أنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة؟

(ج) ما إسهام العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التنبؤ بأنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة؟

مصطلحات الدراسة:

تمثلت مصطلحات الدراسة في متغيرين رئيسيين هما:

(أ) العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

قدّم النموذج النظري للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية Five Factors Model (FFM) كل من "كوستا" Costa و "ماك كراي" McCrae سنة 1985، وقد تضمن هذا النموذج في بداية ظهوره ثلاثة عوامل أساسية فقط، هي: العُصابية، والانبساط، والانفتاح على الخبرة، ثم طور الباحثان هذا النموذج سنة 1992 بإضافة عاملين آخرين، هما: القبول والإتقان، وذلك حتى تكون هذه العوامل ومظاهرها النوعية كافية لتمثيل معظم العوامل الأساسية في مجال الشخصية (Hendriks, Hofstee, and DeRaad, 1999; Torres, 2008).

وقد لقي هذا النموذج في السنوات الأخيرة اهتماماً متزايداً من قِبل الباحثين في مجال الشخصية، وهو يعد الآن من أكثر النماذج قبولاً واتساقاً في وصفه للشخصية (Major, Turner, and Fletcher, 2006)، حيث يساعد على وضع تصنيف ملائم للخصال أو للعوامل الشخصية التي تفيد الباحثين في وصف الفروق الفردية بين الأفراد (Saucier, 2002).

ويكشف هذا النموذج - من الناحية التطبيقية - عن فائدته في عدة مجالات، منها مجال علم النفس المهني، وعلم النفس الإكلينيكي، وعلم النفس الصناعي والتنظيمي، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الارتقائي، وعلم النفس الاجتماعي، وعلم نفس الصحة، والعلاج النفسي وغيرها (Cloninger, 1996: 90; Craighead, and Nemeroff, 2001).

ويمكننا أن نشير إلى أهم خصائص هذا النموذج في النقاط الآتية: (1) أنه نموذج شامل؛ إذ يحيط بأكثر عدد من متغيرات وصف الشخصية ويُصنفها داخل بنية متسقة. (2) أنه نموذج للعوامل؛ حيث يُعنى بدراسة العوامل الشخصية التي يتباين فيها الأفراد. (3) أنه نموذج لوصف العوامل الشخصية السوية لا المضطربة (نصرة عبد المجيد، 2007: 65).

ويتكون هذا النموذج من خمسة عوامل مستقلة، هي: العُصابية، والانبساط، والانفتاح على الخبرة، والقبول، والإتقان، ويندرج تحت كل عامل مجموعة من العوامل النوعية التي تشكله أو تكونه (Cloninger, 1996: 40)؛ بحيث تُرتب هذه

العوامل وخصائصها النوعية في تدرُّج هرمي، فتحتل العوامل قمة البناء الهرمي، وتليها الخصائص النوعية التي تميز كل عامل، حيث تأتي في المستوى الأدنى (Paunonen, and Ashton, 2001).

وسوف تتبنى هذه الدراسة تعريف "كوستا" و"ماك كري" (1992) لكل عامل من هذه العوامل الخمسة؛ وذلك لأنها أكثر التعريفات اتساقاً وشمولاً لأهدافنا الحالية، بالإضافة إلى تحديدها الدقيق لسمات يعبر عنها كل عامل من الناحية السلوكية، والمعرفية، والوجدانية، كما أنها أكثر تداولاً بين الباحثين، وتم التحقق منها إجرائياً عن طريق إخضاعها للقياس (Craighead, and Nemeroff, 2001)، وفيما يأتي نعرض لكل عامل من هذه العوامل الخمسة والسمات النوعية التي يلخصها:

1 - العُصابية:

يتضمن مفهوم العُصابية ست سمات نوعية، وهي: القلق (كالخوف، والشعور بالهم، وسرعة الاستثارة)، والعُدوانية الغاضبة Hostility Anger (كالتوتر عند التعرض للإحباطات)، والاكتئاب (كالانقباض، والتشاؤم، والمزاج السيئ، والشعور بالضيق)، والوعي الذاتي، والاندفاعية (كالعجز عن ضبط الاندفاعات أو التحكم فيها)، وسرعة الاستثارة (كضعف القدرة على تحمل الضغوط، والانهيار والعجز، واليأس، وفقدان القدرة على اتخاذ قرارات صائبة) (Cloninger, 1996: 90; Costa, McCrae, and Jonsson, 2002: 67).

وتعد العُصابية مفهوماً قطبياً؛ أي يحتل الأفراد مكانة على المتصل المعبر عنه بدرجات بين العُصابية المتطرفة وقطبها العكسي، وهو الاتزان الانفعالي Emotional Stability؛ حيث يتسم الحاصلون على درجة مرتفعة عليه بالهدوء، والقدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها، والشعور بالرضا، والقدرة على مواجهة الإحباطات بما يكفل لهم التمتع بالصحة النفسية (Zhao, and Seibert, 2006).

2 - الانبساط:

يشتمل مفهوم الانبساط على ست فئات من العوامل، هي: المودة أو الدفء (الميل للصدقة والمودة)، والاجتماعية Gregariousness (التوجه نحو الإثارة وحب الحفلات، وتكوين علاقات اجتماعية)، والتوكيدية Assertiveness (الثقة بالنفس،

وحب السيطرة، وعدم التردد)، والنشاط (الشعور بالحيوية، وسرعة الحركة، والاندفاعية، والانطلاق)، والبحث عن الإثارة (Excitement Seeking) (السعي نحو المواقف المثيرة)، والمشاعر الإيجابية (Positive Emotions) (الشعور بالسعادة، والبهجة، والتفاؤل، والحب) (Costa et al., 2002: 67)، ويطلق عليها البعض مصطلح الانطلاقة (Assurgency) (Cloninger, 1996: 90).

3 - الانفتاح على الخبرة:

يُعرف الانفتاح على الخبرة بأنه مفهوم أكثر شمولية يضم ستة عناصر، هي: الخيال (الأحلام والطموحات العديدة، والحياة المفعمة بالخيال، والتصورات القوية)، والحساسية الجمالية (Aesthetics) (الاهتمامات الفنية والأدبية)، والمشاعر (القدرة على التعبير عن المشاعر والانفعالات)، والأفعال (تجديد النشاط، وحب المغامرة، والاهتمام بالجدد)، والأفكار (ابتكاره الأفكار وحداثتها)، والقيم (إعادة النظر في القيم الاجتماعية والسياسية والدينية، والنضال من أجل هذه القيم) (Costa et al., 2002: 68).

والانفتاح على الخبرة مفهوم يضم المظاهر المعرفية، والوجدانية، والسلوكية، فليس هو الذكاء أو العقلانية؛ بل هو مفهوم أشمل من الذكاء، ولا يقتصر على الخبرة؛ لأنه يستوعب الخبرة في طياته (نصرة عبد المجيد، 2007: 71).

4 - القبول:

مفهوم يضم مجموعة من العوامل، من أهمها: الثقة (الثقة بالنفس، والشعور بالكفاءة)، والاستقامة (Straightforwardness) (الإخلاص، والصراحة، والمباشرة)، والإيثار (Altruism) (حب الآخرين، والرغبة في مساعدتهم)، والإذعان أو الطاعة (Compliance) (قمع المشاعر العدائية، والتروي في معاملة الآخرين)، والتواضع (Modesty) (تجنب التكبر على الآخرين، وعدم الصراع معهم)، ورقة المشاعر (Tender - Mindedness) (التعاطف مع الآخرين، والدفاع عن حقوقهم، ومساندتهم) (صفوت فرج، 2007: 736) (Costa et al., 2002: 67).

أما الطرف المقابل للقبول فهو التنافر (Antagonism) أو العدائية، ويشير إلى الشك في الآخرين، وعدم الثقة والتسامح، والعدوانية، وعدم التعاون، والأنانية، واللامبالاة، وافتقاد القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، والخشونة في التعامل (Cloninger, 1996: 90).

5 - الإتقان:

يشار إلى الإتقان بأنه عامل يتضمن عدداً من العوامل، من أهمها: الكفاءة (البراعة، والتصرف الحكيم)، والنظام (كالترتيب، والدقة، والأناقة)، والإخلاص (Dutifulness) (كالإخلاص الذي يُمليه الضمير، والتقيد بالقيم الأخلاقية)، والسعي نحو الإنجاز (Achievement Striving) (كال كفاح، والطموح، والمثابرة، وتحديد الأهداف)، وضبط الذات (Self - Discipline) (الاستمرار في إنجاز عمل دون ملل، وإنجاز الأعمال دون حاجة إلى تشجيع من الآخرين)، والتأني أو الروية (Deliberation) (التفكير في الأعمال قبل القيام بها، والحرص والحذر، والتروي) (Ibid: 90).

ويتسم أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا العامل بأنهم ذوو هدف، ومحددون، ويتسمون بالمحافظة على الوقت، ولديهم دافعية لأداء العمل، ويتميزون كذلك بالإخلاص، والطموح، والصدق، والمثابرة، والدقة، والضمير الحي، والعمل الجاد والالتزام، أما أصحاب الدرجة المنخفضة على هذا العامل فيتسمون بافتقار الصدق، والاندفاعية، والتخلي عن المسؤولية، وفقدان الهدف، والإهمال، والاستهتار، واللامبالاة (Cloninger, 1996: 90; Judge, Martocchio, and Thoresen, 1997).

(ب) السلوك الصحي:

يُعرف السلوك الصحي بأنه "أي نشاط يقوم الفرد بأدائه بهدف الوقاية من الأمراض أو المعافاة صحياً" (Ferguson, and Danial, 1995)، وتضيف منظمة الصحة العالمية (World Health Organization (WHO), 2003) أن سلوكيات مثل ممارسة النشاط الجسمي بانتظام، وتجنب تناول المواد المضرة بالصحة مثل الكحول والمخدرات والتدخين، واتباع نظام غذائي يحتوي على فاكهة وخضراوات، وأخذ قسط وافر من النوم، واستخدام واقٍ ضد أشعة الشمس، والتحكم في الوزن، والرعاية الذاتية، وغيرها من السلوكيات - تسهم في المحافظة على صحة الفرد في صورة جيدة.

وقد قدم بعض الباحثين صوراً للسلوك الصحي، منها: (1) السلوك الصحي الوقائي Preventive health behavior: وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يعتقد أنه معافى صحياً بغرض الوقاية ضد الأمراض. (2) السلوك الصحي المرضي

Illness behavior: وهو أي نشاط يقوم به الفرد الذي يدرك أنه مريض، ليصل إلى حالة من الصحة والشفاء بالعلاج المناسب له (من خلال: أميرة الدق، 2007: 20).

وتتبنى الباحثة تعريفاً للسلوك الصحي بأنه "مجموعة من السلوكيات هدفها الوقاية من الإصابة بالأمراض والمحافظة على دوام الصحة الجيدة"، وتتمثل السلوكيات التي سيركز عليها في هذه الدراسة في: ممارسة التمرينات الرياضية، وتناول الطعام الصحي، والرعاية الذاتية، والنوم، وتجنب التدخين واستخدام المواد النفسية"، وسوف نقدم وصفاً موجزاً لهذه الأنماط السلوكية:

(1) سلوك ممارسة التمرينات الرياضية Exercises Behavior:

يُشار إلى سلوك ممارسة التمرينات الرياضية بأنه "أي نشاط جسمي مخطط وقصدي ومكرر موجه نحو أعضاء الجسم، بغرض تحسين الصحة واستمرار اللياقة البدنية" (Medical Encyclopedia, 2009).

وعلى مدى السنوات الأخيرة تكونت لدى المختصين في صحة الإنسان معلومات جمة حول النشاط البدني المناسب للفرد تبعاً لعمره وحالته الصحية، وخلصت هذه الجهود العلمية إلى وجود أربعة مستويات لممارسة التمرينات الرياضية، هي: (1) مستوى الأنشطة البدنية الحياتية التي ينبغي الإكثار من القيام بها كل يوم، وتتمثل في المشي إلى العمل أو إلى المدرسة، والمشي إلى الأماكن الأخرى القريبة من المنزل، وصعود الدرج بدلاً من المصعد الكهربائي، والأعمال البدنية المنزلية. (2) مستوى الأنشطة البدنية الهوائية، كالمشي السريع، والسباحة، وركوب الدراجة، وغيرها، وينبغي ممارستها 3-5 مرات في الأسبوع، ولمدة تراوح بين 30-60 دقيقة. (3) مستوى تمرينات القوة العضلية وتمرينات المرونة، التي ينبغي أن تمارس بمعدل 2-3 مرات في الأسبوع. (4) مستوى الإقلال من الراحة والخمول، كالجلوس طويلاً أمام التلفاز أو الفيديو، أو البقاء في السرير لفترة طويلة دون سبب مرضي (Centre for Exercise and Health, 2008).

