

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique

Ministère de l'Enseignement Supérieure
Et de La Recherche Scientifique
Université –BATNA 01-



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة - باتنة 01-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية
والأرطفونيا

Faculté des Sciences Humaines et Sociales
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET SCIENCES
DE L'EDUCATION ET L'ORTHOPHONIE

دور التفاؤل غير الواقعي في الإتجاهات نحو السلوك
ذو العلاقة بالصحة "التدخين نموذجاً" لدى الطلبة الجامعيين

أطروحة مكملة لنيل شهادة دكتوراه ل م د في علم النفس
تخصص: علم نفس الصحة الاكلينيكي

إشراف الأستاذ الدكتور:

أمزيان وناس

إعداد الطالبة:

بولجبال آية

أمام لجنة المناقشة

الجامعة	الصفة	الدرجة العلمية	اسم الأستاذ
جامعة باتنة 1	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	يوسف عدوان
جامعة باتنة 1	مشرفا ومقررا	أستاذ التعليم العالي	أمزيان وناس
جامعة باتنة 1	مناقشا	أستاذ التعليم العالي	لبنى أحمان
جامعة باتنة 1	مناقشا	أستاذ محاضر -أ-	جار الله سليمان
جامعة مسيلة	مناقشا	أستاذ محاضر -أ-	بولسنان فريدة
جامعة واد سوف	مناقشا	أستاذ محاضر -أ-	مقاوسي كريمة

السنة الجامعية: 2020/2019



شكر و عرفان

الحمد لله على توفيقه وجميل إحسانه وجزيل عطائه،

الحمد كله لله الذي أعانني بقدرته على إتمام هذا العمل

ولأن الشكر هو أقل ما يمكن أن يقدم عرفانا بالجميل فلا يسعني إلا أن أتقدم بأسمى عبارات عبارات الشكر والتقدير والاحترام والثناء والإمتنان لأستاذنا الكريم الأستاذ الدكتور المشرف "أمزيان وناس" على مساندته لي في مشوار هذه الدراسة وتقديمه الارشادات والتوجيهات

كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى لجنة المناقشة لقبولها مناقشة وتقييم هذا العمل

وأتوجه بشكر الأستاذ الدكتور "بشير معمريّة" على تقديم المساعدة بطيب خاطر، كما أتوجه بشكر خاص ومميز لأستاذتي الفاضلة الدكتورة "سامية شينار" التي كانت سندا علميا ومعنويا بالنسبة لي سواء بمجهوداتها ودعمها اللامتناهي في كل خطوات إنجاز هذه الرسالة كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر لصديقتي ولعائلتي وخاصة "أمي" التي كانت ولا تظل أول سند لي في هذه الحياة

والشكر موصول كذلك لكل من قدم لي يد المساعدة من قريب أو بعيد في إنجاز هذا

البحث

آية

قائمة المحتويات



الصفحة	الموضوع
-	شكر وعرfan
-	قائمة المحتويات
-	قائمة الأشكال
-	قائمة الجداول
-	ملخص الدراسة
الجانب النظري	
الفصل الأول	
22-2	إشكالية الدراسة ومنطلقاتها
3	1- مقدمة-إشكالية
9	2- أهداف الدراسة
10	3- أهمية الدراسة
11	4- الدراسات السابقة
21	5- فرضيات الدراسة
22	6- التحديد الاجرائي لمصطلحات الدراسة
الفصل الثاني	
44-23	التفاؤل غير الواقعي
24	✓تمهيد
24	1- تعريف التفاؤل غير الواقعي
27	2- تفسيرات التفاؤل غير الواقعي
35	3- عوامل تشكل التفاؤل غير الواقعي
37	4- التفاؤل غير الواقعي وإدراك الخطر
39	5- التفاؤل غير الواقعي والمشكلات الصحية
41	6- التفاؤل غير الواقعي لدى المدخنين



44	✓ الخلاصة
الفصل الثالث	
81-45	السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين"
46	✓ تمهيد
47	أولاً: السلوك ذو العلاقة بالصحة
47	1- تعريف السلوك ذو العلاقة بالصحة
50	2- النماذج النظرية المفسرة للسلوك ذو العلاقة بالصحة
59	3- أنماط السلوك ذو العلاقة بالصحة
63	4- العوامل المؤثرة في السلوك ذو العلاقة بالصحة
65	5- قياس الإتجاه نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة
71	ثانياً: سلوك التدخين
72	1- تعريف سلوك التدخين
73	2- النظريات المفسرة لسلوك التدخين
76	3- مراحل التعود على سلوك التدخين
78	4- سلوك التدخين والمشكلات الصحية
81	✓ الخلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الرابع	
106-83	إجراءات الدراسة الميدانية
84	1- منهج الدراسة
84	2- حدود الدراسة
84	3- عينة الدراسة
94	4- أدوات الدراسة



106	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
	الفصل الخامس
129-108	عرض ومناقشة نتائج الدراسة
109	1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى
112	2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية
115	3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة
117	4- عرض ومناقشة الفرضية الرابعة
120	5- عرض ومناقشة الفرضية الخامسة
122	6- عرض ومناقشة الفرضية السادسة
124	7- عرض ومناقشة الفرضية السابعة
126	8- عرض ومناقشة الفرضية الثامنة
129	9- المناقشة العامة
135	- الخاتمة
138	- قائمة المراجع
149	- الملاحق

قائمة الأشكال:

الرقم	محتوى الأشكال	الصفحة
1	يوضح تفسيرات التفاوض غير الواقعي	34
2	يوضح نموذج المعتقدات الصحية	51
3	يوضح مراحل عملية تغيير السلوك	53
4	يوضح المفاهيم الأساسية لنظرية الدافع للحماية	55
5	يوضح يوضح نظرية الفعل المخطط	57
6	يوضح المفاهيم الأساسية لنظرية الفعالية الذاتية	58
7	يوضح مكونات الإتجاه	67
8	يوضح وظائف الإتجاه	68
9	يوضح مراحل التعود على سلوك التدخين	78
10	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التدخين	85
11	يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجامعة	87
12	يوضح توزيع أفراد العينة المدخنين وغير المدخنين حسب كل جامعة	87
13	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	89
14	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير النشاط الرياضي	90
15	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير سنوات التدخين	91
16	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير السجائر المدخنة في اليوم	93
17	يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع السجائر المدخنة	94
18	يوضح أوزان بنود مقياس التفاوض غير الواقعي	96
19	يوضح أوزان بنود مقياس الاتجاه نحو التدخين	101

قائمة الجداول:

الرقم	محتوى الجداول	الصفحة
1	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير التدخين	85
2	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير مكان الإجراء	86
3	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	88
4	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب النشاط الرياضي	89
5	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات التدخين	91
6	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم	92
7	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع السجائر المدخنة	93
8	يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس التفاؤل غير الواقعي	94
9	يوضح نتائج اختبار "ت" بين متوسطي للطرفين على مقياس التفاؤل غير الواقعي	97
10	يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعده الأحداث السارة ودرجات بنوده	97
11	يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعده الأحداث المفجعة ودرجات بنوده	98
12	يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد الكلية لمقياس التفاؤل غير الواقعي	99
13	يوضح معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التفاؤل غير الواقعي	99
14	يوضح معامل ألفا كرونباخ لمقياس التفاؤل غير الواقعي	100
15	يوضح توزيع بنود تحبيص التدخين وبنود عدم تحبيص التدخين لمقياس الاتجاه نحو التدخين	100
16	يوضح نتائج اختبار "ت" بين متوسطي للطرفين على مقياس الاتجاه نحو التدخين	102
17	يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الاتجاه نحو التدخين وكل بند من بنوده	103
18	يوضح معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الاتجاه نحو التدخين	105
19	يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الاتجاه نحو التدخين	105
20	يوضح توزيع الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين	109
21	يوضح قيم معاملات الارتباط بين مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين	112
22	يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في مقياس التفاؤل غير الواقعي	115

117	يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في مقياس الإتجاه نحو التدخين	23
120	يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التناول غير الواقعي في ضوء متغير ممارسة الرياضة	24
122	يوضح قيمة "ف" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التناول غير الواقعي في ضوء متغير سنوات التدخين	25
124	يوضح قيمة "ف" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التناول غير الواقعي في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم	26
126	يوضح إختبار "ف" لإختبار معنوية الإنحدار الخطي المتعدد	27
127	يوضح ملخص نتائج إختبار الإنحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة "الأحداث السارة والأحداث المفجعة" والمتغير التابع "الإتجاه نحو التدخين"	28

ملخص الدراسة:

جاءت الدراسة الحالية كدراسة مساهمة في دور التفاؤل غير الواقعي في الإتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين نموذجا" لدى الطلبة الجامعيين، كدراسة مقارنة بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- ما هو الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين"؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطية بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة المدخنين وغير المدخنين؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإتجاه نحو التدخين بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير ممارسة الرياضة؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير سنوات التدخين؟
- 7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة يوميا؟
- 8- هل يؤثر التفاؤل غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين؟

ولقد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 434 طالب جامعي (217 مدخن و217 غير مدخن)، وتم استخدام المنهج الوصفي بأسلوب الارتباط والمقارنة، والإستعانة بالأدوات القياسية التالية:

➤ مقياس التفاؤل غير الواقعي لبدر الأنصاري (2001)

➤ مقياس الإتجاه نحو التدخين لعبد المنعم شحاتة (1988)

وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لإختبار الفرضيات الدراسة، أسفرت الدراسة على ما يلي:

- الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين هو الإتجاه الموجب "مع تحبيذ التدخين".
 - توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا بين التناول غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التناول غير الواقعي بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين لصالح الطلبة الجامعيين غير المدخنين.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإتجاه نحو التدخين بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين لصالح الطلبة الجامعيين المدخنين.
 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التناول غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير ممارسة الرياضة لصالح الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التناول غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير سنوات التدخين.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التناول غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم.
 - يؤثر التناول غير الواقعي سلبا في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين.
- الكلمات المفتاحية:** التناول غير الواقعي، الإتجاه، السلوك ذو العلاقة بالصحة، سلوك التدخين.

Summary of the study:

The current study came to add the role of unrealistic optimism in attitude towards health behavior "smoking as a model" for university students, and a comparison between among university students' smokers and non-smokers, by answering the following questions:

- 1- What is the trendiest attitude towards smoking among university students "smokers and non-smokers"?
- 2- Is there a relationship between unrealistic optimism and the attitude towards smoking among university students who are smokers and non-smokers?
- 3- Are there statistically significant differences in unrealistic optimism among aspiring and non-smokers?
- 4- Are there statistically significant differences in the trend towards smoking among university students who are smokers and non-smokers?
- 5- Are there statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who smoke according to variable practice of sport?
- 6- Are there statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who smoke according to variable smoking period?
- 7- Are there statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who smoke according to variable number of cigarettes smoked daily?
- 8- Does unrealistic optimism affect the trend towards smoking among university students?

The study involved a sample of 434 university students (217 smokers and 217 non-smokers). And we chose the application of the method according to descriptive approach to correlation and comparison based on the following tools:

- The scale of unrealistic optimism for Badr al-Ansari (2001)
- The scale of the smoking trend for Abdel Moneim Shehata (1988)

With the application of the statistical description bet, we summarized the results of the study as follows:

- the prevailing trend towards smoking among university students is the positive trend "with a preference for smoking".
- There is a negative association function, statistically, between unrealistic optimism and attitude towards smoking among university students who are smokers and non-smokers.

- There are statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who are smokers and non-smokers for non-smokers.
- There are statistically significant differences in the trend towards smoking among university students, whether smoking or non-smoking, for the benefit of university-level smoking students.
- There are statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who smoke according to variable of exercise for university students who smoke or practice sports.
- There are no statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who smoke according to variable years of smoking.
- There are no statistically significant differences in unrealistic optimism among university students who smoke according to variable number of cigarettes smoked in day.
- Unrealistic optimism negatively affects the trend towards smoking among university students.

Keywords: unrealistic optimism, attitude, health related behavior, smoking behavior.

الجانب النظري

الفصل الأول

إشكالية الدراسة ومنطلقاتها

- 1- مقدمة-إشكالية
- 2- أهداف الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- الدراسات السابقة
- 5- فرضيات الدراسة
- 6- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

1- مقدمة - إشكالية:

يعد السلوك ذو العلاقة بالصحة من المفاهيم الأساسية التي يقوم عليها علم نفس الصحة، والذي ظهر لأول مرة على يد العالم "ريتشارد دول" **Richard Doll** في الخمسينيات، وقد أصبح له مكانة كبيرة في حياة الفرد والمجتمع لما له صلة وثيقة بصحة الفرد، فهو يشير في مفهومه العام إلى أي نشاط يقوم به الفرد قصد الوقاية من المرض أو الحفاظ على الصحة والارتقاء بها، إلا أن مصطلح السلوك ذو العلاقة بالصحة لا يضم فقط في طياته تلك السلوكيات التي تساهم في الوقاية والمحافظة وتطوير الصحة بل يضم أيضا تلك السلوكيات التي تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية وتتسبب في حدوث الأمراض، وعليه فالسلوك ذو العلاقة بالصحة هو التصرف الذي يؤدي إلى التأثير الذي يكون إما إيجابيا وذلك بالمحافظة على الصحة وترقيتها أي "سلوك الوقاية"، وإما سلبا فيؤدي إلى تدهور الحالة الصحية والإصابة بمختلف الأمراض أي "سلوك الخطر".

فالكثير من الممارسات السلوكية الصحية التي يمارسها الفرد لها تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على صحته الجسدية والنفسية على حد سواء، وهذا ما أشارت إليه العديد من الدراسات، حيث أثبتت أن الإصابة بالأمراض تنخفض كلما زادت ممارسة الفرد للعادات السلوكية الصحية وزاد الابتعاد عن ممارسة العادات الغير الصحية، وفي هذا الصدد قام كل من "بيرسيو" **Breslow** و"بيلوك" **Belloc** و"سايم" **Syme** وآخرون بسلسلة من الدراسات المسحية في اطار مشروع علمي حول تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة على الصحة البدنية، وقد أجرى كل من "بيلوك" **Belloc** و"برسيو" **Breslow** عام 1965 دراسة بينت نتائجها أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطا وثيقا بسبع ممارسات صحية شخصية والتي تتمثل في: عدم التدخين، النوم ما بين 7 أو 8 ساعات يوميا، تناول إفطار الصباح يوميا، عدم الأكل خارج أوقات الأكل، الحفاظ على الوزن المناسب، ممارسة النشاط الرياضي بانتظام، عدم تناول المشروبات الكحولية.

ولعل أهم دليل عن مدى أهمية الممارسات الصحية في ترقية الصحة والحفاظ عليها تعكسه نتائج دراسة "بيلوك" **Belloc** و"برسيو" **Breslow** عام 1972، حيث توصلا إلى أن صحة الأفراد الذين يمارسون العادات الصحية السبع كانت في نفس المستوى الصحي للأفراد الذين تقل أعمارهم عن 30 عاما والذين لا يمارسون تلك السلوكيات الصحية أو يمارسون عددا قليلا منها، كما تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض من خلال دراسة "بيرسيو" **Breslow** و"أنستروم" **Enstrom** عام 1980 والتي دللت نتائجها أن الذكور الذين أقبوا على ممارسة العادات الصحية

السبعة كانت نسبة وفياتهم تمثل 28% من نسبة الأفراد الذين مارسوا بين صفر إلى ثلاث عادات صحية، وهذا ما يدل على أن تبني أسلوب غير صحي في الحياة يؤدي حتما إلى الهلاك، كما أن ممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد وتطيل من عمره. (يخلف، 2010: 22-23)

وفي السياق نفسه، فقد كشف "مترازو" "Matarrazzo" سنة 1980 في تقرير علمي هام حول الصحة السلوكية وآفاقها أن معظم المشكلات التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية، وبالتالي يمكن لأي شخص تقادي المشكلات إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة، وهذا ما يفسر تفشي الأمراض الخطيرة والمزمنة والذي يعود أغلبها إلى تبني ممارسات سلوكية غير صحية مثل: اختلال النظام الغذائي، عدم ممارسة النشاط البدني، تعاطي المخدرات والكحول، استهلاك التبغ "التدخين"، الممارسات الجنسية غير الآمنة...إلخ.

ويعتبر التدخين من السلوكيات ذات العلاقة بالصحة المعروفة بسلوكيات الخطر، وهو سلوك منتشر بشكل واسع لدى مختلف الفئات العمرية خاصة عند الشباب والذي ينجر عنه الكثير من الأمراض العضوية الخطرة سواء على المدى القريب أو البعيد نتيجة الاستنشاق المستمر والدائم للدخان الناتج عن احتراق المواد السامة المكونة للسيجارة، ومن أهم هذه الأمراض: الأمراض التنفسية، القلبية، السرطانية، والسكتة الدماغية، فالتدخين يتسبب في الكثير من حالات الوفيات وحالات العجز المبكر.

