

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieure

Et de La Recherche Scientifique

Université –BATNA 01-

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET  
SCIENCES DE L'ÉDUCATION ET  
L'ORTHOPHONIE

رقم التسجيل: 2012/02/PSY/084



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة –باتنة 01-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

## فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التفاؤل غير الواقعي و تنمية السلوك الصحي لدى المدخن

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم فيعلم النفس العيادي

تخصص : علم النفس الصحة

إشراف الأستاذ الدكتور : جبالي نورالدين إعداد الطالبة: مشاشو قرمية

أمام لجنة المناقشة

اسم الأستاذ	الدرجة العلمية	الصفة	الجامعة
صالحي حنيفة	أستاذ	رئيسا	جامعة باتنة 1
جبالي نورالدين	أستاذ	مشرفا ومقرا	جامعة باتنة 1
يوسفي حدة	أستاذ	عضوا	جامعة باتنة 1
جابر ناصرالدين	أستاذ	عضوا	جامعة بسكرة
نحوي عائشة	أستاذ	عضوا	جامعة بسكرة
قريشي فيصل	أستاذ محاضرا	عضوا	المركز الجامعي أفلو

السنة الجامعية 2017/2018

## شكر و تقدير

### شكر وتقدير

"رب اوزعني ان اشكر نعمتك التي انعمت علي وعلى والدي وان اعمل صالحا  
ترضاه وأدخني برحمتك في عبادة الصالحين" سورة الزمل

الحمد لله الذي يسر لي إنجاز هذا العمل فاللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا ما  
رضيت ولك الحمد وأنت راض عنا.

الى من لم يتوان في مد يد العون لي الى استاذي الفاضل الأستاذ جوالي نورالدين  
الذي أخصه بكل عبارات الامتنان والتقدير  
الى الذين جعلوا من ظروف اجراء الدراسة الميدانية امرا ممتعا، صعب علينا وعلى  
المجموعة انهاءها:

السيد مدير معهد التعليم الممنني الاخوة الشهداء احمد والطيب بن عبيد باتنة  
مشاركة التوجيه بالمعهد: حيدوس لبنى

الأختاني النفساني بقسم الاورام بمركز مكافحة السرطان باتنة: عيساني ياسر  
الطبيب المختص في الامراض الصدرية وحموضات ايتافه التدخين: د. عبد الاله وسيم  
ومن فيض الأعماق وعرفانا بالجميل أتقدم بالشكر الجزيل لجميع اساتذة قسم علم النفس  
بجامعة باتنة 1 وخص بالذكر الاساتذة الذين قاموا بإبداء ملاحظاتهم حول البرنامج  
العلاجي والمقاييس.

كما أخص بالشكر الجزيل طلبة معهد التعليم الممنني وخاصة افراد العينة الاساسية الذين  
قبلوا المشاركة وأبدوا انضباطا وتعاوننا كبيرا.

وتقدير وشكر خالص للسادة الاساتذة أعضاء لجنة المناقشة على تفضلهم وقبولهم مناقشة  
هذه المذكرة وإخفاء خبرتهم عليهما

الى الذي لا تكفي كل عبارات الشكر والامتنان لتقدير جهوده الى اللوح الكريم الذي  
كان نبراسا حقيقيا انار لي الدرب دون كلل او ملل  
والى كل من مد يد العون لإتمام هذا العمل

### ملخص البحث

تهدف الدراسة الحالية الى اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على مبادئ نظريات العلاج المعرفي السلوكي (لآرون بيك، البرت اليس، ميكنيوم ) و من ثم معرفة فعالية هذا البرنامج في خفض التفاؤل غير الواقعي و التوقف التدريجي عن ممارسة سلوك التدخين و تنمية السلوك الصحي و ذلك على عينة من الطلبة المدخنين تكونت من 30 طالب من معهد التكوين المهني الاخوة بن عبيد باتنة، و ذلك خلال الفترة الممتدة من 19 نوفمبر 2017 الى 18 فيفري 2018 و حتى تتمكن الباحثة من قياس متغيرات البحث قامت بتصميم ثلاثة مقاييس، الأول يقيس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن و الثاني يقيس سلوك التدخين و الثالث يقيس السلوك الصحي، و بعد تصميم هذه المقاييس تم تقنينها ضمن دراسة استطلاعية أجريت على عينة تكونت من 70 طالبا من طلبة كلية الاقتصاد جامعة باتنة 1، تم خلالها حساب الخصائص السيكومترية للمقاييس، لننتقل بعدها الى الدراسة الاساسية أين اعتمدنا على المنهج التجريبي بتصميم المجموعات المتكافئة بقياس قبلي و بعدي و تتبعي، و قد ضمت المجموعة التجريبية 15 طالبا و العينة الضابطة 15 طالبا أيضا يزاولون الدراسة في نفس التخصص، و قد سعت الباحثة الى تحقيق التجانس بين المجموعتين من حيث ( السن، المستوى التعليمي ) اضافة الى التجانس في متغيرات البحث في القياس القبلي، و قد توصلت الدراسة الى النتائج التالية :

- درجات التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية في القياس القبلي مرتفعة.
- درجات سلوك التدخين لدى العينة الكلية في القياس القبلي مرتفعة.
- درجات السلوك الصحي لدى العينة الكلية في القياس القبلي منخفضة.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي

## ملخص البحث

في القياس القبلي، فقيمة U بلغت 109.50 وقيمة Z بلغت  $p = 0.12$  و  $p = 0.90$  وهي أكبر من 0.05.

- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي، فقيمة U هي 109 و قيمة Z هي  $p = 0.14$  و  $p = 0.90$  وهي أكبر من 0.05.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة و متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي، فقيمة U هي 98 وقيمة Z هي  $p = 0.60$  و  $p = 0.56$  وهي أكبر من 0.05.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس التفاؤل غير الواقعي و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي، فقيمة Z بلغت  $p = 0.95$  و  $p = 0.52$  وهي أكبر من 0.05.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس سلوك التدخين وذلك بين القياسين القبلي و البعدي، فقيمة Z بلغت 0.67 و  $p = 0.5$  وهي أكبر من 0.05.
- لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس السلوك الصحي وذلك بين القياسين القبلي و البعدي، فقيمة Z بلغت 1.89 و  $p = 0.059$  وهي اكبر من 0.05.
- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي، فقيمة Z بلغت 3.41 و  $p = 0.001$  وهي أقل من 0.05، كما أن حجم الاثر هو (  $D = 2.30$  ) و مربع ايتا = 0.53 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في خفض التفاؤل غير الواقعي لدى العينة التجريبية.
- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي، فقيمة Z بلغت 2.56 و  $p = 0.01$  وهي أقل من 0.05. كما أن حجم الاثر هو (

## ملخص البحث

(  $D=0.77$  ) و مربع ايتا = 0.43 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في خفض سلوك التدخين لدى العينة التجريبية.

- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي، فقيمة Z بلغت 3.40 و  $p=0.001$  وهي أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو (  $D= 1.28$  ) و مربع ايتا=0.86 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في رفع مستوى السلوك الصحي لدى العينة التجريبية.

- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة و متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية، فقيمة U بلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.67 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05، كما أن حجم الاثر يساوي (  $D= 5.25$  ) و مربع ايتا= 0.87 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي في خفض التفاؤل غير الواقعي لدى العينة التجريبية .

- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة و متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين وذلك في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية، فقيمة U بلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.69 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو (  $D=3.59$  ) و مربع ايتا = 0.76 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي على العينة التجريبية في خفض سلوك التدخين.

- توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة و متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي وذلك في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية، فقيمة U بلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.69 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو (  $D=5.55$  ) و مربع ايتا = 0.88 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي على العينة التجريبية في رفع مستوى السلوك الصحي .

## ملخص البحث

- لا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي و ذلك بين القياسين البعدي والتتبعي، فقيمة Z بلغت 1.89 و  $p = 0.059$  وهي اكبر من 0.05.
- توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين و ذلك بين القياسين البعدي والتتبعي، فقيمة Z بلغت 3.20 و  $p = 0.001$  وهي أقل من 0.05.
- لا توجد فروق دالة احصائية بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحيح ذلك بين القياسين البعدي والتتبعي، فقيمة Z بلغت 1.46 و  $p = 0.14$  وهي أكبر من 0.05.

## Abstract

In this study, the researcher sought to propose a cognitive therapeutic behavioural program, established on the principles of knowledge Behavioral Therapy (Aron Beck, Albert Ellis and Mickneboum). And then Know the effectiveness of this program, in lowering the unrealistic optimism and stop smoking behavior, and the development of healthy behavior, on a sample of students smokers, and were made up of 30 students from the Institute of professional formation, brothers Ben abbidBatna during the period from 19 November 2017 to 18 February 2018. In order for the researcher to measure the search variables, she designed three metrics. The first measures the unrealistic optimism of the smoker, the second measures smoking behavior, and the third measures health behavior. After the design of these metrics, It was rationed in exploratory study, conducted on a sample of 70 students from the College of Economics, University of Batna 1, during which the sychometrique properties of the measurements were calculated. Then we move on to the basic study, where we relied on the experimental procedure to the design of equivalent groups, by before measurement, after measurement, and tracking measurement. The experimental group included 15 students, and the sample adjuste, 15 students also, who study in the same specialization. The researcher sought to achieve homogeneity between the two groups in terms of (age, educational level),in addition to homogeneity in the variables of research in the measurement, before application of program, and the study has reached the following results:

- The degree of unrealistic optimism in the total sample in the measurement before application of program is high.
- The degree of smoking behavior in the total sample in the measurement before application of program is high.
- The degree of health behavior in the total sample in the measurement before application of program is low.
- There is no statistically significant differences between the average degrees of the sample adjuste and the average degrees of the experimental sample on the unrealistic measure of optimism, before application of program, the value of U has reached 109.5

and the value of Z has reached 0.12 and  $p=0.9$ , which is greater than 0.05.

- There is no statistically significant differences between the average degrees of the sample adjuste and the average degrees of the experimental sample on the smoking behavior measure, before application of program, the value of U has reached 109 and the value of Z has reached 0.14 and  $p=0.9$ , which is greater than 0.05.
- There is no statistically significant differences between the average degrees of the sample adjuste and the average degrees of the experimental sample on the health behavior measure, before application of program, the value of U has reached 98 and the value of Z has reached 0.6 and  $p=0.65$ , which is greater than 0.05
- There is no statistically significant differences between the average degrees of the sample adjuste, on the unrealistic measure of optimism, and this between the two measurement, before and after application of program, the value of Z has reached 0.52 and  $p=0.95$ , which is greater than 0.05.
- There is no statistically significant differences between the average degrees of the sample adjuste, on the smoking behavior measure, and this between the two measurement, before and after application of program, the value of Z has reached 0.67 and  $p=0.5$ , which is greater than 0.05.
- There is no statistically significant differences between the average degrees of the sample adjuste, on the health behavior measure, and this between the two measurement, before and after application of program, the value of Z has reached 1.89 and  $p=0.59$ , which is greater than 0.05
- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample on the unrealistic measure of optimism, and this between the two measurement, before and after application of program, in the favor of the measure after application of program; the value of Z has reached 3.14 and  $p=0.001$ , which is less than 0.05, the effect size is ( $D = 2.30$ ) and square of  $ETA = 0.53$ , which is a large impact volume reflecting the effect of the therapeutic program in lowering the unrealistic optimism in the experimental sample
- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample on the smoking behavior measure, and this between the two measurement, before and after



application of program, in the favor of the measure after application of program; the value of Z has reached 2.56 and  $p=0.01$ , which is less than 0.05, the effect size is ( $D =0.77$  ) and square of ETA  $=0.43$ , which is a large impact volume reflecting the effect of the therapeutic program in lowering the smoking behavior in the experimental sample

- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample on the health behavior measure, and this between the two measurement, before and after application of program, in the favor of the measure after application of program; the value of Z has reached 3.40 and  $p=0.001$ , which is less than 0.05, the effect size is ( $D =1.28$  ) and square of ETA  $=0.86$ , which is a large impact volume reflecting the effect of the therapeutic program in heighten the health behavior in the experimental sample
- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample and the average degrees of the adjuste sample on the unrealistic measure of optimism, and this in the measurement after application of program, in the favor of of the experimental sample; the value of U has reached 0.00, the value of Z has reached 4.67 and  $p=0.00$ , which is less than 0.05, the effect size is ( $D =5.25$  ) and square of ETA  $=0.87$ , which is a large impact volume reflecting the effect of the therapeutic program in lowering the unrealistic of optimism in the experimental sample
- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample and the average degrees of the adjuste sample on the smoking behavior measure, and this in the measurement after application of program, in the favor of of the experimental sample; the value of U has reached 0.00, the value of Z has reached 4.69 and  $p=0.00$ , which is less than 0.05, the effect size is ( $D =3.59$  ) and square of ETA  $=0.76$ , which is a large impact volume reflecting the effect of the therapeutic program in lowering the smoking behavior in the experimental sample
- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample and the average degrees of the adjuste sample on the health behavior measure, and this in the measurement after application of program, in the favor of of the experimental sample; the value of U has reached 0.00, the value of

Z has reached 4.69 and  $p=0.00$ , which is less than 0.05, the effect size is ( $D =5.55$  ) and square of  $ETA =0.88$ , which is a large impact volume reflecting the effect of the therapeutic program in heighten the health behavior in the experimental sample

- There is no statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample on the unrealistic measure of optimism, and this between the two measurement, after application of the program, and tracking measurement, the value of Z has reached 1.89 and  $p=0.59$ , which is greater than 0.05
- There are statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample on smoking behavior measure, and this between the two measurement, after application of the program, and tracking measurement, the value of Z has reached 3.20 and  $p=0.001$ , which is less than 0.05
- There is no statistically significant differences between the average degrees of the experimental sample on the health behavior measure , and this between the two measurement, after application of the program, and tracking measurement, the value of Z has reached 1.46 and  $p=0.14$ , which is greater than 0.05.

## فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
شكر و تقدير.....	.....
ملخص البحث.....	أ.....
فهرس المحتويات.....	ش.....
قائمة الجداول.....	غ.....
قائمة الأشكال.....	م.....
قائمة الملاحق.....	ن.....
مقدمة.....	2.....

### الجانب النظري

#### الفصل الاول

##### مشكلة البحث ومتطلباته

أولا: مشكلة البحث.....	07.....
ثانيا: الدراسات السابقة.....	18.....
ثالثا : أهمية البحث.....	36.....
رابعا: أهداف البحث.....	37.....
خامسا: فرضيات البحث.....	38.....
سادسا : التعاريف الاجرائية لمتغيرات البحث.....	40.....

### الفصل الثاني

#### العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد.....	42.....
اولا: تعريف العلاج المعرفي السلوكي.....	43.....
ثانيا: نظريات العلاج المعرفي السلوكي.....	43.....

## فهرس المحتويات

- 52..... ثالثا : مبادئ العلاج المعرفي السلوكي
- 53..... رابعا : اساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي
- 60..... خامسا : اهداف العلاج المعرفي السلوكي
- 61..... سادسا : فاعلية العلاج المعرفي السلوكي
- 62..... خلاصة

### الفصل الثالث

#### التفاؤل غير الواقعي

- 64..... تمهيد
- 65..... اولا التفاؤل :
- 65..... 1 تعريف التفاؤل
- 67..... 2 النظريات المفسرة للتفاؤل
- 68..... 3 أنماط التفاؤل
- 71..... ثانيا التفاؤل غير الواقعي
- 71..... 1 تعريف التفاؤل غير الواقعي
- 72..... 2 تفسيرات التفاؤل غير الواقعي
- 79..... 3 قياس التفاؤل غير الواقعي
- 80..... 4 العوامل التي تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي
- 82..... 5 التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات
- 84..... 6 علاقة التفاؤل غير الواقعي بالسلوك الصحي و سلوك التدخين
- 86..... خلاصة

### الفصل الرابع

#### سلوك التدخين

- 88..... تمهيد
- 88..... 1 تعريف سلوك الخطر
- 89..... 2 تعريف سلوك التدخين
- 90..... 3 مراحل التعود على سلوك التدخين

## فهرس المحتويات

91.....	4 تفسير سلوك التدخين
93.....	5 مدى انتشار سلوك التدخين
96.....	6 عوامل ادراك الخطر لدى المدخنين
98.....	7 المكونات الكيميائية للسيجارة
99.....	8 اضرار سلوك التدخين
102.....	خلاصة

### الفصل الخامس

#### السلوك الصحي

104.....	تمهيد
106.....	(1 مفهوم السلوك الصحي
107.....	(2 أبعاد السلوك الصحي
107.....	(3 النماذج و النظريات المفسرة للسلوك الصحي
124.....	(4 العوامل المؤثرة على السلوك الصحي
128.....	خلاصة

### الجانب التطبيقي

#### الفصل السادس : منهج البحث واجراءاته

130.....	تمهيد
131.....	أولا الدراسة الاستطلاعية
131.....	1 المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية
131.....	2 حدود الدراسة الاستطلاعية
132.....	3 ادوات الدراسة
154.....	4 البرنامج العلاجي
201.....	ثانيا البحث الأساسي :
201.....	1 منهج البحث الأساسي
202.....	2 حدود البحث الأساسي

## فهرس المحتويات

202.....	3 عينة البحث الأساسي
204.....	4 التصميم التجريبي وضبط المتغيرات
207.....	5 اجراءات البحث
208.....	6 اساليب المعالجة الاحصائية

### الفصل السابع

#### عرض و تحليل و مناقشة النتائج و تفسيرها

#### أولا عرض النتائج و تحليلها

212.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الاولى
213.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية
215.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة
217.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة
218.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة
219.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة
220.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية السابعة
222.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثامنة
223.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية التاسعة
224.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية العاشرة
225.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الحادية عشرة
226.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثانية عشرة
227.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثالثة عشرة
228.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الرابعة عشرة
229.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الخامسة عشرة
230.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية السادسة عشرة
231.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية السابعة عشرة
233.....	عرض و تحليل نتائج الفرضية الثامنة عشرة
233.....	<u>ثانيا تفسير النتائج و مناقشتها</u>
233.....	تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الأولى

## فهرس المحتويات

235.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
237.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
238.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
240.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
242.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
244.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة
245.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة
247.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة
248.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة
250.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الحادية عشرة
252.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية عشرة
254.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشرة
256.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة عشرة
258.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة عشرة
260.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة عشرة
261.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة عشرة
262.....	تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة عشرة
264.....	خلاصة عامة
265.....	التوصيات والاقتراحات
267.....	مراجع
280.....	ملاحق البحث

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
11	جدول متابعة استهلاك التبغ في Québec كندا	1
33	جدول يبين نتائج دراسة دراسة Weinstein 2003	2
94	جدول نسبة المدخنين فوق سن 15 سنة حسب الجنس في كيبك ( Québec )	3
95	جدول يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1996 :	4
96	جدول يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007:	5
98	جدول يبين نتائج دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية 1999	6
124	جدول يوضح المحاور الخمسة لنموذج المعتقدات الصحية إضافة إلى فاعلية الذات حسب نظرية كلانس	7
137	جدول يبين نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي	8
139	جدول يبين نتائج الصدق التمييزي لمقياس التفاؤل غير الواقعي	9
140	جدول يبين نتائج معامل الارتباط ( التجزئة النصفية )	10
144	جدول يبين نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس سلوك التدخين	11
146	جدول يبين نتائج الصدق التمييزي لمقياس سلوك التدخين	12
147	جدول يبين نتائج معامل الارتباط ( التجزئة النصفية ) لمقياس سلوك	13



قائمة الجداول

	التدخين	
151	جدول يبين نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس السلوك الصحي	14
153	جدول يبين نتائج الصدق التمييزي لمقياس السلوك الصحي	15
154	جدول يبين نتائج معامل الارتباط ( التجزئة النصفية ) لمقياس السلوك الصحي	16
160	جدول يبين سيرورة الجلسات	17
161	جدول يبين محتوى و أهداف الجلسات	18
169	جدول يبين التقنيات العلاجية المستخدمة	19
177	جدول يبين الخطوات الاجرائية لجلسات البرنامج	20
203	جدول خصائص العينة الأساسية حسب الجنس	21
203	جدول خصائص العينة الأساسية حسب السن	22
204	جدول خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي	23
205	جدول يبين التصميم التجريبي المعتمد في البحث	24
206	جدول يبين نتائج اختبار(ف) لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس القبلي لمقياس التفاؤلغير الواقعي	25
206	جدول يبين نتائج (ف) لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس القبلي لمقياس سلوك التدخين	26
206	جدول رقم (27) يبين نتائج اختبار ( ف ) لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة و التجريبية في القياس القبلي لمقياس السلوك الصحي	27
209	جدول يبين قيم حجم الأثر	28
210	جدول يبين قيم حجم تأثير ايتا مربع	29
212	جدول يبين نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين المتوسط الحسابي	30

قائمة الجداول

	والمتوسط الفرضي لمقياس التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية في القياس القبلي	
214	جدول يبين نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس سلوك التدخين لدى العينة الكلية في القياس القبلي	31
216	جدول يبين نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس السلوك الصحي لدى العينة الكلية في القياس القبلي	32
218	جدول يبين نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي عند القياس القبلي	33
219	جدول يبين نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية في مقياس سلوك التدخين عند القياس القبلي	34
220	جدول يبين نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية في مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي	35
221	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس التفاؤل غير الواقعي	36
222	جدول نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس سلوك التدخين	37
223	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي و البعدي على	38

قائمة الجداول

	مقياس السلوك الصحي	
224	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس التفاؤل غير الواقعي	39
225	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس سلوك التدخين	40
226	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس السلوك الصحي	41
227	جدول يبين نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس البعدي	42
228	جدول يبين نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس البعدي	43
229	جدول يبين نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي	44
230	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاؤل غير الواقعي	45
231	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوك التدخين	46

قائمة الجداول

232	جدول يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوك الصحي	47
-----	--	----

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
109	شكل يوضح نموذج المعتقدات الصحية	1
113	شكل يوضح المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر	2
114	شكل يوضح مكونات نموذج السلوك المخطط	3
116	شكل يوضح نموذج دافع الحماية	4
118	شكل يبين نموذج مراحل التغيير	5
120	شكل يوضح الحتمية التبادلية	6
122	شكل يوضح نظرية دولي و شنايدر	7
156	شكل يوضح معتقدات المدخن	8

## قائمة الملاحق

رقم الملحق	عنوان الملحق	الصفحة
1	اذن اجراء الدراسة الميدانية	281
2	اذن اجراء الزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان باتنة	282
3	اذن اجراء الزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان باتنة مرفق بقائمة الطلبة (العينة التجريبية)	283
4	مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن	284
5	مقياس سلوك التدخين	287
6	مقياس السلوك الصحي	290
7	قائمة الأساتذة المحكمين للمقاييس والبرنامج العلاجي	293
8	بروتوكول البرنامج العلاجي	294
9	التقنيات المستخدمة	295
10	استمارة التقييم الذاتي	301
11	استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي	302
12	استمارة تقرير الحالة عن الجلسة العلاجية	304
13	استمارة تقنية الاعمدة الثلاثة	305
14	السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا	306
15	استمارة مزايا و مساويء	307
16	سجل الأفكار التلقائية	308
17	استمارة النشاط اليومي	309

## قائمة الملاحق

310	تدريبات الاسترخاء	18
313	العقد العلاجي	19
314	المطوية	20

مقدمة

مقدمة



### مقدمة

ينظر علماء النفس الى التفاؤل بوصفه سمة تؤثر على الحالة النفسية العامة للفرد ، و التي بدورها لها الأثر البالغ على سلوكاته و توقعاته بالنسبة للحاضر و المستقبل ، و قد برزت العديد من الاتجاهات النظرية التي سعت الى تفسير هذا التأثير و هذا الارتباط ، فنظرية التحليل النفسي ترى في التفاؤل قاعدة عامة للحياة ، و الفرد حسبها يكون متفائلا ما لم يقع في حياته حدث يجعل نشأة عقدة نفسية أمرا ممكنا ، و يعني ذلك أن الفرد قد يكون متفائلا جدا ازاء أحد المواضيع أو المواقف فتقع حادثة مفاجئة تجعله متشائما جدا من الموضوع ذاته.

أما النظرية المعرفية التي تشبه الطبيعة الانسانية بنظام كلي يسمح بالنظر الى الذات كتنظيم معرفي يتعلق بتاريخ الفرد وهويته، فيرى روادها أن التفاؤل يحتوي على عنصر التخطيط الذي يقوم على حقائق منطقية مجردة والتي تتضمن نوعا من النشاط المعرفي، كما يرون أن المتفائلين يميلون للتركيز على المعلومات ذات العلاقة القوية بالشخصية فيكونون أكثر اقتناعا بالرسائل الاجابية.

في حين ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن بناء شخصية الفرد يتكون من التوقعات و الأهداف و الطموحات و فعالية الذات، حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالملاحظة، و الذي يتم على ضوء مفاهيم المنبه و الاستجابة و التدعيم و لذلك فان سلوك الفرد يرتبط بتاريخ التدعيم لبعض المواقف، و بناءا على ذلك فقد ينجح بعض الأفراد في أداء المهام و بالتالي تتكون لديهم توقعات ايجابية للنجاح في المستقبل ازاء هذه المواقف في حين قد يفشل بعض الافراد في أداء هذه المهام وبالتالي تتكون لديهم توقعات سلبية.

و رغم تعدد هذه التفسيرات الا أن هناك اتفاق على وجود عوامل هي التي تساعد على نشأة التفاؤل لدى الأفراد و التي من بينها التنشأة الاجتماعية و المعاملة الوالدية التي تلعب دورا هاما في ابراز الاتجاه نحو المستقبل و التوقعات و ذلك من خلال الطريقة التي يقيم بها الوالدان الفشل أو النجاح فالطالب الذي يفشل في دراسته و يجد المساندة من أبويه لبذل المزيد من الجهد قد تعزز لديه مشاعر التفاؤل ، و يصبح الفشل لديه حافزا لاستجماع ما يملك من قدرات و جهد لينجح في المستقبل ( مصطفى حجازي، 2000 ، ص 287 ) و كذلك تلعب الحالة النفسية دورا مهما في التفكير، فالفرد عموما و هو في حالة نفسية جيدة يكون لديه ميل للتفكير الايجابي

المتفائل ، و يحدث ذلك لأن الذاكرة التي تحددنا الحالة المزاجية تجعلنا و نحن في حالة نفسية جيدة نتذكر أكثر الأحداث الايجابية ، أما عن خبرات النجاح و الفشل فالأكيد أن النجاح يعزز الفعالية الذاتية و التي هي اعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على مجريات حياته و مواجهة ما يقابله من تحديات ( جولمان، 2000 ).

ان وجود كل هذه التفسيرات لسمة التفاؤل يشير الى التأثير الواضح لها على مختلف الجوانب : كتقدير الذات الذي يتمثل في الأبعاد التي يضعها الفرد و من خلالها يرى ذاته و الآخرين و هذه الأبعاد متباينة في الأهمية بالنسبة للفرد ( عبد المقصود، 1991، ص72 )، و يرى مالهي أن تقدير الذات من العوامل المهمة في بناء شخصية الفرد و لها الدور الفعال في استجاباته و قد بين أن 60 % من البشر لديهم مستوى متدني من تقدير الذات ، و هو ما يصعب من تعديل و تغيير سلوكياتهم نحو الأفضل ( مالهي و ريزنر ، 2006 ) ، أما Smith فيرى أن تقدير الذات ما هو الا مجموعة من الاتجاهات و المعتقدات التي يستدعيها الفرد لحظة اتصاله بالعالم الخارجي و يعبر الفرد عن ذاته ب :

- طريقة التعبير الذاتي: و هي ادراك الفرد ذاته ووصفه لها

- التعبير السلوكي: و ذلك من خلال الأساليب و السلوك الذي يتخذه الفرد

و قد ميز Smith بين نوعين من تقدير الذات :

- تقدير ذات حقيقي و هو تقدير الأفراد لذواتهم بشكل واقعي و شعورهم بأنهم فعلا ذوي قيمة ، فاعلين في الحياة ، سعيدين و متفائلون.

- تقدير ذات دفاعي: و هو تقدير الأفراد لذواتهم بشكل يجعلهم يشعرون بأنهم منعزلين غير ذي قيمة ( أبو مغلي سميح وآخرون ، 2002 ، ص 111 )

ولذلك فان الشخص الذي يتميز بتقدير ايجابي لذاته يكون أكثر تفاؤلا و اقبالا على الحياة و بالتالي سيحظى بصحة جسمية و نفسية جيدة، و التي ما هي في الحقيقة الا قدرة على التوافق مع نفسه و مع المجتمع ليحي حياة خالية من التآزم و الاضطرابات (سهير كامل أحمد، 1999 ، ص 16 ).

ان الدراسات العديدة لسمة التفاؤل سمحت بظهور مفاهيم كثيرة قد يكون لبعضها الأثر السلبي كالتفاؤلية الدفاعية أو التفاؤل غير الواقعي الذي يعرف على أنه نزعة داخل الفرد لتوقع حدوث أشياء ايجابية أكثر مما يحدث فعلا و توقع حدوث الأشياء السلبية أقل مما يحدث فعلا، و هو

الأمر الذي يجعله يقدر الأخطار تقديرا خاطئا فنجده يمارس سلوكات خطيرة ستؤثر لا محالة على صحته و لكنه يستبعد ذلك، كالمدخن الذي يستمر في ممارسة سلوك التدخين لأنه يتوقع أن الأمراض الناتجة عن هذا السلوك تصيب فقط الآخرين.

و من هذا المنطلق سعت الدراسة الحالية الى تصميم برنامج علاجي قائم على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي بهدف تعديل هذا التشوه المعرفي و الوصول الى خفض التفاؤل غير الواقعي و زيادة تقدير الذات ، ما يجعل المدخن يتوقف تدريجيا عن سلوك التدخين و ينمي نمط حياة صحي ، و من أجل ذلك قامت الباحثة بتقسيم البحث الى جانبين، جانب نظري تضمن خمسة فصول خصصنا الأول منها لتحديد مشكلة البحث و متطلباته من دراسات سابقة و أهمية و أهداف و تعاريف إجرائية، في حين خصصنا الفصل الثاني للتعريف بالعلاج المعرفي السلوكي من خلال معرفة مختلف نظرياته و تقنياته و مدى فعاليته، أما الفصل الثالث فتناولنا فيه التفاؤل غير الواقعي من حيث المفهوم و الاتجاهات النظرية المفسرة و العوامل المساعدة على تشكيله، ثم يليه الفصل الرابع الذي تناولنا فيه سلوك التدخين من خلال تعريفه و معرفة أضراره و مختلف الاتجاهات النظرية المفسرة له، لنختتم الجانب النظري بالفصل الخامس الذي خصص للسلوك الصحي حيث عرفناه و أوردنا مختلف النظريات المفسرة له.

أما الجانب الميداني فقد قسم الى فصلين، حيث خصص الفصل السادس لعرض منهج البحث وإجراءاته بما يتضمن من بحث استطلاعي وتصميم أدوات القياس وخطوات تقنيها، وكذا كيفية بناء البرنامج العلاجي المستخدم في الدراسة ومكوناته، وعرض خطوات الدراسة الأساسية بما تت تتضمنه من منهج وتصميم تجريبي وطرق اختيار العينة وإجراءات البحث والأساليب الإحصائية، بينما خصص الفصل السابع والأخير لعرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

## الجانب النظري

الفصل الأول : مشكلة البحث و متطلباته

أولاً: مشكلة البحث

ثانياً: الدراسات السابقة

ثالثاً : أهمية البحث

رابعاً: أهداف البحث

خامساً: فرضيات البحث

سادساً : التعاريف الاجرائية لمتغيرات البحث

أولاً : مشكلة البحث:

يعرف التفاؤل على انه عملية نفسية ارادية تولد أفكار إيجابية ومشاعر للرضى والتحمل والثقة العالية بالنفس وتبعد عن الفرد حالات اليأس والعجز فالشخص المتفائل يفسر مشاكله وأزماته تفسيراً يبعث في النفس الاحساس بالأمن والطمأنينة ولذلك يمثل التفاؤل قيمة اجتماعية مهمة لدى معظم الناس، فمن خلاله يمكن التنبؤ بالمستقبل وبالأفكار الخاصة بالتطور الاجتماعي والاقتصادي وذلك بتأثيره على الأفراد في فهمهم لأهدافهم المحددة وطرق التغلب على الصعوبات التي تواجههم.

إن تزايد الاهتمام بدراسة هذا المفهوم منذ ظهور أول كتاب عنه سنة 1979 (tiger) كان بسبب كونه خلفية عامة تحيط بالحالة النفسية للفرد وتؤثر تأثيراً بالغاً على سلوكه وتوقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل، ولأنه أصبح يعتبر سمة ثابتة نسبياً لدى الفرد ولها تأثير مباشر على تغيير حياته الى الأفضل أو العكس لإرتباطها مباشرة بالصحة النفسية والجسمية وهو ما أكدته الدراسات والبحوث التي أثبتت العلاقة الوثيقة بين التفاؤل والصحة والدافعية للإنجاز والسعادة والنظرة الإيجابية للحياة ولذلك نلاحظ بروز الإهتمام بهذه السمة في دراسات العديد من التخصصات لعلم النفس العيادي وعلم نفس الصحة وعلم النفس الاجتماعي وعلم نفس الشخصية.

ويعتبر شاير وكارفر ( Cheir, Carver ) من أكثر الباحثين دراسة لموضوع التفاؤل وقد عرفاه على أنه " سمة في الشخصية تجعل الفرد ينزع للتوقع العام لحدوث الأشياء الإيجابية بدلا من الأشياء السلبية " (الانصاري، 1998، ص14)

ولكن هل يمكن لهذه النزعة أن تؤثر سلباً على الفرد على اعتبار التفاؤل أسلوب معرفي شامل و ثابت نسبياً تختلف درجته من شخص لآخر أو كما يعرفه اسماعيل أحمد "استعداد انفعالي ومعرفي ونزعة للاعتقاد أو الاستجابة انفعاليا اتجاه الآخرين وتجاه المواقف وتوقع نتائج مستقبلية جيدة" (اسماعيل أحمد السيد، 2001، ص 51).

إن هذا هو ما توصلت اليه المعالجات النظرية التي وجدت أن القابلية للإصابة بالأمراض كما يدركها الفرد تعتبر منبئاً لطائفة عريضة من سلوكيات الخطر، وتتوافر الأدلة على أن الاعتقادات المتعلقة بالحصانة الشخصية أي عدم القابلية للإصابة بالأمراض تعد خاطئة في معظم الاحيان والتي تأتي نتيجة لنمط تفاؤل قدمه Weinstein عام 1980 وعرفه بالتفاؤل

غير الواقعي والذي من خلاله يعتقد الناس أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة مع الآخرين ويعتقدون أيضا ان الحوادث الايجابية يزداد احتمال حدوثها لهم مقارنة مع الآخرين (الأنصاري، 2001، ص192).

وأورد Weinstein تقريرا هدف الى الكشف عن نزعة الافراد الى التفاؤل غير الواقعي لأحداث الحياة وذلك من خلال دراستين:

- تكونت عينة الدراسة الأولى من (1258) طالب وطالبة من جامعة رودجرز في ولاية نيوجرسي الامريكية سنة 1980، واستخدم فيها مقياس احداث الحياة الذي احتوى على (42) حدثا (18) منها ايجابية و24 منها سلبية وكشفت النتائج عن تقدير الأفراد للأحداث الايجابية بمعدل فوق المتوسط في حين يكون تقديرهم للأحداث السلبية بمعدل أقل من المتوسط.

- أما الدراسة الثانية فقد أجريت على 120 طالبة من نفس الجامعة سنة 1983 و هدفت الى التحقق من الفكرة القائلة أن الافراد ذوي التفاؤل غير الواقعي يتفاعلون نتيجة توجههم الى العوامل التي تساعدهم على تحقيق مطالبهم المرغوبة في المستقبل واستخدم فيها -كتيب يحتوي على الاحداث نفسها التي استخدمت في الدراسة الأولى ولكن تم تقسيمها الى ثلاثة لأقسام متساوية يمكن أن تثير التفاؤل غير الواقعي وعلى كل مفحوص ذكر العوامل التي قد تزيد من احتمال حدوث تلك الاحداث لديهم أو تقلل منها ( Weinstein, 1980 )

وقد اظهرت النتائج ان استخدام مثل هذا الاجراء قد خفض فعلا من معدل التفاؤل غير الواقعي ولكن لم ينف ظاهرة اللاواقعية في التفاؤل وبذلك خلصت الدراسات الى ان الناس يعتقدون انهم محصنون (invulnerable) لدرجة أنهم يظنون ان الحظ السيئ و الأحداث المزعجة لا تمس الا الآخرين وهذا الاعتقاد يعتبر خطأ معرفي لأنه شعور قد يكون دون مبررات منطقية أو مؤشرات حقيقية، وهو الأمر الذي يؤدي في الغالب الى حصول نتائج غير متوقعة وبالتالي يصبح الفرد في قمة الاحباط مما يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض، كما ان التوقعات غير الواقعية تدفع الأفراد بالتأكيد الى اتخاذ سلوكيات خطيرة دون الأخذ بعين الاعتبار ما يمكن ان يترتب عنها وفي نفس الوقت الابتعاد عن السلوكيات الصحية. (Taylor ,Brown,1988)

لذا نجد سعي البحوث الحديثة الى ابراز الدور الحيوي للسلوك من خلال ظهور علم الأوبئة السلوكية والذي يعنى بدراسة مدى مساهمة بعض سلوكيات الخطر كالتدخين والبدانة في

حدوث وانتشار الأمراض المزمنة والخبیثة، وتأكيدا لدور السلوك في نشأة وانتشار الأمراض أدرج الباحثون السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة وأصبح يحظى بنفس الأهمية التي تحظى بها العوامل البيولوجية، خاصة إذا علمنا ان دور العوامل السلوكية في تطور بعض الامراض أصبح واضحا، فعلى سبيل المثال هناك 25% من الوفيات الناتجة عن السرطان وعدد كبير من الوفيات الناتجة عن النوبات القلبية يمكن تجنب حدوثها عن طريق تعديل سلوك واحد فقط هو التدخين (شيلي تايلور، 2008، ص122) الذي يعتبر من أبرز سلوكيات الخطر التي يقدم عليها الأفراد رغم اعتباره سببا رئيسيا في زيادة الإصابة بالأمراض بل واعتباره السبب الاول للوفيات في العالم رغم سعي الدول المتقدمة من خلال العمل الجاد لتطوير أساليب التوعية التي من شأنها الحد من انتشاره والنتيجة بدأت في الظهور من خلال تناقص استهلاك التبغ وانخفاض نسبة الأمراض الناتجة عنه وهذا ما توضحه دراسة اجريت في مقاطعة Quebec في كندا تابعت استهلاك التبغ لعينة تقدر بـ (21800) شخص تفوق اعمارهم 15 سنة

جدول رقم(1) متابعة استهلاك التبغ في Québec(كندا) 2004

السنة	نسبة الاستهلاك
1987	39.9
1992	34.2
1993	34.2
1994	35.3
1995	35.3
1996	33.1
1997	33.1
1998	34.2
1999	31.2
2000	30.2
2001	30.2

(M, Lalonde, Bheineman, 2004)



ولكن تبقى كل هذه الجهود غير كافية، فتقارير منظمة الصحة العالمية (OMS) تتوقع وفاة 10 ملايين شخص بسبب التدخين بحلول سنة 2020، منهم 7 ملايين في العالم الثالث الذي تزداد فيه نسبة المدخنين بـ 2.7% سنويا.

وقد قدرت المنظمة عدد المدخنين في العالم بمليار ومائة مليون شخص منهم 800 مليون في الدول النامية بنسبة 48% ذكور و 7% اناث وتبقى هذه النسب في ارتفاع مستمر رغم التأكيد على ان نسبة الوفيات بين المدخنين من سن 35 الى 65 سنة تزيد ثلاث مرات عن غير المدخنين، ورغم التأكيد على أن التدخين هو المسؤول عن 90% من وفيات سرطان الرئة في العالم و 30% من جميع إصابات السرطان وسيتسبب في وفاة شخص من بين 7 اشخاص سنة 2020 بعدما كان يتسبب في وفاة شخص من بين 12 شخص سنة 1999 (آمنة ب، 2016). أما في الجزائر فالإحصائيات تشير الى وفاة 15 ألف كل سنة بسبب التدخين، 7 آلاف بالسكتة القلبية، 4 آلاف بسرطان القصبة الهوائية، 4 آلاف بسرطان الحنجرة، اضافة الى ان 60% من المدخنين اختلت صحتهم ولكن نجد نسبة المدخنين تفوق 44% عند الذكور فوق 15 سنة و 9% عند الاناث (آمنة ب، 2016).

وهي احصائيات جاءت أيضا في دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) سنة 2005، حيث اجرى المعهد تحقيقا وطنيا حول الصحة يندرج ضمن مشروع بحث حول علم الاوبئة والنظام الصحي في دول شمال افريقيا tahin وكان يهدف الى:

- تقدير عدد الوفيات لدى السكان
- تقدير تردد عوامل الخطر لدى الراشدين من 35 الى 70 سنة والتي من بينها سلوك التدخين واشتمل التحقيق على عينة كلية مكونة من 4818 أسرة، 68.8 % منها في المدينة و 31.2% في الريف والمجموع الكلي للأفراد المكونين لها هو 32663 بمعدل 50.5 ذكور و 49.5 اناث وتوصلت النتائج الى :

• 26.5% من أفراد العينة مدخنين (ذكور)

• 0.43 من أفراد العينة مدخنين (إناث)

• 10.64% في الريف

• 11.55% في المدن

(Groupe technique de l'INSP, 2008)

ان هذا الانتشار الواسع يشير الى عدم الوعي الذي يكون غالبا نتيجة لكون القابلية للإصابة بالمرض خاضعة لإدراك مشوه فإذا كان على الشخص أن يشير الى احتمال الإصابة الشخصي وحصول خطر ما فإنه يقلل من أهمية هذا الخطر وذلك باعتقاده أنه اقل قابلية للإصابة من الآخرين، وهذا ما عرفه الباحثون كما ذكرنا سابقا بالتفاؤل غير الواقعي وهو أسلوب معرفي يمكن أن ينشأ على اساس ميول دفاعية يحتمل أن تكون فعالة في تغلبنا على امور حياتنا اليومية وذلك بأن لانفكر باستمرار في الأخطار الممكنة وربما تقيدنا النزعة التفاؤلية عند الانجاز قصير الأمد للأنشطة الروتينية إلا أنه يمكن أن يسبب مع مرور الوقت دفع ثمن باهظ وآلام كبيرة وذلك عندما تظهر أزمة حياة كان يمكن الوقاية منها.

وهذه الأزمة يمكن أن تكون الإصابة بمرض عضال يتمثل عند المدخنين في مرض سرطان الرئة الذي اكتشفت العلاقة بينه وبين سلوك التدخين منذ 1930 وتأكدت بدراسة Hill et Doll سنة 1979 ورغم ذلك مازال هذا السلوك في انتشار وهو ما يعني ان المدخن الذي لا يريد أن يدرك خطر الإصابة بالسرطان هل يكون خاضع لتشوه معرفي يسمى التفاؤل غير الواقعي علما أن الأفراد يبدأون التدخين في مرحلة عمرية مبكرة (15%) من المراهقين الذين تقع اعمارهم بين 12 سنة و18 سنة يدخنون بانتظام والسؤال هو هل البدء بسلوك التدخين والمروور بفترة التجربة حتى الوصول الى اتخاذ هذا السلوك كعادة هو خيار واعي؟

يرى بعض الباحثين ان الناس يدركون ما يفعلون وبقرارهم اتخاذ سلوك التدخين يفترض انهم يتحملون مسؤولية تطوير هذه العادة وما يترتب عليها، ولكن وجهة النظر هذه تعرضت للنقد من قبل السيكولوجيين، الفكرة القائلة بان التدخين خيار شخصي يقرر الافراد اتخاذه تفترض انهم عندما بدأو التدخين كان لديهم معتقدات سليمة حول هذا السلوك، علما أن 95% من المدخنين بدأو التدخين في مرحلة المراهقة وكما ذكرنا سابقا هل يمتلك هؤلاء اليافعين معلومات دقيقة عن التدخين مع الإشارة إلى تأكيد الدراسات على انه يتم تزويد المراهقين بمعلومات خاطئة ففي دراسة أجريت على (895) مراهق من سكان المدن في الو.م.أ بهدف تقييم الاتجاهات والمعتقدات التي يحملها المراهق عن التدخين، تبين من خلالها أن المعلومات التي قدمت اليهم عن انتشار التدخين ومخاطره كانت خاطئة، فهناك مبالغة في التقديرات عن عدد الراشدين وعدد زملائهم الذين يدخنون، كما أنها قللت من مقدار الاتجاهات السلبية التي يحملها الآخرون اتجاه التدخين . (شيلي تايلور، 2008، ص316)

كما توصلت الدراسة الى أن هؤلاء المراهقين يعتقدون أنهم أقل عرضة للإصابة بالأمراض التي ترتبط بالتدخين ولذلك هم يبدون وعيا صحيا أقل وهم أكثر ميلا للإنخراط في سلوكيات غير صحية أخرى والابتعاد كليا عن السلوكيات الصحية التي توصف على أنها الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أوغير المقصودة التي يمارسها الأفراد بغرض تحسين حالتهم الصحية والبدنية والنفسية.

فمستوى النشاط الرياضي لديهم متدني مع عدم إنتظام في ساعات النوم وفقدان شهية وأكل وجبات غير صحية ولعل هذا ما أكدته دراسة ( Strine Tara ,Okoro catherine et al ) التي استمرت من سنة (2001. 2002 ) الى سنة 2004 وكان الهدف منها البحث عن العلاقة بين آثار الصحة الجسمية عند المدخنين وبين كل من جودة الحياة والسلوكيات الصحية واعتمدوا في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي مستعينين بنظام متابعة عوامل الخطر (Risk factor surveillance system)،وسلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة (BRFSS) وذلك على عينة مدخنين عددهم 82918 فرد بعمر أكبر من أو يساوي 18 سنة تم اختيارهم من مناطق مختلفة ( USA,Guram,Puerto rico and the virgin islands ) وقد اظهرت النتائج:

- جودة حياة ضعيفة عند المدخنين مقارنة بأولئك الذين لا يدخنون أي أنه توجد علاقة سلبية بين جودة الحياة وبين سلوك التدخين.
  - وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين سلوك التدخين وشرب الكحول (Stine Tara,2005) إن نتائج هذه الدراسة تشير الى ارتباط واضح بين سلوك التدخين واتخاذ سلوكيات غير صحية أخرى.
- ان التأثير المباشر للتدخين على الصحة أصبح من القضايا الموثوق بصحتها، كما أن المخاطر التي تنشأ من تزامن التدخين مع عوامل خطر اخرى أصبح أكثر وضوحا والأهم من ذلك هو أن التوقف عن التدخين يحقق فوائد صحية كما ان إعادة التوازن الى نمط الحياة عن طريق تغيير نظام التغذية وممارسة الرياضة هي عوامل ستؤدي حتما الى تغيير جودة الحياة وتحقيق الكثير من الفوائد للصحة النفسية والجسمية.
- ولكن الابحاث التي أجريت خلال العقود الثلاثة الماضية تكشف عن صعوبة تعديل هذه العادة وسبب ذلك أن التدخين يتقرر في ضوء مجموعة من العوامل السيكولوجية والفيسيولوجية.

ولذلك كان لا بد من ظهور اساليب جديدة تستند في تعديلها للسلوكات الضارة بالصحة على تغيير الاتجاهات ولها القدرة على التنبؤ بالوقت الذي يصبح فيه الأفراد أكثر استعدادا لتغيير سلوكهم (شيلي تايلور، 2008، ص 308) وهذه الاساليب تتمثل في الاتجاهات المعرفية السلوكية التي يكون محور اهتمامها في تعديل العادة الصحية السلوك المقصود ذاته أي الظروف التي تدعو الى ظهوره وبقائه والى العوامل المعززة له، كما توجه هذه الاساليب تركيزا شديدا على المعتقدات التي يحملها الناس إزاء عاداتهم الصحية، إذ غالبا ما يقوم الأفراد بإجراء محادثات داخلية مع الذات تتدخل في قابليتهم لتغيير سلوكهم "فالشخص الذي يرغب في ترك التدخين قد يفشل في ذلك عن طريق إنتاج شكوك ذاتية كأن يقول "سوف لن انجح طيلة حياتي في التوقف عن التدخين"، "لقد حاولت في السابق ولم أنجح" ومن وجهة نظر العلاج المعرفي السلوكي فإن الشخص لن يتمكن من تغيير عاداته غير الصحية أو يحافظ على التغيير الحادث ما لم يتم تعديل هذا الحديث الداخلي وبذلك فإن إجراءات التدخل المعرفية السلوكية تسعى الى تغيير المدركات تماما كسعيها لتغيير السلوك. (شيلي تايلور، 2008، ص 150 )

ولأن الحملات الموجهة الى تغيير الاتجاهات لا تكفي وحدها لمساعدة المدخنين للتوقف عن التدخين فقد تزايد اهتمام السيكولوجيين لإتباع المنهج العلاجي في التعامل مع مشكلة التدخين وكما هو الحال بالنسبة لجميع السلوكات الضارة بالصحة ، يعد التدخين جزء لا يتجزأ من البيئة فهناك مثيرات تؤدي الى ظهوره وتعزيزه ، والهدف الذي تسعى اليه الطرق الإجرائية هو تحرير سلوك التدخين من المثيرات البيئية ، كما أن اعادة التوازن الى نمط الحياة عن طريق تغيير نظام التغذية وممارسة الرياضة والانتظام في ساعات النوم ، قد يكون عاملا مساعدا في التوقف عن التدخين والاستمرار في الامتناع بعد الإقلاع.

إن تحرير سلوك التدخين من المثيرات البيئية واتباع نمط حياة صحي للوصول الى التوقف النهائي عن ممارسة هذا السلوك يجب ان يترافق مع أساليب مناسبة في التعزيز ، كما يجب أيضا التركيز على السلوكات الخفية أو المحادثات الداخلية مع الذات فتغيير هذه الصور الذهنية قد يحدث أيضا تعديلا في السلوك ففي دراسة قام بها Homme سنة 1965 تم تدريب أفراد كانوا يرغبون في التوقف عن التدخين وذلك بتعليمهم الاستجابة للرغبة الملحة في التدخين عن طريق تبني أفكار ضد التدخين مثل "التدخين يسبب السرطان " و أفكار تشجع على عدم التدخين مثل "سأتذوق الطعام بشكل أفضل إذا توقفت عن التدخين "ومن أجل زيادة تكرار هذه المدركات درب

العملاء على تعزيز هذه الأفكار ، لذلك قد تكون الأفكار هدفا توجه إليه جهود التعديل وإعادة تنظيم البنية المعرفية هي طريقة لتعديل الحوارات الداخلية التي تتم بين المرء ونفسه ومن ثم تغيير السلوكات غير المرغوبة وهو الأمر الذي جعل الباحثة تسعى الى تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي معتمدة على بعض التقنيات المعروفة في العلاج المعرفي السلوكي بصفة عامة وبصورة خاصة" طريقة العلاج لآرون بيك ، طريقة العلاج لالبرت اليس، طريقة العلاج لمكنبوم" والتي تركز على تعديل أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين والسلوك غير المتكيف حسبها هو تشوه في البنية المعرفية يجب تعديله.

والسؤال الرئيسي الذي نسعى للإجابة عليه هو؟

- الى أي مدى يمكن إعتبار البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح فعال في خفض التفاؤل غير الواقعي وتنمية بعض السلوكات الصحية والتوقف التدريجي عن سلوك التدخين؟ وتدرج تحت هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

1. ما هو مستوى التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية في القياس القبلي؟
2. ما هو مستوى سلوك التدخين لدى العينة الكلية في القياس القبلي؟
3. ما هو مستوى السلوك الصحي لدى العينة الكلية في القياس القبلي؟
4. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي؟
5. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي؟
6. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي؟
7. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس التفاؤل غير الواقعي بين القياسين القبلي والبعدي؟
8. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس سلوك التدخين بين القياسين القبلي والبعدي؟
9. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس السلوك الصحي بين القياسين القبلي والبعدي؟

10. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي بين القياسين القبلي والبعدي؟
11. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين بين القياسين القبلي والبعدي؟
12. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي بين القياسين القبلي والبعدي؟
13. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس البعدي؟
14. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس البعدي؟
15. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي؟
16. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي بين القياسين البعدي والتتبعي؟
17. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين بين القياسين البعدي والتتبعي؟
18. هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي بين القياسين البعدي والتتبعي؟

ثانيا: الدراسات السابقة:

(1) الدراسات حول التفاؤل غير الواقعي:

دراسة Delhomme,verlliac & Martha 2009:

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 3002 فرد بمتوسط عمر قدره 22.3 سنة، واستخدم فيها استبيان الكتروني يهدف الى قياس تقييم السائقين لاحتمال تعرضهم لعقوبات مرورية أو حوادث جراء السرعة الزائدة وإلى قياس التفاؤل غير الواقعي إتجاه الاصابة بالحوادث مع العلم أن 14% منهم سبق وأن تعرضوا للحوادث و12% تلقوا مخالفة مرورية السنة الماضية. والنتائج بينت أن الذكور أكثر عرضة من الإناث للمخالفات والحوادث المرورية التي يكون سببها السرعة، كما بينت أن معظم السائقين أظهروا تفاؤلا غير واقعي (ذكور، إناث) وأن السائقين الأقل تفاؤلا هم الأقل إفراطا في السرعة ولذلك أوصى أصحاب الدراسة بإعطاء المزيد من الأهمية لمتغير التفاؤل غير الواقعي عند تصميم حملات الوقاية المرورية. ( Delhomme,verlliac & Martha , 2009 )

دراسة Causse,Kouabenan & Delhomme 2004:

هي دراسة أجريت على عينة مكونة من 86 سائق طلب منهم تصور ما الذي يمكن أن يحدث بعد اضطرارهم للعودة الى منازلهم بعد شرب كمية كبيرة من الكحول تجاوزت الحد القانوني، وذلك بالإجابة على أسئلة متعلقة بتقييم احتمال تورطهم في حادث بسبب الإفراط في تناول الكحول، وتقييم شعورهم بالضبط الذاتي المقارن بتفاصيل تعرضهم للحدث (راكب أو سائق)، تقييم الحملات التوعوية المرورية حول القيادة تحت تأثير الكحول وذلك على مقياس يحوي 7 بدائل من ضعيف جدا الى مرتفع جدا. وقد توصلت النتائج الى وجود علاقة ايجابية بين التفاؤل غير الواقعي والضبط الذاتي المقارن حيث اظهر كل المشاركين تفاؤلا غير واقعي عاليا ازاء قدرتهم على ضبط سياقتهم عقب تناول الكحول كما ان الذين قد سبق وتعرضوا لعقوبات مرورية بسبب الإفراط في الشرب كانوا اقل تفاؤلا من الذين لم يمروا بنفس الظروف.

كما تبين أن الأفراد الذين يتحكمون في الكميات التي يشربونها أقل عرضة للحوادث وأن الأفراد الذين أبدوا إهتماما بالحملات الوقائية المركزة على القيادة تحت تأثير الكحول بإعتباره عاملا

هاما في وقوع الحوادث في فرنسا أظهروا مستوى منخفض من التفاؤل غير الواقعي.  
(Causse,Kouabenan et Delhomme 2004 ,p235.256)

**دراسة Rutter,Qwine et albery 1998:**

أجريت هذه الدراسة بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي لدى قائدي الدراجات الهوائية وذلك على عينة بلغ أفرادها 723 فرد ،وقد استخدم لذلك استبيان للكشف عن مدى تعرضهم للإصابة ببعض الحوادث السلبية نتيجة قيادة الدراجة ،وقد كشفت النتائج عن ميل الأفراد الى الاعتقاد بأن الحوادث السلبية الناتجة عن قيادة الدراجة الهوائية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين كما بينت النتائج أن هناك فروق بين قائدي الدراجات الهوائية الذين لديهم خبرة طويلة والذين لديهم خبرة قصيرة حيث يميل الأفراد ذوي الخبرة القصيرة في القيادة الى أن يكونوا اكثر تفاؤلا غير واقعيًا بمعنى أنهم يعتقدون أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالنسبة الى السائقين الآخرين ( Rutter et al,1998,p681.696 )

**دراسة الانصاري بدر محمد 1998-1999 :**

وهي دراسة اجراها الباحث لاعداد مقياس للتفاؤل غير الواقعي ومن ثم حساب معامل الارتباط ببعض سمات الشخصية، وقد اعتمد الباحث على المجتمع الكويتي واختار (7) عينات من الطلاب الجامعيين وطلاب الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب.

– العينة الأولى: تكونت من 270 طالب من الجامعة طرح عليهم سؤال مفتوح بغرض جمع وبناء بنود المقياس.

– العينة الثانية: تكونت من 425 طالب وطالبة وزع عليهم المقياس بغرض حساب خصائصه السيكومترية (الصدق والثبات).

– العينة الثالثة: تكونت من 644 فرد لحساب الفروق بين الجنسين.

– العينة الرابعة: تكونت من 360 فرد

– العينة الخامسة: تكونت من 85 فرد

– العينة السادسة: تكونت من 162 فرد

وقد استخدمت العينات الثلاثة الاخيرة لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقياس وحساب الارتباطات مع سمات الشخصية التي تم اقتراح دراستها.



العينة السابعة تكونت من 274 طالب من جامعة الكويت واستخدمت لحساب معاملات ثبات مقياس الشخصية. وقد دلت النتائج على تمتع مقياس التفاؤل غير الواقعي بخصائص قياس جيدة وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لدى الذكور والاناث منفصلين  $0.76, 0.86$  وتراوحت معاملات الاستقرار عبر الزمن بين  $-0.63$  -  $0.89$  أما معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس فقد تراوحت بين  $0.35$  و  $0.61$  اما نتائج التحليل العاملي فقد اظهرت عاملين (الاحداث السارة، الاحداث المفجعة) وقد ارتبط التفاؤل غير الواقعي ارتباطات موجبة مع التفاؤل وارتباطات سالبة مع كل من والقلق والوسواس القهري والشعور بالذنب والاكتئاب والتفكير الانتحاري

كما كشفت النتائج عن عدم وجود فروق بين الجنسين في التفاؤل غير الواقعي (الانصاري، 2001،

#### دراسة Hoorens 1995:

وهي دراسة أجريت بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية، وذلك على عينة تتكون من 90 طالب وطالبة من إحدى المدارس الثانوية الالمانية 45 من الاناث و45 من الذكور تراوحت أعمارهم بين 15 و 18 سنة وطبق عليهم مقياس التفاؤل غير الواقعي ثم تطويره من مقياس Weinstein بحيث أصبح يتكون من 34 بند (17) بند ايجابي و17 بند سلبي تكون الاجابة عليها بمتدرج من 9 نقاط، كما طبق على أفراد العينة عدد من مقاييس الشخصية (خداع الذات، الشعور الزائف بالقدرة على التحكم، السعادة، الاتزان الوجداني، تقدير الذات وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباطات موجبة بين التفاؤل غير الواقعي وكل من خداع الذات ( $0.67$ ) الشعور. الزائف بالتحكم ( $0.35$ ) وتقدير الذات ( $0.67$ ) السعادة ( $0.38$ ) الاتزان الانفعالي ( $0.34$ ) (الانصاري 2001، ص205)

#### دراسة Mckenna 1993:

هي دراسة أجريت على عينة بلغ أفرادها 99 فرد وهم من أعضاء هيئة التدريس والموظفين والطلاب بجامعة "ريدجز" في إنجلترا، 58 من الذكور و41 من الإناث تراوحت اعمارهم بين 18 و68 سنة وكانت أداة البحث عبارة عن استبيان يتكون من سؤالين هما:

- مقارنة بالسائقين الآخرين ما هو توقعك في اعتقادك بأنك ستعرض لحادثة مرورية أثناء

قيادتك السيارة

- مقارنة بالسائقين الآخرين ما هو توقعك (في اعتقادك) بأنك سوف تتعرض لحادثة مرورية عندما تكون مرافقا وليس سائقا وكانت الاجابة وفق 5 بدائل (احتمال أقل بكثير احتمال أكبر بكثير).

وقد كشفت النتائج عن عدم توقع السائقين للحوادث المرورية عندما يقومون هم بقيادة السيارة في حين كانت توقعاتهم اكثر بالاصابة في حادثة مرورية عندما يكونون مرافقين وليسوا سائقين، وقد فسرت النتائج الى وجود خداع في الضبط ووجود تفاؤل غير واقعي عالي في حالات تقدير احتمال حدوث الخطر واعتقاد السائق أن قدرته على التحكم والسيطرة تجعله محصنا منحوادث المرور ( Mckenna ,1993,p39 -50 )

#### **دراسة Weinstein 1986:**

شملت الدراسة 296 فردا اختيروا بطريقة عشوائية من سكان مدينة نيوجرسي وكان الهدف منها معرفة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والقابلية للاصابة بالمرض، وقد اعتمد فيها على استبيان يتكون من 32 حدثا خطير تم توزيعه عبر البريد.

وقد اظهرت النتائج أن اعتقاد الأشخاص بأنهم غير معرضين للأذى أو أنهم أقل تعرضا لا يتعلق بالجنس أو العمر أو طبيعة العمل بل الى التفاؤل غير الواقعي يعود الى تعميم الاشخاص لتجاربهم التي حصلت في الماضي واعتبارها اساسا لمستقبلهم.

فإذا لم تظهر لدى الشخص مشكلة في الماضي فسيعمم هذا الاعتقاد، كما توصلت الدراسة الى أن التفاؤل غير الواقعي يزيد بزيادة الاعتقاد بالقدرة على منع حدوث الخطر ويزيد ايضا بنقص التجربة الشخصية ( Weinstein,1987,p481-500 )

#### **دراسة Weinstein 1980:**

أجريت هذه الدراسة في جامعة رودجرز في ولاية نيوجرسي الامريكية على عينة تكونت من (1258) طالب وطالبة واستخدم فيها مقياس احداث الحياة الذي يشتمل (42) حدث، (18) ايجابيا و 24 حدث سلبي يجاب عليها بالاعتماد على 11 اختبار تتراوح بين لا فرصة للحدث ، وفرصة حدوث أكثر من 80 % وكشفت الدراسة عن تقدير الافراد للاحداث الايجابية بمعدل فوق المتوسط في حين كان تقديرهم للأحداث السلبية بمعدل أقل من المتوسط كما أظهرت الدراسة تأثير التفاؤل بعوامل أخرى مثل الدافعية الضرب ، القوالب النمطية والتحكم في الملاحظة . ( Weinstein,1980,p816 )

**(2) الدراسات المتعلقة بسلوك التدخين:**

**دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية 2005 :**

وهي تحقيق وطني حول الصحة يندرج ضمن مشروع بحث حول علم الاوبئة والنظام الصحي في دول شمال افريقيا ( TAHINA ). وكان يهدف الى:

- تقدير عدد الوفيات لدى السكان
- تقدير تردد عوامل الخطر لدى الراشدين من 35 الى 70 سنة والتي من بينها سلوك التدخين واشتمل التحقيق على عينة كلية مكونة من 4818 أسرة، 68.8 % منها في المدينة و 39.2 % في الريف والمجموع الكلي للأفراد المكونين لها هو 32663 بمعدل 50.5 ذكور و 49.5 اناث وتوصلت النتائج الى:

- 26.5 % من أفراد العينة مدخنين (ذكور)
- 0.43 % من أفراد العينة مدخنين (إناث)
- 10.6 % في الريف (Groupe technique de l'INSP, 2008)

**دراسة بشير القصير و آخرون (2000) :**

هي دراسة اجريت في اطار المسح العالمي للسلوكات المعدة للصحة (كسلوك التدخين)، وشملت طلبة المدارس في الاردن والذين تتراوح اعمارهم بين 13 و 15 سنة ، ونتائج هذه الدراسة حول تدخين السجائر كانت:

- 19.9 % من الطلبة تعاطوا التبغ بكافة اشكاله لمرة أو اكثر خلال 30 يوما الاخيرة.
- 12.6 % دخنوا السجائر.
- 64.5 % من الطلبة أكدوا أن اشخاصا بالغين قاموا بالتدخين بحضورهم خلال السبعة ايام الاخيرة.
- 51.7 % من الطلبة أفادوا بأن أحد الوالدين تعاطى التبغ بمختلف أشكاله (بشير قصير وآخرون، 2004)

**دراسة انصاف عبده القاسم وجمود محمد السباني 1999-2000 :**

وهي دراسة هدفت الى الكشف عن حجم ظاهرة التدخين بين طلاب مدارس التعليم الثانوي في التعليم العام في اليمن وتحديد العوامل التي تؤثر في التدخين ودرجة ارتباطها بخصائص المتعلم والمجتمع والمدرسة.

وتحددت المشكلة في خطورة التدخين المنتظم في الطفولة التي تؤدي الى تدخين دائم في الرشد، والفترة الحرجة لتعلم سلوك التدخين هي بين 10 و18 سنة.

والأسئلة التي طرحتها الدراسة هي:

- ما مدى انتشار ظاهرة التدخين بين طلاب وطالبات مدرسة التعليم الثانوي في اليمن؟
- ما هي العوامل المؤثرة في انتشار ظاهرة التدخين بين الطلاب؟
- هل توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات تقديرات أفراد العينة في اتجاهاتهم نحو التدخين حسب متغير الجنس ومتغير المحافظة؟
- هل توجد علاقة بين اتجاهات عينة البحث نحو التدخين ومستوى وعيهم بأضراره؟
- ما المقترحات اللازمة لبرنامج الوقاية من انتشار ظاهرة التدخين بين الطلاب وحث المدخنين منهم على الاقلاع.

