

السلوك الصحي وعلاقته بالذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة

م.د. أسيل قبيل كودي

aseel.alaseel@ibnsina.edu.iq

جامعة ابن سينا للعلوم الطبية والصيدلانية

الملخص

حظي موضوع السلوك الصحي باهتمام المختصين في علم النفس الصحة لما تتمتع به الصحة من أهمية في مجال التنمية البشرية، واجريت البحوث حول السلوك الصحي وعلاقته بعدد من المتغيرات، وقد هدف البحث الحالي تعرف علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي وقد اختيرت عينة من طلبة الجامعة المستتصرية في كليتي العلوم والتربية بلغ عددهم (٢٠٠) طالبا وطالبة اختيروا بالطريقة العشوائية الطبقية منهم (١٠٠) ذكورا و(١٠٠) اناثا ، طبق عليهم مقياس الصمادي والصمادي (٢٠١١) لقياس السلوك الصحي، ومقياس (سايلفر وآخرون، ٢٠٠١ Silvera & etal) لقياس الذكاء الاجتماعي وتم التأكد من الصدق والثبات للمقياسين وتوصلت النتائج الى تمتع افراد عينة البحث بمستوى صحي فوق المتوسط وذكاء اجتماعي متوسط ؛ وتوجد علاقة دالة موجبة بين السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي، ولا يوجد فرق في علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي تبعا لمتغيري التخصص الدراسي (علمي انساني) والجنس (ذكور - اناث) .

الكلمات المفتاحية: السلوك الصحي، الذكاء الاجتماعي، طلبة الجامعة.

Healthy behavior and its relationship to social intelligence among university students

Dr. Aseel Kabeel Coody

Ibnsina University of Midical & pharmaceutical Sciences

Abstract

The topic of health behavior has received the attention of specialists in health psychology due to its importance in the field of human development.

Research has been conducted on health behavior and its relationship to a number of variables. The aim of the current research is to know the relationship of health behavior to social intelligence. A sample of

students from Al-Mustansiriya University in the two colleges of science and education was chosen. The number of students in science and education colleges was (200) male and female , selected by random stratified method, including (100) males and (100) females, they applied the Al-Samadi and Al-Samadi scale (2011) to measure health behavior, and the (Silver et al. 2001) scale to measure social intelligence. The validity and reliability of the two scales were confirmed, and the results concluded that the members of the research sample enjoyed an above-average level of health and average social intelligence. There is a positive significant relationship between healthy behavior and social intelligence, and there is no difference in the relationship of healthy behavior with social intelligence depending on the variables of academic specialization (scientific – humanities) and gender (males – females).

Keywords: healthy behavior, social intelligence, university studen

مشكلة البحث:

حظي السلوك الصحي في العصر الحديث باهتمام كبير من قبل الدول والجهات الصحية والمجتمعات عامة لما تتمتع به الصحة ذاتها من قيمة كونها عنصراً أساسياً في تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية ومصدراً للسلامة الجسمية والنفسية لكل فرد من أفراد المجتمع. ويُعدُّ السلوك الصحي لطلبة الجامعة من الأمور المهمة واللازمة لتحسين قدراتهم العقلية وتأدية متطلبات دراستهم على أفضل وجه، وعلى العكس من ذلك فإن ممارسة السلوك الصحي الخاطئ في حياتهم اليومية يؤدي إلى ظهور المشكلات الصحية التي تعرقل مسيرتهم الدراسية وقد تؤدي إلى فشلهم فيها، ووفقاً لتقرير منظمة الصحة العالمية فإن عدم مراعاة السلوك الصحي واتباع سبل الوقاية والحفاظ على التعليمات الصحية السليمة فإنه يتسبب في وفيات وفيات ذوي الأمراض المزمنة (منظمة الصحة العالمية، 2021).

يعيش الطالب الجامعي في بيئة تضم مجموعة من الأفراد المتقاربين في الأعمار والمختلفين في الأفكار والتصورات والعادات السلوكية والخبرات، كما أنه يكتسب من الوسط الجامعي بعض العادات والسلوكيات يمكن أن تكون صحيحة أو أن يكون بعضها غير صحيحة وتصبح جزءاً من سلوكه اليومي كالتدخين واستخدام العقاقير والتعامل مع الضغوط والتوترات التي تؤثر في صحته الجسمية والنفسية وتنعكس على أدائه بشكل سلبي.

إنَّ الكثير من الأمراض والمشكلات الصحية التي يتعرض لها الفرد يرجع سببها إلى الأسلوب الذي يعتمده والعادات الصحية الخاطئة التي يتعلمها ويمارسها في حياته وإلى اكتساب المفاهيم العقلية المعبرة عنها خلال مراحل تنشئته الاجتماعية، وفي ضوء ذلك فإن السلوك الصحي لا يمكن فصله عن كثير من العوامل الاجتماعية المرتبطة به لعل من أبرزها الذكاء الاجتماعي. وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن طلبة الجامعة يفتقرون إلى السلوك الصحي السليم مثل دراسة الحارثي (2017) ودراسة فاضلي (2017) ودراسة المحاميد (2020) إذ أكدت نتائج هذه الدراسات أن مستوى السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة كان متوسطاً (في عرعار وبو ضياف، ٢٠٢٠: ٦٨٧).

وتوصلت بعض الدراسات إلى أن نسب الوفيات تكون مرتفعة عند الأشخاص الذين يعيشون بمفردهم دون أصدقاء مقارنةً بالأشخاص الذين يمتلكون شبكة اجتماعية مقربة إليهم في حياتهم اليومية، وقد لاحظ المختصون الاجتماعيون أن بعض هؤلاء الأفراد نادراً ما يصابون بالأمراض الناجمة عن الضغوط النفسية التي تواجههم في حياتهم نظراً لما يحصلون عليه من السند والدعم الاجتماعي الذي توفره لهم الجماعة الساندة (Kaplan, Cassel and Gore, 1977: 53). وعلى الرغم من ما أشارت نتائج الدراسات السابقة من وجود علاقة بين السلوك الصحي والعوامل النفسية والاجتماعية المحيطة بالفرد فإن هذه العوامل ليست دائماً واضحة المعالم وتظهر بمستويات مختلفة في الكيان النفسي للشخصية بيولوجياً واجتماعياً على الأصعدة الإدراكية والمعرفية والانفعالية والسلوكية، وهذا ما يقتضي إجراء دراسات أخرى تسلط الضوء على معرفة قوة العلاقة بين السلوك الصحي والعوامل الأساسية المرتبطة به ومنها الذكاء الاجتماعي الذي يسعى البحث الحالي لدراسته.

أهمية البحث:

أصبح تحسين الصحة والمحافظة عليها وتطوير نظم رعايتها وصياغة السياسات الصحية للوقاية من الأمراض ووسائل علاجها من القضايا المهمة في القرنين العشرين والحادي والعشرين من قبل المجتمعات المتقدمة عامة، وتزامناً مع هذا الاهتمام ظهرت العلوم النفس جسمية بوصفها فروعاً طبية أولاً، لكنها سرعان ما اتخذت طريقها نحو التخصص الدقيق خاصة في النصف الثاني من القرن العشرين نظراً لازدياد الفهم في مجال الطب على أن لسلوك الفرد تأثير مباشر على صحته خاصة عندما توصل علماء النفس إلى وجود علاقة وثيقة بين العمليات النفسية والعمليات الفسيولوجية، إذ أن صحة الفرد تتأثر سلباً أو إيجاباً بعملياته النفسية، وقد أكد ذلك كل من (Belloc & Breslow, 1972) في دراستهما عن الأشخاص الذين يتناولون وجبات الغذاء المنتظمة، وينامون نوماً كافياً، ولا يدخنون ولا يشربون الكحول، ويحافظون على وزن صحي معتدل، وقد توصل الباحثان إلى أن هؤلاء الأشخاص يتمتعون بصحة جيدة.

وتوصل كل من (Sterling & Ever, 1981) إلى أن زيادة تعب الفرد وتعرضه للآزمات النفسية يؤدي إلى إجهاد أنظمة القلب والأوعية الدموية وجهاز المناعة، وقد أرجع كبير الأطباء الأمريكيين في تقريره إلى أن الوفيات تعود معظمها إلى أساليب الحياة غير الصحية (أحمد، 2006)، لذلك بدأ الاهتمام بدراسة تأثير العوامل النفسية على الصحة من قبل علماء الطب السلوكيين فظهر علم النفس الصحة بوصفه تخصصاً متميزاً في الولايات المتحدة الأمريكية في عام (1976)، وقد بقي علماء النفس يعملون في أوساط طبية لسنوات عديدة وكان عملهم يقتصر على مساعدة المرضى على التكيف مع المرض، وفي عام (1977) أضافت الجمعية الأمريكية لعلم النفس تخصصاً جديداً هو علم النفس الصحة، وفي أول مؤتمر علمي بهذا الشأن أشار فيه (ماتارازو Matarazzo) إلى أن علم النفس الصحة هو مجموعة الإسهامات التربوية والعلمية والمهنية لعلم النفس لتحسين الصحة والمحافظة عليها ومع الأمراض وعلاجها، وتحديد المتعلقات التشخيصية الخاصة بأسباب المرض والاضطرابات المتعلقة به، وتحليل وتحسين نظم الرعاية الصحية وصياغة السياسات الصحية (Martarazzo, 1980).

