

السلوكيات الصحية

وعلاقتها بالوجدان الإيجابي والسلبي وحب الحياة

أ.د./ أحمد محمد عبد الخالق

قسم علم النفس - جامعة الإسكندرية

ملخص :

السلوكيات الصحية، الإيجابية والسلبية، لها دور كبير في الصحة والمرض، واستهدفت هذه الدراسة بحث العلاقة بينها وكل من: الوجدان الإيجابي، والوجدان السلبي، وحب الحياة. واستخدمت عينة متاحة من طلاب جامعة الإسكندرية بمصر (ن = ٣٠٣) من الرجال (ن = ١٤٧) والنساء (ن = ١٥٦). وأسفرت النتائج عن فروق دالة إحصائياً بين الجنسين: للرجال متوسط أعلى في الوجدان الإيجابي، وللنساء متوسط أعلى في الوجدان السلبي. وكانت جميع الارتباطات بين السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، وحب الحياة لدى الجنسين، دالة إحصائياً وموجبة، في حين كانت الارتباطات بين المقاييس الأخيرة، والوجدان السلبي دالة وسالبة، ولم يرتبط الوجدان الإيجابي بالوجدان السلبي ارتباطاً جوهرياً. واستخرج من تحليل المكونات الأساسية مكون واحد ثنائي القطب، سمي: "الصحة في مقابل الوجدان السلبي" وتتبا بالسلوكيات الصحية - على التوالي - حب الحياة، والوجدان الإيجابي، وانتفاء الوجدان السلبي، وانطبقت هذه النتائج على الجنسين. وخلصت هذه الدراسة إلى ضرورة بذل الجهود لتطوير الجوانب الإيجابية للشخصية كالوجدان الإيجابي وحب الحياة، التي يمكن أن تكون واعدة للارتقاء بالسلوكيات الصحية الجيدة.

المصطلحات الأساسية: السلوكيات الصحية، الوجدان الإيجابي، الوجدان السلبي، حب الحياة.

قول مأثور : "القلب المبتهج أفضل دواء" **A cheerful heart is good medicine .**

مقدمة :

السلوكيات الصحية إما أنها إيجابية كممارسة التمرينات الرياضية، وإما أنها سلبية كالتدخين، واتباع السلوكيات الإيجابية وتجنب السلبية - إذا كانت بقية المتغيرات محايدة - لا بد أنه يؤدي إلى حالة جيدة من الصحة الجسمية والنفسية. والوجدان هو البطانة الخلفية للحياة النفسية، ويمكن أن يؤثر تأثيرًا كبيرًا في جوانب كثيرة لدى الإنسان ومنها السلوكيات الصحية، والوجدان إما إيجابي كالفرح، وإما سلبي كالحزن، وحب الحياة مفهوم جديد في علم النفس الإيجابي، يتصل بالتمسك بالحياة وحسن تقديرها، والهدف العام لهذه الدراسة، هو بحث العلاقات بين هذه المتغيرات: السلوكيات الصحية، والوجدان بنوعيه: الإيجابي والسلبي، وحب الحياة.

تساؤلات الدراسة :

شملت هذه الدراسة أربعة متغيرات هي: السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، والوجدان السلبي، وحب الحياة. وتتخلص تساؤلات الدراسة فيما يلي :

- ١ - ما الفرق بين الجنسين في متغيرات الدراسة؟
- ٢ - ما العلاقات المتبادلة بين هذه المتغيرات؟
- ٣ - ما المكونات الأساسية لمصفوفتي الارتباط لدى الجنسين؟
- ٤ - ما هي منبئات السلوكيات الصحية؟

أهمية الدراسة :

ترجع قيمة هذه الدراسة إلى أهمية متغيراتها، فالسلوكيات الصحية هي تمهيد للصحة أو المرض في الوقت الراهن وفي قابل الأيام، ومن ثم؛ فمن الأهمية بمكان أن تدرس هذه السلوكيات، حتى تتضح أهمية اتباع السلوكيات الإيجابية وخطورة السلبية، وأما الوجدان الإيجابي والسلبي، فهما البعدان الأساسيان في الحياة النفسية الوجدانية - في مقابل الجوانب المعرفية، ويسمى هذان البعدان: "الاثتان الكبار"، ويمثلان إما القابلية للشعور بالانفعالات الإيجابية فضلاً عن الحياة الطيبة، وإما السلبية التي تمهد للاضطراب النفسي. وفيما يختص بحب الحياة، فهو متغير جديد في مجال علم النفس الإيجابي، أجرى عليه عدد غير قليل من البحوث، باستثناء علاقته بالمتغيرات الحالية. ومن ناحية أخرى، فإن معظم متغيرات هذه الدراسة تقع في القلب من علم النفس الإيجابي، وهو التيار الأحدث في علم النفس المعاصر، والحاجة ماسة إلى مزيد من البحوث في هذا المجال على المستوى العربي.

السلوكيات الصحية :

هناك قول عربي ماثور مفاده أن "الصحة تاج على رؤوس الأصحاء لا يراه إلا المرضى"، وفي الحقيقة فإن الصحة لا تتحقق إلا باتباع السلوكيات الصحية **Health behaviors**، وتعد دراسة السلوكيات الصحية لدى الأصحاء وغير الأصحاء، مجالاً مهماً للدراسة في فرع مهم وحديث من فروع علم النفس، وهو علم نفس الصحة، الذي حقق إضافات مهمة لتحسين الصحة (Conner & Norman, 2017). وقد خلص تقرير صادر عن الرابطة الأمريكية لأمراض القلب، إلى أن السلوكيات المرتبطة بأسلوب الحياة السيئ، وعوامل الخطر السلوكية، هي أول أسباب الموت والعجز على مستوى العالم (Mozaffarian et al., 2016).

إن عدم الالتزام بالسلوكيات الصحية، من مثل: التدخين، واستهلاك الكحوليات، وعادات الأكل غير الصحية، وعدم النشاط البدني، والحياة الراكدة غير النشطة، يؤدي إلى خطر الإصابة بأنواع مختلفة من الأمراض، من مثل: الأورام، وأمراض القلب والشرابين، والسكتة الدماغية، والسكر، وارتفاع ضغط الدم... وغيرها (World Health Organization, 2015b). ويعرف "جوشمان" (Gochman, 1997) السلوكيات الصحية، بأنها "الأنماط السلوكية الظاهرة، والأفعال، والعادات، التي ترتبط بصيانة الصحة والحفاظ عليها، واستعادة الصحة، وتحسين الصحة" (ص ٣).

وتؤثر السلوكيات في الصحة بطرق أساسية ثلاث على النحو الآتي: بإحداث تغيرات بيولوجية مباشرة، أو بتعديل الأخطار الصحية أو الحماية منها، أو بأن تؤدي هذه السلوكيات إلى الكشف المبكر عن المرض أو علاجه (Baum & Poslusny, 1999). ويعتمد الاهتمام بالسلوكيات ذات التأثير الكبير في الصحة والهناء الشخصي، على افتراضين هما: (أ) أن نسبة كبيرة من الوفيات الناتجة عن الأسباب المؤدية إلى الموت، تنتج عن سلوك الأفراد، و(ب) أن هذه السلوكيات يمكن تعديلها (Conner & Norman, 1996).

ويميز الباحثون في السلوكيات الصحية والممارسة، بين السلوكيات الإيجابية التي تحسن الصحة، مثل ممارسة التمرينات الرياضية بانتظام، والمراجعة السنوية للصحة، وتناول خمسة أجزاء على الأقل من الفواكه والخضروات في اليوم، والسلوكيات السلبية والخطرة التي تعوق الصحة، مثل: التدخين، وشرب الخمر، وتناول طعام مرتفع في الدهون المشبعة... وغيرها.

وقد ذكرت منظمة الصحة العالمية أن السلوكيات الصحية الإيجابية مثل النشاط البدني، أو الطعام الصحي، يمكن أن تمنع خطر الإصابة بكثير من الحالات المرضية المزمنة (World Health Organization, 2006). وفي وقت أحدث، قدر تقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO, 2015a)، أن نسبة ٨٠% على الأقل من كل أمراض القلب، والسكر، والسكتة الدماغية يمكن تجنبها، وبينت أدلة قوية أن تناول مقادير مناسبة من الفواكه والخضروات، يمكن أن

يقلل من خطر الإصابة بالأمراض غير المعدية أو يمنعها (Boeing et al., 2012). كما كشفت دراسات عدة، أن ممارسة النشاط البدني، يمكن أن تمنع أو تقلل من خطر الإصابة بأمراض العظام Osteoporosis ، وتساعد على التحكم في الكوليستيرول المرتفع، وضغط الدم المرتفع، ووزن الجسم. ويعد تدخين التبغ سبباً مهماً للأمراض والموت يمكن منعه، مثل سرطان الرئة، وأمراض انسداد الرئة، وأمراض القلب (Australian Institute of Health & Welfare, 2016).

الوجدان الإيجابي والوجدان السلبي :

الحالات العقلية الأساسية - من الناحية التاريخية - ثلاث هي: الوجدان **Affection**، والمعرفة **Cognition** ، والنزوع أو الإرادة **Conation / Volition**. ويعرف الوجدان في المعجم الوسيط بأنه : أولاً: يطلق على كل إحساس أولى باللذة أو الألم، وثانياً على ضرب من الحالات النفسية من حيث تأثيرها باللذة أو الألم (مجمع اللغة العربية، ١٩٨٥، ص ١٠٥٥). وورد في القاموس الموسوعي في العلوم النفسية والسلوكية، أن الوجدانية **Affectivity** هي: درجة استجابة الفرد أو قابليته للذة والألم والمثيرات الانفعالية الأخرى (فاندنبوس، ٢٠١٥، ص ٢٠٧). ومن ناحية أخرى ورد في معجم الطب النفسي، أن الوجدان مصطلح عام يتضمن المشاعر **Feelings** والانفعالات **Emotions** ، كما يتميز ويختلف عن المعرفة والإرادة (Campbell, 1996, p. 19).

وعلى الرغم من أن بعض الباحثين يستخدم المصطلحات الثلاثة الآتية: الوجدان **Affect**، والحالات المزاجية **Mood**، والانفعال **Emotion** للفرقة بين دوامها **Duration**، فإن هذا الاستخدام ليس متسقاً في البحوث (Pressman & Cohen, 2005).

والوجدانان الإيجابي والسلبي، هما البعدان الأساسيان من أبعاد الحالات النفسية، ويسميان "الاثنان الكبار" في مجال الأبعاد الوجدانية، ويمثلان قابلية الفرد للشعور بالانفعالات الإيجابية من مثل: السرور، والابتهاج، والحب، أو بالانفعالات السلبية من مثل: الحزن، والقلق، والغضب.

ومن أهم الباحثين في هذا المجال "واطسون، وكلارك، وتيلليجان" (Watson et al., 1988)، وقد وضعوا قائمة الوجدان الإيجابي والسلبي **PANAS** كما سيرد بالتفصيل فيما بعد. وعرفوا الوجدان الإيجابي بأنه المدى الذي يشعر فيه الشخص بالحماسة، والنشاط، والتيقظ. وينظر "واطسون" وكلارك (Watson & Clark, 1994) إلى الوجدان الإيجابي على شكل متصل **Continuum** . وتعني الدرجة المرتفعة من الوجدان الإيجابي الطاقة الزائدة، والتركيز الشديد، والتعلق السار بالبيئة، والمشاعر الإيجابية من مثل: السعادة، والفرح، والإثارة، والرضا. في حين أن الحزن والكسل يشيران إلى الدرجة المنخفضة من الوجدان الإيجابي (Clark et al., 1989).