وقد بلغ حجم العينة 2862 طالب وطالبة (1742) طالب و(1120) ، توزعوا على خمس محافظات هي: العاصمة ، أمانة ، تعز ، عدن الجديدة ، حضر موت وتمثل هذه المحافظات مختلف البيئات الطبيعية والاقتصادية والثقافية في اليمن ، مما جعل عينة الدراسة ممثلة لجميع مناطق اليمن وقد استخدم في الدراسة :

- استبيان يحتوي 32 سؤالاً ويهدف الى تحديد العوامل المؤثرة في تدخين الطلاب، وتوزعت على العوامل النفسية والاجتماعية.
- مقياس الاتجاه نحو التدخين وهو مقياس خماسي بـ 43 فقرة
- مقياس الوعي بأضرار التدخين يتكون من 25 فقرة تهدف الى قياس مستوى وعي أفراد العينة بأضرار التدخين.

وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

- ✓ ينتشر التدخين بين الطلبة في مدارس التعليم الثانوي، ومحاولة التعود تبدأ قبل الدخول الى الصف التاسع.
- ✓ انتشار التدخين بين الذكور أكبر من الاناث.
- ✓ للمدرسين والآباء والأقران دور في انتشار سلوك التدخين لدى الطلاب
- ✓ وجود أثر للعوامل الاجتماعية في جذب الطلاب للتدخين
- ✓ اتجاهات الطلاب ايجابية نحو المشكلات الصحية والاقتصادية للتدخين

✓ أظهر الطلاب وعيا بأضرار التدخين على الام الحامل والجنين

(انصاف عبده القاسم وآخرون، 1999-2000، ص12-171)

### دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية INSP 1999:

قام المعهد الوطني للصحة العمومية بدراسة عرضية شملت فئات المجتمع المختلفة (طلبة من مختلف المستويات، عمال، بطالين) تتراوح اعمارهم بين 15 و 30 سنة وهدفت الدراسة الى معرفة اتجاهات العينة حول سلوك التدخين حيث شمل الاستبيان المطبق على (7) سبعة اسئلة:

(1) هل هو خطر على الصحة

(2) سوابق التدخين

(3) نتائجه

(4) أخطاره السرطانية

(5) خطره على الام والجنين

(6) منع التدخين

(7) كيفية محاربة التدخين.

وقد تم توزيع 300 استبيان ذاتي الاستكمال، استرجع منها 147 من ولاية الجزائر وهران و 84 من ولاية بسكرة اي بمجموع 231 استبيان وقد دامت هذه الدراسة حوالي ستة اشهر نوفمبر 1998 الى افريل 1999 ثم تم جمع البيانات وتحليلها عن طريق نظام ESP inf وكانت النتائج كالتالي:

- 97 % من افراد العينة مدخنون.

- 97% من افراد العينة أكدوا ان التدخين يؤدي الى السرطان

- 89% من افراد العينة حددوا سرطان الرئة والحنجرة كسرطانات يسببها التدخين

- 93 % من افراد العينة أكدوا ان التدخين خطر على المرأة الحامل وجنينها

- 80% من افراد العينة أكدوا ان التدخين ممنوع في قاعات السينما والمكاتب.

- 69% من افراد العينة أكدوا ان التدخين يجب ان يكون ممنوعا في الاماكن العامة

وبالنسبة لمكافحة التدخين

- واحد من ثلاثة افراد أكدوا ضرورة منعه في حدائق التسلية.

- واحد من ثلاثة افراد أكدوا ضرورة اقتراح برنامج لتطوير التربية الصحية.

- 27% من افراد العينة اقترحوا منع بيع وتصنيع السجائر.

(l'institu national de la sante publique ,1999 ,p2-3)

### دراسة محمد السيد عبد الرحمان 1998:

هي دراسة هدفت الى معرفة العلاقة بين سلوك التدخين وكفاءة الذات واشتملت عينتها على مجموعتين هم من الذكور

- عينة من الذكور المدخنين وعددهم 72 مدخن تتراوح اعمارهم ما بين 14 و 38 سنة و من

طلبة المرحلة الثانوية والجامعية والدراسات العليا

- عينة من الذكور غير المدخنين وعددهم 144 فرد تتراوح اعمارهم ما بين 14 و 36 سنة.

طبقت على المجموعة الاولى ادوات بحث تمثلت في قائمة التقرير الذاتي لسلوك التدخين

ومقياس كفاءة الذات للمدخنين من اعداد الباحث، وطبق على المجموعتين معا مقياس الكفاءة

العامة للذات اعداد روبرت تبتون وليفرت ورينجتون ونتائج الدراسة كانت كما يلي:

- وجود فروق جوهرية بين المدخنين الاصغر سنا والأكبر سنا في بعد كفاءة الذات في

مواجهة الاحباطات الداخلية وفي الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين والفروق لصالح

المدخنين الاصغر سنا في حين لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد الاستجابة للضغوط

الخارجية والكفاءة العامة للذات.

- وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة التدخين (1-5) سنوات فأكثر في بعد

كفاءة الذات في مواجهة الاحباطات الداخلية، وفي كل من الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية

للمدخنين، ومقياس الكفاءة العامة للذات والفروق لصالح المدة الاصغر.

- وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة الامتناع (اقل من شهر-شهر فأكثر)

في كل من كفاءة الذات للاستجابة للضغوط الخارجية والدرجة الكلية للكفاءة الذاتية للمدخنين

وفي كفاءة الذات العامة والفروق لصالح مجموعة ممتنعين عن التدخين لمدة طويلة، بينما لا

توجد فروق بين المجموعتين في بعد كفاءة الذات في مواجهة الاحباطات الداخلية. (مدحت عبد

الحميد ابوزيد، 2003، ص389)

### دراسة معتز سيد عبد الله 1996:

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن اهم ابعاد المعتقدات حول تدخين السجائر لدى المدخنين

وغير المدخنين وذلك من خلال طرح ثلاثة اسئلة فرعية هي:

- ماهي ابعاد المعتقدات حول تدخين السجائر لدى مدخني السجائر وغير المدخنين
- ما هي طبيعة العلاقة بين ابعاد المعتقدات حول تدخين السجائر لدى مدخني السجائر وغير المدخنين
- هل تختلف ابعاد المعتقدات حول تدخين السجائر بين المدخنين وغير المدخنين وتكونت العينة من 390 فرد موزعين على عينتين فرعيتين الاولى بها 205 فرد من الذكور المدخنين اما العينة الثانية فشملت 185 فرد من الذكور المدخنين بمتوسط عمر 27.53 سنة، وقد روعي في الاختيار افراد المجموعتين التكافؤ في عدد من المتغيرات مثل السن، المستوى التعليمي والمهنة
- أما الاداة المستخدمة في هذه الدراسة فهي عبارة عن مقياس المعتقدات حول التدخين المتكون من 57 بند تم حساب صدقها وثباتها وباستخدام اسلوب التحليل العاملي تبين ان معتقدات عينة المدخنين تنتظم في 18 عامل أمكن تفسير 13 عامل منها.
- وبذلك كشفت النتائج ان هناك تشابه واضح في مضمون العوامل التي تمثل نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين، كما تبين ان مجموعتي العوامل التي توصل اليها الباحث سواء لدى المدخنين او غير المدخنين ابعاد مستقلة مما يعني ان نسق المعتقدات حول تدخين السجائر يتكون من مجموعة معتقدات تنسم بالتمايز والاستقلال فيما بينها (معتز سيد عبد الله، 1996، ص14-19).

### 3) الدراسات المتعلقة بمتغير التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والسلوك الصحي:

#### دراسة مشاشو قرمية 2015:

وهي دراسة سعت فيها الباحثة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين متغير التفاؤل غير الواقعي واحد سلوكيات الخطر والمتمثل في سلوك التدخين عند فئة من المدخنين المصابين بسرطان الرئة وفئة أخرى غير مصابة والكشف عن مدى وجود فروق بين أفراد هذه العينة فيما يخص التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات كالمستوى التعليمي وذلك ضمن منهج وصفي ارتباطي وتطبيق مقياس سلوك التدخين ومقياس التفاؤل غير الواقعي على عينة قوامها 130 حالة من المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة و 112 حالة من المدخنين المصابين واعتمدت الباحثة على الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS. 18) لاستخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط واختبارات، وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية

إيجابية دالة احصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلة يوميا عند المدخنين غير المصابين بالمرض ووجود علاقة ارتباطية سلبية دالة احصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وكل من العمر وعدد سنوات التدخين عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة، وكذلك وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بالمرض يمكن ان تعزى الى المستوى التعليمي. (مشاشو قرمية، 2016، ص 390. 406)

### دراسة عبد العزيز حجي العنزي 2014:

دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي

هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي ومعرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين التفاؤل غير الواقعي والمعتقدات الصحية وبين سلوك التدخين لدى الشباب ولتحقيق ذلك اعتمد الباحث عن عينة تتكون من (160) طالب (80) منهم مدخن و(80) غير مدخن من طلاب جامعة تبوك ولتحقيق هدف الدراسة تم استخدام مقياس التفاؤل غير الواقعي (بدر صالح)، ومقياس المعتقدات الصحية الخاصة بالتدخين (من اعداد الباحث) والنتائج كشفت عن:

- وجود فروق بين الشباب المدخنين وغير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي لصالح غير المدخنين.

- وجود فروق بين الشباب المدخنين وغير المدخنين على مقياس المعتقدات الصحية للتدخين لصالح غير المدخنين.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والمعتقدات الصحية لدى الشباب المدخنين.

- وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب اي كلما كان الشخص مدخنا كلما كانت المعتقدات الصحية لديه قليلة.

- وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين لدى الشباب ، اي كلما كان الشخص مدخنا كلما كان التفاؤل لديه قليلا.

(عبد العزيز حجي العنزي، 2014، ص 216، 203)

### دراسة Delhomme , Meyer , Chappe 2007:



اجريت هذه الدراسة على عينة تكونت من 63 مدخن بهدف معرفة ما اذا كان التفاؤل غير الواقعي يتلائم مع تبني سلوكيات صحية (تصرفات وقائية) حيث تم عرض مجموعة من الرسائل الوقائية على العينة والنتائج اظهرت ان:

- الرسائل الوقائية التي احتوت صور قوية ومعبرة ولدت تشاؤم غير واقعي، بينما الرسائل التي احتوت على صور ضعيفة او غير معبرة ولدت التفاؤل غير الواقعي ومنه يتضح لنا ان هذه الرسائل دعمت العلاقة بين كل من التفاؤل والتشاؤم غير الواقعي والمقاصد السلوكية. (Chappe, Meyer, verlhic,2007p23-27)

#### دراسة Strine Tara ,Okoro catherine et al 2004 :

التي استمرت من سنة (2002. 2001 ) الى سنة 2004 وكان الهدف منها البحث عن العلاقة بين آثار الصحة الجسمية عند المدخنين وبين كل من جودة الحياة والسلوكيات الصحية واعتمدوا في ذلك على المنهج الوصفي الارتباطي مستعينين بنظام متابعة عوامل الخطر ( Risk factor surveillance system )،وسلم جودة الحياة المتعلقة بالصحة ( BRFSS ) وذلك على عينة مدخنين عددهم 82918 فرد بعمر أكبر من أو يساوي 18 سنة تم اختيارهم من مناطق مختلفة ( USA ,Guram,Puerto rico and the virgin islands ) وقد اظهرت النتائج:

- جودة حياة ضعيفة عند المدخنين مقارنة بأولئك الذين لا يدخنون أي أنه توجد علاقة سلبية بين جودة الحياة وبين سلوك التدخين.

-وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين سلوك التدخين وشرب الكحول ( Stine Tara,2005 )

#### دراسة Weinstein 2003:

أجريت هذه الدراسة من طرف health information national trends survey وهو عبارة عن خط هاتفي يشرف عليه العديد من المختصين والباحثين أنشأ سنة 2003 بغرض المراقبة والمتابعة لمختلف سلوكيات الخطر في الو.م.أ.

وقد شملت العينة على 6369 فرد من عمر 18 سنة فما فوق من مختلف الجنسيات: أفارقة اسبان، أمريكيين وهم يتوزعون على أربعة فئات:

- مدخنون حاليون (وقت إجراء الدراسة)

- مدخنون سابقون

- مدخنون في بعض الأحيان

- غير مدخنين

وكان هدف هذه الدراسة معرفة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والتدخين وطرح من أجل ذلك ثلاثة أسئلة على أفراد العينة:

- السؤال الأول: في اعتقادك كم هو عدد السجائر التي يتم تدخينها والتي يمكن أن تؤدي الى الإصابة بسرطان الرئة في المستقبل؟ وبدائل الاجابة هي:

• عدد قليل جدا (1)

• عدد قليل بعض الشيء (2)

• عدد متوسط (3)

• عدد كبير بعض الشيء (4)

• عدد كبير جدا (5)

- السؤال الثاني: كم عدد الذين تعتقد أنهم استطاعوا الشفاء من سرطان الرئة؟ وبدائل الاجابة هي:

• أقل من الربع (1)

• حوالي الربع (2)

• حوالي النصف (3)

• حوالي 3 ارباع (4)

• تقريبا كلهم (5)

- السؤال الثالث: هل تعتقد أن احتمال الإصابة بسرطان الرئة عند الفرد غير المدخن هو نفسه بالنسبة للفرد المدخن؟

• المدخن لديه احتمال أكبر بعض الشيء من غير المدخن

• المدخن لديه احتمال الضعف بالنسبة لغير المدخن

• المدخن لديه احتمال 05 أضعاف بالنسبة لغير المدخن

• المدخن لديه احتمال 10 أضعاف بالنسبة لغير المدخن

ولقد اجاب على هذه الاسئلة أفراد العينة التي تميزت بالخصائص التالية:

- عدد أفراد العينة 6369 فرد

- عدد الإناث 3848 بنسبة 60.4%
  - عدد الذكور 2521 بنسبة 39.6%
  - أفراد غير مدخنين 3277 بنسبة 51.4%
  - مدخنين سابقين 1676 بنسبة 26.3%
  - مدخنين في بعض الأحيان 303 بنسبة 4.8%
- ونتائج الدراسة جاءت لتؤكد الاختلاف الواضح بين المدخنين السابقين وغير المدخنين من جهة والمدخنين من جهة أخرى، فيما يخص المعتقدات الخاصة بالتدخين وفيما يخص التفاؤل غير الواقعي والنتائج كانت كما يلي ;

**جدول رقم (2) يبين نتائج دراسة Weinstein 2003**

النسبة		المعتقدات
مدخنين سابقا	مدخنين حاليا	
35.6%	51.7%	التمارين الرياضية تنقص اضرار التدخين
17.6%	28.0%	الفيتامينات تنقص التدخين
13.4%	13.4%	لا خطر للاصابة بسرطان الرئة اذا دخنا لسنوات عديدة
31.1%	35.8%	سرطان الرئة مرتبط أكثر بالجينات

( Weinstein ,Marcus et al,2005 p55-59)

**دراسة Meyer ,Delhomme 1996 :**

قام كل من ماير ودولهوم بهذه الدراسة للبحث عن اثر الرسائل الوقائية على التفاؤل غير الواقعي على اعتبار ان القائمين على حملات التوعية يرون ان التفاؤل غير الواقعي هو حاجز امام الوقاية من الامراض وذلك لما يصاحبه من شعور بالحصانة ضد الامراض ولذلك حرص الباحثان على ان تكون الرسائل الوقائية وسيلة تجعل الفرد يركز على الخطر ويحفظه في الذاكرة وان يكون شبيها بالافراد الذين تعتمد عليهم الحملة الوقائية.

وقد شملت عينة الدراسة 523 فردا اختبروا تاثير الرسائل الوقائية على التفاؤل غير الواقعي من خلال مجموعة من الاحداث المستقلة مثل مرض متنقل، حادث منزلي واختبار ثلاثة متغيرات مستقلة وهي:

- ضبط صورة الرسائل: وتتمثل في التركيز على الحجج، سواء الخسائر الناجمة عن ترك السلوك الصحي أو الفوائد الناجمة عن اتباعه
  - سياق الحكم: يسمح لنا بتقييم إدراك الخطر بوجود الرسائل الوقائية أو بدونها
  - الشخص المقارن: يكون مجال مقارنتنا به فيما اذا كنا معرضين للخطر أقل أو اكثر منه ويكون صديقا مقربا أو شخصا مثاليا مع مراعاة التكافؤ في السن مثلا.
- وقد اظهرت النتائج ان الاطلاع على الرسائل الوقائية مسبقا يقلل من التفاؤل غير الواقعي للأحداث المستقبلية خصوصا في حالة ما اذا كان الشخص المقارن معهم مثالي، كما ان الاطلاع على الرسائل يزيد من المسؤولية الشخصية اتجاه الخطر خصوصا اذا كانت الرسائل ذات طابع مرهب وكان الشخص مجال المقارنة من المقربين، كما توصل الباحثان الى ضرورة الاستفادة من شروط الرسائل الوقائية المبنية في هذه الدراسة. ( Meyer ,Delhomme ,2000,p133-147)

#### دراسة Screcher, kreuter et kobrin 1995:

وهي دراسة اجريت بهدف التعرف على مدى وجود التفاؤل غير الواقعي لدى المدخنين للسجائر تجاه اصابتهم بامراض القلب او السرطان وذلك على عينة قوامها 2785 من الافراد المدخنين في ولاية كارولينا الامريكية واشتملت الدراسة تطبيق استبيان على افراد العينة يقيس مدى اعتقادهم بإمكانية اصابتهم بالسرطان وبعض الامراض كأمرض القلب مقارنة بغيرهم من غير المدخنين.

وكشفت النتائج انه على الرغم من انهم يعتقدون ان احتمال الإصابة يزداد لديهم مقارنة بالافراد غير المدخنين الا انهم يعتقدون ايضا في ان هذا الاحتمال ينخفض لديهم مقارنة مع المدخنين الاخرين. (الانصاري،2001،ص210).

#### دراسة Jonatan reppuca et al 1991:

هي دراسة اجريت على مجموعة من المراهقين في بريطانيا لدراسة متغير التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين وخطاره على الصحة وتم ذلك على مرحلتين:

- المرحلة الاولى: اشتملت فيها العينة على 54 مراهق مدخن و304 مراهق غير مدخن وبعد تطبيق استبيان حول معتقدات المراهقين حول احتمال اصابتهم بسرطان الرئة وكشفت النتائج عن:

• ادراك المراهقين غير المدخنين لفرصة اصابتهم بسرطان الرئة بنسبة دون المتوسط ، اما المراهقون المدخنون فاعتبروا ان فرصة اصابتهم بهذا المرض هي فرص عادية.

- المرحلة الثانية: اظيف فيها الى احتمال الاصابة بسرطان الرئة الاصابة بالامراض العقلية والتعرض للضغوط والنتائج كانت:

• 33 مراهق مدخن قدروا نسبة اصابتهم بالنوبات القلبية أكثر من 299 مراهق مدخن، ولكن رغم ذلك مازالوا يرون ان فرصة اصابتهم تبقى دائما في المتوسط. اما فيما يخص التعرض للضغوط فالمراهقون المدخنون يرون انهم اقل تعرضا للضغوط من المراهقين غير المدخنين ولذلك خداع الذات سببا للتفاؤل غير الواقعي. (Jonatan p. reppuci et al ,1991,p227-236)

#### التعليق على الدراسات السابقة:

تشكل الدراسات السابقة خطوة هامة وجب على الباحث اتخاذها فهي تمكنه من اكتشاف العلاقات بين المتغيرات المختلفة كما توفر له مرجعا أساسيا يعتمد عليه للشروع في بحثه. والدراسات السابقة التي تمكنت الباحثة من الاطلاع عليها والتي اهتمت بدراسة أحد المتغيرات كالتفاؤل غير الواقعي أو سلوك التدخين هي في الحقيقة دراسات كثيرة سعى من خلالها الباحثون كل حسب متغيرات بحثه الى اكتشاف الارتباط أو التأثير الذي تحدثه ويمكننا القول أنها دراسات تميزت بما يلي:

\* الدراسات التي أجريت على التفاؤل غير الواقعي في معظمها دراسات أجريت على عينات كبيرة تكونت من الطلاب والمراهقين و كانت تهدف الى بناء الاستبيانات أو قياس درجات التفاؤل غير الواقعي، كدراسة بدر محمد الأنصاري سنة 1999 و دراسة Weinstein سنة 1980

\* دراسات التفاؤل غير الواقعي استخدمت الاستبيان كأداة جمع البيانات أو لقياس التفاؤل كدراسة Delhomme et al سنة 2009 و دراسة Kutter et al سنة 1998.

\* الدراسات السابقة بحثت في التفاؤل غير الواقعي و التعرض للمشاكل الصحية أو التعرض للحوادث السلبية أو علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض سمات الشخصية كالدافعية و تقدير الذات

كدراسة Hoorns سنة 1995 و دراسة Mckenna سنة 1993 و دراسة Weinstein سنة 1996

\* كما أجرت بعض الدراسات مقارنات ثقافية في التفاوض غير الواقعي كدراسة Weinstein سنة 2003

\* أما الدراسات التي تعرضت لسلوك التدخين فقد كانت في معظمها دراسات مسحية هدفت الى معرفة مدى انتشاره و الوعي بأضراره، كدراسة المعهد الوطني للصحة العمومية 2005 و دراسة بشير قصير و آخرون سنة 2000، كما تجدر الاشارة الى أن الدراسات التي تطرقت الى التفاوض غير الواقعي و السلوك الصحي هي دراسات ركزت في معظمها على كيفية خفض هذا التفاوض و تنمية السلوك الصحي عن طريق الحملات الوقائية التوعوية كدراسة Chapé, Delhomme سنة 2007 و دراسة Meyer et al سنة 1996 و دراسة عبد العزيز حجي سنة 2014 .

وقد خلصت هذه الدراسات الثلاثة الى ضرورة خفض التفاوض غير الواقعي لتعديل السلوك غير الصحي

### ثالثا: أهمية البحث:

يكتسب البحث الحالي أهمية نظرية وأخرى تطبيقية نظرا لتعرضه بالدراسة لمفهوم التفاوض غير الواقعي الذي تشير البحوث والدراسات الحديثة الى اعتباره تشوها معرفيا وهو سبب رئيسي في اتخاذ بعض السلوكيات الخطرة أسلوبا للحياة، ولذلك وجب تعديله وهو ما سعت اليه الدراسة في جانبها التطبيقي الذي اعتمدت فيه على برنامج علاجي معرفي سلوكي هدفت الباحثة من تصميمه الى معرفة مدى فعاليته في خفض هذا المتغير وتعديل السلوك عند الفرد المدخن وحثه على اتخاذ سلوكيات صحية وهو الامر الذي يكسب هذا البحث أهمية كبيرة من حيث:

1. تدعيم التراث الادبي في مجال علم نفس الصحة.
2. يساهم في توفير ثلاثة مقاييس مقننة يمكن الاعتماد عليها في قياس التفاوض غير الواقعي، السلوك الصحي وسلوك التدخين.
3. البرنامج العلاجي المصمم يتضمن جلسات صممت بمحتوى يعتمد على متغيرات البحث (التفاوض غير الواقعي، سلوك التدخين، السلوك الصحي) وهو يوظف العديد من التقنيات المعرفية السلوكية.

4. يمكن الاعتماد على هذا البرنامج العلاجي بجلساته وادواته في تطبيقات أخرى على المدخنين بغرض الإقلاع او الاعتماد على أجزاء منه لتصميم برامج أخرى.
5. البرنامج العلاجي المصمم يعتبر خطوة جديدة في تصميم البرامج العلاجية التي نجد معظمها يهدف الى علاج الاضطرابات او بعض المشكلات النفسية او السلوكية.
6. يمكن الاستفادة من هذا البحث ميدانيا في الحملات التوعوية والارشادية للحد من انتشار سلوك التدخين وذلك بالاعتماد على الأدوات المصممة الى جانب المقاييس والمطوية.

#### رابعاً: أهداف البحث

تهدف الباحثة من خلال اختيارها لمتغيرات هذه الدراسة وتصميمها للبرنامج العلاجي المعرفي السلوكي وتطبيقه الى:

- خفض التفاؤل غير الواقعي لدى العينة التجريبية
  - التوقف التدريجي عن سلوك التدخين
  - تنمية بعض السلوكات الصحية (رياضة، تغذية ، نوم)
- ويمكن تلخيص الأهداف الفرعية في :

1. قياس التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والسلوك الصحي لدى العينة الكلية (قياس قبلي)
2. الكشف عن مدى وجود فروق في أداء افراد العينة الضابطة و افراد العينة التجريبية في التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والسلوك الصحي في القياس القبلي
3. الكشف عن مدى وجود فروق في أداء افراد العينة الضابطة في مقياس التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والسلوك الصحي بين التطبيقين القبلي والبعدي
4. الكشف عن مدى وجود فروق بين افراد العينة التجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والاسلوك الصحي في التطبيقين القبلي والبعدي.
5. الكشف عن مدى وجود فروق في أداء افراد العينة التجريبية وأداء افراد العينة الضابطة في اختبار التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والسلوك الصحي في القياس البعدي
6. الكشف عن مدى وجود فروق في أداء افراد العينة التجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين والسلوك الصحي في التطبيقين البعدي والتتبعي.

خامسا: فرضيات البحث:

1. درجات التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية درجات مرتفعة في القياس القبلي.
2. درجات سلوك التدخين لدى العينة الكلية درجات مرتفعة في القياس القبلي.
3. درجات السلوك الصحي لدى العينة الكلية درجات منخفضة في القياس القبلي.
4. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي.
5. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي.
6. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي.
7. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس التفاؤل غير الواقعي بين القياسين القبلي والبعدي.
8. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس سلوك التدخين بين القياسين القبلي والبعدي.
9. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس السلوك الصحي بين القياسين القبلي والبعدي.
10. توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي بين القياسين القبلي والبعدي.
11. توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين بين القياسين القبلي والبعدي.
12. توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي بين القياسين القبلي والبعدي.
13. توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس البعدي.
14. توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس البعدي.



15. توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي.
16. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي بين القياسين البعدي والتتبعي.
17. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين بين القياسين البعدي والتتبعي.
18. لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي بين القياسين البعدي والتتبعي.

#### سادسا: التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث:

1. البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي: هو برنامج مخطط ومنظم ضمن 12 جلسة يعتمد على بعض تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وله اهداف محددة في كل جلسة.
2. الفاعلية: وتعني بها الباحثة مدى تأثير البرنامج العلاجي على المتغيرات المقترحة في الدراسة ونستدل على ذلك من خلال حساب الفروق بين القياس القبلي والبعدي وحساب درجة التأثير D
3. سلوك التدخين: هو سلوك استهلاك السجائر بانتظام وهو الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس سلوك التدخين المكون من 34 بند والتي تتراوح بين 34 درجة و 68 درجة
4. التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن: هو استبعاد المدخن لكل الاخطار التي يمكن ان تصيبه نتيجة استهلاكه المنتظم للسجائر وهو الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن المكون من 20 بند وتتراوح درجاته بين 20 درجة و 80 درجة ويشير ارتفاع الدرجة الى ارتفاع التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن.
5. السلوك الصحي: هو أي نشاط (تغذية، رياضة، نوم) بإمكانه تنمية الصحة وهو الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس السلوك الصحي المكون من 33 بند وتتراوح درجاته بين 33 درجة و 132 درجة ويشير ارتفاع الدرجة الى وجود سلوك صحي وانخفاضها الى عدم اتباع الفرد للسلوكات الصحية.

الفصل الثاني

العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد

اولا تعريف العلاج المعرفي السلوكي

ثانيا نظريات العلاج المعرفي السلوكي

ثالثا مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

رابعا اساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي

خامسا اهداف العلاج المعرفي السلوكي

سادسا فاعلية العلاج المعرفي السلوكي

خلاصة

تمهيد:

لقد شهد القرن العشرون العديد من التطورات في مجال العلاج النفسي والتي أسهمت في ظهور طريقة العلاج المعرفي السلوكي فبدائية مع التحليل النفسي اين ذكر فرويد ان عددا كبيرا من الظواهر الهستيرية تحتمل ان تكون فكرية، ليؤكد فيما بعد ان سلوك الشخص ينبع من أفكاره (مليكة، 1990، ص190)، لتتوالى الدراسات بعدها ويأتي ELLIS بنظرية في العلاج النفسي اسماها العلاج العقلاني -الانفعالي مؤكدا فيها على العلاقة بين السلوك و الانفعال والتفكير ، فاذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فان السلوك يكون جيدا، والانفعال يكون إيجابيا ودافعا لمزيد من النشاط والبناء اما اذا كانت طريقة التفكير غير معقولة وغير منطقية كان السلوك والانفعال على درجة عالية من الاضطراب(ELLIS, 2015, P6) لتتشكل بذلك طريقة ELLIS الرافد الأساسي للعلاج المعرفي الذي انطلقت منه فيما بعد علاجات معرفية أخرى منها العلاج المعرفي وفق منهج BECK، ومنهج لازاروس الذي دمج العلاج السلوكي بالعلاج المعرفي ضمن منهج متكامل اسماه العلاج متعدد المحاور (FREEMAN α LURIE,1994.p3)

### أولا تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

يشمل العلاج المعرفي السلوكي فس صررته الواسعة كل الطرق التي من شأنها تخفيف الضيق النفسي وذلك عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والاشارات الذاتية المغلوطة، ولا يعني التركيز على التفكير واهمال الاستجابات الانفعالية التي تعد هي المصدر المباشر للضيق بصفة عامة انما يعني اننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته او طريقة تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكن اخماد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة او تغييرها. (BECH,1976,P214)

العلاج المعرفي السلوكي منهج علاجي يستخدم فنيات تعديل السلوك ودمجها مع مناهج تغيير الاعتقادات غير المتكيفة ' والمعالج وفق هذا المنهج يحاول مساعدة الحالات على ضبط ردود افعالهم الانفعالية المزعجو عن طريق تعليمهم أساليب فعالة في التفكير والتحدث مع الذات فيما يخص التجارب الحياتية التي يعيشونها. (Atkinson et all 2003 p566)

يعتمد النموذج المعرفي السلوكي على ملاحظة الافراد لافكارهم ومشاعرهم وخلال عملية الملاحظة تكشف العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك باعتبارها علاقة تفاعلية (Burns ,1980,p88) ، ويتم التعرف على التشوهات المعرفية والاعتقادات المختلة وظيفيا للمتعالج وتشخيصها وتجريبها وتعديلها وبمساعدة المتعالج يكون التغيير في كيفية رئيته لذاته وللعالم وللاستقبل وذلك من خلال منهج شاؤلي يعرف باسم الاكتشاف الموجه يظهر التشوهات المعرفية عن طريق تتبع الأفكار التلقائية او الأفكار العفوية التي ترتبط بمزاج معين ،ليتم تقويمها والتخلص من التشوهات المعرفية او الاستجابة لما يروونه اكبر (FREEMAN α LURIE,1994.p4-9)

### ثانيا نظريات العلاج المعرفي السلوكي :

ان المشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأولى ان الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة، والتي تنشأ بدورها من تعلم خاطئ حدث في احدى مراحل نموه المعرفي. (بيك،2000، ص7) .

ولذا يرى أصحاب الاتجاه المعرفي السلوكي ان السلوك غير المرغوب فيه او المشاعر المحزنة تبدأ مع بدئ التفكير وكيفية التفكير (نصار كريستين،1998. ص 87).

ان نظريات العلاج المعرفي السلوكي جميعها تتفق على ان الاضطرابات النفسية هي حصيله لعمليات التفكير غير العقلاني وغير التكيفي وان الأسلوب الأمثل للتخلص منها يكمن في تعديل البنية المعرفية نفسها. ( Craighead, 1982, p5 )

وفي عملية تعديل السلوك لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير لانها تتفاعل فيما بينها، فالاضطراب الانفعالي ليس حالة وجدانية منعزلة بل هو عبارة عن جوانب متكاملة من النشاط السلوكي الداخلي أي الفكري والنشاط السلوكي الخارجي أي الحركي وهذا يعني ان التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير. (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص291) .

ولذلك يمكن القول ان العلاج المعرفي السلوكي بمعناه الواسع يتكون من كل العناصر التي من شأنها تخفيف الاضطراب النفسي وذلك عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والارشادات الذاتية المغلوطة وبالتالي تتغير الاستجابات الانفعالية غير المناسبة، غير ان بناء الاحكام الخاطئة قد تكون عادة يصعب الوصول اليها ويتطلب تصحيحها اتباع بعض الخطوات منها:

أ. ان يدرك الفرد تفكيره ويعي محتواه

ب. التمييز بين الأفكار السوية والأفكار اللاعقلانية.

ج. استبدال تلك الأفكار غير المنطقية باخرى توافقية (بيك، 2000 ، ص230)

وبالعودة للحديث عن نظرية العلاج وفق المنهج المعرفي السلوكي نلاحظ ان الكثير من العلماء يقولون ان المنحى العلاجي يضم اتجاهين رئيسيين:

• الأول: الاتجاه العقلاني ويمثله ELLIS

• الثاني: الاتجاه الاستدلالي ويمثله BECK

ومن خلال هذا الاتجاهين وغيرهما في هذا المنحى العلاجي يهتم المعالج بتطوير الإجراءات الارشادية التي تستند على المشاركة والمبدأ الأساسي هو الاهتمام بتحليل أنماط التفكير لدى الانسان لتطوير البرامج الارشادية الفاعلة التي تتصف بالشمولية والتكامل. ( Ollendick and cerny,2013 )

وبذلك نخلص الى ان العلاج المعرفي السلوكي يركز على تعديل أفكار الفرد عن نفسه وعن الاخرين من خلال المناقشة والحوار والتدريب على التفكير بطريقة إيجابية وواقعية وتحديد أخطاء التفكير. (المالح، 1995، ص131).

وهو يعد بذلك أكثر من تطبيق آلي لمجموعة من التقنيات، فالمعالج يقوم بتحليل الوظيفي ويركز على العوامل الإدراكية لدى الحالة للتغلب على تأثيرات اتمشاكل وعلاجها، والهدف ليس تغيير السلوك فقط وانما المفاهيم والتفسيرات الشخصية.

وقد يبرز في هذا المجال العديد من العلماء إضافة الى البرت أليس و آرون بيك نذكر من بينهم ميكنبوم، ماهوني 1974، باندورا (1965-19969) وسليجمان(1970) كما ظهرت العديد من النظريات التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

**1) النظرية العقلانية الانفعالية (البرت اليس):** تقدم البرت اليس نظرية العلاج العقلاني

معتمدا على جانبين أساسيين في الشخصية اولهما العقل والانفعال، حيث اعتبر العقل هو المسؤول عن الجانب الانفعالي، وان الاضطرابات الانفعالية والنفسية تعود الى التفكير غير المنطقي او غير العقلاني ويرى ان تعاسة الفرد وتوتره ترجع الى ادراكه المشوه وتفكيره اللامنطقي وبذلك يعتبر البرت اليس التفكير والانفعال عمليتان متكاملتان. (أمال اباضة،1999، ص42).

يعتمد اليس في أسلوبه العلاجي على العلاقة التفاعلية بين العمليات النفسية، فالمعرفة والسلوك والانفعال غالبا ما تتشابه مع بعضها البعض مشكلة خبرة ذات معنى (ELLIS, 2015, P5)، وذلك وفق نظرية (أ). (ب). (ج).

وتمثل (أ) الحادثة المنشطة و (ب) طريقة التفكير (المعتقدات) و(ج) النتائج السلوكية والانفعالية ، كما يعتقد أليس أن الاحداث ليست هي السبب (العزة،1999،ص141) وبذلك يكون الهدف من العلاج تحدي هذه الاعتقادات غير المنطقية وتصحيحها والمتمثلة خاصة في ثلاث حتميات:

- أ. يجب علي او يتحتم علي ان اؤدي جيدا.
- ب. يجب على الاخرين معاملتي برفق.
- ج. يجب على المحيط الخارجي ان يكون دائما على استعداد لمنحي ما اطلبه او ما

اريد. (الشناوي،1994،ص107)

طريقة العلاج:

تتمثل عملية العلاج وفق النظرية العقلانية الانفعالية في معالجة الامعقول بالمعقول ، ودور المعالج يتمثل في مساعدة الحالة على التخلص من الأفكار والاتجاهات غير المنطقية واستبدالها بأخرى منطقية وعقلانية (الشناوي، 1994، ص109) وفق ثلاثة مراحل متداخلة تتمثل المرحلة الأولى منها في تحليل الذات والثانية في تمارين التوهم او الخيال الانفعالي ، أما الثالثة فهي تدريب السلوك.

أما عن التقنيات المستخدمة فتعد طريقة إدارة المحادثة الجدلية والملاحظة المنهجية للذات من الطرق الهامة في ابراز المعتقدات الغير منطقية والتشكيك بها ومن ثم تصحيحها وتبني اجراءات جديدة يتم استجدامها في المستقبل لمواجهة مشكلات جديدة .(غراوه واخرون، 1999، ص188). لكن بالرغم من الأهداف العديدة لهذا المنحى العلاجي ومجالات استخدامه الكثيرة أيضا الى انه يأخذ عليه ارتباطه الوثيق بالجوانب الفلسفية ، فقد انعكست نظرة اليس الفلسفية في طريقة علاجه وخاصة ما يتعلق بالاهداف ، إضافة الى ان هذه الطريقة لا تتناسب مع الحالات الشديدة الاضطراب.

2) نظرية التدريب على تعليم الذات: بدأت أبحاث العالم ميكنيوم (1977) انطلاقا من

دراسة للعالمين فيجوتسكي VYGOTSKY 1962 ولوريا LUIRA 1961 الذين درسا العلاقة بين اللغة والتفكير والسلوك وتوصلا الى أن تطور التحكم في السلوك يتضمن تقدما تدريجيا (من تنظيم خارجي) (توجيهات الوالدين) وصولا الى تنظيم داخلي ذاتي تصدر فيه أوامر لفظية من الداخل وبذلك أصبحت التعليمات اللفظية الذاتية والسلوك محور التركيز الأول للأبحاث عند العالم ميكنيوم. (( Dobson, 2009, p18)

لقد ركز ميكنيوم على أهمية الحوار الداخلي عند الانسان وتأثيره في العمليات الادراكية وكيف يمكن بتغييره وتغيير التفكير والمشاعر تعديل السلوك، واستخدام لذلك أسلوب التوجيه الذاتي Self-instruction وهو ان يعطي الخالة تعليمات لنفسه لكي يغير من سلوكه (العزة، 1999، ص150).

واعتمد ميكنيوم في ذلك على الافتراض المتمثل في ان الأشياء التي يقولها الناس لانفسهم هي التي تحدد الأفعال التي يقومون بها ( Meichenbaum, 1974, p82)

مما سبق يتضح لنا ان العلاج وفق منهج ميكنيوم يهدف الى إعادة بناء البنية المعرفية للحالة من خلال جعله يدرك العلاقة بين احاديثة الذاتية وسلوكه.

### طريقة العلاج عند ميكنيوم:

تتكون عملية العلاج من ثلاثة مراحل:

أ. المرحلة الأولى: وهي مرحلة مراقبة الذات وفيها يتعلم الحالة كيف يتحدث وكيف يعبر عن سلوكه وبمساعدة المعالج الذي وجب عليه معرفة طرق العزو عند الحالة وعباراته التي يوجهها نحو ذاته كي يساعده على اجتتاب التفكير السلبي. (العزه. 1999، ص154).

ب. المرحلة الثانية : في هذه المرحلة يؤثر حديث الذات الجديد في البنية المعرفية للحالة ،وإذا كان المطلوب تغيير السلوك فينبغي ان يولد ما يقوله لنفسه سلسلة من سلوكات جديدة وعليه بذلك اختيار سلوكات غير المتكيفة , ( Meichenbaum, 1974 p،214)

ج. المرحلة الثالثة وهي مرحلة التغيير فيما يؤدي الحالة مهمات تكيفية جديدة خلال حياته اليومية ليكون التركيز على ما يقوله الحالة لنفسه حول السلوكات الجديدة التي تعلمها وعلى نتائجها التي ستبقى وستعمم على المواقف الأخرى.

3) نظرية العلاج المعرفي السلوكي (آرون بيك): يرى آرون بيك أن المدارس المعاصرة تستهين بقدرة الحالة في فهم نفسها بنفسها وعلى حل مشكلاته بما لديه من قدرات عملية وهي بذلك تدفع الحالة الى الاعتقاد بانه عاجز عن علاج نفسه وعليه طلب المساعدة من المعالج المحترف في كل مشكلة تواجهه.

كما ترى هذه المدارس أيضا ان الاضطرابات النفسية تنتج عن أسباب خارج نطاق فهم الحالة وانه لا يمكن استخدام طرق سهلة يعالج بها الحالة مشاكله اليومية مع قليل من التوجيه ،لذلك يعتقد بيك ان هذه الاتجاهات هي في حد ذاتها تعتبر عائق امام المعالج النفسي في حين ان العلاج المعرفي يعطي أهمية كبيرة لمنطقة الوعي عند الانسان، ويعتبرها المنطقة التي تتيح لنا تحفيز الحالات للانتباه لافكار اللامنطقية .

لقد تزايد الاهتمام منذ السبعينات بمنح ادخال العقل والمنطق في العلاج النفسي وتغيير الأفكار الخاطئة او اللاعقلانية (Eysenck, 2000, p718)



لقد شهدت فترة الثمانينات تطبيقات جديدة وموسعة للاتجاه الاستدلالي البنائي على عدد كبير من الاضطرابات ومع الشرائح وهو ما لم يكن موجودا من قبل واتسع المجال أيضا ليشمل التعامل مع العزلة الاجتماعية و الانحرافات الجنسية وذلك لما يتمتع به من مرونة في استراتيجيته كما ان أسلوب اثبت فعاليته مع الافراد من مستويات مختلفة من التعليم والدخل والخلفية الاجتماعية والثقافية (Persons, et al, 2003, p12).

يركز العلاج المعرفي السلوكي كما تطرقنا اليه سابقا على تعديل أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين وحسب بيك فان سبب السلوك غير المتكيف تشوه في البنية المعرفية وقد ميز بين مستويين من المعرفيات المختلفة وظيفيا:

أ. الأفكار الالية (الاونوماتيكية): وهي المعرفيات التي تبرز عندما يكون الفرد في حالة ما ، وهي أفكار تلقائية لا تكون عرضة للتحليل العقلاني ،وغالبا ما ترتكز على منطق خاطئ ، وهذه الأفكار التلقائية يمكن الوصول اليها من خلال أساليب الحوار المستخدمة في العلاج المعرفي وقد اطلقت تسمية الأخطاء المعرفية (Cognitive errors) على الأنماط المختلفة من المنطق الخاطئ والتفكير التلقائي او التشوهات المعرفية والتي يلخصها بيك في :

- التفكير بالكل او اللاشيء ( Thinking All-or nothing )
- عبارات الحتميات او الينبغيات (should statements)
- التصفية الذهنية (Mental filter) وهي تعني ان الفرد يرى الجوانب السلبية فقط للموقف
- التضخيم والتقليل (minimizing and magnifying)
- العزو الشخصي (personalization) وفيه يعتبر الشخص نفسه مسؤولا عن الاحداث الخارجية السلبية التي لا يكون في الواقع مسؤولا عنها.
- الاستنتاج الانفعالي (Emotional reasoning) وفيه يفترض الفرد ان انفعالاته تعكس حقيقة المواقف
- الفرط في التعميم (over generalization) وفيه يرى الفرد حدثا سلبيا واحدا على انه نموذج لفشل دائم.
- سوء التلقيب (Mislabeling) وفيه يلقب الفرد نفسه بالقاب سلبية مثل (انني فاشل) تكون مشحونة بالانفعالات.

- القفز الى النتائج (Janping to conclutions) يقدم الفرد نتائج وتفسيرات سلبية وان لم تكن حقائق تدعم استنتاجات.
  - الانتقاص من المزايا الايجابية: وفيه يحاول الفرد رفض التجارب الإيجابية واعتبارها مجرد صدفة ليحافظ على معتقداته السلبية. (Beck,1979 ;p56)
  - ب. **المخططات او المعتقدات shemata belifs**: هي بناءات معرفية افتراضية عميقة تنظم عملية معالجة المعلومات من المحيط وتساعد في فهم التجارب الحياتية اليومية. (Dobson,2009,p17)
- وهي ليست بناءات منظمة تتطور عبر تجارب الطفولة المبكرة والتاثيرات التقويمية الناتجة عن التوجيه و التعليم فقط ، انما تراكم لتجارب المرء ولما تعلمه ضمن محيطه الاسري والاجتماعي (Beck,1979, p13). ان هذه المخططات او المعتقدات يمكن الاستدلال عليها من خلال سلوك الفرد او من خلال أفكاره التلقائية

ولكن يبقى مدى تاثيرها على الفرد متوقف على:

- درجة ثبات هذه المخططات.
- ما تعلمه سابقا من مواجهة مخططاته.
- البداية المبكرة التي تكونت فيها المخططات واندمجت في الذات.
- قوة تعزيزها (Dattilio, Freeman, 2000, p4)

**طريقة العلاج:** تعتمد العملية العلاجية عند بيك على المعرفيات (cognition) اللفظية او التصورية للحالة وعلى الافتراضات التي تقوم عليها هذه المعرفيات، ولان ظهور اي اضطراب او مشكلة هو حصيلة لعمليات تفكير لا عقلانية ولا تكيفية (ان أفكار الذين يعانون من اضطرابات نفسية او مشاكل سلوكية هي أفكار غير منطقية مشوهة ومحرفة غالبا ما تحتوي على (يجب Must) ، (lieb et al,2004,p453)

لذلك فانه حسب بيك فان العملية العلاجية يجب ان تتم عبر مراحل:

- الأولى: يتم فيها توضيح مفهوم العلاج المعرفي للمتعالج
- الثانية: فيها يتم التعرف على أنماط التفكير غير المتناسبة مع الواقع (التشوهات المعرفية) لتصبح هذه الأنماط مدركة من قبل الحالة

- الثالثة: فيها يتم اخضاع هذه المعرفيات للتحليل، ويميز بيك بين ثلاثة أنواع من التحليل:
  - أ. التحليل المنطقي: وفيه يتم تحليل الأفكار التلقائية التي تعتبر حوار ذاتيا يتولد عنه أفكار تسبب ضغطا على الحالة لما تحمله من نظرة سلبية عن الأوضاع الراهنة والمستقبلية وتؤدي الى تشويش ذهني وعدم ارتياح نفسي.
  - ب. التحليل اللامبريقي: وفيه يتم مطابقة أفكار وافتراضات الحالة مع المعطيات الواقعية ليتعزز ما كان منطقيا ومطابقا منها ويدحض ما كان غير متكيف وغير واقعي.
  - ج. التحليل الذرائعي: يقوم المعالج بالمشاركة مع الحالة بعد تحليل الأفكار وتقييمها ومعرفة المناسبة منها للمواقف من غير المناسبة ، بإنجاز تقويمات ومواقف جديدة تمارس في مجالات تعليمية مختارة، ليتمكن الحالة بعدها بممارستها بشكل اعتيادي في حياته اليومية.(غراوة.1999،ص194).
- ومما سبق نستطيع القول ان النموذج الذي قدمه ارون بيك من ابرز النماذج العلاجية وأكثرها شيوعا لانه بلاضافة الى تركيزه على معارف الفرد ومعتقداته كسبب في اضطراب الشخصية كذلك فهو يستعين ببعض الفنيات لتعليم الفرد المهارات التي يجب ان تكون لديه ويغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم والمستقبل.
- وفي الأخير تجدر الإشارة انه بالإضافة الى الاتجاهات او النظريات السابقة الذكر كان هناك بعض الاتجاهات ولكنها لم تبرز في ميدان العلاج النفسي ولم تكن لها الفعالية التي كانت للنظريات السابقة والتي يمكن ان نحصرها بعد :
- العلاج العقلاني الانفعالي(ellis,1962) rational emotive therapy
- العلاج المعرفي السلوكي(beck,1963) cognitive therapy
- العلاج بالتدريب على تعليم الذات (self industructional training) في: (meichenbaum,1971)
- التدريب على تدبر القلق management training anxiety (retchard et swien 1971)
- العلاج عن طريق حل المشكلات problem solving therapy
- (gold freed ,1971)

- التدريب التحصيني للارهاق (stress inoculation training) (meichenbaum,1973)
  - العلاج بالسلوك العقلاني (behaviour therapy rational) (moltsepe,1975)
  - العلاج بضبط الذات (self control therapy) (reem,1977)
  - العلاج النفسي البنويوي (strucural psychotherapy) (geodano,1983)
- (Dobson, 2009, p12)

**ثالثا مبادئ العلاج المعرفي السلوكي:** ان الدمج بين السلوكية والمعرفية في العلاج أصبح واضحا وجليا خاصة بعد ما تم وضع مبادئ واسس تنظم العملية العلاجية وفقا لهذا المنهج والتي نلخصها فيما يلي:

أ. المشاركة العلاجية:

من المهم اعتبار العلاقة بين المعالج والحالة جهدا مشتركا، فليست مهمة المعالج اصلاح حال الحالة، بل ان يتحالف معه ضد مشكلته كما ان تركيز الاهتمام على حل مشكلات الحالة لا على عيوبه الشخصية او عاداته السيئة يساعده على ان يتفحص مشاكله بموضوعية أكثر، ويزيح عنه مشاعر الخجل والدونية. (beck ,1976,p221)

ان وجوب توفر التعاون بين المعالج والحالة يتطلب اتصاف المعالج بخصائص تساعده على تحقيق اغراضه العلاجية والتي نذكر منها التقبل والتفهم (باترسون، 1990، ص36)

اما بالنسبة للحالة فتكليفه بالواجب المنزلي جزء مهم في العملية العلاجية.

ب. بناء الثقة: يرى beck ان بناء الثقة بين طرفي العملية العلاجية يتطلب تجنب

المعالج للاسلوب التسلفي والحكم المسبق بل وعليه نقل رسالته الى الحالة مفادها (ان لديك أفكار معينة تضايقك، هذه الأفكار قد تكون صحيحة، وقد تكون غير ذلك فدعنا نتفحصها) و هذا الموقف المحايد يشجع الحالة على ان يعبر عن أفكاره الخاطئة ليتم بعد ذلك تقويمها (beck,1976,p222)

ج. اختزال المشكلة وذلك اعتمادا على ثلاث خطوات:

- التعرف على المشاكل ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا
- التركيز على العناصر المحورية التي تشكل مفتاح الاضطراب

• تحديد الحلقة الأولى من سلسلة الاعراض (باترسون، 1990، ص37)

د. تعلم التعلم (تعلم كيف نتعلم): ان طريقة حل المشكلات في العلاج النفسي تعني تعلم طرق جديدة لمعالجة المشكلات وهي تنقل المسؤولية من المعالج الى الحالة حيث تدفعه دفعا مباشرا الى مواجهة مصاعبه وهي بذلك تزيد ثقته بنفسه وترفع من تقديره لذاته. ( Dobson, 2009, p20)

ويمكن تلخيص هذه المبادئ بتعبير آخر فيمايلي:

- الحالة والمعالج يعملان معا في تقييم المشكلات والتوصل الى الحلول
- للمعرفة دور أساسي في التعلم الإنساني
- المعرفة والوجدان والسلوك تربطهم علاقة متبادلة على نحو سببي
- الاتجاهات والتوقعات والأنشطة المعرفية لها دور أساسي في فهم وإنتاج السلوك ويؤثر في العلاج

• العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (Hendrick et al, 1993, p30)

**رابعا أساليب وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي:** يستخدم لتحقيق اهداف العلاج السلوكي مجموعة من التقنيات يتوقف تحديدها على مستوى الأداء الوظيفي للحالة والاهداف المحددة للعملية العلاجية ، فالمعالج يشكل طريقة في العلاج استنادا الى حاجات حالة معينة في وقت معين ومن اهم هذه التقنيات.

### 1) المنهج التجريبي Experimental method :

ان الهدف من العملية العلاجية هو مساعدة الحالة على التعرف الى التحريفات او التشوهات الموجودة في بنيتها المعرفية والمعالج ينقل الى الحالة بصورة مباشرة او غير مباشرة بعض المبادئ:

- ان ادراكه للواقع ليس هو الواقع نفسه
  - ان تأويلاته للمدخل الحسي تتوقف على عمليات معرفية تتضمن دمج المثبرات، وهي عملية عرضة بطبيعتها للخطأ
- وفي بداية العلاج يطرح المعالج المشكلة، يسأل سؤالا، يقترح مشروعا ممكنا، ومن ثم يقدم الحالة حلا للسؤال، يوافق او يرفض، يختبر ويمحص او يعدل المشروع المقترح، وإذا كان جوابه مناسباً سوف يشكل له تجربة ناجحة في نفي فكرة كونه غير قادر على

التصرف وتكرار هذه التجارب الناجحة (المنهج التجريبي) طوال مدة جلسات العلاج يؤدي الى تعديل البنية المعرفية السلبية. (Beck et al,1979,p96)

### 2) تحديد الأفكار سيئة التكيف:

الأفكار سيئة التكيف تعني التفكير الذي يعطل القدرة على التعايش مع تجارب الحياة ويفسد التوافق الداخلي ويولد استجابات انفعالية غير مناسبة او مفرطة حتى الألم(Beck,1979,p235).

ومهمة المعالج في العلاج المعرفي السلوكي كشف تلك الأفكار وجعل الحالة يركز الاهتمام على الصور التي تنتج لما لا مبرر له او تدفعه الى سلوك انهزامي او تعوق سعادته او تحول بينه وبين تحقيق أهدافه.

ان هذه الأفكار تكون غير مدركة عند بعض الحالات ولكن بالتعلم والتدريب يصبحون واعين لها ولذلك يستخدم السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا.

وتجدر الإشارة الى اختلاف المنظرين في العلاج المعرفي السلوكي في تسمية هذه الأفكار:

ف Ellis يشير اليها بالعبارات المدخلة internalized statements او العبارات الذاتية Self statements وكان يصفها للحالة بـ"أشياء تقولها لنفسك"

ومولتسيي يسميها (الحديث الذاتي) Self talk و ميكنيوم(الحوار الداخلي) Internal dialogue اما آرون بيك فيطلق عليها مصطلح الأفكار الاوتوماتيكية automatic thoughts

### 3) ملء الفراغ Filling in the Blank

تركز طريقة العلاج المعرفي السلوكي على العلاقة الوثيقة بين الطريقة التي يفكر بها الفرد عن نفسه وعن محيطه ومستقبله (الثالوث المعرفي) وبين مشاعره وسلوكه، ومن خلال تدريب الحالة على ملاحظة أفكاره وتسجيل المثيرات الخارجية وردود افعاله حيالها لانه عادة ما يجعل سبب ردود افعاله الانفعالية أي عادة ما يوجد لدى الحالة فراغ بين المثير والاستجابة، لكن بمساعدة المعالج وسجل الأفكار يكون باستطاعة الحالة فهم سر ضيقه الانفعالي او سلوكه غير المرغوب فيه وذلك من خلال تذكره واسترجاعه للأفكار التي مرت بفكره خلال هذه الاحداث.

و اذا رمزنا حسب العالم Ellis للمثير ب(أ) وطريقة التفكير ب(ب) والاستجابة ب(ج) فان (ب) هي الفراغ الذي يجب على المعالج ملأه بتعليم الحالة التركيز على أفكاره التي تحدث بين المثير والاستجابة (باترسون، 1990، ص38).

(4) الابعاد الموضوعية: distancing and decentering

يدل مصطلح الابعاد على تمكن الفرد من الوصول الى مرحلة استطاع فيها التعرف على أفكاره المختلة وظيفيا ووقف منها موقفا موضوعيا، فالشخص الذي يملك القدرة على تفحص أفكاره التلقائية مع معرفة انها ليست حقيقية ولا واقع بل هي تفكير غير سوي، يوصف بانه شخص موضوعي وأصبحت لديه قدرة تمييزية ستكون لها أهمية حاسمة في تعديل الاستجابات غير المتكيفة (باترسون، 1990، ص38).

(5) التعرف الى التشوهات المعرفية وتحديدها:

عادة ما يجد المعالج المعرفي الحالة تميل في تفسيرها للمواقف والاحداث الخارجية الى الجانب السلبي بصورة منتظمة رغم وجود عدة تفسيرات لهذه المواقف و الاحداث، وحين يطلب منه التفكير في تفسير بديل فانه يعني ان تفسيره الأول كان متحيزا وانه قام بادراك الواقع بما يتفق على استنتاجاته الخاطئة. (burns ,1980,p42)

(6) الاستنتاجات: authenticating conclusions

ان الانسان يميل بطبيعته الى الثقة بافكاره وهو يقدم في كل لحظة بوضع فروض وبناء استدلالات معتبرا استدلاله مطابق للواقع، وهو في الظروف العادية قد يحقق مستوى جيدا من التكيف والأداء لان تفكيره قد يكون منقفا مع الواقع ولا يعيق تكيفه واداءه ولكن في حالة الفرد الذي يعاني من مشكلة قد يكون للمفاهيم المشوهة تأثير معيق ، ومن شأنها ان تؤدي الى تفكير خاطئ، وهنا نجده يتجنب المنطق ويقفز الى استدلالات اعتباطية ويفرط في التعميم ( Trower et al,2015,p88).

ولكي يتخلص الفرد من مشكلة على المعالج تعليمه أساليب الحصول على المعلومات ومن ثم تفحصها واختبارها بمحك الواقع ووفقا لقواعد الاستدلال الصحيح أي التحقق أولا من صدق ملاحظات الفرد ثم تتبع المسار المنطقي الذي يؤدي الى النتائج (باترسون، 1990، ص39)

(7) تعديل المخططات:

حياة الانسان منظمة من خلال قواعد rules متمثلة في اعتقادات، اتجاهات، مخططات، ويحدث سوء التوافق عندما تكون هذه القواعد مصاغة في حدود مطلقة، او تكون غير واقعية او تستخدم بطريقة غير ملائمة ، ومن التقنيات الرئيسية في العلاج المعرفي السلوكي تسليط الضوء على اتجاهات الحالة ومساعدته في ان يقرر ما اذا كانت انهزامية قاهرة للذات او كانت سببا في

معاناته ،وعلى المعالج اقتراح قواعد بديلة يأخذها الحالة بالتامل والتمحيص حتى يتوصل الى قواعد جديدة تسمح له بالتكيف مع واقعية المعاش .

( beck et al,1979,p246)

### 8) اعادة عزو الصفات: reattribution

يستخدم هذا الأسلوب مع الحالات التي تميل الى لوم الذات بشدة والتي تعزو كل الأمور السلبية دون سبب واقعي الى نقص شخصي، وعلى المعالج إيضاح العوامل الخارجية المتعددة التي تكون قد أسهمت في الاحداث السلبية ،وعندما يكتسب الفرد بعض الموضوعية فانه يخفف من لومه لذاته ، اما المعالج فيقوم بتصحيح البنية المعرفية للحالة الخاصة باللوم الذاتي عن طريق :

- تفحص الحقائق الخاصة بالحوادث التي أدت الى لومه لذاته.

- إيضاح المعايير المختلفة لالقاء المسؤولية (beck et al,1979 ,p159).

### 9) البحث عن حلول بديلة: the search for alternative solutions

تعني هذه التقنية البحث عن حلول أخرى لمشكلات الحالة وهي بذلك حجر الأساس للحل الفعال للمشكلات اذ ان المشاكل التي كانت تفهم سابقا على انها لا حل لها من الممكن ان يعاد فهمها وبالتالي من الممكن ان يصل الحالة تلقائيا الى حلول لمشاكله مع فهمه غير المشوه ولذلك يرى داتيلو وفريمان وبيك) انه لا يجب تعليق أهمية كبيرة على ادعاءات الحالة بانه حاول كل شيء ولم ينجح على الرغم من ان الكثير من الحالات يعتقدون صدق ذلك لانهم رفضوا آليا الخيارات (freeman, p1994, p50)

### 10) جدولة النشاطات :

ان الشيء الملاحظ عند معظم الحالات التي تعاني من الاضطراب تجنب القيام بمهام معينة والسبب في ذلك يعود الى المعتقدات التي تؤكد انه لا جدوى من المحاولة لان النتيجة هي الفشل ولذلك فان إعطاء الحالة بعض المهام الخاصة واشراكه في بعض الأنشطة من شأنه ان يخلق لديه الدافعية والنشاط.

ويكون ذلك باشتراك المعالج والحالة في تخطيط نشاط يومي هادف يتم تقسيمه في جلسة علاج ومن المهم ان يوضح المعالج للحالة عند تخطيط البرنامج:

- تحديد نوعية الانشطة والغاية منها



- تخطيط البرامج وتحديد الأنشطة اليومية لا يعني وجوب تنفيذها بحذافيرها ولذلك لا يجب على الحالة الشعور بالحزن أو الفشل إن لم يتحقق كل البرنامج.
- عدم احراز نجاح في نشاط ما لا يعني التوقف بل المهم هو محاولة الاستمرار في تنفيذ الخطة.

وبهذا من المؤكد أن الحالة سيشعر بالتحسن وهو الشيء الذي لاحظته بيك في الحالات المصابة بالاكئاب فالانهماك في النشاط يشغل الحالة عن التفكير ويبعده عن المزاج السيئ، وتجدر الإشارة أنه على المعالج تشجيع الحالة دائما على ملاحظة وتسجيل أفكاره السلبية أثناء تنفيذ البرامج لكي تتم معالجتها. (Wright and Beak, 1983, p1120)

### 11) نسبة الاتقان والرضا **Mastery and pleasure techniques** :

يقصد بمصطلح الاتقان الاحساس بالنجاح في تأدية المهمة، أما الرضا فهو الاحساس بالسعادة والسرور والمتعة عند الانتهاء من انجاز نشاط ما. وهما من بين الاهداف التي يسعى المعالج المعرفي السلوكي تحقيقها حيث ان احساس الحالة بالنجاح ومنثم السعادة بهذا النجاح يعني رفع من تقييمه لذاته ، وشعوره بقدرته على الانجاز والنجاح يعني تصحيح المعرفيات السلبية (كالشعور بالعجز والفشل ) ( Beck et al , 1979, p128)

### 12) المهمات المتدرجة: **Graded task assignement**

ان شعور الحالات بتحسن بعد قيامهم بنشاطات بسيطة حسب جدول الأنشطة الذي خططوا له مع المعالج يدفعهم الى القيام بمهام أكثر صعوبة، وباستخدام تقنية المهام المتدرجة يستطيع المعالج تجزئة المهمة الصعبة الى خطوات تتدرج من الاسهل الى الاصعب، والهدف من ذلك تصحيح فكرة الحالة عن ذاته بانه عاجز عن انجاز اي هدف ذا قيمة، ولكن يجب مراعاة ما يلي في هذه التقنية:

- تحديد المشكلة.
- التدرج في تنفيذ المهام من السهل الى الصعب.
- اجراء تغذية راجعة للحالة تزوده بمعلومات تصحيحية تخص قدراته.
- تشجيع التقويم الواقعي من قبل المعالج لادائه الحقيقي.

- التأكيد دائما على ان الحالة وصل الى الهدف كنتيجة لجهوده ومهارته الخاصة.

ابتكار مهام جديدة اكثر صعوبة بالتعاون مع الحالة (Beck et al ,1979,p132)

13) **التدريب المعرفي (الاستطلاعي):** تعني هذه التقنية قيام الحالة بمساعدة المعالج بتخييل

الخطوات المتتالية لتنفيذ مهمة ما و متطلباتها وهو الامر الذي سيمكن الحالة من :

• الانتباه والتقليل من تشتت الافكار بالتركيز على التفاصيل وبالتالي تطور بنية معرفية اكثر تكيفا .

• تكرار تسلسل الخطوات امر يساعد الخالة على تجاوز العقبات المعرفية

والسلوكية والبيئية التي تعرقل تنفيذ مهامه وايضا تحدد الافكار غير المتكيفة ليتم

تصحيحها (Beck et al ,1979,p135)

14) **التدريب على توكيد الذات وتأدية الدور: assertive training and role playing**

تهدف هذه التقنية الى تقوية الذات وتحسينها خاصة فيما يتعلق بالعلاقات الشخصية بين الأفراد، والغاية منها ايضا تمكين الأفراد من الدفاع عن حقوقهم والتعبير عن شعورهم ومواجهة خوفهم الاجتماعي.

اذ نجد الكثير من الاشخاص الذين لا يستطيعون الاجابة ب لا يظطرون لمسايرة الاخرين على حساب رغباتهم الشخصية مما يسمح للاخرين باستغلالهم. ومن خلال هذه التقنية يمكن المعالج الحالة من لعب ادوار مختلفة، ويقوم هو بملاحظة سلوكه وتفاعله الاجتماعي، وبذلك يتمكن المعالج من اظهار وجهات نظر بديلة للحالة كما يوضح له العوامل المعرفية التي تتدخل في سلوكه وتحديد التعبير الانفعالي المناسب ( Trower et al ,2015,p95 )

15) **الاسترخاء Relaxation:**

لقد توصل علماء النفس الفسيولوجي من القرن التاسع عشر الى اننا نحن البشر نستجيب للاضطرابات الانفعالية بتغيرات وزيادة في الانتشطة العضلية وهو الامر الذي يضعف قدرة الفرد على التوافق والنشاط ففي حالات التوتر تنهار المقدره على الاستمرار في النشاط العقلي والجسمي بسبب عدم توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناء ويعني الاسترخاء توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر (ابراهيم،1998، ص154).