وفي عام (1986) تأسست جمعية علم النفس الصحة الأوروبية، تلى ذلك إنشاء منظمات أخرى في دول عدة منها اليابان وأستراليا، وقد أسهم تطور الدراسات في ميادين التربية والسلوك الإنساني إلى تطور علم النفس الصحة فتم إضافة العلوم السلوكية إلى المناهج الدراسية الطبية وتدريب العاملين في مجال الصحة على مهارات الاتصال وزيادة التفاعل بين العوامل النفسية والفسولوجية وأصبح المجال الصحي واحداً من أهداف البحث العلمي من قبل علماء النفس التربوي والاجتماعي والفسولوجي. (Johnstom, Weinman & Charter, 2011).

وأكد المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية علاقة الصحة بالمجالات الجسمية والنفسية والاجتماعية، وإنها حالة مثلى من اللياقة الشخصية تؤهل الفرد للعيش الغني والمثمر (الرازحي، 2002، 689).

ويرى (Harelnan, 1995) أن الصحة حالة من التوازن التي يجب تحقيقها في الحياة بوصفها النتيجة الراهنة للتصرف الاجتماعي السليم والحفاظ عليها باستمرار، واستناداً إلى ذلك فإن الصحة تكون متضررة عندما تواجه الفرد متطلبات لا يستطيع تذليلها ضمن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه، وتكون الصحة قائمة عندما يتمكن من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال وتمكّنه من التوافق والاندماج منع أفراد مجتمعه وعندما يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة في محيطه بالإضافة إلى تحقيق توازنه بين إمكاناته الوراثية والنفسية والجسمية (في رضوان، 2002: 40).

ولذلك تبنت دول كثيرة مشاريع تستهدف تغيير السلوك الصحي على المستوى الجماهيري مثل مشروع الجمهور الصحي الأمريكي (2010) الذي يركز على التدخل من أجل بناء سلوك

صحي سليم ويحافظ على موارد رأس المال البشري التي تسمح له بالتغلب على الأمراض والضغط، ويهدف المشروع إلى غلق الفجوة بين معارف الفرد الصحية والعوامل المرتبطة بها وبين سلوك الفرد الفعلي في واقع الحياة اليومية حيث يشمل هذا السلوك أفعال الأفراد والجماعات والمحددات والنتائج المترتبة على التغير الاجتماعي وترقية وتطوير نوعية الحياة وجودتها (Tayler, 2003).

ويشير (Gauchman, 1997) إلى أن السلوك الصحي يرتبط بإدراكات الفرد وتوقعاته والعناصر المعرفية التي من شأنها أن تساعد في تحسين صحته والحفاظ عليها لأن أنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد في التعرف المبكر لأسباب الأمراض وكيفية الوقاية منها (في رضوان، 2001: 42).

لذلك فإن دراسة وفهم السلوكيات المعززة للصحة تُعد خطوة مهمة نحو تجنب المخاطر الناجمة عن ضعف الاهتمام بها، الأمر الذي يجنب الأفراد العادات الصحية غير السليمة التي تسهم في تعرض الفرد للمشاكل الصحية.

ونظراً لتعبير السلوك الصحي السليم عن الأنشطة التي يقوم بها الفرد للحفاظ على صحته كالغذاء الصحي والنشاط الرياضي والالتزام بالضوابط والتعليمات الطبية الوقائية والابتعاد عن مسببات الخطورة والإصابة بالأمراض فإن هذا السلوك لا يمكن فصله عن ما يمتلكه الفرد من قدرة عقلية ترتبط بعلاقاته الاجتماعية مع الأفراد الآخرين الذين تربطه بهم حياة يومية مشتركة كما هو الحال لدى فئة الطلبة الذين يقضون ساعات طويلة من حياتهم اليومية مع بعضهم البعض.

إن نظرة علم النفس الصحة إلى الصحة والمرض على أنها نتاج عوامل نفسية واجتماعية وفلسجية وتوفير أساليب وقائية وعلاجية تسعى إلى تغيير السلوك الصحي للفرد من خلال مساعدته على اكتشاف ما يمتلكه هو وما يمتلكه محيطه من موارد لازمة للحفاظ على صحته وتبني سلوكيات وقائية في علاقته مع الأفراد الآخرين في مجتمعه الذي يعيش فيه وهذا ما يؤكد وجود علاقة قائمة لا يمكن تجاهلها بين السلوك الصحي السليم وأساليب ممارسته والوقاية من المرض وبين قدرة الفرد العقلية التي تعبر عن ذكائه الاجتماعي. وهذا يعني أن الصحة تكون موجودة عندما يتمكن الفرد من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه وعندما يستطيع تكييف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط.

يرى (سروكن) أن للجانب الاجتماعي دوراً مهماً في بناء الشخصية فعن طريق الاتصال المتبادل بين الفرد والمجتمع يكتسب عادات وتقاليده وطرق التعامل مع المجتمع وقد أكد (فروم) على مفهوم الشخصية الاجتماعية وبيّن أن المجتمع عامل مهم في تكوين الشخصية الاجتماعية

وأن الشخصية الاجتماعية تختلف باختلاف المجتمعات فهي تتطلب مجموعة من السمات العقلية والأنماط السلوكية للتوافق مع الأوضاع السائدة في المجتمع. (الجلبي وآخرون، ١٩٩٨). ويرى فورد (١٩٨٣) أن الذكاء الاجتماعي يعبر عن الكفاءة الاجتماعية التي تتمثل في القدرة على تحقيق الأهداف الاجتماعية والمتعلقة بالفرد في سياق اجتماعي باستخدام وسائل مناسبة تؤدي إلى مخرجات إيجابية متطورة.

ويشير (الدوريني) إلى أن الذكاء الاجتماعي يمثل القدرة على التعامل مع الناس وعلى إصدار الأحكام في المواقف الاجتماعية وعلى ملاحظة السلوك الإنساني وتذكر الأسماء والوجوه، ويرى هيربرت (١٩٨٥) أن الذكاء الاجتماعي هو القدرة على المشاركة والتأثير المتبادل والإفادة وحل المشاكل الاجتماعية فالفرد المرتفع الذكاء الاجتماعي يستطيع أن يتعرف ويفهم ويستجيب بطريقة ملائمة للمطالب الاجتماعية ويكون مفيد ومنتج مع من يتعامل معهم،

ويرى (عطية ومرسي) أن الذكاء الاجتماعي هو القدرة على فهم مشاعر وأفكار الآخرين والتعامل مع البيئة بنجاح والاستجابة بطريقة ذكية في المواقف الاجتماعية، وتقدير المواقف تقديراً صحيحاً والاستجابة لها بطريقة ملائمة بناءً على الوعي الاجتماعي، ويُعدُّ الرضا عن الحياة أحد المؤشرات التي تبين مدى تمتع الفرد بالصحة والشعور بالسعادة (في الدسوقي، ١٩٩٨: ٧٦).

ويرى أبو حطب (١٩٩١) أن الذكاء الاجتماعي يشير إلى إدراك العلاقات بين الأشخاص ويشمل الإدراك الاجتماعي بطريقة الفحص المتبادل والمعايشة والتفاعل مع الآخرين (في الكيال، ٢٠٠٣: ١٦٨).

وقد أشارت نتائج دراسة سكوت وآخرون (٢٠٠١) إلى وجود علاقة موجبة بين الذكاء الاجتماعي والمهارات الاجتماعية ومراقبة الذات في المواقف الاجتماعية والتعاون مع الآخرين. وتوصلت دراسة عبد الفتاح (٢٠٠١) إلى أن الذكاء الاجتماعي يتضمن القدرة على إدراك أفكار الآخرين وانفعالاتهم، والقدرة على التصرف والسلوك الصحي وحل المشكلات. (عبد الفتاح، ٢٠٠١: ٢٩٥).

وأظهرت نتائج دراسة سلفر (٢٠٠١) وجود ثلاثة مكونات للذكاء الاجتماعي هي معالجة المعلومات الاجتماعية والمهارات الاجتماعية والوعي الاجتماعي (في النصيرية، ٢٠١٧: ٣٤). وأظهرت نتائج دراسة النصيرية (٢٠١٧) أهمية الذكاء الاجتماعي في تحقيق السلوك الصحي السليم لدى طلبة الجامعة فكلما كان مستوى الذكاء الاجتماعي مرتفعاً يرتفع مستوى السلوك الصحي كممارسة التمارين الرياضية والتغذية الصحية والوزن المثالي وغيرها من السلوكيات الصحية. (النصيرية، ٢٠١٧: ٥٥).