وأما الوجدان السلبي **Negative affect (NA)** ، فإنه بعد عام يتسم بالضيق الذاتي، وعدم الرضا، وعدم الراحة، والاندماج غير السار الذي يشمل مشاعر الغضب، والازدراء، والاشمئزاز،

والياس، والذنب، والخوف، والعصبية. وتظهر الدرجة المنخفضة من الوجدان السلبي، على شكل حالة من الهدوء والسكون. ويمثل الوجدان الإيجابي والوجدان السلبي، المستوى الذي يتخذه الفرد من الاقتراب أو الانسحاب؛ الإقدام أو الإحجام، ويمكن تصور هذين الوجدانين على أنهما تنشيط **Activation** إيجابي مقابل تنشيط سلبي (Watson & Clark, 1994).

ومن فوائد الوجدان الإيجابي، أنه - في معظم الظروف - يحسن من حل المشكلات، واتخاذ القرارات، ويؤدي إلى معالجة العمليات المعرفية بأسلوب مرن، ومجدد، ومبدع، وليس هذا فقط، بل إن هذه المعالجة تتم بطريقة شاملة وفاعلة. وفي سياق تأثير الوجدان الإيجابي في التفاعلات الاجتماعية، فإن الوجدان الإيجابي يؤدي إلى المساعدة، والكرم، والإيثار، والتفاهم الجيد بين الأشخاص. ويمكن تطبيق هذه النتائج في مجالات محددة مثل تفاعل الطبيب مع المريض، واتخاذ القرارات الطبية، ورضا المستهلك عن هذا المجال الطبي، ويمكن تطبيق هذه النتائج أيضاً على النماذج الاقتصادية (Isen, 2001).

والوجدان الإيجابي له مزايا عدة (Cohen & Pressman, 2006)، ويعد واقياً من حدوث ضغط الدم المرتفع (Smart Richman et al., 2005; Steptoe et al., 2007)، ونقص الوجدان الإيجابي ينبئ بتدهور الحالة الصحية في حالات إفلاس القلب المزمن **Chronic heart failure** (انظر: Pelle et al., 2009).

وتشير الدلائل العملية، إلى أن الوجدان الإيجابي له عدد من الوظائف التكيفية المهمة؛ إذ يرتقى بالإبداع، والمرونة في التفكير، وحل المشكلات، ويسهل معالجة المعلومات، ويمكن للوجدان الإيجابي أيضاً أن يقوم بدور الواقي ضد العواقب الفسيولوجية السيئة للضغط، كما يُبطل بعض الآثار الفسيولوجية السلبية المرتبطة بالانفعالات السلبية، وقد يكون ذلك عن طريق عمل الجهاز الغدي العصبي. ويمكن للوجدان الإيجابي أيضاً، أن يساعد على منع حدوث الاكتئاب، في سياق الضغوط المزمنة، ويوقف بريمة الاجترار **Rumination** (التي تؤدي إلى الوسواس)، ويمنع الانزلاق إلى الاكتئاب الإكلينيكي (Folkman & Moskowitz, 2000).

ومن ناحية أخرى، فللوجدان السلبي تأثيرات سلبية، فقد كشفت عقود من البحوث، عن أن الوجدان السلبي له تأثير ضار في الصحة (Dougall & Baum, 2001, Suinn, 2001)، كما أن له تأثيراً سلباً في العمليات المعرفية والاجتماعية (Forgas, 2000).

وأُسفرت بحوث "واطسون، وبينيبكر" (Watson & Pennebaker, 1989)، عن علاقة متسقة بين الوجدان السلبي، والشكاوى الصحية الجسمية، وأن هناك علاقة وثيقة بين العصابية **Neuroticism** والتقرير الذاتي للصحة، كما وجد "براون، وموسكوفتش" (Brown & Moskowitz, 1997)، أن الوجدان السلبي يرتبط بالأعراض الجسمية العامة؛ الحالية والآتية. ويرتبط الوجدان السلبي كذلك بأمراض القلب والأوعية الدموية (Kubzansky & Kawachi, 2000).

حب الحياة :

يعرف حب الحياة **Love of life** بأنه توجه إيجابي نحو الحياة عامة، وتقويم إيجابي لها، وتمسك بها، وتعلق سار بجوانبها، وحسن تقدير لها (عبدالخالق، ٢٠٠٣، ٢٠١٦؛ **Abdel-Khalek, 2004, 2007, 2013b**). وينتمي حب الحياة إلى مجال الحياة الطيبة **Well-being**، وبعد إضافة جيدة إلى بحوثها. وفي دراسات ودول عدة، استخرج مكون عام جمع بين عناصر الحياة الطيبة، والتدين، وحب الحياة (انظر: **Abdel-Khalek, 2011, 2012a, 2012b, 2013c, 2014, 2015**).

وارتبط حب الحياة بمتغيرات كثيرة، من مثل: الذكاء الوجداني، والأمل، والسعادة، والتفاؤل، والرضا عن الحياة (الفضلي، ٢٠٠٩)، وتتباين التفاؤل والسعادة بحب الحياة (السعيد، ٢٠٠٩). وارتبط حب الحياة سلبياً بالقلق والاكتئاب لدى طلاب الجامعة من الكويت وأمريكا (**Abdel-Khalek & Lester, 2012**). وفي دراسة على طلاب الجامعة في الهند، ارتبط حب الحياة، بالسعادة والتدين الداخلي (**Abdel-Khalek & Singh, 2019**)، وارتبط حب الحياة ارتباطات جوهرية بمتغيرات الحياة الطيبة في عينة من ماليزيا (**Abdel-Khalek & Tekke, 2019**). وباستخدام عينة من المسنين، ارتبط حب الحياة ارتباطات دالة إحصائياً بمقاييس: الصحة النفسية، والمساندة الاجتماعية، والتواصل الاجتماعي (إيجابياً)، وبالأعراض والشكاوى الجسمية (سلبياً) (الأيوب، وعبد الخالق، ٢٠١٢). وباستخدام عينة أخرى من المسنين، تشبع مقياس حب الحياة تشبعاً مرتفعاً بمكون الحياة النفسية الطيبة (عبد الخالق، والحويلة، ٢٠١٣).

وأجريت دراسة مقارنة في حب الحياة بين تسع دول نامية ومتقدمة (ن = ٣,٧٩٩)، من مصر، ولبنان، والكويت، وقطر، والجزائر، وماليزيا، والهند، وإيران، والولايات المتحدة، وكانت الفروق بين الجنسين في حب الحياة، دالة إحصائياً في دولتين فقط هما: الكويت (للرجال متوسط أعلى)، والهند (للنساء متوسط أعلى)، وظهر أن عينات الدول ذات الدخل المرتفع، تميل إلى أن تحصل على متوسط درجات أعلى في حب الحياة (**Abdel-Khalek & El-Nayal, 2018**).

وفي دراسة على عينة مصرية من تلاميذ المدارس (ن = ٢٤٢)، أسفر تحليل الانحدار المتعدد، عن أن منبآت حب الحياة هي: تقدير الذات، والسعادة لدى الجنسين (عبد الخالق، ٢٠١٧). وفي دراسة أخرى طبق مقياس حب الحياة واستخبار "أيزنك" للشخصية، وكان الانبساط هو منبئ حب الحياة في عينة الذكور، في حين كانت منبآت حب الحياة لدى الإناث: الذهان المنخفضة، والعصابية المنخفضة، والانبساط المرتفع (**Abdel-Khalek, 2013a**).

وباستخدام عينة مصرية من طلاب الجامعة (ن = ٥٣٤)، استخرج عامل ثنائي القطب يقابل بين حب الحياة والأفكار الانتحارية (عبدالخالق، ٢٠١٨ أ). وأجرى عبد الخالق، وزين العابدين (٢٠١٩) دراسة على عينة كبيرة من طلاب الجامعة في الجزائر (ن=٧٧٧)، كشفت عن ارتباطات

دالة إحصائيًا بين حب الحياة وكل من: السعادة، والتفاؤل، والرضا عن الحياة، (موجب)، والتشاؤم (سالب)، واستخرج عامل ثنائي القطب سمي: "حب الحياة والتفاؤل في مقابل التشاؤم".

الدراسات السابقة :

أجريت دراسات كثيرة - على المستوى العالمي - عن العلاقة بين الوجدانين: الإيجابي، والسلبي، وكل من السلوكيات الصحية، وبعض السمات السوية كالحياة الطيبة، والأعراض غير السوية كالقلق والاكتئاب، لدى الأسوياء والمرضى. ويلاحظ أن الاهتمام الحديث بعلم النفس الإيجابي، جذب الانتباه إلى الفوائد الممكنة للانفعالات الإيجابية (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Compton & Hoffman, 2019).

وفي العلاقة بين الوجدان الإيجابي والصحة الجسمية، أجريت المجموعة الأولى من الدراسات، وتساءلت "سارة بريسمان، وشيلدون كوهن" (Pressman & Cohen, 2005): هل يؤثر الوجدان الإيجابي في الصحة الجسمية؟ واعتمادًا على عرض مستقيض لعدد كبير من البحوث، استنتج الباحثان أن الدلائل تشير إلى علاقة بين سمة الوجدان الإيجابي، وانخفاض معدلات الأعراض، فضلًا عن علاقة بين الوجدان الإيجابي (السمة والحالة) ونقص الأعراض والألم، كما ارتبطت سمة الوجدان الإيجابي أيضًا بطول معدل العمر لدى المسنين.

وفي تاريخ أحدث، عرضت "سارة بريسمان" وزملاءها (Pressman et al., 2019) للدراسات التي تربط بين الوجدان الإيجابي والصحة الجيدة، عبر مدى واسع من جوانب الصحة، مع بيان الجوانب (والممرات) البيولوجية، والاجتماعية، والسلوكية، التي تؤدي بالمشاعر الإيجابية إلى التأثير في الصحة الجسمية الجيدة، من مثل: صحة القلب والأوعية الدموية، والسكر، والأورام، والنتائج الجيدة عند الإصابة بالأمراض المزمنة، فضلًا عن طول العمر، وانخفاض معدلات الوفاة، ولاسيما في الجزء الأخير من الحياة، كما تتبأت الدرجة المرتفعة من الوجدان الإيجابي بمقاومة عدوى البرد والإنفلونزا.