خامسا أهداف العلاج المعرفي السلوكي: يهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى التعرف على التفكير المختل وظيفيا (التشوهات المعرفية) ثم اختيار الفرضيات التي تكونت (المخططات) واختيار الأفضل بين فروض بديلة تكون أكثر واقعية ومنطقية، والهدف الثاني هو التركيز على العلاقات المتبادلة مع الآخرين interpersonal، وهذه العلاقات هي المحور الأساسي في العلاج المعرفي السلوكي، أما الهدف الثالث فهو تعلم الخالة الاستجابات والسلوكات متكيفة مع الواقع . وبذلك تكون أهداف العلاج المعرفي السلوكي حسب بيك وميكنبوم:

1. تعليم الحالة كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية.
2. مساعدة الحالة على ان يكون واعيا بما يفكر فيه.
3. مساعدة الحالة على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك.
4. تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسيبية للاضطراب.
5. تعليم الحالة كيفية تقييم أفكارها وتخيلاتها خاصة تلك التي ترتبط بمشاكلها.
6. تحسين المهارات الاجتماعية للحالة من خلال تعليمها حل المشكلات.
7. تدريب الحالة على توجيه تعليمات للذات ومن ثم تعديل السلوك وطريقة التفكير باستخدام الحوار الداخلي. (meickenbum ,197p107)

سادسا فعالية العلاج المعرفي السلوكي ومدته:

تميز العلاج السلوكي المعرفي بعدة خصائص جعل منه نظام علاجي نفسي ناجح وتتمثل

هذه الخصائص كما ذكرها Hales

1. نظرية شاملة
2. دعم النظرية بالملاحظة والتجربة
3. نظرية جاهزة للتنفيذ اعتمادا على المبادئ النظرية
4. إمكانية الملاحظة والتجربة (Hales et all,1999 ;p100)

إضافة إلى العلاج المعرفي السلوكي يساعد الحالات على تنمية طرق جديدة للتعلم من الخبرات واكتساب مهارات في حل المشكلات وبذلك الاعتماد على التفاعل النشط بين المعالج والحالة وهو ما يوصف بتبادل الخبرات إذ يقدم المعالج مبادئ أساسية في العلاج وتكون مهمة لقيام بدور المعلم أو الدليل بصورة موضوعية بعيدا عن اصدار الاحكام ويكون ذلك من خلال جلسات علاجية لا تتعدى 20 جلسة يوزعها المعالج على جدول زمني يتراوح بين جلستين أسبوعيا لمدة

4 او 5 أسابيع ، ثم جلسة لمدة 10 الى 15 أسبوعا حيث تدوم الجلسة من 45 د الى 50 د ما عدا الجلسة الأولى التي تتطلب اكثر من ذلك وغالبا ما يتبع العلاج الناجح بجلسات متباعدة على فترات للمحافظة على النتائج. (Dattilio and freeman, 2000, p8)

خلاصة :

ان العلاج المعرفي السلوكي تميز منذ نشأته بتأكيد أهمية دراسة الهنا والان ( here and now)، ودراسة ما تفعله الحالة للإبقاء على افكارها وافعالها وعواطفها المختلفة وظيفيا دون الاخذ بعين الاعتبار المعلومات التاريخية والتجارب النمائية والعلاقات الاجتماعية أي التاريخ المرضي بصفة عامة الا في حالة كومتها مرتبطة مباشرة بتطور المشكلة واستمرارها .  
ومن خلال ما سبق يمكن القول ان العلاج المعرفي السلوكي في صورته الواسعة يشكل كل الطرق التي من شأنها تخفيف الضيق النفسي وذلك عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية والاشارات الذاتية الخاطئة، ولا يعني ذلك التركيز على التفكير واهمال الانفعال الذي يعتبر المصدر المباشر للضيق وذلك يعني ان تصحيح الاعتقادات الخاطئة هو الذي يؤدي الى اخمد الاستجابات الانفعالات.



الفصل الثالث

التفاؤل غير الواقعي

تمهيد

اولا: التفاؤل

1 تعريف التفاؤل

2النظريات المفسرة للتفاؤل

3انماط التفاؤل

ثانيا التفاؤل غير الواقعي:

1 تعريف التفاؤل غير الواقعي

2 تفسيرات التفاؤل غير الواقعي

3 قياس التفاؤل غير الواقعي

4 العوامل التي تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي

5 التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات

6 علاقة التفاؤل غير الواقعي بالسلوك الصحي وسلوك التدخين

خلاصة

تمهيد:

إجتهد الكثير من العلماء والباحثين لوضع تصنيفات للشخصية واعتمدوا في ذلك على الجوانب المتعددة لها والمتمثلة في السمات التي تشكل مجتمعة التركيبة الشخصية التي تميز كل منا عن الآخر.

وقد برزت العديد من التصنيفات والتي من بينها تصنيف أبوقراط الذي صنف الشخصية إلى أربعة أنماط هي: الدموي، اللمفاوي، الصفراوي، والسوداوي، وتصنيف جيلفورد عام 1952، أيزنك 1960، كاتل 1966 والذين صنفوا الشخصية على أساس مجموعة من العوامل التي تعتبر أساسية بالنسبة للسلوك الإنساني وهي الوجدان والمزاج والطباع.

إن الملاحظ في هذه التصنيفات هو إعتماؤها على الحالة المزاجية للأفراد لما لها من دور فعال ينعكس على السلوك، هذه الحالة المزاجية قد تفرض نفسها كسمة قائمة بحد ذاتها وهو ما نلاحظه بالنسبة لسمة التفاؤل من خلال التصنيفات السابقة فتصنيف أبوقراط يتميز فيه النمط الدموي بالتفاؤل والمرح والأمل على عكس النمط السوداوي وتصنيف أيزنك، جيلفورد وكاتل يتميز فيهم النمط الإنبساطي بالتفاؤل عكس النمط العصابي، وبذلك يكون لسمة التفاؤل تأثير مباشر على حياة الإنسان وهو ما وضحته العديد من الدراسات التي توصلت في معظمها إلى إنعكاس هذه السمة على سلوك الأفراد ونظرتهم للحاضر والمستقبل كما توصلت أيضا إلى إكتشاف سمة أخرى مستتبطة منها إنطلاقا من المعالجات النظرية لسلوك الصحة والمرض والتي تتضمن إدراك الفرد لقابلية الإصابة بالضرر أين ظهرت العديد من الأدلة التي تؤكد أن الإعتقادات الشخصية في هذا الجانب هي إعتقادات تجنح إلى التفاؤل، إذ أن الأفراد يميلون إلى الإعتقاد بعدم إمكانية إصابتهم بالضرر مقارنة مع الآخرين وهو ما يسميه الباحثون بالتفاؤل غير الواقعي الذي أصبح يستقطب الإهتمام قصد التوصل إلى تفسير لسلوكات الخطر التي يقدم عليها الأفراد دون أن يقدروا الخطر الحقيقي لها.



أولا التفاؤل :

إن الاهتمام بمفهوم التفاؤل والتعرض لهذه السمة بالبحث والدراسة إهتمام حديث نسبياً، فقد نشرت في السبعينات دراسات قليلة ومتفرقة ثم توالى البحوث بعد بروز تأثير هذه السمة وسعت كل منها لوضع تعريف لها واكتشاف العلاقة بينها وبين مختلف جوانب الشخصية ومن بين هذه التعاريف نذكر ما يلي:

(1) تعريف التفاؤل:

- **تعريف Crandall:** إن التفاؤل عبارة عن التوقع قصير المدى بالنجاح في تحقيق بعض المطالب في المستقبل (الأنصاري ، 1998 ، ص 15) .
- **تعريف 1981 :** التفاؤل هو توقعات ذاتية إيجابية لدى الفرد **Stipek** عن مستقبله الشخصي (Stipek , 1981) .
- **تعريف 1983 Smith:** يعتبر التفاؤل عاملاً لبقاء الإنسان ومن خلاله يمكن التنبؤ بالمستقبل وبالأفكار الخاصة بالتطور الإجتماعي و الإقتصادي، كما يساعد الأفراد على فهم أهدافهم المحددة وطرق التغلب على الصعوبات التي تواجههم (( **Smith , 1983** .
- **تعريف 1984 Seligmane:** التفاؤل عبارة عن تركيبة من الموهبة المعقولة مع القدرة على الإستمرار في مواجهة الهزيمة للوصول إلى النجاح (جولمان دانيال ، 2000، ص 132).
- **تعريف 1989 Scheier et Carver:** التفاؤل هو النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة و الإعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل ( **Scheier et Carver ,1989** )
- **تعريف 1992 Marschal et all:** التفاؤل هو إستعداد شخصي يتوقع فيه الفرد منحنى إيجابي للأحداث ( **Marschal et al, 1992** ) .
- **تعريف الأنصاري بدر محمد 1998 :** التفاؤل هو نظرة إستبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل و ينتظر حدوث الخير ويرنو إلى النجاح ويستبعد ما خلا ذلك (الأنصاري ، 1998، ص 15).

- تعريف إسماعيل أحمد محمد السيد 2001: التفاؤل إستعداد إنفعالي ومعرفي، ونزعة للإعتقاد أو الإستجابة إنفعاليا إتجاه الآخرين وتجاه المواقف وتوقع نتائج مستقبلية جيدة (إسماعيل أحمد محمد السيد، 2001، ص51).
  - تعريف مايسة شكري 1999: هو إستعداد كامن داخل الفرد يحدد توقعاته الإيجابية العامة إزاء المستقبل ويرتبط إيجابيا بالصحة النفسية والجسمية وحسن التكيف والشعور بالسعادة (مايسة شكري، 1999، ص387).
  - تعريف Marilou bruchou et Schwertzer: هو أسلوب معرفي كلي وإستعداد أو ميل حقيقي يقدم منفذا جيدا للأحداث كما يعطي إحساس إيجابي عن الذات وعن المحيط. (Marilou Bruchou et Schwertzer, 2002).
  - تعريف Margarete.E et vollrath: التفاؤل هو بناء معرفي يشمل المعتقدات حول تجارب المرء ، وهو توقعات إيجابية حول المستقبل (Margarete.e et Vollrath, 2006).
- تعددت التعاريف حول سمة التفاؤل ولكن ما نستنبطه من خلالها هو تركيز بعضها على جوانب معينة؛ كإعتبار التفاؤل إستعداد داخلي للتوقعات الإيجابية للأحداث المستقبلية أو التركيز على عنصر القدرة على الإستمرار في مواجهة النكسات.
- ولكن كانت هناك تعاريف أشمل إعتبرت التفاؤل بناء معرفي كلي يشمل المعتقدات حول تجارب الفرد.

## 2) النظريات المفسرة للتفاؤل:

ينظر علماء نفس الشخصية إلى التفاؤل بوصفه سمة تؤثر على الحالة النفسية العامة للفرد، والتي بدورها لها الأثر البالغ على سلوكه وتوقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل، ولذلك برزت العديد من الآراء النظرية التي سعت إلى تفسير هذا التأثير وهذا الإرتباط والتي نذكر من بينها:

### 1.2 نظرية التحليل النفسي:

يرى فرويد في التفاؤل قاعدة عامة للحياة، وهو يعتقد أن الفرد يكون متفائلا ما لم يقع في حياته حدث يجعل نشأة عقدة نفسية أمرا ممكنا، ويعني ذلك أن الفرد قد يكون متفائلا جدا إزاء أحد المواضيع أو المواقف فتقع حادثة مفاجئة تجعله متشائما جدا من الموضوع ذاته.

ويعتبر فرويد منشأ التفاؤل من المرحلة الفمية، ويذكر أن هناك سمات وأنماط شخصية مرتبطة بتلك المرحلة والتي تكون ناتجة عن عملية التثبيت فيها والتي ترجع إلى التدليل أو الإفراط في الإشباع (عبد الرحمان محمد السيد، 1998).

وقد أطلق فرويد مصطلح التفاؤل الفموي للدلالة على التفاؤل الظاهر كسمة أو كطبع ففي الوقت الذي تظهر فيه الشبقية الفمية في نمو الطفل يصبح الصغير على صلة بالأشياء ويتعلم أن يتخذ علاقات معها، ومن ثم فالطريقة التي يحدث بها هذا تبقى أساسية في تحديد العلاقات القادمة مع الواقع وبهذا فكل إتجاه إيجابي أو سلبي نحو الأخذ أو التلقي له أصل فمي وبوجه خاص كلما كان هناك إشباع فمي بارز عادة في الطفولة فالنتائج هي طمأنة الذات والتفاؤل اللذان يدومان طوال الحياة (دسوقي كمال، 1990).

### 2.2 النظرية المعرفية:

شكلت نظرة (Greenwald 1980) للتفاؤل نقطة تحول لدى الباحثين ، فقد شبه الطبيعة الإنسانية بنظام كلي يتمثل بالنظر إلى الذات كتنظيم معرفي يتعلق بتاريخ الفرد وهويته. أما Snyder فيرى أن التفاؤل يحتوي على عنصر يسمى التخطيط والذي يقوم على حقائق منطقية مجردة والتي تتضمن نوعا من النشاط المعرفي ، في حين يرى Andreu 2003 أن المتفائلين يميلون للتركيز على المعلومات ذات العلاقة القوية بالشخصية فيكونون أكثر إقتناعا بالرسائل الإيجابية المتعلقة بالشخصية وأقل إقتناعا بالمعلومات السلبية ، ولعل أهم الدراسات التي تؤكد علاقة التفاؤل بالجانب المعرفي دراسة Stang et Multin التي أشارا فيها إلى إرتباط اللغة والذاكرة والتفكير بالتفاؤل ، إذ يستخدم المتفائلين نسبة أعلى من الكلمات الإيجابية مقارنة بالكلمات السلبية سواء كانت في الكتابة أو في الكلام أو التذكر الحر فهم يتذكرون الأحداث الإيجابية قبل السلبية (اليحفوفي نجوى، 2002).

### 3.2 نظرية التعلم الإجتماعي:

يرى Hall et Fibble أن بناء شخصية الفرد يتكون من التوقعات والأهداف والطموحات وفعالية الذات ، حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالملاحظة ، والذي يتم على ضوء مفاهيم المنبه و الإستجابة والتدعيم ولذلك فإن سلوك الفرد يرتبط بتاريخ التدعيم وذلك لبعض المواقف ، وبناء على ذلك فقد ينجح بعض الأفراد في أداء بعض المهمات في بعض

المواقف، وبالتالي تتكون لديهم توقعات إيجابية للنجاح في المستقبل إزاء هذه المواقف ، على حين قد يفشل بعض الأفراد في أداء بعض المهمات وبالتالي تتكون لديهم توقعات سلبية تجاه هذه المواقف ، وبهذا يختلف الأفراد في توقعاتهم للنجاح أو الفشل إزاء الأحداث المستقبلية ،ومن ثم تظهر الرابطة الواضحة بين التوقعات المستقبلية والتفاؤل على أساس نظرية التعلم الاجتماعي (الأنصاري ، 1998،ص12).

### 3 أنماط التفاؤل :

سمحت الدراسات العديدة حول سمة التفاؤل بظهور مفاهيم كثيرة يعبر بعضها عن أنماط قائمة بحد ذاتها، بينما يعبر بعضها الآخر على نفس النمط ولكن إختلفت المفاهيم باختلاف التوجهات النظرية.

ومن بين هذه المفاهيم والتي تعد الأكثر إستخداما نذكر ما يلي : التفاؤلية الإستعدادية (optimisme dispositionnel) والتي تعرف أيضا بالتفاؤلية الوظيفية أو التكيفية (optimisme fonctionnel) ،التفاؤلية الدفاعية أو التفاؤل غير الواقعي (optimisme défensif) أو (optimisme Irréaliste) والتفاؤل المقارن (optimisme comparatif) الذي يفرق Harris و Meddletton بينه وبين التفاؤل و التفاؤل غير الواقعي فالتفاؤل «عبارة عن نزعة داخل الفرد للتوقع العام لحدوث الأشياء الإيجابية بدلا من حدوث الأشياء السلبية»، أما التفاؤل المقارن فهو «نزعة داخل الفرد لحدوث الأشياء الإيجابية لنفسه أكثر من الآخرين وتوقع حدوث الأشياء السلبية للآخرين أكثر من حدوثها له» (الأنصاري، 2002، ص 95) .

فعند طرح سؤال:

«ما هو احتمال أن تكون ضحية لحادث سيارة» يكون جواب الأفراد على هذا السؤال أنهم أقل عرضة للمرور بهذه التجربة السلبية مقارنة مع أشخاص آخرين وعلى العكس من ذلك بالنسبة لحدث إيجابي إذ يكون الإحتمال أكبر مقارنة بالآخرين. (J.chappé, J. verlhac, 2007).

وهو ما أكدته دراسات عديدة منها دراسة Spitzenstetter والتي أجريت على مجموعة من العاملين في مصنع زجاج بهدف معرفة مدى تقييم الأفراد للأخطار الناتجة عن مختلف حوادث العمل ،وقد جاءت النتائج مؤكدة إنخفاض إحتمال الإصابة بحوادث العمل عند العاملين مقارنة بزملائهم حسب إعتقاداتهم (Spitzenstetter, 2006) .

فالتفاؤل المقارن هو مقارنة عامة يكون فيها الاعتقاد أن الأحداث السلبية تحدث في غالب الأحيان للآخرين أكثر من أنفسنا (J.chappé, J F verliac, 2007). أما التفاؤل غير الواقعي فيعرفانه بأنه نزعة داخل الفرد غالبا لتوقع حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما يحدث فعلا، وتوقع الأشياء السلبية أقل مما يحدث فعلا. ولكن هناك من الباحثين ممن يعتبر التفاؤل غير الواقعي والتفاؤل المقارن كمفهوم واحد ويتضح ذلك من خلال تعريف Weinstein (1980) للتفاؤل غير الواقعي بأنه "إعتقاد الناس بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين وإعتقادهم أيضا أن الحوادث الإيجابية على العكس يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة للآخرين" (الأنصاري، 2002، ص192) وهو ما تؤكدته دراسة Issabelle حول التفاؤل المقارن الذي اعتبرته تشويه معرفي يمكن أن يكون:

- ميكانيزم دفاعي
- صراع ضد القلق.

- عجز في معالجة المعلومات المتعلقة بعامل الخطر (Milhabet. I, 2002)

وهي بذلك لا تجد فرقا بين التفاؤل المقارن والتفاؤل غير الواقعي وبهذا يمكن تقسيم التفاؤل إلى نمطين رئيسيين هما التفاؤل الإستعدادي والتفاؤل الغير الواقعي الذي سنتطرق له بالتفصيل.

#### التفاؤل الإستعدادي :

يكون الفرد متفائلا إستعداديا عندما يبالغ بإمكانات تصرفه الذاتية فيما يتعلق بالأخطار والتصرف الوقائي يكون بناء على نوعين من الفئات:

- أن هناك تصرفات تؤثر بشكل عام وقائيا.
- أن الإنسان ذاته قادر على القيام بمثل هذه التصرفات.

والنوع الأول يعني توقع النتائج ويتم التعبير عنه في عبارات مثل: عندما يظل المرء نشيطا جسديا يضعف خطر الإصابة بنوبة قلبية إلا أنه من أجل توجيه التصرف بشكل كامل لا تكف مثل تلك التوقعات للنتائج، إذ على الشخص أن يرى نفسه قادرا أيضا على البدء بسلوك معقول هادف، وهذا الإستناد إلى الكفاءة الذاتية يتم التعبير عنه من خلال توقع الكفاءة ومثال ذلك " أنا واثق من أنني أستطيع تنفيذ برنامج تدريب قاسي"

وقد قدم باندورا عددا من الدلائل تؤكد الدور المركزي لتوقع الكفاءة في التصرف الصحي، ولذلك فإن التفاؤلية الإستعدادية هي مزيج من توقعات الموقف والنتيجة. (رالف شفارتسر، 1994، ص 83، 81).

ثانياً التفاؤل غير الواقعي :

(1) تعريف التفاؤل غير الواقعي:

• **تعريف Weinstein 1980** : يعتقد الناس أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين، ويعتقدون أيضا أن الحوادث الإيجابية على العكس يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة للآخرين (الأنصاري، 2001، ص، 192).

• **تعريف Taylor et Brown 1988** : التفاؤل غير الواقعي هو إعتقاد الفرد بقدراته بشكل كبير دون تأكيد ذلك من الناحية الواقعية، أي يتوقع دائما الجانب الإيجابي من الحدث ويعطي قدرا من التفاؤل أكبر من حجمه الطبيعي وبالمقابل تكون نظرتة إلى الجانب السلبي من الحدث أقل مما هي في الحقيقة ، هذا الشعور المتزايد بالتفاؤل يقود الأفراد إلى نتائج سلبية غير متوقعة ، تجعلهم في حالة إحباط ، وبالتالي يكونوا عرضة لجملة من المخاطر و الأمراض المستعصية والخطيرة بالإضافة إلى ذلك قد تدفع بهؤلاء الأشخاص إلى عدم ممارسة السلوك الصحي ( Taylor et Brown ,1988 ).

• **تعريف Mechanna 1993** : يحدث التفاؤل غير الواقعي عندما يخفض الأفراد تقديراتهم أو توقعاتهم الشخصية أو الذاتية لمواجهة الأحداث السيئة، ولا يحدث التفاؤل غير الواقعي فقط عندما يقلل الأفراد من احتمالات حدوث الأسوأ من الأحداث وإنما أيضا عند زيادة توقع الأحداث الإيجابية (الأنصاري، 1998، ص 23)

• **تعريف Harris et Meddleton 1980** : التفاؤل غير الواقعي نزعة داخلية عند الفرد تجعله يتوقع احتمالية حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما في الواقع (Harris et Meddleton,1994) .

• **تعريف بدر الأنصاري 2001** : عرف التفاؤل غير الواقعي نظريا بأنه اعتقاد الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع تؤدي إلى هذا الإعتقاد، حيث يتوقع الفرد غالبا حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما يحدث في الواقع ويتوقع حدوث الأشياء السلبية أقل مما يحدث في الواقع مما قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير

المتوقعة ، والتي قد تعرض بدورها لمخاطر عدة أهمها المخاطر الصحية) الأنصاري، 2001، ص 194).

## (2) تفسيرات التفاؤل غير الواقعي :

لقد قدم Weinstein مفهوم التفاؤل غير الواقعي وأورد تقريراً هدف إلى الكشف عن نزعة الأفراد إلى التفاؤل غير الواقعي لأحداث الحياة في المستقبل وذلك من خلال دراستين تكونت عينة الدراسة الأولى من (1258) طالب وطالبة من جامعة روتجرز في ولاية نيوجرسي الأمريكية، واستخدم في الدراسة مقياس أحداث الحياة الذي يشمل على 42 حدثاً (18) إيجابية و24 سلبية وكشفت النتائج عن تقدير الأفراد للأحداث الإيجابية بمعدل فوق المتوسط في حين يكون تقديرهم للأحداث السلبية بمعدل أقل من المتوسط.

أما الدراسة الثانية فقد أجريت على 120 طالبة من نفس الجامعة وهدفت إلى التحقق من الفكرة القائلة بأن الأفراد ذوي التفاؤل غير الواقعي يتفاعلون نتيجة توجههم إلى العوامل التي تساعدهم على تحقيق مطالبهم المرغوبة في المستقبل، واستخدم فيها كتيب يحتوي على الأحداث نفسها التي استخدمت في الدراسة الأولى ولكن تم تقسيمها إلى ثلاثة أقسام متساوية يمكن أن تثير التفاؤل غير الواقعي، وعلى كل مفحوص ذكر العوامل التي قد تزيد من احتمال حدوث تلك الأحداث لديهم أو تقلل منها وقد أظهرت النتائج أن استخدام مثل هذا الإجراء قد خفض فعلاً من معدل التفاؤل غير الواقعي بشكل ملحوظ ولكن لم ينف ظاهرة اللاواقعية في التفاؤل.

وحيث أن التفاؤل غير الواقعي يشير إلى تقليل الأفراد من تقديراتهم أو توقعاتهم للأحداث التي سوف تواجههم في المستقبل فقد تساءل Meckenna هل يرجع ذلك إلى مفهوم التفاؤل غير الواقعي أو إلى الشعور الزائف بالقدرة على التحكم وللإجابة على هذا السؤال أجرى دراسة بلغ فيها حجم العينة 99 فرداً (58 ذكور و41 أنثى) من أعضاء هيئة التدريس والموظفين والطلاب بجامعة ريدنج في إنجلترا، وكانت أداة البحث عبارة عن إستبانة تتكون من سؤالين كما يلي:

- مقارنة بالسائقين الآخرين ما هو توقعك بأنك سوف تتعرض لحادثة مرورية أثناء قيادتك للسيارة.
- مقارنة بالسائقين الآخرين ما هو توقعك بأنك سوف تتعرض لحادثة مرورية عندما تكون مرافقاً وليس سائقاً للسيارة .

وكشفت نتائج الدراسة عن عدم توقع السائقين التعرض لحادث مرور أثناء قيامهم بقيادة السيارة في حين كانت توقعاتهم أكثر بالإصابة في حادث مرور عندما يكونون مرافقين وليسوا سائقين (الأنصاري، 2001، ص 198. 199 )

ومن خلال الدراسات المذكورة ودراسات أخرى أجراها عدد من الباحثين في هذا السياق برزت العديد من التفسيرات لسمة التفاؤل غير الواقعي حيث ينظر إليها البعض باعتبارها أحد الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الأنا لخفض القلق وهي نوع من المقاومة التي يبديها لعدم قبول الواقع.

في حين يصف آخرون التفاؤل غير الواقعي بأنه نزعة الأفراد الأنانية بطبيعتهم والتي تؤثر في معتقداتهم تجاه التقليل من احتمالات وقوعهم في الخطر علما بأنهم يعتقدون بأن تلك الأحداث قد تحدث للآخرين دونهم ( الأنصاري، 2001، ص 201 ) .

أما Weinstein فيفسر التفاؤل غير الواقعي بأنه خطأ معرفي يكون لدى بعض الأشخاص من خلال تأثرهم بوجهة نظر الآخرين بسبب إنغلاقهم وتمركزهم حول أنفسهم (Weinstein, 1980).

وحسب Ager, Marisso فالتفاؤل غير الواقعي يكون نتيجة لإنخفاض نسبة الذكاء وقلّة إمتلاك الفرد لمهارات عقلية مما يؤدي إلى عدم تقدير الأحداث السيئة بشكل جيد ( Marisson, 1999, Willok, Ager ).

ويمكن تلخيص هذه التفسيرات فيما يلي :

1.2 التفسيرات المتعلقة بعوامل الدافعية و التي يمكن أن تكون عوامل للدفاع عن الذات أو ميول دفاعية ضد القلق:

1.1.2 التفاؤل غير الواقعي كسلوك دفاعي للأنا (عن الذات) حيث يرى رواد هذا الاتجاه (واينشتاين 1984) و(تايلور وبراون 1988) أن الأشخاص غالبا ما يتحيزون لذواتهم في توقع الأحداث الايجابية والسلبية قصد تحسين صورة تقديرهم لذواتهم أو هويتهم الشخصية. ولذلك نجد بعض الاشخاص يتخذون من التفاؤل غير الواقعي ملجأ لأنه يجعلهم يعتقدون أنهم محصنون و بهذا يرتفع تقديرهم لذواتهم ويرتفع احساسهم بأنهم تغلبوا على المشاكل التي يواجهونها , غير أنه في بعض الاحداث يضعف تأثير التفاؤل غير الواقعي على خفض الضبط اذا وصفت الأحداث أنها غير قابلة للضبط ، فقد لوحظ بأن تعرض الفرد لأحداث كالزلازل و الفيضانات و هي



أحداث مستحيلة الضبط لا يهدد تقديره لذاته لأنه مقتنع بأنها خارجة عن ارادته ( Milhabet et all 2002 )

2 التفاؤل غير الواقعي كاستجابة للقلق: اختلفت الدراسات التي اجريت في هذا السياق، فالبعض منها يؤكد على العلاقة الايجابية بين التفاؤل غير الواقعي و مواجهة القلق والتفكير في المستقبل مثلا يصاحبه شعور بالقلق بسبب الغموض الذي يعتريه، فيقوم الافراد بمواجهته بواسطة التفكير بالأحداث الايجابية واستبعاد التفكير بالأحداث السلبية و تشوييهما بالتفاؤل غير الواقعي و هو ما تؤكدته دراسة ( تايلور و اخرون 1992 ) التي أجريت على 550 شخص مصاب بفيروس السيدا ، حيث أظهرت النتائج أن المتفائلين منهم و لو بنسبة قليل أقل عرضة لتطوير السيدا من غيرهم من المتشائمين ( Milhabet et all 2002 ) ولكن هذه النتيجة لم تتوافق و دراسات ميدانية أخرى أكدت ارتباط مواجهة القلق بالتشاؤم أكثر من التفاؤل كدراسة ( Dewberry, James, Niscon, et Richarchon 1990 ) طلب فيها من المشاركين تقدير احتمال تعرضهم لمجموعة أحداث سلبية عددها 16 و تقدير القلق الذي يصاحب كل حدث و أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي بين معدل القلق الذي يشعر به المشاركون في الدراسة بالنسبة للأحداث السلبية ، ومدى التفاؤل غير الواقعي لديهم ، و لذلك استخلص الباحثون أن درجة القلق التي يشعر بها الفرد و يختبرها اتجاه حادث سلبي معين يمكن أن تؤثر في مستوى التفاؤل و التشاؤم غير الواقعيين اتجاهه ، فالتوقعات المتفائلة يمكن أن تحررنا من جوانب عديدة من القلق المحتمل ، ولكن في حالة الخطر الفوري نجد الأفراد يقومون بالبحث عن معلومات التهديد بحيث تمكنهم من تشخيص الموقف و أخذ الاحتياطات اللازمة ، وقد أكدت هذه النتائج بدراسة لفيرلهياك ( 2005 ) أين وجد أن هناك علاقة سلبية بين التفاؤل غير الواقعي و القلق ( Krzeminski 2015 )

2.2 التفاؤل غير الواقعي كوسيلة للقبول الاجتماعي: ان التفاؤل غير الواقعي يمكن أن يكون له هدف اجتماعي يتمثل في استحسان الاخرين للصورة الايجابية التي تظهرها ، و هو ما توضحه دراسة تجريبية ل ( Helweg-Larsen et all 2002 ) أجريت لمعرفة مدى التعبير بتفاؤل غير واقعي أو تشاؤم غير واقعي أو الحياء اتجاه حياة شخص وهمي ، مع اختيار درجة القبول الاجتماعي ، و أظهرت النتائج قبول التفاؤل غير الواقعي اجتماعيا من خلال ستة بنود

بما في ذلك الرغبة في التفاؤل المستقبلي مع الشخص الوهمي و رفض التشاؤم غير الواقعي و الحياء (Krzeminski 2015).

**3.2 التفسيرات المعرفية للتفاؤل غير الواقعي:** ان التفاؤل غير الواقعي حسب رواد هذا الاتجاه هو خطأ معرفي يقوم به الفرد عندما يكون بصدد بناء تصورات حول تقدير الخطر المحقق به و كذا عند تصور الخطر الاجتماعي، ولذلك قد يكون التفاؤل غير الواقعي:

**1.3.2 خطأ متعلق بجمع المعلومات أو خطأ في الحكم على الأمور الممكنة الحدوث:** لقد أوضح Weinstein في هذا السياق أن أحد الأسباب التي تجعلنا نقوم بسلوكات غير صحية هو تصورات غير دقيقة للمخاطر و القابلية للتأثر بعد طرح سؤال:

مقارنة بالأشخاص الاخرين من نفس العمر والجنس ماهي امكانية وقوعك في المشكلة (احتمال أكبر، نفس الاحتمال، احتمال أقل)

فمعظم المشاركين اعتقدوا أنهم أقل احتمالا لمواجهة المشكلة. ولذلك حدد Weinstein أربعة عوامل معرفية تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي وهي:

- عدم وجود تجربة شخصية مع المشكلة.
- الاعتقاد أن المشكلة يمكن تجنبها اعتمادا على القدرات والامكانيات الفردية.
- الاعتقاد أن المشكلة إذا لم تظهر الان فلن تظهر في المستقبل
- الاعتقاد أن المشكلة نادرة.

و تشير هذه العوامل المعرفية الى أن عملية تصور المخاطر ليست عقلانية، فرضية (Jane Ogden 2007) لأنها كي تكون كذلك يجب أن تبني على معلومات مكتسبة بطريقة صحيحة تكون انطلاقا من تجربة شخصية ، و للوصول الى حكم صائب على الاحداث يجب أن يمر التفكير عبر أربع مراحل من تحليل هذه المعلومات ومثالا على ذلك سؤال شخص عن امكانية اصابته بالزكام ، فعليه أولا أن يتذكر المرات التي مرض فيها ثم نقوم بتحليل ما يلي :

- 1- هو أصيب بالزكام
- 2- غيره أصيب بالزكام
- 3- لم يصب بالزكام

4- غيره لم يصب بالزكام

ثم بعد ذلك يحدد امكانية اصابته بالزكام ، وحسب الباحثين ( لي و جوب ) نادرا ما يقوم الافراد بهذه العملية لتحليل المعلومات ، و هذا ما يجعلهم يرتكبون أخطاء في الحكم و تقدير الخطر و هو بدوره عامل هام في ظهور التفاؤل غير الواقعي ( Milhabet et all 2002 )

2.3.2 التمرکز حول الذات :عرف Weinstein التمرکز حول الذات على أنه تركيز الافراد على أفكارهم و سلوكاتهم و عدم القدرة على تصور وجهات نظر الاخرين ، وقد أجرى دراسة سنة 1982 على عينة شملت 76 طالبا عرض عليهم مجموعة من الاحداث السلبية و طلب منهم تقدير امكانية عيشهم لها ، وقد أظهرت النتائج أن التفاؤل غير الواقعي كان مرتفعا لدى الطلبة و أن هناك عاملين ساهما في ظهوره تمثلا في نقص المعلومات حول الخطر المحبق بالغير و عن الحلول التي يستخدمها للتخفيف من هذا الخطر كلان و كذا الفشل في التفكير بجدية في الاخرين و هذان العاملان يشكلان أساس التمرکز حول الذات ( Weinstein 1980 ) و هو ما تؤكد دراسة ( Justin Kruger and Jeremy Burrs 2003 ) أجريت على عينة من الطلاب و النتيجة أكدت أن التفاؤل غير الواقعي يرجع الى عامل التمرکز على الذات ، و قد أوضحوا أن الافراد عندما يقومون بمقارنة مع غيرهم في احتمال عيش حدث ما ، فانهم يقومون بالتركيز على فرص عيش هذا الحدث و لا يأخذون بعين الاعتبار فرص غيرهم ، و هو ما يجعلهم يفكرون بأنهم أقل عرضة لوقوع الاحداث النادرة التي تحصل لمتوسط الناس و أنهم أكثر عرضة من متوسط الناس في حصول الاحداث الايجابية ( Kurger, Burrs 2004 ).

3.3.2 التحيز الايجابي :اقترح سيرز مفهوم التحيز الايجابي ( 1983 ) و الذي يسمح بشرح التفاؤل غير الواقعي حسب قرب و بعد الشخص محل المقارنة ، و يتضح ذلك من خلال دراسة ريجان و سنايدر و كاسين ( 1995 ) ( Kassin, Regan and Snyder ) التي أجريت على عينة من الطلاب بلغ عددهم 60 طالبا و كان الهدف منها الكشف عن التفاؤل غير الواقعي و ذلك عن طريق تطبيق مقياس Weinstein للتفاؤل و قد طلب منهم تقدير احتمال حدوث بعض الحوادث الايجابية و السلبية لأنفسهم و اخوتهم و أصدقائهم ، و كشفت النتائج أن المفحوصين كانوا أكثر تفاؤلا غير واقعي بالنسبة لأنفسهم و اخوتهم و هم يعتقدون أن الاحداث

السلبية يقل احتمال حدوثها لهم و لأخوتهم كما يعتقدون أن الأحداث الايجابية يزداد احتمال حدوثها لهم و لاخوتهم مقارنة بأصدقائهم ( Krezeminski 2015 )

**4.3.2 المقارنة التنازلية:** يعرف Weinstein المقارنة التنازلية على أنها آلية معرفية يقوم الاشخاص من خلالها بجمع معلومات و بناء تصورات ( بناء صور نمطية ) يقومون من خلالها بمقارنة انفسهم مع غيرهم من الأشخاص الذين يتصفون بتعرضهم الدائم للخطر ، فمثلا الأشخاص الذين يقدرون خطر تعرضهم أو تعرض غيرهم للادمان على الكحول يشكلون صورة نمطية للمدمن على الكحول و الذي هو في نظرهم لا يمكن أن يشبههم و من هنا يفكر الاشخاص بأنهم أقل عرضة لأن يصبحوا مدمنين ( Milhabet et all 2002 ) . وحتى في بعض المشاكل الصحية كالأزمات القلبية فيكون لدى الأفراد صورة نمطية عن الضحية، و اذا لم يروا أنفسهم على أنهم متطابقون مع هذه الصورة ، فهم متأكدون أن هذه المشكلة لن تحدث لهم حتى لو كانوا مختلفين عن هذه الصورة و لكن في جوانب لا علاقة لها بخطر الاصابة بهذا المرض ( الأنصاري، 2001 )

**4.2 التفسير العصبي للتفاوت غير الواقعي :** ظهر هذا التفسير للاجابة على التساؤل حول سبب نزعة الأفراد الى التفاؤل غير الواقعي رغم معرفتهم لمعلومات كثيرة تتحدى تلك المعتقدات المتحيزة ، و هو يرجع ذلك الى التباين في تحديث المعتقدات ، حيث يقوم المتفائلون بتحديث معتقداتهم المرتبطة بالمعلومات الايجابية أكثر من تلك المرتبطة بالمعلومات السلبية ، و هذه الانتقائية مرتبطة بفشل نسبي في ترميز الأخطاء في مناطق مختلفة من الفص الجبهي و تحديدا بالتلفيف الجبهي السفلي ( Sharot, Korn, Dolan 2011 )

**3) قياس التفاؤل غير الواقعي:** يتوقف قياس التفاؤل غير الواقعي على عدة متغيرات :

**1.3 الطريقة المباشرة و الطريقة غير المباشرة:** يتم قياس التفاؤل غير الواقعي بتقدير احتمال التعرض للأحداث الايجابية أو السلبية عن طريق استبيان يطلب فيه من الفرد الاجابة على سؤال مكون شق واحد في الطريقة المباشرة ك ( ما هو احتمال تعرضك لحادث سير مقارنة بغيرك ) و سؤال مكون من شقين في الطريقة غير المباشرة ك ( ما احتمال تعرضك لحادث سير و ما احتمال تعرض غيرك من السائقين لحادث سير ) و قد أثبتت النتائج أن الافراد يظهرون تفاوتاً غير واقعيًا عندما يتم قياسه بالطريقة المباشرة أفضل من الطريقة غير المباشرة (

( Krezeminski 2015 )

2.3 صيغة المقارنة ( الفرد / الغير-الغير/ الفرد ): أظهرت بعض الدراسات أن صيغة المقارنة ( الفرد/ الغير ) تبرز التفاؤل غير الواقعي أفضل من الصيغة ( الغير / الفرد ) كدراسة ايزيبي و باهلت و برانس ( Esier, Pahlet, Prins ) سنة 2002 و التي أظهرت أن الصيغة ( الفرد / الغير ) تبرز التفاؤل غير الواقعي أكثر لأن فيها تركز حول الذات ، فالأفراد يركزون على ذواتهم ثم يلتفتون الى غيرهم. ولكن دراسة كودول ( Codol 1987 ) كانت قد أكدت على أن الصيغة ( الغير /الفرد ) تجعل الأفراد يشعرون بالتفرد ( و هو شعور الفرد بأنه مختلف في خصائص معينة ) و لذلك يبدي عدم الرغبة في التطابق مع الغير لأنه لا يريد لمستقبله أن يكون مشابها لهم. أما دراسة بيرلوف و فيترز ( Perloff et Fettezer 1986 ) فقد أظهرت عدم وجود فروق في تأثير الصيغة و أن التفاؤل غير الواقعي موجود في كل الحالات.

3.2 قرب الهدف محل المقارنة: تظهر الدراسات المختلفة للتفاوت غير الواقعي أن درجته تقل عندما يكون هدف المقارنة قريبا ( شخص من العائلة أو شخص يتماثل في خصائصه مع الفرد ) و يرتفع كلما كان هدف المقارنة بعيدا أو مبهما ، فعندما يكون هدف المقارنة مجهولا فان الفرد يبدأ بالمقارنة التنازلية أي يقارن نفسه بالأشخاص الأكثر تعرضا للخطر منه ، فيبدي تفاؤلا غير واقعي ، بينما عندما يطلب من الشخص أن يقارن نفسه بشخص مقرب اليه فانه يميل الى تقليل الخطر المحقق به و لا يظهر تفاؤلا غير واقعي بشكل كبير ( Causse et all 2006 )

4) العوامل التي تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي: لقد ثبت أن التفاؤل غير الواقعي يعيق الجهود من أجل التنمية الفعالة للصحة، اذ من الصعب القيام بسلوك صحي يتطلب الجهد و الصبر دون أن نستطيع ادراك الأخطار المختلفة، بل قد يدفعنا عدم الادراك الى ممارسة سلوكيات تكون السبب في اصابة الكثير منا بأمراض مستعصية، و لكن ما هي العوامل التي تساعد في تشكيل هذه النزعة

1.4 قطبية الحدث: ان قطبية الحدث هي عامل مؤثر على ظهور التفاؤل غير الواقعي ، و قد اقترح كريزمنسكي ( Krezeminski 2015 ) أنه بما أن الأحداث الايجابية ترتبط بالريح و الأحداث السلبية ترتبط بالخسارة، فان هذا يجعل الفرد يعتقد أن الأحداث السلبية مرتبطة بغيره أكثر منه لاستبعاد المشاعر السلبية المرتبطة بالخسارة.

2.4 التجربة السابقة: تؤكد الدراسات والبحوث أن التجربة الشخصية تقلل من

ظهور التفاؤل غير الواقعي ، فمعايشة مواقف خطيرة أو حوادث تزيد من الشعور بالقابلية للتعرض للخطر ، ففي دراسة أجراها روك و باسرولت بور ( Roque, Passerault Beaur ) وجدوا أن العمال المهنيين الذين سبقوا و أن عايشوا الضغط المهني كانوا أقل تفاؤلا مقارنة بالذين لم يعايشوه ، أي أن التجربة الشخصية قللت من تشوه التفاؤل المتعلق بالحدث ، فكلما كان الأفراد أكثر معايشة للخطر كلما كان تقديرهم للخطر كبيرا ، و كلما كانت نتائج تلك التجربة سلبية كلما أدرك ذلك الخطر على أنه مرتفع ( Chauvrin 2014 ) و في هذا الصدد أيضا أوضح Weinstein أن التفاؤل غير الواقعي غالبا ما يعود الى تعميم الأشخاص الى تجاربهم التي حصلت في الماضي و اعتبارها أساسا لمستقبلهم ( Weinstein 1987 )

#### 3.4 خطورة الحدث و مدى تكراره:

توصلت دراسة دولنسكي و جرومسكي و زاويسكا ( Dolinski, Gromski, Zawiska ) ( 1987 ) أي أن التفاؤل غير الواقعي يرتفع ازاء الأحداث نادرة الحدوث و الأحداث الخطيرة ، وهناك تفاعل بين الخطورة و التكرار ، فالأحداث الخطيرة غير المتكررة تزيد من التفاؤل غير الواقعي ( Krezeminski 2015 ) .

4.4 قابلية الضبط: تشير الدراسات الى أن التفاؤل غير الواقعي يزيد كلما كان الحدث قابلا للضبط ويقل كلما كان الحدث قليل الضبط، و القابلية للضبط حسب باندورا لحدث ما: هي وجود سلوكيات تمكننا من تجنبه أو مواجهته، و لذلك نجد أن الشعور بالحصانة ضد الأمراض يرجع الى القدرة على الضبط و ادراك القوة و منه فالتفاؤل غير الواقعي يعود الى الشعور بهاتين الخاصيتين و و بخصائص الأحداث في حد ذاتها

#### 5.4 السن و الجنس: أوضحت دراسة كوهن، ماكفارلان، يانيز و ايمي

( Cohn, Macfarlane, Yanez, Imai 1995 ) و التي أجريت بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من المراهقين قوامها 376 مراهق وعينة من الراشدين قوامها 160 فردا، و المقارنة بينهم حيث سئلوا عن مدى احتمال تعرضهم لعدد من الأحداث السلبية كالطرد من الجامعة أو أن يكونوا ضحية حادث سطو ، و كشفت النتائج عن وجود فروق بين الراشدين و المراهقين فيما يخص التفاؤل غير الواقعي لصالح فئة الراشدين ( الأنصاري ، 2001 ) .

أما الاختلاف في التفاؤل غير الواقعي حسب الجنس فقد أظهرت دراسة أجراها ( Yeldimir, Hablemitogla ) والتي هدفت الى معرفة الفروق بين الذكور و الاناث حول التفاؤل و

الواقعية انطلاقاً من التمركز حول الذات على عينة مكونة من 263 طالبا ( 127 طالبا و 136 طالبة ) في جامعة أنقرة ، وجود فروق بين الجنسين ، حيث أظهر الذكور تمركزا حول الذات و تفاؤلا غير واقعي أكبر من الإناث فهن أكثر واقعية فيما يخص أحداث الحياة المستقبلية ( 2008 Yeldimir, Hablemitogla ,

#### 6.4 المحيط و الثقافة :

توصلت عدة دراسات الى وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي تعزى الى ثقافة المجتمع كدراسة بيترز كاميرت و سيزانيسكي ( Czapinski, Peters, Cammaert 1997 ) التي أجريت على عدة عينات ( 650 بولندي ، 337 بلجيكي و 112 مغربي ) تراوحت أعمارهم بين 17 و 35 سنة و طبق عليهم مقياس Weinstein للتفاؤل غير الواقعي ، حيث كشفت نتائج الدراسة الى وجود فروق ثقافية في التفاؤل غير الواقعي ، أين حصل البولنديون على أعلى المعدلات يليهم البلجيكيون ثم المغاربة ( الأنصاري ، 2001 )

#### 5) التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات:

#### 1.5 علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض متغيرات الشخصية :

أجرى هورينز (Hoorens 1995) دراسة بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية وذلك على عينة قوامها 90 طالب وطالبة من إحدى المدارس الثانوية الألمانية بواقع 45 من الإناث و 47 من الذكور تراوحت أعمارهم بين 15 - 18 سنة، طبق عليهم مقياس للتفاؤل غير الواقعي تم تطويره من مقياس Weinstein و مجموعة من اختبارات الشخصية (خداع الذات، الشعور الزائف بالقدرة على التحكم، السلوك الإيجابي، السعادة، الإتزان الوجداني، تقدير الذات).

وكشفت نتائج الدراسة عن وجود إرتباطات موجبة بين التفاؤل غير الواقعي و كل من خداع الذات والشعور الزائف بالقدرة على التحكم وتقدير الذات والسلوك الإيجابي والسعادة والإتزان الإيجابي مما يظهر أن التفاؤل غير الواقعي عامل مهم في جعل الفرد يشعر بالراحة النفسية الناجمة عن استبعاد الشعور بالخطر (الأنصاري ، 2001).

#### 2.5 علاقة التفاؤل غير الواقعي بالصحة النفسية والجسدية:

1.2.5 التفاؤل غير الواقعي و القابلية للإصابة بالمرض: أجرى Weinstein دراسة هدفت الى فحص الاعتقادات المتعلقة بالقابلية للإصابة بالامراض لدى عينة من طلاب يتمتعون بصحة

جيدة بلغ عددهم 100 طالب جامعي من الجنسين قدمت لهم قائمة تضم 95 مشكلة صحية وتشتمل على عنصرين فرعيين الأمراض وأسباب الوفاة مثل الإدمان، الإنتحار، الصرع، أزمة قلبية، القرحة، سرطان الرئة، إلتهاب الكبد الوبائي، نقص الفيتامين، تصلب الشرايين، و لكل مشكلة وضع مقياس تقدير من سبع نقاط. يضم البدائل التالية ( أقل من المتوسط بكثير، أقل من المتوسط قليلا، أقل من المتوسط، المعدل نفسه لباقي طلاب جامعتك من جنسك، أعلى من المتوسط قليلا، أعلى من المتوسط، أعلى من المتوسط كثيرا ) وطلب من كل طالب وضع تقديرين: فرص اصابته بهذه المشكلات و فرص زملائه، وكشفت النتائج أن لدى الطلاب تفاوتًا غير واقعي مرتفعا، فقد توقعوا فرصة إصابتهم بالمشكلات الصحية أقل من فرصة أقرانهم (الأنصاري، 2001).

**2.2.5 التفاول غير الواقعي و الأمراض الوبائية:** في دراسة أجراها موريسون، أجير و ويلوك ( Morriison, Ager et Willok 1999 ) هدفها دراسة التفاول غير الواقعي لدى عينة من 120 فرد من الراشدين في مقاطعة ملاوي في افريقيا التي تنتشر فيها بعض الأمراض الوبائية مثل الملاريا و الكوليرا و التيفوئيد، و قد وجه لأفراد العينة استبيان عن احتمال اصابتهم بتلك الأمراض، وقد كشفت النتائج عن اعتقاد المفحوصين بأن الأمراض الوبائية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة مع غيرهم، مما يؤكد نزعتهم للتفاوت غير الواقعي ( الأنصاري، 2001 )

**3.2.5 التفاول غير الواقعي و القابلية للإصابة بمرض عقلي:** هناك دراسات كثيرة بحثت في العلاقة بين التفاول غير الواقعي و الاضطرابات النفسية، منها دراسة ماهاتان و جونسون ( Mahatone et Jhonson 1989 ) و هدفت الى كشف العلاقة بين التفاول غير الواقعي و الاتجاهات نحو الأمراض العقلية على عينة شملت 60 طالبا من طلاب كلية الطب في إحدى الجامعات البريطانية، وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطه سلبية بين التفاول غير الواقعي و الاتجاه السلبي نحو الامراض العقلية ( Mahatone et Jhonson, 1989 )

**(6) علاقة التفاول غير الواقعي بالسلوك الصحي و سلوك التدخين:** ان معظم الدراسات التي بحثت في التفاول غير الواقعي توصلت الى أنه يرتبط ارتباطا سلبيا بالسلوك الصحي، فالمتفائلون غير الواقعيون يعتقدون أنهم أقل عرضة للأخطار من غيرهم فيتهاونون في القيام بالسلوك الصحي كالتمارين الرياضية و التغذية السليمة و استعمال حزام الأمان. فالتفاوت غير الواقعي يرتبط بسلوكات الخطر و بدافعية أقل للقيام بسلوكات الحماية، و حسب ( Weinstein



1980 ) فان الأفراد الذين يعتقدون مخطئين بأنهم محصنون ضد المخاطر لا يقومون باحتياطاتهم اللازمة لمواجهة هذا الخطر و هو ما أكده شفارتز أيضا سنة 1994 حيث توصل الى وجود علاقة سلبية بين التفاؤل غير الواقعي و السلوكات الصحية و هذا راجع الى التقليل من شأن المخاطر الفعلية ، ولهذا أكد على أهمية البرامج التوعوية الصحية القائمة على رسائل الخوف في تعديل التفاؤل غير الواقعي الى تفاؤل وظيفي .

وحسب شيفرد و راتس ( Shepherd et Raats 2006 ) فان التشوه المعرفي الذي يصاحبه التفاؤل غير الواقعي و المتعلق بادراك الخطر الشخصي يحول دون بذل الفرد لجهود لترقية سلوكه الصحي الوقائي، بل قد يقوم بسلوكات خطرة كونه لا يدرك امكانية تعرضه للخطر . فلو سألنا المدخنين اذا كانوا يعتبرون أنفسهم معرضين للاصابة بسرطان الرئة فستكون الاجابة أن هذا الخطر يتعرض له فقط الاشخاص المفرطون في التدخين أو أن هذا الخطر يتعرض له الفرد اذا كان معرضا بنفس الوقت لعوامل خطر أخرى ، فالمدخن يقدر خطر مرضه أقل مما يقدره عند الاخرين و هو واثق من قدرته على التوقف عن التدخين في الوقت المناسب ( Shvartez 1994,).

و لقد أجريت بعض الدراسات للبحث في هذه العلاقة كدراسة ريبوكي و زملائه ( Reppucci et al 1991 ) و التي أجريت على عينة مكونة من 54 مدخن و 304 فرد غير مدخن و هم من المراهقين بهدف اجراء مقارنة بين المدخنين و غير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي ، حيث كشفت النتائج عن اعتقاد غير المدخنين بعدم امكانية اصابتهم بسرطان الرئة ( أقل من المتوسط ) على عكس المراهقين المدخنين الذين كان اعتقادهم بأن امكانية اصابتهم بسرطان الرئة في حدود المتوسط .وفي دراسة ثانية لنفس الباحثين و التي أجريت بهدف دراسة العلاقة بين التدخين و تصور الاصابة بسرطان الرئة و انتفاخ النسيج الخلوي و الازمة القلبية باعتبار هذه الاعراض متصلة بالتدخين ، وقد بينت النتائج أن اعتقاد المدخنين باحتمال بالأمراض السابقة أكثر من غير المدخنين ، لكنهم يعتقدون أنها ستحصل لهم أيضا في حدود المتوسط فقط ، رغم أن البدائل العلمية تؤكد أنها نتيجة حتمية لسلوك التدخين ( Reppucci et all 1991 )، و هي النتائج التي تؤكدتها دراسة ل Weinstein سنة 2003 أجريت على عينة من المدخنين بلغ عددهم 6369 مدخن و قد تم سؤالهم حول تصوراتهم لأخطار التدخين سواء عليهم أو على متوسط المدخنين ، أين أظهرت النتائج أن المدخنين أبدوا تقديرا منخفضا للأخطار المتعلقة

بالتدخين ، كما اعتقدوا أنهم أقل من المتوسط فيما يخص الإصابة بسرطان الرئة ( Weinstein et al, 2005 ).

ولذلك فان معظم الدراسات توصلت الى أنه اذا أدرك الشخص بأنه غير معرض للخطر الصحي أو أقل تعرضاً من غيره فانه من الصعب اقناعه بتنفيذ اجراءات وقائية.

### خلاصة:

يميل الناس إلى الإعتقاد وبالنسبة لمعظم المشكلات الصحية والأخطار التي تهدد الإنسان بأن احتمال حدوثها لهم أقل من غيرهم من المحيطين بهم, وهذا ما أكدته نتائج الدراسات القليلة في هذا المجال والتي أبرزت وجود علاقة وثيقة بين التفاؤل غير الواقعي والصحة الجسمية، حيث أنه يزيد من معدلات الإصابة بالأمراض مثل السرطان وذلك نتيجة نقص الخبرة و الإعتقاد أن المشكلة الصحية تظهر في سن متقدم من العمر بالإضافة إلى أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الإهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض ، وشعور الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير المتوقعة وبالتالي تجعل الفرد مستهدفا للإصابة بالأمراض أو تعرضه لبعض المخاطر أو قد تدفع به إلى ممارسة السلوك غير الصحي.

الفصل الرابع

سلوك التدخين

تمهيد

- 1 تعريف سلوك الخطر
- 2 تعريف سلوك التدخين
- 3 مراحل التعود على سلوك التدخين
- 4 تفسير سلوك التدخين
- 5 مدى انتشار سلوك التدخين
- 6 عوامل إدراك الخطر لدى المدخنين
- 7 المكونات الكيميائية للسيجارة
- 8 اضرار سلوك التدخين

خلاصة

## تمهيد:

تشكل العوامل البيولوجية والبيئية عوامل تأثير أساسية على صحة الإنسان ورغم ذلك ليست هي العوامل الوحيدة، فالأسلوب الحياة الذي يعتمد عليه الإنسان والعادات الصحية التي يمارسها دور أيضا حيث تشير التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة بمعنى أن نشأة وحدث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع إلى السلوك غير الصحي.

وسلوك التدخين يعد من بين السلوكيات غير الصحية أو سلوكيات الخطر ( *comportement à risque* ) التي حضيت بالإهتمام و الدراسة نظرا لما له من تأثيرات إقتصادية و إجتماعية و صحية إذ يعتبر مشكلة عالمية في الصحة العامة من خلال تقارير منظمة الصحة العالمية التي تشير إلى أنه ما يزال الوباء الأكثر خطرا والأشد ضررا على الصحة و الحياة وهو يتسبب في وفاة 5 ملايين شخص سنويا في مختلف أنحاء العالم أي أكثر من 10 آلاف وفاة يوميا وهو ما سيتضح من خلال الدراسات و الإحصاءات التي ستوردها الطالبة الباحثة في الفصل المخصص للتعريف بهذا السلوك الخطر.

لقد أثبتت العديد من الأبحاث في مجالات علم نفس الصحة والطب السلوكي وعلم الأوبئة السلوكية أن جهل الأفراد للعلاقة بين المشكلات الصحية من جهة ونمط السلوك من جهة أخرى يمكن أن يعرضهم لمخاطر صحية في المستقبل، فلا شك إذا أن للعوامل السلوكية دورا رئيسيا في نشأة المرض وتطوره.

وتأكيدا لدور السلوك الفردي في نشأة هذه الأمراض، أدرج الأطباء السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة وأصبح مفهوم السلوك يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية كارتفاع مستوى الكوليسترول أو إرتفاع ضغط الدم، من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع.

1. تعريف سلوك الخطر:

يعني وضع الذات في خطر، خطر فيزيولوجي (مرض) أو خطر نفسي، وهذه الأخطار مختلفة يمكن أن تكون منخفضة كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة جدا. (christophe.allanique.17.09.2016)

• **تعريف Matarazzo 1984:** هي سلوكيات ممرضة تزيد احتمال الإصابة بالمرض ، وتتمثل في سلوك التدخين ، شرب الكحول، الاستهلاك الكبير للمواد الدسمة والسكر ..الخ .(Marilou Bruchon et Schreitzer,2002).

• **تعريف شيلي تايلور:** سلوك الخطر هو السلوك المضر بالصحة أو هو السلوك الذي يسبب الأذى للمستقبل الصحي (شيلي تايلور ، 2008) .

2 **تعريف سلوك التدخين:** تم اكتشاف نبات التبغ سنة 1492 وكان يستخدم في البداية كعلاج للزكام والصداع والقرح ثم انتشرت زراعته واستخدامه بأشكال عديدة حتى اكتشف الفرنسيون سنة 1840 طريقة لفه داخل ورق رقيق ليصبح بالشكل المعروف بالسجائر و يصبح استعمالها من أكثر العوامل السلوكية ضررا على صحة الإنسان حيث يتسبب في إصابته بالعديد من الأمراض المزمنة كأمراض القلب كما يعتبر السبب الرئيسي لحدوث سرطان الرئة(عثمان يخلف، 2001).

➤ **تعريف عادل الدمرداش 1982:** سلوك التدخين هو عادة إدمانية تعود لأسباب نفسية و إجتماعية و تمر هذه العادة بمراحل مختلفة وهي:

- **التدخين النفسي الإجتماعي:** يلجأ المدخن في هذه المرحلة إلى سلوك التدخين لأنه يعتبره رمزا للمركز الإجتماعي واحترام الذات.
- **التدخين النفسي الحركي:** تلعب طقوس التدخين الدور الأساسي في تحقيق اللذة لدى المدخن.
- **التدخين الإدماني:** يدخن الشخص في هذه المرحلة حتى يتجنب آثار الامتناع المزعجة (الدمرداش عادل ، 1982، ص 176).

➤ **تعريف J.grube 1986:** سلوك التدخين سلوك يرتبط بالمعتقدات فالمدخنين المنتظمين يعتقدون في بعض المترتبات الإجتماعية والسيكولوجية الإيجابية للتدخين (معتز سيد عبد الله، 1996، ص9).

➤ **تعريف Shiffman et al 1994:** سلوك التدخين سلوك إدماني يعاني فيه الأفراد من صعوبة التوقف (شيلي تايلور، 2008، ص 311)

وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية OMS حيث أدرجت التبغ ضمن المواد التي تسبب الإدمان وذلك على اعتبار أن محكات تشخيص الإدمان تنطبق على تدخين السجائر. وصفة الإدمان الأولى الشعور بالرغبة الملحة عند عدم توفر المادة وهذا ما يشعر به المدخن المفرط عند امتناعه عن السجائر، والمواد الإدمانية تسبب التحمل فالمدمن يبدأ بجرعة صغيرة ثم يزيدها تدريجيا للحصول على نفس المفعول وهذا ما يحدث في تدخين السجائر، فالمدمن عند الإمتناع يشعر بأعراض نفسية وجسدية مزعجة (Jean marc plassart , 14.09.2017).

➤ **تعريف شيلي تايلور 2008:** سلوك التدخين سلوك يقاوم التغيير، فحتى بعد التوقف الناجح يتعرض أغلب الناس للإنتكاس (شيلي تايلور، 2008، ص 337).

تشير التعاريف السابقة في معظمها إلى الطبيعة الإدمانية لسلوك التدخين بسبب وجود مادة النيكوتين، ومعاونة المدخنين من الأعراض الإنسحابية عند محاولة التوقف عن هذا السلوك يجعل من هذا الأخير أمرا في غاية الصعوبة حتى لو توفر الوعي بأضراره وأخطاره.

**3 مراحل التعود على سلوك التدخين:** يمر المدخن بعدة مراحل من تجربة التبغ إلى التعود عليه، بحيث يصبح من الصعب عليه التخلي عن هذا السلوك وهي مراحل يمكن إيجازها فيما يلي:

➤ **المرحلة التحضيرية l'étape préparatoire:** وهي مرحلة تكون فيها معتقدات واتجاهات الشخص منصبة على الفائدة التي يحققها هذا السلوك وهي إعتقادات تتأكد شيئا فشيئا.

يكون سلوك التدخين في هذه المرحلة ملاحظا في المحيط بطريقة تعكس نضج من يسلكونه كما تعكس استقلاليتهم ويظهر هذا السلوك كوسيلة لمواجهة الضغوط أو كوسيلة لخلق روابط مع جماعة الأصدقاء.

➤ **مرحلة التجريب l'étape d'essai:** وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص السجائر الأولى ويكون ذلك عادة مع الأصدقاء مما يمنحه إحساسا بالرجولة والنضج وشعورا بالمتعة.

➤ **مرحلة التكرار:** وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بطريقة متكررة ولكن دون انتظام.

➤ **مرحلة التعود:** وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بانتظام ويصبح استعمال السجارة يشعره بالإسترخاء (التعود النفسي والفيسيولوجي)

(K.lucas,B.loyd ,2005) .

➤ **مرحلة المداومة:** وهي المرحلة التي تظهر فيها أعراض تبعية جسدية للتبغ.

( L. Monique, B. Heneman, 2004 )

#### 4 تفسير سلوك التدخين (لماذا ندخن؟):

برزت العديد من الآراء التي حاولت تفسير لجوء الأفراد إلى ممارسة هذا السلوك الخطر ومن بين هذه الآراء نذكر:

- **مدرسة التحليل النفسي:** التي فسرت هذا السلوك بأنه علامة تدل على عدم نضج الشخص لأن طاقة المدخن الغريزية مرتبطة بمنطقة الفم، كما يحدث عند الطفل الرضيع، فالمدخن بحاجة إلى وضع شيء في فمه لإشباع رغباته وسلوك التدخين وسيلة تمكنه من ذلك، إن هذا الرأي الخاص بمدرسة التحليل النفسي يبقى رأيا نظريا لم تثبت صحته بصورة علمية مقنعة.

- **نظرية التعلم الاجتماعي:** يرى بعض الباحثين ان سلوك التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي لانه يقترن بالمكافأة التي تتيحها خبرة التدخين، ولكن كيف يحدث هذا الاشرط ان ممارسة الفرد لسلوك التدخين تجلب له في البداية الثناء من رفقاءه ويعتبر ذلك دعما او جزاء يتحمل في سبيله المشاعر المزعجة التي يحس بها من يدخن لأول مرة مثل الغثيان وتسارع نبضات القلب ،ومع مضي الوقت وتمكن النيكوتين من الجسم تصبح الحركات المصاحبة لسلوك التدخين والشعور بالإسترخاء والتخلص من التوتر الذي يصاحب أو يلي سلوك التدخين دعما يكتف العادة ويرتبط بالدعم بعد ذلك مؤثرات مختلفة إذا وجدت جعلت المدخن يشعر بالرغبة في إشعال سجارة كروية علبة السجائر أو الإعلانات ورؤية مدخنين آخرين،وفي مرحلة لاحقة يدعم



التدخين الشعور بالارتياح من الآثار النفسية والجسمية المزعجة التي تحدث بعد 30 دقيقة من الامتناع عن آخر سيجارة ( عادل الدمرداش، 1982، ص 178، 179).

كما تجدر الإشارة إلى أن هناك دراسات عديدة في الو.م.أ وأوروبا اهتمت بتفسير هذا السلوك وركزت على دراسة العوامل التي تجعل الأفراد مهيين لسلوكه وكانت النتائج:

- إن البيئة تلعب دورا مهما في تعلم التدخين في سن مبكرة فبعض الأطفال يبدؤون التدخين في سن 05 سنوات واتضح أن 35% من البالغين الذين يدخنون بانتظام تعلموا التدخين من سن 09 سنوات وأظهرت أيضا أن 80% من الأطفال الذين يدخنون بانتظام يستمرون في التدخين في كبرهم.

- كما أن التدخين ينتشر بين الأطفال المنتمين إلى طبقات اجتماعية متدنية أكثر من الأطفال المنتمين إلى طبقات أعلى.

- ومن العوامل التي تؤدي إلى تعلم سلوك التدخين أيضا تدخين الوالدين الذي يدفع بهم إلى التقليد.