ويشير (نيومان Newman) إلى أن الصحة رغم أنها تعني الخلو من الأمراض الجسمية فهي تتضمن أيضاً القدرة على الانسجام والتوافق مع الآخرين والمجتمع، والقدرة على ممارسة الحياة اليومية بدون إعاقة (في الشاعر، 2001: 13) .

ويضيف (فيرلياك - Verhliac) إلى أن الصحة هي حالة جسمية (فيزيائية) وعقلية إيجابية وكذا حالة من الرفاهية الاجتماعية وليس فقط تجنب المرض فقط (Verhliac- sans date:4) .

ويرى (Yaill, Crinrom and Duncan, 2010) أن الصحة ليست الحالة التي ينظر إليها بمنظار طبي فقط بل ينبغي الجمع بينها وبين جميع مظاهر التجارب الفردية المتفاعلة مع الأحداث الاجتماعية (Yuill, Crinson and Duncan, 2010) .

ويُعدُّ النموذج الحيوي النفسي أنموذجاً رائداً في تفسير علاقة الصحة بالمرض والذي يفترض وجود مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تتفاعل مع بعضها من أجل تكييف نشاط العضوية، فظهور المرض وتطوره لا يتأثر بعوامل بيولوجية بل يتأثر أيضاً بعوامل نفسية واجتماعية كالشخصية والقدرات العقلية والمحيط الاجتماعي أو موقف الفرد إزاء مرضه (Bruchon, 1994L 184) .

وقد نظر (غلاسر - Glasser) في نظرية الاختيار إلى الفرد نظرة تفاعلية تتكامل فيها الجوانب العقلية مع الانفعالية مع الاجتماعية مع الجسمية (في Lennon, 2000: 43) .

لقد اهتمت الكثير من الدراسات السابقة بموضوع السلوك الصحي منها دراسة (الصمادي، 2013) الذي توصل فيها إلى أن السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة كان متوسطاً (الصمادي، 2013: 78) . ومنخفضاً كما في دراسة الصبوة والدق، (2009) .

وأُجريت دراسات أخرى لإيجاد العلاقة بين السلوك الصحي وعدد من المتغيرات منها دراسة (Wardl, 1997) التي تناولت علاقة السلوك الصحي بمركزي الضبط الداخلي والخارجي، إذ كانت علاقته إيجابية مع ذوي مركز الضبط الداخلي أكثر من ذوي مركز الضبط الخارجي (Wardle, & et, 1997: 446) .

وأظهرت دراسة (أبو النيل، 2008) أنه يرتبط إيجابياً مع الذكاء الوجداني (أبو النيل، 2008) . وأظهرت دراسة (الشويخ، 2009) أن السلوك الصحي يرتبط إيجابياً مع الانبساط والانفتاح على الخبرة (الشويخ، 2009: 82) .

وأظهرت دراسة (الصبوة والمحمود، 2007) علاقة دالة إحصائياً بين ممارسة أنماط السلوك الصحي وفعالية الذات وتقديرها. (الصبوة والمحمود، 2007: 37) .

وأظهرت دراسة (Enyeart, 2004) وجود علاقة إيجابية دالة بين السلوك الصحي والسلامة العقلية (Enyeart, 2004: 121) .

وفي ضوء ما تقدم يتبين أن الدراسات السابقة تناولت موضوع السلوك الصحي من حيث مستواه وأهميته وتأثيره في الشخصية وانعكاسه على حياة الفرد النفسية وشعوره بالسعادة، ورغم أن عدداً من هذه الدراسات تناولت علاقة السلوك الصحي بعدد من المتغيرات إلا أن الدراسات العربية لم تتناول علاقته بالذكاء الاجتماعي على حد علم الباحثة، ومن هذا المنطلق تنبثق أهمية البحث الحالي.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي تعرف:

- ١- السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة.
- ٢- الذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة.
- ٣- العلاقة بين السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة.
- ٤- الفرق في علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة تبعاً للتخصص الدراسي (علمي - إنساني).
- ٥- الفرق في علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة تبعاً للجنس (ذكور - إناث).

حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بعينة من طلبة الجامعة المستتصرية في كليتي العلوم والتربية (ذكوراً وإناثاً) في الدراسة الصباحية للعام الدراسي ٢٠٢٣/٢٠٢٤.

مصطلحات البحث:

أولاً: السلوك الصحي: عرّفه كل من:

- تايلور (٢٠٠٨) بأنه " السلوكيات التي يؤديها الفرد بهدف تعزيز وضعه الصحي، والحفاظ على صحته" (تايلور، ٢٠٠٨: ١٠٩).
 - صمادي والصمادي (٢٠١١): بأنه " مجموعة من السلوكيات التي يمارسها الفرد للحفاظ على مستوى صحي مناسب انطلاقاً من نظرية الاختيار التي تنظر إلى الصحة العامة له بأنه محصلة تكامل جميع جوانبه الجسمية والعقلية والانفعالية في القيام بوظائفها بألفة وانسجام " (صمادي والصمادي، ٢٠١١: ٨٤).
 - الشويخ (٢٠١٢): بأنه " مجموعة من السلوكيات هدفها الوقاية من الإصابة بالأمراض، والمحافظة على دوام الصحة الجيدة وتتمثل في ممارسة التمرينات الرياضية، وتناول الطعام الصحي، والرعاية الذاتية، والنوم، وتجنب التدخين " (الشويخ، ٢٠١٢: ٦٧).
- التعريف النظري: اعتمدت الباحثة تعريف (صمادي والصمادي، ٢٠١١) لأنه يغطي معظم جوانب الصحة العامة للفرد.

ثانياً: الذكاء الاجتماعي: عرّفه كل من:

• عاقل (١٩٧٧): بأنه "حسن التصرف في المواقف والأوضاع الاجتماعية" (عاقل، ١٩٧٧: ١٠٦).

• ماير وسالوفي (١٩٩٣): بأنه "يتضمن التوافق مع المواقف الاجتماعية واستخدام المعلومات الاجتماعية المتاحة للتصرف الإيجابي في هذه المواقف" (Mayer & Salovey, 1993: 442).

• الغول (١٩٩٤): بأنه "القدرة على فهم مشاعر وأفكار الآخرين والتعامل مع البيئة بنجاح، والاستجابة بطريقة ذكية في المواقف الاجتماعية، وتقدير الشخص لخصائص الموقف تقديراً صحيحاً والاستجابة بطريقة ملائمة بناءً على وعيه الاجتماعي" (الغول، ١٩٩٤: ٢٤).

• كاردنر (١٩٩٥): بأنه "القدرة على إدراك الحالات المزاجية للآخرين والتمييز بينها وإدراك نواياهم ودوافعهم ومشاعرهم والقدرة على التعامل بفعالية مع الآخرين ومواجهتهم والتأثير فيهم" (Gardiner, 1995: 72).

• أبو حطب (١٩٩٦): بأنه "قدرة تتضمن عمليات معرفية عن الأشخاص الآخرين وكل الأشياء التي تستخدم اجتماعياً ويتم تناولها بطريقة الفحص المتبادل أو الفحص بالمشاركة التي تتضمن المعاشية والتفاعل المتبادل" (أبو حطب، ١٩٩٦: ٣٢).

• الخزاف (٢٠٠٧): بأنه "القدرة على فهم نوايا ودوافع ورغبات الآخرين والقدرة على التعامل معهم" (الخزاف، ٢٠٠٧: ٣٧١).

التعريف النظري: اعتمدت الباحثة تعريف كاردنر (١٩٩٥، Gardiner) لأنه يستند إلى الإطار النظري الذي وضعه في تفسيره لمفهوم الذكاء متعدد الأبعاد من بينها الذكاء الاجتماعي، فضلاً عن أن هذا التعريف استندت عليه معظم المقاييس التي أعدها الباحثون لقياس الذكاء الاجتماعي، ومنهم سلفيرا وآخرون (2001).

الإطار النظري:

أولاً- السلوك الصحي:

ظهرت العديد من النظريات النفسية التي تفسر العلاقة بين السلوك الصحي للفرد وبين بعض المتغيرات سواء أكانت في البيئة المحيطة بالفرد، أم التي توجد في بنائه النفسي منها ما نظر إلى الفرد نظرية ثنائية كما في نظرية التحليل النفسي، ومنها من نظر إليه نظرة كلية كما في نظرية علم النفس الفردي ونظرية العلاج المتمركز حول الفرد، وهناك من نظر إليه نظرة تفاعلية تتكامل فيه الجوانب العقلية والانفعالية مع الجوانب الاجتماعية والجسمية كما في نظرية الاختيار لمؤسسها (كلاسر) (Corsini, 2010)، (Lennon, 2000).

وانطلاقاً من ذلك فإن صحة الفرد العامة هي نتاج تكامل العناصر التي تشكله كوحدة كلية متكاملة وإن أي خلل في جانب أو عنصر منها سيؤثر في بقية جوانب الشخصية (الصمادي والزعبي، ٢٠٠٧).