وعلى الرغم من المخاطر الصحية التي يحدثها التدخين ووعي الأفراد بها إلا أنه يلقى إقبالا كبيرا من قبلهم، وهذا ما أوضحتها العديد من الدراسات ففي دراسة للمعهد الوطني للصحة العمومية في الجزائر "INSP" سنة 1999 والتي شملت طلبة وعمال وبطالين بين 15 سنة إلى 30 سنة والتي كانت تهدف إلى معرفة مدى إنتشار سلوك التدخين وكذلك معرفة المعارف التي يمتلكها أفراد العينة حول أضراره تبين أن 40% من أفراد العينة يستهلكون السجائر "مدخنون" رغم وعيهم بأضرار هذا السلوك. (l'institut nationale de la santé publique, 1999)

إن سلوك التدخين مثله مثل باقي السلوكيات الأخرى المتعلقة بالصحة سواء في شقها الوقائي أو الخطر، تكون ناتجة عن إتجاهات الفرد التي يحملها حول سلوك ما، والتي يكتسبها عن طريق التعلم الاجتماعي من خلال عملية التنشئة الاجتماعية المتمثلة في "الأسرة، المدرسة، المجتمع، المحيط، الاعلام...إلخ"، وكذلك عن طريق النمذجة والمحاكاة وتقليد سلوكيات الأفراد، ومن جهة أخرى وحسب كل من نظرية المعتقدات الصحية ونظرية الدافع إلى الحماية ونظرية السلوك المخطط فإن الإنخراط في السلوك ذو العلاقة بالصحة يقوم على عاملين أساسيين أولهما: الإتجاهات والمقاصد الكامنة وراء ذلك

السلوك، فالإتجاه نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة هو إستعداد نفسي وعقلي مكتسب نحو سلوك ما ويظهر بشكل إيجابي أو سلبي نحو ذلك السلوك، وثانيهما القابلية المدركة للإصابة والخطورة المدركة للإصابة، حيث أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد بقابليته للإصابة بمرض ما وتعرضه لخطره كلما أقبل على الإنخراط في ممارسة سلوكات صحية وقائية "كممارسة الرياضة، واتباع نظام غذائي صحي... إلخ"، وكلما إبتعد عن ممارسة سلوكات صحية خطيرة "كالتدخين، والممارسات الجنسية غير الآمنة... إلخ".

ورغم أن السلوك ذو العلاقة بالصحة يكتسب من خلال الإتجاهات المتكونة نحوه من جهة، وعلى عوامل ضمنية تؤثر في شخصية الفرد من جهة أخرى كالقناعة المدركة للإصابة، والقناعة المدركة للخطورة، وبالإضافة إلى ذلك هناك سمات شخصية تؤثر في الفرد وسلوكه وتجعله يكون ميولات وإتجاهات إيجابية أو سلبية نحو سلوك معين مهما كانت طبيعة ذلك السلوك "سلوك وقائي أو سلوك خطر".

وفي هذا الصدد إهتم الباحثون في مجال علم النفس خاصة علم نفس الصحة بدراسة مختلف سمات الشخصية التي تؤثر في صحة الفرد وفي تبنيه لسلوكات ذات علاقة بالصحة ومن بين سمات الشخصية التي نالت إهتمام الباحثين سمة التفاؤل، وهذا بعدما انتبه الباحثون إلى الدور الذي يلعبه التفاؤل في الصحة الجسدية والنفسية للفرد وتأثيره على سلوكه، فالتفاؤل في نظر علماء النفس هو خلفية عامة تحيط بالحالة النفسية العامة للفرد وتؤثر في سلوكه وتوقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل، ونظرا لهذه النظرة برزت العديد من الدراسات التي تناولت سمة التفاؤل والتي أكدت ارتباط التفاؤل بالصحة، النظرة الإيجابية للحياة، الدافعية نحو الإنجاز، المقاومة... إلخ.

والتفاؤل يرتبط ارتباطا وثيقا بالصحة بشقيها الجسدي والنفسي فهو يقلل من خطر التعرض للمشكلات الصحية الجسدية والنفسية على حد سواء، فقد أكدت الدراسات في علم نفس الصحة أن التفاؤل يعمل كعامل وقائي بالنسبة للجهاز المناعي فهو يزيد من كفاءته، وذلك من أجل مساعدته على التصدي لمختلف الأمراض التي من الممكن أن يتعرض لها الفرد، وأيضا لمختلف الآثار المترتبة عن الضغوطات الناتجة عن الإصابة بمرض معين أو مواجهة مشاكل معينة والتي تضعف كل من الجهاز المناعي والجهاز النفسي وتجعلهما عرضة للعديد من الأمراض العضوية والاضطرابات النفسية.

من جهة أخرى فالتفاؤل يؤثر في سلوك الفرد، فنجد أن الفرد المتفاؤل يتبنى سلوكات ذات علاقة بالصحة تتسم بصفة الوقاية وهذا يعني أن الميزة الإيجابية لدى الأفراد المتفائلين تجعلهم حريصين على

اجتتاب الوقوع في المشكلات الصحية والحفاظ على صحتهم والارتقاء بها إلى أعلى المراتب، وذلك من خلال ممارستهم لسلوكيات صحية وقائية وابتعادهم عن ممارسة كل سلوك يضر بالصحة.

فالدور الذي يلعبه التفاوض في الحفاظ على صحة الفرد من خلال تبنيه لسلوكيات إيجابية ذات علاقة بالصحة بالغ الأهمية، كونه يقي الأفراد من الإصابة بالمشكلات الصحية والنفسية، إلا أنه يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات سلبية على الفرد وذلك عندما ينحرف ويتعد عن الواقع، وبهذا يصبح تفاؤلاً غير واقعيًا.

إذ يعتبر التفاوض غير الواقعي نمطا من أنماط التفاوض والذي ظهر على يد العالم "وينشتاين" **Weinstein** عام 1980 عندما أورد تقريرا حول نزعة الأفراد إلى التفاوض غير الواقعي لأحداث الحياة، فهو يرى بأنه تشوه معرفي يجعل الأفراد يعتقدون بأن الأحداث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة بالآخرين ويعتقدون أيضا أن الحوادث الإيجابية يزيد احتمال حدوثها لهم مقارنة بالآخرين، وهذا ما يدفع بهم إلى التهاون في ممارسة السلوكيات ذات العلاقة بالصحة الوقائية، وذلك نتيجة الإدراك المشوه للفرد فيما يخص القابلية للإصابة بالأمراض والقابلية للتعرض لمختلف الحوادث السلبية في حياته.

ونتيجة للتشوه الحاصل على مستوى إدراك القابلية للإصابة بالتفاوض غير الواقعي يعتبر مؤشرا قوي لتبني الأفراد مجموعة من السلوكيات المحفوفة بالمخاطر "سلوكيات الخطر" والتي تعود على الفرد بنتائج سلبية، وبالتالي يستخدم الفرد الإدراك المشوه كحجة لتبرير المواصلة في تبني وممارسة السلوك الصحي الغير سوي.

وفي هذا الصدد قام الباحثون بدراسة التفاوض غير الواقعي ومجموعة من السلوكيات والمشكلات الصحية، وذلك لتوضيح العلاقة بينهم، والتي في غالب الأحيان تكون نتيجة انتهاجه سلوك ذو علاقة بالصحة معين، ومن بين هذه الدراسات نجد دراسة "زعابطة سيرين هاجر" 2011 والتي درست علاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك السياقة الصحي لدى السائقين والتي توصلت إلى وجود علاقة سلبية دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي وكل من سلوك السياقة الصحي، صيانة السيارة، احترام قانون المرور، والقيادة السليمة أثناء الأحوال الجوية السيئة لدى السائقين، وهذا يدل على أنه كلما زاد التفاوض غير الواقعي لدى السائق انخفضت درجة سلوك السياقة الصحي.

كما نجد دراسة "وينشتاين" **Weinstein** 1992 التي كان الهدف منها فحص الإعتقادات المتعلقة بالقابلية للإصابة بالمرض لدى عينة من الطلبة الجامعيين من الجنسين، وقد كشفت النتائج وجود تفاؤل غير واقعي مرتفع لدى الطلاب، فقد عدوا فرصة إصابتهم بالمشكلات الصحية أقل من فرصة أقرانهم،

كما بينت أيضا أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الاهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض ويكون ذلك بطريقة غير مباشرة إذ يخفض القلق.

ونفس النتائج توصلت إليها دراسة "هويكاس" "Hooykass" وزملائه 1990 حول خطر الإصابة بفيروس السيدا لدى المثليين، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن أفراد العينة توقعوا أنهم أقل عرضة من غيرهم للإصابة بفيروس السيدا.

لقد أكدت هذه الدراسات على أن الفرد الذي يتسم بسمة التفاؤل غير الواقعي يميل إلى التقليل من حدوث الأحداث السلبية، كما يميل إلى الاعتقاد بزيادة حدوث الأحداث الإيجابية له مقارنة بالأفراد الآخرين، الأمر الذي جعل الطالبة الباحثة تبحث في هذا المجال انطلاقا من الفكرة القائلة أن التفاؤل غير الواقعي يجعل الفرد يستهين بممارسة السلوكات ذات العلاقة بالصحة الوقائية، فيسلك سلوكا صحيا خطرا يجعله عرضة لجملة من المشكلات الصحية وهذا نتيجة نزعة الفرد المتفائل غير الواقعي إلى تقليل خطر الإصابة بالأحداث السلبية.

وبالنظر إلى أهمية التفاؤل غير الواقعي في حياة الفرد ودوره في ممارسة السلوكات الصحية، فإن الدراسة الحالية من الدراسات التي ربطت بين متغيرين يكتسيان مكانة هامة في علم نفس الصحة هما: التفاؤل غير الواقعي والسلوك ذو العلاقة بالصحة المتمثل في التدخين كونهما يرتبطان ارتباطا وثيقا بصحة الفرد، فالتفاؤل غير الواقعي وباعتباره تشوه معرفي على مستوى ادراك خطورة التعرض للأحداث السلبية في حياة الفرد والتي تجعله يتهاون في ممارسة سلوكات صحية وقائية، وبالتالي تجعله عرضة للمخاطر وأكثر ميلا لممارسة سلوكات ذات علاقة بالصحة تتسم بالخطورة دون مراعاة العواقب السلبية لها، وبالتالي من المهم أن نلقي الضوء عن هذين المتغيرين، كما تظهر أهمية هذه الدراسة في التعمق وفهم التفاؤل غير الواقعي بإعتباره عامل من العوامل التي يمكن أن تكون إتجاهات نحو تبني سلوكات معينة خاصة السلوكات المحفوفة بالمخاطر، ومنه إثراء التراث الأدبي المتعلق بكل من التفاؤل غير الواقعي والسلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين".

وعليه فقد هدفت الطالبة الباحثة من هذه الدراسة إلى إبراز دور التفاؤل غير الواقعي في حياة الفرد كونه مهم في تكوين إتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة والمتمثل في التدخين والذي يجعل الفرد إما ينخرط في ممارسة التدخين أو عدم ممارسته لدى عينة من الطلبة الجامعيين، وذلك من خلال التعرف على الإتجاه السائد نحو التدخين عند هؤلاء الطلبة، وكذلك الكشف عن العلاقة القائمة بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لديهم، بالإضافة إلى الكشف عن الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين

وغير المدخنين في التفاوض غير الواقعي وفي الإتجاه نحو التدخين، وأيضا الكشف عن الفروق لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في التفاوض غير الواقعي في ضوء المتغيرات التالية: ممارسة الرياضة، سنوات التدخين، وعدد السجائر المدخنة في اليوم، وكذلك الكشف عن تأثير التفاوض غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين.

ومن هذا المنطلق تبلورت إشكالية الدراسة المتمثلة في الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- ما هو الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين"؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطية بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين؟
- 4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإتجاه نحو التدخين بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير "ممارسة الرياضة"؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير "سنوات التدخين"؟
- 7- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير عدد "السجائر المدخنة يوميا"؟
- 8- هل يؤثر التفاوض غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين؟

2- أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق جملة من الأهداف والتي تتمثل فيما يلي:

- 1- التعرف على الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين".
- 2- الكشف عن العلاقة القائمة بين التناول غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين".
- 3- التعرف على الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في التناول غير الواقعي.
- 4- التعرف على الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في الإتجاه نحو التدخين.
- 5- التعرف على الفروق لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في التناول غير الواقعي في ضوء متغير ممارسة الرياضة.
- 6- التعرف على الفروق لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في التناول غير الواقعي في ضوء متغير سنوات التدخين.
- 7- التعرف على الفروق لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في التناول غير الواقعي في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم.
- 8- التعرف على تأثير التناول غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين.

3- أهمية الدراسة:

تكتسب الدراسة الحالية أهمية نظرية وأخرى عملية بالنظر إلى أنها تتطرق إلى أحد السلوكيات الأكثر إنتشارا بين أفراد المجتمع وهو من السلوكيات ذات العلاقة بالصحة الخطرة المتمثل في التدخين، كما أنها تتطرق إلى متغير مهم وهو التفاؤل غير الواقعي الذي لا يزال لحد الآن غير واضح المعالم بالنسبة لكثير من الباحثين.

➤ الأهمية النظرية:

تتجسد الأهمية النظرية للدراسة الحالية في:

- إثراء التراث الأدبي في علم النفس عامة وعلم نفس الصحة خاصة، وذلك من خلال تسليط الضوء على أحد المتغيرات التي لم تحظى بدراسات كثيرة خاصة على مستوى الدراسات العربية وهذا حسب إطلاع الطالبة الباحثة.
- من جهة أخرى ونظرا لقلة التراث الأدبي المتعلق بهذا المتغير نجد أن الدراسات العربية التي أجريت حول التفاؤل غير الواقعي تتطرق في البداية إلى عرض التراث النظري حول التفاؤل والتشاؤم ثم تتطرق إلى التفاؤل غير الواقعي بشكل مقتضب، لهذا فالدراسة الحالية تعد إضافة إلى الجانب النظري كونها تطرقت مباشرة إلى كل ما يتعلق بالتفاؤل غير الواقعي في محاولة منها لجمع قدر ما يمكن من العناصر المتعلقة به والتي تخدم الدراسة الحالية.
- كما تكمن الأهمية النظرية في كونها تعد من الدراسات التي ربطت بين متغيرين مهمين في علم نفس الصحة وهما: التفاؤل غير الواقعي والسلوك ذو العلاقة بالصحة والتمثل في التدخين، وذلك لإبراز دور التفاؤل غير الواقعي في تكوين إتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين"، وعليه إبراز الدور الذي يلعبه في إتخاذ سلوك صحي "سلوك وقائي" أو سلوك غير صحي "سلوك خطر" دون الأخذ بعين الإعتبار الأضرار التي يمكن أن يسببها.

➤ الأهمية العملية:

تتبع الأهمية العملية للدراسة الحالية من خلال:

- لفت إنتباه المختصين في علم نفس الصحة إلى تأثير التفاؤل غير الواقعي في تبني سلوك ذو علاقة بالصحة.
- توظيف نتائج الدراسة في تصميم برامج الإقلاع عن التدخين القائمة على خفض التفاؤل غير الواقعي.
- الأخذ بعين الإعتبار بعد التفاؤل غير الواقعي عند تصميم برامج التربية الصحية الخاصة بسلوك التدخين.

4- الدراسات السابقة:

4-1- الدراسات الأجنبية:

4-1-1- دراسة "وينشتاين" و"ماركوس" و"موسر" "Weinstein, & Marcus, & Moser"

2004

عنوان الدراسة: التفاؤل غير الواقعي لمخاطر التدخين لدى المدخنين

Smokers' unrealistic optimism about their risk

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تقييم التصورات التي يمتلكها المدخنين حول التعرض لمخاطر التدخين.

منهج الدراسة: استخدمت الدراسة المنهج المسحي "المسح عبر الهاتف"

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 6369 مدخناً، أعمارهم من 18 سنة فما فوق، قسمت عينة الدراسة إلى ثلاث مجموعات.

- المجموعة الأولى: والتي تضم المدخنين الحاليين التي تشمل "المدخنين اليوميين" الذين قاموا بتدخين ما لا يقل عن 100 سجارة حتى الآن، و"المدخنين العرضيين" الذين يدخنون حالياً لكن بصفة غير يومية وقاموا حتى الآن بتدخين على الأقل 100 سجارة.

- المجموعة الثانية: ضمت المدخنين السابقين.

- المجموعة الثالثة: ضمت الأفراد غير المدخنين.

أدوات الدراسة: لتحقيق هدف الدراسة طرحت هاتفا أسئلة حول المسائل المتعلقة بخطر الإصابة بسرطان الرئة، وأسئلة أخرى حول التدخين.

نتائج الدراسة: توصل الباحثون إلى:

- أن المدخنين يقللون من خطر الإصابة بسرطان الرئة مقارنة بغير المدخنين.

- الاعتقاد بأن مخاطر الإصابة بسرطان الرئة أقل من المعدل المدخن "أي عدد السجائر المدخنة"، وأن احتمالية الإصابة بسرطان الرئة والسرطان عموماً لا تزيد إلا بزيادة عدد السجائر المدخنة يومياً.

- أن نصف أفراد العينة يرون أن ممارسة الرياضة تؤدي إلى القضاء على أغلب تأثيرات التدخين.

4-1-2- دراسة "هان" و"رينر" "Hahn, & Renner" 1998

عنوان الدراسة: إدراك المخاطر الصحية: كيف تؤثر حالة المدخن على التفاؤلية الدفاعية

Perception of health risks: How smoker status affects defensive

optimism

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على مدى إدراك المخاطر الصحية للتدخين لدى المدخنين وغير المدخنين.

- التعرف على التفاؤلية الدفاعية لدى المدخنين.

عينة الدراسة: قامت الدراسة على عينة قوامها 154 فرد من برلين "73 مدخنين حاليين، 39 مدخنين سابقين، 42 غير مدخن"، يتراوح أعمارهم بين 16 سنة إلى 85 سنة.

أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان الأدوات التالية:

- مقياس المخاطر الصحية: والذي تضمن المخاطر الصحية الستة التالية: "ارتفاع الكولسترول في الدم، سرطان الرئة، النوبة القلبية، الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية "السيدا"، سعال المدخن، وأمراض الكبد".

- إستبيان حول سلوك التدخين: والذي تضمن أسئلة حول مدة التدخين، عدد السجائر، كثافة التدخين، وكذلك سؤال حول الصورة النمطية للخطر.

نتائج الدراسة: أسفرت الدراسة إلى أن:

- المدخن أكثر عرضة للإصابة بسرطان الرئة، سعال المدخن، والنوبة القلبية.

- المدخنين يمتلكون تفاؤلاً دفاعياً رغم أنهم الأكثر عرضة للإصابة بالعلل سابقة الذكر.

- الصورة النمطية للخطر بالنسبة لفئة المدخنين كانت كالتالي: تدخين 24 سجارة قوية لكل يوم لمدة 14 سنة تسبب سرطان الرئة، وتدخين 24 سجارة قوية لمدة 12 سنة تسبب سعال المدخن.

أما الصورة النمطية للخطر بالنسبة لفئة غير المدخنين فكانت كالتالي: تدخين 21 سجارة قوية لمدة

11 سنة تحمل مخاطرة كبيرة.

4-1-3- دراسة "ستريشر" وآخرون "Strecher & all" 1995

عنوان الدراسة: هل يمتلك مدخني السجائر تفاؤلاً غير واقعيًا لمخاطر النوبة القلبية، السرطان،

والسكتة الدماغية؟

Do Cigarette Smokers Have Unrealistic Perceptions of Their Heart Attack, Cancer, and Stroke Risks?

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحقيق مايلي:

- التعرف على ما إذا كانت المخاطر المتصورة للإصابة بالنوبة القلبية، السرطان، وسكتة الدماغية أعلى لدى المدخنين من غير المدخنين.
- التعرف على ما إذا كان المدخنين أكثر ميلاً إلى التقليل من شأن مخاطر التدخين.
- التعرف على العلاقة الارتباطية بين العوامل الديموغرافية والتقدير غير الواقعي للمخاطر بين المدخنين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 2785 فرداً.

أدوات الدراسة: لتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثين الأدوات التالية:

- مقياس التفاؤل غير الواقعي خاص لنوبات القلب والسكتة القلبية والسرطان.

نتائج الدراسة: دلت نتائج الدراسة إلى أن:

- المخاطر المتصورة للإصابة بالنوبة القلبية، السرطان، والسكتة الدماغية، كانت أعلى لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين.
- يمتلك المدخنين تفاؤلاً غير واقعيًا لمخاطر الإصابة بالنوبة القلبية، السرطان، والسكتة الدماغية.
- توجد علاقة ارتباطية بين التفاؤل غير الواقعي والعوامل الديموغرافية "السن، الجنس، ومستوى التعلم".

4-1-4- دراسة "ريوتشي" وآخرون "Reppucci & all" 1991

عنوان الدراسة: التفاؤل غير الواقعي لدى المراهقين المدخنين وغير المدخنين

Unrealistic Optimism among Adolescent Smokers and Nonsmokers

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة ما إذا كان للمراهقين المدخنين وغير المدخنين تفاؤل غير واقعي للمخاطر المتعلقة بالتدخين.

من أجل ذلك قسم الباحثون الدراسة إلى دراستين فرعيتين:

الدراسة الأولى: التصورات حول العلاقة بين التدخين وسرطان الرئة لدى المدخنين وغير المدخنين.

Perceptions of the relationship between smoking and lung cancer among smoking and nonsmoking adolescents.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة التصورات الموجودة لدى المراهقين المدخنين وغير المدخنين حول العلاقة بين التدخين وسرطان الرئة.

عينة الدراسة: شملت الدراسة على 358 طالب "186 ذكر، 172 أنثى" من بينهم "54 مدخن و304 غير مدخن" بمتوسط عمر 15.2 سنة بثانوية بمقاطعة فيرجينيا.

أدوات الدراسة: إتمدت الدراسة على أداة الاستبيان الذي أعده كل من Revenson and Neufeld (1987) مع إحداث تعديل عليه والذي تضمن أسئلة حول إمكانية الإصابة بسرطان الرئة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى:

- وجود علاقة قوية بين التدخين وسرطان الرئة.
- أن غير المدخنين ينظرون إلى فرصهم للإصابة بسرطان الرئة على أنها أقل من المتوسط، بالمقابل يرى المدخنين أنهم لديهم فرصة واحدة متوسطة للإصابة بسرطان الرئة.

الدراسة الثانية: التصورات حول العلاقة بين التدخين وسرطان الرئة لدى المدخنين وغير المدخنين: التكرار والتوسع.

Perceptions of the relationship between smoking and lung cancer among smoking and nonsmoking adolescents: A replication and extension.

أهداف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التأكد من نتائج الدراسة السابقة مع توسيع نطاق الدراسة السابقة من خلال فحص العلاقة بين التدخين، انتفاخ الرئة، النوبات القلبية، وسرطان الرئة.

عينة الدراسة: طبقت الدراسة على عينة قوامها 322 طالبا "33 مدخن، 299 غير مدخن" بمتوسط عمر 15.7 سنة بنفس الثانوية السابقة.

أدوات الدراسة: إُعتمدت الدراسة على:

- الإستبيان المستخدم في الدراسة السابقة مع إحداث بعض التعديلات ليشتمل أيضا تصنيفات حول أمراض القلب وانتفاخ الرئة.

- مقياس الإجهاد المتصور Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983)

نتائج الدراسة: دلت نتائج الدراسة إلى:

- أن تصورات المدخنين لفرص الإصابة بانتفاخ الرئة ونوبات القلب كانت أعلى من تصورات غير المدخنين.

- أن المدخنين ينظرون إلى فرص إصابتهم على أنها متوسطة فقط.

- أن المدخنين يعتبرون أنفسهم تحت ضغط أكبر من غير المدخنين.

وخلصت الدراسة ككل إلى أن المراهقين المدخنين يمتلكون تفاعلا غير واقعي فيما يتعلق بالإصابة المرتبطة بالتدخين.

4-2- الدراسات العربية:

4-2-1- دراسة عبد العزيز حجي العنزي 2015:

عنوان الدراسة: دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى

الشباب الجامعي

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تحقيق مايلي:

- الكشف عن دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي.

- معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين التفاؤل غير الواقعي والمعتقدات الصحية وبين سلوك التدخين لدى الشباب الجامعي.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 160 شاب جامعي من جامعة تابوك منهم 80 شاب مدخن و80 شاب غير مدخن.

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي.

أدوات الدراسة: ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث الأدوات التالية:

- مقياس التفاؤل غير الواقعي لبدر الأنصاري.

- مقياس المعتقدات الصحية الخاصة بسلوك التدخين اعداد الباحث.

نتائج الدراسة: دلت الدراسة إلى:

- وجود فروق دالة احصائيا في التفاؤل غير الواقعي بين الشباب المدخنين والشباب غير المدخنين لصالح غير المدخنين.

- وجود فروق دالة احصائيا في المعتقدات الصحية بين الشباب المدخنين والشباب غير المدخنين لصالح غير المدخنين.

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

- وجود علاقة موجبة دالة احصائيا بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب.

- وجود علاقة سالبة دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين لدى الشباب.

4-2-2- دراسة قرمية مشاشو 2011

عنوان الدراسة: علاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين-دراسة مقارنة بين

المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة

أهداف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين لدى المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

عينة الدراسة: شملت الدراسة على عينة قوامها 242 ذكر منها 130 حالة من المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة و112 حالة من المدخنين المصابين بسرطان الرئة.

منهج الدراسة: اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي المقارن.

أدوات الدراسة: إشتملت الدراسة على الأدوات التالية:

- مقياس التفاوض غير الواقعي من اعداد الباحثة.

- مقياس سلوك التدخين من اعداد الباحثة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

- وجود علاقة ارتباطية إيجابية دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائيا بين التفاوض غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة تعزى إلى المستوى التعليمي.
- وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة لصالح المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

➤ التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من عرض الدراسات السابقة والتي تطرقت للتفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين أو مخاطر سلوك التدخين، ورغم قلتها وهذا في حدود إطلاع الطالبة الباحثة أنها سعت إلى توضيح العلاقة القائمة بين المتغيرين، ورغم ذلك هناك جوانب اتفقت فيها هذه الدراسات وأخرى اختلفت فيها، والتي نوضحها في النقاط التالية:

✓ من حيث الأهداف:

هدفت معظم الدراسات السابقة إلى الكشف عن ما إذا كان لدى الأفراد المدخنين وغير المدخنين تفاؤلاً غير واقعيًا بمعنى الكشف عن العلاقة القائمة بين التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين، حيث نجد أن أهدافها أخذت إتجاهين أساسيين للكشف عن هذه العلاقة، حيث نجد أن هناك دراسات هدفت إلى معرفة التصورات التي يمتلكها المدخنين وغير المدخنين حول التعرض لمخاطر التدخين "أي مدى ادراكهم للمخاطر الصحية الناتجة عن التدخين ومدى تفاؤلهم غير الواقعي اتجاهها" كدراسة **Weinstein, & Marcus, & Moser (2004)**، ودراسة **Hahn, & Renner (1998)**، ودراسة **Strecher** وآخرون **(1995)**، ودراسة **Reppucci** وآخرون **(1991)**، في حين نجد أن هناك دراسات من هدفت إلى الكشف عن دور التفاؤل غير الواقعي في العلاقة بينه وبين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين ودراسة الفروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين وغير المدخنين كدراسة **عبد العزيز حجي العنزي (2015)**، وأخرى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين ودراسة الفروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين المصابين بسرطان الرئة والمدخنين غير المصابين بسرطان الرئة كدراسة **قرمية مشاشو (2011)**.

✓ من حيث العينة:

الملاحظ أن أغلب الدراسات إعتمدت على عينة من المراهقين والشباب والراشدين معا مدخنين وغير مدخنين كدراسة **Hahn, & Renner** ودراسة **Weinstein, & Marcus, & Moser (2004)**، ودراسة **Strecher وآخرون (1998)**، ودراسة **Reppucci وآخرون (1991)**، أما دراسة **عبد العزيز حجي العنزي (2015)** اهتمت بعينة من الشباب الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، في حين **قرمية مشاشو (2011)** قد جمعت بين المراهقين والشباب المدخنين المصابين بسرطان الرئة والمدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

✓ من حيث الأدوات:

هناك تباين ملحوظ في استخدام أدوات الدراسة، حيث نجد أن دراسة **Weinstein, & Marcus, & Moser (2004)** اعتمدت على طرح الأسئلة هاتفيا، في حين أن دراسة **Hahn, & Renner (1998)** اعتمدت على مقياس المخاطر، واستبيان حول سلوك التدخين، أما دراسة **Strecher وآخرون (1995)** فقد استخدمت مقياس التفاوض غير الواقعي، ودراسة **Reppucci وآخرون (1991)** اعتمدت على الاستبيان الذي أعده كل من **Cohen, Kamarck, and Mermelstein (1983)**.

من جهة أخرى نجد أن دراسة **عبد العزيز حجي العنزي (2015)** استخدمت مقياس التفاوض غير الواقعي لبدر الأنصاري ومقياس المعتقدات الصحية الخاصة بسلوك التدخين من اعداد الباحث، أما دراسة **قرمية مشاشو (2011)** فقد اعتمدت على مقياس التفاوض غير الواقعي ومقياس سلوك التدخين من إعداد الباحثة.

✓ من حيث النتائج:

توصلت الدراسات في نتائجها إلى مايلي:

- بالنسبة للدراسات التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين وذلك من خلال التعرف على التصورات التي يمتلكها المدخنين وغير المدخنين حول أخطار التعرض للمشكلات الصحية الناتجة عن التدخين وما إذا كانوا متفائلين غير واقعيين نجدها اتفقت على أن المدخنين يقللون من خطر الإصابة بالمشكلات الصحية الناتجة عن التدخين أي أنهم يمتلكون تفاؤلا غير واقعي مقارنة بالأفراد غير المدخنين، كما بينت الدراسات أن المدخنين هم

الأكثر عرضة للإصابة بسرطان الرئة والنوبة القلبية وسعال المدخن والسكتة القلبية من غير المدخنين.

- بالنسبة للدراسات التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين من خلال الكشف عن دور التفاوض غير الواقعي في علاقته بسلوك التدخين والتي تمثلت في دراسة **عبد العزيز حجي العنزي (2015)** فقد توصلت إلى وجود علاقة سالبة بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين، وأيضاً إلى وجود فروق في التفاوض غير الواقعي بين الشباب المدخن وغير المدخن. أما دراسة **قرمية مشاشو (2011)** فقد توصلت إلى وجود فروق بين المدخنين المصابين بسرطان الرئة والمدخنين غير المصابين بسرطان الرئة في التفاوض غير الواقعي، وإلى وجود علاقة إيجابية بين التفاوض غير الواقعي وكل من عدد السجائر المستهلكة يومياً والتعود على سلوك التدخين في حين توصلت إلى وجود علاقة سلبية بين التفاوض غير الواقعي وكل من عدد سنوات التدخين والسن والوعي بأضرار التدخين.

➤ مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال استقراء الدراسات السابقة لاحظت الطالبة الباحثة أن الدراسات قد ربطت بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين وذلك في محاولة منها لإبراز العلاقة القائمة بين التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين، وذلك من خلال دراسة التفاوض غير الواقعي والتصورات حول مخاطر سلوك التدخين كما جاءت في الدراسات الأجنبية ودراسة دور وعلاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك التدخين كما جاء في الدراسات العربية، كما لاحظت الطالبة الباحثة نقص واضح في الدراسات التي تناولت التفاوض غير الواقعي وسلوك التدخين خاصة الدراسات العربية.

ومن خلال ما سبق تأتي الدراسة الحالية للكشف عن دور التفاوض غير الواقعي في الإتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين نموذجاً"، من خلال إجراء دراسة علمية على عينة من الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين"، محاولة تحقيق مجموعة من الأهداف والمتمثلة في: التعرف على الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين، وكذلك الكشف عن العلاقة القائمة بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين"، وأيضاً الكشف على الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في التفاوض غير الواقعي وفي الإتجاه نحو التدخين، والكشف عن الفروق لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في التفاوض غير الواقعي في ضوء

المتغيرات التالية: ممارسة الرياضة، سنوات التدخين، وعدد السجائر المدخنة في اليوم، بالإضافة إلى معرفة أثر التفاوض غير الواقعي في الإتجاهات نحو سلوك التدخين لدى الطلبة الجامعيين.

5- فرضيات الدراسة:

بناء على إشكالية الدراسة والدراسات السابقة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

1- نتوقع أن يكون الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين هو الإتجاه الموجب "مع تحبيذ التدخين".

2- توجد علاقة ارتباطية بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإتجاه نحو التدخين بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة المدخنين في ضوء متغير "ممارسة الرياضة".

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير "سنوات التدخين".

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير "عدد السجائر المدخنة يوميا".

8- يؤثر التفاوض غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين.

6- التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة:

6-1- التفاوض غير الواقعي:

التفاوض غير الواقعي هو تشوه معرفي حيث يعتقد الفرد بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها له مقارنة بالآخرين وبأن الأحداث الموجبة يزيد احتمال حدوثها له مقارنة بهم.

ويعرف إجرائياً: بأنه الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث على مقياس التفاوض غير الواقعي لبدر الأنصاري (2001).

6-2- السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين":

السلوك ذو العلاقة بالصحة هو كل سلوك يقوم به الفرد يؤثر على صحته سواء بطريقة إيجابية أو سلبية، ويتمثل في هذه الدراسة في التدخين وهو السلوك الذي يقوم الفرد فيه بإشعال السجارة واستنشاق الدخان المساعد منها.

6-3- الإتجاه نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين":

في الدراسة الحالية الإتجاه نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة يتمثل في الإتجاه نحو التدخين وهو يشير إلى إتجاه تحبيذ التدخين أو إتجاه عدم تحبيذ التدخين من قبل الطلبة الجامعيين.

ويعرف إجرائياً: بأنه الدرجة التي يتحصل عليها المبحوث على مقياس الإتجاه نحو التدخين لعبد المنعم شحاتة 1988.

الفصل الثاني

التفاؤل غير الواقعي

✓ تمهيد

- 1- تعريف التفاؤل غير الواقعي
- 2- تفسيرات التفاؤل غير الواقعي
- 3- عوامل تشكل التفاؤل غير الواقعي
- 4- التفاؤل غير الواقعي وإدراك الخطر
- 5- التفاؤل غير الواقعي والمشكلات الصحية
- 6- التفاؤل غير الواقعي لدى المدخنين

✓ الخلاصة

✓ تمهيد:

يعتبر التفاؤل غير الواقعي من المفاهيم السيكولوجية الذي لفت إهتمام الباحثين في مختلف تخصصات علم النفس في الآونة الأخيرة، نظرا للدور الذي يلعبه في إحداث المشكلات الصحية على وجه الخصوص، ففي الكثير من الأحيان يعتقد الأفراد أنهم أقل عرضة للأحداث السلبية من غيرهم وأنهم أكثر عرضة للأحداث الإيجابية مقارنة بالآخرين، الأمر الذي يجعل الأفراد يستمرون في ممارسة بعض السلوكات على الرغم من أنها تعرضهم للخطر.