في الأخير خلصت هذه الدراسات إلى أن إجتماع أربعة عوامل يرفع نسبة اللجوء إلى هذا السلوك الخطر إلى 70% وهي:

- عدد الأقران المدخنين
- تساهل الوالدين في التربية وفي التحذير من هذا السلوك.
- عدم الوعي بأضراره أو عدم الإكتراث بها.
- الرغبة في الظهور بمظهر البالغين (عادل الدمرداش، ص 179، 178)

• نظرية بوليميرو وبوليميرو: قدم بوليميرو وبوليميرو تفسيراً واضحاً فيه ان التدخين

يعمل كمنظم عصبي وهو ما يفسر مع وجود الادمان مع النيكوتين صعوبة التوقف عن هذا السلوك، وقد اكد الباحثان ان النيكوتين قد يشكل طريقة تعمل على تنظيم الاداء والشعور لدى المدخن لانه يتدخل في مستويات المنظمات العصبية النشطة وقد يستخدم من قبل المدخنين ليحث عمل هذه المنظمات التي تؤدي الى تحسن مؤقت في الاداء او الشعور ويزيد من القدرة على التركيز والاسترجاع كما يزيد في اليقظة والأداء النفسي الحركي وبسبب هذه التغيرات التي تنشأ عن التدخين فان عددا كبيرا من القرائن الجسمية والداخلية والقرائن البيئية الخارجية التي لا

يبدو ان لها علاقة حقيقية بسلسلة العوامل المؤدية للاعتماد على النيكوتين قد تلعب دور المثير التمييزي الذي يحث على القيام بالتدخين(شيلي تايلور ،2008، ص212) .

**5 مدى انتشار سلوك التدخين:** تشير الدراسات العديدة التي اهتمت بأكثر الأوبئة السلوكية ضررا على صحة الإنسان إلى إنتشار واسع لهذا السلوك في مختلف المجتمعات (rousse **médicale,2003**) وبين مختلف الفئات والأعمار والجداول التالية توضح نتائج بعض الدراسات في بعض الدول:

أجريت العديد من البحوث في مقاطعة(Québec) حول عوامل الخطر السلوكية والتي من بينها سلوك التدخين والهدف من ذلك تحديد نسبة الإنتشار والفئات العمرية الأكثر ممارسة لهذا السلوك، من بين هذه البحوث: بحث حول الصحة العامة في كندا نظم من نوفمبر 2000 إلى سبتمبر 2001 على عينة تقدر ب 130000 شخص من سن 12 سنة فما فوق وأشارت النتائج إلى أن 31,1 من أفراد العينة الذكور و27,9 من أفراد العينة الإناث هم مدخنين.

وبحث آخر الهدف منه متابعة إستعمال التبغ في كندا سنة 2000 على عينة تقدر ب 21800 من سن 15 سنة فما فوق ونتائج هذه البحوث أدت إلى قياس إنتشار هذا السلوك في سنوات مختلفة يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (3) نسبة المدخنين فوق سن 15 سنة حسب الجنس في كيبك ( Québec )

2001- 1987

السنة	إناث %	ذكور %	المجموع
1987	38.8	41.0	39.9
1992	32.8	36.7	34.2
1993	32.8	36.7	34.2
1994	32.3	38.4	35.3
1995	32.3	38.4	35.3
1996	28.7	36.6	33.1
1997	28.7	36.6	33.1
1998	32.5	35.5	34.0
1999	29.9	32.5	31.2
2000	28.3	31.5	30.2
2001	28.3	31.5	30.2

(Monique,lalonde,B ,Heneman,2004)

نسبة المدخنين حسب السن والجنس في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1996:

في دراسة شملت مختلف المدن في الو.م.أ وهدفت إلى قياس مدى ممارسة سلوك التدخين لدى

الجنسين ومن مختلف الأعمار جاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (4) يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1996:

السن	% ذكور	% إناث
24-18	28,8	22,9
34-25	30,2	27,3
44-35	32,0	27,4
64-45	29,2	23,0
65+	13,5	10,5

(شيلي تايلور، 2008، ص 307)

نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007:

قام باحثون من المعهد الوطني للصحة العمومية بدراسة سنة 2007 حول عوامل الخطر والتي من بينها سلوك تدخين السجائر على عينة تقدر بـ: 4818 فرد تتراوح أعمارهم بين 35 إلى 70 سنة يتوزعون على 16 ولاية وقد كانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (5) يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007:

السن	%ذكور	%إناث
39-35	30,39	11,22
44-40	32,67	13,61
49-45	24,03	8,34
54-50	27,8	12,28
59-55	27,13	12,06
64-60	25,36	11,81
70-65	16,64	8,97
الوسط		
الحضري	28,14	11,55
الريفي	23,68	10,64
المنطقة		
الشمال	29,17	11,95
الوسط	25,26	10,6

(Benazzouz.k, Chlihi,A ,2007 )

#### 6. عوامل إدراك الخطر لدى المدخنين:

تشير الدراسات العديدة حول سلوك التدخين إلى وجود عوامل تؤثر على إدراك الخطر وهي إما أن تكون عوامل مشتركة نذكر منها:

- الجنس: بصفة عامة يكون لدى المرأة إدراك مرتبط بخطر التدخين أكثر إرتباطا بالواقعية وهذا ما ظهر في دراسات علم الأوبئة خاصة بعد إثبات الدراسات لخطر سلوك

التدخين على المرأة الحامل، إذ يشكل سببا رئيسيا في زيادة وفيات الأطفال قبل الولادة أو عندها (زيدات كرم، 2001، ص 71)

- المستوى التعليمي: حيث أن إدراك الخطر يكون مقيما بطريقة أكثر واقعية كلما زاد المستوى التعليمي.
- تأثير المحيط: ويتمثل في تأثير العائلة والأصدقاء والذي يكون في بعض المجتمعات أكثر من تأثير المختصين في الصحة (سعيد شلش، 2011، ص 61).

وإما أن تكون عوامل خاصة حسب Weinstein وهي:

- معرفة الأمراض التي يسببها التدخين ومدى خطورتها.
  - فهم احتمال الوقوع في هذه الأخطار مع العلم أن الفهم الصحيح يمكن أن يكون صعبا.
  - الإحتمال الشخصي للإصابة مقارنة مع الإستهلاك المتوسط (تقييم له علاقة بالتفاؤل).
  - الوعي بصعوبة التخلص من التبعية الفسيولوجية التي يسببها النيكوتين
- (P.bodenmann et al, 2006).

- إدراك خطر سلوك التدخين حسب دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية:

أجرى مكتب البحث لمنظمة الصحة العالمية في المعهد الوطني للصحة العمومية INSP سبرا للآراء حول مخاطر التدخين سنة 1999 وقد شمل شبابا تتراوح أعمارهم بين 15 إلى 30 سنة ممن مازالوا يدرسون أو يعملون أو حتى بطالين، 60% منهم ذكور و 40% إناث من مختلف المستويات التعليمية (المتوسط، الثانوي، الجامعي) وزع عليهم استبيان به سبعة أسئلة عن التدخين ومخاطره، ودام سبر الآراء ستة أشهر وجمع 231 استبيان من أصل 300 استبيان وزعت وكانت النتائج:

- 97% من المشتركين يدركون خطر التدخين.
- 3% من المشتركين لا يدركون خطر التدخين.

جدول رقم(6) يبين نتائج دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية:

نعم	لا
97 %	3 %

(Institu national de santé ,1999)

#### 7. المكونات الكيميائية للسيجارة:

يحتوي التبغ على آلاف المركبات التي تختلف نسبتها حسب نوع الدخان المستعمل، والمادة الفعالة التي يحتويها التبغ هي النيكوتين الذي عزل من النبات مخبريا لأول مرة في 1828، ومن بين المركبات التي تحتويها السيجارة نذكر ما يلي:

➤ **النيكوتين Nicotine**: ليس أدل على التأثير القاتل للنيكوتين من أن محلولاً بتركيز 40 % من النيكوتين يستخدم كمبيد حشري، وهو مركب سام جدا وكان اكتشاف هذا المركب على يد العالمان الألمانيان Bousset et Reymen سنة 1820 وهو مركب عديم الرائحة واللون في حالته النقية، وقوامه زيتي لكنه يصبح مائلا للصفرة بمجرد ملامسته للهواء.

وتختلف نسبة النيكوتين وفقا لتنوع التبغ المصنع وطريقة استعماله، وتحتوي كل سيجارة على 03 ملغ من النيكوتين إذا احتوت على 1 غ من التبغ الذي يكون إمتصاصه بنسبة 90% عند الأشخاص الذين يستنشقونه و10% في عدم الإستنشاق، حيث يمتص النيكوتين في السجائر العادية من الرئة، بينما نيكوتين السيجار والغليون عن طريق الفم والبلعوم، ولذلك يلاحظ بأن مدخني السجائر يستنشقون الدخان أكثر من مدخني السيجار والغليون.

➤ **البيريدين Pyridine** : وهو أقل سمية من النيكوتين وأقل كمية ، إذ لا ينتج عن حرق 1 غ من التبغ أكثر من 1 ملغ من البيريدين.

➤ **المواد القطرانية Tar**: يتولد حوالي 40 ملغ من كل 1 كغ من التبغ المحروق، وقد ثبت علميا أن لهذه المادة دورا كبيرا في تكوين السرطان (عادل الدمرداش، 1989).

مركبات أخرى:

➤ **أكسيدات الكربون**: تنتفث السيجارة العادية ما بين 10 إلى 17 ملغ من أول أكسيد الكربون لرئة المدخن مباشرة، 36% منه يتشكل من احتراق التبغ وهذا الغاز السام يتحد

مع الهيموقلوبين فيقوم بوقف قابلية الدم لحمل الأكسجين، ولهذا السبب فإن المدخنين غالبا تنفسهم ضيق وحرج.

➤ **أكسيدات النيتروجين NO:** يحتوي دخان السجائر على أكسيد النيتريك (ثاني أكسيد النيتروجين وأكسيد النيتروز) يدخل فم المدخن غاز أكسيد النيتريك مع آثار من أكسيد النيتروز، وتبلغ كمية أكسيد النيتريك في السيارة الواحدة حوالي 600 ميكروغرام، يتأكسد أكسيد النيتريك داخل الرئة إلى ثاني أكسيد النيتروجين خلال زمن قصير في وجود الأكسجين، ويزداد أكسيد النيتروز في التبغ إذا استخدم السماد عند زراعته، وتساعد هذه الأكسيدات على تشكيل مادة (نيتروزامين) السامة في تيار الدخان الأساسي الذي يدخل الرئة.

➤ **مركبات الامونيا Amonia derivatire:** تحتوي السيارة الواحدة على 106 ميكروغرام من الامونيا وينتج من حرق 1 غ من التبغ من 3 إلى 5 ملغ من مركبات الأمونياك. الضرر الصحي الذي يسببه هذا المركب هو إلتهاب الغشاء المخاطي للعين والفم والحنجرة والقصة الهوائية، وهو السبب في حدوث السعال لدى المدخنين.

➤ **سيانيد الهيدروجين HCN:** تعتبر هذه المادة من أخطر مكونات السجائر ومصدرها النترات في التبغ وكذلك فإن بروتين التبغ عند تفككه يشكل هذا المركب السام.

➤ **الكيتونات:** توجد داخل التبغ طبيعيا وتعتبر مواد سامة تعيق عمل الرئتين.

➤ **مواد أخرى:** غاز الميثان، الكحول الإيثلي، أجسام فيثولية.

#### 8. أضرار سلوك التدخين:

أصبح سلوك التدخين من أشد الأوبئة السلوكية إنتشارا و أكثرها خطورة حيث أكدت منظمة الصحة العالمية OMS أن التدخين هو السبب الرئيسي للوفيات في العالم حوالي 3.5 مليون وفاة سنة 1998 ومن المتوقع أن يصل العدد إلى 10 ملايين سنويا (Institute national de santé, 1999).

فبسبب مكونات السيارة السامة في معظمها يكون التدخين سببا في إلحاق الضرر بأجهزة الجسم.

- **الجهاز التنفسي:** تتكون الرئتين من مئات الحويصلات الهوائية الصغيرة وجدران هذه



الحوصلات محاطة بالشعيرات الدموية التي تقوم بتبادل الأكسجين وثنائي أكسيد الكربون مع المحيط ، تتأثر هذه الحوصلات بالمواد الضارة الموجودة بالدخان، حيث يحدث تدمير للعديد من الخلايا المبطنة للشعيرات الدموية ، وهناك نوعان من هذه الخلايا إحداها مفرزة للمخاط الذي يعمل كمصيدة للأجزاء الغريبة الداخلة مع الهواء أثناء الإستنشاق وأخرى تسمى الخلايا الهدبية ، لها أهداب توجد على سطح الخلايا وتتحرك حركة منتظمة للمساعدة في طرد الأجسام الغريبة للخارج ، وقد تأكد أن التدخين يؤثر على هذه الخلايا حيث أن المواد الموجودة في التبغ من نيكوتين وقطران تؤدي إلى تثبيط الخلايا الهدبية ثم تخریبها ، كما تؤثر على الخلايا المفرزة للمخاط بحيث يزداد إفرازها بدرجة كبيرة وبالتالي يتجمع السائل المخاطي في الممرات الهوائية مما يضطر المدخن للسعال الشديد لإخراج هذا المخاط ( وهو أول أعراض إلتهاب القصبات الهوائية).

كما أن بعض مكونات التبغ تترسب بالرئتين وتتسبب في تخریب الخلايا وإفراز الخمائر المخربة للخلايا الرئوية.

- **أمراض القلب** : يعتبر التدخين سببا قويا للإصابة بالأمراض القلبية الوعائية وهو السبب في 30 % من الوفيات في الفئة العمرية بين 35 إلى 69 سنة وتبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ثلاثة أضعاف مقارنة مع غير المدخنين ، وبإجماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب كارتفاع الكولسترول يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي وارتفاع الضغط الشرياني (S.shabé et al,2001 p 148) .

- **الجهاز الهضمي**: يمكن لسلوك التدخين أن يصيب الجهاز الهضمي بأمراض إبتداء من الفم، الذي يمكن أن يصاب بالسرطان سواء في الشفتين أو اللسان، كما يمكن أن يؤدي سلوك التدخين إلى إلتهاب اللثة والغدد اللعابية التي يمكن أن تتضخم وتتليف، كما يمكن للتدخين أن يسبب القرحة المعدية والإثني عشر.

- **الجهاز العصبي**: يؤثر التدخين على عمل الجهاز العصبي، فالنيكوتين يحث عمل

المنظمات العصبية مثل الاستيل كولين والنور أدرينالين ويؤدي ذلك إلى تحسن مؤقت في الأداء والشعور، ولكن بمرور الوقت يمكن أن يؤثر على عمل العقد العصبية، فبعد أن يحدث بها إتهاب يبطل عملها.

## خلاصة:

إن سلوك التدخين يعد سلوكا إجتماعيا له من الإنتشار في المجتمعات خاصة النامية ( أكثر من مليار مدخن في العالم ) ما يدعو إلى إتخاذ إجراءات صارمة للحد من هذا الإنتشار ونشر الوعي بأخطاره الصحية التي أكتشفت منذ 1930 من خلال إكتشاف العلاقة بين ممارسة هذا السلوك و الإصابة بسرطان الرئة ، والتي أكدت بأعمال Doll et Hill في 1976 لتتوالى الدراسات بعدها التي أظهرت أن 80 % إلى 90% من السرطانات تكون عند المدخنين وأن إحتمال الإصابة بسرطان الرئة يكون 100000/10 شخص من غير المدخنين ، ولكنه يتعدى 100000/127 شخص عند المدخنين لـ 15 الى 25 سيجارة في اليوم ، ولذلك فأضرار التدخين أصبحت معروفة ولكن الوعي بهذه الأضرار و الإمتناع عن هذا السلوك الخطر ما يزال من الأهداف الصعبة التحقيق التي تسعى إليها المنظمات الصحية المختلفة ، التي أصبحت لا تعمل فقط على نشر الوعي ولكن سن قوانين تحد من حرية المدخنين كمنعهم من التدخين في الأماكن العامة وحتى فرض عقوبات مادية عليهم كما فرضت على الشركات المنتجة للسجائر كتابة تحذيرات حول أخطارها ومنعها من الدعاية لهذه المنتجات ، وقد بدأت نتائج هذه الإجراءات بالظهور من خلال الإنخفاض السنوي في عدد المدخنين في البلدان المتقدمة و لكن ليس هو الأمر ذاته في البلدان النامية التي ما زال عدد المدخنين فيها في تزايد وسرطان الرئة أصبح السبب الأول للوفيات

الفصل الخامس

السلوك الصحي

تمهيد

(1) مفهوم السلوك الصحي

(2) أبعاد السلوك الصحي

(3) النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي

(4) العوامل المؤثرة على السلوك الصحي

خلاصة

تمهيد :

يعرف السلوك على انه كل نشاط يقوم به الجسم فكل حركة يؤديها سواء تلك التي نشعر بها أو لا نشعر به هي سلوك. (عبد العزيز الدخيل، 1994، ص211) والسلوك الصحي يشير الى تلك السلوكات التي يؤديها الافراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم، ولا تتبع أهمية السلوكات غير الصحية في كونها تساهم في حدوث الامراض فحسب ولكن أيضا لأنها قد تتطور الى عادات ضارة بالصحة (شيلي تايلور، 2008، ص124)

ولذلك تحتل مسألة السلوك الصحي وتتميته أهمية متزايدة ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وانما بالجوانب النفسية أيضا ، وقد قاد البحث المتواصل في العلاقة الكامنة بين السلوك والصحة الى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الاخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتتميتها وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي ، وخاصة بعدما شهدت أنماط الامراض تغيرا واضحا اذ تناقصت نسبة انتشار الامراض المعدية والحادة مثل السل والحصبة وشلل الأطفال بسبب الاكتشافات العلاجية والتغيير في المعايير الصحية العامة ولكن تزامن ذلك مع تزايد كبير في نسب امراض أخرى كالسرطانات وامراض القلب وهي امراض اكدت الدراسات انها تعود الى أسلوب الحياة الذي يمكن تعديله وهو ما جاء في دراسة بيلوك وبرسلو سنة 1972 والتي أجريت في مقاطعة الاميدا في كاليفورنيا والتي حدد فيها الباحثان سبعة أنماط من السلوكات الصحية المهمة التي يجب اتباعها وهي :

- النوم من 7-8 ساعات في الليلة
- عدم التدخين
- تناول الإفطار كل يوم
- عدم تناول الكحول اكثر من مرة الى مرتين في اليوم
- ممارسة الرياضة بشكل منتظم
- تجنب الاكل بين الوجبات
- تجنب حدوث زيادة في الوزن تزيد عن 10 % من الحد المطلوب

وقد قاما بتوجيه الأسئلة المتعلقة بالسلوكات المذكورة الى كل فرد من سكان المنطقة البالغ عددهم 7000 شخص كما وجها أسئلة الامراض التي سبق وان تعرضوا لها وانتهت الدراسة الى ان عدد الامراض ينخفض كلما زادت ممارسة الفرد للعادات الصحية وكشفت عمليات المتابعة

لهؤلاء الأشخاص بعد تسع سنوات ونصف بان معدلات الوفيات بين الرجال والنساء الذين تبين من الدراسة انهم يحرصون على اتباع السلوكات الصحية السبعة كانت منخفضة بشكل كبير (شيلي تايلور، 2008، ص124)

ان نتائج هذه الدراسة تؤكد ضرورة اتباع السلوكات الصحية والتخلي عن العادات الضارة.

1) مفهوم السلوك الصحي: تشير السلوكيات الصحية إلى تلك السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي. والحفاظ على صحتهم ولا تتبع أهمية السلوكيات غير الصحية من كونها تساهم في حدوث الأمراض فحسب ولكن أيضا لأنها قد تتطور إلى عادات ضارة بالصحة. (شيلي تايلور ،2008، ص124)

و العادة الصحية هي عادة ترتبط بسلوك صحي راسخ يؤدي بشكل أوتوماتيكي و لا يستدعي تدخل الشعور و غالبا ما تتطور العادات في مرحلة الطفولة و تثبت بين سن الحادية عشر و الثانية عشر . ومع أن تطور العادات الصحية قد ينجم عن إرتبطها بنتائج إيجابية. إلا أن هذه العادات تصبح مستقلة فيما بعد عن عملية التعزيز. وتبقى لدى الفرد بفعل عوامل البيئة المحيطة التي غالبا ما ترتبط بها. لذلك فهي تصبح شديدة المقاومة للتغيير. ومن هنا تبرز أهمية تطور سلوك صحي جيد واستبعاد السلوكيات الضارة منذ المراحل العمرية المبكرة ما أمكن.

- **تعريف 1982 cochman**: السلوك الصحي يتضمن أنماط السلوك الظاهرة والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة وتحسينها والشفاء من الأمراض ( KAREN GLANZ ET al, 2008 p 12)
  - **تعريف سرافينو (1994)** : السلوك الصحي هو أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة ( عثمان يخلف 2001 . ص 20)
  - **تعريف kasel and gobb (1995)** : السلوك الصحي هو أي نشاط يقوم بأدائه الفرد يعتقد في نفسه أنه معافى صحيا . بهدف الوقاية من الأمراض أو الكشف عن أعراض المرض في مراحله المبكرة. (مايسة محمد شكري .1999. ص 563)
  - **تعريف الصبوة**: السلوك الصحي الإيجابي هو تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الأفراد لتساعدهم في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنع عنهم الأذى والضرر البدني والنفسي أو تجعلهم يقلعون عن الإنحراف والشذوذ كما تساعدهم في الاكتشاف المبكر للمرض والعجز . (أميرة محمد الدق، 2011، ص 58).
- إن كل هذه التعاريف تشير إلى أن مفهوم السلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى إستخدام الخدمات الطبية التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد وهو كما يشير تروشكه وآخرون

(troscka et al 1985) مرتبط بخمسة مستويات:

- \* العوامل المتعلقة بالفرد (السن. تاريخ الحالة. المعارف. المهارات الاجتماعية) .
- \* العوامل المتعلقة بالمجتمع و البيئة ( المهنة . التأهيل. و التعليم)
- \* العوامل الإجتماعية (العروض المتوفرة، سهولة الوصول وإستخدام مراكز الخدمات الصحية)
- \* العوامل الثقافية (منظومة القيم الدينية و العقائدية و الأنظمة القانونية)
- \* العوامل المادية (البيئة التحتية للخدمات الصحية) (عويد المشعان و آخرون 1999. ص

(104

## (2) أبعاد السلوك الصحي:

- إن السلوك الصحي يتضمن ثلاثة أبعاد حددها sarfino سنة 1994 في :
- أ ( - **البعد الوقائي** : و هو بعد يتضمن كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالأمراض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين أو مراجعة الطبيب بانتظام و إجراء فحوص دورية .
- ب) - **بعد الحفاظ على الصحة**: وهو بعد يتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها الحفاظ على الصحة كالأقبال الصحي أو تنمية سلوكات صحية أخرى منصوص بها.
- ج) - **بعد الإرتقاء بالصحة**: وهو بعد يتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على تنمية الصحة والإرتقاء بها إلى أعلى المستويات وذلك من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل منتظم ودائم. (عثمان يخلف .2001. ص20)

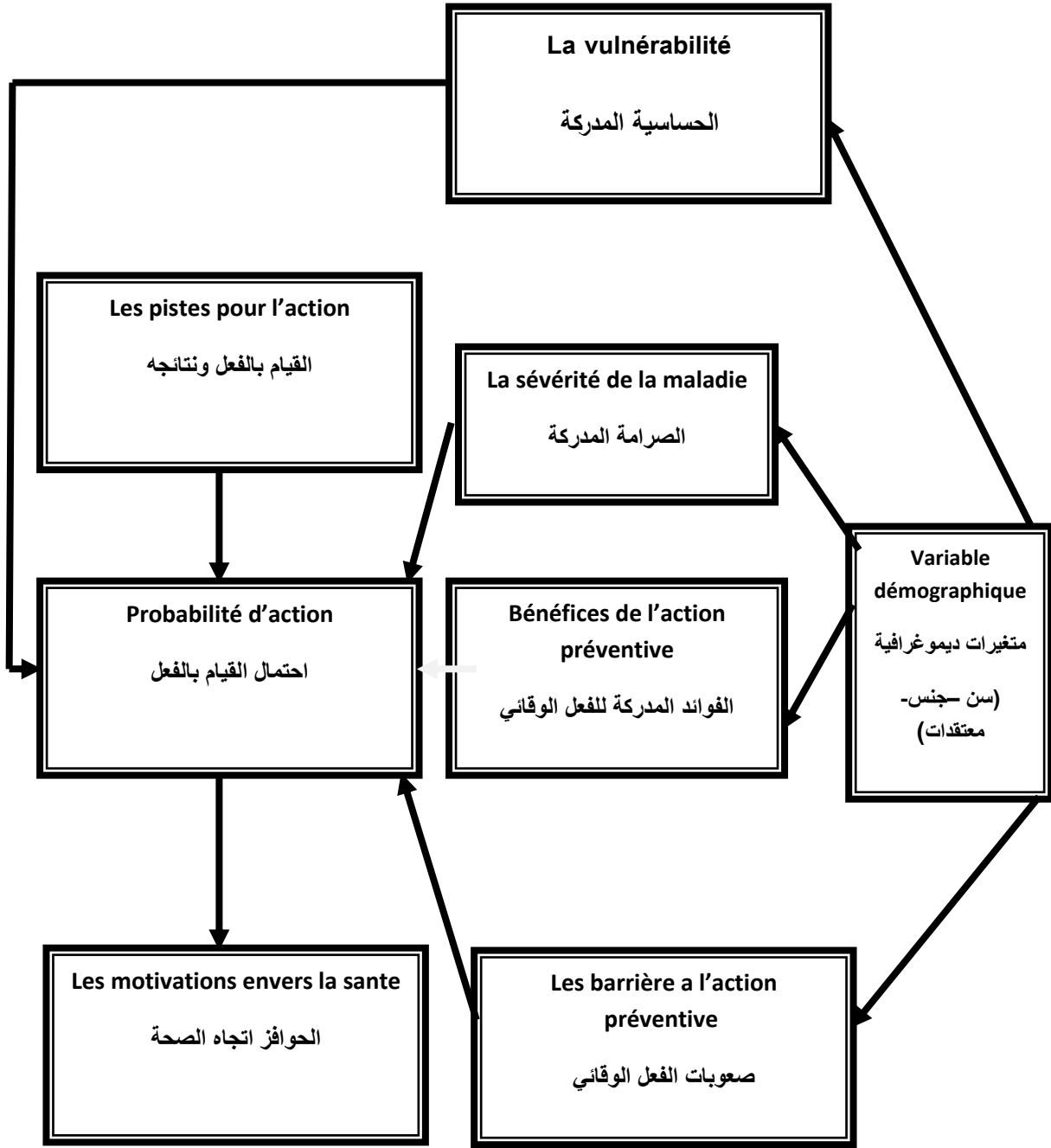
## (3) النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي :

**3-1 نموذج المعتقدات الصحية**: يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أولى النماذج النظرية التي كيفت لتفسير المشاكل السلوكية المتعلقة بالصحة. و هو يقوم على نظرية الأهمية الذاتية المنتظرة و التي تعني عدم قيام الفرد بسلوك معين إلا بعد التعرف على خيارات الفعل المحتمل و بذلك يعتبر السلوك في هذا النموذج نتيجة لوظيفة الإختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد و التكاليف .

و لذلك فحسب نموذج المعتقدات الصحية فإن إحتمال تنفيذ الفرد لسلوكات صحية تعود مباشرة إلى نتائج تقديره لخطورة المشكلات الصحية التي يواجهها كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقدير الفرد للسلبيات و الإيجابيات التي يحتمل أن تتجم عن ذلك النشاط. و هو الحال عند



المدخن الذي إذا ما إعتبر أن صحته غير مهددة أو أنه لن يؤثر في إحتمال إصابته بالسرطان إذا توقف عن التدخين فإنه لن يقلع عن هذا السلوك ( سامر جميل رضوان .2002 )  
إن ظهور نموذج المعتقدات الصحية كان سنة 1950 على يد مجموعة من المختصين في علم النفس في مجال الصحة العامة في الولايات المتحدة الأمريكية . تم تطور هذا النموذج و تبلور خاصة بدراسات rosenstock عام 1966 و دراسات becker عام 1973. ليتم تطبيقه بشكل واسع في مجالات متعددة في علم نفس الصحة ويمكن شرح هذا النموذج وفق المخطط التالي:



( janz.champion and strechor .2002 p 52 )

شكل رقم (1) يوضح نموذج المعتقدات الصحية

إن هذا المخطط يعكس وجود أربعة أنماط من المعتقدات تزيد من احتمال قيام الفرد بفعل معين و هي:

( أ ) - **القابلية المدركة للإصابة بالمرض**: تشير القابلية المدركة للإصابة بمرض إلى وجود احتمال ذاتي لدى الفرد في إمكانية الإصابة. وإذا حدث وأصيب الفرد بهذا المرض سابقا فإن قابلية المدركة تعاد صياغتها لتشمل توقع التشخيص وتقديرات الفرد لقابلية الإصابة بهذا المرض مرة أخرى. ( carolina.werl et al )

( ب ) - **الخطورة المدركة للمرض** : تتضمن الأحاسيس المتعلقة بخطورة المرض يعد تقدير العواقب أو النتائج الطبية و العيادية ( الموت . العجز . الألم) والعواقب الاجتماعية الممكنة (تأثير الحالة المرضية على العمل. وعلى حياة العائلة و العلاقات الاجتماعية) و يشير " كابلان " إلى أن القابلية للإصابة بالمرض و خطورة هذا المرض المدركة يشكلان معا التهديد المدرك للمرض فمثلا إذا شعرت أن لدي القابلية للإصابة بمرض خطير كالسرطان فإن دافعيتي لإتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض ستكون مرتفعة لأن مستوى التهديد مرتفع. أما إذا شعرت بأن لدي القابلية للإصابة بمرض أقل خطورة كالإنفلونزا فإن دافعيتي لإتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة لأنني أدرك مستوى منخفض من التهديد .

( ج ) - **الفوائد المدركة للفعل** : إن إتخاذ الفرد لمجموعة من السلوكات يعتمد على معتقداته المتعلقة بتأثير هذه السلوكات في التقليل من المرض و هذا ما يسمى بالفوائد الصحية المدركة لإتخاذ فعل ما هذا إضافة إلى عوامل أخرى تتضمن فوائد غير مرتبطة بالصحة " مثلا التوقف عن التدخين لتوفير المال " ( أميرة محمد الدق ، 2011، ص 108)

( د ) - **المعوقات المدركة** : و هو إدراك الفرد للصعوبات التي تصادفه خلال إنجازه للسلوك المطلوب سواء أكانت مادية أو جسمية أو نفسية . فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتا طويلا أو مجهودا كبيرا أو تكلفته باهضة مما يقلل من إمكانية إتخاذه. ولذلك فإنه أهم ما يدفع الفرد للقيام بفعل وقائي معين هو أن يصل لقرار بأن الفوائد المدركة للفعل مثل التمتع بالصحة الجيدة وخفض عوامل الخطر على الصحة تفوق المعوقات أو التكاليف المدركة لهذا الفعل.

ولكن تجدر الإشارة إلى أنه رغم المساهمة الكبيرة لهذه النظرية في تفسير السلوك الوقائي وفهمه ورغم تطبيقها في مجالات صحية مختلفة إلى أنها لا تحل في بعض جوانبه الضعف وأحد هذه الجوانب هو أن هذه النظري لم تفسر السلوكيات الصحية التي يؤديها الأفراد بشكل إعتيادي. والتي قد تكون بدأت ومازالت موجودة ومستمرة دون إعتبار التهديدات و الفوائد الصحية و النفقات.

إضافة إلى عدم وجود طريقة معيارية لقياس مكونات هذا النموذج مثل الخطورة المدركة للإصابة للإصابة و رغم إستخدام عدد من الإستخبارات المختلفة لقياس هذه العوامل إلى أن هناك صعوبة في المقارنة بين النتائج بين مختلف الدراسات و أخيرا يركز هذا النموذج على إتخاذ قرار منطقي و يتجاهل عوامل أخرى . فالنموذج لم يقدم لنا تفسيراً مناسباً للميل المنتشر لدى مرضى الأزمات القلبية المؤلمة لتأجيل طلب المساعدة الطبية . فعندما يفكر الشخص المتألم أنه قد يكون مصاباً بأزمة قلبية فإنه يفترض أن ذلك لا يمكن أن يحدث له . فيؤجل طلب العلاج و هذا التأجيل لا يمكن عزوه إلى عدم إمكانية الحصول على المساعدة الطبية و 75 % من الوقت ينقضي بالتأجيل قبل أن يقرر المريض الإتصال بالطبيب و هو ما قد يعني وجود ظروف أو عوامل معينة تجعل الأفراد يعطون الأولوية لتجنب الإنزعاج الذاتي الذي يحدث عند التأكد من الطبيب بأنهم مصابون بمرض ما على حساب تعريض حياتهم للخطر. ( sarafino.2014.p176 )

**3-2 نظرية الفعل المبرر والسلوك المخطط :**

إفترضت هذه النظرية أن الناس عقلايون يتخذون قرارات تخص صحتهم من خلال ما يملكونه من معلومات على أنفسهم و توقع ما قد يتضمن النشاط الذي قرروا القيام به .

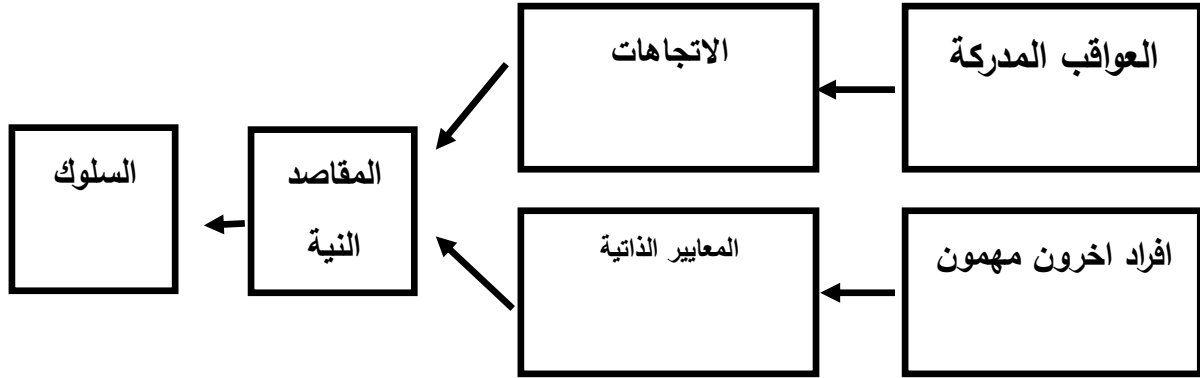
**3-2-1 نظرية الفعل المبرر :** طور هذه النظرية بوصفها نظرية عامة تشرح العلاقة بين كل من المعتقدات و الإتجاهات و المقاصد و السلوك كل من acekajen و martin fishbein و هي تفترض وجود أسباب ضمنية تحدد دافعية الفرد لأداء سلوك ما . وهي أسباب مركبة من معتقدات الفرد المعيارية والسلوكية حيث تحدد إتجاه الفرد ومعياره الذاتي. و بصرف النظر عما إذا كانت هذه المعتقدات معقولة أو منطقية. وتؤكد أن مقصد الشخص هو المحدد المباشر للسلوك وتتشكل المقاصد (النية) بعاملين إثنين هما:

- التقييم الشخصي للسلوك أي إتجاه الشخص نحو السلوك.

- إدراك الشخص للضغط الاجتماعي عليه لأداء الفعل أو عدم أدائه . أي المعيار الذاتي للشخص الذي يتحدد عن طريق الإعتقادات بأن هذا السلوك سوف يؤدي به إلى عواقب إيجابية أو سلبية . ومعيار إجتماعي يتشكل عن طريق إدراك الفرد لتقييم الجماعة لهذا السلوك و دافعية الفرد للخضوع لهذه المعايير ( أميرة محمد الدق ، 2011، ص 20 )

و لذلك فإن هذه النظرية يمكنها التنبؤ بأن شخصا ما يمكن أن يؤدي سلوكا معيناً عندما يكون لديه مشاعر جيدة عن أداء هذا السلوك . و يشعر بضغط و إلهام إجتماعي عليه عند أداء هذا السلوك . و بناء على ذلك فإن الفكرة الأولى التي يفكر فيها الفرد عندما يرى شخصا ما يدخن هي " أن التدخين يجعلك تبدو شخصا هادئا و هذا هو المعتقد الذي سوف يحدد إتجاهه نحو التدخين . و من المهم أن يعتقد الفرد أيضا أن التدخين . و من المهم أن يعتقد الفرد أيضا أن التدخين سوف يسبب السرطان و أمراض القلب . و لكن هذا الإعتقاد لا يأتي إلى العقل بسهولة و قد يعتقد الفرد أن هناك أفراد آخرين سوف يصابون بهذه الأمراض إذا قاموا بالتدخين .

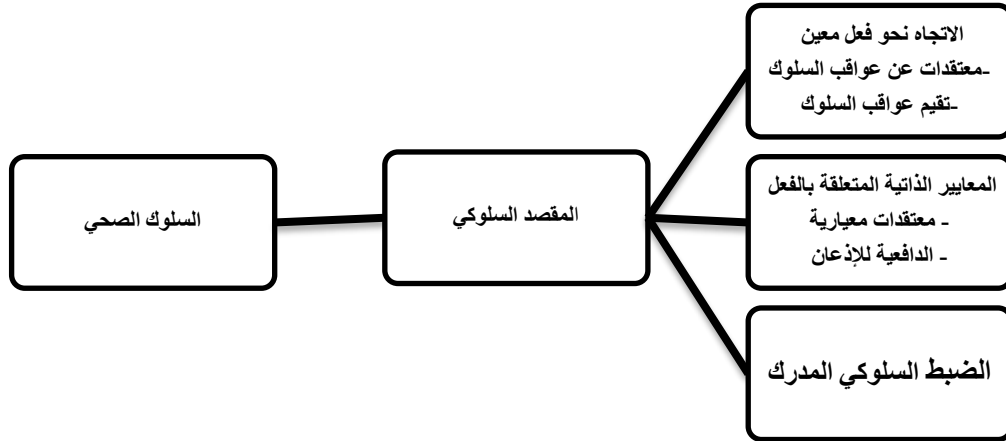
إن هذا المعيار الذاتي و نظرة الفرد للسلوك تتأثر بوجهة نظر الأفراد المقربين فإذا شعر الشخص بأن عائلته و كل أصدقائه لا يريدونه أن يدخن فإن آراء هؤلاء الأفراد المهمين سوف يكون لها تأثير مباشر عليه ( أميرة محمد الدق ، 2011، ص 115 )



( Kaplan ,sallis et al,1993,p53)

شكل رقم (2) يوضح المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر  
 3-2-2 نظرية السلوك المخطط :

لقد أجرى كل من ACEK AJEN و martin fishbeing بعض التعديلات على نظريتها . ففي عام 1958 أضافا مصطلح الضبط المدرك كمؤثر ثالث على المقاصد بجانب كل من الإتجاهات والمعايير الذاتية. و يرى ajen أن المقاصد تكون أكثر قوة في تشكيل السلوك و لأن نظرية الفعل المبرر كانت تشرح السلوك الإرادي فقط . فقد غير إسم النظرية سنة 1958 إلى " نظرية السلوك المخطط " و بذلك أصبحت النظرية النظرية تعتمد على فكرة أن الأداء السلوكي يتحدد وفق ثلاثة معايير هي الدافعية و المقصد و الضبط السلوكي و هو ما يعني حسب أصحاب هذه النظرية أن الأفراد سيبدلون جهد أكبر في أداء سلوك ما . لأن نية الفرد من أجل القيام بسلوك صحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة توقعات للكفاءة المناسبة في الوقت نفسه أي أنه على الشخص ألا يعتقد أن التدخين مضر بالصحة من أجل أن يتوقف و إنما عليه أن يكون مقتنعا بقدرته على تحمل نتائج عملية الإقلاع (kaplan . sallis and patterson 1993.p 54)



(اميرة محمد الدق، 2011، ص116)

شكل رقم (3) يوضح مكونات نموذج السلوك المخطط

لقد لاقت نظرية الفعل المبرر تأييدا كبيرا و استخدمت لتطوير التدخلات العلاجية و الوقائية . لأنها تقدم تفسيرات صحيحة لأجزاء من العمليات التي تحدد ممارسة الأفراد للسلوكيات المرتبطة بالصحة و هي تفترض أن الأفراد يوازنون بين الفوائد و التكاليف المدركة و يسلكون و فقا لنتائج تحليلهم و لكن حسب neil weinstein فإن هناك جانب من القصور في هذه النظرية يتمثل في إفتراضها أن الأفراد يفكرون في عوامل الخطر بطريقتهم الخاصة و يعرفون ما هي الأمراض التي ترتبط بمختلف السلوكيات و يقدرن احتمال الإصابة بمرض خطير و لكن هذه النظرية لا تأخذ بعين الإعتبار أن الفوائد و التكاليف المتعلقة بتغيير السلوك المرتبط بالصحة قد تختلف بإختلاف الواقع أي أن الأفراد لا يفعلون دائما ما يخططون له . ( أميرة محمد الدق، 2011، ص117 )

### 3-3 نظرية دافع الحماية : rogers 1983

و هي نموذج معرفي يقوم على الموازنة بين المعلومات المهددة للصحة و إتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة بمعنى القيام بالسلوك الصحي .

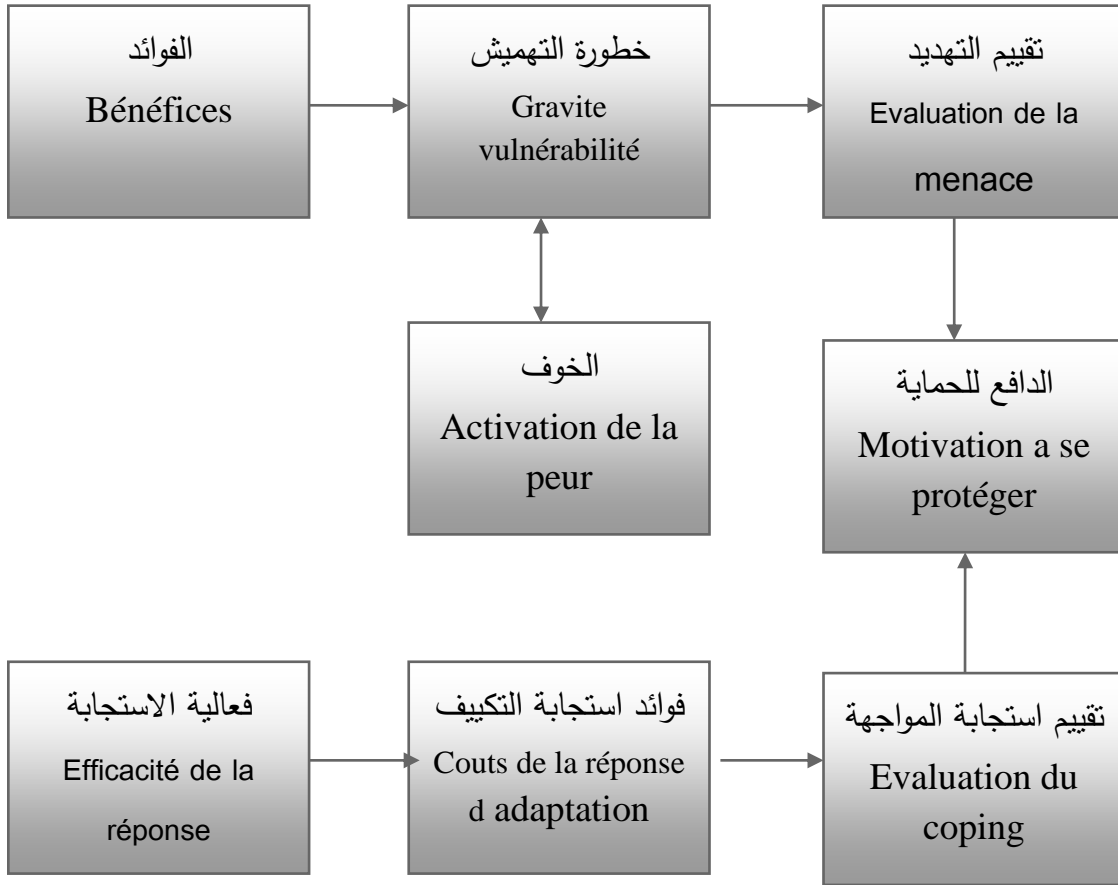
أ ) - الدرجة المدركة من الخطورة : المتعلقة بتهديد الصحة

ب ) - القابلية المدركة للإصابة : بهذه التهديدات الصحية

ج ) - الفاعلية المدركة : للقيام بسلوك معين من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي

- د ) - توقعات الكفاءة الذاتية : أي الكفاءة الذاتية لمواجهة الخطر .  
و حسب هذا النموذج فإن الحافز للحماية هو نتيجة لعمليتين معرفيتين هما :  
- تقييم التهديد مقارنة بين القاسوة المدركة للمرض و الهشاشة المدركة .  
- تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد  
إن تقييم التهديد و تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد يتأثران بمصادر معلومات داخلية ( متغيرات شخصية و تجارب سابقة ) و بمصادر معلومات تأتي من المحيط ( إقناع لفظي و تعلم عن طريق الملاحظة )  
و لقد استعمل هذا النموذج بشكل واسع للتأثير و التنبؤ بمختلف السلوكات الصحية مثل:  
- إتباع أنماط صحية  
- الإنضمام إلى أنظمة طبية  
- القيام بتمارين رياضية  
- تخفيض إستهلاك الكحول  
- الحماية و الكشف المبكر ضد السرطان





( fischer .2002.p222 )

شكل رقم ( 4 ) يوضح نموذج دافع الحماية

يجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقييم التهديد يأتي قبل تقييم القدرة على مواجهة التهديد ونتيجة هذه العمليات التقييمية هي قرار بيدي أو إتمام أو إنهاء سلوك وقائي ما ولذلك استعمل هذا النموذج النظري للتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية مثل تخفيض إستهلاك الكحول والتوقف عن التدخين. ولكن إفتراض العقلانية المطلقة للفرد في إتخاذ قراراته وإغفال بعض العادات السلوكية التي تمارس بصورة واسعة وأتوماتكية بين الناس من الأمور التي تؤخذ على هذا النموذج.

3-4 نموذج مراحل التغيير : ظهر هذا النموذج النظري خلال البحوث التي أجريت في سبيل التوقف عن سلوك التدخين و علاج الإدمان على يد كل من بروشكا و ديكليمونت و نوركروس

1992. وهو نموذج يعنى بتحديد المراحل التي يمر بها الفرد أثناء محاولته إحداث تغيير في سلوكه وبناءا على ذلك يتم إقتراح أهداف علاجية و إجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة.

أ - مرحلة ما قبل الوعي الصحي: في هذه المرحلة لا يكون لدى الفرد أية نية لتغيير سلوكه. لأنه يكون غير واعي بوجود مشكلة صحية. مع أن المحيطين به يدركون وجودها. فالمدخن يغفل تماما عن المشكلة التي يسببها سلوك التدخين و هو ينتبه فقط للنتائج الإيجابية كالتخلص من التوتر و القلق و القدرة على التركيز.

ب-مرحلة الوعي الصحي : في هذه المرحلة يكون الأفراد على وعي بوجود مشكلة تهدد صحتهم و لكنهم لم يتخذوا بعد أي فعل يمكن به إحداث التغيير . وهم يكتفون فقط بوجود نية التغيير خلال الستة أشهر القادمة. وهم يكونون أكثر وعيا بالأدلة المؤيدة للتغيير و الأدلة المعارضة له ( prochaska and al .2013.p 101 )

ج- مرحلة الإستعداد و التخطيط : في هذه المرحلة يقر الفرد بأنه لديه مشكلة و ينبغي عليه العلاج ليتخلص من الآثار السلبية لسلوكه . و يشعر في نفس الوقت برغبة قوية في التغيير و يترقب وجود هذا الإتجاه مع التحضير لذلك فيتخذ إجراء عملي كتخفيض عدد السجائر عند التدخين ( شيلي تايلور، 2008، ص 175 )

د- مرحلة التنفيذ : هي المرحلة التي يحدث فيها تعديل فعلي في السلوك ( مثل الإقلاع عن التدخين ) و تغلب الفرد على مشكلته الصحية و هي مرحلة تتطلب إرادة كبيرة للإستمرار في التغيير ( عثمان يخلف، 2001، ص 39 )

هـ- مرحلة الإحتفاظ : في هذه المرحلة تتبلور المكاسب التي تحققت في مرحلة التنفيذ و يحاول الفرد خلالها الحفاظ على الفوائد الصحية التي إكتسبها من سلوكه الجديد و بالتالي يحقق الوقاية من الإرتداد و الإنتكاس و يقي نفسه من العودة إلى السلوك المشكل و خلال هذه المرحلة تظهر تغييرات سلوكية ملحوظة قد تشمل حتى تعديلات

هلى أسلوب الحياة. ( prochaska .j. readding and al .2002.p 101 )

و - مرحلة الإنهاء: وهي المرحلة التي يكون فيها الأفراد مستسلمون للإغراءات ومتأكدون أنهم لن يعودوا إلى ممارسة العادات السلبية وكأنهم لم يكتسبوا هذه العادات

منذ البداية. ( prochaska .j. readding and al .2002.p 101 )



(اميرة الدق، 2011، ص122)

شكل رقم (5) يبين نموذج مراحل التغيير

تجدر الإشارة أنه حسب هذا النموذج فإن جميع الأفراد يتحركون خلال سلسلة التغييرات المتتابعة نفسها، حيث يتحرك الشخص من مرحلة لأخرى و قد ينتكس إلى مرحلة سابقة و بذلك يتقدم على فترات منفصلة خلال هذه المراحل حتى ينهي تغيير السلوك و قد يساعده الإنتكاس كخبرة تعلم تؤهله لتجنب الأخطاء و الاستقرار .

يعتبر العديد من الباحثين نموذج مراحل التغيير نموذجا مهما لأنه يلفت الإنتباه إلى العمليات التي لابد أنه يمر بها الفرد في محاولته للتغيير. سواء أقام بالتغيير بنفسه أو بمساعدة الآخرين حيث يوضح هذا النموذج أن التغيير الناجح ربما لا يحدث من أول محاولة. أو يحدث كل مرة واحدة. كما يفسر هذا النموذج لماذا لا ينجح بعض الأفراد في تغيير سلوكهم ولماذا معدلات الإلتكاس مرتفعة. ولذلك إستخدم في دراسة سلوكيات صحية مختلفة كالتوقف عن التدخين وعلاج الإدمان.

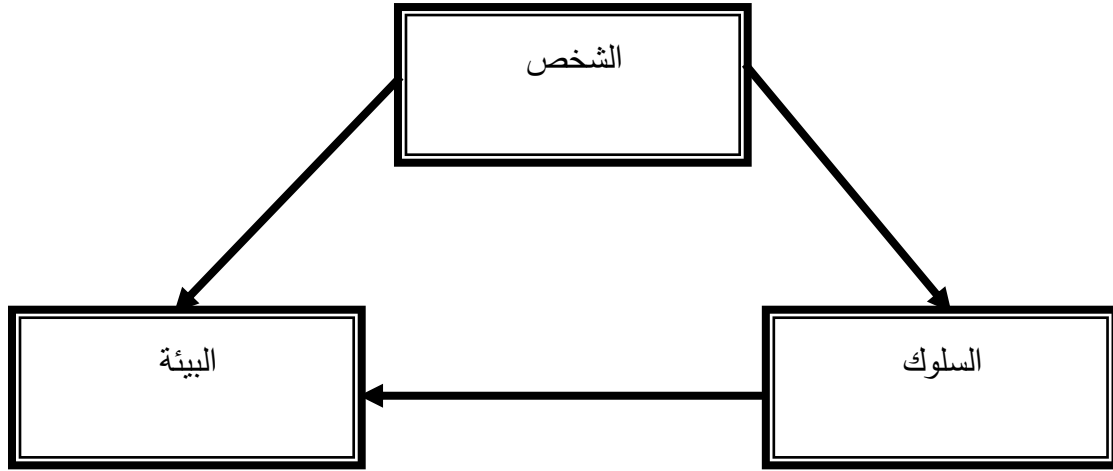
( kaplan,sallis and patterson .1993.p 53 )

ولكن رغم كل هذا يؤخذ على هذا النموذج صعوبة التعرف على المرحلة التي يكون فيها الفرد في الكثير من الحالات.

### 3-5 النظرية المعرفية الاجتماعية (نظرية فعالية الذات) :

وهي إتجاه معرفي إجتماعي إقترحه ألبرت باندورا عام 1977 والذي يؤكد فيه أن للأفراد قدرة على ممارسة بعض الضبط على حياتهم و أن كل فعل ينتج عن تفاعل كل من السلوك و البيئة و عوامل أخرى موجودة في الشخص نفسه و خاصة المعرفة ويشير باندورا إلى هذا النموذج ثلاثي التفاعل بوصفه حتمية تبادلية بين لسلوك و البيئة و الشخص. و كل عامل يؤثر في العاملين الآخرين. و طبقا لهذا النموذج فإن إعتقادات الأفراد المتعلقة بقدرتهم على البدئ في سلوكيات صحية تعد منبئا لإتمام هذه السلوكيات.

( irwin m.rosenstock and al 1988. p176 )



( irwin mandal p 176 )

شكل رقم (6) يوضح الحتمية التبادلية

إن النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا تشرح السلوك الإنساني وتحاول التنبؤ باستخدام توقعات

العواقب ويمكن تقسيم توقعات العواقب إلى ثلاثة أنماط:

أ- التوقعات المتعلقة بالدافع البيئي نحو أداء السلوك

ب- التوقعات عن عواقب سلوك الفرد نفسه

ج- توقعات الفرد عن قدرته على أداء سلوك معين ليحدث نتائج مرغوبة

إضافة إلى ذلك توجد ثلاث معارف تحدد قيام الفرد بسلوك صحي معين و هي :

أ ) إدراك التهديد على الصحة

ب ) توقع أن التغيير السلوكي سوف يقلل من هذا التهديد ( توقعات العواقب )

ج ) توقع الفرد بأنه قادر على إنجاز هذا التغيير ( فعالية الذات )

( أميرة محمد الدق ، 2011 ، ص 129 )

و رغم أن إحتواء هذه النظرية على عدد كبير من المفاهيم يسمح للعلماء بتفسير أي ظاهرة

سلوكية باستخدام واحد أو أكثر من مكونات هذه النظرية إلا أن الباحثين يرون في هذا التعدد و

الصياغة الواسعة تأثير سلبي على قدرة النظرية في تفسير السلوك و التدخل لتغييره .

إضافة إلى هذه النظريات هناك نظريات أخرى وضعت لتغيير السلوك الصحي ونذكر منها :

3-6 نظرية دولي وشنايدر 1991 ( dolly and schneider )

و هي نظرية تبحث في اتجاهات الأفراد و كيفية ممارستهم للسلوكات الصحية وذلك عن طريق :

أ ( إدراك التهديد الصحي : و الذي يتأثر بمجموعة من العوامل :

• القيم الصحية وتتضمن:

-الاهتمام بالصحة ورعايتها

-معتقدات الشخص عن مهولة التعويض عن الضرر

-معتقدات الأفراد عن نتائج المرض إذ يمكن التغيير الفوري عند الإحساس بالتهديد

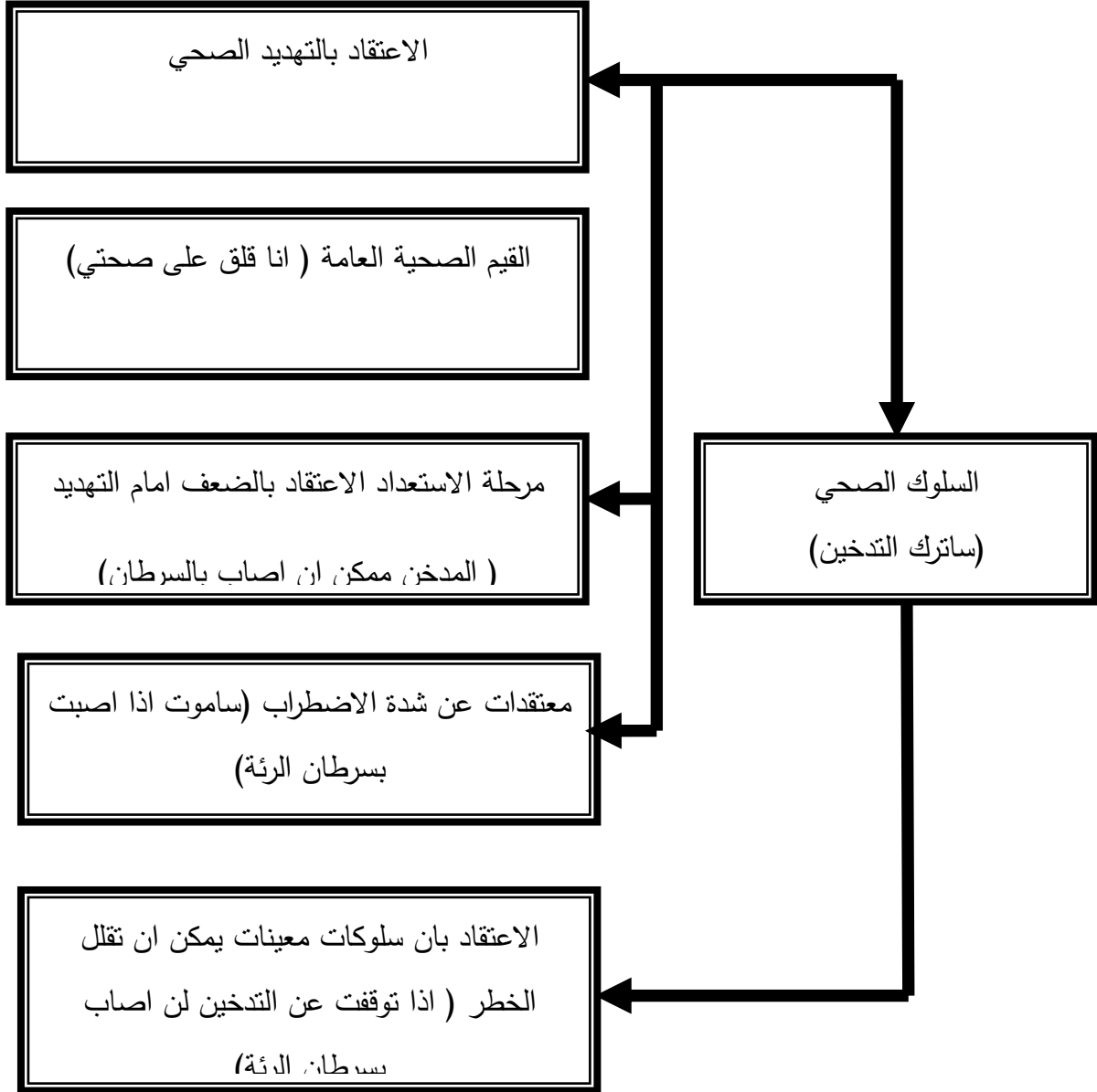
ب) إختزال التهديد المدرك: وهو يعني إعتقاد الشخص بوجود طريقة أو وسيلة صحية تقلل من

التهديد الذي يترصه وذلك عن طريق:

-فعالية الوسيلة الصحية

-إذا كانت سلبية الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها

(سنا عيسى 2010، ص92.93)



شكل رقم (7) يوضح نظرية دولي و شنايدر

إن هذا المخطط يعكس قدرة الإعتقاد في أن مراعاة بعض المعايير الصحية ربما يكون له تأثير في إيقاف الخطر الناجم عن تهديد معين (إذا توقفت عن التدخين الان فلن أصاب بسرطان الرئة)

3- 7 نظرية كلانس (2002) :

إن هذه النظرية تعتبر إضافة إلى نظرية المعتقدات الصحية و التي لخصها كلانس في خمسة

محاور هي :

أ ( التهديد المدرك

ب ( المنافع الخاصة

ج ( إدراك القابلية للإصابة

د ( إدراك قسوة الإصابة

هـ ( إدراك المنافع و المعوقات

وقد أضاف كلانس إلى النموذج المعتقدات الصحية متغير آخر إعتبره المسؤول عن إستعداد الأفراد لإتخاذ سلوكيات صحية و هو متغير ( الفعالية الذاتية ( self efficacy ) . و هي تعني ثقة الفرد بقدرته على الأداء الناجح للفعل . و حسب كلانس فإن الشخص سيلجأ إلى فعل ذي صلة بالصحة عندما :

- يشعر بوضع صحي سلبي مثلا الإصابة بالسرطان و أن بإمكانه تجنبه
- يتوقع الإمتثال لتوصيات التجنب
- يعتقد أنه بالإمكان القيام بفعل صحي و الإستمرار فيه بكل ثقة . و الجدول التالي يوضح إضافة فاعلية الذات مع المتغيرات الخمسة لنموذج المعتقدات الصحية من قبل كلانس (سنا عيسى 2010، ص 94) .



جدول رقم(7) يوضح المحاور الخمسة لنموذج المعتقدات الصحية إضافة إلى فاعلية الذات حسب نظرية كلانس

المتغير	الإعتقاد	تطبيقاته
قابلية الإصابة المدركة	وجهة نظر الشخص في إمكانية إصابته بالمرض	معرفة الناس المعرضين للخطر و مستويات هذا الخطر و من ثم رفع مستوى إدراك و قابلية الإصابة بالمرض
قسوة الإصابة المدركة	رأي الفرد في خطورة الحالة و نتائجها	تحديد الحالات
المنافع المدركة	إعتقاد المرئ في فاعلية الوقاية	معرفة الواجب ( كيف أين )
المعوقات	الكلفة المادية الكلفة النفسية الناتجة عن فعل الوقاية	معرفة وإختزال المعوقات
دوافع ترشد إلى الفعل	إستراتيجيات لتفعيل السلوك الإستعدادي	التجهيز - كيفية عرض المعلومات ، تحسين الوعي الإرشادي
الفاعلية الذاتية	ثقة الفرد بقدرته على الفعل	التدريب والإرشاد من خلال أداء الفعل

#### 4 ( العوامل المؤثرة على السلوك الصحي :

السلوك الصحي هو سلوك يكتسب نتيجة التعرض لخبرات تعليمية أثناء عملية التنشئة الاجتماعية . و ذلك من خلال النمذجة و تقليد العادات من خلال أليات الملاحظة الاجتماعية.

كما أن السلوك الصحي يخضع لتأثيرات داخلية وخارجية أهمها:

العوامل الشخصية. و قد عكست هذه العلاقة الوطيدة بين عوامل الشخصية و السلوك الصحي

دراسة أجراها الباحث عثمان يخلف و آخرون سنة 1998 في جامعة قطر على عينة تكونت من 253 طالب و طالبة و كانت أهداف الدراسة تتمثل فيما يلي:

✓ تحديد السلوك الصحي وأبعاده

✓ تحدي مدى إنتشار السلوك الصحي لدى عينة البحث

✓ تحديد متغيرات الشخصية المرتبطة بأبعاد السلوك الصحي

✓ تحديد مستوى الوعي الصحي العام الذي يتمتع به الطالب

وقد توصلت الدراسة إلى نتائج تعكس بوضوح العلاقة الوطيدة بين عوامل الشخصية والسلوك الصحي (عثمان يخلف، 2001، ص 21) ولكن هناك عوامل أخرى قد تؤثر على ممارسة السلوك الصحي أهمها :

**1 ( العوامل الديموغرافية :** حيث أن لاعادات الصحية تختلف بإختلاف العوامل الديموغرافية فالأشخاص الأصغر سنا و الأكثر ثراء و تعليما هم أقل عرضة للضغط و أكثر إستفادة من المساندة الاجتماعية و بالتالي هم يمارسون عادات صحية جيدة أكثر من أولئك الذين ينتمون إلى مستويات متدنية .

**2 ( العمر :** يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في السن . وعموما تكون العادات الصحية جيدة في مرحلة الطفولة وتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب. ثم تتحسن في المراحل العمرية المتقدمة .

**3 ( القيم:** للقيم التي يتبناها الأفراد تأثير على العادات الصحية التي يمارسونها فعلى سبيل المثال. يعد النشاط الرياضي وممارسة التمارين الرياضية عند الإناث من الأمور المستحسنة في بعض الثقافات ولكنهما لا يعدان كذلك في ثقافات أخرى.

**4 ( الضبط الذاتي:** أن وجود الوعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي. يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه له دوره الفعال في إختيار العادات الصحية التي يتبعها و على سبيل المثال توصلت نتائج أبحاث ولستون walston التي إستخدم فيها مقياس موقع الضبط الصحي في تحديد المدى الذي وفقه يعد الأشخاص أنفسهم قادرين على التحكم بوضعهم الصحي . او يرون وضعهم الصحي يتقرر بفعل تحكم الآخرين توصلوا إلى أن الأشخاص الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية تكون لديهم قابلية أكثر لممارسة العادات الصحية أكثر من الذين يعتقدون أنهم لا يملكون

السيطرة على وضعهم الصحي .

(5) **المؤثرات الإجتماعية:** يمكن أن تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد فالأسرة والأصدقاء يمكن أن يكون لهم تأثيرا إيجابيا أو سلبيا فالضغوط التي يمارسها الرفاق غالبا ما تقود إلى تعلم المراهقين للتدخين. ولكن الضغوط الاجتماعية تؤدي أيضا إلى ترك سلوك التدخين في سن الرشد.

(6) **الأهداف الشخصية:** ترتبط العادات الصحية والاجتماعية إرتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية. فإذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا للفرد فإنه يكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة بشكل منظم.

(7) **الأعراض المدركة:** يحدث التحكم في بعض العادات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعو إلى إتباع عادات صحية معينة. فقد يتحكم المدخنون بتدخينهم بسبب الحساسية التي يسببها لهم التدخين. فالمدخن الذي يعاني من السعال في الصباح ومن ألام الحلق قد يتوقف عن التدخين بسبب إعتقاده أن التدخين هو السبب في مشاكله الصحية.