وفيما يأتي عرض لعدد من النظريات وهي:

١- النظرية المعرفية السلوكية: اهتمت هذه النظرية في تعديل العادات الصحية إلى السلوك المقصود ذاته وإلى الظروف التي تؤدي إليه وبقائه وإلى العوامل المعززة له، ويركز أصحاب نظرية العلاج المعرفي السلوكي على تغيير معتقدات الفرد نحو عاداته الصحية عن طريق الحوار الذاتي، ويرى أصحاب هذه النظرية أن الشخص لن يتمكن من تغيير عاداته الصحية أو يحافظ على هذا التغيير ما لم يتم تعديل المحادثة الذاتية من أجل تغيير المدركات العقلية (تايلور، ٢٠٠٨: ١٣١).

٢- نظرية السلوك المخطط: تربط هذه النظرية بين السلوك الصحي والنوايا السلوكية التي تتشكل من ثلاثة مكونات هي (الاتجاهات التي يحملها الفرد نحو أفعال محددة، والمعايير الذاتية نحو الفعل، والضبط السلوكي المدرك (تايلور، ٢٠٠٨: ١٢٨).

وتهتم هذه النظرية بفهم عملية التغيير في السلوك الصحي من خلال تأكيدها على نموذج يربط بين المعتقدات والسلوك بشكل مباشر والتأكيد على نوايا الأفراد استناداً إلى عاداتهم السلوكية، كما أنها تتنبأ بمدى واسع من السلوكيات الصحية بما في ذلك من وسائل الوقاية والفحص الطبي والالتزام بأداء العادات الصحية اليومية الصحيحة (Taylor, 2012).

٣- نظرية (دولي وشنايدر 1991): تبحث هذه النظرية في كيفية ممارسة الأفراد للسلوكيات الصحية عن طريق:

أ- إدراك التهديد الصحي الذي يتأثر بالقيم الصحية.

ب- اختزال التهديد المدرك وهو اعتقاد الشخص بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي قد يواجهه، وذلك باعتماد سلوك صحي معين قد يقلل من التهديد بالخطر، أو مراعاة معايير صحية ربما يكون لها تأثير في إيقاف خطر التهديد (Dudley & Schneider, 1991).

٤- نظرية المعتقدات الصحية وفاعلية الذات: تقترح هذه النظرية وجود ثلاثة عناصر تحدد السلوكيات يقوم بها الأفراد وهي:

أ- توقع الفاعلية: وهي قناعات الفرد بقدرته على القيام بسلوك معين يحقق له نتائج محدودة، وإن هذه الفاعلية ذات تأثير قوي في السلوك وهي التي تحدد مستويات الدافعية لدى الأفراد، كما تتعكس على التحديات التي يواجهونها والجهود التي يبذلونها في مواجهة الحالات المرضية (الآلوسي، 2001: 39).

ب- توقع النتيجة: إنّ فئات الشخص باحتمال أن يؤدي سلوكه إلى نتائج إيجابية سوف تكون لديه توقعات مرتفعة فيما يخص هذه السلوكيات والنتائج المرغوب بها (الآلوسي، 40: 2001).

ج - قيمة النتائج : وهي القيمة التي يعطيها الفرد لنتائج معينة، حيث تؤثر النتيجة في القرارات بشأن المبادرة بالسلوك، وأن القيمة التعزيزية لنتائج السلوك لها تأثير قوي في السلوك الصحي (الآلوسي، 40: 2001).

٥- نظرية توقع القيمة: أكدت هذه النظرية على تأثيرات التقويم التعزيزي في السلوك الذي يتأثر برغبة الشخص لتقادي المرض أو الوقاية منه، وهذا يجعل لديه ثقة في تنفيذ الاحتياطات الصحية الوقائية التي ستحقق الأهداف المتوقعة، وإن إدراكاته هي التي تؤثر في سلوكه وليس الواقع (Hopkins, 2006: 32).

٦- نظرية السلوك العقلاني: تركز هذه النظرية على تشكيل النوايا وليس على السلوك نفسه، وتحدد هذه النوايا بالتنبؤ بالسلوك من خلال:
أ - اتجاه الفرد نحو السلوك المشكوك فيه.

ب- المعايير الاجتماعية الموضوعية من خلال ضغط التوقعات الناجم عن الآخرين.
إنّ المعنى العام لهذه النظرية يتمثل في أن الاتجاه نحو السلوك يتشكل بالمعتقدات السلوكية عن النتائج المتوقعة وعن قيمتها وأهميتها.

٧- نظرية دافع الحماية: وضع روجرز هذه النظرية وأشار فيها إلى أن لدى الفرد دافع لحماية السلوكيات المرتبطة بالصحة عن طريق التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة ويعتمد على درجة إدراك الفرد لخطورة ما يهدد الصحة، وقابليته الإدراكية وإزالة التهديد، وتوقعات الكفاءة الذاتية لصد خطر تهديد الصحة (عرعار وبوضياف، 685: 2020).

- أبعاد السلوك الصحي:

يتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد هي:

- البعد الوقائي: ويتضمن الممارسات الصحية التي يعتمد عليها الفرد لحمايته من خطر الإصابة بالمرض كالتلقيح والفحص الطبي.
- بعد المحافظة على الصحة: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كما في طريقة الأكل الصحي واتباع النصائح الصحية.
- الارتقاء بالصحة: ويتضمن الممارسات الصحية التي تؤدي إلى تنمية الصحة والارتقاء بها عن طريق النشاطات الجسمية والرياضية المنتظمة (يخلف، ٢٠٠١: ٢١).

١- العوامل المؤثرة في السلوك الصحي:

تشير (تايلور ، 1986) إلى أن ممارسة السلوكيات الصحية تتأثر بمجموعة من العوامل هي:

- ١- العوامل الديمغرافية. ٢- العمر. ٣- القيم. ٤- الضبط الذاتي. ٥- المؤثرات الاجتماعية.
- ٦- الأهداف الشخصية. ٧- المؤثرات المعرفية. ٨- المؤثرات الإدراكية. ٩- توافر مؤسسات الرعاية الصحية.

ثانياً - الذكاء الاجتماعي:

حظي موضوع أنواع الذكاءات باهتمام علماء النفس منذ أن حدد العالم ثورندايك (١٩٢٠) ثلاثة أنواع للذكاء من بينها الذكاء الاجتماعي الذي يتمثل في القدرة على التواصل مع الآخرين وتشكيل العلاقات الاجتماعية التي تعني إدارة وفهم الآخرين (الزغلول، ٢٠٠٢: ٢٥٨). وقد عدّ ثورندايك الذكاء الاجتماعي أحد أوجه الذكاء الانفعالي. (جولمان، ٢٠٠٢: ٦٦). وفي عام (١٩٩٣) طرح (كاردنر - Gardiner) نظرية الذكاءات المتعددة التي استمدتها من ملاحظاته للأفراد الذين يتمتعون بقدرات مرتفعة في بعض القدرات العقلية لكنهم لا يحصلون على الدرجات نفسها في أنواع أخرى من الذكاءات، وقد تضمنت نظريته سبعة أنواع للذكاء من بينها الذكاء الشخصي الاجتماعي الذي يتميز عن الذكاء الشخصي الذاتي (السرور، ٢٠٠٢: ٢٦٥).

وقد ميز (كاردنر) بين الذكاء الاجتماعي والذكاء الانفعالي (جولمان، ٢٠٠٠: ٦٣). ومما هو جدير بالذكر فإن هناك عدداً من العلماء الذين أشاروا إلى موضوع الذكاء الاجتماعي فقد اعتقد (فرويد - Froeed) أن عملية استدخال المعايير الاجتماعية يتم عن طريق أساليب عقلية واجتماعية ومن خلال عملية التنشئة الاجتماعية التي تدعم أنماط السلوك المقبولة اجتماعياً وتمحو غير المقبولة منها، ومن خلال التقليد والتوحد (أبو جادو، ١٩٩٨: ٥١). وأكد العالم (أدلر - Adler) أن الإنسان مخلوق اجتماعي يحدد المجتمع علاقته بالآخرين ويعتقد أن الشخص لا يستطيع أن ينغزل عن الآخرين نتيجة شعوره بالترابط الاجتماعي (لندزي، وهول، ١٩٦٩: ١٦٨).

أما (روتر - Rooter) فقد أكد أن التعلم الاجتماعي يحقق ست حاجات للشخص هي: (تأكيد المكانة الاجتماعية، والحماية الناتجة عن القلق، والسيطرة، والاستقلال، والحب والعطف، والراحة البدنية) وإن تحقيق هذه الحاجات يكون عن طريق التعلم الاجتماعي الذي ينمي الذكاء الاجتماعي (السيد، ١٩٩٩: ١٠٦).

ويشير (كارل يونج - Young) إلى أن الفرد يغير من مظهره الخارجي ليرضي مطالب المجتمع بسبب عدم استطاعته مواجهة العالم بمشاعره الداخلية فيعكس طموحاته وتخیلاته عن طريق القناع الذي يعطيه الإحساس بأن لديه إمكانات شخصية كالآخرين، وإن هذا التمثيل ضروري لكي ينسجم مع الآخرين الذين يتواصل معهم باختلاف أنماطه السلوكية (شلتز، ١٩٨٣: ١٦٢).