1- تعريف التفاؤل غير الواقعي:

منذ ما يقارب حوالي ثلاثين عاما، كان لدى الأفراد تحيز متفائل فيما يتعلق بالمخاطر الشخصية، بمعنى أنهم يميلون إلى الاعتقاد بأنهم غير معرضون للخطر، وغالبا ما يبالغون في تقائلهم إتجاه المستقبل، هذه الظاهرة أطلق عليها مصطلح التفاؤل غير الواقعي (Harris, & Hahn,2011)، وهو بناء نفسي ظهر لأول مرة على يد "وينشتاين" Weinstein عام 1980 (Clay, Treharne, Hay-) (Smith,& Milosavljevic,2014).

إختلفت التسميات التي أطلقت على التفاؤل غير الواقعي باختلاف الباحثين وتوجهاتهم فمنهم من أطلق عليه مصطلح التفاؤلية الدفاعية أو التفاؤل الساذج (زعابطة،2010)، ومنهم من أطلق عليه توهم الحصانة أو التحيز التفاؤلي (Klein, s d, p1)، بالإضافة إلى مصطلح التفاؤل المقارن (Shepper,) (klein, Waters, & Weinstein,2013).

لقد رأى "Weinstein" عام 1980، بأن الأفراد يعتقدون بأنهم محصنون لدرجة أنهم يعتقدون بأن الحظ السيء والأحداث المزعجة لا تلحق إلا بغيرهم، وهذا الاعتقاد يعتبر خطأ معرفي، وعليه عرف "Weinstein" التفاؤل غير الواقعي بأنه إعتقاد الفرد بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها له مقارنة بالآخرين، وأن الحوادث الإيجابية يحتمل حدوثها له أكثر من الآخرين، فالفرد الذي يمتلك التفاؤل غير الواقعي يرى بأن تعرضه لبعض الحوادث التي يمكن أن تقع في المستقبل كحوادث المرور، الإصابة بالأمراض، والتعرض للجرائم يكون أقل من المتوسط، ولكن القليل من الأفراد يرون أن تعرضهم لمثل هذه الحوات مستقبلا يكون أعلى من المتوسط. (Weinstein,1980)

وعرفه كل من "تايلور" و"براون" "Taylor" و"Brown" 1988 بأنه شعور لدى الفرد بقدرته على التفاؤل إتجاه أحداث الحياة دون مبررات منطقية أو مؤشرات تؤدي إلى هذا الشعور، الأمر الذي يؤدي إلى حصول نتائج غير متوقعة، وبالتالي يصبح الفرد في قمة الإحباط مما قد يعرضه للمخاطر والإصابة بالأمراض، حيث أن التوقعات غير الواقعية للفرد إزاء أحداث المستقبل تدفعه إلى عدم ممارسة السلوك الصحي. (Taylor,& Brown,1988 , p193)

كما عرف "هاريس" و"ميديلتون" "Harris" و"Middleton" 1994 التفاؤل غير الواقعي بأنه عبارة عن نزعة داخل الفرد غالبا لتوقع حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما يحدث فعلا، وتوقع حدوث الأشياء أقل مما يحدث فعلا.

وعرفه "الأنصاري" 2001 بمدى توقع الفرد غالباً لحدوث أحداث إيجابية متنوعة أكثر مما يحدث في الواقع، وتوقع حدوث الأحداث السلبية أقل مما يحدث في الواقع، مما قد يتسبب أحياناً في حدوث النتائج غير المتوقعة والتي قد تعرضه بدورها لمخاطرة عدة أهمها: المخاطر الصحية. (الأنصاري، 2002)

وهناك من يعرف التفاؤل غير الواقعي بأنه الاعتقاد الخاطئ بأن فرص الفرد في مواجهة المشكلات الصحية أقل نسبياً من فرص الآخرين، فعلى سبيل المثال يعتقد الأفراد النشطاء جنسياً أنهم أقل عرضة لخطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية "HIV" من غيرهم. (Klein & all, 2010)

ويشير التفاؤل غير الواقعي حسب "هينر" و"سوير" و"Hinz" و"Suir" 1997 إلى اتجاه تهيؤي دائم لدى الفرد يتضمن توقعاته المحتملة للمستقبل على نحو يخالف نتائج الماضي، ومعطيات الحاضر، وذلك في اتجاه المبالغة في العوائد الإيجابية. (بوطبال، 2012)

ويعرف البعض التفاؤل غير الواقعي بأنه ميل غالبية الأفراد إلى تقييم مخاطرتهم الشخصية للتأثر بحدث ضار أقل من الأفراد الآخرين. (French & Hevey, 2008)

وعرفه "هريدي" بأنه إدراك الفرد -على نحو انتقائي- لإيجابيات الحاضر، وتعميم أفضل التوقعات الممكنة على نتائج المستقبل. (العنزي، 2015)

ويرى "Mechanna" 1993 أن التفاؤل غير الواقعي يحدث 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 أيضاً عند زيادة توقع الأحداث الإيجابية. (مشاشو، 2011، ص 59)

وإنطلاقاً من التعريفات السابقة نخلص إلى أن التفاؤل غير الواقعي غالباً ما ينظر إليه على أنه جانب من جوانب التحيز الذاتي الذي يشتمل على ظواهر مثل: المغالطة، التخطيط، وهم السيطرة، الثقة الزائدة في الحكم. (Harris & Hahn, 2011)، وعليه فالتفاؤل غير الواقعي هو ميل الأفراد إلى التقليل من احتمال تعرضهم للحوادث السلبية في المستقبل بما في ذلك احتمالية التعرض للإصابة بالأمراض، والمبالغة في احتمال تعرضهم للحوادث الإيجابية في المستقبل.

2- تفسيرات التفاؤل غير الواقعي:

ركزت تفسيرات التفاؤل غير الواقعي حول ما إذا كان التحيز في المقارنة الاجتماعية ذو طبيعة تحفيزية أو معرفية. وهذا يعني أن هناك تفسيرين أساسيين للتفاؤل غير الواقعي هما: التفسيرات التحفيزية المتعلقة بالعوامل الدافعية، والتفسيرات المعرفية المتعلقة بالعوامل المعرفية.

2-1- التفسيرات التحفيزية:

تفترض التفسيرات التحفيزية المتعلقة بالعوامل الدافعية للتفاؤل غير الواقعي بوجود تعريفات متعمدة لحدث من الممكن أن يقع، والتي يفترض أن يكون لها أثر في الحصول على النتائج المرغوبة، وتجنب النتائج غير المرغوب فيها. (Hooens,1994, p18) وتتمثل التفسيرات التحفيزية فيما يلي:

2-1-1- الدفاع عن الذات:

يرى مناصرو هذا التفسير أمثال "Weinstein" و"Taylor" و"Brown" وآخرون أن الأشخاص غالبا ما يتحيزون لذواتهم في توقع الحوادث الإيجابية والسلبية قصد تحسين صورة تقديرهم لذواتهم أو هويتهم الشخصية أو على الأقل الحفاظ عليها، وهذا ما فنده كل من "Lee" و"Job" 1955 في قولهما "إذا كنا أكفاء فيما نفعل، فعلينا أن نعرف كيف نكون فاعلين في تجنب المشكلات التي يلزم تجنبها، أو أن نصل إلى الأهداف التي نرجوها"، من هنا يتضح لنا أن بعض الأفراد يتخذون من التفاؤل غير الواقعي ملجأ، حيث يحسون بأنهم محصنون وبهذا يرتفع تقديرهم لذواتهم ويرتفع إحساسهم بأنهم تغلبوا على المشاكل التي يواجهونها (Milhabat, Desrichard, & Verlhac,2002)، حيث يجب أن يكون التفاؤل غير الواقعي أقوى بالنسبة للمخاطر التي يمكن السيطرة عليها أكثر من المخاطر التي لا يمكن السيطرة عليها، لأن الفشل في تجنب المخاطر التي يمكن التحكم فيها يهدد تقدير الذات أكثر من الفشل في تجنب المخاطر التي لا يمكن السيطرة عليها (Hooens,1994, p19)، فقد لوحظ في العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين لا يصبحون متفائلين بالمقارنة بغيرهم إذا لم يكونوا قادرين على ضبط الأحداث الممكنة الوقوع كالزلازل والفيضانات مثلا، فهذه الأحداث لا تعود إلى قدرة الأفراد بل إلى عوامل خارجية، وقد لوحظ بأن تعرض الفرد لمثل هذه الأحداث مستحيلة الضبط لا يهدد تقديره لذاته لأنه مقتنع بأن لا يد له في تغيير القدر.

وقد دعمت دراسات عديدة التفسير القائم على الدفاع عن الذات، ففي سلسلة من الأبحاث لكل من "klein" وزملائه على مدى ثلاث سنوات من 1993 إلى 1996 استطاعوا أن يوضحوا أن الأفراد

يكيفون تصرفاتهم إتجاه السلوكيات الخطيرة إلا بعد أن يستفيدوا من تجارب الآخرين، فعندما تقوم بالإعلام الأفراد بأن غيرهم سلك سلوكا جد حذر فإنهم يقومون بدورهم بالحدز في قيامهم بهذا السلوك، أما إذا لم نعلمهم بحذر غيرهم لقاموا بالسلوك دون أخذ الحيطة والحذر فيه وهنا يتبين لنا بأن هذا الحذر لم يأتي من اعتقاد راسخ عن تحذير مسبق.

وقد دافع كل من "Peeters" و "Czapainski" عن الخاصية التكيفية للأشخاص ذو التفاؤل غير الواقعي في بيئة تكثر فيها الأحداث السلبية أكثر من الأحداث الإيجابية، ففي مثل هذه البيئات يكون الأفراد المتفائلون أكثر من المتشائمين، بحيث يقوم المتفائلون باستغلال فرصة التشبث بالأحداث الإيجابية لأنهم أكثر يقظة للأحداث السلبية وأكثر قدرة على تجنبها.

كما فند كل من "Taylor" و "Brown" 1988 الخاصية التكيفية للمتفائلين غير الواقعيين، إذ يريان بأن التفاؤل غير الواقعي يضعف الصحة النفسية الجيدة، فالأفراد في نظرهما يقومون بخداع ذاتهم لكي تتملكهم نظرة إيجابية للعالم وللأحداث التي تحصل لهم، وهذا ما يسمح بالحفاظ على مزاج جيد والتعامل بإيجابية مع الغير، غير أن هذا الرأي تعرض لنقد شديد، وهذا لأن الصحة النفسية تتميز بالإتصال الجيد مع الواقع وهذا يتنافى مع الرجوع المكثف للآليات الدفاعية، فهذه الأخيرة تعتبر مؤشرا لسوء التكيف. (Milhabat, Desrichard, & Verlhac, 2002)

2-1-2- التفاؤل غير الواقعي كإستجابة للقلق:

أثبتت الدراسات أن التفاؤل غير الواقعي دافع يقلل من القلق، فالتفكير في المستقبل يصاحبه شعور بالقلق بسبب الغموض الذي يعتره، ويقوم الأفراد بمواجهة القلق بواسطة التفكير في الأحداث الإيجابية وإستبعاد التفكير في الأحداث السلبية، وقد استندت هذه الفرضية على دراسات امبريقية مثل الدراسة التي قام بها كل من "Taylor" وآخرون سنة 1992 على 550 فردا مصابا بفيروس "HIV"، بحيث أظهرت النتائج أن المتفائلين منهم ولو بنسبة قليلة أقل عرضة لتطوير السيدا من غيرهم المتشائمين، وهذا ما وصف بالنتيجة غير المتوقعة بالنظر إلى الحتمية القائلة بأن الإصابة بفيروس السيدا تؤدي حتما إلى ظهور أعراض السيدا.

إلا أن "Blok" و "Kolvin" 1994 نقدا هذه النتائج بإعتبارها لم تتجز في ظروف مرضية، وقد أثبتنا من خلال نتائج دراسات ميدانية أن مواجهة القلق تمر أكثر بالتشاؤم لا بالتفاؤل، ففي دراسة أجراها الباحث "Medvec" سنة 1993 لاحظ أن التلاميذ عند اقتراب الامتحانات يكونون أقل تفاؤلا من ذي

قبل، وقد فند "Schepperd" وزملاؤه 1996 هذا الرأي بالدراسة التي أجروها على مجموعة من التلاميذ بحيث تم سؤالهم على أربع مرات متفاوتة قبل الإمتحان عن النتائج التي يتوقعون الحصول عليها، ثم تمت مقارنتها بالنقطة المتحصل عليها، وقد أسفرت النتائج أن التلاميذ كانوا جد متفائلين قبل الإمتحان ثم أصبحوا منطقيين في المرة الثانية والثالثة، أما في آخر مرة سئلوا فيها كانت توقعاتهم تشاؤمية لدرجة أنها كانت أقل من النتائج الحقيقية، وهذا دال على أن القلق الذي اعتري التلاميذ إزاء النتائج الحقيقية صاحبه تفكير تشاؤمي. (Milhabat, Desrichard, & Verhiac, 2002)

وفي دراسة لكل من "دولنسكي" و"جرومسكي" و"زويسكا" "Dolinski" و"Gromski" و"Zawiska" حول مجموعة من الطالبات البولونيات أين أقيمت الدراسة بعد أسبوع من حادثة المفاعل النووي "لتشارنوبل"، أوضحت النتائج بأن الطالبات كن متفائلات لا واقعا إزاء جملة من الأحداث باستثناء بند "التعرض للإشعاع النووي" إذ كن متشائمات حيال حدوثه أكثر من غيرهم، هنا شرح الباحثان أنه في حالة وجود خطر حقيقي سيعتقد الشخص أكثر فأكثر بأنه معرض للخطر فعلا أي يصبح واقعي ويقوم بالتصرف الصحيح للمواجهة. (زعابطة، 2010)

أضف إلى ذلك وجد "Weinstein" علاقة عكسية بين التفاؤل غير الواقعي المرتبط بمخاطر الصحة والسلامة والدرجة التي أبلغ بها الأفراد عن قلقهم بشأن هذه المخاطر (Hooens, 1994, p20)، كما وجد "Dew berry" وآخرون في الدراسة التي أجروها سنة 1989 والتي تم فيها الطلب من المفحوصين تقييم 16 حدثا سلبيا "بالمقارنة مع الغير" والقلق الذي يصاحبه كل حدث، عن وجود ارتباط سلبي بين التفاؤل غير الواقعي والقلق بمعنى كلما كانت الأحداث مثيرة للقلق كان الفرد أقل تفاؤلا بالنسبة لها، وهذا ما يثبت أيضا أن التشاؤم دائما مرتبط بالشعور بالقلق ومنه بالتفاؤل لم يرتبط بالقلق، وتبقى الفرضية القائلة بأن التفاؤل غير الواقعي آلية دفاعية ضد القلق تحتاج المزيد من الدراسات. (Milhabat, Desrichard, & Verhiac, 2002)

2-2- التفسيرات المعرفية للتفاؤل غير الواقعي:

يفسر التفاؤل غير الواقعي من طرف الباحثين الذين يدافعون عن هذا الرأي بناء على قيام الفرد بأخطاء معرفية عندما يبني تصورات حول تقدير الخطر المحقق به وكذا عند تصور الخطر الاجتماعي.

2-2-1- الأخطاء المتعلقة بتجميع المعلومات والأخطاء في الحكم على الأمور ممكنة الحدوث:

تلعب الخبرة الذاتية دورا مهما في إدراك الخطر، فقد دل "وانشتاين" 1988-1989 أن القابلية للإصابة لا يمكن أن تعاش إذا لم يكن المرء قد سمع شيئا عن الخطر بالنسبة للآخرين، أو أنه خطر على الشخص نفسه، كما أن نقص المعلومات يجسد أيضا نقص الخبرة، بحيث هناك من يقول عن السيدا مثلا "لم أسمع في حياتي شيئا ما عن السيدا" أو "سمعت مرة شيئا عن السيدا" أو الاعتقاد بندرة المشكلة مثل "عدد الأفراد الذين يصابون بالسيدا ضئيل جدا" أو الاعتقاد بالحصانة "قلما أعتقد بأنني معرض لخطر الإصابة بالسيدا"، وقد وضح "وانشتاين" أن التفاؤل غير الواقعي يتمثل في المرحلة الثانية من مراحل نموذج الخاص بسيرورة "القرار-الوقاية"، والذي تكون من سبع مراحل وصفية في الدفاع عن السلوك الصحي، وتصف هذه المرحلة بأنه على الرغم من المعرفة المتوفرة لدى الفرد حول الخطر إلا أننا نلاحظ عليه عدم الإلتزام الشخصي، وعليه يتضح لنا بأنه على الرغم من أن الخبرة الشخصية وسيلة جيدة لتحطيم جدار الجهل والقصور واللامبالاة وأن النزعة التفاؤلية تتضاءل من خلال توليد الخبرة الذاتية، إلا أنها لا تختفي كلياً. (زعابطة، 2010)

وقد أضاف عدد من الباحثين ومنهم "Lee" و"Job" 1990 أن المعلومات المكتسبة انطلاقاً من تجربة شخصية عن خبرة معينة أفضل من تلك التي نستقبلها من تجارب غيرنا، فعلى سبيل المثال: عندما يكون السائق بصدد قيادة سيارته فإنه يأخذ بالحسبان أنه إن قام بأخطاء معينة فإنه سوف يتعرض لحادث مرور وبالتالي يقوم باجتنابها، مثلاً: "لو قمت بالتجاوز الآن ربما سأسطمم بسيارة قادمة"، بينما يعجز عن تدارك هذه الأخطاء إذا كان غيره يقوم بقيادة السيارة، وبالتالي يعتقد الفرد أن غيره يقوم بأخطاء سيادة تؤدي إلى وقوع حوادث المرور أكثر منه، وبالتالي فالسائقون يقومون بأخطاء في السياقة بالرغم من علمهم بأنها قد تؤدي إلى وقوع حوادث مرور اعتقاداً منهم بأنهم قادرين على التحكم في الحادث قبل وقوعه.