ولممارسة التمرينات الرياضية فوائد كثيرة، منها: زيادة كفاءة الجهاز التنفسي والدوري، والوصول إلى وزن الجسم المثالي، والحفاظ على قوة العضلات، وتخفيض مستوى الكوليسترول في الدم، واستمرارية اللياقة البدنية، وتسهيل عملية التمثيل الغذائي، وتقوية الأنسجة العضلية ومرونة المفاصل، كما أن الأفراد الذين يمارسون التمرينات الرياضية بمعدل منتظم يكونون أقل تعرضاً للإصابة ببعض

الأمراض مثل هشاشة العظام، والأورام السرطانية، وشرابيين القلب، والسكري بالمقارنة بمن لا يمارسون التمرينات الرياضية (Aronson, Wilson, and Akert, 1999: 556; Taylor, 2003: 99).

ولا تقتصر فوائد ممارسة التمرينات الرياضية على الجوانب الجسمية فقط، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية؛ فهي تحسن من الحالة المزاجية وتمنح الشعور بالارتياح نتيجة للممارسة طويلة المدى لبرامج التمرينات الرياضية، فرياضة المشي - على سبيل المثال - تساعد على تنبيه الجسم لإفراز هرمون أندورفين الذي يماثل كيميائياً مادة المورفين؛ مما يجعل الفرد قادراً على تحمل الضغوط اليومية والتوتر والقلق، ويمنحه الشعور بالسعادة والهدوء والراحة في أثناء النوم ليلاً (ساري حمدان وسليم نورما، 2005؛ 100: Taylor, 2003).

(2) سلوك تناول الطعام الصحي Diet Behavior :

يُعد الطعام عنصراً مهماً للنمو وبناء خلايا الجسم اللازمة لأداء الوظائف الحيوية، ويتحدد سلوك تناول الطعام الصحي في اتباع نظام غذائي يحتوي على مختلف العناصر الغذائية، ويتناسب مع المرحلة العمرية للفرد، وحجم النشاط البدني والذهني الذي يقوم به، ومن ثم يوصف سلوك تناول الطعام الصحي بأنه: تناول غذاء مكتمل العناصر الغذائية، وعدم الإفراط في تناول الغذاء بصفة عامة، والاقتصار على تناول مواد غذائية محددة، والبعد عن تناول مواد غذائية غير مناسبة مثل الأطعمة المنتهية الصلاحية أو غير النظيفة أو المضاف إليها مواد حافظة بشكل لا يتلاءم مع المعايير الدولية (Wing, 1992). والصورة المثلى للسلوك الصحي لتناول الطعام، هي: أن يكون مقدار المدخلات من الطاقة متساوياً بصورة متسقة مع مقدار المخرجات (جين وارل، 2000: 622).

وهناك ارتباط وثيق بين نوع الطعام والأمراض التي تصيب الإنسان، فقد كشفت إحدى الدراسات - على عينة قوامها 2567 مريضاً - أن نوع الغذاء يسهم بنسب متباينة في حدوث بعض الأمراض، فيسهم في حدوث أمراض الجهاز الهضمي بنسبة 44,1%، والأمراض الجلدية بنسبة 15,5%، وأمراض الجهاز الحركي وآلام والتهاب المفاصل بنسبة 6,8%، وأمراض الجهاز العصبي بنسبة 11,9%، والاضطرابات النفسية بنسبة 8,5%، وأمراض الجهاز التنفسي بنسبة 10% (منظمة الصحة العالمية، 2009).

لذا فإن تغير النظام الغذائي للفرد يمكنه أن يحسن من حالته الصحية، فعلى سبيل المثال ارتفاع نسبة الألياف في الغذاء قد تحمي الفرد من السمنة وأمراض القلب والأوعية الدموية؛ حيث إن الألياف تقلل من مستوى الإنسولين، كما أن تعديل النظام الغذائي يمكنه أن يقلل من مستوى الكوليسترول في الدم، وهذا التعديل من شأنه أن يقلل خطر الإصابة بتصلب الشرايين (Taylor, 2003: 112).

(3) سلوك الرعاية الذاتية Self - Care behavior:

يُعد سلوك الرعاية الذاتية أحد أنماط السلوك الصحي الإيجابي، والهدف منه دعم الصحة من خلال إجراءات الحفاظ على الأفراد أصحاء، سواء أكان ذلك من خلال الوقاية من الإصابة بالأمراض أم بتعزيز أساليب الحياة الصحية. ومن سلوكيات هذا النمط نجد: تنظيف الأسنان، واستخدام الأدوات الخاصة (مثل شفرات الحلاقة)، وتجنب التعرض لعادم السيارات، والذهاب إلى الطبيب بمجرد الشعور بأي تعب جسدي، والحفاظ على النفس من إصابات الحوادث... إلخ.

وينطوي مفهوم دعم الصحة على جانبين، هما: الجانب الأول يتمثل في أن تدعم الصحة باستهداف الأصحاء، والجانب الثاني يدعم الصحة عن طريق تبني الاتجاهات الوقائية من المرض، وتعزيز أساليب الحياة الصحية (سهير الغباشي، 2002).

ولكي يحافظ الفرد على صحته، عليه أن يعمل في ثلاثة مجالات يكمل بعضها بعضاً، ولا غنى له عن أي منها:

أولاً: أن يحرص على سلامة بدنه وعقله وبيئته من خلال السلوك الصحي، كالعناية بالنظافة الشخصية، وأن يحرص أيضاً على الترويح عن النفس بما لا يضر بقيم المجتمع وتنظيم الوقت والعمل، ولا يتعارض معها.

ثانياً: أن يتجنب كل ما يعرضه للمرض كالتعرض للعدوى وللحوادث، وأن يتحاشى أسباب الهم والغم والكرب والانفعالات.

ثالثاً: أن يبادر في اكتشاف ما يصيبه من عوارض وأمراض، ويسرع لعلاجها قبل أن تتسع دائرة إصابته بالمرض (هالة سلام، 2006: 41-42).

وتشير تقارير هيئة الصحة العالمية إلى أن كثيراً من الأمراض المزمنة - مثل أمراض القلب، والأورام السرطانية، والفشل الكلوي، وأمراض الجهاز التنفسي، والتهاب الكبد الفيروسي - يمكن الوقاية منها من خلال التحكم في أنماط سلوك

الرعاية الذاتية بالصحة - (United States National Library of Medicine - National Institutes of Health, 2006)، ويكفي أن نذكر في هذا السياق أن من أسباب الإصابة بعدوى مرض التهاب الكبد الفيروسي المزمن C المشاركة في استخدام أدوات ملوثة مثل شفرات الحلاقة (National Digestive Disease Information Clearinghouse (NDDIC), 2009).

(4) سلوك النوم :Sleeping Behavior:

يُعرف سلوك النوم بأنه حالة طبيعية متكررة من الراحة للجسم والعقل، يتوقف فيها الكائن الحي عن اليقظة، وتصبح حواسه معزولة نسبياً عما يحيط به من أحداث، حيث تكون العين مغلقة، مع فقدان الوعي بشكل جزئي أو كلي، لذا تقل حركات الجسم والاستجابة للمنبهات الخارجية (Medical Encyclopedia, 2009).

وعلى الرغم من أن سلوك النوم حالة غير متغيرة من الاستثارة المنخفضة، فإنه يتسم بنشاطات متنوعة ومستمرة في حركة الجسم والأحلام والنظم الفسيولوجية والبيوكيميائية (ليندساي، جاهنشاوي، 2000: 689).

وتشير نتائج الدراسات المسحية إلى وجود علاقة جوهرية بين طول فترة النوم ومعدل الوفيات، حيث كان أدنى معدل للوفيات ينتشر بين الناس الذين تقع فترة نومهم بين سبع ساعات وثمانية ساعات كل ليلة، ثم يزداد هذا المعدل بشكل دال مع تزايد ساعات نومهم على ذلك أو تناقصها عنها (من خلال: أميرة الدق، 2007: 47).

ومن المعلوم أن حاجة الأشخاص إلى النوم تختلف باختلاف العمر، والجنس، والوقت من النهار، والوقت من السنة، والحالة الجسمية، والحالة الصحية، وغير ذلك من العوامل؛ بحيث يكون من الصعب تحديد القدر المناسب من النوم لكل الأفراد (جمعة يوسف، 2000: 137).

(5) سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية :Smoking and Psychoactive drugs Behavior:

يُعد سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية من أهم أنماط السلوك الصحي الإيجابي؛ فالتدخين يعمل بوصفه عامل خطر للإصابة باضطرابات التنفس، وبالأورام السرطانية؛ فقد أكدت أغلب الدراسات أن التدخين الكثيف للسجائر يسهم في الإصابة بأمراض الالتهاب الرئوي المزمن (Brannon and Feist, 2004: 350)، ويؤكد

"هولستي" Holsti إصابة الأفراد بأورام المثانة بعد تعاطيهم للطباق لمدة خمسة أشهر متتالية، فهذا يعد دليلاً على وجود ارتباط بين تدخين الطباق والإصابة بأورام المثانة، كما كشفت نتائج البحوث التي استهدفت تحليل بول المدخنين عن ارتفاع بعض المواد (مثل: مادة hydroy kynurenine، ومادة hydroy-anthranilicacid)، وانخفاض مادة N - methylnicotinamide، وذلك بالمقارنة بغير المدخنين، وهي من المواد المسببة للإصابة بالأورام في المثانة (Ismail, 1995: 44-45).

ويقصد بالمواد المؤثرة نفسياً أية مادة إذا تناولها الفرد أثرت في العمليات النفسية، وقد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التنشيط Stimulation، وقد يكون في اتجاه التسكين Sedation، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلوس Hallucinogenic (مصطفى سويف، 1996: 26).

وقد كشفت الدراسات عن أن استخدام بعض العقاقير - لفترات طويلة أو بجرعات عالية أو دون إشراف الطبيب - قد يؤدي إلى تلف نخاع الكلى، الذي يمتد إلى حوض الكلى، كالعقاقير المسكنة مثل الباراسيتامول، والفيناسيبين، والأسبرين، وبعض عقاقير المضادات الحيوية، مثل مشتقات الأمينوجلايكوزايد، وبعض العقاقير المضادة للأورام (The Merck Manual of Diagnosis and Therapy, 2004).

العلاقة بين العوامل الخمسة والسلوك الصحي:

قدم "بووث - كيولي" و"فيكيرز" (Booth-Kewley, and Vickers, 1994) تصوراً نظرياً على ضوء الصفات التي يحتويها كل عامل من العوامل الخمسة للشخصية، فعامل العصبية الذي يشمل خبرة من المشاعر والانفعالات السلبية يرتبط بممارسة السلوكيات الضارة للصحة، ويغيب معه ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية، أما عامل الانبساط بما يحتويه من خروج واجتماعية وخبرة من الانفعالات السارة فيرتبط بكل من السلوكيات الصحية السلبية كالتدخين واستخدام مواد نفسية، والسلوكيات الصحية الإيجابية مثل ممارسة التمرينات الرياضية، في حين أن عامل القبول وهو الميل إلى التحمل والتقبل أكثر من النقد والعدائية ربما يتزامن مع سلوكيات صحية مثل ممارسة التمرينات الرياضية، والرعاية الذاتية، وتناول الغذاء الصحي، وتجنب استخدام المواد النفسية، وبالنظر إلى عامل الإتيقان الذي يوصف بالميل نحو كل ما هو ثابت ومنهجي وعام، فقد شبهه بعض الباحثين بالمسؤولية والاحتياج إلى الإنجاز، ومثل هذه الصفات ترتبط بسلوك تجنب التدخين

واستخدام المواد النفسية، وأخيراً عامل الانفتاح على الخبرة وهو يتلازم مع سلوك الطلب المتكرر للمواد النفسية. وهذا المستوى التصوري المقترح للربط بين عوامل الشخصية الخمسة والسلوك الصحي قد يُقبل أو يُرفض، على ضوء النتائج المستخلصة من هذا البحث.