ويرى (ايرك فروم - Froum) أن الطبيعة الاجتماعية للفرد تدفعه للاتصال بالآخرين وهي حاجة تعتمد عليها صحته العقلية ومن بين الوسائل اللازمة لتحقيق هذا الاتصال هو مساهمة الأفراد الآخرين لكي يتجاوز عزلته عنهم (الأسدي، ٢٠٠٤: ٢٧٠).

ويؤكد (هنري موراي - Murray) على ضرورة تعلم الفرد إشباع حاجاته بطرق اجتماعية مقبولة فيبدل أو يغير شخصيته عن طريق الالتزام بالتوقعات الاجتماعية لأن النظام الاجتماعي في الوقت الذي يفرض على الفرد وظائف سلوكية محددة فإنه يفرض عليه أيضاً إنجازها في وقت معين ومكان معين على وفق الأساليب المألوفة لدى المجتمع، ويرى أيضاً أن على الشخص أن يوفق بين رغباته ودوافعه وبين مطالب واهتمامات الآخرين، وغالباً ما يتم حل الصراعات بين الفرد ومتطلبات المجتمع عن طريق تقبل الفرد لشروط الجماعة بطريقة ما، ولذلك وضع (موراي) مجموعة من الحاجات التي تظهر في سلوك الفرد من أهمها: الحاجة للإذعان (التبعية) والحاجة للانصياح والاستسلام (الأسدي، ٢٠٠٤: ٢٦).

وقد اقترح (كاردنر - Gardner-1983) أن الذكاء بنية معقدة تتألف من عدد من القدرات المنفصلة والمستقلة عن بعضها تشكل كل منها نوعاً من أنواع الذكاء تختص به منطقة معينة من الدماغ، وقد حدد منها سبعة أنواع أضاف إليها نوعاً ثامناً عام (١٩٩٥)، وأكد في عرضه لنظريته الترابط بين الذكاء الشخصي والذكاء الاجتماعي، وإن كل فرد يمتلك هذه الأنواع من الذكاءات وهي تعمل مع بعضها، وأن الفرد يمتلك القابلية على تطويرها فيما يقوم به من أداء (Gardner, 1993: 200).

أما (ستيرنبرغ - Stenberg, 1988) فقد توصل الى النظرية الثلاثية للذكاء الذي يتألف من بنية ثلاثية الأبعاد وهي (المكونات، والسياقي، والخبرات) ويرى أن البعد السياقي يتضمن المشكلات المتعددة التي يواجهها الأفراد في أثناء حياتهم وفي تفاعلاتهم كما يتضمن البعد السياقي ثلاثة أنواع من الذكاء هي: (الذكاء التحليلي، والإبداعي، والعملي) وإن الذكاء الاجتماعي يقع ضمن الذكاء العملي، ويتمثل في القدرة على فهم الآخرين والاستجابة بشكل لائق ولبق مع ذوي الأمزجة والدوافع المختلفة، والقدرة على تشكيل العلاقات الاجتماعية وتكوين الصداقات والقدرة على تعرف رغبات الآخرين (الزغلول والهنداوي، ٢٠٠٤: ٣١٤).

في ضوء ما تقدم من استعراض لنظريات الذكاء الاجتماعي يمكن القول أن نظرية كاردنر تقدم رؤية تعتمد الأسس المعرفية والبيولوجية والاجتماعية في الإطار الثقافي للمجتمع وأن الذكاء أكثر اتساعاً ومرونة ويتناول تراكم المعرفة، وإنها نظرة كلية لقدرات الفرد وإن الأفراد يختلفون في هذه القدرات.

منهج البحث: اعتمد البحث الحالي المنهج الوصفي الارتباطي كونه أنسب المناهج في تحقيق أهداف، فهو يصف الظاهرة المدروسة في ضوء تواجدها في الواقع وصفاً كمياً أو كيفياً دقيقاً وشاملاً من حيث مقدارها أو حجمها أو ارتباطها مع الظواهر الأخرى (ملحم، ٢٠٠٠: ٣٢).

- مجتمع البحث وعينته: شمل مجتمع البحث طلبة كليات الجامعة المستنصرية العلمية والإنسانية (ذكوراً وإناثاً) في الدراسات الصباحية للعام الدراسي ٢٠٢٣-٢٠٢٤ بلغ عددهم (٣٤٧٧٦) طالباً وطالبة منهم (١٦٢٨١) ذكوراً و(١٨٤٩٥) إناثاً، أختيرت عينة تضمنت كليتين من كليات الجامعة المستنصرية بالطريقة العشوائية الطبقية أحدهما من الكليات العلمية وهي كلية العلوم وعدد طلبتها (٢٥٢٦) منهم (٨٤٤) ذكوراً و(١٦٨٢) إناثاً، واختيرت كلية التربية من بين الكليات الإنسانية وعدد طلبتها (٤١٣٣) منهم (١٨٧٧) ذكوراً و(٢٢٥٦) إناثاً، ثم اختير بالطريقة العشوائية الطبقية عينة من طلبة الكليتين بلغ عددهم (٢٠٠) طالباً وطالبة بالتساوي منهم (١٠٠) طالباً وطالبة في كلية العلوم و(١٠٠) طالباً وطالبة في كلية التربية وكما موضح في جدول(١).

جدول (١) توزيع أفراد العينة من طلبة كليتي العلوم والتربية

الملاحظات	عدد أفراد عينة البحث			العدد الكلي			الكلية
	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
	١٠٠	٥٠	٥٠	٢٥٢٦	١٦٨٢	٨٤٤	العلوم
	١٠٠	٥٠	٥٠	٤١٣٣	٢٢٥٦	١٨٧٧	التربية
	٢٠٠	١٠٠	١٠٠	٦٦٥٩	٣٩٣٨	٢٧٢١	المجموع

أداتا البحث:

١- مقياس السلوك الصحي: لتحقيق هدف البحث المتعلق بقياس السلوك الصحي اعتمدت الباحثة مقياس صمادي والصمادي (2011) الذي يتكون من (20) فقرة تقيس سلوكيات طلبة الجامعة في أبعاد العناية بالجسم والصحة والتعامل مع الأدوية والبعد النفسي الاجتماعي تكون الإجابة عن كل فقرة باختيار بديل واحد من بين خمسة بدائل متدرجة (تتطبق عليّ دائماً = 5 وغالباً = 4 وأحياناً = 3 ونادراً = 2 ولا تطبق عليّ أبداً = 1).

ويمكن أن تتراوح درجة المفحوص ما بين (20-100) ، وكلما ارتفعت الدرجة فإن ذلك يدلّ على ارتفاع مستوى السلوك الصحي لديه (صمادي والصمادي، 2011).

- الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي:

أ- الصدق: لغرض التأكد من صلاحية فقرات مقياس السلوك الصحي في قياس ما وضع لقياسه عرض المقياس على عدد من المحكمين في اختصاص القياس والتقويم وعلم النفس التربوي بلغ عددهم (١٠) محكمين وقد اتفق المحكمون بنسبة ٨٠% فأكثر على صلاحية الفقرات وبذلك تحقق الصدق الظاهري للمقياس.

ب- الثبات: لغرض التأكد من ثبات استجابة المفحوصين عن فقرات مقياس السلوك الصحي طبق المقياس على (٥٠) طالباً وطالبة من طلبة كليتي العلوم والتربية بواقع (٢٥) من كلية العلوم و(٢٥) من كلية التربية وبعد مضي أسبوعين أُعيد تطبيق المقياس عليهم مرة ثانية، وحسب معامل الارتباط بين درجاتهم في التطبيقين فبلغ (٠.٨٢)، ثم حسب معامل الاتساق الداخلي لفقرات المقياس باستعمال معادلة (ألفا كرونباخ) فبلغ (٠.٨٣). وتُعَدُّ قيمة معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق وبطريقة (ألفا كرونباخ) عالية، وبذلك أصبح المقياس مناسباً للتطبيق على أفراد عينة البحث.

٢- مقياس الذكاء الاجتماعي: لتحقيق هدف البحث المتعلق بقياس الذكاء الاجتماعي راجعت الباحثة عدداً من المقاييس العربية التي أعدت لقياس هذا المتغير ومنها مقياس العقلازاني (١٩٩٤) لدى طالبات الجامعة، ومقياس عبد الرحمن وعبد الحميد (٢٠٠٣) لدى طلبة الجامعة، و مقياس (TSIS) لسلفيرا وآخرون (Silvera & et al 2001) الذي يتكون من (٢١) فقرة تقيس ثلاثة مكونات وهي معالجة المعلومات الاجتماعية، والمهارات الاجتماعية، والوعي الاجتماعي، وتضمنت الإجابة ثلاثة بدائل (نعم، أحياناً، لا) بمدرج من (٣) إلى (١) للفقرات الإيجابية وبالعكس للفقرات السالبة وبذلك تتراوح الدرجة الكلية بين (٦٣) كحد أعلى و(٢١) كحد أدنى. واستند الباحثون في بناء المقياس على تعريف كاردنر (١٩٩٥) وعلى نظريته. ونظراً لاعتماد الباحثة على نظرية كاردنر وتعريفه للذكاء الاجتماعي في البحث الحالي تم اتخاذ الإجراءات الآتية في اعتماد مقياس سلفيرا وآخرون (٢٠٠١) في قياس متغير الذكاء الاجتماعي وعلى النحو الآتي:

أ- ترجمة فقرات مقياس الذكاء الاجتماعي من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية من قبل أحد المختصين.