وقد بينت الأدلة العملية، أن هناك علاقة وثيقة بين الحالات النفسية الإيجابية والصحة، بما في ذلك خفض خطر الإصابة بأمراض القلب والشرابين، وزيادة مقاومة العدوى، كما كشفت البحوث عن علاقات بين الوجدان الإيجابي وممارسة التمرينات الرياضية بانتظام، وعدم التدخين، وتناول الطعام الصحي. وأما على المستوى البيولوجي، فقد ظهر أن إفراز الكورتيزول (Cortisol) (هرمون الضغط) منخفض لدى الأفراد الذين قرروا درجة مرتفعة من الوجدان الإيجابي، فضلًا عن علاقات مناسبة وصحية بين الوجدان الإيجابي وكل من: معدل النبض، وضغط الدم، وعلامات الالتهاب. ومن المهم أن هذه العلاقات مستقلة عن الوجدان السلبي، والمزاج المكتئب، ويشير ذلك إلأن الوجدان الإيجابي يمكن أن تكون له ارتباطات بيولوجية محددة بتحسين الصحة. وفي الوقت نفسه، فإن الوجدان

الإيجابي، يرتبط بعوامل الحماية النفسية، من مثل: العلاقات الاجتماعية الجيدة، وإدراك المساندة الاجتماعية، والتفائل، والمواجهة التكيفية، والصمود الذي يخفض من خطر العواقب السيئة على الصحة الجسمية (Steptoe et al., 2009).

وبحث "هويت" وزملاؤه (Hoyt et al., 2012)، العلاقات بين الهناء الشخصي الإيجابي **Positive well-being** في أثناء المراهقة، والعواقب **Outcomes** الصحية في الرشد المبكر، عبر موجات ثلاث من الدراسات الطولية (ن=1,047)، وقيس الهناء الشخصي الإيجابي بالمؤشرات الآتية: الخصال الجيدة، والأداء السليم، وشعور الشخص بأنه مقبول اجتماعياً، وشعور الشخص بأنه محبوب، وسمات الفخر، وحب النفس، وشعور الفرد بأن لديه ما لدى الآخرين من صفات جيدة، والأمل، والسعادة، والاستمتاع بالحياة. وقيست النتائج الصحية في الرشد المبكر، بالمؤشرات الآتية: عدد الأعراض، واضطرابات القلب، والربو، والعجز، وكتلة الجسم... وغيرها. وكشفت النتائج عن أن الهناء الشخصي الإيجابي في أثناء المراهقة، يرتبط ارتباطاً جوهرياً بإدراك الصحة العامة الجيدة في الرشد المبكر، كما ارتبط الهناء الشخصي الإيجابي ارتباطاً جوهرياً بأقل عدد من السلوكيات الخطرة، من مثل: نقص النشاط البدني، وتناول الوجبات السريعة، وشرب الكحول، وتدخين التبغ، وتدخين الحشيش وغيره من المواد.

واستهدفت دراسة "سن" وزميلاتها (Sin et al., 2015) بحث العلاقة بين الوجدان الإيجابي والسلوكيات الصحية لدى مرضى القلب والشرابين التاجية (ن = 1,022)، ثم أعيد القياس بعد خمس سنوات. وكشفت النتائج عن أن الوجدان الإيجابي يرتبط بالسلوكيات الصحية الإيجابية، وهي: النشاط البدني، ونوعية النوم، والالتزام بتناول العلاج، وعدم التدخين.

وأُسفرت البحوث عن نتيجة مهمة، مفادها أن زيادة الوجدان الإيجابي في أثناء ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية، يزيد من الدافع لممارسة هذه السلوكيات في المستقبل، وتسهل ممارستها الاندماج في السلوكيات الصحية الإيجابية على المدى الطويل (Cappellen et al., 2017).

وفي مجموعة ثانية من الدراسات عن الوجدان السلبي، اتضح أنه، أي الوجدان السلبي، يتنبأ - بمستوى جوهري - بالصحة السيئة، وبالحالات الصحية المزمنة، وبالصحة النفسية السيئة، وانخفاض تقدير الذات، وانخفاض الرضا عن الحياة، ومع ذلك فإن حجم الأثر يختلف بين الثقافات (Curhan et al., 2014).

وحدد "إليس" وزملاؤه (Ellis et al., 2015)، الوجدان السلبي على أنه الأعراض الحالية للاكتئاب والقلق، وقيست علاقتهما بالسلوكيات الصحية (التدخين، وتناول الخضروات والفواكه) لدى أجناس مختلفة، وكشفت النتائج أنه بالنسبة لأعراض الاكتئاب (وليس القلق)، كان هناك تفاعل بين الجنس أو العنصر **Race** والضيق النفسي، في التنبؤ بكل من التدخين واستهلاك الخضروات والفواكه، فقد ارتبطت زيادة أعراض الاكتئاب بزيادة احتمال التدخين، ونقص استهلاك

الخضروات والفواكه، لدى المستجيبين البيض وليس السود، وأما بالنسبة للأفراد الذين ترجع أصولهم إلى أمريكا اللاتينية، فإن أعراض الاكتئاب ارتبطت بزيادة احتمال ممارسة التدخين، ولكنها لم ترتبط باستهلاك الخضروات والفواكه.

وفي مجموعة ثالثة وأخيرة من الدراسات، أجريت البحوث على الوجدانين: الإيجابي والسلبي، فهدفت دراسة "برينان" وزملائه (Brennan et al., 2006) إلى بيان تأثير الوجدان الإيجابي، والوجدان السلبي، في نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم، لدى عينة أسترالية (ن = ٩٨٦)، تراوحت أعمارهم بين ٤٥ - ٥٤ سنة، ووصل معامل الارتباط بين الوجدان الإيجابي والوجدان السلبي إلى -٠,٤٩، واستوعب الوجدان السلبي أكبر نسبة من التبائن في درجات مقياس نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم، أكثر من الوجدان الإيجابي. وخلص الباحثون إلى أن الوجدانين يستوعبان نسبة إضافية من التبائن في درجات نوعية الحياة المرتبطة بصحة الفم، ولكنهما لا يقللان من تأثير المتغيرات التفسيرية، مثل: الحالة الصحية للفم، والمكانة الاجتماعية الاقتصادية، ونمط زيارة عيادات الأسنان.

ويُعد تدخين السجائر لدى المراهقين مسألة مهمة للصحة العامة، ولدراسة الآليات التي تدفع المراهقين إلى تدخين السجائر، أجرى "كاسل" وزملاؤه (Kassel et al., 2007) دراسة على مجموعتين من المدخنين وغير المدخنين، لتقييم تأثير النيكوتين في الوجدان لدى المراهقين، وبينت النتائج أن تدخين سيجارة واحدة - بصرف النظر عن محتوى النيكوتين - يؤدي إلى خفض كل من الوجدان الإيجابي والسلبي.

وكشفت دراسة أجريت على ١٥٣ من كبار السن (٦٠ عامًا وما بعده) المصابين بأمراض مزمنة، أن ارتفاع الوجدان الإيجابي، وانخفاض الوجدان السلبي، ارتبط بالمستويات المنخفضة من الضيق الناتج عن الأعراض، وبقلة أعراض الاكتئاب، وبدرجة مرتفعة من النشاط في أثناء اليوم، وارتفاع الصحة الجسمية والنفسية المرتبطة بنوعية الحياة. وخلص الباحثان إلى أن هناك تطبيقات إكلينيكية مهمة لهذه النتائج، في استخدام الوجدان الإيجابي والسلبي، بوصفهما مؤشرات للوظائف الحياتية لدى كبار السن، وأن قياس الوجدان يمكن أن يكون وسيلة مهمة لفهم نظرة الأفراد لصحتهم النفسية، ولأعراضهم المرضية (Hu & Gruber, 2008).

وقد وجد "موشباخ" وزملاؤه (Mausbach et al., 2009)، أن حالات الاكتئاب تشتمل على مكونين مستقلين نسبيًا وهما: زيادة الوجدان السلبي، ونقص الوجدان الإيجابي، وأن الأفكار السلبية تنتبأ - جوهرياً - بالوجدان السلبي، وأن المشاركة في المناشط - كما قيست بقائمة الأحداث السارة- تنتبأ - جوهرياً - بالوجدان الإيجابي.

واستخدم "ديهل" وزملاؤه (Diehl et al., 2011) عينة قوامها ٢٣٩ راشدًا أمريكيًا، دفعت لكل منهم مكافأة مادية، أجابوا لمدة ثلاثين يومًا متتابعًا، عن المقاييس الآتية: الرضا عن الحياة (بند

واحد)، والتقدير الذاتي للصحة، والأعراض الجسمية، وتكرار الوجدانين الإيجابي والسلبي، ونسبة الوجدان الإيجابي، وحالة الصحة النفسية، والتفاؤل، وتقدير الذات، والانبساط، والعصابية، ومؤشر الحالات المزاجية. وكشفت هذه الدراسة، أن النسبة بين الوجدان الإيجابي والسلبي تختلف عبر مرحلة الرشد، إذ ارتبط العمر بزيادة في الوجدان الإيجابي بالنسبة إلى السلبي، وأن نسب الوجدان الإيجابي المرتفعة ارتبطت بالصحة النفسية الجيدة.

ولبحث العلاقة بين الخبرة الوجدانية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى سرطان الرئة، كشفت دراسة "هيرش" وزملائه (Hirsch et al., 2012)، عن أن سمة الوجدان السلبي ارتبطت ارتباطاً جوهرياً، بسوء الوظائف الجسمية والاجتماعية، وبتقييد كبير للأدوار نتيجة المشكلات الانفعالية، وآلام بدنية أشد، وبسوء الصحة بوجه عام. في حين ارتبط الوجدان الإيجابي - جوهرياً - بالوظائف الاجتماعية التكيفية، وبآلام بدنية أقل حدة.

وذكرت "لوسي مارتن، ومريم تير - بتروسيان" (Martin & Ter-Petrosyan, 2020)، أن التستستيريون يفرز لدى الرجال والنساء، ويقوم بدور مهم في الوظائف الاجتماعية والدافعية، ويرتبط الإفراز الغزير له عند النساء، بنتائج سلبية في الصحة الجسمية، في حين أن انخفاض إفرازه يرتبط بالاضطرابات النفسية. وقد درست الباحثتان ٨٧ من طالبات الجامعة، ووجدتا أن الوجدان الإيجابي يعدل من العلاقة بين التستستيريون كما يقاس عن طريق اللعب، ودرجة السلوك الصحي المركبة من البنود الآتية: التدخين، وساعات النوم، وتناول الخضروات والفواكه، والتمرينات البدنية، وتشير هذه النتيجة، إلى أن السلوكيات الصحية لوحظت لدى المبحوثات ذوات الدرجة المرتفعة من الوجدان الإيجابي، والمستوى المنخفض من التستستيريون في اللعب.

ويتبادر إلى الذهن سؤال مهم عن العلاقة بين الوجدان الإيجابي، والوجدان السلبي، والتوازن الأمتل بينهما. ومنذ وقت مبكر، بين "برادبورن" (Bradburn, 1969) أهمية التوازن بين الوجدانين الإيجابي والسلبي. وفي وقت أحدث، استنتج "لارسن، وبريزمك" (Larsen & Prizmic, 2008) أنه لكي يمر الراشد بخبرة الصحة النفسية الإيجابية في أقل مستوى لها، فإنه يحتاج إلى أن يمر بخبرة مزيد من الوجدان الإيجابي بالنسبة للوجدان السلبي، بمقدار ثلاث مرات تقريباً.