الدراسات السابقة:

على الرغم من أن المسح الذي أجرته الباحثة لم يسفر عن وجود دراسات عربية ربطت بشكل مباشر بين مفهومي الدراسة (العوامل الخمسة والسلوك الصحي)، فإن هناك كثيراً من الدراسات الأجنبية التي أجريت في هذا السياق، وعلى هذا الأساس أمكن تقسيم الدراسات السابقة إلى الفئات الخمس التالية:

(1) بحوث عن العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية وسلوك ممارسة التمرينات الرياضية:

استخدم "أراد" (Arad, 1998) عينة، قوامها 143 ذكراً و185 أنثى، وتوصل إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في سلوك ممارسة التمرينات الرياضية، وعلى الرغم من ذلك ظهرت ارتباطات مختلفة طبقاً لجنس العينة، حيث ارتبط سلوك ممارسة التمرينات الرياضية إيجابياً بعوامل القبول، والانفتاح على الخبرة، والإتقان، والانبساط لدى الذكور، في حين ظهرت هذه الارتباطات عند الإناث ما عدا عامل الانبساط، وكشفت دراسة أخرى - على عينة قوامها 300 سيدة - أن سلوك ممارسة التمرينات الرياضية ارتبط إيجابياً بكل من الانبساط والإتقان، وسلبياً مع العُصابية (Courneya, Bobick, and Schinke, 1999)، وأضاف "رهودس" وآخرون (Rhodes, et al., 2003) أن عامل الانبساط يرتبط بشكل إيجابي بسلوك المشي والجري والهولة بوصفها تمرينات رياضية، وأكدت النتائج السابقة إحدى الدراسات التي استخدمت عينة من المراهقين قوامها 504 (بمتوسط عمري 14,9 وانحراف معياري 2)؛ حيث وجدت أن عامل الانبساط يرتبط إيجابياً بسلوك ممارسة التمرينات الرياضية (deBruijn et al., 2005)، كما توصل "ماك كان" (McCann, 2005) إلى أن عامل الانفتاح على الخبرة يرتبط إيجابياً بسلوك ممارسة التمرينات الرياضية.

(2) بحوث عن العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية وسلوك تناول الطعام الصحي:

استخدم "بووث - كيولي" و"فيكيرز" (Booth-Kewley, and Vickers, 1994) عينة من الذكور قوامها 103، بمتوسط عمري قدره 19,3 وانحراف معياري 2,7، وتوصلا إلى أن سلوك تناول الطعام الصحي ارتبط سلبياً بالعُصابية، في حين ارتبط إيجابياً بالانبساط والقبول والإتقان، وبإعادة تطبيق الدراسة نفسها على عينة أخرى متطوعة - قوامها 76 من الذكور، بمتوسط عمري قدره 23,4، وانحراف معياري 4,3 - اقتصرَت العلاقات الدالة على عامل الانبساط فقط، واختفت باقي العلاقات الأخرى بين عوامل الشخصية وسلوك تناول الطعام الصحي، وكشفت دراسة "ليموس - جيرالديز" و"فيدالغو - أليست" (Lemos - Giraldez, and Fidalgo - Alist, 1997) أن الإتقان والقبول يرتبطان إيجابياً بسلوك تناول الطعام الصحي، المتمثل في تناول الفاكهة والخضراوات، والألياف، وتقليل الدهون والأملاح، وخلصت الدراسة إلى أن القبول والإتقان يُعدان من المنبئات الإيجابية لسلوك تناول الطعام الصحي بوجه عام، في حين وجدت دراسة "أراد" (Arad, 1998) أن هناك ارتباطاً إيجابياً بين كل من القبول والإتقان والانبساط والانفتاح على الخبرة بتزايد سلوك تناول الغذاء الصحي لدى الذكور، والدلالات نفسها وجدت عند الإناث ما عدا عامل الانبساط، وأكدت إحدى الدراسات أن اضطراب سلوك الأكل يرتبط بارتفاع درجات العُصابية وانخفاض درجات كل من القبول والإتقان (Bollen, and Wojciechowski, 2004)، كما كشفت دراسة أخرى عن نتائج متسقة مع ما سبق، حيث وجدت انخفاض درجات عوامل الإتقان والقبول والانفتاح على الخبرة في مجموعة اضطراب الأكل عند مقارنتها بمجموعة ضابطة (Ghaderi, and Scott, 2000)، وأكدت دراسة "ديبريجن" وآخرين (deBruijn et al., 2005) وجود ارتباط إيجابي بين كل من القبول والانفتاح على الخبرة وسلوك تناول الخضراوات والفاكهة.

(3) بحوث عن العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية وسلوك النوم:

استخلصت الدراسات السابقة بوجه عام مساهمة عوامل الشخصية في تشكيل سلوك النوم وأنماط الأحلام (Jenkins, 2005; Von Bolschwing, 2006)، وقد توصل "كلارك" (Clark, 2007) إلى أن سمّي الإتقان والقبول يرتبطان بالخلود إلى النوم مبكراً لدى طلاب الجامعة (ن=76)، كما وجد أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على عامل القبول سجلوا أقل اضطراب في أثناء النوم، وانتهت الدراسة إلى أن هناك علاقة

جوهريّة بين الشخصية وسلوك النوم، وأضاف "كونوسينتي" (Conoscenti, 2007) أن عامل العُصابية يرتبط إيجابياً مع اضطرابات النوم وكثرة الكوابيس Nightmares.

(4) بحوث عن العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية وسلوك الرعاية الذاتية:

توصل "بيرسي" (Biercy, 1995) إلى أن عوامل الشخصية الخمسة تُعدّ منبئات دالة لسلوك الرعاية الذاتية Self - Care وسلوك الاستفادة من الرعاية الصحية Health Care Utilization، وأضافت الدراسة أن الإناث أكثر ممارسة لسلوك الرعاية الذاتية مقارنة بالذكور، واتفقت دراسة "بريني" وآخرين (Brayne et al., 1998) مع النتائج السابقة، في أن الإناث أكثر من الذكور ممارسة لسلوك الرعاية الذاتية المتمثل في الوقاية ضد أشعة الشمس Sun protective behavior، واختلفت في أنها لم تجد أية علاقات بين العوامل الخمسة وهذا السلوك، كما توصل "سكينر" وآخرون - باستخدام عينة قوامها 358 فرداً، تراوح أعمارها بين 12 و 30 سنة - إلى أن عامل الإتقان يُعدّ منبئاً جوهرياً بسلوك الرعاية الصحية (Skinner, Hampson, and Fife-Schaw, 2002).

(5) بحوث هدفها فحص العلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية وسلوك تجنب التدخين والمواد النفسية:

وجد الباحثون أن هناك علاقة إيجابية بين سلوك تجنب التدخين وعامل الانفتاح على الخبرة، في حين غابت أية علاقات أخرى بين هذا السلوك وباقي العوامل الخمسة (Booth-Kewley, and Vickers, 1994)، وأضاف "فوللراث" وآخرون (Vollrath, Knoch, and Cassano, 1999) - من خلال فحصهم لعينة قوامها 683 من طلاب الجامعة - أن لسمتي القبول والإتقان تأثيراً معوقاً للسلوكيات غير الصحية كالتدخين وتناول المواد النفسية، في حين أن للعُصابية تأثيراً مُحفزاً لمثل هذه السلوكيات، واتفق "فريدمان" وآخرون (Friedman et al., 1995) مع الدراسة السابقة؛ حيث وجد أن الإتقان يعمل على تقليل السلوكيات غير الصحية كالتدخين، وتوصل "هامبسون" وآخرون (Hampson, Goldberg, Vogt, and Dubanoski, 2006) - باستخدام عينة قوامها 963 راشداً - إلى أن عامل الإتقان يرتبط بانخفاض سلوك التدخين لدى الراشدين، أما دراسة "ماك كان" (McCann, 2005) فوجدت أن الإتقان والانفتاح على الخبرة يرتبطان سلبياً بسلوك التدخين وتعاطي المواد

النفسية، في حين اختفت العلاقات بين هذا السلوك وكل من القبول والعُصابية والانبساط، كما توصل بعض الباحثين إلى أن الدرجات المرتفعة لعامل الانبساط ترتبط بسلوك التدخين (Wilkinson, and Abraham, 2004)، في حين يرتبط انخفاض درجات كل من الإتيقان والقبول بالسلوكيات غير الصحية كالتدخين، وممارسة الجنس غير الآمن (Delaney, Harmon, and Wall, 2008)، أما دراسة "توريز" (Torres, 2008) فلم تكشف عن علاقات دالة بين العُصابية والانبساط من ناحية وبين سلوك التدخين من ناحية أخرى، وتوصل "شاديل" وآخرون (Shadel, Niaura, Goldstein, and Abrams, 2000) إلى أن المدخنين الذين يرون أنفسهم أكثر إتقاناً واستقلالية يكونون أقل اعتماداً على النيكوتين.

تعقيب على الدراسات السابقة:

على ضوء ما سبق نخلص إلى بضع حقائق مهمة، هي:

(1) تدعم معظم الدراسات التي سبق عرضها وجود علاقات جوهرية بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والسلوك الصحي سواء أكان ذلك على مستوى الدرجة الكلية أم أنماطه النوعية.

(2) توزعت بعض الدراسات بين دراسات مؤيدة لوجود ارتباط بين عوامل محددة في الشخصية وأنماط السلوك الصحي، ودراسات معارضة تنفي من الأساس وجود ارتباط بين المتغيرين.

(3) أن العوامل الخمسة للشخصية تبدو بوصفها منبئات لأنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة.

(4) قلة الدراسات العربية والمصرية التي اهتمت بالعلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية والسلوك الصحي، وهو الأمر الذي وجّه اهتمامنا إلى محاولة فحص هذا الموضوع في إطار هذه الدراسة.

(5) نبهت بعض الدراسات إلى وجود فروق بين الجنسين في هذه الارتباطات بين العوامل الخمسة للشخصية وأنماط السلوك الصحي، لذا يبدو من الضروري إعادة بحث العلاقة بينهما في ظل ضبط مثل هذه المتغيرات الديموجرافية المؤثرة.

فروض الدراسة:

- ويمكن صياغة الفروض التي تسعى هذه الدراسة إلى التحقق منها، على النحو الآتي:
- (1) توجد علاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأنماط السلوك الصحي في ظل ضبط بعض المتغيرات الديموجرافية الدالة (الجنس، وموطن الإقامة، والمستوى الاقتصادي) لدى طلاب الجامعة.
 - (2) توجد فروق بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية على أنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة.
 - (3) تسهم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التنبؤ بأنماط السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك للكشف عن العلاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأنماط السلوك الصحي.

(1) عينة الدراسة:

استخدمت الدراسة عينة متاحة، قوامها (400) طالب وطالبة (173 ذكراً و227 أنثى)، من طلاب كلية الآداب بجامعة جنوب الوادي، وينتمون بالفرق الثانية والثالثة والرابعة، في أقسام الفلسفة والاجتماع والجغرافيا والمكتبات واللغة العربية والتاريخ، ويراوح المدى العمري للعينة بين 18 - 25 سنة، بمتوسط 19,28 سنة، وانحراف معياري 1,06، كما توزعت مواطن إقامتهم بين الحضر (188) والريف (212).

(2) أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على ما يلي:

1 - استمارة البيانات الأولية: تتضمن عدداً من البيانات الديموجرافية كالنوع، والسن، وموطن الإقامة، والحالة الاقتصادية، والحالة الصحية.

2 - قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: اعتمد على القائمة المُصممة من قبل "كوستا" و"ماك كري" (1992)، وترجمها وأعدّها للغة العربية "بدر الأنصاري" عام 1997، وتتكون من (60) بنداً، موزعة على خمسة مقاييس فرعية، هي: العُصابية، والانبساط، والانفتاح على الخبرة، والقبول، والإتقان، وقد صيغت كل البنود في صورة عبارات تقرير ذاتي، ويشتمل كل مقياس على (12) بنداً، وفيما يأتي وصف لكل مقياس فرعي على حدة:

(1) مقياس العُصابية: وقياس القلق، والاندفاعية، والعدائية، والتقلب المزاجي، وسرعة الغضب.

(2) مقياس الانبساط: ويقدر الاجتماعية، والسعي نحو الإثارة، وارتفاع مستوى النشاط والتفائل، وحب المغامرة.