(8) **العوامل المعرفية:** إن ممارسة السلوك الصحي يرتبط بالعوامل المعرفية . كإعتقاد الفرد بأن ممارسات صحية معينة ضرورية للحفاظ على الصحة أو الإحساس بأنه يصبح عرضة للأمراض الخطيرة إذا لم يمارس سلوكات صحية معينة.

(9) **إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية:** إن سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية . يؤثر في الممارسات الصحية التي يتبعها الفرد. بإجراء الفحوصات الطبية المنتظمة للكشف المبكر عن الأمراض. وتطعيم الأطفال هي أمثلة على سلوكات صحية ترتبط مباشرة بالمؤسسات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية. وهناك أيضا سلوكات أخرى كفقدان الوزن والتوقف عن التدخين قد يتم تشخيصها بطريقة غير مباشرة من المؤسسات الصحية. (شيلي تايلور، 2008، ص 126-128)

خلاصة:

ان غرس السلوك الصحي وتنميته وتعزيز العادات الصحية أصبح من الأمور البالغة الأهمية في الأنظمة الصحية التي نجدها تحاول وضع استراتيجيات لذلك، كالاتماد على توظيف طرق تغيير السلوك بهدف حث الافراد على تغيير سلوكياتهم التي تعرضهم للمشاكل الصحية وتعد البرامج العديدة التي تم تطويرها لمساعدة الافراد على تخفيف اوزانهم مثالا على هذا الأسلوب. كما نجدها تركز على توجيه الافراد لتجنب تطوير عادات غير صحية كالبرامج الموجهة الى منع الشباب من البدء في التدخين.

ان هذا السعي لتنمية السلوكيات الصحية نابع من الفوائد التي يحققها كالتقليل من عدد الوفيات الناتجة عن الامراض المرتبطة بأسلوب الحياة، وزيادة في معدلات العمر المتوقعة لدى الافراد والاهم من ذلك خفض النفقات السنوية في مجال علاج الامراض والحفاظ على الصحة العامة.

## الجانب الميداني

الفصل السادس: منهج البحث واجراءاته

أولا الدراسة الاستطلاعية:

1 المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية

2 حدود الدراسة الاستطلاعية

3 ادوات الدراسة

4 البرنامج العلاجي

ثانيا البحث الأساسي:

1 منهج البحث الأساسي

2 حدود البحث الأساسي

3 عينة البحث الأساسي

4 التصميم تجريبي وضبط المتغيرات

5 اجراءات البحث

6 اساليب المعالجة الاحصائية

تمهيد:

ان الباحث الذي يسعى الى اجراء دراسة علمية والوصول الى نتائج موثوقة وجب عليه اتباع اجراءات منهجية محكمة الضبط وخطوات علمية صحيحة، فوضوح المنهج واختيار العينة بطرق صحيحة ومناسبة ادوات البحث وتميزها بخصائص سيكومترية يساعد على الوصول الى نتائج ذات قيمة علمية وهذا ما سعت اليه الباحثة ، حيث استهلكت هذه الدراسة بجانب نظري الى اجراء يهدف الى التعرف على متغيرات البحث واسسها النظرية لتصل الى الجانب التطبيقي الذي يهدف الى حل الاشكالية المطروحة والاجابة على الاسئلة المطروحة .

أولا . الدراسة الاستطلاعية :

لجأت الباحثة الى اجراء دراسة استطلاعية تهدف من خلالها الى التعرف على الظروف التي سيتم فيها اجراء البحث والصعوبات التي ستواجهها في تطبيق الادوات اضافة الى اختبار مدى مصداقية هذه الادوات من حيث صياغة وسهولة العبارات ووضوح التعليمات والخصائص السيكومترية (الصدق والثبات).

1) المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية:

"المنهج هو الطريق الذي يسلكه الباحث في تبيان المعلومات والحقائق الكامنة والظاهرة وتوضيح البحث كوحدة واحدة لا انفصام فيها ويكون المنهج هو المترجم للفروض والمنظم للبحث " (عقيل، 1999، ص49).

ويعتبر المنهج الوصفي اكثر المناهج شيوعا واستخداما في الدراسات التربوية والنفسية وهو لا يقتصر على جمع البيانات وتبويبها وعرضها فقط، بل يشتمل كذلك على التحليل الدقيق والتفسير العميق لها (عليان غنيم، 2000، ص44) .

ولذلك ترى الباحثة ان هذا المنهج هو المنهج الانسب لهذه الدراسة لانه طريقة تصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتماثلتوصل اليها على اشكال رقمية يمكن تفسيرها.

2) حدود الدراسة الاستطلاعية:

1.2 الحدود المكانية: تم اجراء الدراسة الاستطلاعية في كلية التسيير والاقتصاد جامعة باتنة 1

2.1 الحدود الزمانية: تم الشروع في التطبيق الميداني في شهر افريل الى غاية شهر ماي 2017.

3.2 الحدود البشرية: شملت عينة الدراسة الاستطلاعية 70 طالب من الذكور المدخنين من كلية التسيير والاقتصاد جامعة باتنة 1 تراوحت اعمارهم بين 19 و 24 سنة وتم اختيارهم بطريقة عشوائية.

3) ادوات الدراسة: قامت الباحثة بتصميم ادوات لقياس المتغيرات المراد دراستها في هذا البحث والمتمثلة في :



1.3 مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن: صمم هذا المقياس وفقا للخطوات التالية:

1.1.3 الاطلاع على التراث الادبي والمقاييس التي تم اعدادها في هذا المجال والتي من بينها:

• مقياس weinstein, 1980

• مقياس محمد بدر الانصاري 2001.

• مقياس مشاشو قرمية 2012

ومن ثم قامت الباحثة بضبط التعريف الاجرائي لمتغير التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن وتصميم المقياس وفقا لمحورين:

المحور الاول: محور التفاؤل غير الواقعي العام وتضمن 16 بند

المحور الثاني: محور التفاؤل غيرالواقعي ازاء مخاطر سلوك التدخين والوعي باضراره وتضمن 20 بند.

الاحتمالات				المحور الاول التفاؤل غير الواقعي العام	الرقم
اكيد	ممكن	مستبعد	مستحيل		
				أتمتع بصحة جيدة مدى الحياة	01
				اصاب بعدوى فيروس السيدا	02
				أحصل على ترقيات بعد مدة قصيرة من بداية عملي	03
				تسرق ممتلكاتي الشخصية	04
				أفقد قواي العقلية	05
				أصاب بأحد الأمراض الوبائية	06
				أفقد معظم أفراد أسرتي في حادث	07
				أحظى بتقدير ومحبة كل الناس	08
				انا في مامن من حوادث العمل	09
				اتعرض للسجن	10
				اصاب بمرض عضال	11
				اتعرض لتسمم غذائي	12
				يبتر احد اطرافي	13
				اصاب بالعقم	14
				أجري عملية جراحية خطيرة	15
				اكون ضحية اختلاس	16
<b>المحور الثاني : التفاؤل غير الواقعي إزاء أضرار التدخين</b>					
				انا في مامن من الامراض التي يسببها التدخين	17
				اعتقد اني ساتمتع بصحة جيدة مدى الحياة مع اني مدخن	18
				اعتقد انني لن اعاين الطبيب لمدة طويلة	19
				اعتقد انني لن اتناول الدواء لمدة طويلة	20
				اعتقد انني لن اصاب بمرض عضال	21

				أعتقد أنه ممكن أن أصاب بمشاكل صحية في الرئتين بسبب التدخين	22
				اعتقد أنني عرضة للإصابة بمرض السرطان لأنني مدخن	23
				اعتقد انه يمكن أن اجري عملية جراحية خطيرة بسبب التدخين	24
				اعتقد انه يمكن ان انجب ولد معاق لأنني مدخن	25
				اعتقد انه يمكن أن أصاب بالعقم لأنني مدخن	26
				اعتقد انني يمكن أن أصاب بأزمة قلبية قبل سن الأربعين لأنني مدخن	27
				اعتقد أنني اسبب الضرر لصحة عائلتي لأنني مدخن	28
				أعتقد أن التدخين لن يضر بصحتي إن استمررت لعدة سنوات أخرى	29
				اعتقد أن صحي جيدة و التدخين لن يسبب لي مشاكل صحية	30
				اعتقد أنني اختار نوع السجائر التي لا تسبب لي الضرر	31
				اعتقد أن عدد السجائر التي أذخنها لن يسبب لي الضرر	32
				اعتقد أن التدخين يؤثر على من لديه مشاكل صحية سابقة	33
				اعتقد أنني سأفقد حياتي بسبب التدخين	34
				اعتقد أن أضرار التدخين تظهر عند كبار السن فقط	35
				اعتقد أنني استطيع التوقف عن التدخين قبل أن يلحق بي الضرر	36

ولكن بعد عرض المقياس على مجموعة من الاساتذة تم الغاء المحور الاول كليا من المقياس  
لانه حسب راي الاساتذة سيؤثر على النتائج المتحصل عليها والخاصة بالتفاؤل غير الواقعي  
لدى المدخن ولذلك اصبح المقياس بصورته النهائية يحوي 20 بندا

ويجاب على هذه البنود اعتمادا على التعليلة المذكورة وذلك باختيار أحد بدائل الاجابة الاربعة المتدرجة حسب مستويات تقدير وإدراك الخطر وهي كالتالي:

- مستحيل وتمنح اربعة درجات عند التصحيح.
- مستبعد وتمنح ثلاثة درجات عند التصحيح.
- ممكن وتمنح درجتان عند التصحيح.
- اكيد وتمنح درجة واحدة عند التصحيح.

هذا بالنسبة للبنود الايجابية وهي البنود رقم :1-2-3-4-13-14-15-16-17-19-20.

اما البنود السلبية وهي البنود رقم :5-6-7-8-9-10-11-12-18

وتصحح الدرجات كالاتي:

- مستحيل: درجة واحدة على سلم التصحيح.
- مستبعد: درجتان على سلم التصحيح.
- ممكن: ثلاث درجات على سلم التصحيح.
- اكيد: اربعة درجات على سلم التصحيح.

وبذلك تتراوح الدرجات المتحصل عليها في هذا المقياس من 20 درجة الى 80 درجة ويبدل

ارتفاع الدرجة على ارتفاع مستوى التفاؤل غير الواقعي.

الرقم	العبارة	الاحتمالات			
		مستحيل	مستبعد	ممکن	اكيد
01	أنا في مأمن من الأمراض التي يسببها التدخين				
02	أعتقد أنني سأتمتع بصحة جيدة مدى الحياة مع أنني مدخن				
03	أعتقد أنني لن أعاين الطبيب لمدة طويلة				
04	لن أتناول أي دواء مدة طويلة				
05	أعتقد أنني عرضة لمرض السرطان لأنني مدخن				
06	أعتقد أنه ممكن أن أجري عملية جراحية خطيرة بسبب التدخين				
07	أعتقد أنه ممكن أن أصاب بمشاكل صحية في الرئتين بسبب التدخين				
08	يمكن ان أنجب ولد معاق لأنني مدخن				
09	يمكن أن أصاب بالعقم لأنني مدخن				
10	يمكن أن أصاب بمرض عضال				
11	اعتقد انني يمكن أن أصاب بأزمة قلبية قبل سن الأربعين لأنني مدخن				
12	اعتقد أنني اسبب الضرر لصحة عائلتي لأنني مدخن				
13	أعتقد أن التدخين لن يضر بصحتي إن استمررت لعدة سنوات أخرى				
14	اعتقد أن صحتي جيدة و التدخين لن يسبب لي مشاكل صحية				
15	اعتقد أنني اختار نوع السجائر التي لا تسبب لي الضرر				
16	اعتقد أن عدد السجائر التي أذخنها لن يسبب لي الضرر				
17	اعتقد أن التدخين يؤثر على من لديه مشاكل صحية سابقة				
18	اعتقد أنني سأفقد حياتي بسبب التدخين				
19	اعتقد أن أضرار التدخين تظهر عند كبار السن فقط				

20	اعتقد أنني أستطيع التوقف عن التدخين قبل أن يلحق بي الضرر
----	--

### 2.1.3 حساب الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ-صدق المقياس: يعتبر الصدق من أهم خصائص القياس وهو يشير إلى الإستدلالات الخاصة التي نخرج بها من درجات المقياس وذلك من حيث مناسبتها ومعناها وفائدتها.

(أبو علام، 2007، ص465) ، وقد تم حساب صدق المقياس بطريقتين :

✓ الصدق التكويني بطريقة الإتساق الداخلي: حيث تم حساب معامل الإرتباط الخطي كارل

بيرسون بين درجة كل بند والدرجة الكلية المتحصل عليها في المقياس وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (8) يبين نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي

الرقم	نص البند	معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
1	أنا في مأمن من الأمراض التي يسببها التدخين	0.68	0.01
2	أعتقد أنني سأتمتع بصحة جيدة مدى الحياة مع أنني مدخن	0.59	0.01
3	أعتقد أنني لن أعاين الطبيب لمدة طويلة	0.49	0.01
4	لن أتناول أي دواء لمدة طويلة	0.43	0.01
5	أعتقد أنني عرضة للإصابة بملرئ السرطان لأنني مدخن	0.70	0.01
6	أعتقد أنه يمكن أن أجري عملية جراحية خطيرة بسبب التدخين	0.71	0.01
7	أعتقد أنه ممكن أن أصاب بمشاكل صحية في الرئتين بسبب التدخين	0.71	0.01
8	يمكن أن أنجب ولد معاق لأنني مدخن	0.69	0.01
9	يمكن أن أصاب بالعقم لأنني مدخن	0.66	0.01

0.01	0.66	يمكن أن أصاب بمرض عضال	10
0.01	0.61	يمكن أن أصاب بأزمة قلبية قبل سن الأربعين لأنني مدخن	11
0.01	0.64	أعتقد أنني أسبب الضرر لصحة عائلتي لأنني مدخن	12
0.01	0.82	أعتقد أن التدخين لن يضر بصحتي إن إستمررت لعدة سنوات أخرى	13
0.01	0.64	أعتقد أن صحتي جيدة والتدخين لن يسبب لي مشاكل صحية	14
0.01	0.46	أعتقد أنني أختار نوع السجائر التي لا تسبب لي الضرر	15
0.01	0.60	أعتقد أن عدد السجائر التي أدخنها لن يسبب لي الضرر	16
0.01	0.46	أعتقد أن التدخين يؤثر على من لديه مشاكل صحية سابقة	17
0.01	0.42	أعتقد أنني سأفقد حياتي بسبب التدخين	18
0.01	0.42	أعتقد أن أضرار التدخين تظهر عند كبار السن فقط	19
0.01	0.46	أعتقد أنني أستطيع التوقف عن التدخين قبل أن يلحق بي الضرر	20

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول أن معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس التفاؤل الغير الواقعي تراوحت بين (0.42) و (0.71) و جميعها دال إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01، وهوما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

✓ الصدق التمييزي (طريقة المقارنة الطرفية) :

وذلك بحساب "ت" للدلالة على الفروق الموجودة بين الدرجات المتحصل عليها في مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن بعد ترتيب الدرجات من الأعلى إلى الأدنى وسحب 27 % من هذه الدرجات.

جدول رقم (9) يبين نتائج الصدق التمييزي لمقياس التفاؤل غير الواقعي

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن	76.77	2.46	13.55	دال عند 0.01
	60	4.47		

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن قيمة T هي (13.55) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يعني وجود فروق بين المجموعتين ويعني أيضاً قدرة المقياس على التمييز وبذلك فهو يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق.

ب- ثبات المقياس: تعريف الثبات يشير إلى إمكانية الاعتماد على أداة القياس لأنها تعطي نتائج متقاربة إذا ما استخدمت أكثر من مرة تحت ظروف مماثلة (صابر، خفاجة، 2002، ص 65)، وقد تم حساب ثبات المقياس بطريقتين :

✓ طريقة حساب معامل ألفا كرونباخ (معامل التجانس بين البنود) : يعتبر من أهم مقاييس الثبات حيث يربط ثبات الإختبار بثبات بنوده، وإزدياد نسبة تباينات البنود بالنسبة إلى التباين الكلي يؤدي إلى إنخفاض معامل الارتباط (معمرية، 2007، ص 184)، وقد بلغت قيمته  $\alpha = 0.91$  وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

✓ طريقة التجزئة النصفية: وهي طريقة يتم من خلالها تقسيم الدرجات المتحصل عليها في المقياس إلى مجموعتين فردية وزوجية وحساب معامل الارتباط بينهما والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (10) يبين نتائج معامل الارتباط (التجزئة النصفية)



المتغير	معامل الارتباط بعد تصحيح الطول بسبيرمان براون	مستوى الدلالة
التفاوت غير الواقعي	0.76	0.01

$R = 0.76$  وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

## 2.2 مقياس سلوك التدخين : وقد تم تصميمه وفق الخطوات التالية:

1.2.3 الإطلاع على التراث الأدبي والمقاييس التي تم تصميمها والتي وجدت الباحثة أن معظمها يركز على صفة الإدمان على النيكوتين ويوليها أهمية كبيرة وهو ما يعني أن هذه المقاييس صممت لحساب درجات الإدمان، ولذلك تم الإعتماد على بعض البنود منها فقط وصياغة بنود جديدة تقيس الأبعاد التي تهدف إليها الدراسة ومن هذه المقاييس نذكر :

- مقياس Fegestrom : وهو مقياس يقيس الإدمان على مادة النيكوتين ويتكون من ستة بنود لكل منها بدائل إجابة ولكل منها نقطة تتراوح بين 0 و 4 درجات والمجموع الكلي يحدد درجة الإدمان .

من 0 - 2 لا يوجد إدمان

من 3 - 4 نتيجة ضعيفة

من 5 - 6 نتيجة متوسطة

من 7 - 8 نتيجة قوية

من 9 - 10 تبعية قوية جدا ومن أمثلة بنوده:

\* هل تجد صعوبة في عدم التدخين في الأماكن الممنوع فيها ذلك؟

\* كم عدد السجائر التي تتناولها في اليوم؟

✓ مقياس سلوك التدخين Gilliard et coll 2001 : وهو مقياس يتكون من 28 بند يجاب

عليها بأربعة بدائل هي: أبدا، ممكن، غير ممكن، أكيد، ومن أمثلة عباراته:

\* أَدخِن بصورة تلقائية دون تفكير؟

\* أَدخِن لأفعل مثل الآخرين؟

\* أَدخِن عندما أكون حزينا؟

- مقياس مشاشو قرمية (صمم في دراسة الماجستير) وهو مقياس يحتوي على أربعين بند تم حذف بعضها وإعادة صياغة البعض ثم ترتيبها ووضعها في أربعة محاور.

البدائل		المحور	الرقم
لا	نعم		
		<b>المحور الأول : محور بداية تعلم سلوك التدخين والمعتقدات الإجتماعية الداعمة لذلك</b>	
		بدأت التدخين في سن أقل من 17 سنة	1
		تعلمت التدخين من رفاقي	2
		أدخن لأكون مثل الآخرين	3
		أدخن عندما أكون برفقة مدخنين آخرين	4
		تعلمي سلوك التدخين جعلني أبدو ناضجا	5
		أدخن لأحصل على ثقة أكبر في نفسي	6
		التدخين يحسن علاقاتي مع رفاقي	7
		التدخين يجعلني مقبولا إجتماعيا	8
		<b>المحور الثاني: محور التعود على سلوك التدخين</b>	
		أدخن أول سيجارة عند إستيقاضي من النوم مباشرة	9
		أدخن بصورة تلقائية دون تفكير	10
		عندما لا أدخن لا أكون واعي	11
		أدخن أكثر من 10 سجائر في اليوم	12
		عندما لا أدخن تكون لدي رغبة في التدخين لا أستطيع مقاومتها	13
		أدخن حتى في الأماكن الممنوع فيها ذلك	14

		أدخن لأنني تعودت على ذلك	15
		عندما لا أملك سيجارة يجب أن أحصل عليها بالتأكد	16
		أدخن بشكل مستمر طوال اليوم	17
		<b>المحور الثالث: أسباب الإستمرار في ممارسة هذا السلوك الخطر</b>	18
		أشعر بلذة في التدخين تبدأ مع الحركات التي أقوم بها لإشعال السيجارة	
		أدخن عندما أكون حزين	19
		أدخن عندما أكون متوتر	20
		التدخين يجعلني أسترخي	21
		سحب سيجارة يهدئي	22
		أحب تحريك السيجارة	23
		أدخن عندما أكون غاضب	24
		محاولات التوقف عن التدخين تشعرني بالإضطراب	25
		<b>المحور الرابع : محور الوعي بآثار سلوك التدخين</b>	26
		عندما بدأت التدخين كنت أعلم بأضراره على الصحة	
		أعلم أن التدخين يسبب إضطرابات في التنفس	27
		أعلم أن التدخين يزيد من احتمالات الوفاة المبكرة	28
		حاولت التوقف عن التدخين عند معرفتي بأضراره	29
		أعلم أن التدخين يسبب إلتهابات مزمنة في	30

		الجهاز التنفسي	
		أعلم ان التدخين يسبب سرطان الحنجرة	31
		أعلم أن التدخين يسبب سرطان الفم والبلعوم	32
		أعلم أن التدخين يسبب سرطان الرئة	33
		أعلم أنني أستطيع التوقف عن التدخين في التوقيت المناسب	34

وبذلك أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من 34 بنداً تتم الإجابة عليها بنعم أو لا وتصحح كالاتي:

نعم: 2

لا: 1

وبذلك تتراوح الدرجات المتحصل عليها في هذا المقياس بين 34 درجة و68 درجة

2.2.3 حساب الخصائص السيكومترية:

أ-صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بطريقتين

✓ صدق الإتساق الداخلي: حيث تم حساب معامل الارتباط الخطي كارل بيرسون والنتائج

موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (11) يبين نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس سلوك التدخين

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	نص البند	الرقم
0.01	0.78	المحور الأول: محور بداية تعلم سلوك التدخين والمعتقدات الإجتماعية الداعمة لذلك	1
		بدأت التدخين في سن أقل من 17 سنة	
0.01	0.55	تعلمت التدخين من رفاقي	2
0.01	0.71	أدخن لأكون مثل الآخرين	3
0.01	0.69	أدخن عندما أكون برفقة مدخنين آخرين	4
0.01	0.71	تعلمي سلوك التدخين جعلني أبدو ناضجا	5

0.01	0.78	أدخن لأحصل على ثقة أكبر في نفسي	6
0.01	0.71	التدخين يحسن علاقاتي مع رفاقي	7
0.01	0.82	التدخين يجعلني مقبولا إجتماعيا	8
		<b>المحور الثاني: محور التعود على سلوك التدخين</b>	
0.01	0.41	أدخن أول سيجارة عند إستيقاظي من النوم مباشرة	9
0.01	0.69	أدخن بصورة تلقائية دون تفكير	10
0.01	0.91	عندما لا أدخن لا أكون واعي	11
0.01	0.53	أدخن أكثر من 10 سجائر في اليوم	12
0.01	0.78	عندما لا أدخن تكون لدي رغبة في التدخين لا أستطيع مقاومتها	13
0.01	0.53	أدخن حتى في الأماكن الممنوع فيها ذلك	14
0.01	0.51	أدخن لأنني تعودت على ذلك	15
0.01	0.82	عندما لا أملك سيجارة يجب أن أحصل عليها بالتأكد	16
0.01	0.59	أدخن بشكل مستمر طوال اليوم	17
		<b>المحور الثالث: أسباب الإستمرار في ممارسة هذا السلوك الخطر</b>	
0.01	0.46	أشعر بلذة في التدخين تبدأ مع الحركات التي أقوم بها لإشعال السيجارة	18
0.01	0.55	أدخن عندما أكون حزين	19
0.01	0.66	أدخن عندما أكون متوتر	20
0.01	0.85	التدخين يجعلني أسترخي	21
0.01	0.84	سحب سيجارة يهدئني	22

0.01	0.67	أحب تحريك السيارة	23
0.01	0.56	أدخن عندما أكون غاضب	24
0.01	0.46	محاولات التوقف عن التدخين تشعرني بالإضطراب	25
0.01	0.63	<b>المحور الرابع : محور الوعي بآثار سلوك التدخين</b>	26
		عندما بدأت التدخين كنت أعلم بأضراره على الصحة	
0.01	0.62	أعلم أن التدخين يسبب إضطرابات في التنفس	27
0.01	0.80	أعلم أن التدخين يزيد من احتمالات الوفاة المبكرة	28
0.01	0.72	حاولت التوقف عن التدخين عند معرفتي بأضراره	29
0.01	0.54	أعلم أن التدخين يسبب إلتهابات مزمنة في الجهاز التنفسي	30
0.01	0.71	أعلم ان التدخين يسبب سرطان الحنجرة	31
0.01	0.49	أعلم أن التدخين يسبب سرطان الفم والبلعوم	32
0.01	0.80	أعلم أن التدخين يسبب سرطان الرئة	33
0.01	0.85	أعلم أنني أستطيع التوقف عن التدخين في التوقيت المناسب	34

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول أن معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس سلوك التدخين تتراوح بين (0.41) و (0.91) وكلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق .

#### ✓ الصدق التمييزي : طريقة المقارنة الطرفية

وذلك بحساب "ت" للدلالة على الفروق الموجودة بين الدرجات المتحصل عليها في مقياس سلوك التدخين بعد ترتيب الدرجات من الأعلى إلى الأدنى وسحب 27 % من هذه الدرجات.

جدول رقم (12) يبين نتائج الصدق التمييزي لمقياس سلوك التدخين:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
سلوك التدخين	67.44	0.48	4.91	0.01
	56.38	9.25		

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن قيمة T هي (4.91) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يعني وجود فروق بين المجموعتين ويعني أيضاً قدرة المقياس على التمييز وبذلك فهو يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق.

ب- ثبات المقياس: تم حساب ثبات مقياس سلوك التدخين بطريقتين:

✓ طريقة حساب معامل ألفا كرونباخ (معامل التجانس بين البنود) وقد بلغ  $\alpha = 0.93$  وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

✓ طريقة التجزئة النصفية: نقوم من خلالها بتقسيم الدرجات المتحصل عليها في المقياس إلى مجموعتين فردية وزوجية وحساب معامل الارتباط بينهما والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (13) يبين نتائج معامل الارتباط (التجزئة النصفية) لمقياس سلوك التدخين

المتغير	معامل الارتباط بعد تصحيح الطول بسبيرمان براون	مستوى الدلالة
سلوك التدخين	0.95	0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة  $R=0.95$  وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون وهو ما يعني تمتع المقياس أيضا بدرجة عالية من الثبات.  
**3.3 مقياس السلوك الصحي :** وقد تم تصميمه وفق الخطوات التالية:

1.2.3 الإطلاع على التراث الأدبي والمقاييس التي تم تصميمها والتي من بينها:

- اختبار Belloc et berselou سنة 1965 والذي حددت فيه السلوكات الصحية في سبعة أنماط

- النوم من 7 الى 8 ساعات

- تناول وجبة الافطار

- عدم تناول الاطعمة بين الوجبات

- عدم الزيادة في الوزن عن الحد المطلوب

- ممارسة الرياضة

- عدم التدخين

- عدم شرب الكحول

- دراسة sarafino سنة 1994 و التي حددت فيه ثلاثة أبعاد للسلوك الصحي :

- بعد وقائي

- بعد الحفاظ على الصحة

- بعد الارتقاء بالصحة

- دراسة عثمان يخلف وفرح يوسف عبد الله سنة 1998 في جامعة قطر و هي دراسة

حددت فيها أبعاد السلوك الصحي و علاقتها ببعض المتغيرات كالعمر و الجنس... الخ

- مقياس Health Behavior Questionnaire

- استبيان السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة لسامر جميل رضوان

و من ثم قامت الطالبة الباحثة بتصميم المقياس وفق ثلاثة محاور:



البدائل				محتوى البند	رقم البند
دائما	غالبا	أحيانا	لا		
<b>المحور الأول: السلوكيات الوقائية</b>					
				تتمتع بصحة جيدة عموما	01
				تتحسن بسرعة بعد مرضك	02
				تتعرض للأمراض المعدية كالأنفلونزا بسرعة	03
				تتعرض للمرض بشكل متكرر	04
				تقوم بالفحوصات و التحاليل الضرورية للاطمئنان على صحتك	05
				تقوم بزيارة طبيب اذا ما أحسست بتوعك	06
				تتبع نصائح الطبيب عندما تصاب بمرض ما	07
				تحترم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب	08
				تدخن	09
				تتناول الأدوية دون استشارة الطبيب	10
<b>المحور الثاني: سلوكيات الحفاظ على الصحة</b>					
				تشعر بالارتياح خلال قيامك بأعمالك اليومية	11
				تحافظ على عادات صحية فيما يخص النوم- الأكل	12
				تهتم بنظافة جسمك	13
				تتناول وجباتك في أوقاتها	14
				تنام لوقت كافي	15

				تتناول اللحوم بكثرة	16
				تتناول الحلويات بكثرة	17
				تحتاج الى اضافة الملح للطعام	18
				تتناول القهوة والشاي بكثرة	19
				تتناول المشروبات الغازية بكثرة	20
				تقوم بأعمالك اليومية دون احساس سريع بالتعب	21
				وزنك مناسب لسنك	22
<b>المحور الثالث: سلوكيات الارتقاء بالصحة</b>					
				تفعل ما بوسعك للحفاظ على صحتك	23
				الابتعاد عن كل ما يضر بصحتك	24
				تخصص وقت لممارسة الرياضة بشكل يومي	25
				تمارس بعض تمارين الاسترخاء	26
				تتبتعد عن الأماكن التي يكثر فيها التدخين	27
				تتنسب لنادي رياضي	28
				تتبع حمية غذائية	29
				تحرص على تناول وجبات غذائية معينة	30
				تستخدم جهاز الكمبيوتر أو التلفاز لوقت محدد	31
				تشارك مع أصدقائك في نشاطات ترفيهية	32
				تشعر أنك مليء بالطاقة	33

و بذلك أصبح المقياس في صورته النهائية يتكون من 33 بندا تتم الاجابة عنها وفقا لأربعة بدائل هي:

- لا: تمنح درجة واحدة عند التصحيح
- أحيانا: تمنح درجتان عند التصحيح
- غالبا: تمنح ثلاثة درجات عند التصحيح

• دائماً: تمنح أربع درجات عند التصحيح  
هذا بالنسبة للبند الإيجابية وهي 1- 2- 5- 6- 7- 8- 11-12-13-14-15-21-22-  
23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33 أما بالنسبة للبند السلبية و 4-9-10-  
16-17-18-19-20 تصبح الدرجات كالاتي:

- لا: تمنح أربع درجات عند التصحيح
- أحيانا: تمنح ثلاثة درجات عند التصحيح
- غالبا: تمنح درجتان عند التصحيح
- دائماً: تمنح درجة واحدة عند التصحيح

وبذلك تتراوح الدرجات المتحصل عليها في المقياس من 33 الى 132 درجة ويبدل ارتفاع الدرجة  
على ارتفاع مستوى السلوك الصحي  
حساب الخصائص السيكومترية:

أ-صدق المقياس: تم حساب صدق المقياس بطريقتين

✓ صدق الإتساق الداخلي: حيث تم حساب معامل الارتباط الخطي كارل بيرسون بين درجة

كل بند والدرجة الكلية والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (14) يبين نتائج صدق الإتساق الداخلي لمقياس السلوك الصحي

الرقم	نص البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	المحور الأول: محور السلوكيات الوقائية	0.83	0.01
	تتمتع بصحة جيدة عموماً		
2	تتحسن بسرعة بعد مرضك	0.83	0.01
3	تتعرض للأمراض المعدية كالأنفلونزا بسرعة	0.83	0.01
4	تتعرض للمرض بشكل متكرر	0.83	0.01
5	تقوم بالفحوصات و التحاليل الضرورية للاطمئنان على صحتك	0.86	0.01

0.01	0.74	تقوم بزيارة طبيب اذا ما أحسست بتوعك	6
0.01	0.73	تتبع نصائح الطبيب عندما تصاب بمرض ما	7
0.01	0.73	تحتزم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب	8
0.01	0.45	تدخن	9
0.01	0.48	تتناول الأدوية دون استشارة الطبيب	10
0.01	0.57	<b>المحور الثاني : محور سلوكيات الحفاظ على الصحة</b>	
		تشعر بالارتياح خلال قيامك بأعمالك اليومية	11
0.01	0.83	تحافظ على عادات صحية فيما يخص النوم- الأكل	12
0.01	0.45	تهتم بنظافة جسمك	13
0.01	0.77	تتناول وجباتك في أوقاتها	14
0.01	0.82	تنام لوقت كافي	15
0.01	0.56	تتناول اللحوم بكثرة	16
0.01	0.64	تتناول الحلويات بكثرة	17
0.01	0.70	تحتاج الى اضافة الملح للطعام	18
0.01	0.82	تتناول القهوة و الشاي بكثرة	19
0.01	0.85	تتناول المشروبات الغازية بكثرة	20
0.01	0.46	تقوم بأعمالك اليومية دون احساس سريع بالتعب	21
0.01	0.67	وزنك مناسب لسنك	22
		<b>المحور الثالث : محور سلوكيات الارتقاء بالصحة</b>	

0.01	0.85	تفعل ما بوسعك للحفاظ على صحتك	23
0.01	0.86	الابتعاد عن كل ما يضر بصحتك	24
0.01	0.89	تخصص وقت لممارسة الرياضة بشكل يومي	25
0.01	0.46	تمارس بعض تمارين الاسترخاء	26
0.01	0.48	تبتعد عن الأماكن التي يكثر فيها التدخين	27
0.01	0.86	تتنسب لنادي رياضي	28
0.01	0.46	تتبع حمية غذائية	29
0.01	0.48	تحرص على تناول وجبات غذائية معينة	30
0.01	0.56	تستخدم جهاز الكمبيوتر أو التلفاز لوقت محدد	31
0.01	0.86	تشارك مع أصدقائك في نشاطات ترفيهية	32
0.01	0.53	تشعر أنك مليء بالطاقة	33

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لمقياس السلوك الصحي تتراوح بين (0.45) و (0.89) وكلها دالة عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة كبيرة من الصدق.

✓ الصدق التمييزي: طريقة المقارنة الطرفية:

الصدق وذلك بحساب "ت" للدلالة على الفروق الموجودة بين الدرجات المتحصل عليها في مقياس السلوك الصحي بعد ترتيب الدرجات من الأعلى إلى الأدنى وسحب 27 % من هذه الدرجات.

جدول رقم (15) يبين نتائج الصدق التمييزي لمقياس السلوك الصحي:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
السلوك	91.44	4.00		
الصحي	44.27	2.84	26.6	دال عند 0.01

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول أن قيمة T هي (26.60) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وهو ما يعني وجود فروق بين المجموعتين وبذلك فالمقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

ب- ثبات المقياس: تم حساب ثبات مقياس سلوك التدخين بطريقتين:

✓ طريقة حساب معامل ألفا كرونباخ (معامل التجانس بين البنود): وقد بلغت قيمته  $\alpha = 0.94$  وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

✓ طريقة التجزئة النصفية: نقوم من خلالها بتقسيم الدرجات المتحصل عليها في المقياس إلى مجموعتين فردية وزوجية وحساب معامل الارتباط بينهما والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (16) يبين نتائج معامل الارتباط (التجزئة النصفية) لمقياس السلوك الصحي

المتغير	معامل الارتباط بعد تصحيح الطول بسبيرمان براون	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	0.93	0.01

نلاحظ من خلال الجدول أن  $R=0.93$  وذلك بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون وهو ما يعني تمتع المقياس أيضاً بدرجة عالية من الثبات.

4) البرنامج العلاجي: هو برنامج مصمم ضمن إطار منظم يستند الى تقنيات و فنيات العلاج المعرفي السلوكي المستمدة من الاتجاهات النظرية لكل من ألبرت أليس (الاتجاه العقلاني الانفعالي) آرون بيك (الاتجاه المعرفي السلوكي الاستدلالي) و ميكنيوم (اتجاه التدريب على تعليم الذات أو منحى التعديل المعرفي السلوكي).

ان الاعتماد على هذه الأطر النظرية ساهم في تحديد مجموعة من الخطوات المنظمة التي تشكل في مجملها محتوى وسيرورة تطبيق هذا البرنامج الذي نسعى من خلاله الى تعديل الأساليب السلوكية الخاطئة والناجمة بدورها عن تكوينات معرفية مشوهة واستبدالها باتجاهات ايجابية

#### 1-4 مرحلة اعداد البرنامج العلاجي:

1-1-4 تحديد عنوان البرنامج: برنامج علاجي معرفي سلوكي يهدف الى خفض التفاؤل غير الواقعي وتنمية السلوك الصحي لدى المدخن.

#### 2-1-4 تحديد أهداف البرنامج:

العلاج المعرفي السلوكي منهج علاجي يستخدم فنيات تعديل السلوك و يدمجها مع مناهج تغيير الاعتقادات غير المتكيفة ، و المعالج وفق هذا المنهج يحاول مساعدة الأفراد على ضبط ردود أفعالهم الانفعالية المزعجة عن طريق تعليمهم أساليب فعالة في التفكير و التحدث مع الذات فيما يخص التجارب الحياتية التي يعيشونها كما يعتمد هذا النموذج على ملاحظة الأفراد لأفكارهم و مشاعرهم ، و خلال عملية الملاحظة تكتشف العلاقة بين الأفكار و المشاعر و السلوك باعتبارها علاقة تفاعلية ، و يتم التعرف على التشوهات المعرفية و الاعتقادات المختلة وظيفيا. و لذلك يكون التغيير كيفية رؤية الأفراد لذواتهم و للعالم، و هو الأمر الذي جعل من منهج العلاج المعرفي السلوكي منهجا واسع الاستخدام في حل الكثير من المشكلات النفسية و السلوكية، بل و أصبح يستخدم في تعديل السلوكات الضارة بالصحة لأنه المنهج الأفضل في البحث في الظروف التي تدعو الى ظهور هذه السلوكات و بقائها و العوامل المعززة لها ، كما يركز اهتماما شديدا على المعتقدات التي يحملها الأفراد ازاء عاداتهم الصحية و تغييرها لتغيير سلوكاتهم .

ومن هذا المنطلق تبلورت أهداف الباحثة من خلال تصميم وتطبيق هذا البرنامج في:

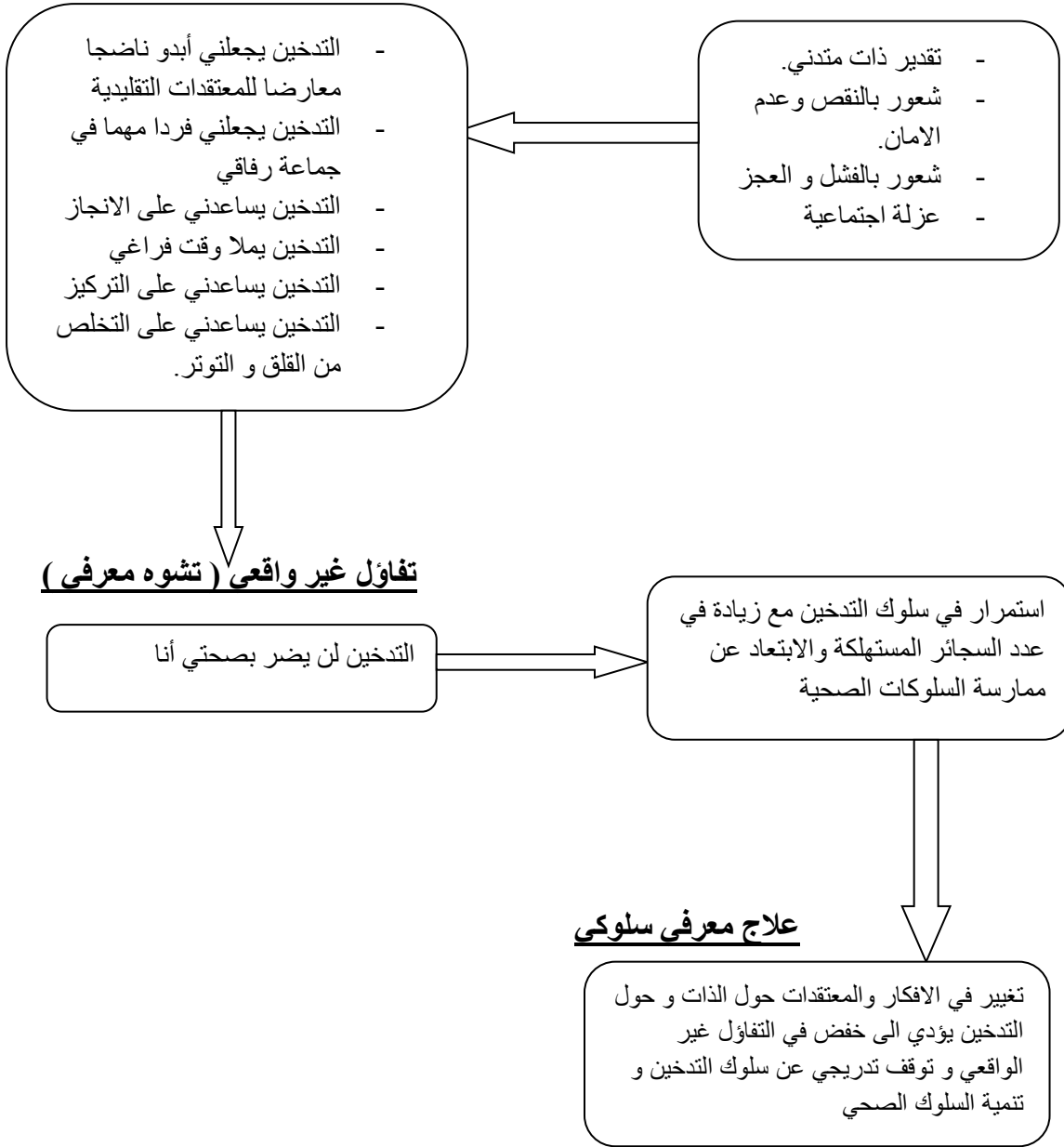
(أ) هدف رئيسي: يتمثل في اختبار فعالية هذا البرنامج في خفض مستوى التفاؤل غير

الواقعي لدى المجموعة التجريبية والتوقف التدريجي عن ممارسة سلوك التدخين وتنمية

بعض السلوكات الصحية.وقد وضعت الباحثة مخططا في بداية الدراسة تمثل في:

معتقدات وأفكار خاطئة

مدخن في بداية تعلمه لسلوك التدخين



شكل رقم (8) مخطط المعتقدات

اعداد الباحثة



(ب) الأهداف الفرعية:

- تعريف أفراد العينة بالصلة الموجودة بين التفكير والانفعال والسلوك وكيف يؤثر كل منهما على الآخر.
- تدريب أفراد العينة على مراقبة أفكارهم ثم التعبير عنها قصد تعديلها.
- تعديل التشوه المعرفي الحاصل من خلال تعديل البنية المعرفية اعتمادا على مجموعة من تقنيات العلاج المعرفي السلوكي.
- رفع تقدير الذات لدى أفراد العينة وتغيير الاتجاهات نحو سلوك التدخين والسلوك الصحي.
- تدريب أفراد المجموعة على كيفية التصرف في المواقف الضاغطة واتخاذ سلوكيات ايجابية.

4-3-1 الإطار النظري للبرنامج ومصادر اعداده:

(أ) الإطار النظري: اعتمدت الباحثة في اعدادها للبرنامج على مراجعة نظريات العلاج المعرفي السلوكي خاصة:

- **نظرية ألبرت أليس** التي تعتمد على العلاقة التفاعلية للعمليات النفسية، فالمعرفة و السلوك و الانفعال غالبا ما تتشابه مع بعضها مشكلة خبلرة ذات معنى و ذلك وفق نظريته (C) (B) (A) و تمثل (A) الحادثة المنشطة و (B) طريقة التفكير و (C) النتائج السلوكية ، كما يعتقد أليس أن الأحداث ليست هي السبب في حدوث المشكلات النفسية و السلوكية ، لكن الأفكار و المعتقدات هي السبب و بذلك يكون الهدف من العلاج تحدي هذه المعتقدات.
- **نظرية آرون بيك**: الذي يرى أن سبب السلوك غير المتكيف هو تشوه في البنية المعرفية، يمكن تعديله بأساليب الحوار المستخدمة في العلاج المعرفي.
- **نظرية ميكنبوم للتدريب على تعليم الذات**: والتي تركز على أهمية الحوار الداخلي عند الانسان وتأثيره على العمليات الادراكية وكيف يمكن بتغييره تغيير التفكير والمشاعر وتعديل السلوك، وهي تستخدم أسلوب التوجيه الذاتي وهو أن يعطي الفرد تعليمات لنفسه لكي يغير من سلوكه.

ان الاطلاع على مختلف هذه النظريات مكن من التعرف على التقنيات والفنيات العديدة لهذا المنهج العلاجي الذي يسعى الى تعديل أفكار الفرد عن نفسه وعن الآخرين من خلال الحوار والمناقشة والتدريب على التفكير بطريقة ايجابية وواقعية، وتحديد أخطاء التفكير، وهو يعد بذلك أكثر من تطبيق آلي لمجموعة من التقنيات لأنه يركز على العوامل الادراكية للتغلب على تأثيرات المشاكل وعلاجها والهدف ليس تغيير السلوك وانما تغيير المفاهيم والتفسيرات الشخصية.

- **مراجعة التراث النظري** الذي سطر الضوء على متغيرات البحث المتمثلة في التفاؤل غير الواقعي، سلوك التدخين والسلوك الصحي من حيث ماهيتها، نظرياتها، تأثيراتها ونتائجها.
- (ب) **مراجعة الدراسات السابقة و البرامج العلاجية و الارشادية التي تعلقت بمتغيرات البحث:** حيث استمدت الباحثة المادة العلمية و مختلف التقنيات و الفنيات العلاجية من:
  - **الدراسات السابقة المتعلقة بالتفاؤل غير الواقعي:**
    - دراسة ديلهوم (2009) ، دراسة ديلهوم و كوهن ( 2004 ) ، دراسة روتر (1998) ،
    - دراسة ماكينا ( 1993 ) ، دراسة وانشتاين (1986) ، دراسة وانشتاين (1980) ، دراسة هورنس (1995) و دراسة بدر محمد الأنصاري (1998)
  - **الدراسات التي ساهمت في تعديل التفاؤل غير الواقعي:**
    - دراسة وانشتاين (2003) ، دراسة ماير و دلهوم (2007) ، دراسة ماير و دلهوم (1996) ، دراسة عبد العزيز حجي العنزي (2014) ، دراسة سترين تارا (2004) ، دراسة كروتر (1995) ، دراسة جوناثان و ريبوكا (1991)
  - **الدراسات المتعلقة بسلوك التدخين والسلوك الصحي:**
    - دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية (2005) ، دراسة بشير قصير و آخرون (2000) ، دراسة عبد القاسم (1999) ، دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية (1999) ، دراسة محمد السيد عبد الرحمن (1998) ، دراسة معتز سيد عبد الله (1996)

- البرامج العلاجية والارشادية:
  - النموذج عبر النظري في تغيير السلوك (بروشاسكا) ، البرنامج المستمد من التأثير الاجتماعي لريتشارد ايفانز ( للوقاية من سلوك التدخين ) ، ومنحى التدريب على مهارات الحياة لبوتفان (1992) (للوفاية من سلوك التدخين و منع الانتكاس).
  - مختلف البرامج المصممة للتوقف عن التدخين.
  - الخبرة الميدانية للباحثة بصفتها اخصائية نفسانية للصحة العمومية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية واستفادتها من دورات تكوينية (في الفحص والعلاج النفسي بالمعهد الوطني للصحة العمومية، دورة تكوينية خاصة بتطبيق تقنية الاسترخاء خاصة تقنية جاكوبسون وذلك بمركز التكوين (SARP).
- 4-2 مرحلة تحديد محتوى البرنامج: وهي مرحلة خاصة بكيفية تحديد محتوى جلسات البرنامج وما تضمنته من تقنيات و فنيات وما استخدم فيها من أدوات.
- 4-2-1 جلسات البرنامج العلاجي: يتكون هذا البرنامج من 12 جلسة علاجية جماعية لكل منها هدف وموضوع وتقنيات خاصة، وقد تم تقسيمها تبعا لأهداف البرنامج كما هو موضح في الجدول التالي:

#### جدول رقم ( 17 ) يبين سيرورة الجلسات

رقم الجلسة	الهدف
1 - 2	تأسيس العلاقة العلاجية
2	البدأ بالعمل على المشكلة
3- 4 - 5	مراقبة الأفكار، تحديد المعتقدات، المخططات (الأفكار الخاطئة حول الذات وحول المهارات الاجتماعية والتطرف)، تعلم طرق جديدة للتفكير
7 - 8	مواجهة العجز والكسل و الاحساس بالفشل (لمعينة مستوى النشاط) ،
9 - 10	ايجاد البدائل و تعزيز السلوك الصحي
11 - 12	تقييم، تلخيص، تعزيز النتائج، تأكيد على المتابعة

- محتوى وأهداف جلسات البرنامج: بعد تحديد أهداف الجلسات العلاجية تم تحديد المحتوى لكل منها كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (18) يبين محتوى وأهداف الجلسات:

رقم الجلسة	العنوان	المحتوى	الهدف
01	تأسيس العلاقة العلاجية	<p>1) تأسيس العلاقة العلاجية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعريف وتوضيح لمشكلة التدخين</li> <li>- تعريف وتوضيح لماهية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي</li> <li>- شرح محتوى العقد العلاجي وتأكيد على ضرورة الالتزام والانضباط</li> <li>2) عرض فيديو تحفيزي للتوقف عن التدخين</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تعارف بين أفراد المجموعة والباحثة</li> <li>- توضيح أهداف البرنامج والنتائج المتوقع الوصول إليها</li> <li>- امضاء العقد العلاجي</li> </ul>
02	تأسيس العلاقة العلاجية +البدا بالعمل على المشكلة	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقييم ردود الفعل حول الجلسة الاولى</li> <li>- تقييم الواجب المنزلي الأول ( استمارة مزايا و مساويء سلوك التدخين ) (تفحص الدليل )</li> <li>- تطبيق تقنية الحوار : فسح المجال لكل فرد من أفراد المجموعة للحديث</li> <li>مشكلة التدخين</li> <li>- شرح الأخطار الحقيقية لسلوك التدخين عن طريق اللقاء محاضرة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- معرفة مدى ارتفاع درجات التفاؤل غير من خلال مناقشة استمارة مزايا و مساويء سلوك التدخين</li> </ul>

<p>- معرفة مدى تمسك أفراد العينة بسلوك التدخين وعيهم بالاضرار</p>	<p>(powerpoint) وعرض فيديو يظهر أضرار التدخين على مختلف أجهزة الجسم <b>الواجب المنزلي:</b> تقديم استمارة سجل الأفكار التلقائية</p>	<p>+البدأ بالعمل على المشكلة</p>	
<p>التعرف على الأفكار التلقائية و المعتقدات الخاطئة : كل ما له علاقة بتقدير الذات و الاحساس بالنقص و الشعور بعدم الأمان و الفشل و ارتباطه بسلوك التدخين</p>	<p>- تقييم الواجب المنزلي : استمارة سجل الأفكار التلقائية ومعرفة العلاقة بين التفكير و الانفعال و السلوك و تطبيق تقنية لعب الدور لمعرفة الحديث الداخلي و تشجيع أفراد المجموعة على المشاركة - لقاء محاضرة (تكلمة) لأخطار سلوك التدخين (فيديو +powerpoint) - تقديم مطوية من تصميم الباحثة تعرف بسلوك التدخين وأخطاره <b>الواجب المنزلي:</b> تقديم استمارة السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا سيامو</p>	<p>مراقبة الأفكار وتحديد المعتقدات والمخططات</p>	<p>03</p>
<p>- معرفة الأفكار التلقائية المتعلقة بتوكيد الذات</p>	<p>- تقييم الواجب المنزلي: استمارة السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا سيامو - مراقبة الافكار - تطبيق تقنية الحوار وفتح المجال لأفراد المجموعة للحديث عن تحقق الذات -اعادة البناء المعرفي (النمذجة الحية)</p>	<p>مراقبة الأفكار وتحديد</p>	<p>04</p>

<p>- معرفة مختلف المواقف المسببة للاستجابات الانفعالية من خلال السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا سيامو والبحث عن استجابات بديلة</p>	<p>+ القاء محاضرة من طرف النموذج ب.م 62 سنة توقف عن التدخين منذ 20 سنة استخدام تقنية التدريب المعرفي الاستطلاعي واعادة عزو الصفات <b>الواجب المنزلي :</b> - تقديم استمارة الأعمدة الثلاثة - تقييم استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p>	<p>المعتقدات والمخططات</p>	
<p>- معرفة الحالة الانفعالية و طريقة التفكير الخاطئة و من ثم تغييرها بأفكار بديلة ايجابية حول الذات و حول القدرة على الانجاز - تعلم ردود فعل جديدة تجاه المواقف الجديدة من خلال تقنية التدريب المعرفي الاستطلاعي و تنمية مفهوم المهارة الاجتماعية - زيادة الوعي لدى أفراد المجموعة - التخفيف من حدة التوتر والقلق باعتبارهما دافعان أساسيان لسلوك التدخين بممارسة الاسترخاء</p>	<p>- <b>تقييم الواجب المنزلي :</b> 1) تقييم استمارة تقرير الحالة عن الجلسة (تغذية راجعة) 2) مناقشة استمارة الأعمدة الثلاثة (الحالة - الاستجابة الخاطئة - الاستجابة العقلانية ) و استخدامها في التدريب على تحسين صورة الذات و توكيدها بعيدا عن سلوك التدخين - القاء محاضرة ( powerpoint ) عن سرطان الفم و الحنجرة و الرئتين و عرض فيديو لحالات مصابة - استخدام تقنية الاسترخاء بالتدرب على تمارين الاسترخاء العضلي و النفسي و الحث على ممارستها يوميا ملحق رقم 15 <b>الواجب المنزلي :</b> - التدريب على الاسترخاء</p>	<p>مراقبة الأفكار الخاطئة حول الذات و حول المهارات الاجتماعية وتعلم طرق جديدة للتفكير</p>	<p>05</p>

	<p>- تقديم استمارة الاعمدة الثلاثة</p>		
<p>- اكتساب تدريجي للسلوك التوكيدي دون اللجوء الى ممارسة السلوك الخطر - ادراك مفهوم الأفكار الايجابية حول الذات و تبنيتها والتعود عليها (الابتعاد عن الشعور بالنقص الفشل ) - تنمية مفهوم المهارة الاجتماعية بممارستها في مواقف حياتية</p>	<p>- مناقشة استمارة الأعمدة الثلاثة ومواصلة التدريب على تحسين صورة الذات و توكيدها بعيدا عن سلوك التدخين</p> <p>- استخدام تقنية لعب الدور و الحديث الذاتي الايجابي بهدف التدريب على السلوك التوكيدي (بعيدا عن سلوك التدخين )</p> <p>- القاء محاضرة من طرف النموذج ( م. أ. ز ) 23 سنة توقف منذ شهر و نصف ( النمذجة الحية ) بهدف اعادة البناء المعرفي</p> <p>- التدريب على الاسترخاء</p> <p>- مواصلة التمارين وحث على مواصلة ممارستها بشكل يومي</p> <p><b>الواجب المنزلي :</b> تقديم استمارة النشاط اليومي و النشاط الاسبوعي</p>	<p>مراقبة الأفكار الخاطئة حول الذات و حول المهارات الاجتماعية وتعلم طرق جديدة للتفكير</p>	<p>06</p>
	<p>- مناقشة استمارة النشاط اليومي</p> <p>- تقنية المحاضرة: تعريف بالسلوك الصحي و أهميته (powerpoint) و</p>		

<p>- معرفة الأنشطة التي يمارسها أفراد المجموعة تمهيدا لتغيير الاستراتيجيات</p> <p>- شرح فوائد ممارسة الرياضة والتغذية السليمة</p>	<p>عرض فيديو يظهر أهمية ممارسة الرياضة و التغذية الصحية</p> <p>- تقنية الحوار فتح مجال لأفراد المجموعة للحديث عن السلوك الصحي</p> <p>- انهاء تمارين الاسترخاء وحث على مواصلة ممارستها</p> <p><b>الواجب المنزلي:</b></p> <p>- تقديم استمارة التقييم الذاتي</p> <p>- تقديم استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي</p>	<p>مواجهة العجزوالكسل والاحساس بالفشل</p>	<p>07</p>
<p>- معرفة مدى رضا أفراد المجموعة عن سيرورة البرنامج العلاجي</p> <p>- معرفة اتجاهات أفراد المجموعة حول السلوك الصحي تمهيدا لتغيير الاستراتيجيات</p> <p>- معرفة أفكار أفراد المجموعة حول السلوك الصحي لتثمين الأفكار الصحيحة ودحض الأفكار الخاطئة</p>	<p>- مناقشة استمارة التقييم الذاتي</p> <p>- مناقشة استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي</p> <p>- تقنية المحاضرة: تكلمة محاضرة التعريف بالسلوك الصحي وأهميته</p> <p>وعرض فيديو عن أهمية التغذية والنوم</p> <p>- تقنية الحوار: فتح مجال للحوار لأفراد المجموعة حول كيفية التوقف عن السلوكات غير الصحية ويجاد البدائل</p> <p><b>الواجب المنزلي:</b> تقديم استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي</p>	<p>مواجهة العجزوالكسل والاحساس بالفشل (ايجاد البدائل)</p>	<p>08</p>



<p>- معرفة النشاطات التي يمارسها أفراد المجموعة</p> <p>- التدريب التدريجي لأفراد المجموعة على ممارسة السلوك الصحي</p> <p>- تعريض المجموعة لنماذج حية ومعرفة مدى التأثير</p>	<p>- مناقشة استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي ومن خلالها:</p> <p>- فتح الحوار والمناقشة ثم وضع برنامج يومي ينظم أوقات الأكل والنوم وممارسة الرياضة (بارشادات من الطبيب المختص)</p> <p><b>الواجب المنزلي</b></p> <p>- تقديم استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي</p> <p>- تقديم استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p> <p>- تحديد موعد للزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان باتنة</p>	<p>مواجهة العجز والكسل والاحساس بالفشل (ايجاد البدائل)</p>	<p>09</p>
---	---	--	-----------

<p>- تقييم مدى تغير الأفكار وتطبيق الاستراتيجيات الجديدة والأهم من ذلك تقييم مدى التطور في التوقف عن سلوك التدخين</p> <p>- تحويل الانفعالات الى أفكار ومن ثم الى سلوك (تحويل الاحساس) بالتأثر بحالة مريض السرطان الى أفكار سلبية عن سلوك التدخين من جهة و أفكار ايجابية عن القدرة عن التخلي عن هذا السلوك</p>	<p>- مناقشة استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p> <p>- استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي ومن خلالها مناقشة درجات الرضا والاتقان لمختلف النشاطات اليومية</p> <p>- مناقشة مدى تنفيذ المجموعة للبرنامج اليومي المنظم لأوقات الأكل والنوم والنشاط الرياضي</p> <p>- مناقشة ردود الفعل حول الزيارة الميدانية</p> <p>- استعراض الحالات التي أجريت معها المقابلات</p> <p><u>الواجب المنزلي</u> : تقديم استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي</p>	<p>مواجهة العجز والكسل والاحساس بالفشل (ايجاد البدائل)</p>	<p>10</p>
---	---	--	-----------

<p>- معرفة مدى التطور في ممارسة السلوكيات الصحية - تعزيز النتائج الايجابية - معرفة مدى نجاح البرنامج في تغيير الأفكار والسلوكيات</p>	<p>- مناقشة استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي ومن خلالها مناقشة مدى تطبيق البرنامج اليومي المنظم لأوقات الأكل والنوم والنشاط الرياضي وتقييم درجات الرضا والالتقان - تقييم عام لمدى التقدم في ممارسة السلوك الصحي (تشجيع وتعزيز للأفراد المتقدمين) - تطبيق تقنية الحوار حول: مدى التغيير في التحكم في الانفعالات والتصرف في المواقف الجديدة - اختيار نموذجين من أفراد المجموعة <b>الواجب المنزلي</b> تقديم استمارة: - التقييم الذاتي - التقييم الاسبوعي للنشاط الصحي</p>	<p>تقييم تعزيزالنتائج</p>	<p>11</p>
<p>- تقييم التغيير الحاصل ومدى استفادة المجموعة من البرنامج - تشجيع أفراد المجموعة لمواصلة التغيير الايجابي والمحافظة على السلوكيات الصحية المكتسبة</p>	<p>- مناقشة استمارة التقييم الذاتي - مناقشة استمارة التقييم الاسبوعي للنشاط الصحي - اجراء القياس البعدي للمقاييس الثلاثة التفاضل غير الواقعي، سلوك التدخين والسلوك الصحي - التعزيز الايجابي: منح شهادات تقديرية لأفراد المجموعة وللنموذجين الايجابيين (ب.م.وم.أ.ز.)</p>	<p>تقييم ، تعزيزو تأكيد على المتابعة</p>	<p>12</p>

4-2-2) التقنيات والأدوات المستخدمة في البرنامج:

أ) التقنيات والفنيات المستخدمة

وهي فنيات وتقنيات كما ذكرنا سابقا مستمدة من مختلف طرق العلاج المعرفي السلوكي وقد انتقلت الباحثة التقنيات التي لها فعالية في تغيير السلوكات الضارة بالصحة وسنوضحها في الجدول التالي مع الهدف من استعمال كل تقنية والتغذية الراجعة.