والدراسات العربية في هذا المجال قليلة، منها: دراسة فايد، ونيازي (٢٠١١)، التي هدفت إلى بحث العلاقة بين الحساسية بين الشخصية [يقصدان ما بين الأشخاص **Interpersonal**] وكل من الألم، والوجدان السلبي، على عينة من معلمات المرحلة الثانوية بمدينة الرياض (ن = ٣٥٠)، وأسفرت النتائج عن ارتباط دال إحصائياً وموجب، بين الوجدان السلبي وكل من الحساسية فيما بين الأشخاص، والألم، وأدى عزل درجات الألم، إلى ضعف العلاقة بين الحساسية ما بين الأشخاص، والوجدان السلبي، كما أدى عزل تأثير درجات الحساسية بين الأشخاص، إلى ضعف العلاقة بين الألم والوجدان السلبي.

كما درست العلاقة بين الوجدان الإيجابي والسلبي والشخصية، واستخرجت ارتباطات دالة إحصائياً بين الوجدان الإيجابي وعوامل: الإتيقان، والانسياط، والتفتح للخبرة (إيجابياً)، والعصابية (سلبياً)، لدى الجنسين، بالإضافة إلى ارتباط الوجدان الإيجابي بالقبول لدى الإناث فقط. وارتبط الوجدان السلبي - جوهرياً - بعاملين فقط لدى الجنسين، وهما: العصابية (إيجابياً)، والقبول (سلبياً). وفي دراسة أخرى، ارتبط الوجدان الإيجابي بمقاييس الحياة الطيبة (السعادة، والرضا عن الحياة، والصحة النفسية) ارتباطاً إيجابياً، وارتبط الوجدان السلبي بهذه المقاييس ارتباطاً سلبياً (عبد الخالق، ٢٠١٨ ج، ٢٠١٩).

واستهدفت دراسة عبد الخالق، والنيال (٢٠١٩) بحث العلاقة بين السلوك الصحي، والفاعلية الذاتية، والهناء الشخصي، فضلاً عن منبآت السلوك الصحي، وأجريت هذه الدراسة على عينة من طلبة جامعة بيروت العربية وطالباتها (ن = ٣٧٠). وأسفرت النتائج عن حصول النساء على متوسط أعلى جوهرياً من الرجال في السلوك الصحي، في حين حصل الرجال على متوسطات أعلى - بمستوى دال إحصائياً - من النساء في التقدير الذاتي لكل من الصحة النفسية، والسعادة. وكانت جميع الارتباطات بين مقاييس الدراسة دالة إحصائياً وموجبة لدى الجنسين، واستخرج عاملان لدى الجنسين، سميا لدى الرجال: "الهناء الشخصي والتفاؤل"، و"الفاعلية الذاتية والسلوك الصحي"، في حين سميا لدى النساء: "الهناء الشخصي والفاعلية الذاتية"، و"التفاؤل والسلوك الصحي". وتتبا بالسلوك الصحي: التفاؤل، والفاعلية الذاتية، وتقدير الصحة الجسمية لدى الرجال، والفاعلية الذاتية، وتقدير الصحة الجسمية لدى النساء.

واستخدم "عبدالخالق" (Abdel-Khalek, 2020) عينة من طلاب الجامعة المصريين (ن=١٧٨)، واستخرجت ارتباطات دالة إحصائياً بين السلوك الصحي والتفاؤل (موجبة)، والتشاؤم (سلبية)، واستخرج من تحليل المكونات الأساسية مكون ثنائي القطب سمي: "السلوك الصحي والتفاؤل في مقابل التشاؤم". واستخدم الباحث نفسه في نفس المرجع عينة أخرى من طلاب الجامعة المصريين (ن=٢٩٠)، أجابوا عن المقياس العربي للسلوكيات الصحية، والتقدير الذاتي لكل من: الصحة الجسمية، والصحة النفسية، والسعادة، والرضا عن الحياة، واستخرجت معاملات ارتباط دالة إحصائياً وموجبة بين هذه المتغيرات لدى الجنسين، وكشف تحليل المكونات الأساسية عن مكون واحد لدى الجنسين، سمي: "الهناء الشخصي والسلوكيات الصحية".

وتعقيباً على الدراسات السابقة، يتضح أن البحوث العالمية في مجال الوجدان والصحة والمرض كثيرة جداً، على العكس من البحوث العربية ذات العدد القليل. وموجز البحوث العالمية أن العلاقة بين الصحة والسلوكيات الصحية والوجدان الإيجابي علاقة إيجابية وجوهرياً، في حين أنها سالبة مع الوجدان السلبي. والهدف العام للدراسة الحالية، ملء ثغرة ضئيلة في هذا المجال، يبحث العلاقة بين السلوكيات الصحية والوجدانين: السلبي والإيجابي وحب الحياة لدى عينة مصرية.

فروض الدراسة :

وضعت الفروض الأربعة الآتية :

- ١ - ستكون هناك فروق دالة إحصائية بين الجنسين في متغيرات الدراسة.
- ٢ - ستكون هناك ارتباطات متبادلة دالة إحصائية بين المتغيرات.
- ٣ - سوف يستخرج مكون (عامل) ثنائي القطب.
- ٤ - سيكون الوجدان وحب الحياة من منبئات السلوكيات الصحية.

المنهج والإجراءات :

المشاركون :

أجريت هذه الدراسة على عينة متاحة من المتطوعين (ن = ٣٠٣) من الطلاب (ن = ١٤٧) وال طالبات (ن = ١٥٦)، ممن يدرسون في المرحلة الجامعية الأولى، في أقسام وكليات عملية ونظرية مختلفة في جامعة الإسكندرية، وتراوح أعمارهم بين ١٩، و ٢٧ (م = ٢٠،٩، ع = ٢،١).

المقاييس :

١ - المقياس العربي للسلوكيات الصحية :

اعتمد تكوين هذا المقياس على أربعة مصادر على النحو الآتي: (١) استقصاء البحوث العملية **Empirical** السابقة عن السلوك الصحي، و(٢) مراجع علم نفس الصحة (Brannon & Feiest, 2012; Sarafino, 2008; Straub, 2012; Taylor, 2012)، و(٣) مقاييس السلوك الصحي السابقة (خميس، ٢٠١٢؛ الذياب، ٢٠١٠؛ الصبوة، والمحمود، ٢٠٠٧)، و(٤) الخبرة السابقة. واشتمل وعاء البنود على ٢١ بنداً (عبارة قصيرة)، طبقت على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين (ن=٢٥٠)، واستخدم معياران لاستبقاء البنود، أولهما: معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية بعد استبعاد البند؛ أي: الارتباط بين كل بند وبقية البنود **Item remainder**، وثانيهما: معاملات الارتباط بين كل بند وكل البنود. واعتماداً على هذين المعيارين، استبقى ١٨ بنداً، تراوحت ارتباطاتها ببقية البنود بين ٠،٠٣، و ٠،٧، تبعاً للمعيار الأول، بحيث تكون ارتباطات البند المستبقى جوهرية إحصائياً ببقية البنود تبعاً للمعيار الثاني. ويشتمل المقياس في صورته النهائية على ١٨ بنداً، منها ١٢ بنداً تُعد مؤشرات للسلوكيات الصحية الإيجابية، وستة بنود مؤشرات سلبية.

ويجاب عن كل بند في المقياس، وفقاً لبدائل "ليكرت" الرباعية كما يلي: صفر (لا)، ١ (أحياناً)، ٢ (كثيراً)، ٣ (دائماً). ويمكن أن تتراوح الدرجة الكلية في المقياس بين صفر، و ٥٤، وتشير الدرجات المرتفعة إلى سلوكيات صحية إيجابية. وقد قُصد بهذا المقياس أن يكون تقديرًا للسمة **Trait** وليس الحالة **State**، إذ يطلب من البحوث أن يجيب عن المقياس "بوجه عام". وعند تقدير الدرجات

(التصحيح)، يعكس مفتاح التصحيح للبنود السلبية، وهي ستة أرقامها (٢، ٥، ٦، ٩، ١٢، ١٤)، ثم تستخرج الدرجة الكلية بالجمع الجبري لجميع بنود المقياس (الإيجابية + عكس السلبية) (انظر: عبد الخالق، والنيال، ٢٠١٩؛ Abdel-Khalek, 2020).

ومن المعروف جيداً، أن كثيراً من السلوكيات الصحية، إن لم تكن كلها، ذات مضامين واضحة مرتبطة بالاجتماعية الاجتماعية **Social Desirability**، إذ ينظر كثير من المبحوثين إلى هذه السلوكيات على أنها غير مرغوبة، من مثل: سوء استخدام العقاقير، والكحول، والتدخين، وعدم النشاط البدني، وتناول أطعمة لها سعرات حرارية زائدة... وغير ذلك من السلوكيات غير الصحية (Patrick et al., 1994). ومع ذلك فإن تعليمات الإجابة التي لا تطلب من المبحوث ذكر اسمه (أي: Anonymous) - كما في الدراسة الحالية- يمكن أن تقلل من الميل إلى الإجابة وفقاً للجاذبية الاجتماعية.

وبما أن مقياس السلوكيات الصحية لم تحدد له البنية العاملية بعد، ومن ثم؛ أجري تحليل المكونات الأساسية لمعاملات الارتباط المتبادلة (١٨ × ١٨ بنداً؛ ن = ٣٠٣)، واتخذ معيار "كايزر" لتحديد عدد المكونات المستخرجة (الجذر الكامن $\leq 1,0$)، ثم استخدم التدوير المائل **Oblique** للمحاور، وهو الطريقة المناسبة في هذه الحالة؛ إذ إن مكونات السلوكيات الصحية مترابطة ومائلة، وليست مستقلة ومتعامدة (انظر الجدول ١).