(3) مقياس الانفتاح على الخبرة: وقياس حب الاستطلاع، والخيال، والسعي نحو الجودة، والانجذاب للخبرات الجمالية، والذكاء، والحكمة.

(4) مقياس القبول: ويقدر التعاون، والثقة، والمودة، والألفة، والتسامح، والتعاطف.

(5) مقياس الإتقان: وقياس الميل للتنظيم، والمثابرة، والتأني، والاستقلالية، والمسؤولية، والدافعية للإنجاز.

وتتطلب الإجابة عن كل مقياس فرعي أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل خمسة، تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (غير موافق على الإطلاق - غير موافق - محايد - موافق - موافق جداً)، وتقدر الدرجات على هذه البدائل على نحو ما يلي: 1، 2، 3، 4، 5 على التوالي، وتعكس في حالة البنود السلبية، ويبلغ الحد الأعلى للدرجة على كل مقياس فرعي 60 درجة (حيث أقصى درجة على مقياس الشدة X عدد البنود $= 12 \times 5 = 60$ درجة).

3 - استخبار السلوك الصحي (من إعداد الباحثة): كَوْن هذا المقياس اعتماداً على استعراض عدد كبير من المقاييس الأجنبية والعربية ذات الصلة، منها على سبيل المثال لا الحصر: مقياس مسعود غرابة (1998) للسلوك الصحي، ومقياس مايسة شكري (1999) لأنماط السلوك الصحي، ومقياس شيماء المحمود (2006) لبعض أنماط السلوك الصحي، ومقياس السلوك الصحي لـ "جودون" وآخرين (Goodwin, Insull, 1982)، واستخبار السلوك الصحي لـ "أراد" (Arad, 1998).

ويتكون المقياس من 72 بنداً تعكس خمسة أنماط للسلوك الصحي، نعرض لها فيما يأتي:

(1) مقياس سلوك ممارسة التمرينات الرياضية: ويتكون من (10) بنود، تعكس قيام الفرد بممارسة أي نشاط جسمي من قبيل المشي والجري وغيرها من التمرينات الرياضية المنتظمة بغرض تحسين الصحة واستمرار اللياقة البدنية.

(2) مقياس سلوك تناول الطعام الصحي: ويشتمل على (22) بنداً تمثل حرص الفرد على تناول غذاء مكتمل العناصر الغذائية، وتجنب كل الأطعمة المضرة بالصحة من قبيل الأكلات الدسمة.

(3) مقياس سلوك الرعاية الذاتية: ويحتوي على (20) بنداً تصف اهتمام الفرد بدعم صحته من خلال الوقاية من الإصابة بالأمراض، ومنها اهتمامه بنظافته الشخصية، وعدم استخدام أدوات غيره، والذهاب إلى الطبيب بمجرد الشعور بأي تعب جسدي، والحفاظ على النفس من إصابات الحوادث.... إلخ.

(4) مقياس سلوك النوم: ويمثله (10) بنود، تعكس حرص الفرد على أخذ كفايته من النوم، وانتظامه في مواعيد نومه ويقظته، وخلو نومه من الأرق والأحلام المزعجة.

(5) مقياس تجنب التدخين والمواد النفسية: ويتكون من (10) بنود، تصف سلوك الفرد التجنبي للتعرض للتدخين سواء بشكل إيجابي (ممارسة التدخين) أم بشكل سلبي (التعرض للدخان)، كما يمثل بُعداً عن تناول أية مواد نفسية (كالمهدئات، أو المنومات، أو المنشطات).

وتتم الإجابة عن كل بند على أساس مقياس شدة مكون من خمسة بدائل من 1 إلى 5، وهي تعكس عدد مرات القيام بالسلوك في الأشهر الستة الماضية، والبدائل هي: 1= ولا مرة، 2= نادراً (مرة إلى خمس مرات)، 3= أحياناً (6 إلى 10 مرات)، 4= كثيراً (11 إلى 20 مرة)، 5= كثيراً جداً (21 مرة فأكثر)، هذا في حالة البنود الموجبة، أما البنود السالبة فيتم تقديرها وفقاً للاتجاه العكسي لمقياس التدرج السابق، وعلى ذلك تبلغ الدرجة القصوى على الاستخبار إجمالاً 360 درجة (حيث أقصى درجة على مقياس الشدة X عدد البنود $= 72 \times 5 = 360$ درجة)، وتشير الدرجة المرتفعة على كل مقياس فرعي إلى السلوك الصحي الإيجابي، في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى السلوك الصحي السلبي.

(3) الصلاحية القياسية للأدوات:

قدرت الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من (100) طالب وطالبة في كلية الآداب بجامعة جنوب الوادي (50 ذكراً، و50 أنثى)، ويراوح المدى العمري للعينة بين 19 - 25 سنة، بمتوسط 20,12 سنة، وانحراف معياري 1,34.

أولاً - الصدق:

فيما يتعلق بصدق قائمة العوامل الخمسة، توجد مؤشرات وأدلة متراكمة من

خلال عدد من الدراسات السابقة تشير إلى صدقها، ونظراً لأن عملية اختبار صدق مقياس معين تماثل في خطواتها اختبار نموذج نظري معين، من حيث كونها عملية تراكمية، فإن نتائج هذه الدراسة ستمثل أيضاً أحد المؤشرات الدالة على صدق هذه القائمة؛ مما يدعم صدق التكوين أو المفهوم، الذي يشير إلى المدى الذي يقيس به اختبار ما مفهوماً معيناً (شعبان جاب الله رضوان، 2006).

فعلى مستوى الدراسات الأجنبية حسب صدق هذه القائمة بعدة طرق، منها: الصدق العاملي، فقد توصل كل من "بنت - مارتنز" و "جون" (Benet-Martize, John, 1998) باستخدام التحليل العاملي إلى خمسة عوامل، هي: العُصابية، والانبساط، والانفتاح على الخبرة، والقبول، والإتقان، وذلك على عينة مكونة من (170) فرداً، متوسط أعمارهم 25 سنة.

واستخلص "كوستا" وزملاؤه (Costa et al., 2002) العوامل نفسها، وذلك على عينة ضمت 337 فرداً، تراوحت أعمارهم بين (18-67 سنة)، وكانت التشبعات على جميع العوامل مرتفعة.

وعلى المستوى العربي، قدمت أدلة على الصدق العاملي لهذه القائمة، ففي دراسة لـ "بدر الأنصاري" (1997) أجريت على عينة ضمت (200) طالب وطالبة بجامعة الكويت، متوسط أعمارهم 21,85، كشفت التحليلات العاملية من الرتبة الثانية عن ثلاثة عوامل هي العُصابية، والانبساط، والإتقان.

وفي إطار البيئة المصرية توصلت دراسة كل من "فيصل يونس" و "إلهام عبد الرحمن" (2007) إلى تطابق البنية العاملية للقائمة مع البنية العاملية التي توصلت إليها معظم الدراسات العاملية، حيث استخرجت خمسة عوامل لها المسميات نفسها.

أما الصدق التقاربي والاختلافي، فقد تبين من الدراسة السابقة لـ "بدر الأنصاري" (1997) ارتباط مقياسي العُصابية والانبساط من قائمة العوامل الخمسة بمقياسي العُصابية والانبساط من قائمة أيزنك للشخصية ($r = 0,47, 0,45$) على التوالي، وهي ارتباطات دالة عند مستوى (0,001)، بما يشير إلى اتساق هذه القائمة بصدق تقاربي ملائم.

وبناءً على ما سبق، فإن قائمة العوامل الخمسة المستخدمة في هذه الدراسة

تتميز بكفاءة سيكومترية من خلال ما توفر عنها من أدلة الصدق؛ بما يسمح باستخدامها والاطمئنان إلى نتائجها في هذه الدراسة.

أما عن مقياس السلوك الصحي، فقد اتبعت الطريقتان الآتيتان لتقدير صدق المقياس، وهما: (1) صدق المحكمين^(*): عن طريق فحص بنود المقياس والتقدير الكيفي لمدى تمثيلها للمجال محل الاهتمام، ثم حساب ارتباط تقديرات المحكمين وأحكامهم على هذا التمثيل. (2) المجموعات المتضادة^(**): وتقوم على حساب دلالة الفرق بين كل بند من بنود المقياس بين هاتين المجموعتين المتطرفتين.

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

إذا بدأنا بصدق المحكمين، فإننا نجد أن تقدير مدى التطابق بين فقرات المقياس والمجال الذي يقيسه لا يلزم فيه أن يعتمد تقدير هذا النوع من الصدق على مؤشر إحصائي أو على تقديرات كمية محددة، بل يمكن أن يؤسس على أحكام منطقية فقط تستمد من المتخصصين في المجال النفسي (Kline, 1993: 22)، وعلى هذا عرض المقياس على الأساتذة المتخصصين للحكم على مدى تمثيل البنود للمجال السلوكي محل الاهتمام.

وكان من نتائج تحكيم الاستخبارات أيضاً أن اتفق المتخصصون على كفاءة المقياس المصمم، كما شهدوا بوجود انساق واضح بين مضمون المقياس والوظيفة الرئيسية التي أعد لقياسها، وقد اتفقت تقديرات المحكمين لتصنيف البنود على الأبعاد المختلفة بنسب تراوح بين 85% و100%، ومن الملاحظ أن أغلب البنود اتفق عليها بنسبة 100%، وهذا دليل على مدى تمثيل هذه البنود في كل مقياس للهدف الأساسي المطلوب قياسه.

وإذا انتقلنا إلى طريقة المجموعات المتضادة، وجدنا أننا بالمناقشة السابقة لصدق المقياس نكون قد قطعنا خطوة إلى الأمام في اتجاه التحقق من صدق

(*) قام كل من الأستاذ الدكتور شعبان جاب الله رضوان، والأستاذ الدكتور إبراهيم شوقي بكلية الآداب، والأستاذ الدكتور سهير فهم الغباشي - جامعة القاهرة - بتحكيم مقياس الدراسة، وتنتهز الباحثة الفرصة لتشكرهم جميعاً على ما بذلوه من جهد مشكور في هذا الصدد.

(**) تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي؛ حيث تمثل المجموعة الأولى أقل 25% (الربيع الأدنى) من الأفراد، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى 25% (الربيع الأعلى)، ثم بيان دلالة الفرق بين كل بند من بنود المقياس بين هاتين المجموعتين.

تكوينه، فكما يرى بعض خبراء القياس أن دراسة صدق محتوى المقياس توفر شواهد وأدلة حول التكوين الفرضي الذي يقيسه المقياس، وهو ما أكدته "أنستازي" Anastasi بقولها: إنه لا توجد أية معلومة تتعلق بصدق الأداة إلا ولها إسهام في تقدير صدق التكوين (Anastasi, 1990: 153). ويوضح جدول (1) دلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين لكل بند من بنود المقياس.

جدول (1)
دلالة الفروق بين المجموعتين المتعارضتين على كل بند من بنود
مقياس السلوك الصحي

البند	قيمة "ت"	البند	قيمة "ت"	البند	قيمة "ت"	البند	قيمة "ت"	البند	قيمة "ت"
1	3,53***	16	3,63***	31	3,05***	46	6***	61	4,29***
2	4,53***	17	3,35**	32	3,44***	47	7,70***	62	2,45**
3	2,02*	18	3,08**	33	2,58**	48	7,35***	63	4,77***
4	5,85***	19	4,58***	34	5,84***	49	3,36**	64	3,74***
5	1,96*	20	1,98*	35	1,94*	50	2**	65	1,97*
6	7,27***	21	6,46***	36	4,71***	51	1,96*	66	4,19***
7	7,36***	22	4,16***	37	5,69***	52	2,40**	67	4,29***
8	1,96*	23	6,19***	38	5,73***	53	4,78***	68	2,45*
9	2,05*	24	4,58***	39	2,66**	54	1,99*	69	3,55***
10	7,23***	25	6,46***	40	4,66***	55	4,25***	70	2,36*
11	7,37***	26	4,17***	41	4,66**	56	6,35***	71	3,41***
12	3,62**	27	4,35***	42	6,84***	57	4,18***	72	6,19***
13	5,69***	28	6,19***	43	8,50***	58	3,65***		
14	1,97*	29	4,16***	44	8,86***	59	6,78***		
15	2,10*	30	1,99*	45	8***	60	3,36**		

(*) دال عند مستوى 0,05. (**) دال عند مستوى 0,01. (***) دال عند مستوى 0,001.