جدول رقم (19) يبين التقنيات العلاجية المستخدمة:

التغذية الراجعة	الاهداف	الاسئلة	التقنية
هل ساعدك اسلوب الحوار الذي اتبعناه في التعبير عن هذه المشكلة	التعرف على الافكار التلقائية المصاحبة لسلوك التدخين	1) كيف بدأت سلوك التدخين؟ 2) ما هي الظروف التي جعلتك تلجأ الى ممارسة هذا السلوك؟ 3) أعتقد أنه لن يسبب الضرر لصحتك؟ 4) ان كان لا يضر بصحتك فما دليلك على ذلك؟	المحاضرة والحوار
1) ما رأيك في عملية مراقبة الافكار الذاتية 2) كيف طورت مهاراتك في مراقبة أفكارك 3) هل استطعت ايجاد الصلة بين مشاعرك وأفكارك وسلوكك	1) فهم العلاقة بين الانفعال والتفكير والسلوك (سلوك التدخين) 2) فهم الدوافع الكامنة وراء ممارسة هذا السلوك الخطر	1) ما هي الفكرة التي تراودك قبل تنال سيجارة؟ 2) كيف تكون حالتك النفسية؟ (منزعج , متوتر , قلق , أو سعيد )	مراقبة الافكار

<p>كيف وجدت وجهة نظر غيرك المختلفة عن وجهة نظرك؟</p>	<p>(1) استدعاء الأفكار التلقائية (2) الكشف عن وجهة نظر بديلة</p>	<p>لو نتبادل الأدوار وتصبح أنت المعالج في هذه المشكلة (سلوك التدخين)</p>	<p>أداء الأ دوار</p>
<p>(1) هل وجدت العلاقة بين أفكارك ومشاعرك وسلوكك؟ (2) هل استطعت تقدير صحة أفكارك؟</p>	<p>إدراك العلاقة بين الافكار والمشاعر والسلوك ومن ثم تعديل الافكار غير الصحيحة بالافكار العقلانية (التركيز على الافكار المتعلقة باضرار التدخين من جهة وبفوائد السلوك الصحي من جهة أخرى)</p>	<p>(1) أكتب الأفكار التلقائية المرافقة لانفعالاتك (2) صف لي حدث أدى بك الى الانزعاج وحدد لي درجة تأثيره في سلوكك (3) حدد ما اذا كنت تلاحظ تشوهات في أفكارك التلقائية (تشوهات يعني أن هذه الفكرة غير واقعية أو غير صحيحة) (4) أكتب الاستجابة العقلانية على الفكرة التلقائية</p>	<p>سجل الأفكار سيامو</p>
<p>(1) هل أدركت العلاقة بين غير المنطقي واحساسك بذاتك؟ (2) هل استطعت التوقف عن التفكير المنتقد دائما لتصرفاتك؟</p>	<p>الرفع من تقدير الذات دون اللجوء الى اثباتها عن طريق سلوك التدخين</p>	<p>بسبب تفسيرك لما يحدث لك من خلال الأفكار التي تتدفق داخل عقلك يجب عليك اجراء حوار داخلي ايجابي ومنع الافكار السلبية من التدفق</p>	<p>الحوار الداخلي</p>
<p>كيف وجدت</p>	<p>تعديل الافكار</p>	<p>(1) ما دليلك على صحة افكارك؟</p>	<p>تفحص الدليل</p>

أفكارك حول سلوك التدخين	حول سلوك التدخين والسلوك الصحي	(2) هل أنت متأكد أن سلوكياتك المتعلقة بصحتك صحيحة؟	
ما هو احساسك وأنت أكثر ثقة بنفسك	التعرف على البنية المعرفية التي تحوي أفكار سلبية تؤثر في السلوك التوكيدي	(1) يمكنك أن تفعل ذلك (2) أنت تستطيع ان تصل الى أهدافك	التدريب على توكيد الذات
(1) كيف وجدت نفسك الان مع مجموعة أصدقائك؟ (2) هل تغير أسلوبك في التعامل مع المواقف؟	تعلم معارات جديدة تؤدي الى الاندماج والتفاعل الاجتماعي دون اللجوء الى سلوك التدخين	(1) تعلم أساليب تعبيرية مناسبة للمواقف (2) بماذا تشعر عندما تقوم بنشاط مع مجموعة؟	التدريب على المهارات الاجتماعية
كيف وجدت نفسك بعد الممارسة اليومية لتمارين الاسترخاء	التخفيض من التوتر والقلق بوصفهما الدافع الاساسي للجوء الى سلوك التدخين	هذه التمارين تساعدك على الاحساس بالاسترخاء يمكنك ممارستها يوميا وتسجيل شعورك	الاسترخاء

<p>كيف وجدت نفسك بعد ارجاع الاحداث الى أسبابها الحقيقية وتوزيع المسؤولية</p>	<p>(1) الاقلال من لوم الذات على أحداث الحياة (2) زيادة الموضوعية</p>	<p>(1) يبدو أنك تحمل نفسك مسؤولية كل حدث يحدث لك (2) فلتحاول ارجاع كل مشكلة الى سببها الرئيسي</p>	<p>اعادة عزو الصفات</p>
<p>هل اكتشفت طرقا جديدة للتعامل مع المواقف الصعبة؟</p>	<p>التحفيز على التفكير المتعدد والتوقف عن اللجوء مباشرة بعد كل موقف الى السجائر</p>	<p>تخيل نفسك في موقف مزعج , أذكر لي ما ستفعله ؟</p>	<p>التدريب المعرفي الاستطلاعي</p>
<p>كيف وجدت نفسك مع الخيارات و البدائل الجديدة؟</p>	<p>(1) تعديل الافكار التلقائية الخاطئة (حول فوائد التدخين) (2) تعديل المخططات</p>	<p>(2) هل توجد احتمالات أخرى (2) تفسير الاحداث بصورة ايجابية</p>	<p>ايجاد البدائل</p>
<p>كيف استطعت تحديد الانشطة الممتعة بالنسبة لك ؟</p>	<p>(1) معرفة النشاطات التي تجلب المتعة (2) الابتعاد عن النشاطات التي تؤدي الى السلوك غير الصحي</p>	<p>استخدام نسب مئوية للنشاطات التي تشعرك بالرضا أو بالاتقان</p>	<p>الاتقان والرضا</p>

<p>(1) ما رأيك في تجربة هذا النموذج (2) كيف وجدت نفسك بعد زيارة مرضى السرطان</p>	<p>(1) التشجيع على السلوك الصحي السليم (2) معرفة ضرر السلوك بصورة واضحة</p>	<p>(1) لقاء محاضرة من طرف نماذج ايجابية توقفت عن التدخين منذ فترة (2) زيارة ميدانية لمركز مكافحة السرطان بانتنة</p>	<p>النمذجة الحية</p>
<p>(1) ما رأيك في هذه المخاطر (2) ما رأيك في هذه السلوكيات الصحية</p>	<p>(1) معرفة مخاطر سلوك التدخين (2) التشجيع على السلوك الصحي</p>	<p>(1) عرض أشرطة فيديو عن أخطار التدخين (2) عرض أشرطة فيديو عن أهمية ممارسة الرياضة والتغذية السليمة والنوم لساعات كافية</p>	<p>النمذجة الرمزية</p>
<p>هل استطعت تحديد الافتراضات الخاطئة لديك؟</p>	<p>(1) تحديد الافتراضات الخاطئة والمزايا الوهمية لسلوك التدخين ودحضها (2) تعزيز الافكار الداعمة للسلوك الصحي (3) تعديل المخططات</p>	<p>(1) ماهي الايجابيات التي تراها في أفكارك ومن ثم في سلوكك؟ (2) ماهي السلبيات التي تراها في أفكارك ومن ثم في سلوكك؟</p>	<p>المزايا والمساوئ (الفوائد والاضرار)</p>
<p>(1) كيف تجد</p>	<p>(1) تصميم</p>	<p>(1) أكتب ما تقوم به كل يوم</p>	<p>جدولة النشاطات</p>



<p>نفسك في أداء نشاطاتك اليومية؟ 2 هل أدركت العلاقة الموجودة بين النشاط والمزاج</p>	<p>استراتيجيات التغيير 2 الاستفادة من الوقت 3 ادخال الانشطة في السلوك اليومي</p>	<p>2 أكتب ما تود القيام به 3 أكتب ما قمت به فعليا خلال اليوم</p>	
<p>هل أصبحت أكثر نشاطا وأصبح وقتك أكثر تنظيما</p>	<p>المساعدة على تنمية الدافعية والنشاط والابتعاد عن الملل والعجز والكسل حتى الوصول الى برنامج يومي للسلوكات الصحية</p>	<p>يمكنك المحاولة</p>	<p>الواجب المنزلي</p>
<p>لقد قمت بعمل جيد وأنت بالتأكيد يمكنك مواصلة ذلك</p>	<p>الحث على مواصلة ممارسة كل السلوكات الصحية المكتسبة الاستمرار في التخلي عن سلوك التدخين</p>	<p>توزيع شهادات تقديرية للمشاركة في البرنامج في اخر جلسة</p>	<p>التعزيز الايجابي</p>

(ب) الأدوات المستخدمة : تم الاعتماد على مجموعة من الوسائل لتطبيق محتوى الجلسات العلاجية و تمثلت في :

- جهاز كمبيوتر
- جهاز عرض ( Data show ) لعرض المحاضرات و مقاطع الفيديو
- دفاتر لتدوين الملاحظات الذاتية
- مطوية تعرف بسلوك التدخين (تصميم الباحثة)
- استمارات للمتابعة :

- ✓ سجل الأفكار التلقائية ( Beck بتصريف )
- ✓ سجل الأفكار المختلة وظيفيا سيامو ( Beck بتصريف )
- ✓ استمارة الأعمدة الثلاثة ( Beck بتصريف )
- ✓ استمارة التقييم الذاتي (سامر جميل رضوان بتصريف )
- ✓ استمارة النشاط اليومي ( Cottraux بتصريف )
- ✓ استمارة مزايا و مساوئ ( Cottraux بتصريف )
- ✓ استمارة تقرير الحالة عن الجلسة ( Bruns بتصريف )
- ✓ استمارة التقييم الأسبوعي للنشاط الصحي (اعداد الباحثة)

#### 3-4) تحكيم البرنامج العلاجي:

بعد الانتهاء من التصميم الأولي لجلسات البرنامج العلاجي كان لا بد من عرضه على :

- ✓ مجموعة من الأساتذة الجامعيين ذوي الخبرة في تصميم البرامج العلاجية أو الارشادية.
- ✓ طبيب مختص في الامراض الصدرية وفحوصات ايقاف التدخين لابداء الملاحظات حول تصميم البرنامج اليومي للسلوكات الصحية المتعلقة بالنوم والأكل وممارسة الرياضة وتوجيه الباحثة لتحديد العوامل المساعدة في التوقف التدريجي عن التدخين.
- ✓ أخصائية في علم النفس المدرسي لها خبرة واسعة في التعامل مع الفئة المعتمدة في التطبيق.

و قد أبدى الأساتذة الخبراء آرائهم حول البرنامج من حيث المحتوى الأهداف التقنيات و الفنيات المستخدمة، الأدوات و مدة كل جلسة ملحق رقم (7) وكانت الملاحظات كما يلي :

- ✓ تقليص عدد أفراد المجموعتين من 20 فردا الى 15 فردا لضمان استفادة كل أفراد المجموعة التجريبية من التقنيات المستخدمة والتحكم أكثر في ضبط العينات.
  - ✓ تقليص عدد التقنيات العلاجية لضمان التطبيق الجيد لكل تقنية.
  - ✓ تقليص مدة بعض الجلسات.
- وبعد ما تم أخذ هذه الملاحظات بعين الاعتبار تم اخراج البرنامج في صورته النهائية.
- 4-4) مرحلة اجراء التنفيذ والتقييم: اجراءات
- 4-4-1) الخطوات الاجرائية لجلسات البرنامج:
- جدول رقم (20) يبين الخطوات الاجرائية لجلسات البرنامج:

الجلسة الاولى

المدة	الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- تبدأ الباحثة بالترحيب بالمجموعة ثم تعرفهم بنفسها وتشكرهم على قبولهم المشاركة في البرنامج العلاجي.</p> <p>تفسح الباحثة المجال لكل فرد للتعريف بنفسه.</p> <p>-تقوم الباحثة بالتعريف بمشكلة التدخين وتفتح النقاش أمام أفراد المجموعة.</p> <p>تقوم الباحثة بشرح ماهية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي ودوره في علاج هذه المشكلة ومحتويات جلسات البرنامج الاثنا عشر</p> <p>- شرح محتوى العقد العلاجي وتأكيد على ضرورة الالتزام والانضباط ومن ثم التوقيع.</p>	<p>1) الفنيات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ المحاضرة والحوار</li> <li>✓ العقد العلاجي</li> <li>✓ استمارة مزايا ومساوى</li> <li>سلوك التدخين</li> </ul> <p>2) الأدوات</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ دفاتر لتدوين الملاحظات</li> <li>✓ جهاز كمبيوتر وجهاز عرض لعرض مقاطع فيديو</li> </ul>	2017/11/19

<p>- تقوم الباحثة بتقديم دفاتر وأقلام لأفراد المجموعة قصد تدوين جميع الملاحظات</p> <p>- تقديم الواجب المنزلي الاول استمارة مزايا ومساويء سلوك التدخين مع شرحه وشرح الهدف من تطبيقه.</p> <p>- تعرض الباحثة مقاطع فيديو تحفيزية للتوقف عن التدخين وتفتح المجال للحوار.</p> <p>-تتهي الباحثة الجلسة بالتأكيد على ضرورة الانضباط والالتزام بمواعيد الجلسات للوصول الى النتائج المرغوبة وتحديد موعد للجلسة القادمة.</p>		
--	--	--

الجلسة الثانية

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
80 دقيقة	<p>- ترحب الباحثة بالمجموعة و تثير نقاش حول ردودالأفعال الخاصة بالجلسة الاولى (تغذية راجعة)</p> <p>- تقييم الواجب المنزلي الأول استمارة مزايا ومساوى سلوك التدخين مع تطبيق تقنية الحوار بفسح المجال أمام كل فرد من أفراد المجموعة للحديث عن بداية سلوك التدخين لديه وعدد السجائر التي يدخنها ومدى وعيه بأضرارها</p> <p>- تقوم الباحثة بالقاء محاضرة (powerpoint) تعرف فيها بسلوك التدخين وأضراره على الصحة ثم عرض فيديو يظهر أضرار التدخين على مختلف أجهزة الجسم</p> <p>- تفتح النقاش مع أفراد المجموعة حول مدى اقناعهم بما شاهدوه وما تلقوه من معلومات جديدة</p> <p>- تقديم الواجب المنزلي: استمارة سجل الأفكار التلقائية</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ المحاضرة والحوار</p> <p>✓ استمارة مزايا ومساوى سلوك التدخين</p> <p>✓ استمارة سجل الأفكار</p> <p>(2) الأدوات</p> <p>✓ جهاز كمبيوتر وجهاز عرض لعرض مقاطع فيديو والقاء محاضرة عن اضرار التدخين</p>	2017/11/22

عرض نموذج عن استمارة مزايا وسلوك التدخين

جدول مزايا و مساويء

مزايا سلوك التدخين	مساويء سلوك التدخين
<p>- يشعل ويتحرق على جالي</p> <p>- يشعرنى بالراحة (راحة البال)</p> <p>- ينحى الدوخة: نكون ما نشوفش مضببة الحالة</p> <p>كي ندير قارو نولي انسان.</p> <p>كي نتكيف نقدر نتعامل مع المجتمع ونقدر نخمم</p>	<p>لا يوجد</p>

الجلسة الثالثة

تاريخ الجلسة	التقنيات و الادوات المستخدمة	اجراءات الجلسة	المدة
2017/11/26	<p>1) الفنيات:</p> <p>✓ تقنية لعب الدور لمعرفة الحديث الداخلي</p> <p>✓ استمارة السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا</p> <p>سيامو</p> <p>✓ استمارة سجل الأفكار التلقائية</p>	<p>- ترحب الباحثة بالمجموعة</p> <p>- تقييم الواجب المنزلي استمارة سجل الأفكار التلقائية ومن خلالها شرح العلاقة بين التفكير والانفعال والسلوك</p> <p>- تطبيق تقنية لعب الدور لمعرفة الحديث الداخلي وتشجيع أفراد المجموعة على المشاركة (التعرف على الأفكار التلقائية و المعتقدات الخاطئة</p>	60 دقيقة

<p>خاصة كل ما له علاقة بتقدير الذات و الاحساس بالنقص و الشهور بعدم الأمان و الفشل و ارتباطها بالتدخين) - اللقاء محاضرة (تكملة) عن أخطار سلوك التدخين (powerpoint + عرض فيديو) - تقديم مطوية من تصميم الباحثة تعرف بسلوك التدخين و أخطاره (ملاحظة: ردود الفعل كانت قوية حول احتواء السجارة على كل هذه المواد الكيميائية) - تقديم الواجب المنزلي: استمارة السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا سيامو</p>	<p>2) الأدوات ✓ جهاز كمبيوتر وجهاز عرض لعرض مقاطع فيديو وتكملة المحاضرة عن اضرار التدخين ✓ مطوية</p>	
---	--	--

عرض نموذج عن استمارة سجل الأفكار التلقائية

سجل الأفكار التلقائية

<p>حادث مرور، كنت مع أخي وكنت أقود السيارة، قبل يومين</p>	<p>الموقف مع من أنت؟ ماذا كنت تفعل؟ متى كان ذلك؟</p>
<p>خوف 25 بالمائة قلق 35 بالمائة شعور بالفشل 40 بالمائة</p>	<p>الحالة النفسية أ) بما شعرت؟ ب) قيم كل شعور</p>
<p>كنت أفكر أن أي شيء أفعله أفضل فيه أنا <u>فاشل</u></p>	<p>الأفكار التلقائية (صورة ذهنية) أ) بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور</p>

	(المشاعر) ب) ضع دائرة على الفكرة (المؤثرة)
أي شيء أقوم به أفضل فيه: دراسة، عمل وحتى قيادة السيارة	الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة
	الأدلة التي تتعارض مع الفكرة
	الأفكار البديلة الموازنة أو المعدلة أ) أكتب فقرة بديلة أو معادلة للفكرة التي تثير الانفعالات السلبية لديك ب) قيم مدى تصديقك لكل فكرة بديلة (نسبة مئوية)
ما زلت أشعر بقلق كبير واستهلكت أكثر من 20 ساعة في أقل من 3 ساعات	تقييم الحالة النفسية الآن أعد تقييم الشعور (المشاعر) التي شعرت بها في الشطر الثاني وكذلك أي مشاعر جديدة

الجلسة الرابعة

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات و الأدوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	- ترحب الباحثة بأفراد المجموعة - تقييم الواجب المنزلي الأول استمارة الافكار المختلة وظيفيا سيامو لمعرفة الأفكار التلقائية المتعلقة بتوكيد الذات ومعرفة مختلف المواقف المسببة للاستجابات الانفعالية والبحث عن استجابات بديلة - تطبيق تقنية الحوار وفتح المجال	1) الفنيات: ✓ السجل اليومي للافكار المختلة وظيفيا سيامو ✓ اعادة البناء المعرفي عن طريق النمذجة الحية ✓ التدريب المعرفي الاستطلاعي واعادة	2017/11/29



<p>لافراد المجموعة للحديث عن تحقيق الذات</p> <p>- القاء محاضرة من طرف نموذج (ب.م) 62 سنة توقف عن ممارسة سلوك التدخين منذ 20 سنة ( النمذجة الحية )</p> <p>- استخدام تقنية التدريب المعرفي الاستطلاعي واعادة عزو الصفات</p> <p>تقديم الواجب المنزلي:</p> <p>- استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p> <p>- استمارة الأعمدة الثلاثة</p>	<p>عزو الصفات</p> <p>✓ استمارة الأعمدة الثلاثة</p> <p>✓ استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p>	
---	--	--

عرض نموذج عن استمارة السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا سيامو

السجل اليومي للأفكار المختلة وظيفيا سيامو

<p>مشاجرة مع الوالد بسبب مشاكل دراسية</p>	<p>الحالة (أ)</p>
<p>الخروج من المنزل وعدم العودة، قطع جميع العلاقات مع العائلة</p> <p>90 بالمائة</p>	<p>الأفكار التلقائية (ب)</p> <p>اعط نسبة مئوية لها</p>
<p>حزن 10 بالمائة، قلق 10 بالمائة، غضب 35 بالمائة، احساس بالعجز</p> <p>وعدم الكفاءة 45 بالمائة</p>	<p>الانفعالات (ج)</p> <p>اعط نسبة مئوية لها</p>
<p>الخروج من المنزل والتفكير في الموضوع بهدوء 60 بالمائة</p>	<p>الاستجابات العقلانية</p> <p>اعط نسبة مئوية لها</p>
<p>اتباع الاستجابة العقلانية التفكير بهدوء والعودة الى المنزل</p>	<p>النتيجة</p> <p>اعط نسبة مئوية لها</p>

الجلسة الخامسة

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات و الأدوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- مناقشة استمارة تقرير الحالة عن الجلسة السابقة وهي الجلسة التي تم فيها تقديم نموذج ايجابي وفتح النقاش ومعرفة ردود الأفعال (تغذية راجعة)</p> <p>- مناقشة استمارة الأعمدة الثلاثة واستخدامها في التدريب على تحسين صورة الذات وتوكيدها بعيدا عن سلوك التدخين</p> <p>- القاء محاضرة (powerpoint) و عرض فيديو عن سرطان الفم و سرطان الحنجرة و الرئتين ( عرض حالات مصابة )</p> <p>- تطبيق تقنية الاسترخاء</p> <p>- تدريب على طريقة التنفس الصحيحة</p> <p>- تدريب على الاسترخاء العضلي و البداية بعضو واحد اليد</p> <p>- توزيع مطبوعة ورقية تتضمن مراحل تطبيق الاسترخاء</p> <p>تقديم الواجب المنزلي:</p> <p>- التدريب على الاسترخاء</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ تقنية الاسترخاء</p> <p>✓ استمارة الأعمدة الثلاثة</p> <p>✓ استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p> <p>(2) الأدوات</p> <p>✓ جهاز كمبيوتر و جهاز عرض Data show</p> <p>لعرض مقاطع فيديو و القاء المحاضرة (powerpoint)</p>	2017/12/03

	- استمارة الأعمدة الثلاثة		
--	---------------------------	--	--

عرض نموذج عن استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة

استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة

الاستجابة العقلانية	التشوه المعرفي (الاستجابة الخاطئة )	الأفكار التلقائية
<p>- أنا أستطيع</p> <p>- ليست السجارة من يحل مشاكلي</p> <p>- أستطيع أن أنجح دون الاعتماد على التدخين</p>	<p>- الاحساس بعدم القدرة</p> <p>- الاحساس بعدم الفعالية والكفاءة</p> <p>- شعور بالنقص وعدم الفائدة دون بالتدخين</p>	<p>- لا أستطيع التركيز دون الاستعانة بسجارة</p> <p>- لا أستطيع حل مشاكلي دون ممارسة سلوك التدخين</p> <p>- لا أستطيع تخيل حياتي دون التدخين</p>

استمارة تقرير الحالة عن الجلسة

<p>- هل قيل في الجلسة كلام ضايقك أو أنك لا توافق عليه</p> <p>- صف أية مشاعر سلبية انتابتك أثناء الجلسة</p> <p>- لم أشعر بأي مشاعر سلبية بل العكس استفدت من الجلسة كثيرا</p>	<p>- لا</p>
<p>هل كان في جلسة اليوم شيء مساعد أو مفيد لك</p> <p>هل كان هناك شيء تعلمته أو تطويره أكثر</p> <p>لخص النقاط الأساسية التي تم تغطيتها</p> <p>كيفية التعامل مع المشاكل بعقلانية</p> <p>الاستفادة من خبرة الأستاذه والأستاذ الذي تخلى عن سلوك التدخين</p> <p>مشاهدة أضرار التدخين في الصور والفيديو تجعلني أشعر بالخوف من السجارة</p> <p>ترك التدخين باذن الله</p>	<p>نعم</p> <p>نعم أريد تطوير تعاملاتي مع المجتمع وكيفية التصرف برصانة وعقلانية مع المشاكل</p>

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- تقييم الواجب المنزلي استمارة الأعمدة الثلاثة ومواصلة التدريب على تحسين صورة الذات وتوكيدها بعيدا عن سلوك التدخين</p> <p>- استخدام تقنية لعب الدور والهدف منها تعزيز السلوك التوكيدي</p> <p>- القاء محاضرة من طرف النموذج ( م. ا.ز) 23 سنة توقف عن التدخين منذ شهر و نصف ( النمذجة الحية ) بهدف اعادة البناء المعرفي و تعزيز التوقف التدريجي عن التدخين</p> <p>- تطبيق تقنية الاسترخاء مواصلة التمارين والتدرب على الأعضاء الأخرى تقديم الواجب المنزلي:</p> <p>-الحث على مواصلة ممارسة تمارين الاسترخاء</p> <p>- استمارة النشاط اليومي</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ استمارة الأعمدة الثلاثة</p> <p>✓ تقنية لعب الدور لتعزيز السلوك التوكيدي</p> <p>✓ اعادة البناء المعرفي عن طريق النمذجة الحية</p> <p>✓ تقنية الاسترخاء</p> <p>✓ استمارة النشاط اليومي</p>	2017/12/05

عرض نموذج عن استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة

استمارة تقنية الأعمدة الثلاثة

الاستجابة العقلانية	التشوه المعرفي (الاستجابة الخاطئة )	الأفكار التلقائية
<p>- النجاح في الدراسة يرتبط بالعمل والجهد</p> <p>- أستطيع أن أثبت نفسي مع جماعة رفاقي دون التدخين</p>	<p>- ارتباط نجاحي في دراستي بالتدخين</p> <p>- لا أستطيع تخيل نفسي في جماعة رفاقي وأنا غير مدخن</p>	<p>- التدخين يساعدني على التركيز وعلى النجاح في الدراسة</p> <p>- التدخين يجعلني أبدو ناضجا ويساعدني في التعامل مع الآخرين</p>

الجلسة السابعة

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي استمارة النشاط اليومي ومعرفة الأنشطة التي يقوم بها أفراد المجموعة</p> <p>- لقاء محاضرة باوربوانت تعرف بالسلوك الصحي وأهميته (الرياضة التغذية) وعرض فيديو يظهر أهمية الرياضة والتغذية الصحية</p> <p>- تطبيق تقنية الحوار فتح المجال لأفراد المجموعة للحديث عن السلوك الصحي (عن أسباب تخليهم عن</p>	<p>1) الفنيات:</p> <p>✓ استمارة النشاط اليومي</p> <p>✓ تقنية المحاضرة والحوار</p> <p>✓ تطبيق تقنية الاسترخاء</p> <p>✓ استمارة التقويم الذاتي</p> <p>✓ استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي</p> <p>2) الأدوات</p> <p>جهاز كمبيوتر و جهاز عرض Data show</p>	2017/12/10

	<p>ممارسة الرياضة)                  - تطبيق تقنية الاسترخاء انهاء تمارين                  الاسترخاء والحث على مواصلة                  ممارستها                  تقديم الواجب المنزلي:                  - تقديم استمارة التقويم الذاتي                  - تقديم استمارة مزايا ومساويء السلوك                  الصحي</p>	<p>لعرض مقاطع فيديو و لقاء                  المحاضرة (powerpoint)</p>	
--	--	---	--

عرض نموذج عن استمارة النشاط اليومي

استمارة النشاط اليومي

اليوم والتوقيت	النشاط	الالتقان (م)	الرضا (م)
7:00	الاستيقاظ	نعم	لا
7:30	الخروج من المنزل	نعم	لا
08:00	الدخول الى مركز التكوين (الدراسة)	نعم	نعم
12:00	الغذاء والاستراحة	نعم	نعم
13:00	العودة للدراسة	نعم	نعم
16:00	العودة الى البيت واخذ استراحة	نعم	نعم
17:00	الخروج من البيت والتوجه الى المقهى	نعم	لا
22:00	وجبة العشاء	نعم	لا
23:00	مشاهدة فيلم أو استعمال الانترنت	نعم	نعم
00:00	النوم	نعم	لا
<u>ملاحظة</u>	أدخن في جميع الأوقات		



المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي استمارة</p> <p>التقويم الذاتي لمعرفة مدى رضا أفراد المجموعة عن سيرورة البرنامج العلاجي ومدى استفادتهم</p> <p>- مناقشة استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي</p> <p>- تطبيق تقنية الحوار لمعرفة اتجاهات أفراد المجموعة حول السلوك الصحي تمهيدا لتغيير الاستراتيجيات وإيجاد البدائل</p> <p>- لقاء محاضرة تكملة محاضرة السلوك الصحي وأهميته وعرض فيديو يظهر أهمية التغذية والنوم تقديم الواجب المنزلي:</p> <p>- تقديم استمارة التقويم الاسبوعي للسلوك الصحي</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ استمارة التقويم الذاتي</p> <p>✓ استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي</p> <p>✓ استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي</p> <p>(2) الأدوات</p> <p>جهاز كمبيوتر وجهاز عرض Data show</p> <p>لعرض مقاطع فيديو والقاء المحاضرة (powerpoint)</p>	2017/12/17

عرض نموذج عن استمارة التقويم الذاتي

استمارة التقويم الذاتي

<p>كنت أعاني في بداية البرنامج العلاجي من:</p> <p>تدخين بشكل مستمر طوال اليوم</p>
<p>التغييرات التي حصلت لي حتى الآن هي:</p> <p>تقليص عدد السجائر وممارسة الرياضة</p>
<p>قدم لي البرنامج العلاجي المساعدات التالية:</p> <p>توقف تدريجي عن التدخين</p> <p>تحكم بالانفعالات</p> <p>تحكم بالسلوك</p> <p>تعامل أحسن مع الناس</p>
<p>العوامل والظروف الحياتية السابقة التي ساهمت في تطور مشكلتي هي:</p> <p>المشاكل العائلية والدراسية</p>
<p>الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي:</p> <p>عدم قدرتي على التصرف دون اللجوء الى السجارة</p>
<p>الخطوات التالية (الأهداف التي ارغب في تحقيقها من خلال البرنامج العلاجي):</p> <p>توقف نهائي عن التدخين</p> <p>زيادة الاهتمام بصحتي</p> <p>حل المشكلات دون اللجوء الى السجارة</p>

المجالات الحياتية التي اشعر انها تساعدني في حالتي هي:

ممارسة الرياضة

ممارسة أنشطة ترفيهية مع غير المدخنين

قارن الحالة التي أنت عليها الان مع تلك التي كانت مع بداية البرنامج العلاجي معطيا نسبة

مئوية لمشكلة التدخين: كما هي (30-%) تحسن (70-%) تفاقم المشكلة (0

-%)

عرض نموذج عن استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي

استمارة مزايا ومساويء السلوك الصحي

مزايا السلوك الصحي	مساويء السلوك الصحي
<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحسين الحالة الصحية</li> <li>- تقوية الجسم من خلال ممارسة الرياضة</li> <li>- تحسين الحالة المزاجية</li> <li>- الوقاية من الأمراض المختلفة</li> </ul>	<p>لا يوجد ولكن صعوبة التخلص من العادات السابقة</p>

الجلسة التاسعة

تاريخ الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	إجراءات الجلسة	المدة
2017/12/24	<p>(1) الفنيات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي</li> <li>✓ استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</li> <li>✓ تطبيق تقنية الحوار</li> <li>✓ جدولة الأنشطة</li> <li>(2) الأدوات</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ترحيب بأفراد المجموعة</li> <li>- مناقشة الواجب المنزلي استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي</li> <li>- تطبيق تقنية الحوار لمناقشة اتباع أفراد المجموعة للسلوكات الصحية من أجل تعزيز السلوكات الصحية و دحض السلوكات الخاطئة و من ثم وضع برنامج و جدولة نشاطات أفراد المجموعة الخاصة بأوقات تناول الوجبات و النوم و ممارسة</li> </ul>	60 دقيقة

	<p>الرياضة (بارشادات من طبيب مختص) و ذلك بهدف التدريب التدريجي لأفراد المجموعة على ممارسة السلوك الصحي تقديم الواجب المنزلي:</p> <p>- تقديم استمارة التقويم الاسبوعي للسلوك الصحي</p> <p>- تقديم استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p> <p>- تحديد موعد للزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان باتنة</p>	<p>جهاز كمبيوتر و جهاز عرض Data show لعرض مقاطع فيديو و القاء المحاضرة (powerpoint)</p>	
--	--	---	--

عرض نموذج عن استمارة التقويم الاسبوعي للسلوك الصحي

استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي

النوم تحديد الوقت من.... الى.....	الرياضة والنشاطات الترفيهية			التدخين عدد السجائر والوقت	التغذية: الوجبات شرب المنبهات والمشروبات الغازية					النشاط  اليوم
	الوقت لمستغرق	وقت الممارسة	نوع النشاط		مشروبات	منبهات	وقت العشاء	وقت الغداء	وقت الفرطور	
00:00	/	/	/	6 في أي وقت	غازية	شاي + قهوة	22:30	12:30	10:00	الاحد
00:00	/	/	/	9 في أي وقت	"	"	"	"	"	الاثنين
00:00	/	/	/	7 في أي وقت	عصير	لا شيء	"	"	"	الثلاثاء
من 23:00 ال 7:15	/	/	/	6 في أي وقت	غازية	لا شيء	"	"	"	الأربعاء
من 02:00 الى 7:30	/	/	/	6 في أي وقت	غازية	شاي	"	"	"	الخميس
من 00:00 الى 08:00	/	/	/	6 في أي وقت	غازية	شاي + قهوة	"	"	"	الجمعة
من 00:00 الى 23 7:15	/	/	/	3 في أي وقت	غازية	لا شيء	"	"	"	السبت
رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا	إتقان	رضا	رضا	إتقان	رضا	التقييم

لا	لا	لا	لا	لا	نعم	لا	نعم
----	----	----	----	----	-----	----	-----

الجلسة العاشرة

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات و الادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي استمارة تقرير الحالة عن الجلسة السابقة لمعرفة ردود الافعال حول البرنامج المسطر لتغيير أسلوب الحياة (النوم التغذية والرياضة)</p> <p>- مناقشة درجات الرضا و الاتقان حول النشاطات اليومية التي يمارسونها لأنها ستكون الخطوة الأولى في التغيير، لأن معرفة النشاطات التي لا تحقق الرضا سيساعد على تصميم استراتيجيات للتغيير مبنية على الرغبة في الانجاز (ايجاد البدائل)</p> <p>- تطبيق تقنية الحوار وفتح المجال لكل فرد من أفراد المجموعة للحديث عن مدى تطبيق البرنامج المتفق عليه والصعوبات التي تواجهه</p> <p>- مناقشة ردود الفعل حول الزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ استمارة تقرير الحالة عن الجلسة</p> <p>✓ استمارة التقييم الأسبوعي للسلوك الصحي</p> <p>✓ تحديد درجات الرضا والاتقان</p> <p>(2) الأدوات</p> <p>جهاز كمبيوتر وجهاز عرض Data show</p> <p>لعرض مقاطع فيديو والقاء المحاضرة (powerpoint)</p>	2018/01/04

	<p>واستذكار الحالات التي تمت مقابلتها تقديم الواجب المنزلي: - تقديم استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي</p>		
--	---	--	--

استمارة تقرير الحالة عن الجلسة العلاجية

<p>لا</p> <p>لا توجد مشاعر سلبية وكل ما قيل في الجلسة مهم ومشوق وأتمنى التغير فعلا</p>	<p>- هل قيل في الجلسة كلام ضايقك او أنك لا توافق عليه - صف اية مشاعر سلبية انتابتك اثناء الجلسة</p>
<p>نعم</p> <p>تعلمت الكثير عن السلوك الصحي و أهميته و أريد تطبيق البرنامج الذي سطرناه مع بعض الحديث عن أهمية الرياضة، النوم لوقت كافي، التغذية الجيدة ودورها في تحقيق النجاح</p>	<p>- هل كان في جلسة اليوم شيء مساعد او مفيد لك، - هل كان هناك شيء تعلمته او تريد تطويره أكثر، - لخص النقاط الأساسية التي تم تغطيتها</p>

عرض نموذج عن استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي



استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي

النوم تحديد الوقت من.....الى .....ى	الرياضة و النشاطات الترفيهية			عدد التدخين و السجائر الوقت	التغذية : الوجبات شرب المنبهات و المشروبات الغازية					النشاط اليوم
	وقت المستغ رق	وقت الممار سة	نوع النشاط		مشروبات	منبهات	وقت العشاء	وقت الغداء	وقت الفطور	
23:00	ساعة	من 17:30 الى 18:30	جري	03	لا	2 فنجان قهوة	21:0 0	12:3 0	07:3 0	الاحد
23:00	"	"	"	03	"	"	"	"	"	الاثنين
23:00	"	"	"	03	"	"	"	"	"	الثلاثاء
23:00	"	"	"	03	"	لا شيء	"	"	"	الأربعاء
23:00	"	"	"	03	"	شاي	"	"	"	الخميس
23:00	ساعة تان	من 15:30 الى 17:30	"	03	"	شاي + قهوة	"	"	"	الجمعة
23:00	"	"	"	03	"	لا شيء	"	"	"	السبت
ر ضا	اتقا ن	رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا	اتقان	التقييم
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	

الجلسة الحادية عشرة

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات المستخدمة	تاريخ الجلسة
60 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي استمارة</p> <p>التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي ومن خلالها مناقشة مدى تطبيق البرنامج اليومي المنظم لأوقات الأكل والنوم و النشاط الرياضي</p> <p>- تقييم درجات الرضا والاتقان</p> <p>- تطبيق تقنية الحوار للحديث عن مدى تطبيق البرنامج والصعوبات لايجاد البدائل</p> <p>- تطبيق تقنية لعب الدور و اختيار نموذجين من أفراد المجموعة عشوائيا لمعرفة مدى التغيير في التحكم في الانفعالات و التصرف في المواقف الجدية ( مدى الاستمرار في تطبيق السلوكات الصحية المكتسبة )</p> <p>تقديم الواجب المنزلي:</p> <p>- تقديم استمارة التقويم الذاتي</p> <p>- تقديم استمارة التقويم الاسبوعي للسلوك الصحي</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي</p> <p>✓ تحديد درجات الرضا والاتقان</p> <p>✓ تطبيق تقنية الحوار</p> <p>✓ تطبيق تقنية لعب الدور</p> <p>✓ ايتمارة التقويم الذاتي</p>	2018/01/09

الجلسة الثانية عشرة

المدة	إجراءات الجلسة	التقنيات والادوات المستخدمة	تاريخ الجلسة
80 دقيقة	<p>- ترحيب بأفراد المجموعة</p> <p>- مناقشة الواجب المنزلي استمارة النشاط الاسبوعي للسلوك الصحي وتشجيع على الاستمرار في اتخاذ السلوك الصحي</p> <p>- مناقشة استمارة التقويم الذاتي وتسجيل ردود الأفعال حول الجلسة السابقة وحول نجاح البرنامج ككل</p> <p>- التطبيق البعدي للمقاييس</p> <p>- التفاؤل غير الواقعي</p> <p>- سلوك التدخين</p> <p>- السلوك الصحي</p> <p>- توزيع شهادات تقديرية لأفراد المجموعة و للنموذجين الايجابيين ( ب.م) و ( أ.م.ز)</p> <p>- تأكيد على المتابعة بعد أربعة أسابيع</p>	<p>(1) الفنيات:</p> <p>✓ استمارة التقويم الاسبوعي للسلوك الصحي</p> <p>✓ استمارة التقويم الذاتي</p> <p>✓ التعزيز الايجابي</p> <p>(2) الأدوات</p> <p>✓ مقياس التفاؤل غير الواقعي</p> <p>✓ مقياس سلوك التدخين</p> <p>✓ مقياس السلوك الصحي</p> <p>✓ شهادات تقديرية</p>	2018/01/16

عرض نموذج عن استمارة التقويم الاسبوعي للسلوك الصحي:

النوم تحديد الوقت من..... إلى .....	الرياضة و النشاطات الترفيهية			عدد التدخين السجائر و الوقت	التغذية: الوجبات شرب المنبهات والمشروبات الغازية					النشاط اليوم
	وقت المستغ رق	وقت الممار سة	نوع النشاط		مشروبات	منبهات	وقت العشاء	وقت الغداء	وقت الطور	
23:00	ساعة	من 17:30 إلى 18:30	جري	03	لا	2 فنجان قهوة	21:0 0	12:3 0	07:3 0	الاحد
23:00	"	"	"	03	"	"	"	"	"	الاثنين
23:00	"	"	"	03	"	"	"	"	"	الثلاثاء
23:00	"	"	"	03	"	لا شيء	"	"	"	الأربعاء
23:00	"	"	"	03	"	شاي	"	"	"	الخميس
23:00	ساعة تان	من 15:30 إلى 17:30	"	03	"	شاي + قهوة	"	"	"	الجمعة
23:00	"	"	"	03	"	لا شيء	"	"	"	السبت
ر ض ا	اتقا ن	رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا	اتقان	التقييم
نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	نعم	

عرض نموذج عن استمارة التقويم الذاتي

<p>كنت أعاني في بداية البرنامج العلاجي من: التدخين</p>
<p>التغييرات التي حصلت لي حتى الآن هي: تقليص لعدد السجائر من علبتين في اليوم الى 3 سجائر</p>
<p>قدم لي البرنامج العلاجي المساعدات التالية معرفة نفسي أكثر. اكتشاف قدرات لم أكن أعلم بوجودها. معرفة الأضرار الحقيقية لسلوك التدخين. معرفة فوائد السلوك الصحي.</p>
<p>العوامل والظروف الحياتية السابقة التي ساهمت في تطور مشكلتي هي: المشاكل العائلية والدراسية ومجموعة الرفاق</p>
<p>الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي: لا شيء</p>
<p>الخطوات التالية (الأهداف التي ارغب في تحقيقها من خلال البرنامج العلاجي) : التوقف النهائي عن التدخين الاستمرار بأسلوب الحياة الجديد تحقيق نجاح في دراستي من خلال زيادة ثقتي في نفسي</p>
<p>المجالات الحياتية التي اشعر انها تساعدني في حالتي هي: ممارسة الرياضة التفاعل مع الآخرين</p>
<p>قارن الحالة التي أنت عليها الان مع تلك التي كانت مع بداية البرنامج العلاجي معطيا نسبة مئوية لمشكلة التدخين : كما هي ( 00 % - ) تحسن ( 95 % - ) تفاقم المشكلة ( 00 % - )</p>

#### 2-4-4) تقييم البرنامج

تقييم البرنامج تم عبر اربعة مراحل بهدف معرفة مدى تحقيق الأهداف وذلك بالاعتماد على:

✓ **تقييم قبلي** والذي نهدف من خلاله الى قياس مستويات المتغيرات التابعة لدى أفراد العينة الكلية وذلك من خلال:

تطبيق مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن

تطبيق مقياس سلوك التدخين

تطبيق مقياس السلوك الصحي.

✓ **تقييم بعدي** وهو تقييم يتم بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي ويهدف الى اعادة قياس المتغيرات السابقة ودراسة الفروق وتحديد مدى تأثير البرنامج وفعاليتها.

✓ **تقييم تكويني** وهو تقييم يتم خلال بعض الجلسات من خلال استمارة تقييم الحالة للجلسة واستمارة التقييم الذاتي بهدف معرفة مدى رضا افراد المجموعة عن سيرورة الجلسات ومدى تحقيق الاهداف خلال كل مرحلة من مراحل تطبيق البرنامج.

✓ **تقييم تتبعي** وهو تقييم يخص العينة التجريبية يجرى بعد أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج ويهدف الى تقييم مدى استمرار أفراد العينة التجريبية في التخلي عن سلوك التدخين وممارسة السلوكات الصحية.

#### ثانيا البحث الأساسي:

1) **منهج البحث الأساسي:** اعتمدت الباحثة في اجراء هذه الدراسة على التصميم التجريبي

ذو المجموعتين الضابطة والتجريبية وذلك لمناسبة هذا التصميم لطبيعة البحث وأهدافه

- **تعريف التصميم التجريبي:** يقوم هذا التصميم على اختيار الباحث لعينتين متماثلتين من المجتمع و يوزعهما عشوائيا بين ضابطة و تجريبية ثم يجري اختبارا قبليا لقياس المتغير التابع لدى المجموعتين قبل ادخال المتغير المستقل على المجموعة التجريبية و منعه عن المجموعة الضابطة و بعد انتهاء المدة يجرى اختبارا بعديا لقياس المتغير التابع ثم

يحسب الفروق بين نتائج القياس القبلي و البعدي لكل من المجموعتين (عطية محسن، 2009، ص 196)

- **تعريف المنهج التجريبي:** هو الطريقة التي تسعى الى الكشف عن العلاقات بين المتغيرات في ظروف يسبطر فيها الباحث على متغيرات أخرى لمفة الظروف التي تسبب ظاهرة محددة، ولذلك فالتجريب تغيير معتمد ومضبوط للشروط المحددة لحدث ما وملاحظة التغيرات الناتجة في الحدث ذاته.

ان المنهج التجريبي يتميز عن غيره من المناهج بعدم الاكتفاء بالوصف الراهن للمتغير بل يتعداه الى تدخل واضح ومقصود من طرف الباحث بهدف اعادة تشكيل واقع المتغير من خلال استخدام اجراءات.

## (2) حدود البحث الأساسي

- **الحدود المكانية:** تم تطبيق اجراءات البحث الأساسي في معهد التكوين المهني الاخوة بن عبيد باتنة.

- **الحدود الزمانية:** تم الشروع في تطبيق اجراءات البرنامج العلاجي ابتداء من تاريخ 2017/11/19 الى غاية تاريخ 16/01/2018 ، كما تم اجراء القياس التتبعي بتاريخ 2018/02/18 وتجدر الاشارة الى انه تم الاعلان عن اجراء الدراسة واعلام طلبة المعهد لمن يرغب في المشاركة ابتداء من تاريخ 2017/10/30 وتم اجراء القياس القبلي بتاريخ 2017/11/12.

- **الحدود البشرية:** تكونت عينة البحث الأساسي من 30 طالب من طلاب معهد التكوين المهني الاخوة بن عبيد باتنة.

(3) **عينة البحث الأساسي:** شملت عينة البحث الاساسي في البداية (عند اجراء القياس القبلي) 44 طالبا، تم ترتيبهم حسب الدرجات التي تحصلوا عليها في المقاييس الثلاثة مقياس التفاؤل غير الواقعي، مقياس السلوك الصحي، مقياس سلوك التدخين، ثم تم سحب 30 طالبا ممن تصدروا الترتيب في مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس سلوك التدخين، و تذيّلوا الترتيب في مقياس السلوك الصحي.

ليتم بعد ذلك سحب أسماء 15 فردا بطريقة عشوائية (القرعة) ليكونوا في المجموعة التجريبية و 15 فردا الباقين هم أفراد العينة الضابطة (مع الاشارة لتوفر الرغبة لدى أفراد العينة للخضوع للبرنامج العلاجي والاستعداد للالتزام والانضباط)  
**خصائص العينة الأساسية حسب الجنس:**

جدول رقم (21) خصائص العينة الأساسية حسب الجنس

النسبة المئوية		التكرارات		الجنس
ع ضابطة	ع تجريبية	ع ضابطة	ع تجريبية	
% 100	% 100	15	15	ذكور

تكونت العينتان التجريبية والضابطة من الذكور المدخنين 100 بالمائة

**خصائص العينة الأساسية حسب السن**

جدول رقم (22) خصائص العينة الأساسية حسب السن

النسبة المئوية		التكرارات		الفئة العمرية
ع ضابطة	ع تجريبية	ع ضابطة	ع تجريبية	
% 100	%100	15	15	19 الى 23 سنة

تكونت العينة الأساسية للبحث من أفراد من فئة عمرية واحدة هي من 19 الى 23 سنة



خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم (23) خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية		التكرارات		المستوى التعليمي
ع ضابطة	ع تجريبية	ع ضابطة	ع تجريبية	سنة ثالثة ثانوي + مزاولة تكوين في المعهد
% 100	% 100	15	15	

نلاحظ من خلال الجدول أن عينة البحث الأساسي تكونت من طلبة كلهم من مستوى سنة ثالثة ثانوي إضافة الى مزاولة دراستهم بمعهد التكوين المهني في نفس التخصص.

4) التصميم التجريبي وضبط متغيرات البحث: اعتمدت الباحثة على التصميم التجريبي

للمجموعات المتكافئة مع اجراء قياس قبلي وبعدي وتتبعي.

والتصميم التجريبي الذي يقوم على مجموعتين ضابطة وأخرى تجريبية من التصاميم

التجريبية الحقيقية التي تتطلب التكافؤ بين المجموعات وضمان التوزيع العشوائي للأفراد

بينهما. (أبو علام رجاء محمود، 2007) والجدول التالي يبين التصميم التجريبي

المعتمد في البحث:

جدول رقم (24) يبين التصميم التجريبي المعتمد في البحث:

عينة ضابطة	عينة تجريبية	العينة القياس
15	15	قياس قبلي
/	15	متغير مستقل (برنامج علاجي معرفي سلوكي
15	15	قياس بعدي
/	15	قياس تنبئي

وقد حرصت الباحثة في تطبيقها لهذا التصميم على:

- ضمان عشوائية التوزيع.

- تعريض المجموعة التجريبية للمتغير المستقل المتمثل في البرنامج العلاجي الممتد على 12 جلسة علاجية موزعة على مدة زمنية تقدر بثمانية اسابيع.

- ضمان التجانس بين المجموعتين من حيث: السن، المستوى التعليمي، الجنس، وهي متغيرات ثبت تجانسها من خلال وصف العينة.

- ضمان تجانس العينتين من حيث المتغيرات التابعة و ذلك في القياس القبلي و النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (25) يبين نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي

المتغير	قيمة F	P	Sig
التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن	0.73	0.70	غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة F هي 0.73 وقيمة P هي 0.70 وهي أكبر من 0.05 مما يعني عدم وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي

جدول رقم (26) يبين نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي لمقياس سلوك التدخين

المتغير	قيمة F	P	Sig
سلوك التدخين	0.76	0.67	غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة F هي 0.76 وقيمة P هي 0.67 وهي أكبر من 0.05 مما يعني عدم وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي.

جدول رقم (27) يبين نتائج اختبار (ف) لحساب الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي لمقياس السلوك الصحي

المتغير	قيمة F	P	Sig
السلوك الصحي	0.59	0.82	غير دالة

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة F هي 0.59 وقيمة P هي 0.82 وهي أكبر من 0.05 مما يعني عدم وجود فروق بين المجموعتين الضابطة و التجريبية في مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي

**(5) إجراءات البحث:** بعد الانتهاء من تصميم أدوات البحث و التأكد من ملائمة تطبيقها و

إخراج البرنامج العلاجي في صورته النهائية قامت الباحثة ب:

- التوجه لمعهد التكوين المهني الاخوة بن عبيد باتنة قصد الحصول على اذن لاجراء الدراسة الميدانية ملحق رقم (1)

- التعيين العشوائي للعينة (عينة الدراسة الأساسية ) بعد اجراء القياس القبلي للمقاييس الثلاثة المصممة سابقا لقياس المتغيرات التابعة و ذلك على مجموعة مكونة من 44 طالب تم اعلامهم سابقا من طرف اخصائية علم النفس المدرسي عن تطبيق برنامج علاجي يهدف الى تحقيق التوقف التدريجي عن التدخين لمن يرغب في المشاركة .

- بعد تحديد المجموعتين الضابطة و التجريبية، تم تحديد موعد للجلسة الأولى بتاريخ 2017/11/19 و التي تم فيها الاتفاق على ضرورة الالتزام بما يرد في الجلسات بعد شرح ماهية البرنامج و أهدافه المرجوة.

- بعد استكمال البرنامج العلاجي و تطبيق جميع جلساته، تم اجراء القياس البعدي للمجموعتين (ضابطة و تجريبية) في آخر جلسة بمساعدة أخصائية علم النفس المدرسي، ثم توزيع شهادات تقديرية على أفراد المجموعة التجريبية و النموذجين

الايجابيين اللذين شاركوا في البرنامج العلاجي ، ليتم بعد ذلك تحديد موعد للمتابعة و اجراء القياس التتبعي بعد مدة زمنية تم تحديدها بأربعة أسابيع .

#### 6) أساليب المعالجة الاحصائية للبيانات:

تمت الاستعانة بالاصدار 22 للحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS22 في معالجة البيانات بغية تحقيق نتائج أكثر دقة وقد استخدمت الباحثة الاساليب التالية:

- ✓ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
  - ✓ معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاتساق الداخلي للمقاييس.
  - ✓ معامل ألفا كرومباخ لحساب ثبات مقاييس البحث.
  - ✓ اختبار " ت " للمجموعة الواحدة لحساب الفروق بين المتوسطات الحسابية للمقاييس والمتوسطات الفرضية التي تم حسابها بالمعادلة التالية:
  - متوسط فرضي = (عدد الفقرات × مجموع أوزان البدائل) / عدد البدائل
  - ✓ اختبار F لدلالة الفروق بين متوسطات المقاييس في القياس القبلي قصد تقدير التجانس بين المجموعتين (الضابطة والتجريبية)
  - ✓ متوسط الرتب.
  - ✓ مجموع الرتب.
  - ✓ اختبار ويلكوكسون (W) لحساب الفروق بين عينتين مرتبطتين.
  - ✓ اختبار مانويتتي لحساب الفروق بين عينتين مستقلتين.
  - ✓ مقدار حجم الأثر (D) باستخدام قانون كوهين وذلك كما يلي
- في حالة مجموعتين مستقلتين

$$D = \frac{\mu_1 - \mu_2}{SD}$$

حيث:

$\mu_1$  المتوسط الحسابي للعينة التجريبية

$\mu_2$  المتوسط الحسابي للعينة الضابطة

SD الانحراف المعياري بافتراض تساويهما

أما اذا كان الانحراف المعياري غير متساو فاننا نستخدم المعادلة التالية:

$$SD = \sqrt{\frac{sd1^2 + sd2^2}{2}}$$

حيث  $sd1^2$  و  $sd2^2$  الانحرافان المعياريان للعينتين 1 و 2

(بابطين، 2002، ص 96)

- في حالة مجموعتين مرتبطتين نستخدم المعادلة التالية:

$$SD = \frac{\mu_{post} - \mu_{pre}}{SD}$$

حيث:

$\mu_{post}$  متوسط المجموعة بعد المعالجة (قياس بعدي)

$\mu_{pre}$  متوسط المجموعة قبل المعالجة (قياس قبلي)

جدول رقم (28) يبين قيم حجم الاثر:

حجم التأثير	D	المرجع
صغير جدا	0.01	Sowilowsky 2009
صغير	0.20	Cohen 1988
متوسط	0.50	Cohen 1988
كبير	0.80	Cohen 1988
كبير جدا	1.20	Sowilowsky 2009
عظيم	2.00	Sowilowsky 2009

( sawilosky . 2009 . p 474 )

✓ اختبار ايتا مربع لحساب حجم تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع وقد استخدمنا

الجدول التالي للدلالة على مستوى حجم تأثير ايتا مربع:

جدول رقم (29) يبين قيم حجم تأثير ايتا مربع:

مستوى حجم التأثير			المقياس
كبير	متوسط	صغير	
0.14	0.06	0.01	مربع ايتا

( خليل أحمد لبد ، 2005، ص 26 )

الفصل السابع

عرض و تحليل و مناقشة النتائج و تفسيرها

أولا عرض النتائج و تحليلها

ثانيا تفسير النتائج و مناقشتها



## الفصل السابع عرض و تحليل و مناقشة النتائج و تفسيرها

أولا عرض النتائج و تحليلها :

جاءت نتائج البحث وفقا لترتيب الفرضيات كما سنوضحه في الجداول التالية:

1) عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على ارتفاع الدرجات في مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية عند القياس القبلي.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسط الفرضي لمقياس التفاؤل غير الواقعي وفق المعادلة التالية:

$$\text{متوسط فرضي} = 4 / (20 \times 10) = 50$$

متوسط فرضي لمقياس التفاؤل غير الواقعي = 50

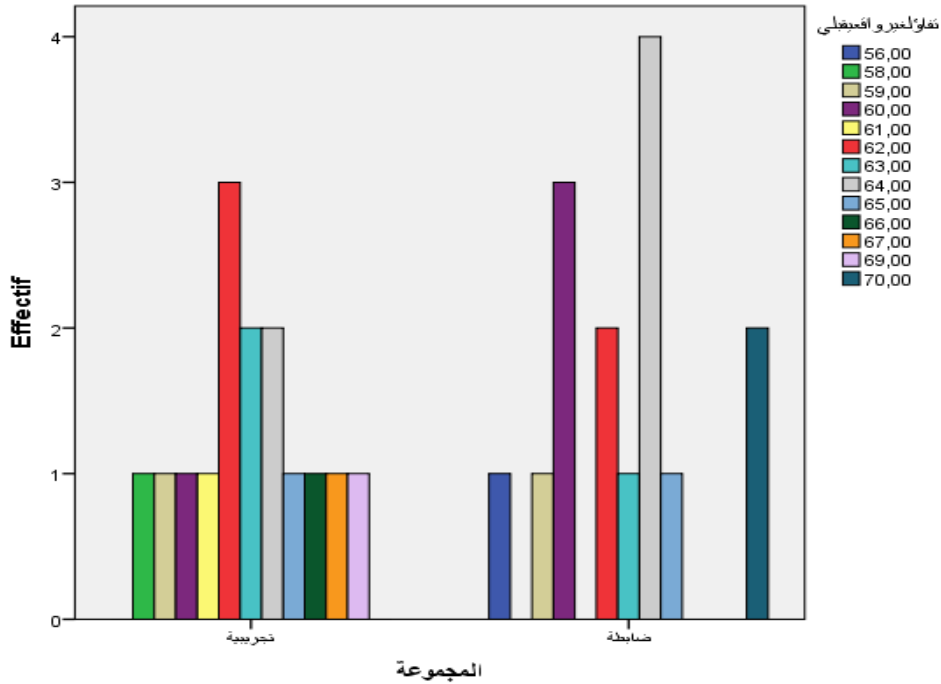
ثم حساب المتوسط الحسابي للعينة الكلية في القياس القبلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن ومقارنته بالمتوسط الفرضي، من خلال حساب T للمجموعة الواحدة للدلالة على الفروق بين المتوسطين والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (30) يبين نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

لمقياس التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية في القياس القبلي

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	مستوى الدلالة
تفاؤل غير واقعي	ضابطة (15)	62.86	3.77	21.19	0.01
	تجريبية (15)	63	2.97		
	كلية (30)	62.93	3.34		
المتوسط الفرضي 50 > المتوسط الحسابي للعينة الكلية 62.93					

نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعيينة الكلية في القياس القبلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن هو 62.93 بانحراف معياري 3.34 و قيمة T هي 21.19 وهي دالة عند 0.01 ما يعني وجود فروق بين المتوسط الحسابي للعيينة الكلية و المتوسط الفرضي لصالح المتوسط الحسابي و هو ما يعني أيضا تحقق الفرضية الأولى أي ارتفاع درجات التفاؤل غير واقعي لدى أفراد العينة الكلية.



تمثيل بياني رقم (1) يبين درجات التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي لدى العينة الكلية

(2) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على ارتفاع الدرجات في مقياس سلوك التدخين لدى العينة الكلية عند القياس القبلي.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسط الفرضي لمقياس سلوك التدخين وفق المعادلة التالية

$$\text{متوسط فرضي} = \frac{4}{3 \times 34} = 51$$

متوسط فرضي لمقياس سلوك التدخين = 51

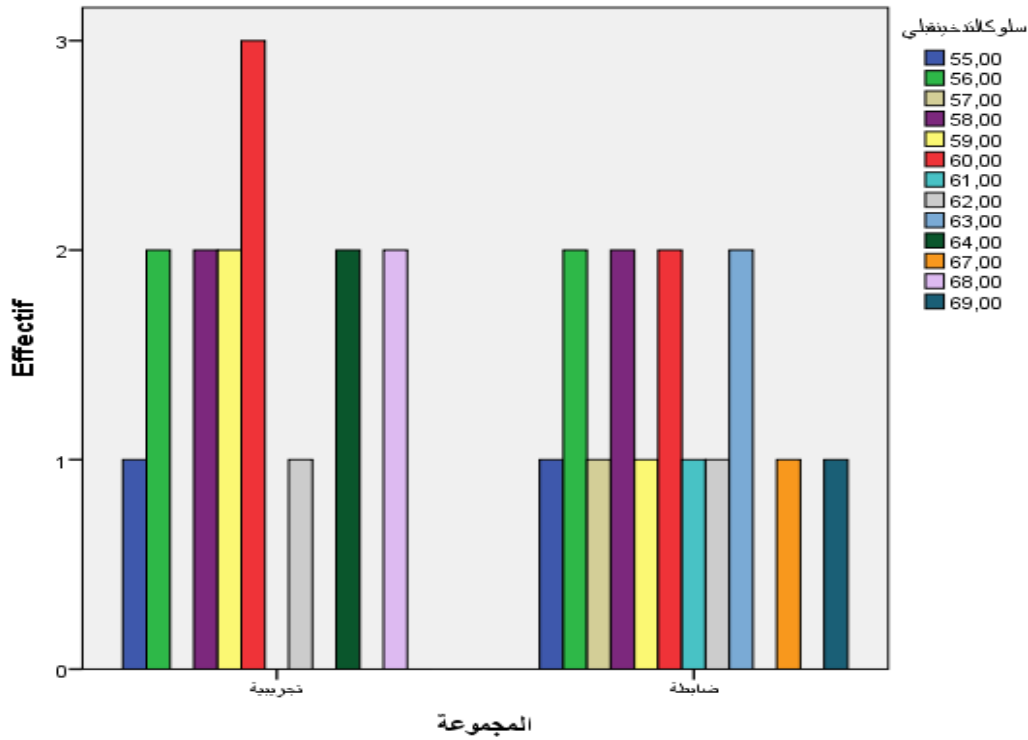
ثم حساب المتوسط الحسابي للعينة الكلية في القياس القبلي لمقياس سلوك التدخين و مقارنته بالمتوسط الفرضي من خلال حساب T للمجموعة الواحدة للدلالة على الفرق بين المتوسطين و النتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (31) يبين نتائج اختبار T لدلالة الفرق بين المتوسط الحسابي و المتوسط الفرضي

لمقياس سلوك التدخين لدى العينة الكلية في القياس القبلي

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	مستوى الدلالة
سلوك التدخين	ضابطة (15)	60.26	4.02	12.95	0.01
	تجريبية (15)	60.46	4.03		
	كلية (30)	60.36	3.96		
المتوسط الفرضي 51 المتوسط الحسابي للعينة الكلية 60.36					

نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة الكلية في القياس القبلي لمقياس سلوك التدخين هو 60.36 بانحراف معياري 3.96 وقيمة T هي 12.95 وهي دالة عند 0.01 ما يعني وجود فرق بين المتوسط الحسابي للعينة الكلية و المتوسط الفرضي لصالح المتوسط الحسابي وهو ما يعني أيضا تحقق الفرضية الثانية.



تمثيل بياني رقم ( 2 ) يبين درجات سلوك التدخين في القياس القبلي لدى العينة الكلية

(3) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على انخفاض الدرجات في مقياس السلوك الصحي لدى العينة الكلية عند القياس القبلي.

و للتحقق من هذه الفرضية تم حساب المتوسط الفرضي لمقياس السلوك الصحي وفق المعادلة التالية:

$$\text{متوسط فرضي} = 4 / (33 \times 10) = 82.5$$

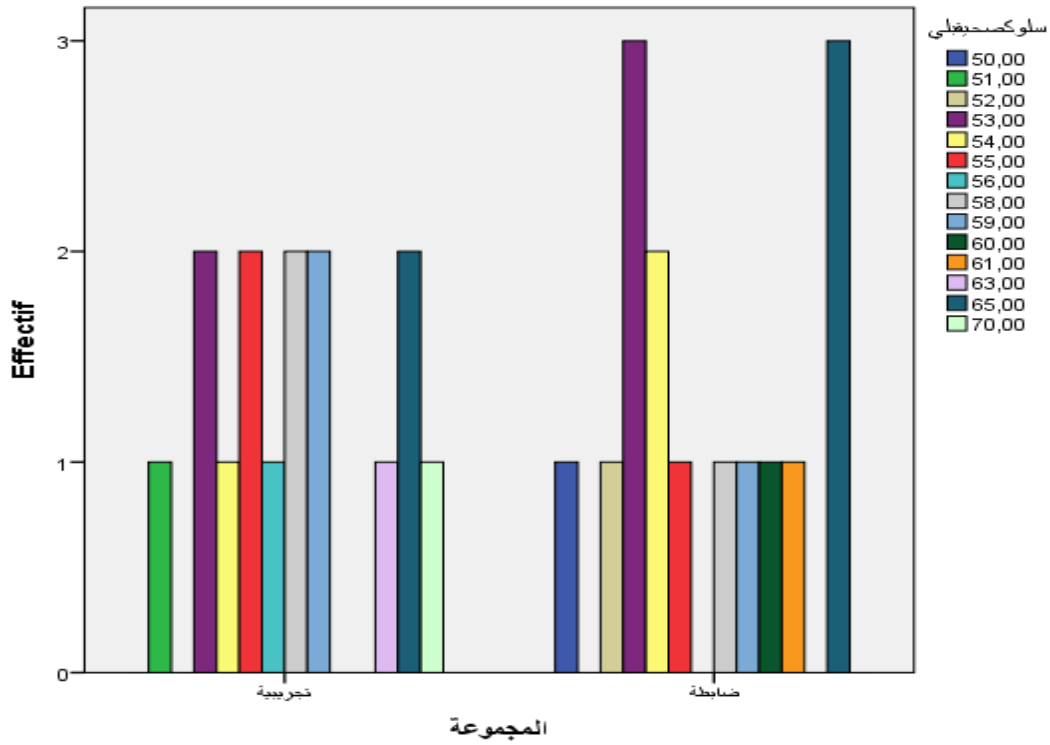
$$\text{متوسط فرضي لمقياس السلوك الصحي} = 82.5$$

ثم حساب المتوسط الحسابي للعينة الكلية في القياس القبلي لمقياس السلوك الصحي ومقارنته بالمتوسط الفرضي من خلال حساب T للمجموعة الواحدة، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (32) يبين نتائج اختبار T لدلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط  
الفرضي لمقياس السلوك الصحي لدى العينة الكلية في القياس القبلي

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	مستوى الدلالة
السلوك الصحي	ضابطة (15)	57.13	5.11	26.18	0.01
	تجريبية (15)	58.26	5.37		
	كلية (30)	57.70	5.18		
المتوسط الفرضي 82.5 < المتوسط الحسابي للعينة الكلية 57.70					

نلاحظ أن المتوسط الحسابي للعينة الكلية في القياس القبلي لمقياس السلوك الصحي هو  
57.70 بانحراف معياري 5.18 وقيمة T هي 26.18 وهي دالة عند 0.01 وهو ما يعني  
وجود فروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لصالح المتوسط الفرضي و بالتالي  
تحقق الفرضية الثالثة.



تمثيل بياني رقم (3) يبين درجات السلوك الصحي في القياس القبلي لدى العينة الكلية

(4) عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي.

ومن أجل التحقق من ذلك تم الاعتماد على اختبار (مان ويتي) لعينتين مستقلتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (33) يبين نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي عند القياس القبلي

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	P
التفاؤل غير الواقعي (قبلي)	التجريبية	15	15.70	235.50	109.50	0.12	0.90
	الضابطة	15	15.30	229.50			

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 15.70 ومجموع الرتب هو 235.50 أما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 15.30 ومجموع الرتب بلغ 229.50 وقيمة U بلغت 109.50 وقيمة Z بلغت 0.12 و  $p = 0.90$  وهي أكبر من 0.05، وهو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب العينة الضابطة و العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي و الذي يعني أيضا تحقق الفرضية الرابعة.

#### 5) عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي.

ومن أجل التحقق من ذلك تم الاعتماد على اختبار (مان ويتني) لعينتين مستقلتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (34) يبين نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات

العينتين الضابطة والتجريبية في مقياس سلوك التدخين عند القياس القبلي

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	P
سلوك التدخين (قبلي)	التجريبية	15	15.73	236.00	109	0.14	0.90
	الضابطة	15	15.27	229.00			

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 15.73 ومجموع الرتب هو 236.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 15.27 ومجموع الرتب بلغ 229.00 و قيمة U هي 109 وقيمة Z هي 0.14 و  $p = 0.90$  وهي أكبر من 0.05، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي و الذي يعني أيضا تحقق الفرضية الخامسة.

#### 6) عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة :

تنص الفرضية السادسة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي. ومن أجل التحقق من ذلك تم الاعتماد على اختبار (مان ويتني) لعينتين مستقلتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:



جدول رقم (35) يبين نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات

العينتين الضابطة والتجريبية في مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	P
السلوك الصحي (قبلي)	التجريبية	15	16.47	247.00	98	0.60	0.56
	الضابطة	15	14.53	218.00			

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 16.47 ومجموع الرتب هو 247.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 14.53 ومجموع الرتب بلغ 218.00 و قيمة U هي 98 وقيمة Z هي 0.60 و  $p = 0.56$  وهي أكبر من 0.05 ، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي والذي يعني أيضا تحقق الفرضية السادسة .

#### 7) عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك بين القياسين القبلي والبعدي. ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (36) يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدى على مقياس التفاؤل

غير الواقعي

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	Sig
التفاؤل غير الواقعي	الضابطة	سالبة	6	4.67	28	0.52	0.95	غير دالة
		موجبة	4	6.75	27			

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب السالبة هو 4.67 ومجموعها هو 28 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 6.75 ومجموعها بلغ 27 وقيمة Z هي 0.52 و  $p = 0.95$  وهي أكبر من 0.05، وهو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدى على مقياس التفاؤل غير الواقعي وهو ما يعني أيضا تحقق الفرضية السابعة.