الجدول (١): المكونات الأساسية للمقياس العربي للسلوكيات الصحية

العوامل بعد التدوير المائل						بنود المقاييس
٦	٥	٤	٣	٢	١	
٠,١٤٩	٠,٢٨٧-	٠,٦٩٧	٠,٠١٠	٠,٠٤٠	٠,٠٥١	١. أمارس الرياضة البدنية بانتظام.
٠,٢٥١	٠,١٦٣-	٠,١٤٢	٠,٠٤٧	٠,٢٩٨	٠,٤٥٧-	٢. نومي متقطع ومضطرب.
٠,٢٥٠-	٠,٢٢٧	٠,٦٢٧	٠,١٢٣	٠,٠٩٠	٠,٢٩٧	٣. وزني في المعدل المناسب أو قريباً منه.
٠,٠٩٧	٠,٠٧٢-	٠,١٥٢	٠,٠٩٤-	٠,٠٤٧	٠,٧٨٣	٤. أتناول طعام الإفطار كل يوم.
٠,٧٢٢	٠,٢٤٠	٠,١٥٥-	٠,٠٣٥-	٠,١٦٧	٠,٢٧٧	٥. أأخذ السجائر.
٠,٠٢١	٠,٠٤٧	٠,٠٠٤	٠,٠٣٠-	٠,٨٢٤	٠,٠٥٥	٦. أشرب الخمر.
٠,٠٢٠	٠,٦٥٩-	٠,٢٧٤	٠,٠٠٠	٠,٠٠٢	٠,٠٤٠-	٧. أراجع طبيب الأسنان على الأقل كل سنة.
٠,٠٠٧	٠,٣٥٩-	٠,٠٤٥	٠,٠٥٩	٠,٢٣٢	٠,٤٦٤	٨. أحرص على تناول الخضروات والفواكه.
٠,١٥٤	٠,٠٦٧	٠,٠١٠-	٠,٠٣٠	٠,٨٢٣	٠,١٢٨	٩. أتعاطى المخدرات.
٠,٠٨٩-	٠,٧٠٧-	٠,١٤٥-	٠,٠١٤	٠,٠٣٠-	٠,١٥٢	١٠. عندما أمرض أذهب إلى الطبيب فوراً.
٠,١٥٧-	٠,٠٩٨-	٠,٢٢٣	٠,٦٥٥	٠,٠٠٦-	٠,٠٢٧	١١. أنظف أسناني بانتظام.
٠,١٤٤-	٠,١٣٨-	٠,٠٠١	٠,٠٥٤-	٠,٧٤١	٠,١٣٧-	١٢. أتعاطى أدوية لها آثار نفسية.
٠,١٣٠-	٠,٣٦٧-	٠,٣٩٠-	٠,٢٢٢	٠,١٤٣	٠,٣١٧	١٣. ألتزم بأخذ الدواء إذا مرضت.
٠,٨٠٢	٠,١٤١-	٠,٠٩٨	٠,٠٧٢	٠,٠٨١-	٠,١١٤-	١٤. أشرب القهوة.
٠,٠٣٦	٠,١٦٥-	٠,١٠١	٠,١٥١	٠,١٤٩	٠,٦٣٩	١٥. أتناول وجباتي بانتظام.
٠,٠٣٣	٠,٠١٣-	٠,١٦٠-	٠,٧٨٠	٠,٠١٢-	٠,١٢٠-	١٦. أغسل يدي قبل تناول أي طعام.
٠,٠٩٣	٠,٦٤٦	٠,٠٥٢	٠,٠٩٠	٠,٢٠٩	٠,٠٧١	١٧. أحرص على إجراء تحاليل طبية بشكل دوري.
٠,١١١	٠,١١٧	٠,٠٤٤	٠,٨١٦	٠,٠٤٤-	٠,٠٣٠	١٨. أهتم بنظافتي الشخصية.

واستوعبت المكونات الستة ٦٠,٢% من التباين الكلي، ويُلخص الجدول (٢) أهم البيانات عن هذه المكونات.

الجدول (٢): المكونات الستة للمقياس العربي للسلوكيات الصحية وأرقام بنود التشبعات الجوهرية مرتبة تنازلياً، ونسبة التباين قبل التدوير

اسم المكون	التشبعات الجوهرية	% للتباين
١- التغذية الصحية	٤، ١٥، ٨، ٢، ٠	١٨,٧
٢- سوء استخدام العقاقير	٦، ٩، ١٢، ٠	١٣,٨
٣- النظافة الشخصية	١٨، ١٦، ١١، ٠	٨,١
٤- التمرينات البدنية	١، ٣، ٠	٦,٩
٥- المراجعات الصحية	١٠، ٧، ١٧، ٠	٦,٥
٦- التدخين والقهوة	١٤، ٥، ٠	٦,٢
% للتباين		٦٠,٢%

ويتضح من قراءة أسماء المكونات في الجدول (٣) أنها تتدرج في صميم السلوكيات الصحية، سواء أكانت إيجابية أم سلبية، كما تعد النسبة الكلية للتباين مناسبة إلى حد بعيد.

٢ - قائمة الوجدان الإيجابي والسلبي : Positive & Negative Affect Schedule (PANAS)

لهذه القائمة صيغتان: مطولة (٦٠ بنداً)، ومختصرة (٢٠ بنداً)، والأخيرة هي المستخدمة في هذه الدراسة. وقد وضع القائمة المختصرة "واطسون، وكلارك، وتيليجان" (Watson et al., 1988)، وبعد ذلك نشر "واطسون، وكلارك" (Watson & Clark, 1994) دليل تعليمات القائمة المطولة، وصدر عن جامعة "أيوا". ويستوعب هذان العاملان العامان، معظم التباين في التقدير الذاتي للوجدان؛ إذ يستوعبان معاً قرابة نصف، أو ثلاثة أرباع التباين المشترك في المصطلحات المختصة بالحالة النفسية **Mood**. ويمكن أن يستخدم هذان المقياسان بوصفهما مقياسي حالة أو سمة، ويتسمان بمعاملات ثبات وصدق مرتفعة (Watson & Clark, 1994).

ويضيف المؤلفان، أن البحوث كشفت عن عاملين عامين وعريضين، وهما: الوجدان الإيجابي **Positive affect**، والوجدان السلبي **Negative affect**، وظهر هذان العاملان - بمستوى ثابت - بوصفهما بعدين أساسيين في مجال الخبرة الانفعالية، وقد استُخرج هذان العاملان في تحليلات ما بين الأفراد وداخلهم، وظهر كذلك - بمستوى متسق - عبر البيانات الوصفية المختلفة، وفي إطار الزمن، وعلى الرغم من اختلاف صيغ الإجابة، واللغات، والثقافات.

وقام الباحث الحالي بترجمة هذه القائمة، إلى اللغة العربية الفصحى البسيطة، وأجرى تعديلاً واحداً على بنود المقياس، فبدلاً من استخدام كلمة واحدة في كل بند، تعد صفة من الصفات الوجدانية، من مثل: **Strong**، ترجمت في صورة عبارة قصيرة، أي: "أشعر بالقوة"، وبدلاً من

كلمة **Afraid** ، تُرجمت: "أشعر بالخوف". وكان السبب في هذا التعديل، هو ما أسفرت عنه دراسة استطلاعية، دلت على تقبل المبحوث للعبارة أكثر من الكلمة المفردة التي تشير إلى صفة. وبعد ترجمة البنود، راجع عدد كبير من الزملاء هذه الترجمة، بمطابقتها على الأصل الإنجليزي. وتشتمل النسخة العربية على عشرين بنداً، عشرة للوجدان الإيجابي (وأمثلتها: "أشعر بالاستمتاع"، و"أشعر بالحماسة"، و"أشعر أنني مليء بالحيوية والنشاط")، وعشرة للوجدان السلبي (وأمثلتها: "أشعر بالضيق"، و"أنا شخص عصبي"، و"أشعر بالقلق"). ووصلت معاملات ثبات ألفا من وضع "كرونباخ" للوجدان الإيجابي إلى ٠,٨٤، و٠,٨٣، وللوجدان السلبي: ٠,٨٤، و٠,٨٨، للذكر والإناث المصريين على التوالي، وتشير هذه المعاملات، إلى اتساق داخلي مرتفع للمقياسين (انظر: (Furr, 2011; Kline, 2000).

٣ - مقياس حب الحياة :

يشتمل هذا المقياس على (١٦) عبارة قصيرة، من مثل: "هناك أشياء كثيرة تجعلني أحب الحياة"، و"حب الحياة يحقق لي السعادة"، ويجاب عن كل عبارة على أساس مقياس "ليكرت" الخماسي، من "لا" (١)، إلى "كثيراً جداً" (٥)، وتتراوح الدرجة الممكنة في هذا المقياس بين ١٦ و ٨٠، وتشير الدرجة المرتفعة إلى حب الحياة. وقد وصل معامل ألفا من وضع "كرونباخ" إلى ٠,٩١، وإعادة التطبيق بعد أسبوع ٠,٨١، كما يتسم هذا المقياس بصدق مفهوم مرتفع كما ورد في دليل تعليماته (عبد الخالق، ٢٠١٦)، ولهذا المقياس نسخة إنجليزية (Abdel-Khalek, 2007, 2013b) وأخرى فارسية (Atef Vahid et al., 2016).

معاملات ثبات المقاييس وصدقها :

حسبت معاملات ثبات المقاييس، ولحساب الصدق المرتبط بالمحك، استخدم مقياس السلوك الصحي (الذياب، ٢٠١٠) محكاً لمقياس السلوكيات الصحية، في حين استخدم المقياس العربي للسعادة (عبد الخالق، ٢٠١٨) محكاً للوجدان الإيجابي، وقائمة "بيك" للاكتئاب (Beck & Steer, 1993) محكاً لمقياس الوجدان السلبي، واستخدم الصدق العامي لمقياس حب الحياة، بحساب تشبعه بعامل عام للسعادة، تضمن مقاييس: السعادة، والتفاؤل، والأمل، والرضا عن الحياة، وتقدير الذات، والانبساط (Abdel-Khalek, 2007).

ويعرض الجدول (٣) هذه المعاملات.

الجدول (٣): معاملات الثبات (ألفا، وإعادة التطبيق)،
والصدق المرتبط بالمحك والصدق العاملي لمقاييس الدراسة

المقياس	ثبات ألفا	إعادة التطبيق	الصدق
السلوكيات الصحية	٠,٧٧	٠,٨١	٠,٧٨
الوجدان الإيجابي	٠,٨٤	—	٠,٦٢
الوجدان السلبي	٠,٨٦	—	٠,٥٧
حب الحياة	٠,٩١	٠,٨١	٠,٧٠

ومن قراءة الجدول (٣)، يتضح أن معاملات الثبات بنوعيتها، تتراوح بين ٠,٧٧ و ٠,٩١، وأن معاملات الصدق تتراوح بين ٠,٥٧ و ٠,٧٨، وكلها معاملات بين المقبولة والمرتفعة.

إجراءات تطبيق المقاييس :

طبقت مقاييس الدراسة في جلسات جماعية، ضمت مجموعات صغيرة من الطلبة والطالبات (ن = ٣٠ - ٤٠)، وكان ذلك في أثناء اليوم الدراسي، وفي فصول الدراسة، وكان ترتيب تقديم المقاييس واحدًا لجميع المشاركين، طبقًا لترتيبها في فقرة أدوات الدراسة. واستغرق تطبيق المقاييس قرابة ربع ساعة، وطبق المقاييس، طلابُ الماجستير في علم النفس، ولم يُجبر أحد على الاشتراك في الدراسة، بل كان الاشتراك فيها تطوعيًا.

نتائج الدراسة :

ويعرض الجدول (٤) الإحصاءات الوصفية، والفروق بين الجنسين في مقاييس الدراسة.

الجدول (٤): المتوسط (م)، والانحراف المعياري (ع)، وقيمة "ت"

للفروق بين الجنسين، وقيمة "د" لحجم الأثر

المقاييس	رجال (ن = ١٤٧)		نساء (ن = ١٥٦)		ت	الدلالة	د
	م	ع	م	ع			
السلوكيات الصحية	٤٢,٦٧	٨,٧٤	٤٣,٣٠	٧,٠٨	٠,٦٨	-	-
الوجدان الإيجابي	٢٣,٨٠	٧,٣٤	٢١,٧٤	٦,٦٥	٢,٥٦	٠,٠١	†٠,٢٩
الوجدان السلبي	١٦,٧٤	٧,٧٧	١٩,٦٩	٧,٦٩	٣,٣٣	٠,٠٠١	†٠,٣٨
حب الحياة	٣٤,٨٠	١٦,٠٧	٣٥,٦٥	١٢,٤٨	٠,٥١	-	-

† حجم أثر صغير.

ومن ملاحظة الجدول (٤)، يتضح أن الفروق الدالة إحصائيًا بين الجنسين، توجد في الوجدان الإيجابي (للرجال المتوسط الأعلى)، والوجدان السلبي (للنساء المتوسط الأعلى)، وحجم الأثر في الحالتين صغير، في حين لم تظهر فروق جوهريّة بين الجنسين في السلوكيات الصحية، وحب الحياة. ويقدم الجدول (٥) معاملات الارتباط بين المقاييس.