ثانياً - ثبات الأدوات:

استُخدمت طريقتان لتحديد ثبات الأدوات:

1- حساب معامل ألفا كرونباخ Cronbach Alpha Coefficient.

2- طريقة إعادة الاختبار Test Re - test.

ويوضح جدول (2) معامل ألفا كرونباخ لكل مقياس من مقاييس الدراسة، ومعاملات الثبات بطريقة إعادة الاختبار على عينة قوامها (50) طالباً وطالبة من جامعة جنوب الوادي، بفاصل زمني، مقداره أسبوعان بين التطبيق الأول وإعادته، وجميعها مقبولة، حيث راوحت تلك القيم بالتقريب بين 0,7 و0,9؛ مما يشير إلى تمتع جميع مقاييس الدراسة بمؤشرات ثبات جيدة.

جدول (2)

معاملات ألفا كرونباخ وإعادة الاختبار للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة

معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار (ن=50)		معامل ألفا (ن=100)		المقاييس	
0,9	0,7	مقياس العُصابية	1	عوامل الشخصية الخمسة	
0,9	0,8	مقياس الانبساط	2		
0,8	0,7	مقياس الانفتاح على الخبرة	3		
0,9	0,7	مقياس القبول	4		
0,9	0,8	مقياس الإتقان	5		
0,9	0,9	مقياس ممارسة التمرينات الرياضية	1	أنماط السلوك الصحي	
0,9	0,7	مقياس تناول الطعام الصحي	2		
0,9	0,7	مقياس سلوك الرعاية الذاتية	3		
0,9	0,7	مقياس سلوك النوم	4		
0,9	0,7	مقياس تجنب التدخين والمواد النفسية	5		
0,9	0,7	الدرجة الكلية للسلوك الصحي			

النتائج:

(1) النتائج الخاصة بالفرض الفرعي الأول: توجد علاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأنماط السلوك الصحي في ظل ضبط بعض المتغيرات الديموجرافية (الجنس، وموطن الإقامة، والمستوى الاقتصادي) لدى طلاب الجامعة.

جدول (3)

معاملات الارتباط الجزئي بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وأنماط السلوك الصحي في ظل ضبط (الجنس، وموطن الإقامة، والمستوى الاقتصادي)

المقاييس	العُصابية	الانبساط	الانفتاح على الخبرة	القبول	الإتقان
سلوك ممارسة التمرينات الرياضية	***0,28-	*0,11	*0,11	*0,11	***0,26
سلوك تناول الطعام الصحي	***0,28-	0,09	0,08	***0,26	***0,51
سلوك الرعاية الذاتية	***0,26-	***0,19	***0,17	***0,18	***0,48
سلوك النوم	***0,28-	0,02-	0,04-	***0,15	***0,13
سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية	***0,21-	0,04-	0,04-	***0,19	***0,14
السلوك الصحي الكلي	***0,40-	***0,13	*0,11	***0,27	***0,51

(*) معامل الارتباط دال فيما وراء 0,05. (**) دال فيما وراء 0,01. (***) دال فيما وراء 0,001.

يتضح من جدول (3) ما يأتي:

1 - ظهور ارتباطات دالة إيجابية بين أغلب العوامل الخمسة للشخصية (الانبساط، والانفتاح على الخبرة، والقبول، والإتقان) وأنماط السلوك الصحي.

2 - اتفق كل من عاملي الانبساط والانفتاح على الخبرة في عدم ارتباطهما ببعض أنماط السلوك الصحي: سلوك تناول الطعام الصحي، وسلوك النوم، وسلوك تجنب التدخين والمواد النفسية.

3 - اتفق كل من عاملي الإتقان والقبول في ارتباطهما الإيجابي الدال بكل أنماط السلوك الصحي.

4 - ارتبط عامل العُصابية بانخفاض ممارسة كل أنماط السلوك الصحي.

(2) النتائج الخاصة بالفرض الفرعي الثاني: توجد فروق بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية على أنماط السلوك الصحي (انظر جدول 4).

جدول (4)

دلالة الفروق بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية على أنماط السلوك الصحي

مستوى الدلالة	قيمة ت	مجموعة المرتفعين		مجموعة المنخفضين		المتغيرات		
		ع	م	ع	م			
0,001	3,99	7,86	20,55	9,35	25,14	ممارسة التمرينات الرياضية	1	(1) العصائية
0,001	4,73	7,59	72,63	7,57	77,42	تناول الطعام الصحي	2	
0,001	5,16	7,87	74,77	6,79	79,87	سلوك الرعاية الذاتية	3	
0,001	4,19	5,47	31	5,02	33,95	سلوك النوم	4	
0,001	3,91	4,46	44,22	3,59	46,19	تجنب التدخين والمواد النفسية	5	
0,001	7,32	20,83	243,17	18,81	262,58	الدرجة الكلية للعوامل الشخصية		
—	0,73—	8,95	21,75	7,44	20,93	ممارسة التمرينات الرياضية	1	(2) الانبساط
—	0,77—	7,77	75,19	7,63	74,38	تناول الطعام الصحي	2	
0,03	2,25—	6,99	78,19	8,30	75,79	سلوك الرعاية الذاتية	3	
—	0,55	5,90	32,06	4,64	32,46	سلوك النوم	4	
—	1,18	5,19	44,79	2,75	45,46	تجنب التدخين والمواد النفسية	5	
—	1,01—	21,15	251,99	21,31	262,58	الدرجة الكلية للسلوك الصحي		
—	1,34—	8,93	23,64	8,14	22,15	ممارسة التمرينات الرياضية	1	(3) الانفتاح على الخبرة
—	1,08—	8,13	75,93	7,44	74,83	تناول الطعام الصحي	2	
0,01	2,86—	7,48	78,58	7,68	75,73	سلوك الرعاية الذاتية	3	
—	1,25	5,16	32,14	5,81	33,03	سلوك النوم	4	
—	0,78	4,13	45,27	3,86	45,67	تجنب التدخين والمواد النفسية	5	
—	1,48—	22,39	255,56	20,15	251,42	الدرجة الكلية للسلوك الصحي		

تابع / جدول (4)
دلالة الفروق بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية
على أنماط السلوك الصحي

المتغيرات	مجموعة المنخفضين		مجموعة المرتفعين		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
	ع	م	ع	م		
(4) القبول	ممارسة التمرينات الرياضية	21,79	8,52	24,56	8,88	0,02
	تناول الطعام الصحي	72,39	8,88	77,74	6,95	0,001
	سلوك الرعاية الذاتية	75,30	8,03	79,58	6,39	0,001
	سلوك النوم	31,39	5,08	32,82	5,43	0,05
	تجنب التدخين والمواد النفسية	44,03	4,74	45,69	3,92	0,01
الدرجة الكلية للسلوك الصحي		244,89	22,95	260,41	19,40	0,01
(5) الإبتعاد	ممارسة التمرينات الرياضية	20,38	8,35	24,35	8,53	0,001
	تناول الطعام الصحي	69,92	7,43	79,63	6,49	0,001
	سلوك الرعاية الذاتية	72,24	7,56	81,19	6,96	0,001
	سلوك النوم	31,37	5,89	33,46	4,69	0,01
	تجنب التدخين والمواد النفسية	44,38	4,70	45,46	4,01	0,05
الدرجة الكلية للسلوك الصحي		238,29	20,98	264,17	19,11	0,001

يتضح من جدول (4) أن هناك فروقاً دالة إحصائية بين المنخفضين والمرتفعين في العوامل الخمسة للشخصية على أنماط السلوك الصحي؛ ففي العُصابية جاءت النتائج لتشير إلى تفوق منخفضي العُصابية على مرتفعي العُصابية في ممارسة كل أنماط السلوك الصحي، في حين اقتصر تأثير عاملي الانبساط والانفتاح على الخبرة في سلوك الرعاية الذاتية دون باقي أنماط السلوك الصحي؛ حيث كان متوسط المرتفعين أعلى جوهرياً، أما عاملا القبول والإبتعاد، فكانا متفقين مع عامل العُصابية من حيث تأثيره في جميع أنماط السلوك الصحي، واختلافاً معه في اتجاه الفروق؛ بمعنى تفوق المرتفعين على العاملين في ممارسة أنماط السلوك الصحي مقارنة بالمنخفضين.

(3) النتائج الخاصة بالفرض الرئيسي: تسهم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التنبؤ بأنماط السلوك الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة. للإجابة عن هذا التساؤل استخدم تحليل الانحدار المتعدد، والجدول (5 - 10) تبين نتائج هذا التحليل.

جدول (5)

تحليل الانحدار المتعدد

المتغيرات المنبئة: عوامل الشخصية الخمسة

المتغير التابع: سلوك ممارسة التمرينات الرياضية

المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R^2)
العُصابية	-0,26	-0,19	-3,76	0,001	0,25
الانبساط	0,13	0,08	1,54	—	0,05
الانفتاح على الخبرة	0,14	0,08	1,57	—	0,07
القبول	-4,23	-0,03	-0,47	—	0,09
الإتقان	0,18	0,14	2,67	0,01	0,19
قيمة "ف"	8,15				
دلالة "ف"	0,001				
R^2 لجميع المتغيرات	0,09				

تبين نتائج تحليل الانحدار الواردة بالجدول (5) أن عاملي العُصابية والإتقان قادران على التنبؤ بنمط سلوك ممارسة التمرينات الرياضية بمستويات عالية الدلالة، ومن اللافت للنظر أن المتغيرات الخمسة للشخصية فسرت 9% من التباين في سلوك ممارسة التمرينات الرياضية، ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية على نحو ما يأتي:

$$\text{سلوك ممارسة التمرينات الرياضية} = 15,55 + (-0,26) \text{ العُصابية} + (0,13) \text{ الانبساط} + (0,14) \text{ الانفتاح على الخبرة} + (-4,23) \text{ القبول} + (0,18) \text{ الإتقان}.$$

جدول (6)
تحليل الانحدار المتعدد
المتغيرات المنبئة: عوامل الشخصية الخمسة
المتغير التابع: سلوك تناول الطعام الصحي

المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R^2)
العُصابية	-0,14	-0,11	-2,39	0,02	0,38
الانبساط	-3,69	-0,02	-0,52	—	0,02
الانفتاح على الخبرة	5,29	0,03	0,70	—	0,06
القبول	0,16	0,09	2,13	0,03	0,27
الإتقان	0,52	0,45	9,65	0,001	0,30
قيمة "ف"	32,27				
دلالة "ف"	0,001				
R^2 (R2) لجميع المتغيرات	0,29				

أسفرت النتائج في جدول (6) عن وجود تأثير دال إحصائياً للعوامل العُصابية، والقبول، والإتقان في التنبؤ بسلوك تناول الطعام الصحي، وقد فسرت هذه العوامل الخمسة 29% من التباين في سلوك تناول الطعام الصحي، وتصاغ معادلة الانحدار التنبؤية على نحو ما يأتي:

$$\text{سلوك تناول الطعام الصحي} = 48,89 + (-0,14) \text{ العُصابية} + (-3,69) \text{ الانبساط} + (5,29) \text{ الانفتاح على الخبرة} + (0,16) \text{ القبول} + (0,52) \text{ الإتقان}.$$

جدول (7)
تحليل الانحدار المتعدد
المتغيرات المنبئة: عوامل الشخصية الخمسة
المتغير التابع: سلوك الرعاية الذاتية

المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R^2)
العُصابية	0,15-	0,12-	2,56-	0,01	0,33
الانبساط	0,15	0,09	2,09	0,04	0,25
الانفتاح على الخبرة	0,19	0,11	2,44	0,02	0,28
القبول	2,97	0,02	0,40	—	0,09
الإتقان	0,46	0,40	8,43	0,001	0,30
قيمة "ف"	27,48				
دلالة "ف"	0,001				
R^2 (R2) لجميع المتغيرات	0,26				

تبين نتائج تحليل الانحدار في جدول (7) أن العُصابية، والانبساط، والانفتاح على الخبرة، والإتقان كشفت عن قدرتها على التنبؤ بسلوك الرعاية الذاتية بمستويات عالية الدلالة ما عدا القبول، وقد فسرت 26% من التباين في سلوك الرعاية الذاتية، وتكون معادلة الانحدار التنبؤية على نحو ما يأتي:

$$\text{سلوك الرعاية الذاتية} = 47,53 + (0,15-) \text{ العُصابية} + (0,15) \text{ الانبساط} + (0,19) \text{ الانفتاح على الخبرة} + (2,97) \text{ القبول} + (0,46) \text{ الإتقان}.$$