(8) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس سلوك التدخين وذلك بين القياسين القبلي والبعدى. ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم ( 37 ) نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس سلوك التدخين

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	Sig
سلوك التدخين	الضابطة	سالبة	9	6.11	55	0.67	0.5	غير دالة
		موجبة	4	9	36			

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب السالبة هو 6.11 ومجموعها هو 55 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 9 ومجموعها بلغ 36 وقيمة Z هي 0.67 و  $p = 0.5$  وهي أكبر من 0.05 ، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوك التدخين ، وهو ما يعني أيضا تحقق الفرضية الثامنة .

#### 9) عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس السلوك الصحي وذلك بين القياسين القبلي والبعدي. ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (38) يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك الصحي

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	Sig
السلوك الصحي	الضابطة	سالبة	1	4.00	4.00	1.89	0.059	غير دالة
		موجبة	6	4.00	24			

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب السالبة هو 4.00 ومجموعها هو 4.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 4.00 ومجموعها بلغ 24 وقيمة Z هي 1.89 و  $p = 0.059$  وهي أكبر من 0.05، وهو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك الصحي، وهو ما يعني ايضا تحقق الفرضية التاسعة.

#### 10 عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة:

تنص الفرضية العاشرة على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي.

ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (39) يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاؤل غير الواقعي

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	D	$\eta^2$
التفاؤل غير الواقعي	التجريبية	سالبة	15	8.00	120	3.41	0.001	2.30	0.53
		موجبة	0	0	0				

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب السالبة هو 8.00 ومجموعها هو 120 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 0.00 ومجموعها بلغ 0.00 وقيمة Z هي 3.41 و  $p = 0.001$  وهي أقل من 0.05، و هو ما يعني وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي لصالح التطبيق القبلي، كما أن حجم الاثر هو ( $D = 2.30$ ) و مربع ايتا = 0.53 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في خفض التفاؤل غير الواقعي والذي يعني أيضا تحقق الفرضية العاشرة .

#### 11 عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشرة:

تنص الفرضية الحادية عشر على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين وذلك بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس القبلي.

ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (40) يبين نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد

العينة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوك التدخين

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	D	$\eta^2$
سلوك التدخين	التجريبية	سالبة	14	7.50	105.00	2.56	0.01	0.77	0.43
		موجبة	1	15.00	15.00				

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب السالبة هو 7.50 ومجموعها هو 105.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 15.00 ومجموعها بلغ 15.00 وقيمة Z هي 2.56 و  $p = 0.01$  وهي أقل من 0.05، و هو ما يعني وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية في مقياس سلوك التدخين وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي لصالح التطبيق القبلي، كما أن حجم الاثر هو ( $D = 0.77$ ) و مربع ايتا = 0.43 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في خفض سلوك التدخين والذي يعني أيضا تحقق الفرضية الحادية عشر.

#### 12) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشرة:

تنص الفرضية الثانية عشر على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي وذلك بين القياسين القبلي والبعدي لصالح البعدي. القياس ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم ( 41 ) يبين نتائج اختبار ويلكوسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات

افراد العينة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس السلوك الصحي

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P	D	$\eta^2$
السلوك الصحي	التجريبية	سالبة	0	0.00	0.00	3.40	0.001	1.28	0.86
		موجبة	15	8.00	120.00				

نلاحظ من الجدول أن متوسط الرتب السالبة هو 0.00 ومجموعها هو 0.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 8.00 ومجموعها بلغ 120.00 وقيمة Z هي 3.40 و  $p = 0.001$  وهي أقل من 0.05، وهو ما يعني وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية في مقياس السلوك الصحي وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي، كما أن حجم الاثر هو ( $D = 1.28$ ) و مربع ايتا  $= 0.86$  وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في رفع مستوى السلوك الصحي والذي يعني أيضا تحقق الفرضية الثانية عشر.

### 13 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة عشرة:

تنص الفرضية الثالثة عشر على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك في القياس البعدي لصالح العينة الضابطة. ومن أجل التحقق من ذلك اعتمدت الباحثة على اختبار (مان ويتي) لعينتين مستقلتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (42) يبين نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس البعدي

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	P	D	$\eta^2$
التفاؤل غير الواقعي (بعدي)	التجريبية	15	8.00	120.00	0.00	4.67	0.00	5.25	0.87
	الضابطة	15	23	345	0.00				

ان النتائج الموضحة في الجدول تعكس وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية و العينة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة الضابطة و ذلك في مقياس التفاؤل غير الواقعي فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 8.00 و مجموع الرتب هو 120.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 23.00 ومجموع الرتب بلغ 345.00 ، اما قيمة U فبلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.67 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر يساوي ( D= 5.25 ) و مربع ايتا = 0.87 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي في خفض التفاؤل غير الواقعي لدى العينة التجريبية ، وهو ما يعني أيضا تحقق الفرضية الثالثة عشر .

#### 14 عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة عشرة:

تنص الفرضية الرابعة عشر على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك تدخين وذلك في القياس البعدي لصالح العينة الضابطة.

ومن أجل التحقق من ذلك اعتمدت الباحثة على اختبار (مان ويتني) لعينتين مستقلتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:



جدول رقم ( 43 ) يبين نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات

العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس البعدي

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	P	D	$\eta^2$
سلو التدخين (بعدي)	التجريبية	15	8.00	120	0.0	4.69	0.0	3.5	0.7
	الضابطة	15	23.0	345	0				

ان النتائج الموضحة في الجدول تعكس وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية و العينة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة الضابطة و ذلك في مقياس سلوك التدخين، فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 8.00 ومجموع الرتب هو 120.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 23.00 ومجموع الرتب بلغ 345.00 ، اما قيمة U فبلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.69 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو ( D= 3.59 ) و مربع ايتا = 0.76 وهو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي على العينة التجريبية في خفض سلوك التدخين، وهو ما يعني أيضا تحقق الفرضية الرابعة عشر.

عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة عشرة:

تنص الفرضية الخامسة عشر على وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة ومتوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي وذلك في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية.

ومن أجل التحقق من ذلك اعتمدت الباحثة على اختبار (مان ويتني) لعينتين مستقلتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم ( 44 ) يبين نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات العينتين الضابطة والتجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس البعدي

المتغير	المجموعة	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة U	Z	P	D	$\eta^2$
السلوك الصحي (بعدي)	التجريبية	15	23.00	345.00	0.00	4.67	0.00	5.55	0.88
	الضابطة	15	8.00	120.00					

ان النتائج الموضحة في الجدول تعكس وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية و العينة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية و ذلك في مقياس سلوك التدخين، فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 23.00 و مجموع الرتب هو 345.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 8.00 و مجموع الرتب بلغ 120.00 ، اما قيمة U فبلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.69 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو (D= 5.55) و مربع ايتا = 0.88 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي على العينة التجريبية في رفع مستوى السلوك الصحي ، وهو ما يعني تحقق الفرضية الخامسة عشر.

#### 16) عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة عشرة:

تنص الفرضية السادسة عشرة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك بين القياسين البعدي والتتبعي ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (45) يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاضل غير الواقعي

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P
التفاضل غير الواقعي	التجريبية	سالبة	4	2.50	10.00	1.89	0.059
		موجبة	0	0	0		

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التفاضل غير الواقعي، فمتوسط الرتب السالبة هو 2.50 ومجموعها هو 10.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 0.00 ومجموعها بلغ 0.00 كما أن قيمة Z بلغت 1.89 و  $p = 0.059$  وهي اكبر من 0.05، وهو ما يعني ايضا تحقق الفرضية السادسة عشرة.

#### 17) عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة عشرة:

تنص الفرضية السابعة عشرة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين وذلك بين القياسين البعدي والتتبعي ومن أجل التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (46) يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات

افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوك التدخين

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P
سلوك التدخين	التجريبية	سالبة	11	6.00	66.00	3.20	0.001
		موجبة	0	0.00	0.00		

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أنه توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب

درجات افراد العينة التجريبية وذلك بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوك التدخين

لصالح القياس التتبعي، فمتوسط الرتب السالبة هو 6.00 ومجموعها هو 66.00 اما متوسط

الرتب الموجبة فبلغ 0.00 ومجموعها بلغ 0.00 كما أن قيمة Z بلغت 3.20 و  $p=$

0.001 وهي أقل من 0.05، وهو ما يعني عدم تحقق الفرضية السابعة عشرة.

(18) عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة عشرة:

تنص الفرضية الثامنة عشر على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات

افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي وذلك بين القياسين البعدي والتتبعي ومن أجل

التحقق من ذلك استخدمت الباحثة اختبار ويلكوكسون للعينتين المرتبطتين لحساب هذه الفروق

والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (47) يبين نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات افراد العينة التجريبية بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوك

الصحي

المتغير	المجموعة	الرتب	N	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	P
السلوك الصحي	التجريبية	سالبة	1	5.50	5.50	1.46	0.14
		موجبة	6	3.75	22.50		

نلاحظ من خلال النتائج الموضحة في الجدول أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية وذلك بين القياسين البعدي والتتبعي على مقياس السلوك الصحي، فمتوسط الرتب السالبة هو 5.50 ومجموعها هو 5.50 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 3.75 ومجموعها بلغ 22.50 كما أن قيمة Z بلغت 1.46 و  $p = 0.14$  وهي أكبر من 0.05، وهو ما يعني تحقق الفرضية الثامنة عشرة.

ثانيا تفسير و مناقشة النتائج

1) تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الأولى :

اعتمدت الباحثة في صياغتها للفرضية الأولى التي تنص على وجود تفاؤل غير واقعي مرتفع لدى أفراد العينة الكلية وذلك في القياس القبلي على ما اطلعت عليه من دراسات سابقة أكدت في معظمها حصول الافراد على درجات مرتفعة في الاختبارات والمقاييس التي صممت لقياس هذا المتغير وخاصة إذا ما تعلق الأمر بالتقييم الذاتي للأخطار لدى هؤلاء الأفراد، بل واعتبرته سببا في اتخاذ بعض السلوكات الخطرة.

ان النتائج الموضحة في الجدول رقم (30) تعكس فعلا ارتفاع درجات التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية في القياس القبلي حيث بلغ المتوسط الحسابي للعينة الضابطة 62.86 بانحراف معياري 3.77، والمتوسط الحسابي للعينة التجريبية بلغ 63 بانحراف معياري 2.97 والمتوسط الحسابي للعينة الكلية هو 62.93 بانحراف معياري 3.34 والمتوسط الفرضي بلغت قيمته 50. وللمقارنة بين المتوسطين اعتمدنا على اختبار T للمجموعة الواحدة وقد بلغت قيمته 21.19 وهي قيمة دالة عند 0.01 ما يعني وجود فروق لصالح المتوسط الحسابي للعينة الكلية.

ان هذه النتيجة تشير الى اعتقاد أفراد العينة الكلية أنهم أقل احتمالا للإصابة بالأمراض الناتجة عن التدخين، رغم أنهم مدخنون منتظمون وبدأو سلوك التدخين في سن أقل من 17 سنة مما يعني تعودهم على هذا السلوك لسنوات عديدة وبدل التفكير بأخطاره نجدهم أكثر تمسكا به بل ويعيدون فوائده وهم على يقين أن أضرار السجائر يمكن أن تلحق فقط بمن هم أكبر سنا أو من يعانون من مشاكل صحية سابقة، أو أنهم يتمتعون بصحة جيدة تمكنهم من تجنب المرض. ان هذه النتائج تتفق مع ما توصلت اليه العديد من الدراسات السابقة كدراستي:

WEINSTEIN 1980 و 1986 حيث أجريت الدراسة الأولى في جامعة رودجرز الأمريكية على عينة شملت 1285 طالب وطالبة واستخدم فيها مقياس أحداث الحياة، وقد أظهرت النتائج تقدير الأحداث الايجابية بمعدل يفوق المتوسط والأحداث السلبية بمعدل أقل من المتوسط، أما الدراسة الثانية والتي أجريت على عينة شملت 296 فردا اختيروا بطريقة عشوائية وكان الهدف منها معرفة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والقابلية للإصابة بالمرض وبينت نتائجها الاعتقاد الكبير لدى الأفراد بأنهم غير معرضين للأذى أو أنهم أقل تعرضا و

أن لديهم تفاؤلا غير واقعيًا يزداد بزيادة الاعتقاد بالقدرة على منع حدوث الخطر، أو كما فسرتة وجهة النظر المعرفية بالشعور الزائف بالقدرة على التحكم، وهو شعور لمست الباحثة وجوده فعليا لدى أفراد العينة التجريبية أثناء الجلسات العلاجية التي هدفت الى تغيير المعتقدات الخاطئة، كما لمسنا أنه فعلا من الأسباب التي تزيد من ارتفاع درجة التفاؤل غير الواقعي، و هو ما يؤكد Mckenna في دراسته سنة 1993 و التي أجريت على عينة شملت 90 سائقا تتراوح أعمارهم ما بين 18 و 68 سنة أظهرت وجود تفاؤل غير واقعي عال في حالات تقدير احتمال حدوث الخطر واعتقادهم كسائقين بالقدرة على التحكم والسيطرة و هو ما توصلت اليه أيضا دراسة Causse 1993 والتي شملت عينة تكونت من 86 سائقا و أكدت أيضا وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التفاؤل غير الواقعي والقدرة الزائفة على الضبط الذاتي أو القدرة الزائفة على التحكم حسب نتائج دراسة Hoorens 1995 التي أجريت على عينة شملت 90 طالب و طالبة و طبق فيها مقياس Weinstein . أخيرا يمكن القول أن أفراد العينة الكلية يتمتعون بدرجات عالية من التفاؤل غير الواقعي اتجاه سلوك التدخين وما يمكن أن يسبب من أضرار، وهو الأمر الذي يجعلهم يستمرون في اتخاذ هذا السلوك أسلوبا للحياة.

## 2) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تشير الفرضية الثانية الى ارتفاع درجات سلوك التدخين لدى العينة الكلية ونتائج القياس القبلي تؤكد ذلك كما يوضحها الجدول رقم (31) حيث بلغ المتوسط الحسابي للعينة الضابطة 60.26 بانحراف معياري 4.02، والمتوسط الحسابي للعينة التجريبية بلغ 60.46 بانحراف معياري 4.03، والمتوسط الحسابي للعينة الكلية 60.36 بانحراف معياري 3.96 والمتوسط الفرضي بلغت قيمته 51. وللمقارنة بين المتوسطين اعتمدنا على اختبار T للمجموعة الواحدة وقد بلغت قيمته 12.95 وهي قيمة دالة عند 0.01 ما يعني وجود فروق لصالح المتوسط الحسابي للعينة الكلية.

ان هذه النتائج تعكس مدى تعود أفراد العينة الكلية على سلوك التدخين رغم أنهم لم يتجاوزوا سن 23 سنة و هو ما يعني ممارستهم لهذا السلوك في مراحل عمرية مبكرة ( بداية مرحلة المراهقة) ما ساهم في تشكيل معتقدات خاطئة حوله ، خاصة و أن هذه المرحلة تعد حاسمة في تكوين ذات الفرد أين تلعب جماعة الرفاق و المعتقدات الاجتماعية دورا مهما في تشكيل شخصية المراهق و تحديد اتجاهاته، و نستدل على ذلك من خلال ما لوحظ عند تحليل اجابات

أفراد العينة في مقياس سلوك التدخين أين كانت الاجابة بنعم عند الاغلبية على بعض البنود نذكر منها : " تعلمت التدخين من رفاقي " ، " أدخن لأمنح نفسي مظهرا لائقا " ، " أدخن لأحصل على ثقة أكبر بنفسني " ، " بداية سلوك التدخين جعلتني أبدو ناضجا " ، " التدخين يجعلني مقبولا اجتماعيا " .

ان هذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة التي كشفت عن مدى انتشار سلوك التدخين لدى المراهقين كدراسة عبده القاسم سنة 2000 والتي هدفت الى الكشف عن حجم ظاهرة التدخين بين طلاب مدارس التعليم الثانوي في اليمن على عينة شملت 2862 طالب وطالبة، وتوصلت الى أن سلوك التدخين يبدأ في مرحلة مبكرة، بل ان الطلاب يصلون الى مرحلة التعود وهم لم يجتازوا بعد المرحلة الثانوية.

و هي النتيجة ذاتها التي توصل اليها المعهد الوطني للصحة العمومية في دراسة أجراها سنة 1999 على مجموعة من الطلاب و العمال تتراوح أعمارهم بين 15 و 30 سنة و أظهرت النتائج أن 97 بالمائة منهم مدخنون منتظمون.

ان اللجوء الى ممارسة هذا السلوك في مرحلة عمرية مبكرة و الاستمرار فيه يجعل الأفراد يصلون الى مرحلة التعود و من ثم صعوبة التوقف و الشعور بالاضطراب من مجرد التفكير في أعراض الانسحاب وهو الأمر الذي تعكسه أيضا اجابات أفراد العينة: " أدخن أول سيجارة عند استيقاظي من النوم "، " عندما لا أدخن لا أكون واعيا و لا أستطيع التحكم في الرغبة في التدخين " .

ان هذا التعود وبمرور الوقت يجعل هذا السلوك جزءا من الحياة اليومية للأفراد، وبغض النظر عن وجود الوعي بأخطاره وعدم وجوده نجدهم غير قادرين بل غير راغبين في التوقف عن ممارسته.

و لعل الشئ الملاحظ خلال الجلسات العلاجية هو غياب المعرفة الصحيحة و الدقيقة حول الأخطار الحقيقية لهذا السلوك و يتضح ذلك من خلال تفاجئهم بعدد المواد السامة الموجودة في السيجارة بعد اطلاعهم على المطوية التي صممتها الباحثة و تفاعلهم مع ما عرض عليهم من أفلام مصورة حول كيفية تأثير هذه المواد خاصة مادة القطران على الجهاز التنفسي ، ان هذا الأمر يعكس فعلا كمية المعلومات الخاطئة التي يمتلكها هؤلاء حول التدخين ، و هي النتيجة التي توصلت اليها أيضا دراسة Weinstein سنة 2003 والتي أجريت على عينة اشتملت 6369 فردا من عمر 18 سنة فما فوق و أظهرت حجم المعتقدات الخاطئة لدى هؤلاء حول



الأضرار الحقيقية للتدخين ، و لذلك نخلص الى أن عدم الوعي هو من الأسباب التي تجعل الأفراد يستمرون في ممارسة سلوك التدخين عن الضرر الذي قد يلحق بهم و يجعلهم على يقين أنهم لن يصابوا بذلك على الأقل في مرحلة شبابهم ، ولكن الاحصائيات العالمية و حتى الوطنية حول سرطانات الرئة و الشعب الهوائية تخالف هذا الاعتقاد.

### 3) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة تشير الى انخفاض درجات السلوك الصحي لدى العينة الكلية في القياس القبلي والنتائج الموضحة في الجدول رقم (32) توضح ذلك فالمتوسط الحسابي للعينة الضابطة هو 57.13 بانحراف معياري 5.11، و المتوسط الحسابي للعينة التجريبية هو 58.26 بانحراف معياري 5.37، و المتوسط الحسابي للعينة الكلية 57.69 بانحراف معياري 5.18 والمتوسط الفرضي بلغت قيمته 82.5. وللمقارنة بين المتوسطين اعتمدنا على اختبار T للمجموعة الواحدة وقد بلغت قيمته 26.18 وهي قيمة دالة عند 0.01 ما يعني وجود فروق لصالح المتوسط الفرضي.

ان هذه النتيجة تدل على ابتعاد أفراد العينة الكلية عن ممارسة السلوك الصحي سواء في جانبه الوقائي أو الحفاظ على الصحة، ناهيك عن جانب الارتقاء بالصحة، والشيء الملاحظ عند استخدام استمارة النشاط اليومي كواجب منزلي هو بروز سلوكات غير صحية أخرى ارتبطت بسلوك التدخين وهي (عدد ساعات نوم غير كافية، وجبات غير صحية وفي غير أوقاتها، شرب الكثير من المنبهات التي يجب أن ترافق استهلاك السجائر) هذا اضافة الى أنهم لا يقومون بأي نشاط وقائي كاجراء الفحوصات والتحليل الدورية.

ان هذه النتائج أكدتها دراسة عبد العزيز حجي العنزي سنة 2014 و التي أجريت على عينة تكونت من 160 طالب 80 منهم مدخنين و 80 منهم غير مدخنين بغرض معرفة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي و المعتقدات الصحية المتعلقة بالتدخين وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية ايجابية بين التفاؤل غير الواقعي و سلوك التدخين و علاقة ارتباطية سلبية بين سلوك التدخين و المعتقدات الصحية، أي كلما كان الفرد مدخنا كلما قل سلوكه الصحي، و لكن ما الذي يجعل هؤلاء اليافعين يبتعدون عن ممارسة السلوك الصحي؟

ان استهلاك السجائر لسنوات عديدة يؤدي الى ظهور مشاكل صحية يمكن اعتبارها في بدايتها مشاكل بسيطة و لكنها تتطور بمرور الوقت لتصبح أكثر تعقيدا ، و التي من بينها فقدان التدريجي لحاسة الذوق و من ثم فقدان الشهية و عدم الاهتمام بالوجبات الغذائية و أيضا ظهور صعوبات في التنفس ما يؤدي الى صعوبة ممارسة أي نشاط رياضي ، و هو الأمر الذي أصبح واضحا لدى أفراد العينة التجريبية فهم يعانون من عدم القدرة على الاستمرار في ممارسة أي نشاط يتطلب جهدا بدنيا ، لانهم يحسون بالتعب و الارهاق و ضيق التنفس من الوهلة الاولى و أغلبيتهم انضموا الى نوادي رياضية و انسحبوا منها أو كانوا على الأقل يمارسون نشاطا بدنيا بصورة منتظمة و لكنهم توقعوا تدريجيا عن ممارسة هذه الأنشطة.

ان اتخاذ سلوك التدخين و ما يرافقه من سلوكيات غير صحيحة أسلوبا للحياة يجعل التفكير في التوقف أو التغيير أمر في غاية الصعوبة، كما أن ارتباطه بدرجات مرتفعة من التفاؤل غير الواقعي يزيد الأمر تعقيدا و هو ما أكدته دراسة Meyer و Chappé سنة 2007 و التي أجريت على عينة تكونت من 63 فردا و كان الهدف منها معرفة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي و السلوك الصحي و أظهرت النتائج علاقة ارتباطية عكسية بينهما .

ان ما يمكن استخلاصه من كل ما سبق هو أن المراهق المدخن يجد نفسه بالاضافة الى ممارسة سلوك التدخين يمارس سلوكيات غير صحية كثيرة ترتبط مع بعضها وتشكل نمط حياة غير صحي.

#### 4) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تشير الفرضية الرابعة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي ، و هو ما تبينه النتائج المبينة في الجدول رقم ( 33 ) ، فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 15.70 ومجموع الرتب هو 235.50 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 15.30 ومجموع الرتب بلغ 229.50 و قيمة U بلغت 109.50 وقيمة Z بلغت 0.12 و  $p = 0.90$  وهي أكبر من 0.05، وهو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب العينة الضابطة و العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي في القياس القبلي .

ان عدم وجود فروق وارتفاع درجات التفاؤل غير الواقعي لدى أفراد المجموعتين يمكن أن يكون بسبب خصائص المرحلة العمرية اذ تتراوح أعمارهم بين 19 و 23 سنة و هم ما زالوا بصدد

استكمال الدراسة أي أنهم لم يتخذو بعد قرارات حاسمة تخص تقرير مصيرهم ، و هم أيضا لم يختبروا تجارب حقيقية اتجاه مستقبلهم او اتجاه وضعهم الصحي مما يجعلهم يستبعدون كثيرا من الأمور السلبية التي قد تحدث و هي نتيجة تتفق مع ما توصلت اليه دراسة Kutter, Qwin, Albery سنة 1998 و هي دراسة أجريت على عينة مكونة من 723 فردا و استخدم فيها استبيان للكشف عن مدى تقديرهم للتعرض للحوادث و قد أكدت النتائج ميل الأفراد الى الاعتقاد بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة مع الاخرين.

ان عدم خوض تجارب حقيقية يجعلنا نقدر الامور بطريقة خاطئة وهو الامر الذي ينطبق على أفراد العينة التجريبية والضابطة فيما يخص التفاؤل غير الواقعي تجاه سلوك التدخين، اذ رغم وجود كثير من الحالات (مرض السرطان) في محيطهم العام الا أن عدم اصابتهم الشخصية أو اصابة أحد أفراد عائلاتهم بمرض سببه المباشر التدخين، يجعلهم يستبعدون الاصابة في وقت لاحق.

و هو ما أشارت اليه دراسة Weinstein سنة 1986 التي أظهرت نتائجها أن اعتقاد الاشخاص بأنهم غير معرضين للأذى أو أنهم أقل تعرضا لا يتعلق بالجنس أو طبيعة العمل، بل ان التفاؤل غير الواقعي يعود الى تعميم الأشخاص لتجاربيهم التي حصلت في الماضي و اعتبارها أساسا لمستقبلهم، فاذا لم تظهر عند الشخص مشكلة في الماضي فسيعمم هذا الاعتقاد، كما توصلت الى أن التفاؤل غير الواقعي يزيد بزيادة الاعتقاد بالقدرة على منع حدوث الخطر و يزيد أيضا بنقص الخبرة الشخصية.

اضافة الى ذلك ومن خلال ما لوحظ أثناء الجلسات العلاجية حول كمية المعلومات المغلوطة حول التدخين والتي يكون مصدرها المحيط قد ساهمت في تكوين وترسيخ معتقدات خاطئة، كما أن الدعم الاجتماعي غير المباشر لهذا السلوك والذي يظهر من خلال عدد المدخنين البالغين والصورة الاجتماعية التي تعكس النضج وقوة الشخصية لدى المدخن تجعل الجميع يرغب في التجريب مع تفاؤل غير واقعي مرتفع حول الاضرار التي يمكن أن تظهر فيما بعد.

كما أن الغياب التام للتوعية و التوجيه و الارشاد في هذه المراحل العمرية المبكرة، يجعل المراهقين ينظرون لسلوك التدخين من جانب واحد و هو جانب الفوائد الكثيرة مما يجعلهم يقبلون على ممارسته و تجدر الاشارة الى أن أفراد العينتين التجريبية و الضابطة لم يتلقوا أي مادة علمية حول الاخطار الحقيقية للتدخين طيلة مساهم الدراسي، و التي كان من الممكن أن

تصحح هذا التشوه المعرفي و توجههم الى اثبات ذواتهم بطرق صحيحة بعيدا عن اتخاذ سلوكيات الخطر.

#### 5) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين ، و هو ما تبينه النتائج المبينة في الجدول رقم ( 34 ) ، فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 15.73 ومجموع الرتب هو 236.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 15.27 ومجموع الرتب بلغ 229.00 و قيمة U هي 109 وقيمة Z هي 0.14 و  $p = 0.90$  وهي أكبر من 0.05 و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين في القياس القبلي.

ان هذه النتائج تعكس اقبال أفراد العينتين على استهلاك السجائر و هو الحال ذاته كما تعتقد الباحثة عند أغلب المراهقين و الشباب و السبب يعود الى القيمة الرمزية للسيجارة و هو ما حاولت العديد من الاتجاهات النظرية تفسيره و التي نذكر من بينها نظرية التعلم الاجتماعي التي أكدت أن سلوك التدخين يستمر بسبب التعلم الاجتماعي لأنه يقترن بالمكافأة التي تتيحها خبرة التدخين ، فممارسة هذا السلوك تجلب له في البداية الثناء من رفقاءه و يعتبر ذلك جزاءا يتحمل في سبيله المشاعر السلبية المزعجة التي تنتابه عند التدخين لأول مرة ، و مع مضي الوقت تصبح الحركات المصاحبة لسلوك للتدخين و الشعور بالاسترخاء و التخلص من التوتر اضافة الى الشعور بالنضج و الانتماء الى الجماعة تشكل دعما يكثف العادة ، و نشير الى أن هناك دراسات كثيرة عمدت الى البحث في العوامل التي تجعل الفرد مهيبا للانخراط في هذا السلوك و أكدت النتائج أن البيئة تلعب دورا مهما في تعلم التدخين في سن مبكرة و يكون ذلك من خلال :

(أ) عدد الأقران المدخنين

(ب) تساهل الوالدين في التربية والتحذير من هذا السلوك

(ت) عدم الوعي بأضراره أو عدم الاكتراث بها

(ث) الرغبة بالظهور بمظهر البالغين

و من بين هذه الدراسات دراسة بشير قصير و آخرون سنة 2000 و التي أجريت على طلبة المدارس في الاردن و كشفت نتائجها أن 64.5 بالمائة من الطلبة أكدوا أن أشخاصا بالغين

يقومون بالتدخين بحضورهم و 51.7 بالمائة أكدوا أن أحد الوالدين مدخن ، و دراسة عبده القاسم سنة 2000 التي استخدمت استبياناً يحوي 32 سؤالاً تهدف الى تحديد العوامل المؤدية الى تدخين الطلاب و توزعت على العوامل النفسية و الاجتماعية و أشارت النتائج الى أن التعود على سلوك التدخين يكون في سن مبكرة و للمدرسين و الآباء و الأقران دور في انتشار هذا السلوك أو وجود أثر للعوامل الاجتماعية في جذب الطلاب للتدخين ، أي أن هذا السلوك يحظى بالعدم بالدهم و التشجيع بطرق غير مباشرة ، و لذلك كيف يمكن للمراهق أو الشاب عدم ممارسة أو التخلي عن سلوك تمارسه الأغلبية و يمارسه خاصة من يعتبره المثل الأعلى له.

#### (6) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تشير الفرضية السادسة الى عدم وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي ، و هو ما تبينه النتائج المبينة في الجدول رقم ( 35 ) فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 16.47 ومجموع الرتب هو 247.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 14.53 ومجموع الرتب بلغ 218.00 و قيمة U هي 98 وقيمة Z هي 0.60 و  $p = 0.56$  وهي أكبر من 0.05 ، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي في القياس القبلي .

و قد أشرنا سابقاً الى أن السلوك الصحي هو السلوك الذي يؤديه الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي و قد حددته دراسة بيلوك وبيرسلو سنة 1972 و التي أجريت في مقاطعة الالاميدا في كاليفورنيا في سبعة أنماط يجب اتباعها وهي:

✓ النوم من 7 الى 8 ساعات في اليوم

✓ عدم التدخين

✓ تناول الافطار كل يوم

✓ عدم تناول الكحول أكثر من مرة أو مرتين في اليوم

✓ ممارسة الرياضة بشكل منتظم

✓ تجنب الأكل بين الوجبات

✓ تجنب حدوث زيادة في الوزن تزيد عن 10 بالمائة من الحد المطلوب

و قد ركزنا الاهتمام من خلال هذا البحث على السلوك الصحي المتعلق ب:

- عدد ساعات نوم كافية
- التغذية السليمة
- ممارسة الرياضة
- التوقف التدريجي عن التدخين

و لقد أظهر القياس القبلي لدى المجموعتين الضابطة و التجريبية انخفاض هذه السلوكات و هو أمر تعيده الباحثة الى ممارسة أفراد المجموعتين لسلوك التدخين في حد ذاته لأن ممارسة هذا السلوك تؤدي الى الانخراط في سلوكات غير صحية أخرى، كما أكدت دراسة عبد العزيز حجي العنزي سنة 2014 التي أكدت وجود علاقة ارتباطية سلبية بين سلوك التدخين و المعتقدات الصحية ، أي أن ممارسة الفرد لسلوك التدخين تجعله يبتعد عن ممارسة السلوك الصحي ، اضافة الى أن السلوكات الصحية أو العادات الصحية تتكون و تتطور خلال مراحل الطفولة المبكرة و تثبت بين سن الحادية عشر و الثانية عشر ، ثم تظهر بشكل أوتوماتيكي لا يستدعي تدخل الشعور ، و لكن كيف لهذه العادات الصحية أن تتطور لدى أفراد هذه العينة و قد تشكلت و تطورت لديهم في هذه المراحل المبكرة عادة غير صحية هي التدخين و ارتباط هذه العادة كما أكدته الدراسات بمعتقدات و أفكار خاطئة مما يؤدي الى الاستقرار في ممارستها و الابتعاد عن السلوكات الصحية التي تتطلب كما تشير النماذج النظرية في هذا المجال التقدير الشخصي للخطورة ، فالمدخن مثلا الذي يعتبر صحته غير مهددة ( بسبب التفاؤل غير الواقعي ) لن يتوقف عن التدخين خاصة اذا علمنا أن أهم ما يدفع الفرد لممارسة السلوك الصحي لقناعة بأن الفوائد المدركة مثل التمتع بالصحة الجيدة و خفض عوامل الخطر تفوق المعوقات و التكاليف المدركة لهذا الفعل و لكن كل هذه المتغيرات تأثرت بالمعتقدات الخاطئة لدى المدخن ، فالقابلية للاصابة بالمرض غير واردة لديه أو علة الأقل هي بعيدة عنه مقارنة بالآخرين ، و الفوائد المدركة للفعل غائبة لأنه يرى الفوائد في سلوك التدخين و ليس في السلوك الصحي ، و المعوقات المدركة لممارسة السلوك الصحي كثيرة ، فمجرد التفكير في أعراض التوقف أو التعب و ضيق التنفس عند ممارسة الرياضة تجعل المدخن يغفل عن أداء السلوك الصحي أو يلجأ الى التأجيل أو التسويف ( سوف اتوقف عن التدخين عند انتهائي من اداء الامتحانات ) ( سوف انضم الى نادي رياضي و امارس الرياضة بشكل يومي عندما انتهي من عملي ) ( سوف أنظم وقت يومي و وجباتي في العطلة القادمة ) و لكن بمرور الوقت يصبح أكثر تمسكا بسلوك

التدخين الذي قد يتطور و يرتبط بمتغيرات شخصية كالقدرة على الانجاز و الكفاءة الذاتية أي تصبح قدرته على انجاز أعماله مرتبطة بهذا السلوك ، و السلوك الصحي يصبح عائقا ، مما يبعد فكرة التخلي عنه الا اذا حدث تغيير في المعتقدات و الأفكار .

#### (7) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي ، و النتائج المبينة في الجدول رقم ( 36 ) توضح ذلك ، فمتوسط الرتب السالبة هو 4.67 ومجموعها هو 28 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 6.75 ومجموعها بلغ 27 وقيمة Z هي 0.52 و  $p = 0.95$  وهي أكبر من 0.05 ، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس التفاؤل غير الواقعي. ان عدم التغيير في الدرجات المتحصل عليها بين القياس القبلي و البعدي هو أمر متوقع لأن هذه العينة لم تتعرض لأي اجراء من شأنه تغيير مستوى التفاؤل غير الواقعي الذي بقي مرتفعا ، و تشير دائما الى أنه تفاؤل غير واقعي متعلق بالأضرار التي يمكن أن يسببها سلوك التدخين و هي في الحقيقة نتيجة تتفق مع نتائج الدراسات السابقة في هذا المجال كدراسة Jonatan et Reppucci سنة 1991 التي أجريت على مجموعة من المراهقين في بريطانيا لدراسة التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين على عينة تكونت من 54 مراهقا مدخن و 304 مراهق غير مدخن ، و نتائجها أظهرت تفاؤلا غير واقعي كبير لدى المراهقين المدخنين الذين اعتبروا فرص اصابتهم بسرطان الرئة فرصا عادية. و دراسة Strecher, Kreuter et Kobrin سنة 1995 و التي أجريت على عينة تكونت من 2785 مدخن بهدف التعرف على مدى وجود التفاؤل غير الواقعي لديهم و قد طبق فيها استبيان يقيس مدى اعتقادهم في امكانية اصابتهم بالسرطان و أمراض القلب مقارنة بغيرهم من غير المدخنين و كشفت نتائجها أنه على الرغم من اعتقادهم أن احتمال الاصابة يزداد لديهم مقارنة بغير المدخنين الا أنهم يعتقدون أيضا في أن الاحتمال ينخفض لديهم مقارنة مع مدخنين آخرين.

ان نتيجة هذه الدراسات ونتيجة عدم وجود فروق بين التطبيقين القبلي والبعدي على مقياس التفاؤل غير الواقعي تؤكد ان حدوث التغيير لا يمكن أن يكون بسهولة وتلقائية لأن الأمر لا

يتعلق باتخاذ سلوك فقط بل يتعلق بتشوه معرفي ارتبط بمجموعة من المعتقدات والأفكار والمخططات الخاطئة والتي تطورت بتطور المراحل العمرية. لذا فالتغير يستوجب وجود متغير مستقل (يعمل على تغيير هذه المعتقدات و الأفكار و المخططات) ليحل محلها التفكير المنطقي الصحيح و الواقعي، أو أن يتعرض الفرد لتجربة حقيقية تضعه في مواجهة مع الخطر ما يجعله يغير التقدير بالنسبة للأمور السلبية و يتأكد من أن نسبة حدوثها له هي تماما نفس النسبة المتوقعة للآخرين ممن يماثلونه في السن و الجنس و الظروف، و أن فكرة كونه محصنا و بعيد عن الخطر فكرة خاطئة خاصة اذا تعلق الأمر بسلوك التدخين.

#### 8) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تشير الفرضية الثامنة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس سلوك التدخين وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي، و النتائج المبينة في الجدول رقم (37) توضح ذلك، فمتوسط الرتب السالبة هو 6.11 ومجموعها هو 55 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 9 ومجموعها بلغ 36 وقيمة Z هي 0.67 و  $p = 0.5$  وهي أكبر من 0.05، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوك التدخين.

ان عدم وجود فروق بين القياس القبلي و البعدي في سلوك التدخين لدى افراد العينة الضابطة يعكس تمسكهم بهذا السلوك الذي يشكل لديهم الملاذ في الوقت الحالي و الحل لكثير من مشكلاتهم الشخصية خاصة و أن العينة الضابطة لم تتعرض لأي اجراء من شأنه تغيير اتجاهات المجموعة نحو سلوك التدخين ، كما أن القيمة الرمزية للسيجارة كما ذكرنا سابقا تلعب دورا مهما في تعزيز هذا السلوك ، اضافة الى الاعتقادات الخاطئة حول فوائد التدخين كقدرته على زيادة التركيز و خفض القلق و التوتر و الشعور بالرضا و السعادة و حتى المكانة عندما يكونون مع جماعة الرفاق ، فهي أمور كلها تجعل من الاقبال على ممارسة هذا السلوك أمرا طبيعيا عند غالبية من هم في مثل سنهم ، و فكرة التخلي عن هذا السلوك في هذه المراحل العمرية غير واردة.



ان هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت اليه دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1999 و التي أجريت على فئة من الأفراد تتراوح اعمارهم بين 15 و 30 سنة و هدفت الى معرفة اتجاهات العينة نحو سلوك التدخين و نتائجها أظهرت أن

- 97% من أفراد العينة مدخنون
- 97% على علم بأن التدخين يسبب السرطان
- 98% من أفراد العينة حددوا سرطان الرئة و سرطان الحنجرة كسرطانات يسببها

#### التدخين

ولكن رغم هذا الوعي الا أنهم مدخنون منتظمون وهذا يفسر ب:

- ✓ اما وجود تفاؤل غير واقعي مرتفع كما هو الحال لدى أفراد العينة الضابطة يجعلهم يغفلون عن أضراره ويستبعدون الاصابة الشخصية
  - ✓ أو الاعتقاد الخاطيء في فوائد التدخين الذي يجعلهم يؤجلون التخلي عن هذا السلوك
- والنتيجة زيادة في عدد السجائر وزيادة في التعود والاستمرار في اتخاذ هذا السلوك وشعور باستحالة ممارسة الأنشطة اليومية دونه.

#### 9) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة:

تشير الفرضية التاسعة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة على مقياس السلوك الصحي بين التطبيقين القبلي و البعدي، و النتائج المبينة في الجدول رقم (38) توضح ذلك، فمتوسط الرتب السالبة هو 4.00 ومجموعها هو 4.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 4.00 ومجموعها بلغ 24 وقيمة Z هي 1.89 و  $p = 0.059$  وهي اكبر من 0.05، و هو ما يعني عدم وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس السلوك الصحي.

ان هذه النتائج تؤكد انخفاض مستوى السلوك الصحي لدى أفراد العينة الضابطة سواء في القياس القبلي أو القياس البعدي وهو أمر تعيده الباحثة الى التكوين التلقائي لنمط حياة غير صحي لدى هؤلاء الأفراد في مراحل مبكرة ثم الوصول الى مرحلة التعود مع تكثيف للعادات غير الصحية وتعزيزها.

ان اغفال أفراد المجموعة الضابطة لممارسة السلوك الصحي قد يعود أيضا الى أسباب ترتبط بممارسة سلوك التدخين في حد ذاته و هي علاقة أثبتتها دراسة عبد العزيز حجي كما

ذكرنا سابقا والتي توصلت الى وجود علاقة ارتباطية بين سلوك التدخين و المعتقدات الصحية ، أي أن المدخن لا يولي أهمية للسلوك الصحي و تتكون لديه معتقدات خاطئة ( كالتدخين يجعلني أحافظ على وزني و لست بحاجة الى ممارسة الرياضة ) اضافة الى الظهور التلقائي لبعض العادات غير الصحية التي يجب أن تترافق مع سلوك التدخين كشراب المنبهات و عدم المحافظة على أوقات الوجبات و نوعيتها ، و ارتباط التدخين بجماعة الرفاق و أوقات النوم المتأخرة ، و عدم ممارسة النظرية بسبب ظهور بعض المشاكل الصحية كصعوبات التنفس و تجدر الاشارة الى أن الدراسات السابقة توصلت أيضا الى وجود ارتباط بين التفاؤل غير الواقعي و ممارسة السلوك الصحي كدراسة Chappé, Meyer, Delhomme سنة 2007 و هي دراسة أجريت

على عينة تكونت من 63 فردا وكان الهدف منها معرفة ما إذا كان التفاؤل غير الواقعي يتلاءم مع تبني سلوكات صحية، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سلبية بين التفاؤل غير الواقعي وتبني سلوكات صحية.

ان ارتباط سلوك التدخين والسلوك الصحي بالتفاؤل غير الواقعي يجعل المدخن يشعر بالحصانة فيقبل أكثر وأكثر على ممارسة العادات غير الصحية خاصة مع الاستفادة من أي برامج أو حملات توعوية من شأنها تغيير المعتقدات وتصحيح الأفكار الخاطئة.

#### 10 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية العاشرة:

تشير الفرضية العاشرة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي ، و النتائج المبينة في الجدول رقم ( 39 ) توضح ذلك ، فمتوسط الرتب السالبة هو 8.00 ومجموعها هو 120 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 0.00 ومجموعها بلغ 0.00 وقيمة Z هي 3.41 و  $p = 0.001$  وهي أقل من 0.05 ، و هو ما يعني وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية في مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي ، كما أن حجم الاثر هو (  $D = 2.30$  ) و مربع ايتا = 0.53 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في خفض التفاؤل غير الواقعي .

ان وجود هذه الفروق يعكس الانخفاض في مستوى التفاؤل غير الواقعي لدى أفراد العينة التجريبية في القياس البعدي الذي أجري بهد نهاية جلسات البرنامج العلاجي مباشرة ، مما يدل على التأثير الواضح لهذا البرنامج ذو المحتوى المعرفي السلوكي بتقنياته و أدواته على معتقدات و أفكار و مخططات هذه المجموعة و نستدل على ذلك من خلال حساب حجم الاثر باستخدام معادلة كوهين و الذي بلغت قيمته 2.14 و هي قيمة تدل على حجم تأثير كبير جدا لمحتوى البرنامج على مستوى التفاؤل غير الواقعي، كما ان حساب قيمة ايتا مربع والتي بلغت 0.53 تؤكد ايضا هذا التأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع. ان التقنيات المستخدمة كتقنية الحوار و أداء الدور و استخدام الاستثمارات المختلفة لتسجيل الأفكار و مراقبتها كسجل الأفكار سيامو و استمارة الاعمدة الثلاثة و تقنية التدريب الاستطلاعي المعرفي، و خاصة استمارة مزايا و مساوئ التي صممت لتسجيل مزايا و مساوئ سلوك التدخين من جهة و مزايا و مساوئ المدخن في حد ذاته ساعدت على ابراز المعتقدات الخاطئة حول الذات و حول السلوك مما سهل عملية التغيير.

ان تطبيق كل هذه التقنيات و دعمها بوضع أفراد العينة التجريبية في مواجهة الخطر الحقيقي عن طريق الزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان باتنة يومي 27 و 28 ديسمبر 2017 و اجراء مقابلات مع حالات يعزى السبب الاول في اصابتها بالسرطان للتدخين، كان له الأثر البالغ في خفض التفاؤل غير الواقعي الذي تفسره الباحثة بنفي المعتقدات الخاطئة لدى المجموعة و المتمثلة في (السرطان يصيب من دخنوا لأكثر من 20 سنة، (السرطان يصيب كبار السن فقط، أنا أتمتع بصحة جيدة و يمكنني الاستمرار في التدخين) عن

طريق المقابلة مع الأخصائي النفسي لقسم الاورام بمركز مكافحة السرطان باتنة (عيساني ياسر) الذي قدم أرقام و إحصائيات عن الحالات الفعلية التي عولجت بالقسم، اضافة الى المواجهات النصف موجهة مع الحالات (الحالة أ : 33 سنة سرطان الرئة ، الحالة ب : 54 سنة سرطان الرئة ، الحالة ج : 49 سنة سرطان الأنف ، الحالة د : 56 سنة سرطان الرئة ، الحالة و : 52 سنة سرطان الحنجرة).

ان هذا التعرض للخطر الحقيقي أدى الى تغيير في مستوى التفاؤل غير الواقعي الذي هو تشوه معرفي بسبب عدم التقييم الصحيح و المنطقي للأخطار الناتج عن عدم الوعي أو

الاستبعاد نتيجة عدم التجربة الشخصية، و هذا ما يؤكد أن تعرض الفرد لرسائل وقائية قوية من شأنه أن يغير اتجاهاته و هو ما يتفق مع نتيجة دراسة ديلهوم و آخرون سنة 2009 التي أكدت على نجاح رسائل التوعية في خفض التفاؤل غير الواقعي خاصة اذا طبقت وفقا لثلاث خطوات وهي:

-جذب الانتباه من خلال التهديد

-اعطاء توصيات فعالة لمواجهة ذلك التهديد

-و أخيرا زيادة الثقة بالقدرة على اتباع السلوكات الموصى بها

كما أوصت الدراسة بضرورة اعطاء التفاؤل غير الواقعي المزيد من الاهمية عند تصميم الحملات التوعوية والوقائية.

### 11 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر:

تشير الفرضية الحادية عشرة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي ، و النتائج الموضحة في الجدول رقم ( 40 ) تبين ذلك ، فمتوسط الرتب السالبة هو 7.50 و مجموعها هو 105.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 15.00 و مجموعها بلغ 15.00 وقيمة Z هي 2.56 و  $p = 0.01$  وهي أقل من 0.05 ، و هو ما يعني وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية في مقياس سلوك التدخين وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي ، كما أن حجم الاثر هو (  $D = 0.77$  ) و مربع ايتا = 0.43 وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في خفض سلوك التدخين ان وجود هذه الفروق بين التطبيقين سببه انخفاض في الدرجات المتحصل عليها على مقياس سلوك التدخين في التطبيق البعدي وهو انخفاض جاء بعد الالتزام بجلسات البرنامج العلاجي التي كان لها التأثير الواضح في تغيير اتجاهات المجموعة نحو سلوك التدخين و نستدل على ذلك من خلال حساب حجم الاثر باستخدام معادلة كوهين و الذي بلغ 0.77 و هي قيمة تدل على حجم تأثير كبير للبرنامج ، كما أن حساب قيمة مربع ايتا و التي بلغت 0.43 تؤكد حجم هذا التأثير للمتغير المستقل على المتغير التابع.

ان تفسير سلوك التدخين عبر مختلف النماذج النظرية قاد الباحثة الى وضع مخطط شكل رقم ( 8 ) تبين فيه بداية تعلم سلوك التدخين و كيفية تطوره لدى الفرد ليشكل لديه مجموعة

من المعتقدات الخاطئة حول ذاته و لذلك اعتمدنا على بعض التقنيات المعرفية السلوكية لتغيير هذه المعتقدات و منها :

- 1) اعادة عزو الصفات: للتقليل من لوم الذات وزيادة الموضوعية.
- 2) التدريب على توكيد الذات: والتي من خلالها يتم التعرف على البنية المعرفية التي تحوي الافكار السلبية والتي تؤثر على السلوك التوكيدي، ثم تعلم مهارات جديدة تؤدي الى الاندماج والتفاعل الاجتماعي.
- 3) الحوار الداخلي: من أجل الرفع من تقدير الذات دون اللجوء الى اثباتها عن طريق سلوك التدخين.

- 4) فحص الدليل: قصد تعديل المعتقدات الخاطئة حول سلوك التدخين
  - 5) ايجاد البدائل: من خلال تنمية السلوكات الايجابية (السلوك الصحي).
- ان التطبيق الناجح لهذه التقنيات سمح لأفراد المجموعة تعلم أساليب تعبيرية جديدة مناسبة للمواقف و تعلم أيضا مهارات جديدة ستؤدي الى الاندماج و التفاعل الاجتماعي دون اللجوء التلقائي لسلوك التدخين الذي بدأت الأفكار التلقائية حوله تتعدل من خلال معرفة المخاطر الحقيقية و عدم وجود الفوائد عن طريق النمذجة الحية (حالات مرض السرطان، و نماذج ايجابية شاركت في الجلسات: نموذج (ب.م) 62 عاما توقف منذ 20 سنة ، نموذج (م.ا.ز) 23 سنة 5 سنوات تدخين توقف منذ شهرين و نصف ).

ان هذه النتائج تتفق مع ما توصلت اليه دراسة ( ديلهوم وماير، 2007 ) التي أجريت على عينة تتكون من 63 مدخن حيث تم عرض مجموعة من الرسائل الوقائية التي تحتوي الصور القوية ( النماذج ) في تغيير المعتقدات و السلوكيات و لذلك يمكننا القول ان نجاح التقنيات المعتمدة يظهر من خلال تعديل المعتقدات و المخططات و هو تعديل يترافق بتغيير ملحوظ في السلوك المراد تعديله.

## 12) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر:

تشير الفرضية الثانية عشرة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي و ذلك بين القياسين القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي ، و النتائج الموضحة في الجدول رقم ( 41 ) تبين ذلك فمتوسط الرتب السالبة

هو 0.00 و مجموعها هو 0.00 اما متوسط الرتب الموجبة فيبلغ 8.00 و مجموعها بلغ 120.00 وقيمة Z هي 3.40 و  $p = 0.001$  وهي أقل من 0.05 ، وهو ما يعني وجود فروق بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية في مقياس السلوك الصحي وذلك بين التطبيقين القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي ، كما أن حجم الاثر هو ( $D = 1.28$ ) و مربع ايتا  $= 0.86$  وهو حجم تأثير كبير يعكس أثر البرنامج العلاجي في رفع مستوى السلوك الصحي ، .

ان هذا الاختلاف في الدرجات المحصل عليها في مقياس السلوك الصحي لدى أفراد العينة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي يعكس مدى التغيير في نمط الحياة لدى أفراد العينة وهو تغيير ناتج عن الاستفادة من البرنامج العلاجي ذو المحتوى المعرفي السلوكي الذي كان يهدف الى الوصول الى التوقف التدريجي عن ممارسة سلوك التدخين وتبني سلوكيات صحية وممارستها بشكل يومي.

و يمكننا الاستدلال على فعالية هذا البرنامج في احداث هذا التغيير من خلال حساب قيمة حجم الأثر D التي بلغت 1.19 و هي تعبر عن حجم أثر كبير، كما أن حساب قيمة مربع ايتا التي بلغت 0.86 وهي تعبير عن حجم أثر كبير أيضا.

ان الاعتماد على استمارتي النشاط اليومي والنشاط الأسبوعي كواجب منزلي مكننا من التعرف على النشاطات التي يمارسها أفراد العينة التجريبية، والشيء الملاحظ من خلال مناقشتها الغياب الكلي للنشاطات الصحية ولذلك اعتمدنا على بعض التقنيات العلاجية قصد احداث التغيير منها (\* الاسترخاء: ومن خلاله قامت الباحثة بتعليم أفراد العينة طريقة التنفس الصحية ثم القيام بتمارين الاسترخاء العضلي واعطائها كواجب منزلي لممارستها بشكل يومي وهي تمارين تمكن من تخفيف التوتر والقلق بوصفهما الدافع الاساسي للجوء الى سلوك التدخين

(\* التدريب المعرفي: التدريب المعرفي الاستطلاعي للتحفيز على التفكير المتعدد والتوقف عن اللجوء مباشرة لسلوك التدخين.

(\* ايجاد البدائل: من خلال تصميم الباحثة للاستمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي واعطائها كواجب منزلي والتي يتم من خلالها مراقبة تطور السلوك الصحي

(\* الاتقان والرضا: والتي تهدف الى معرفة النشاطات التي تجلب المتعة وبالتالي الابتعاد عن النشاطات التي تؤدي الى السلوك غير الصحي.

ان تطبيق هذه التقنيات كشف عن صعوبة احداث التغيير لارتباط العادات غير الصحية ببعضها البعض و هذا ما توصلت اليه ايضا دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية على عينة تكونت من 895 مراهق و هدفت الى تقييم الاتجاهات و المعتقدات التي يحملها المراهقون عن التدخين، و النتائج أظهرت أنهم يبدون وعيا صحيا أقل و هم أكثر ميلا للانخراط في سلوكيات غير صحية و الابتعاد كليا عن السلوكيات الصحية، فمستوى النشاط الرياضى لديهم متدني ، و لديهم فقدان للشهية و عدم انتظام في ساعات النوم .

و هو ما توصلت اليه ايضا Strine Tara et al سنة 2004 و التي أجريت على عينة تكونت من 82918 مدخن بعمر 18 سنة فما فوق، و كان الهدف منها البحث عن علاقة بين آثار الصحة الجسمية عند المدخنين و بين كل من جودة الحياة و السلوكيات الصحية و قد أظهرت النتائج جودة حياة ضعيفة مقارنة بأولئك الذين لا يدخنون أي توجد علاقة ارتباطية سلبية بين جودة الحياة و سلوك التدخين.

ولذلك سعت الباحثة اضافة الى تغيير المعتقدات الى اعادة جدولة النشاطات و تغيير نمط حياة أفراد العينة و البرنامج العلاجي كان له الدور الفعال في احداث التغيير.

### 13) تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشرة

تشير الفرضية الثالثة عشرة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة و العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي وذلك في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية ، و النتائج الموضحة في الجدول رقم ( 42 ) تبين ذلك ، فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 8.00 و مجموع الرتب هو 120.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 23.00 و مجموع الرتب بلغ 345.00 ، اما قيمة U فبلغت 0.00 و قيمة Z بلغت 4.67 و قيمة P هي 0.00 و هي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر يساوي ( D= 5.25 ) و مربع ايتا = 0.87 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي في خفض التفاؤل غير الواقعي لدى العينة التجريبية .

ان ظهور هذه الفروق بين المجموعتين سببه الانخفاض الواضح في درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي وهو انخفاض ترجعه الباحثة الى التأثير البالغ للبرنامج العلاجي الذي يظهر من خلال قيمة حجم الاثر  $D=5.07$  وقيمة مربع ايتا التي بلغت 0.87 و هي قيم تعكس الفعالية العالية لمحتوى البرنامج وقوة تأثيره على تغيير المعتقدات وتعديل

التشوه المعرفي الحاصل لدى المدخن تدريجيا وهو الأمر غير الملاحظ لدى أفراد العينة الضابطة التي لم تتعرض الى لأية محاولة لتغيير المعتقدات.

ان الاتجاهات الجديدة في تعديل السلوكات غير الصحية تركز الاهتمام على المعتقدات التي يحملها الأفراد ازاء عاداتهم الصحية أي تغيير المدركات لتغيير السلوك، لذا نجدها تعتمد على بعض التقنيات المعرفية السلوكية كتقنية الحوار الداخلي التي من شأنها تحفيز الفرد و تنفيذ شكوكة الداخلية بعدم القدرة و عدم النجاح.

وهو ما اعتمدت عليه الباحثة اضافة الى التقنيات الأخرى وخاصة النمذجة الحية والنمذجة الرمزية التي كما ذكرنا سابقا كان لها الأثر البالغ في خفض التفاؤل غير الواقعي، لما احتوته من رسائل قوية ومؤثرة جعلت أفراد العينة التجريبية يعيدون التقييم لسلوكاتهم وتوقع امكانية التعرض للخطر.

ان هذه النتائج تعزز و تؤكد ما جاءت به دراسة Delhomme, Meyer سنة 1996 و التي هدفت الى البحث عن أثر الرسائل على التفاؤل غير الواقعي على اعتبار أن القائمين على حملات التوعية يرون أن التفاؤل غير الواقعي هو حاجز أمام الوقاية من الأمراض و ذلك لما يصحبه من شعور بالحصانة و لذلك حرص الباحثان على أن تكون الرسائل الوقائية وسيلة تجعل الفرد يركز على الخطر ويحفظه في ذاكرته ، وقد طبقت هذه الدراسة على عينة تكونت من 623 فردا اختبروا تأثير الرسائل الوقائية على التفاؤل غير الواقعي من خلال مجموعة من الأحداث المستقبلية مثل : المرض المتنقل و اختيار ثلاث متغيرات مستقلة هي :

(\* ضبط صورة الرسائل وتتمثل في التركيز على الحجج سواء الخسائر الناجمة عن ترك الفرد للسلوك الصحي أو الفوائد الناجمة عن اتباعه

(\* سياق الحكم الذي يسمح لنا بتقييم إدراك الخطر بوجود الرسائل الوقائية أو دونها

(\* الشخص المقارن حيث يكون مجال مقارنتنا به فيما اذا كنا معرضين للخطر أقل أو أكثر منه و يكون اما صديقا مقربا أو شخصا مثاليا مع مراعاة التكافؤ في السن مثلا.

وقد أظهرت النتائج ان التعرض لهذه الرسائل الوقائية يخفض من التفاؤل غير الواقعي للأحداث المستقبلية ويزيد من المسؤولية الشخصية اتجاه الخطر خصوصا اذا كانت الرسائل ذات طابع مرهب.



و لعل هذا ما جعل البرنامج العلاجي ذو فعالية كبيرة ، فالرسائل التي احتوتها تقنية النمذجة الحية و النمذجة الرمزية تميزت فعلا بعامل الترهيب.

#### (14) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة عشرة:

تشير الفرضية الرابعة عشرة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس سلوك تدخين وذلك في القياس البعدي لصالح العينة التجريبية ، و النتائج الموضحة في الجدول رقم ( 43) تبين ذلك ، فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 8.00 ومجموع الرتب هو 120.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 23.00 ومجموع الرتب بلغ 345.00 ، اما قيمة U فبلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.69 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو (3.59 D= ) و مربع ايتا = 0.76 وهو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي على العينة التجريبية في خفض سلوك التدخين.

لقد أظهر القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية انخفاضا في مستوى سلوك التدخين عكس العينة الضابطة التي لم تتعرض لأي اجراء تجريبي. ان هذا الانخفاض في مستوى سلوك التدخين لدى المجموعة التجريبية حدث رغم اعتقادات أفرادها في بداية تطبيق البرنامج العلاجي باستحالة التخلي عن هذا السلوك لأنه يترافق مع كل نشاطاتهم.

ان هذا التغيير الايجابي نستدل عليه بقيمة حجم الأثر لمحتوى البرنامج و التي بلغت D=3.47 و قيمة مربع ايتا بلغت 0.76 و التي تعكس حجم التأثير الكبير للمتغير المستقل على المتغير التابع و هي قيم تعبر أيضا عن امكانية التحول من نمط حياة غير صحي الى نمط حياة صحي، رغم أن البحوث التي أجريت خلال العقود الثلاثة الماضية تكشف عن صعوبة تعديل هذا السلوك و سبب ذلك أن التدخين يتعزز في ضوء مجموعة من العوامل السيكولوجية و الفيسيولوجية.

ولذلك كان لابد من ظهور أساليب جديدة لمعالجة المشكلة لأن الحملات الموجهة الى تغيير الاتجاهات لا تكفي وحدها لمساعدة المدخنين على التوقف، واللجوء الى المنهج العلاجي في التعامل مع سلوك التدخين، كما أن اعادة التوازن الى نمط الحياة عن طريق نظام التغذية

وممارسة الرياضة والانتظام في ساعات النوم قد يكون عاملا مساعدا للتوقف والاستمرار في الامتناع بعد الاقلاع.

ان تحرير سلوك التدخين من المثيرات البيئية و تعلم طرق جديدة للتصرف و اتباع نمط حياة صحي كان يجب أن يترافق بأساليب مناسبة في التعزيز و الحوار من أجل تغيير الصور الذهنية المرتبطة بسلوك التدخين كما قام Homme في دراسة سنة 1965 حيث تم تدريب أفراد كانوا يرغبون في التوقف عن التدخين و ذلك بتعليمهم الاستجابة للرغبة الملحة في التدخين عن طريق تبني أفكار ضد التدخين ، مثل التدخين يسبب السرطان و أفكار تشجع على عدم التدخين مثل سأندوق الطعام أفضل اذا توقفت عن التدخين ، و من أجل زيادة تكرار هذه المدركات درب العملاء على تعزيز هذه الأفكار.

وهو ما عملت الباحثة على تطبيقه خلال الجلسات العلاجية وعرض النماذج التي أدت الى تغيير المعتقدات والتي أصبحت مختلفة تماما عن تلك التي كانت في بداية البرنامج العلاجي. ان هذه النتيجة تؤكد الاختلاف في المعتقدات بين المدخنين وغير المدخنين أو المدخنين السابقين و هو ما أكدته دراسة Weinstein سنة 2003 التي أجريت على عينة مكونة من 6369 فردا مدخنين و غير مدخنين و مدخنين سابقين و مدخنون في بعض الاحيان و طرحت عليهم أسئلة مثل:

(\* في اعتقادك كم عدد السجائر التي يتم تدخينها وتؤدي الى الاصابة بالسرطان

(\* كم عدد الذين تعتقد أنهم استطاعوا الشفاء من سرطان الرئة

(\* هل تعتقد أن احتمال الاصابة بسرطان الرئة عند المدخن هو نفسه بالنسبة للفرد غير المدخن والنتائج جاءت لتؤكد الاختلاف الواضح في المعتقدات الخاصة بسلوك التدخين بين المدخنين من جهة وغير المدخنين والمدخنين السابقين من جهة أخرى.

وبذلك نخلص الى القول أن التركيز على الأفكار يجب أن يكون الهدف الذي توجه اليه جهود التعديل، لان اعادة تنظيم البنية المعرفية هي الطريق للوصول الى تعديل السلوك غير المرغوب فيه.

### 15) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة عشرة

تشير الفرضية الخامسة عشرة الى وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة الضابطة والعينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي وذلك في القياس البعدي لصالح

العينة التجريبية ، و النتائج الموضحة في الجدول رقم ( 44 ) تبين ذلك فمتوسط الرتب لافراد المجموعة التجريبية هو 23.00 ومجموع الرتب هو 345.00 اما متوسط الرتب لافراد المجموعة الضابطة فبلغ 8.00 ومجموع الرتب بلغ 120.00 ، اما قيمة U فبلغت 0.00 وقيمة Z بلغت 4.69 وقيمة P هي 0.00 وهي قيمة أقل من 0.05 ، كما أن حجم الاثر هو (  $D= 5.55$  ) و مربع ايتا = 0.88 و هو حجم تأثير كبير للبرنامج العلاجي على العينة التجريبية في رفع مستوى السلوك الصحي .

ان اعادة التوازن لنمط حياة أفراد المجموعة التجريبية كان من خلال اعادة جدولة النشاطات اليومية بالشكل التالي:

(\* أوقات نوم واستيقاظ محددة

(\* أوقات وجبات محددة مع عدم شرب الكثير من المنبهات (فك الاشرط بين التدخين وشرب المنبهات)

(\* ممارسة الرياضة بشكل منتظم (الانضمام الى نادي رياضي أو تحديد ساعات لممارسة الرياضة مرتين الى ثلاث مرات في الاسبوع)

هذا اضافة الى تقليص عدد السجائر المستهلكة من علبتين فأكثر خلال اليوم الى 4-5 سجائر ووصولاً الى ثلاثة سجائر في اليوم.

ان هذا التغيير في اسلوب الحياة ككل هو نتيجة للانضباط والتنفيذ المحكم للواجبات التي يكلف بها أفراد العينة التجريبية، وهو أمر ناتج بالتأكيد عن الرغبة لديهم في التغيير، و عن فعالية التقنيات المستخدمة التي تظهر من خلال حجم الأثر الذي بلغ  $D=5.37$  و هو حجم تأثير كبير تعبر عنه أيضا قيمة مربع ايتا التي بلغت 0.88

ان هذا الارتفاع في مستوى السلوك الصحي الذي لم نلاحظه عند أفراد العينة الضابطة في القياس البعدي لعدم تعرضهم لأية تحفيزات تجعلهم يتبنون السلوك الصحي، يعود أيضا حسب البحوث والدراسات السابقة في هذا المجال الى وجود علاقة عكسية أو سلبية بين كل من التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين من جهة وتبني سلوك صحي من جهة أخرى ولذلك فان انخفاض مستوى التفاؤل غير الواقعي ومستوى سلوك التدخين أدى الى ارتفاع مستوى السلوك الصحي.

و هذه النتيجة تتفق تماما مع نتائج دراسة Chappé, Meyer, Delhomme سنة 2007 و التي أجريت بهدف معرفة ما اذا كان التفاؤل غير الواقعي يتلاءم مع تبني سلوكات صحية و النتائج أظهرت العلاقة العكسية بينهما.