الجدول (٥): معاملات الارتباط بين مقاييس الدراسة لدى الرجال (ن = ١٤٧؛
المثلث العلوي)، والنساء (ن = ١٥٦؛ المثلث السفلي)

المقاييس	السلوكيات الصحية	الوجدان الإيجابي	الوجدان السلبي	حب الحياة
السلوكيات الصحية	-	**٠,٤٣٣	**٠,٢٣٠-	**٠,٤٢٤
الوجدان الإيجابي	**٠,٣٨٦	-	٠,٠٢٧-	**٠,٥٣٩
الوجدان السلبي	**٠,٢١٤-	٠,٠٥٠-	-	*٠,٢٠١-
حب الحياة	**٠,٤١١	**٠,٦٤١	**٠,٢٣٨-	-

* دال عند مستوى ٠,٠٥. ** دال عند مستوى ٠,٠١ وما قبله.

ويتضح من قراءة الجدول (٥)، أن جميع معاملات الارتباط بين السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، وحب الحياة، دالة إحصائياً وموجبة، في حين أن معاملات الارتباط بين المقاييس الثلاثة السابق ذكرها، والوجدان السلبي، جوهرية وسلبية، وأن الارتباط بين الوجدانين الإيجابي والسلبي غير دال إحصائياً، وينطبق كل ذلك على الجنسين.

ثم حلت معاملات الارتباط في عيني الرجال والنساء منفصلتين، باستخدام تحليل المكونات الأساسية، واتبع معيار "كايزر" للعامل الدال (الجزء الكامن $\leq 1,0$)، واستخرج مكون واحد في كل عينة، كما يبين الجدول (٦).

الجدول (٦): المكونات الأساسية لدى الرجال والنساء

المقاييس	المكون الأول	
	رجال	نساء
السلوكيات الصحية	٠,٧٦٨	٠,٧١٤
الوجدان الإيجابي	٠,٧٨٢	٠,٨٠٨
الوجدان السلبي	٠,٣٦٢-	٠,٣٨٠-
حب الحياة	٠,٨١٨	٠,٨٦١
الجزء الكامن	٢,٠٠١	٢,٠٤٧
% للتباين	٥٠,٠٣٢	٥١,١٧٨

وبالنظر إلى الجدول (٦)، يتضح أن المكونين استوعبا نسبة مقبولة من التباين الكلي، ويمكن تسميتهما لدى الجنسين : "الصحة في مقابل الوجدان السلبي". ويبين الجدول (٧) نتائج تحليل الانحدار.

الجدول (٧): تحليل الانحدار للتنبؤ بالسلوكيات الصحية

المنبئات	معامل الانحدار B	معامل الانحدار المعياري β	الخطأ المعياري	ت	الدالة
عينة الرجال (ن=١٤٧)					
حب الحياة	٠,١٢٠	٠,٢٢١	٠,٠٤٧	٢,٥٤٤	٠,٠١٢
الوجدان الإيجابي	٠,٣٦٨	٠,٣٠٩	٠,١٠٢	٣,٦٢٠	٠,٠٠٠١
الوجدان السلبي	٠,٢٠٠-	٠,١٧٧-	٠,٠٨٣	٢,٤١٩	٠,٠١٧
الثابت	٣٣,٠٧٠		٢,٦٢١	١٢,٦١٧	٠,٠٠٠١
نسبة ف = ١٧,٤٩ (دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١).					
معامل التحديد: نسبة ما تفسره المتغيرات المستقلة من المتغير التابع $R^2 = ١٨,٧\%$					
عينة النساء (ن = ١٥٦)					
حب الحياة	٠,١٢٧	٠,٢٥٥	٠,٠٥٥	٢,٣١	٠,٠٢٢
الوجدان الإيجابي	٠,٢٥٠	٠,٢٣٥	٠,١٠١	٢,٤٩	٠,٠١٤
الوجدان السلبي	٠,١٣٧-	٠,١٤٩-	٠,٠٦٩	٢,٠٠	٠,٠٤٧
الثابت	٣٦,٠١٨		٢,٤٠٤	١٤,٩٨	٠,٠٠٠١
نسبة ف = ١٣,٨٨ (دالة عند مستوى ٠,٠٠٠١).					
معامل التحديد: نسبة ما تفسره المتغيرات المستقلة من المتغير التابع $R^2 = ٢١,٥\%$					

ومن قراءة الجدول (٧) يتضح أن منبآت السلوكيات الصحية واحدة لدى الجنسين، وهي: حب الحياة، والوجدان الإيجابي، و(انتفاء) الوجدان السلبي، وأن نسبة ما تفسره هذه المتغيرات المستقلة من المتغير التابع (السلوكيات الصحية)، هي: ١٨,٧%، و ٢١,٥% لدى الرجال والنساء على التوالي.

مناقشة النتائج :

حققت نتائج هذه الدراسة، الهدف العام الذي بدأت به، وأجابت عن تساؤلاتها، واختبرت فروضها. وفيما يختص بالفرض الأول، وهو متعلق بالفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة، فقد تحقق تحققاً جزئياً؛ إذ حصل الرجال على المتوسط الأعلى - بمستوى دال إحصائياً - في الوجدان الإيجابي، في حين كان متوسط النساء أعلى - جوهرياً - في الوجدان السلبي، ولم تكن الفروق دالة إحصائياً بين الجنسين في السلوكيات الصحية وحب الحياة.

ويختلف حصول الرجال على متوسط أعلى من النساء في الوجدان الإيجابي في هذه الدراسة، عن دراسة مصرية سابقة (عبدالخالق، ٢٠١٩)، لم تكن فيها الفروق دالة إحصائياً بين الجنسين في هذا المقياس، في حين تتفق نتائج هذه الدراسة مع البحث المشار إليها مؤخراً، في

ارتفاع متوسط النساء على الرجال في الوجدان السلبي. ونظرًا للعلاقة الوثيقة بين الوجدان السلبي والعصابية (ر = ٠,٧٣، دال عند مستوى ٠,٠٠١؛ عبد الخالق، ٢٠١٨ ب)، فيغلب أن يرجع الفرق الأخير، إلى ارتفاع العصابية والقلق والمخاوف لدى النساء مقارنة بالرجال (انظر: Abdel-Khalek, 1994, 2000; Abdel-Khalek & Alansari, 2004). وكذلك يتفق ارتفاع متوسط العصابية لدى النساء مقارنة بالرجال، مع دراسة عربية حديثة، أجريت على عينات ثلاث من طلاب الجامعة، وطلاب المدارس الثانوية، والموظفين (عبد الخالق، ٢٠٢٠)، كما يتفق ارتفاع العصابية والقلق لدى النساء عن الرجال، مع عدد من الدراسات العالمية (أيزنك، وأيزنك، ٢٠١٤؛ Altamus et al., 2014; Christiansen, 2015; Lynn & Martin, 1997).

وقد فسر ارتفاع العصابية والقلق متضمنًا الوجدان السلبي، تفسيرات عدة، أهمها التفسيرات البيولوجية، التي تركز على الهرمونات الأنثوية، والتقلبات في هرموني الإستروجين والبروجيستيرون، التي تعجل بالاستجابة للضغوط التي تزيد من القابلية للقلق والاكتئاب (Seeman, 1997). وفضلاً عن ذلك، فلا يمكن إغفال دور العوامل الاجتماعية، من مثل: الدور الجنسي، وضغوط الدور، والعلاقات الاجتماعية، والفروق في التعرض للمحن والشدائد (Shear et al., 2000).

ولم تكشف نتائج هذه الدراسة عن فروق دالة إحصائية بين الجنسين في السلوكيات الصحية. وتختلف هذه النتيجة عن بحوث سابقة (عبد الخالق، والنيال، ٢٠١٩، ص ٦٠؛ Sarafino, 2008, p. 267)، كشفت عن ارتفاع متوسط النساء على الرجال في السلوكيات الصحية، وهو ما يعكس الاهتمام بالصحة لديهن، ويمكن أن نتساءل: هل يرتبط ذلك بارتفاع معدل أعمار النساء على الرجال في معظم دول العالم؟ كما لم تكشف هذه الدراسة عن فروق دالة بين الجنسين في حب الحياة، ويلاحظ أن نتائج البحوث السابقة غير متسقة في هذا المجال (Abdel-Khalek & El-Nayal, 2018).

وفيما يختص بالفرض الثاني، فقد أسفرت النتائج عن أن جميع معاملات الارتباط بين السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، وحب الحياة، دالة إحصائية وموجبة، في حين كانت معاملات الارتباط بين المقاييس الثلاثة السابق ذكرها، والوجدان السلبي، دالة إحصائية وسلبية. ومن الممكن أن يشير ذلك إلى تداخل بين العناصر المكونة لكل من السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، وحب الحياة، إذ يعرف الوجدان الإيجابي بأنه المدى الذي يشعر فيه الفرد بالحماسة، والنشاط، والتيقظ (Watson et al., 1988)، وتعني الدرجة المرتفعة من الوجدان الإيجابي: الطاقة الزائدة، والتركيز الشديد، والاندماج السار مع البيئة، والسعادة، والفرح، والإثارة، والرضا (Clark et al., 1989)، كما يعرف حب الحياة بأنه توجه إيجابي نحو الحياة، وتعلق سار بجوانبها.

من الواضح إذن أن هناك تداخلاً بين المفاهيم الثلاثة: السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، وحب الحياة. وتتفق هذه النتيجة، مع المقولة القائلة بأن "السمات الجيدة تتسق معاً":

Good traits go together، ويتضح من ذلك أن العلاقة متبادلة بين السلوكيات الصحية والمتغيرين الإيجابيين، مع ملاحظة أن الارتباط لا يعني العلية **Causality**، بل هو تغير مصاحب **Covariation** : تغير إيجابي في حالة الوجدان الإيجابي وحب الحياة، وتغير سلبي في حالة الوجدان السلبي.

ويلاحظ أن العلاقة بين الوجدانيين: الإيجابي والسلبي في هذه الدراسة، علاقة سلبية غير دالة إحصائيًا لدى الجنسين، وتختلف هذه النتيجة عن معامل الارتباط الدال إحصائيًا بين الوجدانيين (ر = -0.49)، في دراسة "برينان" وزملائه (Brennan et al., 2006). ويغلب أن يكون اختلاف النتائج نابغًا عن اختلاف العينات أو المقاييس... وغيرهما. ولكن الباحث الحالي يرى أن هذا الاختلاف بين النتائج في علاقة الوجدانيين، يعد قرينة لاعتبارهما عاملين متعامدين، وليس بعدًا واحدًا ثنائي القطب، وهو ما سيفصل فيما بعد.

وقد تحقق الفرض الثالث تحققًا كاملاً، إذ استخرج من تحليل المكونات الأساسية - لدى الجنسين - مكون ثنائي القطب سمي: "الصحة في مقابل الوجدان السلبي"، وتدعم هذه النتيجة كذلك، نتائج معاملات الارتباط بين المقاييس. وكشف تحليل الانحدار عن اتفاق كامل بين الجنسين في منبآت السلوك الصحي، وهي على التوالي: حب الحياة، والوجدان الإيجابي، و(نقص) الوجدان السلبي، وبذلك فقد تحقق الفرض الرابع تحققًا كاملاً.