جدول (8)
تحليل الانحدار المتعدد
المتغيرات المنبئة: عوامل الشخصية الخمسة
المتغير التابع: سلوك النوم

المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R^2)
العُصابية	0,14-	0,11-	2,39-	0,02	0,24
الانقبساط	0,19-	0,24-	4,56-	0,001	0,34
الانفتاح على الخبرة	6,81-	0,06-	1,31-	—	0,06
القبول	3,99-	0,04-	0,72-	—	0,03
الإتقان	6,21	0,06	1,14	—	0,04
قيمة "ف"	27,48				
دلالة "ف"	0,001				
R^2 لجميع المتغيرات	0,26				

أوضحت نتائج تحليل الانحدار في جدول (8) أن عامل العُصابية فقط هو الذي أمكنه التنبؤ بسلوك النوم، كما فسرت هذه العوامل 26% من التباين في سلوك النوم، وكانت المعادلة التنبؤية على النحو الآتي:

$$\text{سلوك النوم} = 39,12 + (0,19-) \text{ العُصابية} + (6,81-) \text{ الانقبساط} + (3,99-) \text{ الانفتاح على الخبرة} + (6,21) \text{ القبول} + (4,16) \text{ الإتقان}.$$

جدول (9)

تحليل الانحدار المتعدد المتغيرات المنبئة: عوامل الشخصية الخمسة
المتغير التابع: سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية

المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R^2)
العُصابية	-9,50	-0,15	-2,88	0,01	0,32
الانبساط	-7,69	-0,09	-1,87	0,05	0,25
الانفتاح على الخبرة	-3,26	-0,04	-0,75	—	0,02
القبول	0,10	0,13	2,41	0,02	0,26
الإتقان	5	0,08	1,58	—	0,04
قيمة "ف"	6,60				
دلالة "ف"	0,001				
R^2 لجميع المتغيرات	0,08				

كشفت نتائج تحليل الانحدار في جدول (9) أن عوامل العُصابية والانبساط والقبول لها قدرة على التنبؤ بنمط سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية، وقد فسرت العوامل الخمسة للشخصية 8% من التباين في سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية، وتصاغ المعادلة التنبؤية على نحو ما يأتي:

سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية = $46,34 + (-9,50)$ العُصابية
+ $(-7,69)$ الانبساط + $(-3,26)$ الانفتاح على الخبرة + $(0,10)$ القبول + (5)
الإتقان.

جدول (10)
تحليل الانحدار المتعدد
المتغيرات المنبئة: عوامل الشخصية الخمسة
المتغير التابع: السلوك الصحي

المتغيرات المنبئة	معامل الانحدار (B)	بيتا Beta	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	نسبة التفسير (R^2)
العُصابية	0,82-	0,25-	5,49-	0,001	0,34
الانبساط	9,89	0,02	0,53	—	0,06
الانفتاح على الخبرة	0,31	0,06	1,54	—	0,07
القبول	0,31	0,07	1,59	—	0,11
الإتقان	1,26	0,39	8,69	0,001	0,25
قيمة "ف"	38,61				
دلالة "ف"	0,001				
R^2 لجميع المتغيرات	0,33				

توضح نتائج تحليل الانحدار في جدول (10) أن العوامل الخمسة للشخصية فسرت 33% من التباين في السلوك الصحي الكلي، وقد اقتصرَت القدرة التنبئية على عاملي العُصابية والإتقان، وجاءت معادلة الانحدار التنبئية على نحو ما يأتي:

$$\text{السلوك الصحي} = 197,42 + (0,82-) \text{العُصابية} + (9,89) \text{الانبساط} + (0,31) \text{الانفتاح على الخبرة} + (0,31) \text{القبول} + (1,26) \text{الإتقان}.$$

ونستخلص من مجمل النتائج الخاصة بالفرض الثالث أن العوامل الخمسة للشخصية تسهم بشكل مختلف في التنبؤ بأنماط السلوك الصحي، وقد فسرت ما بين 8% إلى 26% من تباين أنماط السلوك الصحي، وثُلث تباين السلوك الصحي (33%)، كما كشفت النتائج عن أهمية عامل العُصابية - مقارنة بباقي عوامل

الشخصية - في التنبؤ بجميع أنماط السلوك الصحي، ثم يليه في التكرار عامل الإلتقان، الذي يعد منبئاً لأغلب أنماط السلوك الصحي، ما عدا سلوكي النوم وتجنب التدخين والمواد النفسية.

مناقشة النتائج:

أولاً - العلاقة بين عامل العُصابية وأنماط السلوك الصحي: تشير النتائج المستخلصة - في مجملها - إلى ارتباط عامل العُصابية بانخفاض ممارسة أنماط السلوك الصحي، وتفوق منخفضي العُصابية على مرتفعي العُصابية في هذه الممارسة، واختتمت نتائج تحليل الانحدار لتبرز كون عامل العُصابية من المنبئات الجوهرية السالبة لأنماط السلوك الصحي، وتدعم هذه النتائج صدق الفروض الثلاثة التي قامت عليها هذه الدراسة.

وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الدراسات السابقة؛ حيث ارتبط سلوك ممارسة التمرينات الرياضية سلبياً بعامل العُصابية (Courneya et al., 1999)، وإيجابياً باضطراب سلوك الأكل (Bollen, and Wojciechowski, 2004)، واضطرابات النوم وكثرة الكوابيس (Conoscenti, 2007)، وأضاف "فوللراث" وآخرون (Vollrath et al., 1999) إلى ذلك كون عامل العُصابية مُحفزاً لممارسة السلوكيات غير الصحية كالتدخين وتناول المواد النفسية.

وبالنظر فيما يتضمنه ارتفاع الدرجات على عامل العُصابية من خصائص نوعية، نجد القلق، والعدوانية الغاضبة، والاكتئاب، والانذفاعية، وسرعة الاستثارة (Cloninger, 1996: 90; Costa et al., 2002: 67)، أما انخفاض الدرجات على عامل العُصابية (أي القطب المقابل للعُصابية وهو الاتزان الانفعالي) فيعني بالهدوء، والقدرة على التحكم في الانفعالات وتنظيمها، والشعور بالرضا، والقدرة على مواجهة الإحباطات بما يكفل التمتع بالصحة النفسية (Zhao, and Seibert, 2006).

وعلى ضوء هذه الخصائص لارتفاع درجات العُصابية بما تشمله من خبرة من المشاعر والانفعالات السلبية، فمن المرجح أن يغيب عن أصحابها ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية (Booth-Kewley, and Vickers, 1994)، نتيجة هذه الدراسة الخاصة بالارتباط السلبي لعامل العُصابية بممارسة أنماط السلوك الصحي، وهي: ممارسة التمرينات الرياضية، وتناول الطعام الصحي، والرعاية الذاتية، وسلوك النوم، وتجنب التدخين والمواد النفسية.

ثانياً – العلاقة بين عامل الانبساط وأنماط السلوك الصحي:

يشير مجمل نتائج هذه الدراسة إلى ارتباطات دالة إيجابية بين عامل الانبساط وكل من سلوك ممارسة التمرينات الرياضية، والرعاية الذاتية، والسلوك الصحي بوجه عام، في حين لم تكن معاملات الارتباط دالة بين هذا العامل وأنماط السلوك الصحي الأخرى؛ وهي: سلوك تناول الطعام الصحي، وسلوك النوم، وسلوك تجنب التدخين والمواد النفسية، كما اقتصر تأثير عامل الانبساط على سلوك الرعاية الذاتية دون باقي أنماط السلوك الصحي؛ حيث كان المرتفعون في هذا العامل أكثر ممارسة لسلوك الرعاية الذاتية من المنخفضين، في حين لم توجد أية فروق أخرى دالة بينهما على باقي أنماط السلوك الصحي، كما كشفت النتائج عن القدرة التنبؤية لعامل الانبساط لكل من سلوك الرعاية الذاتية وسلوك تجنب التدخين والمواد النفسية فقط دون باقي الأنماط الأخرى للسلوك.

وتتفق هذه النتائج مع أغلب نتائج الدراسات السابقة، التي وجدت ارتباط عامل الانبساط إيجابياً بسلوك ممارسة التمرينات الرياضية بوجه عام، وسلوك المشي والجري والهولة بوجه خاص (Arad, 1998; Courneya et al., 1999; deBruijn et al., 2003; Rhodes et al., 2003; Wilkinson, and Abraham, 2004).

وبنظرة أبق لخصائص عامل الانبساط نجد أنه يشتمل على: المودة أو الدفء، والاجتماعية، والتوكيدية، والنشاط، والبحث عن الإثارة، والمشاعر الإيجابية (Costa et al., 2002, p.67)، ويرى بعض الباحثين أن هذه الخصائص النوعية بما تحتويه من خروج واجتماعية وخبرة من الانفعالات السارة، ترتبط بكل من السلوكيات الصحية السلبية كالتدخين واستخدام مواد نفسية، والسلوكيات الصحية الإيجابية مثل ممارسة التمرينات الرياضية (Booth-Kewley, and Vickers, 1994)، وهذا ما توصلت إليه هذه الدراسة من ارتباط عامل الانبساط بكل من سلوك ممارسة التمرينات الرياضية وسلوك الرعاية الذاتية، واقتصار دوره التنبؤي على سلوك تجنب التدخين والمواد النفسية وسلوك الرعاية الذاتية.

ثالثاً – العلاقة بين عامل الانفتاح على الخبرة وأنماط السلوك الصحي:

تماثلت نتائج هذه الدراسة فيما يتعلق بعامل الانفتاح على الخبرة مع نتائج عامل الانبساط، حيث ظهرت معاملات دالة إيجابية بين الانفتاح على الخبرة وكل

من سلوك ممارسة التمرينات الرياضية، وسلوك الرعاية الذاتية، في حين كانت معاملات الارتباط غير دالة بين هذا العامل وباقي أنماط السلوك الصحي، وهي: سلوك تناول الطعام الصحي، وسلوك النوم، وسلوك تجنب التدخين والمواد النفسية، كما جاء المرتفعون على عامل الانفتاح على الخبرة أكثر ممارسة لسلوك الرعاية الذاتية مقارنة بالمنخفضين، في حين لم يتنبأ عامل الانفتاح على الخبرة إلا بسلوك الرعاية الذاتية.

وأكدت نتائج الدراسات السابقة أن عامل الانفتاح على الخبرة يرتبط إيجابياً بسلوك ممارسة التمرينات الرياضية (Arad, 1998; McCann, 2005)، وسلوك تجنب التدخين (Booth-Kewley, and Vickers, 1994).

ويُعرف الانفتاح على الخبرة بأنه عامل يضم العناصر الآتية: الخيال، والحساسية الجمالية، والمشاعر، والأفعال، والأفكار، والقيم (Costa et al., 2002: 68)، وبالتركيز على هذه العناصر، نجد أن عنصر الأفعال - من حيث هو مكون لعامل الانفتاح على الخبرة - يتكون من حب المغامرة، وتجديد النشاط، والاهتمام بالجديد؛ مما يفسر ارتباط الانفتاح على الخبرة بممارسة سلوك التمرينات الرياضية وسلوك الرعاية الذاتية.

رابعاً - العلاقة بين عامل القبول وأنماط السلوك الصحي:

أسفرت نتائج هذه الدراسة عن معاملات دالة إيجابية بين عامل القبول وكل من السلوك الصحي، وأنماطه (ممارسة التمرينات الرياضية، وتناول الطعام الصحي، والرعاية الذاتية، وسلوك النوم، وتجنب التدخين والمواد النفسية)، كما ارتفع متوسط المرتفعين في عامل القبول بمستوى دال عن المنخفضين في ممارسة جميع أنماط السلوك الصحي، وبينت نتائج تحليل الانحدار أن عامل القبول كان منبئاً إيجابياً بسلوك تناول الطعام الصحي، وسلوك تجنب التدخين والمواد النفسية.