ب- إعادة ترجمة الفقرات من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية من قبل مختص آخر في اللغة الإنجليزية.

ج- مقارنة صورتين فقرات المقياس باللغة الإنجليزية من قبل مختص في اللغة الانجليزية للتأكد من تطابق الصورتين، وقد تبين أن الصورتين متشابهتين دون اختلاف بينهما.

د- عرضت فقرات مقياس الذكاء الاجتماعي باللغة العربية على مجموعة من المحكمين بلغ عددهم (١٠) محكمين للتأكد من صلاحية الفقرات لقياس هذا المتغير لدى طلبة الجامعة.

*صدق مقياس الذكاء الاجتماعي:

لغرض التأكد من صدق مقياس الذكاء الاجتماعي استعملت طريقة الصدق الظاهري بعرض المقياس على (١٠) محكمين في اختصاص القياس والتقويم وعلم النفس التربوي واتفق

المحكمون على صلاحية الفقرات بنسبة (80%) فأكثر، وبذلك تم التحقق من صدق فقرات المقياس في قياس ما وضعت من أجله.

*ثبات مقياس الذكاء الاجتماعي:

لغرض التأكد من ثبات استجابة المفحوصين عن فقرات مقياس السلوك الصحي، طبق المقياس على (50) طالباً وطالبة من طلبة كليتي العلوم والتربية وبعد مضي أسبوعين أُعيد تطبيق المقياس عليهم مرة ثانية، وحسب معامل ارتباط بيرسون لإيجاد العلاقة بين درجاتهم في التطبيقين فبلغ (0.79)، ثم استعملت طريقة ألفا كرونباخ لإيجاد الاتساق الداخلي للفقرات فبلغت قيمة معامل الارتباط (0.80).

وتُعدُّ قيمتي معامل الثبات بطريقتي إعادة التطبيق وطريقة (ألفا كرونباخ) عاليتين، لذلك أصبح مقياس الذكاء الاجتماعي مناسباً للتطبيق على أفراد عينة البحث الحالي.

التطبيق النهائي: طبق مقياس السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي على أفراد عينة البحث في كليتي العلوم والتربية وعددهم (200) طالباً وطالبة للمدة من 2024/4/14 إلى 2024/4/25 الوسائل الإحصائية: اعتمد برنامج الحقيبة الإحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل البيانات والحصول على النتائج.

نتائج البحث:

الهدف الأول: تعرف السلوك الصحي لدى طلبة الجامعة:

لغرض تحقيق هذا الهدف طبق مقياس السلوك الصحي المكون من (20) فقرة على عينة البحث من طلبة الجامعة المستنصرية في كليتي العلوم والتربية وعددهم (٢٠٠) طالباً وطالبة موزعين بالتساوي من طلبة الكليتين وتبعاً لجنسهم، ثم حسب الوسط الحسابي لدرجات استجابات أفراد العينة ككل، وقد بلغ (٦٦,٣٧) بانحراف معياري مقداره (٨,٧٨) ووزعت درجاتهم على مجموعة فئات من أدنى درجة ومقدارها (٤٠) إلى أعلى درجة ومقدارها (٩٢) واعتمد في حساب طول مدى الفئات قيمة الوسط الحسابي (+، -) قيمة الانحراف المعياري استناداً إلى توزيع الدرجات في منحنى التوزيع الإحصائي الاعتدالي، كما موضح في جدول (2).

جدول (2) توزيع درجات أفراد العينة في مقياس السلوك الصحي

ت	الفئات	العدد	النسبة المئوية	المستوى
١-	٤٠,٠٠ - ٤٨,٧٨	١٠	٥%	منخفض جداً
٢-	٤٨,٧٩ - ٥٧,٥٧	٣٠	١٥%	منخفض
٣-	٥٧,٥٨ - ٦٦,٣٦	٤٠	٢٠%	دون المتوسط
٤-	٦٦,٣٧ - ٧٥,١٥	٥٤	٢٧%	فوق المتوسط
٥-	٧٥,١٦ - ٨٣,٩٤	٣٤	١٧%	مرتفع

٦-	٨٣,٩٥ - ٩٢,٧٣	٣٢	١٦%	مرتفع جداً
	المجموع	٢٠٠	١٠٠%	

يتبين من النتائج المعروضة في جدول (2) أن نسبة (60%) من أفراد عينة البحث يقعون عند مستوى فوق المتوسط إلى المرتفع جداً في السلوك الصحي وإن نسبة (20%) منهم يقع في مستوى دون المتوسط أما في المستوى المنخفض والمنخفض جداً فتبلغ نسبتهم (20%)، وفي ضوء هذه النتيجة فإن نسبة (٤٠%) من الطلبة لم يصلوا إلى المستوى المتوسط في السلوك الصحي والذي يفترض بطلبة الجامعة أن يكونوا في مستوى أعلى منه، إذ أن النسبة المنخفضة منها والتي تشكل (20%) تشير إلى حاجة طلبة الجامعة إلى رفع مستوى سلوكهم الصحي لكي يتناسب ذلك مع مستوى تحصيلهم التعليمي الجامعي، وقد يعزى انخفاض مستوى السلوك الصحي إلى اكتساب الطلبة بعض العادات السلوكية غير الصحيحة كالتدخين، وتناول الأطعمة الوجبات السريعة، وتعاطي بعض الأدوية والعقاقير التي تؤثر في سلوكهم وعلى أدائهم، وقد يعود أيضاً إلى ضعف تركيز المناهج الدراسية على تنمية الوعي الصحي لإكساب الطلبة ثقافة صحية أكثر اتساعاً.

وتتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة الحارثي (2014) ونتائج دراسة أبو سعد الختاتنة (2014) ونتائج دراسة قياجه وسلامة (2016) ونتائج دراسة النصيرية (2017) . ولكنها تختلف مع نتائج دراسة عرعار وبوضياف (2020) .

الهدف الثاني: تعرف الذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة

لغرض تحقيق هذا الهدف حسبت درجات أفراد عينة البحث من طلبة الجامعة المستتصيرية في كليتي العلوم والتربية وعددهم (٢٠٠) طالباً وطالبة في مقياس الذكاء الاجتماعي، وبعد حساب الوسط الحسابي لدرجات استجاباتهم ككل، بلغ مقداره (٤٥,٥١) بانحراف معياري مقداره (٤,٢٦)، ووزعت درجاتهم على مجموعة فئات من أدنى درجة ومقدارها (٣٦) إلى أعلى درجة ومقدارها (٥٧)، واعتمد في حساب مدى الفئات قيمة الوسط الحسابي (+، -) قيمة الانحراف المعياري للدرجات استناداً إلى توزيع الدرجات في منحنى التوزيع الإحصائي، كما موضح في جدول (3) .

جدول (3) توزيع فئات درجات أفراد العينة في مقياس الذكاء الاجتماعي

ت	الفئات	العدد	النسبة المئوية	المستوى
١-	٣٦,٩٧-٣٢,٧١	١٠	٥%	منخفض جداً
٢-	٤١,٢٤-٣٦,٩٨	٢٤	١٢%	منخفض
٣-	٤٥,٥١-٤١,٢٥	٧٠	٣٥%	دون المتوسط
٤-	٤٩,٧٨-٤٥,٥٢	٤٦	٢٠%	فوق المتوسط

٥-	٥٤,٠٥-٤٩,٧٩	٣٢	%١٦	مرتفع
٦-	٥٨,٣٢-٥٤,٠٦	١٨	%٩	مرتفع جداً
	المجموع	٢٠٠	%١٠٠	

يتبين من النتائج المعروضة في جدول (3) أن نسبة (48%) من عدد أفراد العينة يحتلون مستوى الذكاء الاجتماعي الذي يزيد عن الوسط الحسابي لأفراد عينة البحث وإن نسبة (35%) من عدد أفراد العينة يقعون في المستوى دون المتوسط وإن نسبة (١٧%) يقعون في المستويين المنخفض والمنخفض جداً، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن الطلبة يتمتعون بذكاء اجتماعي اعتيادي يتناسب مع مستوى المرحلة الدراسية التي ينتمون فيها لأن نسبة (٥٨%) منهم يقعون بين (+١ و -١) انحراف معياري وإن نسبة (٨٦%) منهم يقعون بين (+2 و -2) انحراف معياري. وتشير هذه النسب إلى قربها من نسب توزيع المنحنى الاعتدالي، ويمكن تفسير ذلك أن العملية التعليمية في الجامعة لا يقتصر دورها على تنمية الجانب المعرفي بل يتعداه إلى تطوير الجوانب النفسية والاجتماعية في الشخصية، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (الدماطي، 1991) و (سفيان 1998) و (الخرجي والعزي، 2010)، وتختلف مع نتائج دراسة (Toley، 1971) و (قاسم، 2009).