وهناك موضوع مهم في بحوث الانفعالات، مفاده: هل الوجدان الإيجابي والوجدان السلبي انفعالات ثنائية القطب **Bipolar**؛ أي: أنهما طرفان لنفس المقياس، أم أنهما عاملان متعامدان أي مستقلان؟ وهناك أدلة متوافرة لكلا الرأيين (Pressman & Cohen, 2005).

وتُعد قائمة الوجدان الإيجابي والسلبي، من وضع "واطسون، وكلارك، وتيليجان" (Watson et al., 1988)، والمستخدم في هذه الدراسة، أكثر الطرق استخدامًا لقياس الوجدان، ويرى هؤلاء المؤلفون، أن هذه القائمة - باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي - تتكون من عاملين غير مرتبطين، أي متعامدين ومستقلين، هما: الوجدان الإيجابي، والوجدان السلبي، وأن الوجدان الإيجابي، ليس مجرد كونه عكس الوجدان السلبي، أي أن الوجدانيين ليسا نهايتين للمقياس نفسه، وليس بعدًا واحدًا ثنائي القطب. وأكد هذه النتيجة باحثون آخرون (انظر: Diener & Emmons, 1984). ولكن التحليلات العاملية التي أجريت بعد ذلك، بينت أن العلاقة بين الوجدان الإيجابي والوجدان السلبي محل جدال.

وقد استنتج "كراوفورد، وهنري" (Crawford & Henry, 2004) أن النموذج الأمثل، الذي يناسب هذه القائمة، يتمثل في عاملين محددين، ولكنهما يرتبطان معًا ارتباطًا سلبيًا، بدلاً عن الفرض الأصلي، لمؤلفي القائمة، الذي يرى أن المقياسين مستقلان. ويؤيد الباحث الحالي الرأي القائل بأن الوجدانيين متعامدان مستقلان، وذلك لأسباب عدة، منها اختلاف ارتباطاتهما بعوامل الشخصية ومتغيرات علم النفس الإيجابي (عبد الخالق، 2018، ب، 2019).

ويؤيد فرض تعامد الوجدانين، أنهما يرتبطان بطرق مختلفة (وليس بمجرد إشارة معكوسة)، بالمتغيرات الخارجية، من مثل: الشخصية، والمناشط الاجتماعية، والأعراض المرضية. ومثال ذلك أنه في دراسة مصرية، ارتبط الوجدان الإيجابي ارتباطاً دالاً إحصائياً بعوامل الشخصية الآتية: الإتيان، والانبساط، والتفتح للخبرة (إيجاباً)، والعصابية (سلباً) لدى الجنسين، بالإضافة إلى الارتباط الجوهري بين الوجدان الإيجابي والقبول لدى الإناث فقط، في حين أن الوجدان السلبي، ارتبط بعاملين فقط لدى الجنسين، وهما: العصابية (إيجاباً)، والقبول (سلباً) (عبد الخالق، ٢٠١٨ ب). ونظراً لاختلاف ارتباطات الوجدانين بالمتغيرات الأخرى، فمن الأفضل النظر إليهما على أنهما مستقلين. ويتفق هذا الرأي مع مفهومين مهمين من مفاهيم علم النفس الإيجابي، وهما: التفاؤل والتشاؤم (Abdel-Khalek, 2019)، إذ يقيسهما المقياس العربي للتفاؤل والتشاؤم بوصفهما بعدين متعامدين مستقلين، تختلف ارتباطاتهما بالمتغيرات الأخرى. ولا يمكن هنا القياس على بعدي الشخصية: الانبساط والانطواء، إذ يعد أحدهما عكس الآخر.

حدود الدراسة :

على الرغم من بعض الجوانب الإيجابية في هذه الدراسة؛ وأهمها الحجم المناسب للعينة (ن = ٣٠٣)، والتقارب بين حجم عينتي الجنسين، والخواص السيكومترية بين المقبولة والمرتفعة للمقاييس المستخدمة، تنقد هذه الدراسة في اعتمادها على عينة متاحة وليس احتمالية أو عشوائية، كما أن هذه العينة من طلاب الجامعة، الذين يتصفون بخواص محددة، تجعلهم مختلفين عن الجمهور العام، وأهمها ارتفاع الذكاء ومستوى التعليم بالنسبة لبقية فئات المجتمع. ومن ثم؛ يقترح تكرار هذه الدراسة، مع ملاحظة هذه التحولات.

خلاصة واستنتاجات :

من أهم نتائج هذه الدراسة، ارتفاع متوسط الوجدان الإيجابي لدى الرجال، وارتفاع متوسط الوجدان السلبي عند النساء، والارتباطات الجهرية بين السلوكيات الصحية، والوجدان الإيجابي، وحب الحياة، والارتباط السالب بين المتغيرات الأخيرة والوجدان السلبي، واستخراج مكون سمي: "الصحة في مقابل الوجدان السلبي". ويوصى بضرورة بذل الجهود لتطوير الوجدان الإيجابي، للارتقاء بالسلوكيات الصحية الإيجابية، وصولاً إلى تحسين الصحة، وزيادة الأعمار، والارتقاء بنوعية الحياة. ومن ناحية أخرى فإن خفض الوجدان السلبي هدف علاجي مهم، يمكن أن يحسن من السلوكيات الصحية.

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

- أيزنك، وأيزنك (٢٠١٤). استخبار أيزنك للشخصية: دليل تعليمات الصيغة العربية (للأطفال والراشدين). ترجمة وإعداد: أحمد عبد الخالق، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الأيوب، حصة، وعبد الخالق، أحمد (٢٠١٢). التفاؤل وحب الحياة والدعم الاجتماعي وعلاقتها بالصحة النفسية والجسمية لدى المسنين. دراسات نفسية، ٢٢ (٣)، ٤٢٣-٤٣٨.
- خميس، خديجة عباس علوي (٢٠١٢). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالسلوك الصحي والأعراض الجسمية لدى عينة من المسنين الكويتيين (رسالة ماجستير، غير منشورة)، جامعة الكويت.
- الذياب، آلاء طارق (٢٠١٠). نوعية الحياة وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت (رسالة ماجستير، غير منشورة)، جامعة الكويت.
- السعيدى، صالح شويت (٢٠٠٩). حب الحياة وعلاقته بالسعادة والتفاؤل لدى طلبة الجامعة بدولة الكويت (رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية، الجامعة الخليجية، مملكة البحرين.
- الصبوة، محمد نجيب، والمحمود، شيماء يوسف (٢٠٠٧). بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الإيجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. دراسات عربية في علم النفس، ٦، ١-٤٨.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠٠٣). مفهوم حب الحياة ومقياسه. المؤتمر السنوى الثانى لكلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠١٦). دليل تعليمات مقياس حب الحياة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠١٧). السعادة وتقدير الذات بوصفهما منبئات بحب الحياة لدى عينة من المراهقين. مجلة الطفولة العربية، مجلد ١٨، العدد ٧٠، ص ص ٢٩ - ٤١.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠١٨ أ). حب الحياة في مقابل الأفكار الانتحارية بوصفه عاملاً ثنائي القطب في الشخصية. مجلة علم النفس. العدد ١١٩، ٤٣-٥٦.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠١٨ ب). دليل تعليمات المقياس العربي للسعادة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، أحمد (٢٠١٨ ج). الوجدان الإيجابي والسلبي وعلاقته بالشخصية. مجلة علم النفس. العدد ١١٧، ٦٧-٨٢.

عبد الخالق، أحمد (٢٠١٩). العلاقة بين الوجدانين الإيجابي والسلبي والحياة الطيبة. *مجلة العلوم التربوية، كلية التربية، جامعة قطر، العدد ١٤، ٦٣ - ٨٢.*

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

عبد الخالق، أحمد، والحويلة، أمثال (٢٠١٣). الحياة النفسية الطيبة وعلاقتها بالتدين لدى عينة من الكويتيين كبار السن من الجنسين. *مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، ٤١ (٣)، ١١١-١٣٥.*

عبد الخالق أحمد، وزين العابدين، فارس (٢٠١٩). حب الحياة لدى عينات من طلاب الجامعة في الجزائر. *مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي - الجزائر، ٨١ (١)، ١٤١-١٥٢.*

عبد الخالق، أحمد، النيال، مايسة (٢٠١٩). التفاؤل والفاعلية الذاتية والهناء الشخصي بوصفها منبئة بالسلوك الصحي لدى طلاب الجامعة. *حوليات الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة الكويت، الرسالة ٥٣٧، الحولية ٤٠.*

فاندينوس، جاري، ر. (٢٠١٥). *القاموس الموسوعي في العلوم النفسية والسلوكية (المجلد الأول)*. ترجمة: أيمن عامر، وعبد الله عسكر، ورشا الديدي، وعبد المنعم شحاتة، ورضوى إبراهيم، وعزيزة السيد، وصفوت فرج، وعلاء الدين كفاقي، وعبدالستار إبراهيم، وفكري العنتر، وعبد السلام الشيخ، وهبة أبو النيل، تحرير ومراجعة: عبدالستار إبراهيم. القاهرة: المركز القومي للترجمة.

فايد، حسين علي، ونيازي، حسين طاش (٢٠١١). الألم وعلاقته بالحساسية بين الشخصية والوجدان السلبي لدى عينة غير إكلينيكية من النساء. *مجلة الإرشاد النفسي، مركز الإرشاد النفسي، العدد ٢٩، ص ص ١٦٧ - ٢٠٣.*

الفضلي، هدى ملوح (٢٠٠٩). الذكاء الوجداني وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الإيجابية لدى عينة من طلاب جامعة الكويت (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة الكويت.

مجمع اللغة العربية (١٩٨٥). *المعجم الوسيط*. القاهرة: مجمع اللغة العربية.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

Abdel-Khalek, A. M. (1994). Normative results on the Arabic Fear Survey Schedule III. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25, 61-67.*

- Abdel-Khalek, A. M. (2000). The Kuwait University Anxiety Scale: Psychometric properties. *Psychological Reports*, 87, 478 – 492.
- Abdel-Khalek, A. M. (2004, November). *Love of life: A sub-component on the well-being construct: A cross-cultural study*. Presented at the International Cultural Psychiatry Conference. Melbourne, Australia, November 26-28, 2004.
- Abdel-Khalek, A. M. (2007). Love of life as a new construct in the well-being domain. *Social Behavior and Personality*, 35, 125-134.
- Abdel-Khalek, A. M. (2011). Subjective well-being and religiosity in Egyptian college students. *Psychological Reports*, 108, 54-58.
- Abdel-Khalek, A. M. (2012a). Associations between religiosity, mental health, and subjective well-being among Arabic samples from Egypt and Kuwait. *Mental Health, Religion and Culture*, 15, 741-758.
- Abdel-Khalek, A. M. (2012b). Subjective well-being and religiosity: A cross-sectional study with adolescents, young and middle-age adults. *Mental Health, Religion and Culture*, 15, 39-52.
- Abdel-Khalek, A. M. (2013a). Love of life and its associations with personality dimensions in college students. In F. Sarracino (Ed.), *The happiness compass: Theories, actions, and perspectives for well-being* (pp. 53-65). New York: Nova Science Publishers.
- Abdel-Khalek, A. M. (2013b). Love of Life Scale (LLS). In C. A. Simmons & P. Lehmann (Eds.), *Tools for strengths-based assessment and evaluation* (pp. 59-61). New York: Springer.
- Abdel-Khalek, A. M. (2013c). The relationships between subjective well-being, health, and religiosity among young adults from Qatar. *Mental Health, Religion and Culture*, 16, 306-318.
- Abdel-Khalek, A. M. (2014). Happiness, health. And religiosity: Significant associations among Lebanese adolescents. *Mental Health, Religion, and Culture* 17, 30-38.
- Abdel-Khalek, A. M. (2015). Happiness, health, and religiosity among Lebanese young adults. *Cogent Psychology*, 2: 1035927
- Abdel-Khalek, A. M. (2019). Optimism, pessimism, and the Big-Five personality model among Egyptian college students. *Mankind Quarterly*, 60 (2), 214-230.
- Abdel-Khalek, A. M. (2020). *Arabic psychological tests and their English versions*.
- Abel-Khalek, A. M., & Alansari, B. M. (2004). Gender differences in anxiety among undergraduates from ten Arab countries. *Social Behavior and Personality*, 32, 649-656.