واتفقت نتائج هذه الدراسة بخصوص هذا العامل مع أغلب الدراسات السابقة، التي أسفرت عن ارتباط عامل القبول ارتباطاً إيجابياً بكل من سلوك ممارسة التمرينات الرياضية (Arad, 1998)، وسلوك تناول الغذاء الصحي المتمثل في تناول الفاكهة والخضراوات، والألياف، وتقليل الدهون والأملاح (Arad, 1998; Booth-Kewley, and Vickers, 1994; deBruijn et al., 2005; Lemos - Giraldez, and Fidalgo - Alist, 1997).

كما استخلصت الدراسات السابقة أن القبول يُعد من المنبئات الإيجابية لسلوك تناول الطعام الصحي بوجه عام، وأن اضطراب سلوك الأكل يرتبط بانخفاض درجات القبول عند مقارنتها بمجموعة ضابطة (Bollen, and Wojciechowski, 2004; Ghaderi, and Scott, 2000)، وتوصل "كلارك" (Clark, 2007) إلى أن عامل القبول يرتبط إيجابياً بالخلود إلى النوم مبكراً لدى طلاب الجامعة، كما ظهر أن الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة على عامل القبول سجلوا أقل اضطراب في أثناء النوم، وأشار بعض الباحثين إلى أن انخفاض درجات القبول يرتبط بالسلوكيات غير الصحية كالتدخين، وممارسة الجنس غير الآمن، وتناول المواد النفسية (Delaney, Vollrath et al., 1999)، إذ بينوا أن لعامل القبول تأثيراً معوقاً لممارسة السلوكيات غير الصحية كالتدخين وتناول المواد النفسية.

فالقبول من حيث هو مفهوم يضم مجموعة من الخصائص، من أهمها: الثقة، والاستقامة، والإيثار، والإذعان أو الطاعة، والتواضع، ورقة المشاعر (صفوت فرج، 2007، ص 736؛ Costa et al., 2002: 67)، وهذه الخصائص الإيجابية داخل عامل القبول اتسقت مع السلوكيات الإيجابية للسلوك الصحي في هذه الدراسة، كما أنها اتسقت مع التصور النظري القائل بأن عامل القبول وهو الميل للتحمل والتقبل أكثر من النقد والعدائية يرتبط بسلوكيات صحية مثل ممارسة التمرينات الرياضية، والرعاية الذاتية، وتناول الغذاء الصحي، وتجنب المواد النفسية، (Booth-Kewley, 1994) and Vickers, 1994، في حين أن الطرف المقابل للقبول وهو العدائية؛ يشير إلى الشك في الآخرين، وعدم الثقة والتسامح، والعدوانية، وعدم التعاون، والأنانية، واللامبالاة، وافتقاد القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، والخشونة في التعامل (Cloninger, 1996: 90)، ويرتبط هذا القطب الأخير بعدم ممارسة السلوكيات الصحية، وهذا ما أسفرت عنه هذه الدراسة.

خامساً - العلاقة بين عامل الإلتقان وأنماط السلوك الصحي:

انفقت نتائج عامل الإلتقان مع عامل القبول، حيث أظهرت هذه الدراسة ارتباطاً إيجابياً بين عامل الإلتقان وجميع أنماط السلوك الصحي، كما توصلت إلى تفوق ذوي الدرجة المرتفعة في عامل الإلتقان في ممارسة أنماط السلوك الصحي مقارنة بالمنخفضين، وبينت نتائج تحليل الانحدار القدرة التنبؤية لعامل الإلتقان بكل من

سلوك ممارسة التمرينات الرياضية، وسلوك تناول الطعام الصحي، وسلوك الرعاية الذاتية، والسلوك الصحي الكلي.

وهذه النتائج متفقة مع نتائج الدراسات السابقة، التي وجدت أن عامل الإتيقان يرتبط إيجابياً بكل من سلوك ممارسة التمرينات الرياضية (Arad, 1998; Courneya et al., 1999)، وسلوك تناول الطعام الصحي المتمثل في تناول الفاكهة والخضراوات، والألياف، وتقليل الدهون والأملاح - (Booth-Kewley, and Vickers, 1994; Lemos - Giraldez, and Fidalgo Alist, 1997) وأكدت إحدى الدراسات انخفاض درجات عامل الإتيقان في مجموعة اضطراب الأكل عند مقارنتها بمجموعة ضابطة (Bollen, and Wojciechowski, 2004; Ghaderi and Scott, 2000)، وتوصل "كلارك" (Clark, 2007) إلى أن عامل الإتيقان يرتبط إيجابياً بالخلود إلى النوم مبكراً لدى طلاب الجامعة، وأشار "سكينر" وآخرون (Skinner et al., 2002) إلى أن عامل الإتيقان يُعد منبئاً جوهرياً بسلوك الرعاية الصحية، وأضاف "فوللراث" وآخرون (Vollrath et al., 1999) أن لعامل الإتيقان تأثيراً معوقاً لممارسة السلوكيات غير الصحية كالتدخين وتناول المواد النفسية، واتفق "فريدمان" وآخرون (Friedman et al., 1995) مع الدراسة السابقة، حيث وجدوا أن الإتيقان يعمل على تقليل السلوكيات غير الصحية كالتدخين، وتوصل بعض الباحثين إلى أن انخفاض درجات الإتيقان يرتبط بالسلوكيات غير الصحية كالتدخين، وممارسة الجنس غير الآمن (Delaney et al., 2008; Hampson et al., 2006)، أما دراسة "شاديل" وآخرون (Shadel et al., 2000) فاستخلصت أن المدخنين الذين يرون أنفسهم أكثر إتيقناً واستقلالية يكونون أقل اعتماداً على النيكوتين.

ويشتمل عامل الإتيقان على عدد من الخصائص النوعية هي: الكفاءة، والنظام، والإخلاص، والسعي نحو الإنجاز، وضبط الذات، والتأني أو الروية (Cloninger, 1996, p.90)، ويتسم أصحاب الدرجات المرتفعة على هذا العامل بأنهم ذوو هدف، ومحددون، ويتسمون بالمحافظة على الوقت، ولديهم دافعية لأداء العمل، ويتميزون كذلك بالإخلاص، والطموح، والصدق، والمثابرة، والدقة، والضمير الحي، والعمل الجاد والالتزام، أما أصحاب الدرجة المنخفضة على هذا العامل فيتسمون بافتقار الصدق، والاندفاعية، والتخلي عن المسؤولية، وفقدان الهدف، والإهمال، والاستهتار، واللامبالاة (Cloninger, 1996: 90; Judge et al., 1997).

ويرى الباحثون على مستوى المفاهيم أن عامل الإتيان يوصف بالميل نحو كل ما هو ثابت ومنهجي وعام، وقد شبهه بعض الباحثين بالمسؤولية والاحتياج إلى الإنجاز، مما يجعله يرتبط بالسلوكيات الإيجابية (Booth-Kewley, and Vickers, 1994).

والصورة الراهنة - بهذا الشكل - تعكس لنا أمرين مهمين؛ أولهما أنها تبدو مدعمة للعلاقة بين العوامل الخمسة للشخصية والسلوك الصحي، وإن كانت هذه العلاقة ظاهرة بشكل أكبر على مستوى العُصابية والقبول والإتيان مقارنة بالانبساط والانفتاح على الخبرة. والأمر الثاني هو أن هناك اتفاقاً في مسار التأثير بين كل من الانبساط والانفتاح على الخبرة من ناحية، والقبول والإتيان من ناحية أخرى، في حين كانت العُصابية ذات اتجاه منفرد.

فيما يتعلق بالنقطة الأولى فإنه لا شك أن هناك شبه إجماع بين البحوث السابقة على العلاقة الوثيقة بين العوامل الخمسة للشخصية والسلوك الصحي، وهو ما أكدته نتائج الدراسات السابقة، ويأتي في مقدمة هذه البحوث دراسة "بيرسي" (Biercy, 1995) التي أشارت إلى أن عوامل الشخصية الخمسة تعد من المنبئات الدالة بسلوك الرعاية الذاتية وسلوك الاستفادة من الرعاية الصحية، كما أكد بعض الباحثين أن عوامل الشخصية بوجه عام تسهم بدرجة كبيرة في ممارسة السلوك الصحي (Brissette, 1987; Frumkin, 1988; Jenkins, 2005; Von Bolschwing, 2006)، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى قدرة العوامل الخمسة للشخصية على تفسير ثلث (33%) تباين السلوك الصحي بوجه عام، كما أسهمت في التنبؤ بأنماط السلوك الصحي، وفسرت ما بين 8% إلى 26% من تباين أنماط السلوك الصحي.

والواقع أن ما يثير الاهتمام في هذه النتائج ومثيلاتها لا ينحصر في مجرد تأكيد وجود علاقة من عدمه، وإنما يمتد الاهتمام إلى البحث في مدى إسهام هذه العوامل الخمسة للشخصية في تشكيل أنماط السلوك الصحي؛ حيث أسفرت نتائج الدراسات السابقة وهذه الدراسة عن وجود تأثير للعوامل الخمسة للشخصية في تشكيل السلوك الصحي.

أما عن النقطة الثانية التي كشفت عنها نتائج هذه الدراسة بشكل يمثل إضافة لما أتت به الدراسات السابقة، فهي تشابه الآثار الناتجة عن كل من الانبساط

والانفتاح على الخبرة من ناحية، والقبول والإتقان من ناحية أخرى، أما عن العُصابية فكانت ذات اتجاه سلبي منفرد يختلف عن باقي العوامل الأخرى. ولدلالة هذه الصورة ووضوح معالمها، كان من المهم أن ننعم النظر في مكونات كل عامل على حدة، تلك المكونات التي تمثل خلفية لعناصر الاشتراك بينها، ويحتمل أن يكون لها دور في صُنع ملامح هذه النتائج. وعن طريق تتبع مكونات هذه العوامل نجد أن العُصابية عامل سلبي واضح المعالم، بما يشمل من القلق والخوف، والشعور بالهم، وسرعة الاستثارة، والتوتر عند التعرض للإحباطات، والانقباض، والتشاؤم، والمزاج السيئ، والشعور بالضيق، وغيرها من السمات السلبية، التي لم يحتوِها أي من عوامل الشخصية الأخرى، التي تشتمل على سمات إيجابية، فبالنسبة لعاملي الانبساط والانفتاح على الخبرة، نجد أن هناك عناصر مشتركة بينهما تتمثل في: تجديد النشاط، وحب المغامرة، والاهتمام بالجديد، والتوجه نحو الإثارة، في حين اشترك عاملا القبول والإتقان في الشعور بالكفاءة والإخلاص. كل هذه العناصر المشتركة بين عوامل الشخصية ربما تسهم في ظهور مسار التأثير بهذا الشكل، ويدعم هذه النظرة وجود ارتباطات - في هذه الدراسة - على النحو الآتي: ارتبط عامل الانبساط بعامل الانفتاح على الخبرة ارتباطاً إيجابياً دالاً ($r=0,15$ عند مستوى دلالة 0,003)، وارتبط عامل القبول بعامل الإتقان أيضاً ارتباطاً إيجابياً ($r=0,12$ عند مستوى دلالة 0,02)، أما عامل العُصابية فارتبط مع باقي العوامل الخمسة بمعاملات ارتباط سالبة.

وهكذا تصل بنا نتائج التحليلات إلى استنتاج عدم خلوّ تشكيل السلوك الصحي من تدخل عوامل الشخصية، ومن مُجمل نتائج هذه الدراسة أمكن التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

- (1) وجود علاقة وثيقة بين العوامل الخمسة للشخصية والسلوك الصحي للأفراد.
- (2) لم تنعكس صورة هذه العلاقة على عاملي الانبساط والانفتاح على الخبرة.
- (3) الأمر الأكثر لفتاً للانتباه، ذلك التشابه الذي يجمع بين كل عاملين معاً في الآثار الناجمة عن كل بعيدين (الانبساط والانفتاح على الخبرة في مقابل القبول والإتقان).
- (4) تفوق عامل العُصابية على جميع العوامل الأخرى للشخصية في قدرته التنبؤية السلبية بأنماط السلوك الصحي.