الهدف الثالث: تعرف علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة:
لتحقيق هذا الهدف حسب العلاقة بين درجات أفراد العينة في مقياس السلوك الصحي ودرجاتهم في الذكاء الاجتماعي باستعمال معامل ارتباط (بيرسون) وبلغت قيمته (٠,٦٢) ولاختبار دلالة قيمة معامل الارتباط استعمل الاختبار التائي لمعامل الارتباط إذ بلغت القيمة التائية (١٠,٦٩) وهي أكبر من القيمة التائية الجدولية (١,٩٦) بدرجة حرية (١٩٨) عند مستوى الدلالة (٠,٠٥) كما موضح في جدول (4) .

جدول (4) قيمة الاختبار التائي لمعامل ارتباط بيرسون لعلاقة السلوك الصحي بالذكاء

الاجتماعي لدى طلبة الجامعة

المتغير	العدد	معامل الارتباط	القيمة التائية		الدلالة الإحصائية عند مستوى ٠,٠٥
			المحسوبة	الجدولية	
السلوك الصحي الذكاء الاجتماعي	٢٠٠	٠,٦٢	١٠,٦٩	١,٩٦	دالة إحصائياً

يتبين من النتيجة المعروضة في جدول (4) أنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائياً بين السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي فكلما ازداد الذكاء الاجتماعي ارتفع مستوى السلوك الصحي، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن تمتع الطلبة بالذكاء الاجتماعي ينعكس تأثيره إيجابياً على السلوك الصحي لأنه يساعد الطالب للاهتمام بمتطلبات الصحة وحسن التكيف والمحافظة

على الكيان الشخصي والنمو المتوازن في جوانبها المتعددة ومن أبرزها السلوك الصحي (أبو جادو، 2003: 227).

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسات (Foley, 1971) و(أبو هاشم، 2008) و(عرعار وبوضياف 2020) و(رضوان وريشكه، 2020) و(عبد الخالق، 2023) الهدف الرابع: الفرق في علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي تبعاً لمتغير التخصص (علمي - إنساني):

لغرض تحقيق هذا الهدف استخرجت قيمة معامل الارتباط لعلاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لكل من طلبة التخصص العلمي في كلية العلوم وطلبة التخصص الإنساني في كلية التربية وقد بلغت قيمة معامل الارتباط لدى طلبة التخصص العلمي (٠,٥٦) وبلغت قيمته لدى طلبة التخصص الإنساني (٠,٥٣)، ولمعرفة دلالة الفرق بين قيمتي معاملي الارتباط استعمل الاختبار الزائلي لإيجاد دلالة الفرق بين معاملي الارتباط في مجموعتين مستقلتين وقد بلغت القيمة الزائلية المحسوبة (٠,٢١) وهي أصغر من القيمة الزائلية الجدولية (١,٩٦) بدرجة حرية (١٩٤) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) وهذا يشير إلى أن الفرق غير دال إحصائياً في علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة كما موضح في جدول (5).

جدول (5) الفرق بين العلاقة بين السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة تبعاً لمتغير التخصص الدراسي (علمي - إنساني)

المتغير	التخصص	العدد	معامل الارتباط	القيمة المعيارية	القيمة الزائلية	القيمة الجدولية	الدلالة الإحصائية
السلوك الصحي	علمي	١٠٠	٠,٥٦	٠,٦٢٦	٠,٢١	١,٩٦	غير دالة
الذكاء الاجتماعي	إنساني	١٠٠	٠,٥٣	٠,٥٩٠			إحصائياً

يتبين من النتيجة المعروضة في جدول (5) أن القيمة الزائلية للفرق بين علاقة السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي تبعاً للتخصص الدراسي (علمي - إنساني) غير دالة إحصائياً وهذا يشير إلى أن طلبة التخصص العلمي لا يختلفون عن طلبة التخصص الإنساني في علاقة المتغيرين مع بعضهما ويمكن تفسير هذه النتيجة أن طلبة الجامعة يتعرضون خلال مرحلة دراستهم الجامعية إلى محددات معرفية ونفسية واجتماعية واحدة عن طريق تفاعلهم الدراسي والاجتماعي وهذا ما ينعكس على طبيعة ممارساتهم السلوكية مع بعضهم البعض في إقامة علاقات تكيفية سليمة مع غيرهم، ولم تحصل الباحثة على دراسات سابقة حول علاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لكي تقارن نتائج البحث الحالي معها.

الهدف الخامس: الفرق في معرفة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي تبعاً لمتغير جنس طلبة الجامعة (ذكور - إناث)

لغرض تحقيق هذا الهدف استخرجت قيمة معامل ارتباط (بيرسون) لعلاقة السلوك الصحي بالذكاء الاجتماعي لكل من الطلاب الذكور في كليتي العلوم والتربية وقد بلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٥٨) وبلغت قيمته لدى الطالبات الإناث في الكليتين (٠,٥٢) ولمعرفة دلالة الفرق بين معاملي الارتباط استعمل الاختبار الزائلي لإيجاد دلالة الفرق بين المعاملين في مجموعتين مستقلتين وقد بلغت القيمة الزائلية المحسوبة (٠,٤٣) وهي أصغر من القيمة الزائلية الجدولية (١,٩٦) بدرجة حرية (١٩٤) عند مستوى دلالة (٠,٠٥) ، وهذا يشير إلى أن الفرق بين معاملي الارتباط غير دال إحصائياً كما موضح في جدول (6) .

جدول (6) الفرق في العلاقة بين السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة تبعاً

لمتغير الجنس (ذكور - إناث)

المتغير	الجنس	العدد	معامل الارتباط	القيمة المعيارية	القيمة الزائلية	القيمة الجدولية	الدلالة الإحصائية
السلوك الصحي	ذكور	١٠٠	٠,٥٨	٠,٦٦٢	٠,٤٣	١,٩٦	غير دالة
الذكاء الاجتماعي	إناث	١٠٠	٠,٥٢	٠,٥٧٦			إحصائياً

يتبين من النتيجة المعروضة في جدول (6) أن القيمة الزائلية للفرق في العلاقة بين السلوك الصحي والذكاء الاجتماعي (0.43) غير دالة إحصائياً تبعاً لمتغير الجنس، إذ إن الطلاب الذكور لا يختلفون في هذه العلاقة عن الطالبات الإناث، ويمكن تفسير هذه النتيجة أن الطلبة في الجامعة ذكوراً أو إناثاً هم في مستوى عمري ومعرفي لا يختلفون فيه عن بعضهم البعض كثيراً، كما أنهم ينتمون إلى بيئة اجتماعية متشابهة، وفيما يتعلق بنتائج الدراسات السابقة حول هذه العلاقة فقد درست علاقة السلوك الصحي بمتغيرات غير متغير الذكاء الاجتماعي، لذلك لم يتسنّ للباحثة مقارنة نتائج بحثها بنتائج البحوث السابقة.

التوصيات:

في ضوء ما توصل إليه البحث من نتائج، توصي الباحثة بما يأتي:

- ١- تعميق الوعي الصحي لدى طلبة الجامعة بما يساعدهم على ممارسة السلوك الصحي السليم.
- ٢- إقامة الندوات الحضرية والمنصية تتضمن موضوعات عن أضرار التدخين وتناول العقاقير الطبية من دون وصفات علاجية.
- ٣- الاهتمام بالأنشطة الرياضية وتشجيع الطلبة على ممارستها في أوقات فراغاتهم وعطلهم الدراسية.
- ٤- تعزيز الاهتمام بالإرشاد النفسي للطلبة في تنمية ذكاءاتهم ولاسيما الذكاء الاجتماعي.
- ٥- إعداد برامج إرشادية تتضمن موضوعات حول الوقاية الصحية وممارسة السلوكيات السليمة لبناء الكيان الشخصي الاجتماعي لدى الطلبة.