- Abdel-Khalek, A. M., & El Nayal, M. A. (2018). Love of life in nine developed and underdeveloped countries. *Beirut Arab University Journal*. Special edition: Health and well-being, pp. 590-596.
- Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2012). Constructions of religiosity, subjective well-being, anxiety and depression in two cultures: Kuwait and USA. *International Journal of Social Psychiatry*, 58, 138-145.
- Abdel-Khalek, A. M., & Singh, A. P.(2019). Love of life, happiness, and religiosity in Indian college students. *Mental Health, Religion & Culture*, 22 (8), 769-778.
- Abdel-Khalek, A. M., & Tekke, M. (2019).The association between religiosity, well-being, and mental health among college students from Malaysia. *Revista Mexicana de Psicologia*, 36, 5-16.
- Altemus, M., Sarvaiya, N., & Epperson, C. N. (2014). Sex differences in anxiety and depression: Clinical perspectives. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 35, 320-330.
- Atef Vahid, M. K. A., Dadfar, M., Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2016). Psychometric properties of the Persian version of the Love of Life Scale. *Psychological Reports*, 119, 505-515.
- Australian Institute of Health & Welfare (2016).*Risk factors contributing to chronic disease*. Canberra, Australia: AIH.
- Baum, A., & Posluszny, D. M. (1999). Health psychology: Mapping biological contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*, 50, 137-163.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993).*Beck Depression Inventory manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
- Boeing, H., Bechthold, A., Bub, A., Ellinger, S., Haller, D., Kroke, A., et al. (2012). Critical review: Vegetables and fruit in the prevention of chronic diseases. *European Journal of Nutrition*, 51, 637-663.
- Bradburn, N. M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Brannon, L., & Feist, J. (2014). Health psychology :*An introduction to behavior and health* (8th ed.). CA, Belmont : Wadsworth.
- Brennan, D.S., Singh, K. A., Spencer, A. J.,& Roberts-Thomson, K. F. (2006).Positive and negative affect and oral health-related quality of life.*Health and Quality of Life Outcomes*, 4, 83.
- Brown, K. W., & Moskowitz, D. S. (1997). Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 907-917.

- Campbell, R. J. (1996). *Psychiatric dictionary* (7thed.). New York: Oxford University Press.
- Cappellen, P. V., Rice, E. L., Catalino, L. I., & Fredrickson, B. L. (2017). Positive affective processes underlie positive health behavior change. *Psychological Health*, 2017 May 12, 1-21.
- Christiansen, D. M. (2015). Examining sex and gender differences in anxiety disorders. In F. Durban (Ed.), *Mental and behavioral disorders and diseases of the nervous system: A fresh look at anxiety disorders*. In Tech, Doi: 10. 5772 / 60662.
- Clark, L. A., Watson, D., & Leeka, J. (1989). Diurnal variation in the positive affects. *Motivation and Emotion*, 13, 205-234.
- Cohen, S., & Pressman, S. D. (2006). Positive affect and health. *Psychological Science*, 15, 122-125.
- Compton, W. C., & Hoffman, E. L. (2019). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing* (3rd ed.). UK: Sage Publications.
- Conner, M., & Norman, P. (2017). Health behavior: Current issues and challenges. *Psychology & Health*, 32, 895-906.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.) (1996). *Predicting health behavior*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.
- Curhan, K. B., Sims, T., Markus, H. R., Kitayama, S., Karasawa, M., Kawakami, N., Love, G. D., Coe, C. L., Miyamoto, Y., & Ryff, C. D. (2014). Just how bad negative affect is for your health depends on culture. *Psychological Science*, 25 (12), 2277-2280.
- Diehl, M., Hay, E. L., & Berg, K. M. (2011). The ratio between positive and negative affect and flourishing mental health across adulthood. *Aging and Mental Health*, 15 (7), 882-893.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1105- 1117.
- Dougall, A. L., & Baum, A. (2001). Stress, health, and illness. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 321-338. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Ellis, E. M., Orom, H., Giovino, G. A., & Kiviniemi, M. T. (2015). Relations between negative affect and health behaviors by race/ethnicity: Differential effects for symptoms of depression and anxiety. *Health Psychology*, 34 (9), 966-969.

- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*, 647-654.
- Forgas, J. P. (2000). *Feeling and thinking: The role of affect in social cognition*. New York: Cambridge University Press.
- Furr, R. M. (2011). *Scale construction and psychometrics for social and personality psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gochman, D. C. (Ed.) (1997). *Handbook of health behavior research* (Vol. 1). New York: Plenum.
- Hirsch, J. K., Floyd, A. R., & Duberstein, P. R. (2012). Perceived health in lung cancer patients: The role of positive and negative affect. *Quality of Life Research, 21*, 187-194.
- Hoyt, L. T., Chase-Lansdale, P. L., McDade, T. W., & Adam, E. K. (2012). Positive youth, healthy adults: Does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *Journal of Adolescent Health, 50*, 66-73.
- Hu, J., & Gruber, K. J. (2008). Positive and negative affect and health functioning indicators in older adults with chronic illnesses. *Issues in Mental Health Nursing, 29* (8), 895-911.
- Isen, A. M. (2001). An influence of positive affect on decision making in complex situations: Theoretical issues with practical implications. *Journal of Consumer Psychology, 11*, 75-85.
- Kassel, J. D., Evatt, D. P., Greenstein, J. E., Wardle, M. C., Yates, M. C., & Veilleux, J. C. (2007). The acute effects of nicotine on positive and negative affect in adolescent smokers. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 543-553.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing* (2nd ed.). London: Routledge.
- Kubzansky, L. D., & Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter: Do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research, 48*, 323-337.
- Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2008). Regulation of emotional well-being: Overcoming the hedonic treadmill. In M. Eid, R. J., & Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being* (pp. 259-289). New York: Guilford.
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *The Journal of Social Psychology, 137*, 369-373.
- Martin, L. A., & Ter-Petrosyan, M. (2020). Positive affect moderates the relationship between salivary testosterone and a health behavior composite in university females. *International Journal of Behavioral Medicine, 27*, 305-315.

- Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Depp, C. A., Patterson, T. L., & Grant, I. (2009). Specificity of cognitive and behavioral variables to positive and negative affect. *Behavior Research and Therapy*, *47*, 608-615.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... (2016). Heart disease and stroke statistics-2016 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, *133*, e 38-e360. doi.org/10.1161/cir.350.
- Patrick, D. L., Cheadle, A., Thompson, D.C., Diebr, P., Koepsell, T., & Kinne, S. (1994). The validity of self-reported smoking: A review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, *84*, 1086-1093.
- Pelle, A. J., Pedersen, S. S., Szabó, B. M., & Denollet, J. (2009). Beyond type D personality: Reduced positive affect (anhedonia) predicts impaired health status in chronic heart failure. *Quality of Life Research*, *18*, 689-698.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, *131*, 925-971.
- Pressman, S. D., Jenkins, B. N., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive affect and health: What do we know and where next should we go? *Annual Review of Psychology*, *70*, 627-650.
- Sarafino, E. P. (2008). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (6th ed.). New York: Wiley.
- Seeman, M. V. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on Female hormones. *American Journal of Psychiatry*, *154*. 1641-1647.
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, *55*, 5-14.
- Shear, M. K., Feske, U., & Greeno, C. (2000). Gender differences in anxiety disorders: Clinical implications. In E. Frank (Ed.), *Gender and its effects on psychopathology* (pp.151-165). Washington DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Sin, N. L., Moskowitz, J. T., & Whooley, M. A. (2015). Positive affect and health behaviors across five years in patients with coronary heart disease: The Heart and Soul Study. *Psychosomatic Medicine*, *77* (9), 1058-1066.
- Smart Richman, L., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. & Bauer, M. (2005). Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology*, *24*, 422-429.
- SPSS, Inc. (2009). *SPSS: Statistical data analysis: Base 18.0, Users Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.

- Step toe, A., Dockray, S., & Wardle, J. (2009). Positive affect and psychological processes relevant to health. *Journal of Personality*, 77 (6), 1747-1776.
- Step toe, A., Gibson, E. L., Hamer, M., & Wardle, J. (2007). Neuroendocrine and cardiovascular correlates of positive affect measured by ecological momentary assessment and by questionnaire. *Psychoneuro-endocrinology*, 32, 56-64.
- Straub, R. O. (2012). *Health psychology : A biopsychosocial approach* (3rd ed.). New York: Worth Publishers.
- Suinn, R. M. (2001). The terrible two—anger and anxiety: Hazardous to your health. *American Psychologist*, 56, 27-36.
- Taylor, S. E. (2012). *Health psychology* (8th ed.). New York : McGraw Hill.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1994). *Manual for the Positive and Negative Affect Schedule- Expanded Form (PANAS- X)*. The University of Iowa.
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- World Health Organization (2006). *Physical health and health in Europe: Evidence for action*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2015a). *Global burden of disease*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2015b). *Healthy diet*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>

Health Behaviors and their Associations with Positive and Negative Affect and Love of Life

Ahmed M. Abdelkhalik

Abstract :

Positive and negative health behaviors play a pivotal role in health and disease. The present study aimed to investigate the health behaviors' associations with positive and negative affect and love of life. A convenience sample of Egyptian college students ($N = 303$) was recruited. Results indicated statistically significant sex differences in positive affect in favor of men, whereas women had the higher mean score on negative affect. All the Pearson correlations between the health behaviors, positive effect, and love of life were statistically significant and positive, whereas the associations between the afore-mentioned scales and negative affect were significant and negative in both sexes. Principal components analysis extracted one bipolar high-loaded component and labeled: Health vis-à-vis negative affect. Regression analysis indicated that love of live, positive affect, and (lack of) negative affect were predictors of health behaviors in both sexes. It was concluded that it is important to develop the positive aspects of personality such as positive affect and love of life, in which they may promote positive health behaviors.

Key words: Health behaviors, positive affect, negative affect, love of life.