المراجع:

- أميرة الدق. (2007). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمن والأصحاء في السلوك الصحي تبعاً للفروق بينهما في الكفاءة الذاتية والحالة العقلية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة طنطا.
- بدر الأنصاري. (1997). مدى كفاءة قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في المجتمع الكويتي، دراسات نفسية، 7: 277-310.
- جمعة يوسف. (2000). الاضطرابات السلوكية وعلاجها، القاهرة: مكتبة غريب.
- جين واردل. (2000). فحص اضطرابات الأكل والوزن، في: س. ل. ليندزاي؛ ج. ي. بول. مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (595-618)، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، الأنجلو المصرية.
- ساري حمدان وسليم نورما. (2005). اللياقة البدنية والصحية، الأردن: دار وائل للنشر.
- سهير الغباشي. (2002). اتجاهات حديثة في علم نفس الصحة، المجلة الاجتماعية القومية، 3(39): 109-125.
- شعبان جاب الله رضوان. (2006). بعض سمات الشخصية ذات النمط الفصامي وعلاقتها بمهارات التواصل الانفعالي والاجتماعي، مجلة دراسات نفسية، 16: 5-55.
- شيماء المحمود. (2006). بعض أنماط السلوك الصحي وعلاقتها بفعالية الذات وتقدير الذات والاكتمال لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
- صفوت فرج. (2007). القياس النفسي. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- فيصل يونس، وإلهام عبد الرحمن. (2007). نموذج العوامل الخمسة للشخصية: التحقق من الصدق وإعادة الإنتاج عبر الحضاري، مجلة دراسات نفسية، 17: 553-583.
- ليسلي، جيه. (2000). فحص اضطرابات النوم، في: س. ل. ليندزاي؛ ج. ي. بول (محرر). مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين (683-698)، ترجمة صفوت فرج. القاهرة: الأنجلو المصرية.
- مايسة شكري. (1999). أنماط السلوك الصحي كأساليب لمواجهة مواقف المشقة، دراسات نفسية، 9 (4): 559-584.
- مسعود غرابة. (1998). برنامج مقترح للتوعية الصحية والبيئة على السلوك الصحي والاتجاهات نحو البيئة لدى طلاب كلية المعلمين بمكة المكرمة، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا، 25: 1-24.
- مصطفى سويف. (1996). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. الكويت، سلسلة عالم المعرفة.
- منظمة الصحة العالمية. (2009). السلامة الغذائية والأمراض المنقولة عن طريق الأغذية. متاحة على موقع: < <http://ar/index.html>. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs237
- نصرة عبد المجيد. (2007). الذكاء الوجداني وعلاقته بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

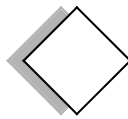
- هالة سلام. (2006). السلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والديموجرافية لدى عينة من الشباب، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة طنطا.
- Adler, N., & Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?. *Annual Review of Psychology*, 45: 229-259.
- Anastasi, A., (1990). *Psychological testing*. New York: Macmillan.
- Arad, S. (1998). *Gender - related traits, the big five, and their relations to health risks behaviors*. MD Thesis, California State University.
- Aronson, E.; Wilson, T., & Akert, R. (1999). *Social psychology*. New York: Longman.
- Benet-Martize, V., & John, O., (1998). Loscinco grands across cultures and ethnic group: Multimethod analysis of the big five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75: 729-750.
- Biercy, M. (1995). *Marital adjustment: Is it a link between personality and health behavior performance?*. Ph.D Thesis, University of California.
- Bollen, E., and Wojciechowski, F. (2004). Anorexia nervosa subtype and the big five personality factors. *European Eating Disorders Review*, 12: 117-121.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R. (1994). Association between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62: 262-297.
- Brannon, L., and Feist, J. (2004). *Health psychology*. Australia: Thomson Wadsworth.
- Brayne, C., Do, K., Green, L., & Green, A. (1998). Is health protective behavior in adolescents related to personality? A study of sun protective behavior and the Eysenck Personality Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 25: 889-895.
- Brisette, L. (1987). *A cross - cultural study of personality integration, health locus of control, health value, and health behavior*. Ph.D Thesis, Vanderbilt University.
- Burke, V., Zhao, Y., Lee, A., Hunter, E., Spargo, R., & Gracey, M. (2007). Health - related behaviors as predictors of mortality and morbidity in Australian Aborigines. *Preventive Medicine*, 44, 135-142.
- Centre for Exercise and Health (2008). Exercises - Overview - Definition. Available on: < <http://www.nhs.uk/news/2008/08August/Pages/> > Keeponr- unning.aspx.
- Clark, K. (2007). *Relationship of personality and sleep to academic success in the United States Military Academy: A perspective utilizing the five factor model of personality*. Ph.D Thesis, Fielding Graduate University.
- Cloninger, S. (1996). *Personality: Description, dynamics, and development*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Conoscenti, M. (2007). Weaving a terrible dream: A web of personality and psychopathological traits associated with frequent nightmares. Ph.D Thesis, Harvard University.
- Costa, P., McCrae, R., & Jonsson, F. (2002). Validity and utility of revised NEO personality inventory: Examples from Europe. In B. DeRaad and M. Perugini (Eds.), *Big five assessment*: (61-77). Toronto: Horgrefe and Huber Publishers.

- Courneya, K., Bobick, T., & Schinke, R. (1999). Does the theory of planned behavior mediate the relation between personality and exercise behavior?. *Basic and Applied Social Psychology*, 21: 317-324.
- Craighead, W., & Nemeroff, C. (2001). *The Corsini encyclopedia and behavioral science*. New York: John Wiley.
- deBrujin, G., Kremers, S., Mechelen, W., & Brug, J. (2005). Is personality related to fruit and vegetable intake and physical activity in adolescents?. *Health Education Research Therapy and Practice*, 20: 635-644.
- Delaney, L., Harmon, C., & Wall, P. (2008). Behavioral economics and drinking behavior: preliminary results from an Irish college study. *Economic Inquiry*, 46: 29-37.
- Ferguson, E., and Danial, E. (1995). The illness attitudes scale: A psychometric analysis in a non - clinical population. *Personality and Individual Differences*, 18: 463-469.
- Friedman, H., Tucker, J., Schwartz, J., Tomlison-Keasey, C., Martin, L., Wingard, D., and Griqui, M. (1995). Psychosocial and behavior predictors of longevity: The aging and death of "Termites". *American Psychologist*, 50: 69-78.
- Frumkin, P. (1988). *Personality characteristics and preventive health behavior of men who are at risk of developing heart disease*. Ph.D Thesis, California School of Professional Psychology - Berkeley / Alameda.
- Ghaderi, A., & Scott, B. (2000). The big five and eating disorders: A prospective study in the general population. *European Journal of Personality*, 14: 311-322.
- Goodwin, D., Insull, W., Probstfield, J., & Russell, M. (1982). The Health Behaviors Questionnaire for predicting adherence to prescribed regimes: development and standardization, *Controlled Clinical Trials*, 3: 147-160.
- Hampson, S., Goldberg, L., Vogt, T., & Dubanoski, J. (2006). Forty years on: Teachers assessments of children's personality traits predict self - reported health behaviors and outcomes at midlife. *Health Psychology*, 25: 57-64.
- Hampson, S., Goldberg, L., Vogt, T., & Dubanoski, J. (2007). Mechanisms by which childhood personality traits influence adult health status: Educational attainment and healthy behaviors. *Health Psychology*, 26(1): 121-125.
- Hendriks, A., Hofstee, W., & DeRaad, B. (1999). The Five - Factor Personality Inventory (FFPI). *Personality and Individual Differences*, 27: 307-325.
- Ismail, N. (1995). Role of tumor markers in diagnosis and prognosis of cancer bladder, Ph.D Thesis, Cairo University: National Cancer Institute.
- Jenkins, S. (2005). *Sleep habits and patterns of college students and their relationship to selected personality characteristics*. Ph.D Thesis, Louisiana Tech University.
- Judge, T., Martocchio, J., and Thoresen, C. (1997). Five - factor model of personality and employee absence. *Journal of Applied Psychology*, 87: 797-807.
- Kline, P., (1993). *The handbook of psychological testing*. New York: Library of Congress Cataloging In Publication Data.
- Lemos - Giraldez, S., & Fidalgo - Alist, A. (1997). Personality dispositions and health -

- related habits and attitudes: a cross - sectional study. *European Journal of Personality*, 113: 197-209.
- Major, D., Turner, J., & Fletcher, T. (2006). Linking proactive personality and big five to motivation to learn and development activity. *Journal of Applied Psychology*, 91: 927-935.
- McCann, S. (2005). Longevity, big five personality factors, and health behaviors: presidents from Washington to Nixon. *The Journal of Psychology*, 139: 273-286.
- Medical Encyclopedia* (2009). Definition of Exercises. Available on: www.answers.com/topic/exercise < <http://www.answers.com/topic/exercise> > .
- Medical Encyclopedia* (2009). Definition of Sleeping. Available on: www.answers.com/topic/sleeping < <http://www.answers.com/topic/sleeping> > .
- National Digestive Disease Information Clearinghouse (NDDIC)* (2009). Chronic Hepatitis C: Current Disease Management. Available on: [Digestive.niddk.nih.gov](http://digestive.niddk.nih.gov).
- Paunonen, S., & Ashton, M., (2001). Big five factors, facets, and prediction of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81: 524-539.
- Rabin, C., & Pinto, B. (2006). Cancer - related beliefs and health behavior change among breast cancer survivors and their first degree relatives. *Psycho - Oncology*, 15, 701-712.
- Rhodes, R., Courneya, K., & Jones, L. (2003). Personality, the theory of planned behavior and exercise: a unique role for extroversion's activity facet. *Journal of Applied Social Psychology*, 32: 1721-1736.
- Saucier, G. (2002). Orthogonal markers for orthogonal factors: The case of the big five. *Journal of Research in personality*, 91: 927-935.
- Shadel, W., Niaura, R., Goldstein, M., & Abrams, D. (2000). Does the five factors model of personality apply to smokers? A preliminary investigation. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5: 114-120.
- Skinner, T., Hampson, S., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, Personal Model Beliefs, and Self-Care in adolescents and young adults with type 1 Diabetes. *Health Psychology*, 21: 61-70.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy* (2004). Chronic Renal Failure. Available on: www.merck.com/mrkshared/mmanual/section17/chapter_222/222c.jsp.
- Torres, A. (2008). *Personality characteristics as predictors of health risk behaviors*. Ph.D Thesis, Boise State University.
- United States National Library of Medicine - National Institutes of Health* (2006). Health Information. Available on: www.nlm.nih.gov <http://www.nlm.nih.gov/>.
- Vollrath, M., Knoch, D., & Cassano, L. (1999). Personality risk health behavior and perceived susceptibility to health risks. *European Journal of Personality*, 13: 39-50.
- Von Bolschwing, D. (2006). *The relationship between personality and stress in dreams*. Ph.D Thesis, North Central University.

- Wang, J., Hauserman, M., Vounatsou, P., Aggleton, P., & Weiss, M. (2007). Health status, behavior, and care utilization in the Geneva men's health survey. *Preventive Medicine*, 44: 70-75.
- Wilkinson, D., & Abraham, C. (2004). Constructing an integrated model of the antecedents of adolescent smoking. *British Journal of Health*, 9: 315-333.
- Wing, R. (1992). Weight cycling in humans: a review of literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 14: 113-119.
- World Health Organization (WHO) (2003). *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases*. Geneva: WHO.
- Zhao, H. ,& Seibert, S. (2006). The big five personality dimensions and entrepreneurial status: A meta - analytical review. *Journal of Applied Psychology*, 91: 295-271

قدم في: مارس 2009
أجيز في: ديسمبر 2009



The Big Five Personality Factors as Predictors of Health Behaviors of College Students

*Hanaa A. Shuwaikh**

The purpose of this study was to find the relationship between the Big Five Personality Factors and health behaviors, and to discover the role of the the Big Five Personality Factors - as predictors of health behaviors of college students. In order to verify the hypotheses of this study, a battery of questionnaires included the Big Five Personality Factors, and questionnaires of health behaviors and demographics. After fulfilling the psychometric requirements of the battery, the data was collected from a sample ($n=400$) of college students at South Valley University. Their ages ranged from 18-25 years, with a mean of 19.28 ($SD=1.06$). The findings of the study were as follows: (1) there were statistically significant relationships between all of the factors of personality and health behaviors; (2) the Big Five Personality Factors were a significant predictor of health behavior; and (3) neuroticism was the stongest predictor of all types of health behavior.

Keywords: Neuroticism, Extroverion, Openness to Experience, Agreeableness, Conscientiousness, Health Behavior.

* Department of Psychology, Faculty of Arts, South Vally University, Egypt.