وبناء على هذا رأى "Lee" و"Job" 1992 أنه للوصول إلى الحكم الصائب للأحداث يجب أن يمر التفكير بأربع مراحل من تحليل المعلومات، فعلى سبيل المثال: نقوم بسؤال فرد حول إمكانية إصابته بالزكام في فصل الشتاء وإمكانية إصابة غيره من الأفراد، فعليه هنا أن يقوم أولاً بتذكر السنوات التي مرض فيها ونقوم بتحليل مايلي: هو أصيب بالزكام، غيره أصيب بالزكام، لم يصب بالمرض، لم يصب غيره بالمرض، ثم بعد ذلك يحدد إمكانية إصابته بالزكام، وحسب "Lee" و"Job" نادراً ما يقوم الأفراد

بهذه العملية لتحليل المعلومات، وهذا ما يجعلهم يرتكبون أخطاء في الحكم وتقدير الخطر وهذا بدوره يعتبر عاملاً هاماً في ظهور التفاؤل غير الواقعي. (Milhabat, Desrichard, & Verhac, 2002)

2-2-2- التمرکز حول الذات:

يشير التمرکز حول الذات حسب "Weinstein" بأنه الصعوبة التي يتلقاها الأفراد في تصور وجهات نظر غيرهم والإحاطة علماً بتصوراتهم، ليس هذا فقط بل ويكتفون بالتركيز على أفكارهم وسلوكياتهم، فلو طلبنا مثلاً من بعض الأفراد الذين يتميزون بالتمرکز حول الذات أن يقدروا لنا احتمال حدوث أشياء إيجابية أو سلبية لهم فإنهم يصلون بسهولة إلى المعلومات التي تحدد إجاباتهم معتمدين في ذلك على مستوى الخطر الذي يمكن أن يحدث بهم، ويعتمد هؤلاء الأفراد في ذلك على مخطط من الأفعال والتصورات فمثلاً يتصورون ربط حزام الأمان حتى أثناء المسافات القصيرة، وبالتالي لا يكونون عرضة لحوادث المرور غير أنهم يعتقدون أن غيرهم لا يقومون بهذه العملية "مخطط التصورات والأفعال"، وهذا يفسر بأن تمرکز الأفراد على ذواتهم يجعلهم لا يدركون تصورات غيرهم ولا يعرفون كيفية تفكيرهم الأمر الذي يجعلهم غافلين عن سلوكيات غيرهم، فعلى سبيل المثال قد يقوم هؤلاء الأفراد بسلوكيات للتخفيف من حدة المخاطر، كاستخدام الواقي أثناء العلاقات الجنسية لتجنب الإصابة بفيروس السيدا، غير أنهم يظنون أنهم الوحيدون الذين يتبعون سلوكيات الوقاية (Milhabat, Desrichard, & Verhac, 2002)، فنتيجة لتمرکزهم على ذواتهم يجدون صعوبة في تقبل وجهة نظر الآخرين، لذلك فقد ينسون أن العوامل نفسها التي تجعلنا نشعر أن حادثة معينة لا يحدث لنا يمكن أن تجعل الأفراد الآخرين يشعرون بأنها لا يحدث لهم أيضاً، فقد نفكر في أن احتمال وقوعنا في خطر الإصابة بمرض القلب أقل من المعدل لأننا نقوم بتمارين رياضية ونتجنب الدهون المشبعة وننسى أن أفراداً آخرين يفعلون كما نفعل أو أكثر مما نفعل ويصابون بهذا المرض. (زعابطة، 2010)

وفي هذا الصدد توصلت دراسة "Weinstein" 1982، حيث عرض على 76 طالباً مجموعة من الأحداث السلبية وطلب منهم تقدير إمكانية عيشهم لها، وقد أسفرت النتائج بأن الطلاب كانوا متفائلين غير واقعيين وأن هناك عاملين مهمين ساهما في ظهور التفاؤل غير الواقعي تمثلاً في نقص المعلومات حول الخطر المحدق بالغير وعن الحلول التي يستخدمها للتخفيف من هذا الخطر وكذا في الفشل في التفكير بجدية في الآخرين، هذان العاملان يشكلان أساس التمرکز على الذات وهنا توصل "Weinstein" إلى أن التمرکز حول الذات يؤدي إلى التفاؤل غير الواقعي. (Weinstein, 1982)

كما بين كل من "جاستن كروجر" و"جيمي بوروس" "Justin Kruger" و"Jeremy Burus" في دراستين قاما بها على عينة من الطلاب أن التفاؤل غير الواقعي يرجع إلى التمرکز حول الذات، وقد وضح بأن الأفراد عندما يقومون بمقارنة مع غيرهم في احتمال عيش حدث ما، فإنهم يقومون بالتركيز على فرصهم في عيش هذا الحدث ولا يأخذون بعين الإعتبار غيرهم، وهذا ما يجعلهم يفكرون بأنهم أقل عرضة لوقوع الأحداث النادرة التي تحصل لمتوسط الأفراد وأنهم أكبر عرضة من متوسط الأفراد في حصول الأحداث العامة، حيث يتعلق التفاؤل غير الواقعي بالأحداث العامة غير المرغوب فيها، كما استنتج الباحثان أن التمرکز حول الذات أساس التفاؤل غير الواقعي وأن هذا الأخير غير منتشر كثيرا مثلما افترضنا في الدراسة. (زعابطة،1060)

2-2-3- التحيز الإيجابي للأفراد:

إقترح "Sears" 1983 مفهوم التحيز الإيجابي للأفراد، وحسب هذا الرأي يرتبط التفاؤل غير الواقعي بالطبيعة الأنانية المرفهة للأفراد، ويتضح هذا بوضوح في الدراسة "Kassim" و"Regan" و"Snyder" 1995 التي أجريت على عينة من طلاب الجامعة بهدف الكشف عن التفاؤل غير الواقعي، وقد طلب من المفحوصين تقدير احتمال حدوث بعض الأحداث الإيجابية والسلبية لأنفسهم وإخوتهم وأصدقائهم، وقد كشفت النتائج أن المفحوصين كانوا أكثر تفاؤلا غير واقعيًا بالنسبة لأنفسهم وإخوتهم، أي أنهم يعتقدون أن الأحداث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم وإخوتهم، كما يعتقدون أن الحوادث الإيجابية يزداد احتمال حدوثها لهم وإخوتهم مقارنة بأصدقائهم (Milhabat Desrichard, & Verliac,2002)، فالتفاؤل غير الواقعي يتم تقليده أو إزالته عندما تحدث المقارنة بالنسبة للأصدقاء وأصدقاء الاخوة وأصدقاء الأصدقاء، وعليه يعتبر التفاؤل غير الواقعي أحد الآثار الجانبية للتحيز الإيجابي للأفراد. (Hooens,1994, pp17-18)

2-2-4- المقارنة التنازلية:

لقد عرف "Wills" وآخرون 1981 المقارنة التنازلية انطلاقًا من التفسيرات الدافعية "التحفيزية" على أنها آلية دفاعية للذات تساهم في تخفيف القلق ورفع الشعور بالرفاهية مقارنة بأشخاص آخرين أقل تموضعا منهم.

في حين ربط "Weinstein" المقارنة التنازلية بآلية معرفية، بحيث يتمثل مبدأ هذه الآلية في أن الأفراد يكونون صورة نمطية أقل دافعية عن فرد الذي لا يقوم بأشياء كبيرة لتحسين حظوظه في تحاشي

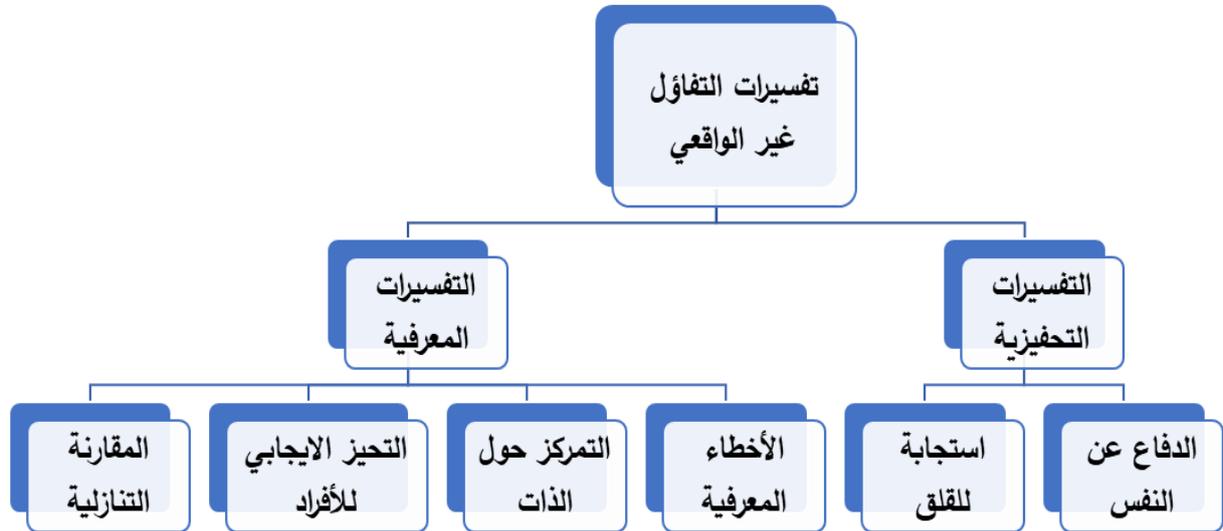
الخطر، وبصورة أدق يقوم الأفراد بجمع تصورات يقومون من خلالها بمقارنة أنفسهم مع غيرهم من الأفراد الذين يتصفون بتعرضهم الدائم للخطر، وعيه فالأفراد الذين يقدرّون خطر تعرضهم أو تعرض غيرهم للإدمان على الكحول يشكّلون صورة نمطية للمدمن على الكحول والذي في نظرهم لا يمكن أن يشبههم، من هنا يفكر الأفراد أنهم أقل عرضة من متوسط الأفراد لأن يصبحوا مدمني كحول (Milhabat, Desrichard, & Verhliac, 2002)، وعليه فإن التمثيل المعرفي لمخاطر الصحة والسلامة يشتمل على صورة الفرد المعرض للخطر الأولي وهذه الصورة يتم تنشيطها عندما يواجه الأفراد الخطر، فيحاول الأفراد تخيل "الآخر"، بحيث يتم استبدال صورتهم العقلية بنموذج الضحية، بحيث تكون المقارنة هنا بفرد شديد الخطورة، مما يؤدي إلى التقليل النسبي من مخاطر الفرد. (Hooens, 1994, p16)

حتى ولو تم إجبار الأفراد على إجراء مقارنة بينهم بين أفراد يتقاسمون معهم نفس الخصائص، إلا أنهم يميلون إلى الاعتقاد بأنهم أقل عرضة للخطر منهم، وهذا ما بينته نتائج دراسة "Milhabat" وزملائها 1998، بحيث طلب من المفحوصين توقع خطر الإصابة بفيروس السيدا إذا كانوا مصابين بالتبعية للأنسولين، النغورية، والإدمان، مع العلم أن هذه الفئات الثلاثة مرتبطة بشكل نمطي بالأخطار المؤدية للإصابة بالسيدا على الشكل التالي: ضعيف بالنسبة للتبعية للأنسولين، متوسط بالنسبة النغورية "الإيموفيل"، وقوي بالنسبة للإدمان، وقد تميز المفحوصين بأنهم من الفئات المرضية الثلاثة وأن الأفراد الذين سيقارنون أنفسهم بهم أيضا من الفئات المرضية السابقة "يشاركون في نفس المرض"، بالإضافة إلى ذلك لهم نفس الخصائص الاجتماعية "الجنسية الفرنسية، السن، الجنس"، وقد قام الباحثون بطرح خمسة أسئلة تعلق بإمكانية إصابتهم بالخطر، وقد تمثلت فيما يلي: إمكانية تعرضهم للإصابة بالسيدا، خطر تبادل إبرة تنقل العدوى، خطر القيام بعلاقة جنسية غير آمنة، القدرة على التحكم، وإدارة القوة. وقد أسفرت النتائج حول إمكانية التعرض للإصابة بالسيدا، أن المدمنين هو أكثر من رجح ذلك غير أن المدمنين في حد ذاتهم توقعوا أنهم أقل عرضة لخطر الإصابة بالسيدا، ونفس النتائج ظهرت فيما يتعلق بخطر تبادل ابرة تنقل العدوى، حيث أبدى المدمنون توقعا أكبر لهذا الخطر من الفئتين الأخرتين غير أنهم توقعوا أنهم أقل عرضة لهذا الخطر من غيرهم من المدمنين، ونفس النتائج أيضا يخص القيام بعلاقات جنسية غير آمنة، أما فيما يتعلق بالقدرة على التحكم فقد رجحت أيضا الكفة للمدمنين، فقد أبدوا توقعا كبيرا للقدرة على التحكم مقارنة بغيرهم من المدمنين، وأخيرا أوضحت النتائج أن كل أفراد العينة كانوا ميالين لتوقع القوة المدركة مقارنة بغيرهم. وعليه فالشعور بالحصانة ضد الأمراض يرجع إلى القدرة على الضبط وإدراك القوة، ومنه فالتفاؤل غير الواقعي يرجع إلى هاتين الخاصيتين. (Milhabat, Desrichard, & Verhliac, 2002)

من خلال الدراسات العديدة التي أجريت في حقل علم النفس حول مفهوم التفاؤل غير الواقعي برز إيجابين لا ثالث لهما في تفسير التفاؤل غير الواقعي، والذين يقومان أساساً على العوامل المساهمة في تشكيل هذا النوع من التفاؤل.

فوجد التفسيرات التحفيزية وهي التفسيرات التي تقوم على العوامل التحفيزية للتفاؤل غير الواقعي والتي تفسر هذا الأخير، على أنه نزعة دفاعية عن الذات وهذا من أجل تحسين تقدير الفرد لذاته، ومن جهة أخرى يفسر كاستجابة للقلق بمعنى أن التفاؤل غير الواقعي يعتبر دافع يخفض من مستوى القلق الناتج عن حدث ما.

ومن جهة أخرى نجد التفسيرات المعرفية وهي التفسيرات التي تقوم على العوامل المعرفية للتفاؤل غير الواقعي والتي ترى بأن هذا الأخير ينتج عندما تحدث أخطاء معرفية عند بناء تصورات حول تقدير خطر ما، وهذه الأخطاء تتعلق إما بالمعلومات المجمعّة حول الحدث أو تتعلق بالقدرة على التحكم في الأحداث، كذلك نجد أن التفسيرات المعرفية ترى بأن التفاؤل غير الواقعي ينتج عن التمرکز حول الذات من جهة، ومن جهة أخرى ينتج عن التحيز الإيجابي للأفراد، بالإضافة إلى القيام بالمقارنات الاجتماعية.



الشكل (1): يوضح تفسيرات التفاؤل غير الواقعي

3- عوامل تشكل التفاؤل غير الواقعي:

من الصعب تحديد إذا ما كان الفرد متفائلاً بشكل غير واقعي بالنسبة لمجموعة من الأحداث المتنوعة، إذ أظهرت الدراسات والأبحاث المتعلقة بالتفاؤل غير الواقعي أنه على الرغم من أن العديد من الأحداث تنتج أوهاما متفائلة، إلا أنها لا تفعل ذلك جميعها، وأن حجم التحيز يختلف اختلافا كبيرا بين الأحداث بالإضافة إلى أن درجة تفاؤل الأفراد تختلف باختلاف الموضوع والموقف، وبالتالي فإن التعرف على عوامل تشكل التفاؤل غير الواقعي يساعد على التنبؤ بحدوث هذه التحيزات.

ومن أجل فهم عوامل تشكل التفاؤل غير الواقعي من المهم معرفة ما إذا كانت هذه العوامل ذات طبيعة تحفيزية أو معرفية بشكل أساسي، أي ما إذا كان الأفراد يشوهون عن قصد المعلومات من أجل غرض معين "عامل تحفيزي"، أو ما إذا كان ينبغي اعتبار الأفراد ضحايا عمليات التفكير الخاص بهم "عامل معرفي".

فبالنسبة للعامل التحفيزي يتجسد في ثلاث نقاط أساسية تخدم الذات والتي تتمثل في:

✓ تعزيز أو الحفاظ على الذات.

✓ إبراز صورة اجتماعية إيجابية "تجسيد الذات مع الآخرين".

✓ الحد من الخوف وحماية الأنا من التهديدات المرتبطة بمواجهة النتائج غير المرغوب فيها.

فقد وجد "Weinstein" 1980 أنه عندما تكون لدى الفرد درجة معينة من الالتزام أو الإستثمار العاطفي في نتيجة ما ويريد حماية احترام ذاته "تعزيز الذات"، فإن غالبية العوامل التي يضعها في ذهنه هي بالضبط تلك التي تزيد من احتمال أن تكون النتيجة التي يريدونها، فإذا كان هذا صحيحا، يتوقع الفرد أن يكون الأفراد الذين يمتلكون مستويات منخفضة من احترام الذات "مثل الأفراد المصابين بالإكتئاب" أقل عموما من أولئك الذين لديهم مستويات عالية من احترام الذات "الأفراد غير المصابين بالإكتئاب".