المراجع العربية :

- أبو جادو، صالح محمد علي (1998) : سيكولوجية التنشئة الاجتماعية، ط١، عمان - الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- أبو حطب، فؤاد عبد اللطيف (1996) : القدرات العقلية، ط٥، القاهرة - مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو سعد الله، أحمد والختاتنة (2014) : مستوى التكامل النفسي لدى كبار السن وعلاقته بسلوكهم الصحي وكفايته الذاتية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد (4) (ص 355-987).
- أبو النيل، هبة الله (2008) : الذكاء الوجداني والسلوك الصحي لدى مريضات ضغط الدم المرتفع، دراسات نفسية، مصر 18 (1) ، 49-109 .
- أبو هاشم، السيد محمد (٢٠٠٨): مكونات الذكاء الاجتماعي والوجداني والنموذج العلاقي بينها لدى طلاب الجامعة المصريين والسعوديين " دراسة مقارنة "، مجلة كلية التربية ببنها، مجلد (١٨) ، عدد ١٦٩، ص ص ١٥٧-٢١٨.
- أحمد عبد الرحمن إبراهيم وعزت عبد الحميد حستن (٢٠٠٣): الذكاء الاجتماعي وعلاقته بكل من : الدافعية للتعلم والخجل والشجاعة والتحصيل الدراسي لدى طلاب وطالبات كلية التربية - جامعة الزقازيق، مجلة كلية التربية بالزقازيق، العدد (٤٤)، مايو، ص ص ١٩٢-٢٧٢.
- الأسدي، أسماء عبد الستار (2004) : بناء مقياس المسيرة الاجتماعية لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة بغداد.
- الألوسي، أحمد إسماعيل (2001) : فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، مقدمة إلى كلية الآداب - جامعة بغداد.
- تاييلور، شيلي (2008) : علم النفس الصحي الطبعة الأولى، ترجمة: وسام دريش بريك وفوزي شاكر داود، عمان - الأردن، دار الحامد للنشر والتوزيع .
- جولمان، دانيال (2000) : الذكاء العاطفي سلسلة كتب ثقافية، يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- الحارثي، إسماعيل (2014): مستوى السلك الصحي لطلاب جامعة أم القرى في ضوء بعض المتغيرات، رسالة ماجستير (غير منشورة)، جامعة أم القرى، السعودية.
- حبوش، سميرة (2017) : الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة، مجلة روافد العدد الثاني، ديسمبر (2017) (ص 217-278).
- الخزاف، محمد (2007) : نظريات الذكاء المتعددة، كلية التربية، البحرين.

- الخرزجي، إبراهيم محمد والعزي، أحلام مهدي (2010): الذكاء الاجتماعي وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى طالبات معهد إعداد المعلمات، مجلة ديالى، العدد السابع والأربعون، (ص ٣١٩-٣٥١).
- الدسوقي، مجدي محمد (1998): دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين، مجلة دراسات في الصحة النفسية، المجلد (١).
- الدماطي، فاطمة عبد السميع (1991): الذكاء الاجتماعي وعلاقته بكفاءة التدريس لدى طلبة دور المعلمين، (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية - جامعة عين شمس.
- الرازحي، عبد الوارث (2002) : تطوير أداة لتقييم العادات غير الصحية لدى تلاميذ المرحلة الأساسية، مجلة المؤتمر العلمي الرابع عشر، المجلد (02) ، كلية التربية - جامعة عين شمس - مصر.
- رضوان، سامر، رشكة، كونارج (2001): السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، شؤون اجتماعية، (72) 66-25 .
- الزغلول، عماد عبد الرحيم(2002): مبادئ علم النفس التربوي، ط٢، دار الكتاب الجامعي، عمان - الأردن.
- السرور، ناديا هائل (2002): المتميزين والموهوبين، ط٣، دار الفكر للطباعة والنشر، القاهرة.
- سفيان، نبيل صالح (1998): الذكاء الاجتماعي والقيم الاجتماعية وعلاقتهما بالتوافق النفسي لدى طلبة علم النفس في جامعة تعز، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية - جامعة بغداد.
- السيد، فؤاد البهي (١٩٩٤): الذكاء من منظور جديد، القاهرة - مصر.
- الشاعر، عبد المجيد وآخرون (2001): الصحة والسلامة العامة، ط١، اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.
- شلتز، دواف (1983): نظريات الشخصية، ترجمة: محمد دلي الكربولي وعبد الرحمن القيسي، جامعة بغداد.
- الشويخ، هناء (2005): العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كمتنبئات للسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة، مجلة العلوم الاجتماعية، 62-105، 40 (1) .
- الصبوة، والمحمود، شيماء (2007) : بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسات السلوك الصحي الإيجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، دراسات عربية في علم النفس، 6 (1) 48-1 .

- الصبوة، محمد والدق، أمير (2009): الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي المزمن والأصحاء في بعض أنماط السلوك الصحي وفعالية الذات والحالة العقلية، دراسات عربية في علم النفس، 8 (2) 314-263.
- الصمادي، أحمد والزعبي، فايز (2001): أثر برنامج إرشاد جمعي بطريقة العلاج الواقعي في تنمية المسؤولية الاجتماعية لدى عينة خاصة من الأطفال الأيتام، مجلة العلوم التربوية والنفسية (جامعة البحرين)، 8 (1) 113-111 .
- الصمادي، أحمد والصمادي، محمد (2011) : مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية، المجلة العربية للطب النفسي، 22(1) 83-88 ..
- صمادي، رشاد (2013) : المنظومة القيمية والسلوك الصحي لدى طلبة جامعة اليرموك، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة اليرموك، إربد - الأردن.
- عاقل، فاخر (1977) : معجم علم النفس، ط٢، دار العلم للملايين، بيروت.
- عبد الفتاح، فوقية (٢٠٠١): الذكاء الاجتماعي لمعلمة الروضة وعلاقته بكفاءة أدائها والذكاء الاجتماعي للطفل، المجلة المصرية لدراسات التنمية، العدد (٣٢)، يوليو، ص ص ٢٥٥-٢٩٨.
- عرعار، غنية وبوضياف، نوال (2020) : مستوى السلوك الصحي لدي طلبة ليسانس بقسم علم النفس، دراسة ميدانية بجامعة المسيلة، محلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد (5) العدد (2) ، (ص 678-697).
- الغول، أحمد عبد المنعم (1994): الكفاءة الذاتية والذكاء الاجتماعي وعلاقتهما ببعض العوامل الوجدانية لدى المعلمين، أطروحة دكتوراه (غير منشورة)، كلية التربية - جامعة أسيوط.
- قاسم، انتصار (2009) : الذكاء الاجتماعي وعلاقته بأسلوب حل المشكلات لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد (21) مركز الدراسات التربوية والنفسية، جامعة بغداد.
- الكيال، : أحمد (2003): البيئة النفسية للذكاء الموضوعي والذكاء الاجتماعي والذكاء الشخصي وعلاقته بمستويات تجهيز لمعلومات في ضوء الجنس والتخصص الأكاديمي، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، العدد (22) (ص 168-190).
- لندي، ك. وهول، ج (1969): نظريات الشخصية، ترجمة: أحمد فرج وآخرون، القاهرة.
- مجدي أحمد محمد عبد الله (2006) علم النفس المرضي - دراسة في الشخصية بين السواء والشذوذ/ دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية - مصر .
- ملحم، سامي محمد (2000) : القياس والتقويم في التربية وعلم النفس، ط١، دار المسيرة للطباعة والنشر والتوزيع، سوريا.

- منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط (1988) :
- نموذج المنهج الصحي المدرسي (مرشد المعلم)، الإسكندرية - مصر .
- النصيرية، راية (2017) : العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية العلوم والآداب، جامعة نزوى.
- يخلف، عثمان (٢٠٠١): علم نفس الصحة ، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط١ دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة ،قطر.
- المراجع الأجنبية:
- Bruch on- Schweitzer, M.et Dander R. (1994). Introduction ala Psychologies de Insane, PUF. Paris.
- Corsini, R. (2010). Current Psychotherapies. (10ed.). Itasca, 111: Peacock.
- Enyeart Smith, T. (2004). A Comparison of health ixk behaviors amoung college Student enrolled in a required Personal health Coursevs.Anelective Personal health Course, A Ph.D. Dissertation, Available online.
- Foley. J.(1971). Asocial in intelligence: Aconcept in search of fata Psychological. Vol.24.
- Kaplan, B.H/ Cassel, J/C. and Gore.S. (1977). Social Support and jealth. Medcare. Vol. 15. PP.(47-58).
- Gardner,H. (1993): Multiple intelligences, New York, Basic Book.
- Lennoon, B. (2000). From reality therapy to reality theropty in action. International Journal of Reality Therapy, 20(1), 41-46.
- Matarazzo, J. D. et al. (1984). Behavioral health : A Hand book of health enharenment and disease prevention. New York, Wiley.
- Mayer, J. D. & Solves, P, (1993). The Intell'sgence.
- Silvera, D, Martinussen: M. and Dahl, T(2001). The Tromso Social Intelligence Scandinavia Journal of Psycholoigy. 42, PP. 313-319,
- Talorm S. E (2003): Health Psychology 5 meed, New York: Mc Graw-Hill.

- Taylor, E, Shelley (2006): Health Psychology, sixth edition , University of V=California, KLes Angeles ,PP. 395-396.
- Verlhac, J.F.(Sans date), Le Psychologic Saciale et sunte, <https://Ufr>.
- Yaoll,C. Crinson, L. and Duncan, E (2010). Key Concepts in health Stydies, <http://www.knewlege> Sagepub.com.
- Wardle, H., Steptoe, A., Bellisle, F.,8 Savou, B. (1997). Health dietary Practice among European studemts, Health Psychology, 16(5), 443-450..