ودراسة عبد العزيز حجي سنة 2014 التي توصلت الى:

(\* وجود فروق دالة احصائيا بين الشباب المدخن وغير المدخن على مقياس المعتقدات الصحية لصالح غير المدخنين.

(\* وجود فروق دالة احصائيا بين الشباب المدخن وغير المدخن في التفاؤل غير الواقعي لصالح المدخنين.

ان هذه النتائج تقودنا الى القول أن تعديل السلوك يجب أن يترافق بايجاد البدائل الايجابية التي تحل محل السلوك غير المرغوب فيه، كما أن التعزيز و التشجيع و التركيز على القدرة على الانجاز و كفاءة الذات تؤدي الى الاستمرار و المحافظة على التحول الايجابي.

#### 16 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة عشرة

تنص الفرضية السادسة عشرة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس التفاؤل غير الواقعي و ذلك بين القياسين البعدي والتتبعي، و النتائج الموضحة في الجدول رقم (45) تبين ذلك فمتوسط الرتب السالبة هو 2.50 ومجموعها هو 10.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 0.00 ومجموعها بلغ 0.00 كما أن قيمة Z بلغت 1.89 و  $p=0.059$  وهي اكبر من 0.05.

ان عدم وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي في مقياس التفاؤل غير الواقعي يدل على محافظة أفراد العينة التجريبية على النتائج المسجلة عند نهاية البرنامج العلاجي و هو ما يؤكد أن التغيير لم يكن ظرفيا أو ارتبط بحضور الجلسات و تنفيذ الواجبات بل كان تغييرا حقيقيا في الأفكار و المعتقدات و المخططات و التشوه المعرفي الحاصل قد عدل بطريقة صحيحة.

ان بقاء مستوى التفاؤل غير الواقعي منخفضا بل واستمراره في الانخفاض بعد مرور مدة زمنية (شهر) على نهاية البرنامج العلاجي دون التعرض لمثيرات أخرى هو دليل على نجاعة هذا البرنامج وفعالية التقنيات المعرفية السلوكية المستخدمة التي هدفت من البداية الى تغيير البنية المعرفية أولا للوصول الى تغيير السلوك والمحافظة على النتائج هو الأمر الحاصل فعلا.

وقد أشرنا في تفسيرنا للفرضيات السابقة الى أن قلة التجربة الشخصية وعدم الوعي والتقدير الخاطئ للأمر قد يكون لدى الفرد مجموعة من المعتقدات الخاطئة التي يمكن أن تجعله يغفل عن الأخطار خاصة إذا تعلق الأمر بالصحة والمرض، والشعور بالحصانة هو شعور خاطئ في غالب الأحيان وقد يكلفنا دفع ثمن باهظ.

لذلك فإن التعرض لتجارب حقيقية تسمح لنا باكتشاف ما كنا نغفل عنه دون التعرض للأذى وزيادة الوعي عن طريق مشاهدة النماذج، والافتتاح عن طريق المعلومات العلمية الدقيقة هو أمر سيجعلنا بالتأكيد غير من طريقة التفكير، وتقديرنا للأمر يصبح أكثر عقلانية وأكثر واقعية والأهم من ذلك خلوه من التفاؤل المبالغ فيه.

### 17) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة عشرة

تنص الفرضية السابعة عشرة على عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس سلوك التدخين و ذلك بين القياسين البعدي والتتبعي، ولكن النتائج المسجلة في الجدول رقم(46) جاءت عكس ذلك، فمتوسط الرتب السالبة هو 6.00 ومجموعها هو 66.00 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 0.00 ومجموعها بلغ 0.00 كما أن قيمة Z بلغت 3.20 و  $p=0.001$  وهي أقل من 0.05 مما يعني وجود فروق لصالح القياس التتبعي.

ان وجود هذه الفروق يعكس استمرار أفراد العينة التجريبية في التوقف التدريجي عن سلوك التدخين بل و من أفراد المجموعة من توقف نهائيا (حالتين عند القياس التتبعي) و هو أمر تعيده الباحثة الى تصحيح الكم الهائل من المعلومات الخاطئة حول سلوك التدخين لديهم.

فمن جهة معتقدات خاطئة حول فوائد هذا السلوك ومن جهة أخرى عدم معرفة بالمكونات الكيميائية للسيجارة وتأثيرها الفعلي على أجهزة الجسم.

هذا بالإضافة الى تركيز البرنامج على العلاقة بين سلوك التدخين و تكوين ذات المراهق ، لأن الاتجاهات النظرية في هذا المجال تؤكد أن لجوء للسيجارة هو بحث عن تأكيد للذات و ايجاد للمكانة بين جماعة الرفاق و تقليد لمن يعتبره مثله الأعلى و الرغبة الملحة للاقتداء به ، إضافة الى الصورة الخاطئة التي يقدمها المجتمع عن النضوج ، فلكي يصبح المراهق ناضجا يجب أن يكون مدخنا ، ان هذا الارتباط هو ما يجعل تغيير هذا السلوك هدف صعب المنال و اللجوء الى المناهج العلاجية أصبح ضرورة ، لأن المناهج التوعوية الارشادية و الوقائية أصبحت غير كافية

، بل و حتى المناهج العلاجية قد تصل الى نتائج باهرة و لكنها تبقى دائما معرضة للفشل بسبب سهولة الانتكاس.

لذلك يتطلب التغيير ارادة قوية من الفرد ذاته وقرار شخصي بالتوقف، وخصوعه لبرنامج علاجي كما هو الحال لدى العينة التجريبية سيساعده على ايجاد البدائل واثبات الذات بطرق صحيحة، واكتشاف قدرات شخصية كانت غير ظاهرة لتمكنه من مقاومة المغريات، اذ كيف يمكن للمدخن أن يتوقف نهائيا عن التدخين ومحيطه يحتوي على كل المثيرات البيئية التي تشكل لديه ارتباطا شرطيا مع سلوكه السابق.

لذلك وجب أن يكون التغيير على أسس صحيحة مع توفر الرغبة والارادة لدى المدخن لأن التوقف قد يكون سهلا ولكن الاستمرار وعدم الانتكاسة هو التحدي الحقيقي.

### 18) تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة عشرة

تشير الفرضية الثامنة عشرة الى عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات رتب درجات افراد العينة التجريبية على مقياس السلوك الصحي و ذلك بين القياسين البعدي والتتبعي، و النتائج المسجلة في الجدول رقم (47) تبين ذلك، فمتوسط الرتب السالبة هو 5.50 ومجموعها هو 5.50 اما متوسط الرتب الموجبة فبلغ 3.75 ومجموعها بلغ 22.50 كما أن قيمة Z بلغت 1.46 و  $p = 0.14$  وهي أكبر من 0.05.

ان التغيير الذي قد يحدث على عاداتنا المتعلقة بالحاجات الضرورية كالأكل والنوم والأنشطة الروتينية قد يكون أمرا في غاية الصعوبة، لأنها عادات ترتبط ببعضها البعض لتشكل أسلوب حياة يتطور ويتعد بمرور السنوات، ولكي ينجح التحول يجب أن يكون تحولا تدريجيا يتخلله فك الاشرط مع المثيرات البيئية.

ولعل هذا ما ساعد أفراد المجموعة التجريبية وكان سببا في نجاحهم في التغيير الذي كان عبر مراحل سطرها البرنامج العلاجي والمتمثلة في:

(\* التعريف بالسلوك غير الصحي وزيادة الوعي بأخطاره الفعلية

(\* تحديد الأسلوب الصحيح الذي يجب اتباعه وابرار نتائجه الايجابية وفوائد في كل الجوانب

(\* اعادة جدولة الانشطة

ان المرور عبر هذه المراحل سهل الانتقال من نمط حياة خالي كليا من السلوك الصحي الى تبني نمط صحي الى درجة كبيرة.

ونتائج القياس البعدي والتتبعي تعكس عدم وجود فروق في أداء أفراد العينة وهو ما يعني الاستمرار في اتباع الأسلوب المكتسب عند نهاية البرنامج العلاجي. و لكن تجدر الإشارة أيضا أن الانخفاض الكبير في مستوى سلوك التدخين الذي يرتبط بكثير من العادات السلبية ساعد بطريقة غير مباشرة في التصحيح التلقائي لهذه العادات كساعات النوم المتأخرة و الوجبات الغذائية غير المنتظمة وشرب الكثير من المنبهات، كما أن تعديل التشوه المعرفي الحاصل أدى إلى التحفيز على ممارسة السلوك الصحي لتجنب الأخطار. ان نجاح أفراد المجموعة التجريبية في التوقف التدريجي وصولا إلى التوقف النهائي عن ممارسة سلوك التدخين سيؤدي حتما إلى خلق نمط حياة جديدة يتسم بممارسة السلوك الصحي الذي سيستمر، لأن التغيير جاء بعد تطور الوعي لديهم، و هو وعي ناتج عن مشاهدة نماذج حقيقية سلبية و ايجابية أدت إلى تغيير الإدراك لديهم، إذ أصبح إدراك الفوائد يفوق إدراك المعوقات و التكاليف و هذا الأمر يعد الدافع الأساسي لاتخاذ السلوك الصحي.

## مراجع البحث

### خاتمة

مكنتنا هذه الدراسة من اقتراح برنامج علاجي مستمد من اهم نظريات العلاج المعرفي السلوكي المعروفة في العلاج النفسي، وقد سعينا من خلال تصميمه الى معرفة مدى فعاليته في خفض التناول غير الواقعي لدى المدخنين، لان هذا الاخير يؤثر تأثيرا مباشرا حسب ملاحظناه من خلال الدراسات السابقة في هذا المجال على اتخاذ السلوك الصحي، باعتباره تشوه معرفي يجعل الفرد يعتقد بأنه محصن ضد المخاطر، مما يدفعه الى إهمال السلوكات الوقائية بل ويجعله أكثر اقبالا على ممارسة سلوكات الخطر. ولان العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تعليم الفرد الطريقة العقلانية المنطقية في التفكير، حيث يتميز التفكير المعرفي بأنه يقوم على الواقع الفعلي وليس الوهم والخيال، ولذلك فهو يساعد على حماية نفسه، ويبعده عن الاخطار، كما يحرره من الصراعات الانفعالية. (إيهاب البيلاوي، 2001، ص266)



## مراجع البحث

### توصيات واقتراحات

- ✓ بناء برامج علاجية قائمة على نظريات العلاج المعرفي السلوكي ودراسة مدى فعاليتها في تعديل التشوّهات الموجودة في البنية المعرفية بغرض زيادة الوعي باخطار السلوكات غير الصحية، وتبني نمط حياة صحي.
- ✓ توسيع عينة الدراسة واجراء مختلف قياسات المتابعة لمعرفة مدى تاثير البرنامج العلاجي على المدى الطويل وتجنب احتمال الانتكاس.
- ✓ امكانية الاستفادة من الأدوات المستخدمة في البرنامج مع امكانية تطويرها لتكون أكثر فعالية في برامج اخرى.
- ✓ امكانية تطوير البرنامج المقترح نظرا لفعاليتته التي لمسناها على أفراد العينة المستهدفة.
- ✓ توجيه الأبحاث والدراسات في علم الاوبئة السلوكية نحو دراسة امكانية استخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لتغيير التجاهات حول السلوكات الخطرة.

مراجع البحث

قائمة المراجع

## مراجع البحث

### مراجع البحث

#### المراجع باللغة العربية

- 1) ابراهيم عبد الستار (1998) : الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه و أساليب علاجه، مطابع الرسالة الكويت ط9.
- 2) أبو علام رجاء محمود (2007) : مناهج البحث في العلوم النفسية و التربية ط6 دار النشر للجامعات القاهرة .
- 3) أبو مغلي سميح وآخرون(2002): التنشئة الاجتماعية للطفل، الدار العلمية لليازوري.
- 4) البيلاوي إيهاب (2001): قلق التكيف تشخيص وعلاجه ط 1 ، دار الكتاب الحدي، القاهرة.
- 5) المانع حسان (1995) : الخوف الاجتماعي دراسة عملية للاضطراب النفسي ط2 دمشق.
- 6) أمال عبد السميع أباضة (1999) : الصحة النفسية ط1 مصر.
- 7) أميرة محمد الدق (2011) : أنماط السلوك الصحي لدى مرضى التهاب الكبد الفيروسي المزمن ، ط1 الدار الهندسية القاهرة.
- 8) امنة. ب (2016) : أكثر من 15 ألف مدخن جزائري يلقي حتفه بسبب التدخين ، جريدة الحوار عدد 28 ماي 2016 تم استرجاعها بتاريخ 10.09.2017 من: <http://elhiwardz.com/society/50897/>
- 9) الدمرداش عادل (1982): الإدمان مظاهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة، ع56، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

## مراجع البحث

- 10) العزة سعيد حسني، عبد الهادي جودت (1999): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- 11) الشناوي محمد محروس (1994): نظريات الارشاد و العلاج، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع ، القاهرة.
- 12) اليحوفي نجوى (2002):\_التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية الاجتماعية الديموغرافية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، ع 62، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.ص 132-150..
- 13) انصاف عبده القاسم و آخرون (2000) :التدخين بين طلاب و طالبات مدارس التعليم الثانوي العام في الجمهورية اليمنية.
- 14) الأنصاري بدر محمد (2001): اعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة والطالبات في الكويت، مجلة دراسات نفسية، ع 2 مجلد 11، مصر.
- 15) الأنصاري بدر محمد (1998): التفاؤل والتشاؤم المفهوم القياس والمتعلقات، ط1 مطبوعات جامعة الكويت الكويت.
- 16) الأنصاري بدر محمد ( 2002): التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت ، مجلة العلوم التربوية والنفسية،ع4، مجلد 3، جامعة البحرين،البحرين.
- 17) اسماعيل أحمد محمد السيد (2001): التفاؤل والتشاؤم وبعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب جامعة أم القرى، المجلة التربوية (60) مجلد (15)، الكويت.
- 18) بابطين، عادل بن أحمد، ( 2002 ) : مشكلات الدلالة الإحصائية في العلوم التربوية و حلول بديلة. بحث تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس تخصص إحصاء وبحوث، جامعة أم القرى. تم استرجاعه يوم -15.04.2018 من موقع

9 - <https://www.hawaalive.com/brooonzyah/t82389.html>

## مراجع البحث

- 19) باترسون س هـ (1990): نظريات الارشاد والعلاج النفسي، ترجمة حامد عبد العزيز الفقي، دار القلم للنشر والتوزيع الكويت.
- 20) بشير قصير و آخرون (2004) : السلوكات المهدة لصحة الطلبة و العوامل الوقائية ، المسخ الصحي العالمي بالاعتماد على طلبة المدارس في الاردن ، الاردن .
- 21) بيك آرون (2000) : العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى ، دار الافاق العربية القاهرة.
- 22) بشير معمري (2007) : القياس النفسي و تصميم أدواته للطلاب و الباحثين في علم النفس و التربية ط2 ، منشورات الحبر الجزائر .
- 23) جولمان دانيل (2000) : الذكاء العاطفي ، ترجمة ليلى الجبالي ، سلسلة عالم المعرفة ، ع 262، الكويت. ص128-134
- 24) حجازي مصطفى (2000): الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، ط1، المركز الثقافي العربي ، المغرب
- 25) حمادي أحمد و الصمادي محمد (2001) : مقياس السلوك الصحي لطلبة الجامعات الأردنية ، المجلة العربية للطب النفسي ، 22 (1) ، ص 83-88
- 26) دسوقي كمال (1990): ذخيرة علم النفس ، مجلد 2، مؤسسة الأهرام ، القاهرة. ص132.
- 27) خليل أحمد محمود لبد (2005) : تقويم بعض الاجراءات المنهجية المستخدمة في رسائل الماجستير المقدمة لكلية التربية في الجامعات الفلسطينية بغزة ، الجامعة الاسلامية غزة كلية التربية.
- 28) زيدات كرم(2001): التدخين، (د ط)، مكتبة لبنان ،بيروت.
- 29) سامر جميل رضوان (2002) : الصحة النفسية ، دار الميسرة الأردن.
- 30) سعيد شلش(2011): 40% من طلاب المدارس مدخنون، مجلة زهرة ،ع1666، الشركة المتحدة للطباعة والنشر، أبو ظبي.

## مراجع البحث

- 31) سناء عيسى الداغستاني، ديار عوني المفتي(2010) : المعتقدات الصحية التعويضية و علاقتها بتنظيم الذات الصحي ، مجلة البحوث التربوية و النفسية العدد 26 ص 78-141.
- 32) سهير كامل احمد (1999): التوجيه والإرشاد النفسي ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية.
- 33) شيلي تايلور (2008) : علم النفس الصحي ، ط1 دار الحامد عمان الأردن.
- 34) عبد العزيز حجي العنزي (2015): دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي ، المجلة الدولية التربوية المتخصصة ، مجلد (4) عدد (9) .جامعة تبوك .
- 35) عبد العزيز عبد الله الدخيل (1994) : مقدمة في أسس التحليل السلوكي و نماذج تطبيقاته ، مجلة العلوم الاجتماعية مجلد (22) عدد (2) ص 211 ، الكويت.
- 36) عبد الرحمن محمد السيد (1998): نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة.ص64.
- 37) عبد المقصود ،هانم علي (1991):علاقة التأمل والاندفاع بكل من القلق وتقدير الذات،مجلة التربية،مجلة التربية، جامعة الزقازيق
- 38) عثمان يخلف (2001) : علم نفس الصحة الاسس و السلوكية للصحة ، دار الثقافة الدوحة قطر.
- 39) عطية محسن (2009): البحث العلمي في التربية مناهجه أدواته وسائله الاحصائية، دار المناهج للنشر والتوزيع الأردن.
- 40) عقيل عقيل حسين(1999): فلسفة مناهج البحث التربوي (د.ط) القاهرة، مكتبة مدبولي.
- 41) عليان ربحي، مصطفى غنيم، عثمان محمد (2000): مناهج وأساليب البحث العلمي (ط.1) عمان الأردن، دار صفاء للنشر والتوزيع.

## مراجع البحث

- 42) عويد سلطان المستعان وعبد اللطيف محمد خليفة (1999): تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب جامعة الكويت، مجلة مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية جامعة الكويت، الكويت.
- 43) غراوه وآخرون (1999): مستقبل العلاج النفسي، ترجمة سامر جميل رضوان، منشورات وزارة الثقافة دمشق.
- 44) مالهي ريزنر، روبرت دبليو (2006): تعزيز تقدير الذات، مكتبة جرير، الرياض. ص 36
- 45) مايسة محمد شكري (1999) : أنماط السلوك الصحي كأساليب للمواجهة مواقف المشقة ، مجلة دراسات نفسية عدد(4) مجلد (9).
- 46) مدحت عبد الحميد أبو زيد (2003): العلاج النفسي و تطبيقاته الجماعية، الجزء الخامس ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية مصر.
- 47) مشاشو قرمية، جبالي نورالدين (2016): علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين : دراسة مقارنة بين المدخنين الجزائريين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة ، مجلة الدراسات التربوية و النفسية ، مجلد 10 ، عدد 2 ص 390-406، جامعة السلطان قابوس سلطنة عمان .
- 48) معتز سيد عبد الله (1996): بحوث في علم النفس الاجتماعي و الشخصية، المجلد الأول، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع القاهرة.
- 49) مليكة لويس كامل (1990): العلاج السلوكي و التعديل السلوكي، دار القلم للنشر و التوزيع الكويت.
- 50) نصار كريستين (1998): اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي، نحو تكاملها وتدامجها واقعا وتطبيقيا، شركة المطبوعات بيروت.
- 51) هاجر فاطمة عوض خفاجة، ميرفت علي (2002): أسس ومبادئ البحث العلمي ط1، مكتبة ومطبعة الاشعاع الفنية الاسكندرية، مصر.

- 52) Allanic Christophe, les conduites à risque des adolescents,  
<http://www.inpes.santé.fr/barometre/baro2000/pdf/tabac.pdf>. 17.09.2016
- 53) Beck, A. T. (1979): *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- 54) Beck, A. T. (Ed.). (1979): *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- 55) Ben azzouz ,chelihi et al(2007): enquête nationale de santé, institut nationale de santé publique .P07-281
- 56) Bodenmann. P, J. cornuz(2006): perception du risque lie au tabagisme données et interrogations, revue médicale ,suisse.P1706
- 57) Burns, D. D. (1980): *Feeling good: the new mood therapy*.  
New York: William Morrow and Company. Inc.(2)
- 58) Causse, P., Kouabéban, D. R., & Delhomme, P. (2004): Perception du risque d'accident lié à l'alcool chez des jeunes automobilistes : quelques déterminants de l'optimisme comparatif. *Le travail humain*, 67(3), 235-256.
- 59) Causse, P., Kouabéban, D. R., Delhomme, P. (2006): l'optimisme comparatif comme biais dans la perception des risques . In Kouabéban, D.R., Cadet, B., Hermand, D. & Munoz Sastre, M.T. *Psychologie du risque- Identifier, évaluer, prévenir*(pp.142-123). Bruxelles : Editions De Boeck 87-Centre.
- 60) Chappé, J., Verhiac, J. F., & Meyer, T. (2007): Optimisme et pessimisme comparatifs consécutifs à l'exposition à plusieurs messages menaçants. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 57(1), 23-35.
- 61) Craighead, W. E. (1982): A brief clinical history of cognitive-behavior therapy with children. *School Psychology Review*.



## مراجع البحث

- 62) Cottraux , (1998): les therapies comportementaes .3 edition revue et augmentee .masson.paris.
- 63) Dattilio, F. M. (2000): Families in crisis. *Cognitive-behavioral strategies in crisis intervention*, 316-338.
- 64) Delhomme, P., De Dobbeleer, W., Forward, S., Simões, A., Adamos, G., Areal, A., ... & Nordbake, S. (2009): *Manual for designing, implementing and evaluating road safety communication campaigns*. Bruxelles: BIVV-IBSR.
- 65) Delhomme, P., Meyer, T. (2001): L'impact des campagnes de prévention de sécurité routière : quels indices, quels plans de recherche et quels effets ?. *Bulletin de psychologie*, 54, 3, pp. 343-355
- 66) Disease Control and Prevention the American Heath Association. *Circulation*, 107(3), 499-511.
- 67) Dobson, K. S. (Ed.). (2009): *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Guilford Press
- 68) Ellis, A. (2015, January): The Evolution of Rational-Emotive Therapy (RET) and Cognitive Behavior Therapy. In *Evolution Of Psychotherapy ,The 1st Conference* (p. 107). Routledge.
- 69) Eysenck, M. W. (2000): *Psychology: A student's handbook*. Taylor & Francis.
- 70) Fischer .G.N (2002): traité de psychologie de santé, édition Dunod, paris. P 222-326
- 71) Freeman, A. M. (1994): *Depression: a cognitive therapy approach*. Newbridge Professional Programs.
- 72) Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008): *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. John Wiley & Sons.
- 73) Groupe technique de l'INSP ( 2008) : transition épidémiologique et système de santé enquete nationale 3de santé algérie, revue medicale
- 74) Hablemitoglu, S., Yildimir, F. (2008): Gender Differences in the Influence of Egocentrism and Focalism on Turkish young people.,s

## مراجع البحث

optimism: are young men more optimistic or young women more realistic?. World applied science journal. (Vol. 5, N°1, pp 42-53).

75) Hales, R. E., & Yudofsky, S. C. (1999): *Essentials of Clinical Psychiatry: Based on the American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Amer Psychiatric Pub.

76) Harris, p. and middleton, w(1994): the illusion of control and optimism about health , on being less at risk but no more in control than others ; british journal of social psychology.P369.

77) Hendrick, R. E., Russ, P. D., & Simon, J. H. (1993): *Mental health concepts and techniques for the occupational therapy assistant*. Raven Press (ID).

78) Institue nationale de la santé ( 1999 ) : Jeunes et tabac, cellule de communication ( OMS ).

79) Irwin M, Rosenstock, victoe j, stretcher and Marshall M: social learning theory and health belief model, <http://heb.sagepub.com/content/15/2/175.short:03 /09/2017>

80) Janz, N. K., Champion, V. L., & Stretcher, V. J. (2002): The Health Belief Model. In Health Behavior and Education.

81) Kaplan, R. M., Sallis, J. F., & Patterson, T. L. (1993): *Health and human behavior* NewYork: MC GrawHill

82) Karen Glanz. Barbara K, Rimer et autres ( 2008 ) : Helth behavior and Helth education, theor, Research, and practicet edition, san Francisco3, jossey bass.

83) Kruger, J., Burrus, J. (2004): Egocentrism and focalism in unrealistic optimism (and pessimism). Journal of experimental social psychology, 40,332,340.

84) Krzeminski ,A .(2015): La dimension competitive de l'optimisme comparatif ; Une contribution expérimentale à l'étude de l'impact de la compétition sur la perception auto-avantageuse de l'avenir. Thèse de Doctorat présentée et soutenue. Université de Nice Sophia Antipolis.

## مراجع البحث

- 85) Lalonde, m ,Bernard heneman (2004): health promotion du tabagisme des jeunes. P 7-12.
- 86) Larousse médicale (2003): paris.
- 87) Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004): Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- 88) Lucas Kevin, Barbara L, loyd(2005): health promotion E vidance and expérience, sage publication, London.P 116.
- 89) Mahatane, J., Johnston, M. (1989): Unrealistic optimism and attitudes towards mental health. *Journal of clinical psychology*, 28,181-182.
- 90) Marilou bruchon et schwerzer (2002): psychologie de la santé, modeles, concepts et méthodes, dudon, paris.P 221-
- 91) Mark Jean plassart, le tabagisme, <http://www-santé-ujf-grenoble.fr/sante/.14.09.2017>
- 92) McKenna, F. P. (1993): It won't happen to me: Unrealistic optimism or illusion of control?. *British Journal of Psychology*, 84(1), 39-50.
- 93) Meichenbaum, D. (1977): Cognitive behaviour modification. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6(4), 185-192.
- 94) Meichenbaum, Donald.(1974): *Cognitive Behavioral modification*, Morristown, N.J: General Learning Press.
- 95) Meyer, T., & Delhomme, P. (2000): Quand chacun pense être moins exposé que les autres aux risques mais plus réceptif aux messages de prévention pour la santé. *Santé publique*, 12(2), 133-147.
- 96) Milhabet .I. Desrichard .O. verliac .JF(2002): comparaison sociale et perception des risques, l'optimisme comparatif, tome8, presses universitaires de rennes.P121-124
- 97) Morrison.n.alger.a.and willock.j (1999): perceived risk of tropical diseases in malawi, evidence of unrealistic pessimism and the irrelevance. P263
- 98) Ollendick, T. H., & Cerny, J. A. (2013): *Clinical behavior therapy with children*. Springer Science & Business Media.

## مراجع البحث

- 99) Pearson, T. A., Mensah, G. A., Alexander, R. W., Anderson, J. L., Cannon, R. O., Criqui, M., ... & Rifai, N. (2003): Markers of inflammation and cardiovascular disease: application to clinical and public health practice: a statement for healthcare professionals from the Centers for.
- 100) Prochaska, J. O. (2013): Transtheoretical model of behavior change. In Encyclopedia of behavioral medicine (pp. 1997-2000). Springer New York.
- 101) Prochaska, J., Readding, c. and Evers. K (2002): the transtheoretical model and stages of change in Glanz, K. Rimer, B. and Lewis F (eds) health behavior and health education theory. Theory, research and practice (4ed) p 101, San Francisco: Jossey – Bass
- 102) Reppucci, J. D., Revenson, T. A., Aber, M., & Reppucci, N. D. (1991): Unrealistic optimism among adolescent smokers and nonsmokers. *Journal of Primary Prevention*, 11(3), 227-236
- 103) Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988): Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- 104) Rutter, D. R., Quine, L., & Albery, I. P. (1998): Perceptions of risk in motorcyclists: Unrealistic optimism, relative realism and predictions of behaviour. *British Journal of Psychology*, 89(4), 681-696.
- 105) Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014): *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons.
- 106) Sawilosky, S (2009): New effect size rules of thumbs. *Journal of Modern applied Statistical methods* 8(2) 467-474
- 107) Shabès (2001): hand book of cultural health psychology, academie press. P 148
- 108) Sharot, T., Korn, C. W., Dolan, R. J. (2011): How unrealistic optimism is maintained in the face of reality. *Nature Neuroscience* 14, 1475–1479.
- 109) Smith, E. E. (2003): Atkinson & Hilgard's introduction to psychology. Wadsworth Publishing Company.

## مراجع البحث

- 110) Spitzenstetter.f(2006): optimisme comparatif dans le milieu professionnel L'influence de la fréquence et de la gravité sur la perception des risques d'accident du travail, France .P53.
- 111) Strine, T. W., Kobau, R., Chapman, D. P., Thurman, D. J., Price, P., & Balluz, L. S. (2005): Psychological distress, comorbidities, and health behaviors among US adults with seizures: results from the 2002 National Health Interview Survey. *Epilepsia*, 46(7), 1133-1139.
- 112) Strine Tara W. ; Okoro Catherine A. ; Chapman Daniel P. ; Balluz Lina S. ; Ford Earl S. ; Ajani Umed A et autre. (2005): << Health-related quality of life and health risk behaviors among smokers >>, American journal of preventive medicine ISSN 0749-3797 vol. 28, no2, Elsevier Science, New York, NY, ETATS-UNIS, pp. 182-187
- 113) Taylor, and bruwn jd(1988): illusion and well-being, a social psychological perspective on mental health, psychological bulletin. P 103
- 114) Trower, P., Jones, J., & Dryden, W. (2015): Cognitive behavioural counselling in action. Sage
- 115) Weinstein, N. D. (1980): *Unrealistic optimism* about future life events. *Journal of personality and social psychology*, 39(5), 806.
- 116) Weinstein, N. D. (1987): Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of behavioral medicine*, 10(5), 481-500.
- 117) Weinstein, N. D., Marcus, S. E., & Moser, R. P. (2005): Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco control*, 14(1), 55-59.
- 118) werle Carolina et al, les déterminants des comportements de santé préventive, revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire.grenoble.
- 119) World Health Organization, & WHO Tobacco Free Initiative. (2006): Le tabac: mortel sous toutes ses formes.
- 120) Wright, J. H., & Beck, A. T. (1983): Cognitive therapy of depression: Theory and practice. *Psychiatric Services*, 34(12), 1119-1127.

ملاحق البحث

قائمة الملاحق

# ملاحق البحث

## الملحق رقم 1

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
République Algérienne Démocratique et populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieure  
Et de La Recherche Scientifique  
Université – BATNA 01-  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
جامعة - باتنة 01-  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
الرقم ب/2017/58



إلى السيد: مدير مركز التعليم المهني - الاخوة الشهداء بن عبيد

### الموضوع: ترخيص لزيارة ميدانية

يسر نائب العميد لكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية أن يتقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلب الزيارة الميدانية للطالبة: مشاشو قرمية سنة السادسة دكتوراه علوم تخصص: علم النفس الصحة للقيام بزيارة ميدانية في إطار تربص علمي قصد مساعدتها على انجاز الجانب الميداني  
تقبلوا منا سيدي فائق التقدير والتحية.


باتنة في: 2017/10/24

نائب العميد

الاستاذ: جلاله سليمان



الموافق مع الترخيص بـ 2017/10/24  
مشارفة  
مدير المعهد  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
جامعة باتنة 01



# ملاحق البحث

## الملحق رقم 2

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur  
Et de La Recherche Scientifique  
Université – BATNA 01-  
Faculté des Sciences Humaines et  
Sociales  
DEPARTEMENT SCIENCES  
SOCIALES



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - باتنة 01-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

الرقم 2017/11

الى السيد: مركز مكافحة السرطان - باتنة

### الموضوع: ترخيص للقيام بزيارة ميدانية

يسر نائب العميد المكلف بالدراسات العليا أن يتقدم إلى سيادتكم آمحترمة بطلب الترخيب للطالبة: مشاشو قرمية قصد تحضير أطروحة دكتوراه علوم تخصص: علم النفس العيادي للزيارات ميدانية في اطار البحث العلمي قصد مساعدتها على انجاز الجانب الميداني لأطرو الموسومة بـ " مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التفاؤل غير الواقعي أ المدخنين و تنمية السلوك الصحي"

تقبلوا منا سيدي فائق التقدير والتحية.

باتنة في: 7/12/21



Vu le 25/12/21  
Avis favorable par me Vhôte  
le mercredi et le jeudi  
27 et 28/12/21. au service  
d'écologie médicale à 10h



## ملاحق البحث

### الملحق رقم 3

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التربية والتعليم المهنيين

باتنة في :  
الى السيد : مدير مركز مكافحة السرطان

معهد التعليم المهني الاخوة الشهداء  
أحمد والطيب بن عبيد - باتنة -

باتنة

الرقم : 2017/947.....

الموضوع: قائمة التلاميذ المعنيين بالزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان - باتنة -

يشرفنا أن نوافي سيادتكم بالقائمة الإسمية للتلاميذ المعنيين بالزيارة الميدانية لمركز مكافحة السرطان - باتنة - رفقة مستشارة التوجيه والتقييم والإدماج المهني السيدة : حيدوس لبي .

الرقم	الاسم	اللقب	الملاحظة
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

تقبلوا سيدي منا فائق الإحترام والتقدير.

مدير المعهد  
مدير المركز  
مدير المعهد

Amis Javable  
Liste à repartir en 02 groupes  
Un par Mercredi 27/12/17.  
et l'autre par Jeudi 28/12/17

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 4

مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى المدخن

➤ المعلومات العامة :

السن :

المستوى التعليمي:

➤ التعليم:

يضم هذا المقياس مجموعة من الأحداث التي يحتمل حدوثها في الواقع، نرجو منك قراءتها جيدا وتحديد إجابتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب جوابك، ونرجو منك الإجابة على كل العبارات ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

ملاحق البحث

الاحتمالات				العبارة	الرقم
اكيد	ممکن	مستبعد	مستحيل		
				أنا في مأمن من الأمراض التي يسببها التدخين	01
				أعتقد أنني سأتمتع بصحة جيدة مدى الحياة مع أنني مدخن	02
				أعتقد أنني لن أعاين الطبيب لمدة طويلة	03
				لن أتناول أي دواء مدة طويلة	04
				أعتقد أنني عرضة لمرض السرطان لأنني مدخن	05
				أعتقد أنه ممكن أن أجري عملية جراحية خطيرة بسبب التدخين	06
				أعتقد أنه ممكن أن أصاب بمشاكل صحية في الرئتين بسبب التدخين	07
				يمكن ان انجب ولد معاق لأنني مدخن	08
				يمكن أن أصاب بالعقم لأنني مدخن	09
				يمكن أن أصاب بمرض عضال	10
				اعتقد انني يمكن أن أصاب بأزمة قلبية قبل سن الأربعين لأنني مدخن	11
				اعتقد أنني اسبب الضرر لصحة عائلتي لأنني مدخن	12
				أعتقد أن التدخين لن يضر بصحتي إن استمررت لعدة سنوات أخرى	13
				اعتقد أن صحتي جيدة و التدخين لن يسبب لي مشاكل صحية	14
				اعتقد أنني اختار نوع السجائر التي لا تسبب لي الضرر	15

ملاحق البحث

				اعتقد أن عدد السجائر التي أدخنها لن يسبب لي الضرر	16
				اعتقد أن التدخين يؤثر على من لديه مشاكل صحية سابقة	17
				اعتقد أنني سأفقد حياتي بسبب التدخين	18
				اعتقد أن أضرار التدخين تظهر عند كبار السن فقط	19
				اعتقد أنني أستطيع التوقف عن التدخين قبل أن يلحق بي الضرر	20

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 5

#### مقياس سلوك التدخين

المعلومات العامة:

السن:

المستوى التعليمي:

عدد سنوات تدخين السجائر:

تعليمية:

هذا الاستبيان يتمثل في مجموعة من العبارات التي لها علاقة بسلوك التدخين، نرجو منك قراءتها جيدا وتحديد إجابتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب جوابك، ونرجو منك الإجابة على كل العبارات ولا تترك أي عبارة دون إجابة

## ملاحق البحث

الرقم	المحور	البدائل	
		نعم	لا
1	بدأت التدخين في سن أقل من 17 سنة		
2	تعلمت التدخين من رفاقي		
3	أدخن لأكون مثل الآخرين		
4	أدخن عندما أكون برفقة مدخنين آخرين		
5	تعلمي سلوك التدخين جعلني أبدو ناضجا		
6	أدخن لأحصل على ثقة أكبر في نفسي		
7	التدخين يحسن علاقاتي مع رفاقي		
8	التدخين يجعلني مقبولا إجتماعيا		
9	أدخن أول سيجارة عند إستيقاظي من النوم مباشرة		
10	أدخن بصورة تلقائية دون تفكير		
11	عندما لا أدخن لا أكون واعي		
12	أدخن أكثر من 10 سجائر في اليوم		
13	عندما لا أدخن تكون لدي رغبة في التدخين لا أستطيع مقاومتها		
14	أدخن حتى في الأماكن الممنوع فيها ذلك		
15	أدخن لأنني تعودت على ذلك		
16	عندما لا أملك سيجارة يجب أن أحصل عليها بالتأكيد		
17	أدخن بشكل مستمر طوال اليوم		
18	أشعر بلذة في التدخين تبدأ مع الحركات التي أقوم بها لإشعال السيجارة		
19	أدخن عندما أكون حزين		

## ملاحق البحث

		أدخن عندما أكون متوتر	20
		التدخين يجعلني أسترخي	21
		سحب سيجارة يهدئني	22
		أحب تحريك السيجارة	23
		أدخن عندما أكون غاضب	24
		محاولات التوقف عن التدخين تشعرني بالإضطراب	25
		عندما بدأت التدخين كنت أعلم بأضراره على الصحة	26
		أعلم أن التدخين يسبب إضطرابات في التنفس	27
		أعلم أن التدخين يزيد من إحتتمالات الوفاة المبكرة	28
		حاولت التوقف عن التدخين عند معرفتي بأضراره	29
		أعلم أن التدخين يسبب إلتهايات مزمنة في الجهاز التنفسي	30
		أعلم ان التدخين يسبب سرطان الحنجرة	31
		أعلم أن التدخين يسبب سرطان الفم والبلعوم	32
		أعلم أن التدخين يسبب سرطان الرئة	33
		أعلم أنني أستطيع التوقف عن التدخين في التوقيت المناسب	34

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 6

مقياس السلوك الصحي

المعلومات العامة:

السن:

المستوى التعليمي:

تعليمية:

هذا الاستبيان يتمثل في مجموعة من العبارات التي لها علاقة بسلوكيات صحية، نرجو منك قراءتها جيدا وتحديد إجابتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب جوابك، ونرجو منك الإجابة على كل العبارات ولا تترك أي عبارة دون إجابة.



## ملاحق البحث

البدائل				رقم البند	محتوى البند
دائما	غالبا	أحيانا	لا		
				01	تتمتع بصحة جيدة عموما
				02	تتحسن بسرعة بعد مرضك
				03	تتعرض للأمراض المعدية كالأنفلونزا بسرعة
				04	تتعرض للمرض بشكل متكرر
				05	تقوم بالفحوصات و التحاليل الضرورية للاطمئنان على صحتك
				06	تقوم بزيارة طبيب اذا ما أحسست بتوعك
				08	تحترم مدة العلاج المحددة من قبل الطبيب
				09	تدخن
				10	تتناول الأدوية دون استشارة الطبيب
				11	تشعر بالارتياح خلال قيامك بأعمالك اليومية
				12	تحافظ على عادات صحية فيما يخص النوم- الأكل
				13	تهتم بنظافة جسمك
				14	تتناول وجباتك في أوقاتها
				15	تنام لوقت كافي
				16	تتناول اللحوم بكثرة
				17	تتناول الحلويات بكثرة
				18	تحتاج الى اضافة الملح للطعام
				19	تتناول القهوة و الشاي بكثرة
				20	تتناول المشروبات الغازية بكثرة
				21	تقوم بأعمالك اليومية دون احساس سريع بالتعب
				22	وزنك مناسب لسنك

## ملاحق البحث

				تفعل ما بوسعك للحفاظ على صحتك	23
				الابتعاد عن كل ما يضر بصحتك	24
				تخصص وقت لممارسة الرياضة بشكل يومي	25
				تمارس بعض تمارين الاسترخاء	26
				تبتعد عن الأماكن التي يكثر فيها التدخين	27
				تتنسب لنادي رياضي	28
				تتبع حمية غذائية	29
				تحرص على تناول وجبات غذائية معينة	30
				تستخدم جهاز الكمبيوتر أو التلفاز لوقت محدد	31
				تشارك مع أصدقائك في نشاطات ترفيهية	32
				تشعر أنك مليء بالطاقة	33

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 7

#### قائمة الأساتذة المحكمين للمقاييس والبرنامج العلاجي

الجامعة	الرتبة	أسماء الأساتذة المحكمين
جامعة باتنة 1	استاذ التعليم العالي	بن علي راجية
جامعة باتنة 1	استاذ التعليم العالي	يوسفي حدة
جامعة باتنة 1	استاذ التعليم العالي	جار الله سليمان
المركز الجامعي افلو	استاذ محاضر ا	قريشي فيصل
جامعة الاغواط	استاذ محاضر ب	زعابطة سيرين هاجر
جامعة بسكرة	استاذ محاضر ب	عدودة صليحة
جامعة الوادي	استاذ محاضر ب	مقاوسي كريمة
معهد التكوين المهني الاخوة بن عبيد باتنة	اخصائية علم النفس المدرسي	حيدوس لبنى
عيادة طبية مقابل المركز الثقافي الاسلامي باتنة	طبيب مختص في الامراض الصدرية وفحوصات ايقاف التدخين	عبد الإله وسيم

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 8

#### بروتوكول البرنامج العلاجي

التسمية	برنامج علاجي معرفي سلوكي
الاطار النظري	العلاج المعرفي السلوكي (ارون بيك، &ألبرت اليس، ميكنبوم)
الهدف من البرنامج	خفض التفاؤل غير الواقعي و الذي يؤدي الى الحد من سلوك التدخين ( التوقف التدريجي و تنمية السلوك الصحي لدى المدخن )
عدد الجلسات	12 جلسة
مدة الجلسة	من 60 دقيقة الى 80 دقيقة
العينة ( تحديدها )	15فرد ( عينة تجريبية ) 15فرد ( عينة ضابطة ) (مدخنين تتراوح أعمارهم بين 19 و23سنة )
سيرورة الجلسات	(مرتان في الاسبوع خلال الشهر الاول،ومرة في الاسبوع خلال الشهر الثاني)
مدة البرنامج العلاجي	ثمانية اسابيع
القياس التتبعي	بعد أربعة أسابيع
المساعدون	اخصائية علم النفس المدرسي ،اخصائي نفساني
المشاركون في اعداد البرنامج	طبيب مختص في الامراض الصدرية وفحوصات ايقاف التدخين ( السلوك الصحي )
الاطار المكاني	معهد التكوين المهني الاخوة بن عبيد بانتة

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 9

#### التقنيات المستخدمة

التقنية	الاسئلة	الاهداف	التغذية الراجعة
الحوار	<p>(1) كيف بدأت سلوك التدخين؟</p> <p>(2) ما هي الظروف التي جعلتك تلجأ الى ممارسة هذا السلوك؟</p> <p>(3) أعتقد أنه لن يسبب الضرر لصحتك؟</p> <p>(4) ان كان لا يضر بصحتك فما دليلك على ذلك؟</p>	<p>التعرف على الافكار التلقائية المصاحبة لسلوك التدخين</p>	<p>هل ساعدك اسلوب الحوار الذي اتبعناه في التعبير عن هذه المشكلة</p>
مراقبة الافكار	<p>(1) ما هي الفكرة التي تراودك قبل تنال سيجارة؟</p> <p>(2) كيف تكون حالتك النفسية؟ (منزعج، متوتر، قلق، أو سعيد)</p>	<p>(1) فهم العلاقة بين الانفعال و التفكير و السلوك ( السلوك التدخين )</p> <p>(2) فهم الدوافع الكامنة وراء ممارسة هذا السلوك الخطر</p>	<p>(1) ما رأيك في عملية مراقبة الافكار الذاتية</p> <p>(2) كيف طورت مهاراتك في مراقبة أفكارك</p> <p>(3) هل استطعت ايجاد الصلة بين مشاعرك و أفكارك و سلوكك</p>
أداء الأدوار	<p>لو نتبادل الأدوار وتصبح أنت المعالج في هذه المشكلة )</p>	<p>(1) استدعاء الأفكار التلقائية</p> <p>(2) الكشف عن</p>	<p>كيف وجدت وجهة نظر غيرك المختلفة عن وجهة نظرك؟</p>

## ملاحق البحث

	وجهة نظر بديلة	سلوك التدخين (	
سجل الأفكار سيامو	ادراك العلاقة بين (1 هل وجدت العلاقة بين أفكارك و مشاعرك و سلوكك ؟ (2 هل استطعت تقدير صحة أفكارك ؟	(1 أكتب الأفكار التلقائية المرافقة لانفعالاتك (2 صف لي حدث أدى بك الى الانزعاج و حدد لي درجة تأثيره في سلوكك (3 حدد ما اذا كنت تلاحظ تشوهات في أفكارك التلقائية ( ب فوائد السلوك تشوهات يعني أن هذه الفكرة غير واقعية أو غير صحيحة (4 أكتب الاستجابة العقلانية على الفكرة التلقائية	
العمود المزدوج	هل لاحظت دور أفكارك التلقائية على استجابتك الانفعالية ؟ (1 تحديد الافكار التلقائية ( ما هو متعلق بالتفاؤل غير الواقعي (2 تحديد الاستجابات العقلانية ( ايجاد البدائل (	سجل الافكار التي تراودك عند الشعور بالرغبة في التدخين واصفا الحالة أو الحدث الذي أثار هذه الرغبة	
الحوار الداخلي	(1 هل أدركت	بسبب تفسيرك لما	

## ملاحق البحث

<p>العلاقة بين غير المنطقي و احساسك بذاتك ؟ (2) هل استطعت التوقف عن التفكير المنتقد دائما لتصرفاتك ؟</p>	<p>الذات دون اللجوء الى اثباتها عن طريق التدخين سلوك</p>	<p>يحدث لك من خلال الأفكار التي تتدفق داخل عقلك يجب عليك اجراء حوار داخلي ايجابي و منع الافكار السلبية من التدفق</p>	
<p>كيف وجدت أفكارك حول سلوك التدخين</p>	<p>تعديل الافكار حول سلوك التدخين و السلوك الصحي</p>	<p>(1) ما دليلك على صحة افكارك ؟ (2) هل أنت متأكد أن سلوكياتك المتعلقة بصحتك صحيحة ؟</p>	<p>تفحص الدليل</p>
<p>ما هو احساسك و أنت أكثر ثقة بنفسك</p>	<p>التعرف على البنية المعرفية التي تحوي أفكار سلبية تؤثر في السلوك التوكيدي</p>	<p>(1) يمكنك أن تفعل ذلك (2) أنت تستطيع ان تصل الى أهدافك</p>	<p>التدريب على توكيد الذات</p>
<p>(1) كيف وجدت نفسك الان مع مجموعة أصدقائك ؟ (2) هل تغير أسلوبك في التعامل مع المواقف ؟</p>	<p>تعلم معارات جديدة تؤدي الى الاندماج و التفاعل الاجتماعي دون اللجوء الى سلوك التدخين</p>	<p>(1) تعلم أساليب تعبيرية مناسبة للمواقف (2) بماذا تشعر عندما تقوم بنشاط مع مجموعة ؟</p>	<p>التدريب على المهارات الاجتماعية</p>
<p>كيف وجدت نفسك بعد الممارسة اليومية لتمارين الاسترخاء</p>	<p>التخفيض من التوتر و القلق بوصفهما الدافع</p>	<p>هذه التمارين تساعدك على الاحساس بالاسترخاء يمكنك</p>	<p>الاسترخاء</p>

## ملاحق البحث

	الاساسي للجوء الى سلوك التدخين	ممارستا يوميا و تسجيل شعورك	
اعادة غرور الصفات	كيف وجدت نفسك بعد ارجاع الاحداث الى أسبابها الحقيقية و توزيع المسؤولية	(1) يبدو أنك تحمل نفسك مسؤولية كل حدث يحدث لك (2) فلتحاول ارجاع كل مشكلة الى سببها الرئيسي	(1) الاقلال من لوم الذات على أحداث الحياة (2) زيادة الموضوعية
التدرب المعرفي الاستطلاعي	هل اكتشفت طرقا جديدة للتعامل مع المواقف الصعبة؟	تخيل نفسك في موقف مزعج , أذكر لي ما ستفعله؟	التحفيز على التفكير المتعدد و التوقف عن اللجوء مباشرة بعد كل موقف الى السجائر
ايجاد البدائل	كيف وجدت نفسك مع الخيارات و البدائل الجديدة؟	(2) هل توجد احتمالات أخرى (2) تفسير الاحداث بصورة ايجابية	(1) تعديل الافكار التلقائية الخاطئة ( حول فوائد التدخين) (2) تعديل المخططات
الاتقان و الرضا	كيف استطعت تحديد الانشطة الممتعة بالنسبة لك؟	استخدام نسب مئوية للنشاطات التي تشعرك بالرضا أو بالاتقان	(1) معرفة النشاطات التي تجلب المتعة (2) الابتعاد عن النشاطات التي تؤدي الى السلوك غير الصحي
النمذجة الحية	(1) ما رأيك في	(1) القاء محاضرة من	(1) التشجيع على



## ملاحق البحث

تجربة هذا النموذج (2) كيف وجدت نفسك بعد زيارة مرضى السرطان	السلوك الصحي السليم (2) معرفة ضرر السلوك بصورة واضحة	طرف نموذج ايجابي توقف عن التدخين منذ فترة (2) زيارة ميدانية لمستشفى الامراض السرطانية	
(1) ما رأيك في هذه المخاطر (2) ما رأيك في هذه السلوكات الصحية	(1)معرفة مخاطر سلوك التدخين (2) التشجيع على السلوك الصحي	(1) عرض أشرطة فيديو عن أخطار الدخين (2) عرض أشرطة فيديو عن أهمية ممارسة الرياضة و التغذية السليمة	النمذجة الرمزية
هل استطعت تحديد الافتراضات الخاطئة لديك ؟	(1) تحديد الافتراضات الخاطئة و المزايا الوهمية لسلوك التدخين و دحضها (2) تعزيز الافكار الداعمة للسلوك الصحي (3) تعديل المخططات	(1) ماهي الايجابيات التي تراها في أفكارك و من ثم في سلوكك ؟ (2) ماهي السلبيات التي تراها في أفكارك و من ثم في سلوكك ؟	المزايا و السلبيات (الفوائد و الاضرار)
(1) كيف تجد نفسك في أداء نشاطاتك اليومية ؟ (2) هل أدركت	(1) تصميم استراتيجيات التغيير (2) الاستفادة من الوقت	(1) أكتب ما تقوم به كل يوم (2) أكتب ما تود القيام به	جدولة النشاطات

## ملاحق البحث

العلاقة الموجودة بين النشاط و المزاج	3) ادخال الانشطة في السلوك اليومي	3) أكتب ما قمت به فعليا خلال اليوم	
هل أصبحت أكثر نشاطا و أصبح وقتك أكثر تنظيما	المساعدة على تنمية الدافعية و النشاط و الابتعاد عن الملل و العجز و الكسل حتى الوصول الي برنامج يومي للسلوكات الصحية	يمكنك المحاولة	الواجب المنزلي
لقد قمت بعمل جيد و أنت بالتأكيد يمكنك مواصلة ذلك	الحث على مواصلة ممارسة كل السلوكات الصحية المكتسبة الاستمرار في التخلي عن سلوك التخزين	توزيع شهادات تقديرية للمشاركة في البرنامج في اخر جلسة	التعزيز الايجابي

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 10

#### استمارة التقويم الذاتي

كنت أعاني في بداية البرنامج العلاجي من:
التغيرات التي حصلت لي حتى الآن هي :
قدم لي البرنامج العلاجي المساعدات التالية:
العوامل والظروف الحياتية السابقة التي ساهمت في تطور مشكلتي هي:
الظروف الحالية التي تؤثر في مشكلتي هي :
الخطوات التالية ( الأهداف التي ارجب في تحقيقها من خلال البرنامج العلاجي ) :
المجالات الحياتية التي اشعر انها تساعدني في حالتي هي:
قارن الحالة التي أنت عليها الان مع تلك التي كانت مع بداية البرنامج العلاجي معطيا نسبة مئوية لمشكلة التدخين : كما هي ( ....-% ) تحسن ( ....-% ) تفاقم المشكلة ( ....-% )

سامر جميل رضوان

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 11

#### استمارة التقييم الاسبوعي للسلوك الصحي

النوم تحديد الوقت من..الى .....	الرياضة و النشاطات الترفيهية			التدخين عدد السجائر و الوقت	التغذية : الوجبات شرب المنبهات و المشروبات الغازية					النشاط  اليوم
	وقت الممارسة	وقت النشاط	نوع النشاط		مشروبات	منبهات	وقت العشاء	وقت الغداء	وقت الفتور	
										الاحد
										الاثنين
										الثلاثاء
										الأربعاء
										الخميس
										الجمعة
										السبت

## ملاحق البحث

التقييم	اتقان	رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا	اتقان	رضا

اعداد الباحثة

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 12

#### استمارة تقرير الحالة عن الجلسة العلاجية

	<ul style="list-style-type: none"><li>• هل قيل في الجلسة كلام ضايقك او انك لا توافق عليه</li><li>• صف اية مشاعر سلبية انتابتك اثناء الجلسة</li></ul>
	<ul style="list-style-type: none"><li>• هل كان في جلسة اليوم شيء مساعد او مفيد لك،</li><li>• هل كان هناك شيء تعلمته او تريد تطويره اكثر،</li><li>• لخص النقاط الأساسية التي تم تغطيتها</li></ul>

ملاحق البحث

الملحق رقم 13

استمارة تقنية الاعمدة الثلاثة

الاستجابة العقلانية	التشوه المعرفي ( الاستجابة الخاطئة )	الأفكار التلقائية

(Beck)

## ملاحق البحث

الملحق رقم 14

السجل اليومي للأفكار المختلفة وظيفيا

	الحالة (أ)
	الأفكار التلقائية (ب) أعط نسبة مئوية لها
	الانفعالات (ج) أعط نسبة مئوية لها
	الاستجابات العقلانية أعط نسبة مئوية لها
	النتيجة أعط نسبة مئوية لها

(Beck)



ملاحق البحث

الملحق رقم 15

استمارة مزايا و مساويء

مساويء سلوك التدخين	مزايا سلوك التدخين

(Cauttraux)

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 16

#### سجل الأفكار التلقائية

	<b>الموقف</b> مع من أنت ؟ ماذا كنت تفعل ؟ متى كان ذلك ؟
	<b>الحالة النفسية</b> ت) بما شعرت ؟ ث) قيم كل شعور
	<b>الأفكار التلقائية ( صورة ذهنية )</b> ت) بما كنت تفكر قبل أن تشعر بهذا الشعور (المشاعر) ث) ضع دائرة على الفكرة ( المؤثرة )
	<b>الأدلة التي تدعم الفكرة المؤثرة</b>
	<b>الأدلة التي تتعارض مع الفكرة</b>
	<b>الأفكار البديلة الموازنة أو المعدلة</b> ت) أكتب فقرة بديلة أو معادلة للفكرة التي تثير الانفعالات السلبية لديك ث) قيم مدى تصديقك لكل فكرة بديلة ( نسبة مئوية )
	<b>تقييم الحالة النفسية الآن</b> أعد تقييم الشعور ( المشاعر ) التي شعرت بها في الشطر الثاني و كذلك أي مشاعر جديدة

(Beck)

ملاحق البحث

الملحق رقم 17

استمارة النشاط اليومي

اليوم و التوقيت	النشاط	الاتقان (م)	الرضا (م)

(Cauttraux)

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 18

#### تدريبات الاسترخاء

-استلق في وضع مريح عند بداية التدريب وتأكد من هدوء المكان.

ليس بالضرورة أن تكون راقدا بل يمكن البدء بالتدريب وأنت جالس.

ابدأ في تدريب عضو واحد في البداية ويفضل أن يكون الاسترخاء في الذراع كما في الخطوات التالية:

أغلق راحة يدك بإحكام وقوة.

لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع تتقبض وتتوتر.

افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة، أرخها، وضعها في مكان مريح.

لاحظ أن العضلات بدأت تسترخي وتثقل.

كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرک الفرق بين التوتر والشد العضلي والاسترخاء الذي ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك وإلى أن تتأكد أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلي وأنه بإمكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى.

بعد التمكن من التحكم في التوتر العضلي والاسترخاء في عضلات راحة يدك اليسرى لننتقل الآن إلى يدك اليمنى.

اغلق بإحكام راحة يدك اليمنى ولاحظ التوتر في اليد اليمنى والذراع (5 ثوان) (والآن استرخ استمر في وضعك المريح وارخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وما هي عليه في حالة الاسترخاء. ارخها ودعها في وضع مريح لاحظ أن هناك تميلا ولينا قد بدأ ينتشر في ذراعك اليمنى واليسرى.

اثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر في المعصم وظهر اليد ، والآن استرخ وعد بمعصميك إلى وضعيهما المريح ولاحظ الفرق بين التوتر، الاسترخاء (10 ثوان) كرر

## ملاحق البحث

هذا مرة أخرى اثن معصمك إلى الخلف واشعر بالشد في مقدمة الذراع وخلف اليد ثم استرخ وأرخ معصمك عد بها إلى وضعها المريح، لاحظ من جديد الفرق بين التوتر، الاسترخاء كرر هذا مرة أخرى .تستطيع أن تتعلم كيف ترخي عضلات وجهك ،الآن عليك أن تجعد جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر أن عضلات الجبهة قد اشتدت والآن استرخ. وعد بعضلات الجبهة ،لاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (10 ثوان .)والآن أغلق عينيك بإحكام أغلقهما بإحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التي تحكم حركات العين (5 ثوان) والآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (10 ثوان) كرر هذا من جديد. اغلق عينيك بإحكام وقوة والتوتر يشملهما استمر (5 ثوان) والآن استرخ دع عضلات عينيك في وضعها المريح المغمض (10) واشعر باسترخاء أكثر فأكثر . والآن أطبق بإحكام كيفيك، واتنهما في اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر في عضلات أعلى الذراع في ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع حاول أن تلاحظ التوتر وأن تحسه والآن استرخ، انزل ذراعيك بجانبك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق وما هي عليه الآن من الاسترخاء النسبي الذي تحسه الآن (10 ثوان) كرر هذا مرة أخرى اقبض كيفيك بإحكام واتنهما في اتجاه الكفتين محاولا تلمسهما (10)ثوان، والآن اطبق كيفيك وأسنانك بإحكام لاحظ التوتر في الفكين (5 ثوان). والآن استرخ ودع شفتيك منفرجتين قليلا لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (10 ثوان) مرة أخرى أطبق الفكين لاحظ التوتر الموجود فيهما (5 ثوان) والآن اترك نفسك مسترخيا أكثر فأكثر (10 ثوان) والآن اتجه إلى شفتيك، ضمهما واضغط عليهما بإحكام ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم والآن استرخ وأرخ عضلات شفتيك ودع ذقنك في وضع مريح. مرة أخرى اضغط شفتيك ولاحظ التوتر المحيط بالفم استمر (5 ثوان) لاحظ أن مختلف العضلات قد بدأت ترتخي ، الآن كل من يديك، وجهك، ذراعيك وكفتيك ومختلف عضلاتك في وضع هادئ . والآن لنتجه إلى الرقبة اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التي تستند عليها اضغطها إلى أن تشعر بتوتر خلف الرقبة والجزء الأعلى من الظهر بالذات استمر. ركز على ذلك، والآن عد برأسك إلى وضع مريح حاول أن تتمتع بالفرق بين الاسترخاء، والتوتر العميق. استمر فيما أنت عليه والآن انتقل إلى استرخاء عميق (10 ثوان .) (أعمق فأعمق بقدر ما تستطيع كرر هذا من جديد. شد برأسك إلى الخلف لاحظ التوتر المستثار .استمر في ذلك لحظة (5 ثوان) والآن انتقل إلى مد رأسك إلى الأمام كما لو كنت ستدفع بذقنك إلى

## ملاحق البحث

صدرك. لاحظ التوتر الذي يحدث في الرقبة. والآن استرخ. دع كل هذا واسترخ (10 ثوان) كرر ذلك. ضع ذقنك على صدرك استمر في ذلك قليلا(5 ثوان) والآن استرخ أكثر فأكثر (10 ثوان) الآن ننقل إلى عضلات الجزء الأعلى من الظهر قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق ببطنك لاحظ التوتر في الظهر خاصة الجزء الأعلى. والآن استرخ عد بظهرك إلى وضعه الطبيعي، اجعل ظهرك في وضع مريح سواء أكننت على كرسي أو أريكة لاحظ الفرق بين التوتر السابق في الظهر والاسترخاء الحالي (10 ثوان) مرة أخرى قوس الظهر لاحظ التوتر المستثار استمر قليلا (5 ثوان) والآن عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخي شيء على (10 ثوان) والآن خذ نفسا عميقا، شهيقا عميقا لاحظ أن التوتر قد بدأ ينتشر في الصدر وفي أسفل البطن، والآن استرخ، واستمر في تنفسك العادي. لاحظ من جديد التعارض بين ما هو عليه الآن صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه توتر (10 ثوان) ، أعد ذلك من جديد خذ شهيقا عميقا واحبس انفاسك لاحظ التوتر والعضلات التي تستند والآن أزر وتنفس بطريقة عادية ومريحة تاركا عضلات البطن والصدر في استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست(10 ثوان) والآن اقبض عضلات البطن شدها إلى الداخل حافظ على هذا الوضع قليلا والآن استرخ ودع العضلات ترتخي .(10 ثوان) كرر هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى أن تشعر بتوترها لاحظ هذا التوتر (5 ثوان) والآن استرخ ودع كل شيء يتراخي بعمق أكثر فأكثر. توقف عن أي شد وتخلص من أي توتر في أي عضو ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء (10 ثوان) ارخي ساقيك وإمدهما حتى تلاحظ التوتر المستثار في منطقة الفخذ (5 ثوان) والآن استرخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هي عليه الان من وضع مريح واسترخاء (10 ثوان). أعد هذا من جديد الصق ركبتيك وأبعد رجلك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر في الفخذين (5 ثوان) والآن استرخ، ارخ عضلات جسدك. دع كل الأعضاء وتخلص من كل الشد الذي حدث في الفخذين (10 ثوان).

والآن إلى بطن الساق حاول أن تشد عضلاتها بأن تشد قدميك إلى الأمام في اتجاه الوجه ولاحظ انه عندما تثني قدميك في اتجاه الوجه ستشعر بالشد، التوتر، الانقباضات في بطن الساق والآن ارخي القدمين وأعهما إلى الوضع السابق. لاحظ من جديد الفرق بين الشد، الاسترخاء (10 ثوان).

## ملاحق البحث

### الملحق رقم 19

#### العقد العلاجي

يهدف هذا البرنامج العلاجي إلى التعريف بسلوك التدخين و مخاطره الحقيقية وذلك من اجل زيادة الوعي وخفض التفاؤل غير الواقعي ومن ثم التوقف التدريجي عن هذا السلوك الخطر. ومن اجل ذلك سيتم الاتفاق بين أعضاء الجماعة والمعالجة على ضرورة الالتزام بما يلي:

1 ( الاحترام والتقدير المتبادل.

2 ( حضور الجلسات في المواعيد المحددة

3 ( المشاركة الفعالة في الواجبات والنشاطات المسطرة.

4 ( الإصغاء الفعال والاهتمام بما ينجز خلال الجلسات.

5 ( الحفاظ على السرية التامة لما يقال في الجلسات.

أوافق على ما تم الاتفاق عليه

إمضاء المعالجة:

إمضاء الطالب:

ملاحق البحث

الملحق رقم 20

المطوية



## ملخص

هدفت الدراسة الحالية الى اقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي ومعرفة فعاليته في خفض التفاؤل غير الواقعي والتوقف التدريجي عن ممارسة سلوك التدخين وتنمية السلوك الصحي وذلك على عينة قوامها 30 طالبا من طلبة معهد التعليم المهني الاخوة بن عبيد باتنة خلال الفترة الممتدة من 19 نوفمبر 2017 الى 18 فيفري 2018.

و لقياس متغيرات البحث صممت الباحثة ثلاثة مقاييس الأول يقيس التفاؤل غير الواقعي و الثاني يقيس سلوك التدخين أما الثالث فيقيس السلوك الصحي كما اعتمدت الباحثة على الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS22 في معالجة البيانات و قد توصلت النتائج الى :

- درجات التفاؤل غير الواقعي لدى العينة الكلية في القياس القبلي مرتفعة
- درجات سلوك التدخين لدى العينة الكلية في القياس القبلي مرتفعة
- درجات السلوك الصحي لدى العينة الكلية في القياس القبلي منخفضة
- توجد فروق في كل المتغيرات السابقة بين متوسطات رتب المجموعات التجريبية ومتوسطات رتب المجموعة الضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

## ABSTRACT

The present study aimed to propose a cognitive behavioral therapy program and its effectiveness in reducing the unrealistic optimism and the gradual cessation of the practice of smoking behavior and the development of healthy behavior on a sample of 30 students of the Institute Ben AbeidBatna, during the period from 19 November 2017 to 18 February 2018.

In order to measure the variables of research, the researcher designed three measures: the first measures the unrealistic optimism, the second measures the behavior of smoking, and the third measures the health behavior. The researcher also relied on the statistical package for social sciences SPSS22 in processing the data and reached the following results:

- The degree of unrealistic optimism in the total sample in the measurement before application of the therapeutic program is high
- The smoking behavior of the total sample in the measurement before application of the therapeutic program is high
- The health behavior of the total sample in the measurement before application of the therapeutic program is low
- There are differences in all the previous variables between the mean of the experimental group and the average of the control groups in the measurement after application of the therapeutic program in favor of the experimental group