أما بالنسبة للعامل المعرفي فهو يتعلق بالأخطاء المعرفية التالية:

✓ وهم السيطرة: لقد وجد "Weinstein" 1980 أن الفرد ينظر للأحداث على أنها أحداث يمكن

السيطرة عليها، وتبقى السيطرة على الحدث مؤشرا قويا على حجم التحيز المتفائل "التفاؤل غير

الواقعي".

✓ التحيزات الاحتمالية الشديدة: هناك أدلة تدعم هذا الخطأ والتي تشير إلى أن الأفراد يبالغون قليلا في المخاطر الصغيرة "التشاؤم غير الواقعي"، ويقللون بدرجة عالية الأخطار الكبيرة للأحداث "التفاؤل غير الواقعي".

✓ التجربة الماضية مع الحدث

وعليه فإن العوامل التحفيزية تتسبب في تشكيل التحيزات المتعلقة بالحدث، أما العوامل المعرفية توضح لنا كيفية ظهور تلك التحيزات. وباختصار هناك دليل قوي على أنه يجب أن يتوفر شرطين لكي ينشأ التفاؤل غير الواقعي هما:

1- حاجة الفرد إلى وجود درجة من الإلتزام أو الاستثمار العاطفي في النتيجة.

2- النظر إلى الحدث على أنه قابل للتحكم والسيطرة عليه. (Coelho,2010)

ولقد حدد "Weinstein" أربع خصائص تحدد تصورات الخطر المتحيز تقائليا وهي:

✓ الاعتقاد بأنه إذا لم تظهر المشكلة بعد فإنها لن تظهر في المستقبل بمعنى أن الفرد معني من المخاطر المستقبلية.

✓ الإعتقاد بأن المشكلة يمكن الوقاية منها بالإعتماد على القدرات والإمكانات الفردية.

✓ الاعتقاد أن المشكلة نادرة الحدوث.

✓ نقص الخبرة الشخصية مع المشكلة أو اتجاه الخطر. (Treloar, & Hopwood, 2008)

وعليه فالتفاؤل غير الواقعي يتشكل نتيجة تفاعل عاملين أساسيين يتمثلان في: العامل التحفيزي المرتبط بالذات والعامل المعرفي المتعلق بالأخطاء المرتبطة بالجانب المعرفي، فالتفاعل القائم بين هذين العاملين يتسبب في تشكل تحيزات إتجاه الحدث أو الموقف وتتميز هذه التحيزات بأنها غير واقعية فهي تجعل الفرد يقلل من إحتمالية تعرضه للأشياء السلبية ويزيد من إحتمالية تعرضه للأشياء الإيجابية الناتجة عن ذلك الحدث أو الموقف.

4- التفاؤل غير الواقعي وإدراك الخطر:

إن إدراك الفرد للخطر أمر ضروري من أجل القيام بسلوك وقائي تجاه ما يهدده، فالأفراد لا يمارسون السلوكيات الوقائية إلا إذا أدركوا الخطر وشعروا بأنهم مهددين حقيقة في حياتهم وإقتنعوا بضرورة وفعالية الإجراءات الوقائية، فالقابلية للإصابة في غالب الأحيان تخضع لإدراك مشوه وغير سليم، عندئذ يقلل الفرد من أهمية الخطر ببساطة، وذلك لإعتقاده أنه أقل قابلية للإصابة من الآخرين.

وهذا ما بينه استخدام مفهوم التفاؤلية في علم النفس، إذ يتم التمييز بين التفاؤلية الدفاعية المشوهة "التفاؤل غير الواقعي" التي تستند إلى إدراك موضوعي للأخطار، والتفاؤلية الوظيفية التي تعمل على الإقناع بفاعلية الإجراءات الوقائية والإلتزام بها. (بوطبال،2012)

فالإدراك المشوه للخطر يكون نتيجة إما أن الفرد يفكر بحماية نفسه من شيء ما لأنه يعتبر نفسه منذ البداية غير قابل للإصابة، أو أن الفرد يبرر المواصلة غير المرغوبة لنمط حياة خطير معتاد عليه، من خلال أنه في الواقع أقل تعرضا للخطر من الأفراد الآخرين، وبالتالي يستخدم الفرد الإدراك المشوه للخطر كحجة مضادة صالحة ذاتيا لمقارنة متطلبات محيطه الاجتماعي الذي يريد إقناعه بإتباع نمط حياة آخر. (شفارتسر،1994)

فقد أثبتت الدراسات عن إرتباط التفاؤل غير الواقعي بمواقف الخطر ومعالجة المعلومات الخطرة، حيث وجد "Avis" و "Smithe" و "Mckilay" 1989 أن الأفراد المتحيزين بشكل متقابل أي "المتفائلين غير الواقعيين" كانوا يقاومون تغيير تصوراتهم للمخاطر بعد تلقي التغذية الراجعة لتقييم المخاطر، كما وجد "Wiebe" و "Black" 1997 أن المتفائلين غير الواقعيين كانوا أكثر عرضة لتجنب التعرض للمعلومات التي تتعلق بمخاطرهم، من جهة أخرى وجد "Devidson" و "Prkach" 1997 أن الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من التفاؤل غير الواقعي كانوا أقل احتمالا نسبيا لتعلم معلومات جديدة عندما قدم لهم مقال حول الأمراض التاجية. (Redcliff,& Klein,2002)

وبالإضافة إلى الإدراك المشوه للخطر الناتج عن إجراء المقارنات الاجتماعية والناتج أيضا عن قلة الاهتمام بالمعلومات المتعلقة بمخاطر السلوك، نجد أن التشوه الإدراكي للمخاطر ينتج عما يعرف بخطأ "مونت كارلو" "Monte-carlo" الذي يقوم أساسا على المقارنة الزمنية.

وإلى جانب كل هذا ينتج أيضا الإدراك المشوه للخطر عن التقديرات الخاطئة التي تقوم على تركيب موضوعي لاحتمالات حدوث صغيرة جدا وعلى العواقب الشديدة، وهكذا يظن كثير من الأفراد خطأ أن

الإصابة بحادث طائرة أخطر من الإصابة بحادث دراجة هوائية، وكذلك أيضا خطر الإصابة باللايدز الضئيل جدا موضوعيا إذا لم يكن المرء بالذات ينتمي إلى إحدى مجموعات الخطر، فإنه يبالغ في تقدير خطر الإصابة. (شغارتسر، 1994)

من جهة أخرى قام "Boney-McCoy" وزملاؤه 1992 بتقييم تصورات المخاطر الصحية الناجمة عن التدخين لدى المدخنين وغير المدخنين في المجتمع والمدخنين الذين انضموا إلى عيادة الإقلاع عن التدخين، وقد أسفرت النتائج إلى أن المدخنين من العينة المجتمعية يميلون إلى إدراك مخاطرتهم على أنها أقل من مخاطر المدخنين الآخرين، مما يشير إلى تشويه المخاطر بشكل متفائل، في حين لم يكن لدى المدخنين المندمجين في برنامج الإقلاع عن التدخين هذا النوع من التشوه، كما أشارت النتائج إلى أن المدخنين الذين يعاونون من تشوهات متفائلة بشأن مخاطر الإصابة بالأمراض المرتبطة بالتدخين يبدون إهتماما أقل بالتوقف عن التدخين. (Strecher, Keuter, & Kobin, 1995)

بالإضافة إلى هذا درس عدد من الباحثين العلاقة بين القابلية للتحكم المتصورة وإدراك المخاطر، حيث يظهر تحليل 21 دراسة تبحث في العلاقة بين القابلية للتحكم المتصورة والتفاؤل غير الواقعي أن إدراك القابلية للتحكم له تأثير كبير على إدراك المخاطر، لذلك فإن تقييم المخاطر لا يعتمد فقط على قراءة العلامات الخارجية للخطر، وبدلا من ذلك فإن إدراك المخاطر هو خاصية علائقية ناتجة عن قدرة الفرد على التأقلم والنظر في ضرر الحدث السلبي. فالأفراد الذين يعتقدون أنهم قادرون على ممارسة السيطرة على التهديدات المحتملة يواجهون مستويات منخفضة من إثارة القلق، أما الأفراد الذين يفتقدون إلى قدرات المواجهة يعتبرون أنفسهم أكثر عرضة للمخاطر. وعليه فإن السيطرة المتصورة والتي تعتبر وهم إيجابي تفسر التحيز المتفائل في إدراك الأفراد للمخاطر. (Rhee, Ryu, & Kim, 2012)

من خلال ما سبق يتضح لنا أن التفاؤل غير الواقعي يرتبط بشكل وثيق بإدراك المخاطر، فالأفراد المتفائلين غير الواقعيين يكون إدراكهم للخطر منخفضا مقارنة بالأفراد الآخرين والذي في غالب الأحيان يكون نتيجة الأوهام الإيجابية المتشكلة إتجاه المخاطر، والتقديرية الخاطئة للخطر، وعدم الرغبة بالأخذ بعين الاعتبار التغذية الراجعة للمعلومات المتعلقة بخطر ما، وهذا كله يجعل إدراك المخاطر مشوه لدى الأفراد المتفائلين غير الواقعيين.

5- التفاؤل غير الواقعي والمشكلات الصحية:

يميل الأفراد إلى الإعتقاد بأنهم يواجهون نتائج سلبية أو مشكلات صحية أقل من الأفراد الآخرين، وعلى الرغم من أن التفاؤل غير الواقعي قد يكون مفيدا في تعزيز التأثير الإيجابي أو الحفاظ عليه، إلا أنه قد يثبط الدافع لتغيير السلوكيات الصحية. (Hevey, French, Marteau, & Sutton,2009)

فقد كان هناك جدل حول ما إذا كان للتفاؤل غير الواقعي آثار سلبية أو إيجابية على السلوك ذو العلاقة بالصحة، وكذلك على الصحة البدنية والعقلية، إذ يعتقد البعض أن التفاؤل غير الواقعي يساهم في كل منهما، فالمعتقدات المشوهة بشكل إيجابي يمكن أن تحفز الممارسات السلوكية الفعالة، في حين يرى البعض الآخر أن التفاؤل غير الواقعي يعيق السلوك الوقائي وبالتالي زيادة خطر الإصابة بالمشكلات الصحية (Ferre, & al,2012)، بالإضافة إلى أن التفاؤل غير الواقعي يؤثر على الطريقة التي يعالجون بها الأفراد المعلومات لتحديث معتقداتهم حول إمكانية تعرضهم للمشكلات الصحية. (Lin, & Raghubir,2005)

ففي دراسة أجراها كل من "Bouman" و "Siegel" وجدوا أن الرجال المثليين يمتلكون تفاؤلا غير واقعيًا فيما يخص خطر الإصابة بالسيدا والذي يرتبط بالخطر المحتمل لسلوكهم الجنسي، كما وجد "Strecher" وآخرون أن المدخنين يمتلكون تفاؤلا غير واقعيًا فيما يتعلق بخطر إصابتهم بأمراض القلب، السرطان، والسكتة الدماغية، مما أثر على استعدادهم للإقلاع عن التدخين. (Branoy, Bar-tal, & Treister,2003)

من جهة أخرى قام "Weinstein" بدراسة كان الهدف منها فحص الإعتقادات المتعلقة بالقابلية للإصابة بالمرض لدى عينة من الطلبة الجامعيين من الجنسين، حيث قدم لهم قائمة تضم 45 مشكلة صحية تشتمل على عنصرين فرعيين هما: الأمراض وأسباب الوفاة مثل: الإدمان، الإنتحار، الصرع، الأزمنة القلبية، القرحة، سرطان الرئة، التهاب الكبد الوبائي، نقص الفيتامين، عدوى الكلى، تصلب الشرايين، السكر، الصمم، ضربة الشمس، الربو، والقتل، وقد كشفت النتائج أن لدى الطلاب تفاؤلا متحيزا مرتفعا، فقد عدوا فرصة إصابتهم بالمشكلات الصحية أقل من فرصة أقرانهم، كما ظهر أن العوامل التي تميل إلى أن تزيد من التفاؤل غير الواقعي تتمثل في إمكانية التحكم في المرض أو سبب الوفاة كما يدركها الطلاب، بالإضافة إلى نقص الخبرة السابقة، والإعتقاد بأن المشكلة الصحية تظهر خلال الطفولة، وبينت هذه الدراسة أيضا أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الاهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض ويكون ذلك بطريقة غير مباشرة إذ يخفض القلق. (Weinstein,1982)

وفي دراسة أخرى أجراها "Taylor" وآخرون 1992 والذين توصلوا إلى أن الرجال المثليين الذين كان إختبار المصل لديهم إيجابيا أظهروا تفاؤلا لا واقعيًا إتجاه خطر التعرض لمتلازمة العوز المناعي المكتسب مقارنة بالأفراد الذين كان إختبار مصلهم سلبي، حيث توصل "Taylor" وزملائه إلى أنه يمكن إستخدام الأوهام كوسيلة للتعامل مع تهديدات الخطر، كما توصل إلى أن الأوهام الإيجابية تتكيف بشكل عام مع التجربة العادية، فالأفراد الذين يواجهون تهديدات شديدة يصبحون أكثر مبالغة إتجاه تهديدات الخطر. (Raats,& Sparks,1995)

وفي دراسة "Harris" و"Middleton" 1994 والتي هدفت إلى قياس التفاؤل والتفاؤل المقارن والتفاؤل غير الواقعي وعلاقتها بالصحة على عينة من طلاب إحدى الجامعات البريطانية، طبقت عليهم قائمة تتكون من 15 مرضا عضويا مثل: قرحة المعدة، البدانة، تلف الكبد، سرطان الرئة، والربو...إلخ، وطلب منهم تقدير احتمالات الإصابة بتلك الأمراض في المستقبل، وقد كشفت النتائج أن أفراد العينة يعتقدون أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة بالأفراد الآخرين.

كما أجرى كل من "Rutter" و"Quine" و"Albery" دراسة هدفت إلى قياس التفاؤل غير الواقعي لدى قائدي الدراجات الهوائية، طبق عليهم استبيان عن مدى تعرضهم للإصابة ببعض الحوادث السلبية نتيجة قيادة الدراجة الهوائية، وقد كشفت نتائج الدراسة عن ميل الأفراد إلى الإعتقاد بأن الحوادث السلبية الناتجة عن قيادة الدراجة الهوائية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة إلى القائدين الآخرين للدراجة الهوائية، كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين قائدي الدراجات الهوائية ممن لديهم خبرة طويلة وممن لديهم خبرة قصيرة في قيادة الدراجات الهوائية، حيث يميل الأفراد ذو الخبرة القصيرة في القيادة إلى أن يكونوا أقل تفاؤلا غير واقعي بمعنى أنهم يعتقدون أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى القائدين الآخرين.

وفي دراسة كل من "Morrison" و"ager" و"Willock" 1990 عن التفاؤل غير الواقعي على عينة من الراشدين من مقاطعة ميلاوي في إفريقيا، والتي تنتشر فيها بعض الأمراض الوبائية مثل: الملاريا والكوليرا والتيفوئيد وغيرها، وقد وجه لأفراد العينة استبيان عن احتمال إصابتهم بتلك الأمراض الوبائية، وقد كشفت نتائج الدراسة عن اعتقاد المفحوصين بأن الأمراض الوبائية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة بالآخرين مما يؤكد نزعتهم للتفاؤل غير الواقعي. (الأنصاري،2001)

تدعم نتائج هذه الدراسات الحجج العلائقية بين التفاؤل غير الواقعي والمشكلات الصحية، فهي تشير إلى العلاقة الوطيدة التي تجمع التفاؤل غير الواقعي بالتعرض للمشكلات الصحية، حيث تزيد نسبة

الإصابة بالمشكلات الصحية وذلك كون أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الاهتمام بممارسة سلوكيات الوقاية التي تخفض من احتمالية الإصابة بالأمراض، بالإضافة إلى هذا فإن نقص الخبرة والاعتقاد بأن المشكلة الصحية تظهر في السنوات المتقدمة من العمر وإملاك الفرد للأوهام الإيجابية هي الأخرى تزيد من نسبة الإصابة بالمشكلات الصحية.

6- التفاؤل غير الواقعي لدى المدخنين:

إن بعض المتفائلين قد يكونون واقعيين في معتقداتهم الإيجابية حول المستقبل، إلا أن البعض الآخر قد يكونون غير واقعيين في تفاؤلهم (Dillard, McCaul, & Klien, 2006)، ففي المتوسط يحمل الأفراد أوهام إيجابية عن أنفسهم والعالم والمستقبل، وهم يحملون تصورات ذاتية إيجابية خادعة وأوهام التحكم الشخصي "السيطرة الذاتية"، ويمتلكون تفاؤلاً غير واقعيًا إتجاه المستقبل وبالأخص عندما يتعلق الأمر بعمليات المقارنة الاجتماعية، فالأفراد يميلون إلى إصدار حكم إيجابي بشأن وضعهم داخل المجموعة.

فالمبالغة في تقدير الفرد للخصائص الإيجابية التي يمتلكها والتقليل من الخصائص السلبية إلى حد ما يعتبران من المكونات العقل السليم لأنهما من بين العوامل التي تساعد الفرد على إدارة التوتر وزيادة الإنتاجية.

إن ميل الأفراد إلى إدراك خطر إصابتهم بالمرض أو التعرض للإيذاء على أنهم أقل من المتوسط من الأفراد الآخرين يجعلنا أمام مشكلة محورية والتي تتمثل في أن الأفراد قد يمتنعون عن إتخاذ الإحتياطات الصحية اللازمة، فعادة ما ينظر إلى التصور الواقعي لمخاطر المرض على أنه محفز لممارسة السلوكيات الصحية الوقائية، فعلى الرغم من أن تصور المخاطر قد لا يمثل أحد العوامل المحددة لعملية التحفيز إلا أنه يمكن إعتباره عاملاً يمهد الطريق للتغيير السلوك.

ومن جهة أخرى هناك تباين كبير في التقديرات الذاتية للمخاطر الصحية، مما يوحي بأن المعتقدات المتعلقة بالقابلية للتعرض للضرر ليست فضفاضة، وإن احتمال الإصابة بالمرض لا يعتبر عشوائياً، فالفرد يدرك العوامل التي تجعل حدوث المرض لدى مجموعة من الأفراد أكثر من احتمال حدوثها لدى أخرى، فمن الواضح أن الأفراد يستخدمون مثل هذه المفاهيم الذاتية لعوامل ذات صلة بالمخاطر عند استنتاج مخاطرهم وبالتالي التفاؤل الدفاعي هو مسألة تقدير لا يشوه الواقع تماماً ولكنه يمثل تحيزاً تفاضلياً فعلى سبيل المثال: أولئك الذين يواجهون مخاطر موضوعية يأخذون ذلك بعين الإعتبار ويعترفون بأن أقرانهم ذو المخاطر المنخفضة أفضل حالاً منهم. (Hahn, & Renner, 1998)

وليس من المستغرب أن يبدي المدخنون هذا النوع من التفاؤل، فلقد أظهرت العديد من الدراسات أن المدخنين يبدون تفاؤلاً غير واقعيًا من خلال التقليل من فرصهم النسبية للإصابة بالأمراض، فحين سأل كل من "Ayanian" و "Cleary" 1999 المدخنين وغير المدخنين "مدخنين سابقًا" عن مخاطر الإصابة بأمراض القلب والسرطان وجدوا أن المدخنين الحاليين وبالمقارنة مع المدخنين السابقين لا يعتقدون أنهم في خطر متزايد لأي من هذه الأمراض. وفي دراسة أخرى لـ "Strech" و "Kreuter" و "Kobrin" 1995 والتي كان هدفها مقارنة تصورات المدخنين مع بيانات أكثر موضوعية، وجدوا أن المدخنين قد قيموا مخاطرتهم بأنها أعلى من مخاطر غير المدخنين ولكنهم قللوا منها وفقًا للتقديرات الموضوعية. (Dillard, McCaul, & Klien, 2006)

وفي دراسة "Reppucci" وزملائه 1991 والتي كان هدفها عقد مقارنة بين المدخنين وغير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي، وذلك بتطبيق استبانة تدور حول معتقدات المراهقين نحو احتمال إصابتهم ببعض الأمراض البدنية الناتجة عن التدخين مثل: سرطان الرئة، الأزمة القلبية، أمراض انقفاخ الرئة وغيرها، وتشير النتائج بوجه عام إلى إعتقاد المدخنين باحتمال إصابتهم بسرطان الرئة والأزمة القلبية بمعدل يزيد عند المراهقين من غير المدخنين، كما يعتقد المدخنون أيضًا بأنهم يحتمل أن يتعرضوا للضغوط بمعدل أكبر من غير المدخنين. (الأنصاري، 2001)

وفي دراسة حديثة لـ "Weinstein" وزملائه 2003 هدفت إلى تقييم مختلف تصورات المدخنين، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة عبر الهاتف حول تصورهم لخطر التدخين سواء عليهم أو على متوسط المدخنين، والتي أسفرت نتائجها على أن المدخنين أبدوا تقديرًا منخفضًا للأخطار المتعلقة بالتدخين مقارنة بغير المدخنين، حيث اعتقدوا أنهم أقل من المتوسط عرضة لسرطان الرئة، في حين أن توقعهم لخطر الإصابة بالسرطان بصفة عامة وسرطان الرئة بصفة خاصة يرتفع بنسبة قليلة مع زيادة عدد السجائر المدخنة يوميًا، وأن تقديرهم لخطر الإصابة بالسرطان عامة أقل من تقديرهم لسرطان الرئة على وجه الخصوص. (Weinstein, Marcus, & Moser, 2005)

هذه الدراسات وغيرها بينت لنا أن الأفراد المدخنين يدركون بدقة أن مخاطرتهم الصحية أكبر من الأفراد غير المدخنين، وهذا يشير إلى وجود بعض الوعي بزيادة حالة المخاطرة لديهم، ولكن مع ذلك فإنهم يميلون إلى النظر إلى مخاطرتهم على أنها أقل من مخاطر المدخن العادي أو ما يعرف بـ "المدخن النموذجي"، فعلى الرغم من أن الأفراد المدخنين قد يدركون أنهم معرضون لخطر متزايد، إلا أنهم ما زالوا يشوهون بتفاؤلهم حجم المخاطر الصحية الناجمة عن التدخين.

فالأفراد يحملون نظريات ضمنية حول ظهور الأمراض، وفي حالة المدخنين وحسب النظرية السببية الضمنية يمكن تقسيم مسببات سرطان الرئة على سبيل المثال إلى عوامل بيئية كتلوث الهواء، عوامل عضوية كالإستعداد الوراثي، وعوامل سلوكية كالتدخين.

ويمكن تقسيم التدخين بإعتباره العامل السلوكي لدى الأفراد المدخنين إلى الفترة "سنوات التدخين"، التكرار "عدد السجائر يوميا"، الشدة ونوع السجائر، حيث يكون لهذه الأسباب تأثير تعويضي على بعضها البعض. فقد يفترض الأفراد الذين لا يعيشون في بيئة ملوثة والذين يمارسون النشاط الرياضي بانتظام وليس لديهم إستعداد جيني أنهم أقل عرضة لخطر الإصابة بالسرطان حتى ولو كانوا يدخنون.

فعلى المستوى السببي السلوكي وهو المستوى الثاني للنظرية الضمنية الهرمية، قد ينشأ تأثير تعويضي آخر عند تحليل نمط التدخين، فالأفراد الذين يدخنون لسنوات عديدة قد لا يشعرون بالمخاطر لأنهم يدخنون فقط عدد قليل من السجائر يوميا أو يستهلكون فقط السجائر الخفيفة.

فالمدخنون ينظرون إلى ضحية سرطان الرئة النموذجية "كم سنة من التدخين، كم عدد السجائر في اليوم، نوع السجائر" التي تتناسب مع الفرد الذي لديه فرصة كبيرة للإصابة بسرطان الرئة، وهذا يعني أن تقدير نسبة المخاطر لدى الأفراد تتم وفق عملية مطابقة للمميزات المعرفية، بحيث في حالة الأفراد المدخنين يقوم المدخن بمقارنة مدة التدخين وتكراره وشدته بالسلمات المقابلة لنوع المخاطر الذاتية، فعلى سبيل المثال: المدخن الذي يدخن عشر سجائر يوميا لمدة عشر سنوات ويكون تقديره أن عشرين سيجارة يوميا خلال عشر سنوات تعرضه لخطر كبير يشعر بأمان نسبيا. وهذا يعني أنه ينظر للمخاطر بأنها أقل من المتوسط "وهي الصورة النمطية للمخاطر". (Hahn,& Renner,1998)

ومن هنا يتبين لنا أن الأفراد المدخنين كغيرهم من الأفراد يمتلكون تفاؤلا لا واقعا إتجاه المشكلات الصحية التي تتعلق بالتدخين، حيث بينت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا الصدد أن المدخنين ورغم إدراكهم للخطر المحقق الذي يترتب بهم جراء ممارستهم لسلوك الخطر "التدخين" إلا أنهم يميلون إلى تقليل إصابتهم بالمشكلات الصحية الناجمة عنه، وهذا ما يدل على أن المدخنين يمتلكون تفاؤلا غير واقعا والذي بدوره يجعلهم لا يقلعون عن التدخين.

✓ الخلاصة:

من خلال طرحنا السابق للتراث النظري للتفاوض غير الواقعي نستخلص أن هذا الأخير يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة الجسمية، وهذا ما أكدته الدراسات التي أجريت في هذا الصدد. فالأفراد المتفائلون لا واقعياً يميلون إلى الاعتقاد بأن احتمال حدوث الأحداث السلبية بما فيها المشكلات الصحية لهم أقل من الأفراد الآخرين، وهذا نتيجة لإدراكهم المشوه للمخاطر السلوكية التي ينتهجونها، الأمر الذي يجعل المتفائلين لا واقعياً يبتعدون عن ممارسة السلوكيات الوقائية، وهذا دليل على أن التفاوض غير الواقعي يرتبط بالسلوك ذو العلاقة بالصحة كونه يجعل الفرد يحافظ على ممارسة سلوك الخطر ويبعده عن ممارسة سلوك الوقاية.

الفصل الثالث

السلوك ذو العلاقة بالصحة

✓ تمهيد

أولاً: السلوك ذو العلاقة بالصحة

- 1- تعريف السلوك ذو العلاقة بالصحة
- 2- النماذج النظرية المفسرة للسلوك ذو العلاقة بالصحة
- 3- أنماط السلوك ذو العلاقة بالصحة
- 4- العوامل المؤثرة في السلوك ذو العلاقة بالصحة
- 5- قياس الإتجاه نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة

ثانياً: سلوك التدخين

- 1- تعريف سلوك التدخين
- 2- النظريات المفسرة لسلوك التدخين
- 3- مراحل التعود على سلوك التدخين
- 4- سلوك التدخين والمشكلات الصحية

✓ الخلاصة

تمهيد:

لقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى زيادة الاهتمام بما يعرف بالسلوك ذو العلاقة بالصحة، حيث يعتبر هذا الأخير أحد العوامل الأساسية التي تؤثر على الحالة الصحية للفرد سواء بالإيجاب أو بالسلب.

وهذا يعني أن نشأة العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى تبني الأفراد سلوكيات ذات علاقة بالصحة غير سليمة.

أولاً: السلوك ذو العلاقة بالصحة

1- تعريف السلوك ذو العلاقة بالصحة:

ظهر مفهوم السلوك ذو العلاقة بالصحة "السلوك الصحي" على يد "ريتشارد دول" "Richard Doll" في الخمسينيات من القرن العشرين في بحثه عن تأثير سلوك التدخين على الصحة، وتبلور مفهوم السلوك الصحي بمختلف أبعاده الإيجابية والسلبية على يد مجموعة من الباحثين في دراسة لعدد من الممارسات الصحية في مقاطعة الاميدا، حيث قام "بريسو" "Breslow" و"بيلكو" "Belloc" بدراسة الفرد حيث ركزت على التعرف على تأثير أسلوب الحياة الشخصي على كل من الصحة الجسمية والمرضى. (بنست، 2014، ص26).

وفي السنوات الأخيرة أصبحت السلوكيات ذات العلاقة بالصحة محل إهتمام الممارسين والعلماء في مختلف التخصصات، حيث ركزت مجموعة من البحوث على السلوكيات الفردية أو الجماعية (Binkowska-Bury, & Januszewicz, 2010)، فعلى الرغم من أهمية تأثير المتغيرات البيولوجية والبيئية في صحة الانسان إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة في حالته الصحية، حيث تشير أحدث التقارير الصحية في هذا المجال إلى وجود علاقة مباشرة بين مفهومي السلوك والصحة بمعنى أن نشأة وحدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية. (عبد العزيز، 2010، ص59)

ونظرا لهذا الارتباط القائم بين السلوك والصحة فمن الجدير بالذكر وقبل الخوض في تعريف السلوك ذو العلاقة بالصحة التطرق أولاً لمفهوم الصحة.

فتعرف الصحة "بمدى التواصل الفيزيقي والوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته". (عاطف خليل، 2006، ص ص26-27)

كما عرف العالم بركنز "Perkins" الصحة بأنها: "حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه"

وعرفها "هانلون" "Hanion" بأنها: "حالة التناغم بين الجانبي الفيزيولوجي والنفسي للإنسان، ولها معانٍ مطلقة وأخرى نسبية تختلف باختلاف المكان والزمان، وهي نتاج لتفاعل بين عوامل عديدة داخلية

وخارجية، موروثة ومكتسبة، فردية وجماعية، طبية وبيئية واجتماعية، تصوغها المعايير الثقافية والأوضاع الاقتصادية والقوانين والحكومات. " (الشاذلي وآخرون، 1999، ص15)

وهناك من يعرف الصحة بأنها: "حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل وليست مجرد غياب المرض أو العلة." (المكاوي، وأحمد العثمان، 1998، ص58)

وفي عام 1948 عرفت منظمة الصحة العلمية بأنها "حالة من المعافاة الكاملة جسدياً ونفسياً واجتماعياً، لا مجرد انتفاء المرض أو العجز." (بيغلهور، وبونيتا، وكيلستروم، 1997، ص25)

وعليه فالصحة ثلاثة جوانب أساسية والتي تتمثل فيما يلي: الصحة البدنية، الصحة العقلية والنفسية، والصحة الاجتماعية (أبو العيون، 2013، ص19)

1- الصحة البدنية أو الجسمانية: والتي تدل على القدرة على القيام بالوظائف الميكانيكية وحالة مثلى من اللياقة البدنية.

2- الصحة العقلية والنفسية: بالنسبة للأولى هي القدرة على التفكير بوضوح وتناسق والشعور بالمسؤولية وقدرة الجسم على الخيارات واتخاذ القرارات أما الصحة النفسية فهي القدرة على التعرف على المشاعر والتعبير عنها، وشعور بالسعادة والراحة النفسية دون توتر نفسي.

3- الصحة الاجتماعية: والتي تدل على قدرة إقامة واستمرار العلاقات مع الآخرين، والاتصال والتواصل واحترام الآخرين. (بلخيري، ونار، 2014، ص7)

أما في عام 1984 عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها: "هي مجمل الموارد الاجتماعية والشخصية والجسمية التي تمكن الفرد من تحقيق طموحاته واشباع حاجاته." (رحاب، 2014)

من خلال طرحنا السابق لمجموعة من التعريفات المقدمة للصحة يتضح لنا أن هذه الأخيرة في مفهومها الشامل تشير إلى حالة من التوازن الكامل والمنتظم بين الجوانب الجسمية، النفسية، والاجتماعية، وليست فقط غياب العلة.

أما السلوك ذو العلاقة بالصحة والذي يعرف أيضاً بالسلوك الصحي فهو يشير إلى أي سلوك يقوم به الفرد والذي قد يؤثر على صحته أو أي سلوك يعتقد الفرد بأنه يؤثر على صحته الجسمية. (sutton,2008, p94)

إذ يعرف السلوك ذو العلاقة بالصحة على أنه مجموعة متنوعة من أنماط السلوكيات والتصرفات والعادات التي لها صلة بصيانة أو ترميم أو تحسين الصحة. (Janowski, Kurpas, Kusz,) (Mroczek, & Jedynak,2013)

ويشير السلوك ذو العلاقة بالصحة إلى العادات والممارسات التي تعزز الصحة "السلوكيات الصحية الوقائية" أو تعرض الصحة للخطر "السلوكيات الخطرة على الصحة". (Rasberry et al,2015, p2) كما عرف "فيربر" السلوك ذو العلاقة بالصحة بأنه: "مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية." (رضوان، وريشكة، 2001) وعرفه "كونر" و"ترمان" 1996 بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بغرض الوقاية من المرض أو الكشف عنه أو لتحسين الصحة"

من جهة أخرى عرفه "غوشمان" 1997 بأنه "عبارة عن أنماط السلوك والإجراءات والعادات التي تتعلق بالمحافظة وتحسين واستعادة الصحة"، يشتمل هذا التعريف على السلوكيات المتعلقة باستخدام الخدمات الطبية مثل: زيارة الطبيب، اجراء الفحوصات...إلخ، وكذلك على القيام بالسلوكيات الصحية الذاتية مثل: اتباع نظام غذائي معين، التدخين، ممارسة الرياضة، واستهلاك الكحول...إلخ. (conner,2002, p1)

وفي هذا الصدد أشارت بعض الأبحاث إلى أن المرضى الذين ينظرون إلى علاجهم على أنه أكثر أهمية وينظرون إلى حالتهم على أنها خطيرة من جهة، ومن جهة أخرى يمتلكون تصورات أعلى عن سيطرتهم على المرض هم الأكثر عرضة للانخراط في سلوكيات الرعاية الذاتية اللازمة. (Byrnea,) (Walsha, & Murphy,2005)

كما يعتبر السلوك ذو العلاقة بالصحة بأنه عبارة عن القناعات التي يكونها الأفراد عن الجوانب السلبية للسلوك وإيجاد وسائل أو طرق بديلة للتخلص من هذا الجانب السلبي. (النادر، والعلوان، القضاة،2015، ص6)

وعرفت "هناء الشويخ" السلوك الصحي بأنه: "التصرف المؤدي إلى تأثير إيجابي أو سلبي على صحة الفرد." (الشويخ، 2015، ص24)

وعرفه "تورلدر" "Noeldn" 1989 بأنه: "كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد." (نوار، 2013)

ويتضمن السلوك الصحي العناصر التالية:

- ✓ تنمية الصحة والحفاظ عليها.
- ✓ الوقاية ومعالجة الأمراض.
- ✓ تحديد أنماط السلوك الخطر.
- ✓ تحديد أسباب اضطرابات الصحة وتشخيصها.
- ✓ تحسين نظام الإمداد الصحي. (سيدي دريس، 2014، ص3)

وهذا يعني أن السلوك الصحي هو جميع السلوكيات التي يعتمدها الأفراد والمؤثرة والمرتبطة بصحتهم سواء كانت أنماط سلوكية صحية إيجابية مثل: ممارسة الرياضة، أو غير صحية مثل: التدخين والإفراط في تناول الطعام، ويستعمل مفهوم السلوكيات التي تحافظ على الصحة بالسلوكيات الإيجابية، بينما السلوكيات التي تسبب أذى للصحة بالسلوكيات غير الصحية (نابل العاسمي، 2016، ص253) مما سبق التعرض إليه من التعريفات المختلفة للسلوك ذو العلاقة بالصحة "السلوك الصحي" يمكن القول أن السلوكيات ذات العلاقة بالصحة هي كل تلك الممارسات السلوكية الصحية الإيجابية "سلوك الوقاية" أو السلبية "سلوك الخطر" التي يمارسها الفرد والتي تؤثر على صحته وتساهم إما في المحافظة عليها وتحسينها والارتقاء بها أو في ظهور الأمراض المختلفة.

2- النماذج والنظريات المفسرة للسلوك ذو العلاقة بالصحة:

لقد وفر التراث العلمي العديد من النظريات والنماذج التي حاولت تقديم تفسيرات مختلفة لمحددات السلوك المتعلق بالصحة والدوافع التي تقف وراء تبني الأفراد له، كما سمح الاعتقاد بوجود عوامل عديدة "معرفية، انفعالية، واجتماعية" في شرح العلاقة بين السلوك والصحة بظهور العديد من النماذج النظرية التي حاولت تقديم تفسيرات مختلفة لهذه العلاقة (الزروق، 2015، ص ص 13-14)، وتتمثل هذه النظريات والنماذج فيما يلي:

2-1- نماذج السلوك ذو العلاقة بالصحة:

2-1-1- نموذج المعتقدات الصحية:

إن نموذج المعتقدات الصحية هو أحد الأطر النظرية الأكثر استخداماً على نطاق واسع لفهم السلوك ذو العلاقة بالصحة "السلوك الصحي" (Prochaska, & Clark, 1997, p42)، وهو النموذج الذي تم تصميمه وتقديمه من طرف مجموعة من علماء النفس العاملين في دائرة الصحة العامة في الولايات المتحدة الأمريكية في الخمسينيات من القرن الماضي 1950، حيث إهتم هؤلاء العلماء بزيادة استخدام الخدمات الوقائية والكشف المبكر، وقد ظنوا أن الناس يخشون من الإصابة بالأمراض الخطرة وأن

السلوكيات المرتبطة بالصحة تعكس مستوى الخوف لدى الشخص استنادا إلى التهديد المتصور.
(Murphy,2005, p6)

يقوم نموذج المعتقدات الصحية على فكرة مفادها أن إحتمال ممارسة الفرد للسلوك الوقائي من أجل تجنب المرض يعتمد على إدراكه لأربع عوامل والتي تتمثل في:

✓ **القابلية المدركة للإصابة:** والتي تشير إلى إعتقاد الفرد الذاتي بوجود إحتمال أنه قد يصاب بمرض ما أو عجز ما.

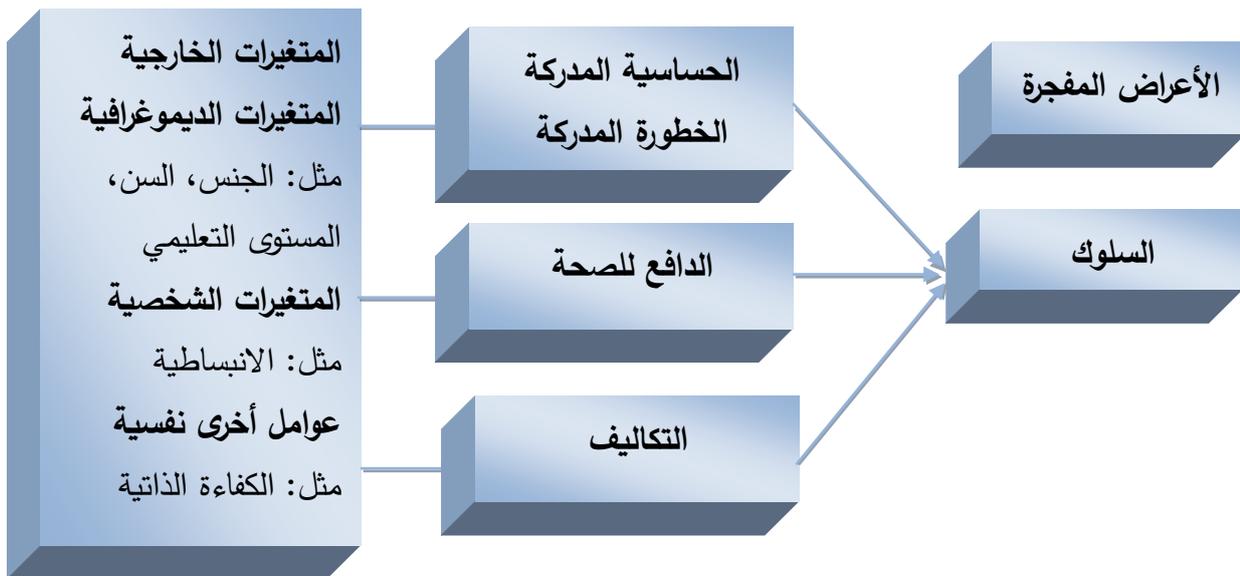
✓ **الخطورة المدركة للإصابة:** والتي تشير إلى مدى إدراكه للعواقب المترتبة عن إصابته بالمرض أو العجز.

✓ **الفوائد المدركة للفعل:** وهي تدل على الفوائد المتوقعة والتي ستتحقق نتيجة الإنخراط في السلوك الوقائي، على سبيل المثال: الأفراد غير المقتنعين بوجود علاقة بين التدخين والإصابة بالسرطان فمن غير المرجح أن يتوقفوا عن التدخين لأنهم يعتقدون أن عدم التدخين لن يحمي من الإصابة به.

✓ **التكاليف المدركة للفعل:** وهي تدل على الحواجز أو الخسائر التي تتداخل مع تغيير السلوك الصحي، إذ يجب أن يدرك الفرد أن الفوائد أهم بكثير من التكلفة.

هذه العوامل الأربعة تؤثر بشكل مباشر في احتمال أداء السلوكيات الصحية الوقائية. (Redding, Rossi,J, Rossi,S, Velicer, & Prochacka,2000, pp181-182)

والمخطط التالي يوضح نموذج المعتقدات الصحية:



الشكل (2): يوضح نموذج المعتقدات الصحية (Sultan, & Varescon,2012, p71)

ويجدر بنا الإشارة إلى أن معظم البحوث والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداد له لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية. (يخلف، 2001، ص33)

إن نموذج المعتقد الصحي لا يساعدنا فقط في فهم أسباب ممارسة الناس للسلوكيات الصحية، ولكنه يساعدنا أيضا على التنبؤ ببعض الظروف التي يغير فيها الأفراد من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم، فالأبحاث التي تنطلق من هذا النموذج في تصميم الاتصالات بهدف تغيير السلوكيات الصحية دعمت التطور الذي قدمه هذا النموذج حول أهمية المدركات التي يحملها الفرد في تغيير سلوكه، فالاتصالات التي تلقي الضوء على المدركات المتعلقة بقابلية الفرد للإصابة بالأمراض وتعزز في الوقت ذاته من مدركاته بأن سلوكيات صحية محددة سوف تقلل من التهديد الذي يمكن أن يتعرض له، نجحت إلى حد ما في تغيير السلوك. (شيلي، 2008، ص127)

2-1-2- نموذج مراحل التغيير:

قام كل من "بروكشاسكا" و"ديكليمانت" و"توركروس" و"Prochasks" و"Diclemente" و"Norcross" 1992 ببناء نموذج نظري يعنى بتحديد المراحل التي يمر الفرد من خلالها عندما يغير عن قصد سلوكا مضرًا كالتدخين مثلا أو الأكل غير الصحي". حسب نموذج مراحل التغيير فإن رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية (يخلف، 2001، ص38)، وتمر عملية التغيير بخمس مراحل وهي كالتالي:

➤ **مرحلة ما قبل الوعي الصحي:** لا توجد في هذه المرحلة إرادة أو رغبة قوية في تغيير السلوك اللاسوي في المستقبل.

➤ **مرحلة الوعي الصحي:** تشمل هذه المرحلة الأفراد الذين على وعي بوجود مشكلة لديهم ويفكرون حاليا في تغيير سلوكهم.

➤ **مرحلة الاستعداد والتخطيط:** وهي المرحلة التي يتم فيها اتخاذ القرار بالقيام بالإجراءات العملية ورسم خطة العمل. (Glanz, Rimer, & Viswanalh, 2008, p100)

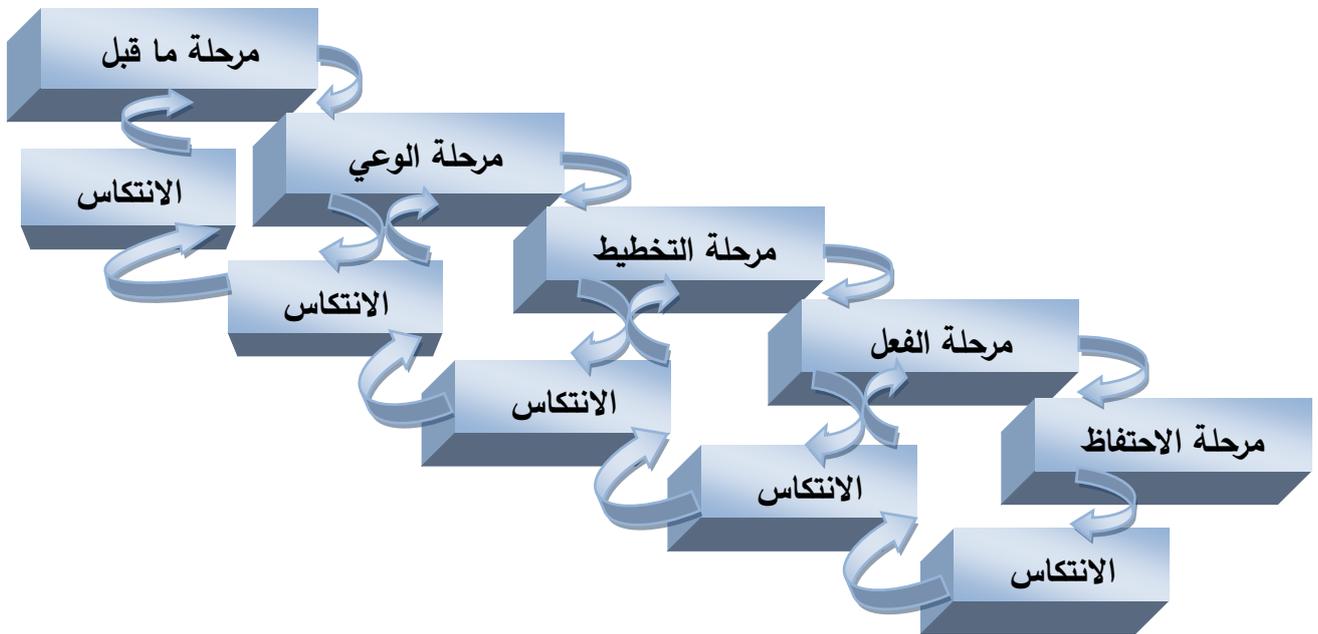
➤ **مرحلة الفعل:** هي المرحلة التي يحدث فيها تعديل فعلي للسلوك.

➤ **مرحلة الاحتفاظ بالفعل:** وهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس. (Prochaska, Jhnsn, & Lee, 2009, p61)

يؤكد هذا النموذج على أن الفرد قد يمر بهذه المراحل في تغيير السلوك بطريقة غير خطية، إذ بإمكانه الدخول والخروج من أي مرحلة ويقوم بالتغيير، في حين قد يقوم البعض بتكرار بعض المراحل عدة مرات. (Hall,2016 :4)

بالإضافة إلى هذه المراحل يؤكد النموذج على دور التقييم للإيجابيات والسلبيات المدركة من تغيير السلوك، مع الأخذ بعين الاعتبار ثقة الفرد في قدرته على تنفيذ التغيير في السلوك. (شويخ،2015، ص71)

المخطط التالي يوضح مراحل التغيير



الشكل (3): يوضح مراحل عملية تغيير السلوك (Parmar, & Taylor ,2010, p9)

2-2- نظريات السلوك ذو العلاقة بالصحة:

2-2-1- نظرية الدافع إلى الحماية:

وضعت نظرية الدافع إلى الحماية من طرف العالم "روجرز" "Rogers" 1983 لشرح كيفية استجابة الفرد للخوف من التهديدات الصحية، حيث يشير الحافز للحماية إلى دوافع حماية الذات ضد التهديد الصحي وعادة ما يعرف بـ "نية اعتماد الإجراء الموصى به"، إذ تعتمد النية على أربع مكونات أساسية والتي تتمثل في: القابلية المدركة للإصابة، الشدة المدركة، الكفاءة الذاتية المدركة، وفعالية الإستجابة المدركة.

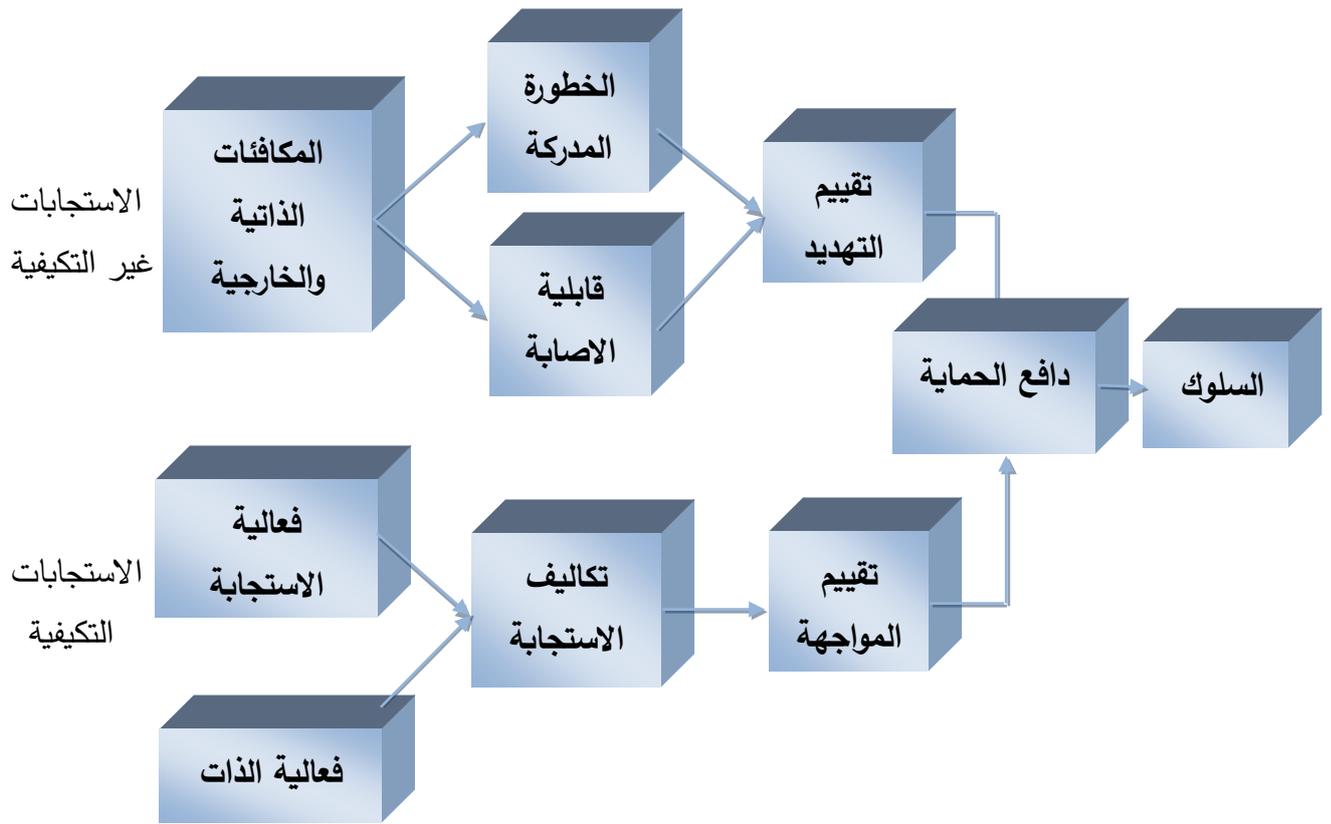
- ✓ القابلية المدركة للإصابة: تشير إلى قابلية التعرض لخطر الإصابة بالمرض.
- ✓ الشدة المدركة: تشير إلى قوة وشدة التهديد.
- ✓ الكفاءة الذاتية المدركة: تشير إلى إعتقاد الفرد وقناعاته بقدرته على ممارسة السلوكات الصحية اللازمة.
- ✓ فعالية الاستجابة المدركة: تشير إلى إعتقاد الفرد بنجاعة الممارسات السلوكية الصحية في الحد من التهديد. (Sotton,2002, p2)

وترى نظرية الدافع إلى الحماية أن الدافع للحماية ينتج عن نوعين من العمليات المعرفية "تقدير الخطر، وتقدير المواجهة"، حيث يركز تقدير الخطر على مصادر الخوف والعوامل التي تزيد أو تنقص حدوث الإستجابات غير التكيفية وهو نتيجة للحساسية المدركة للإصابة والتي تعمل على تثبيط الإستجابات غير التكيفية، أما تقدير المواجهة فهو يركز على إستجابات الفرد عند مواجهة المخاطر والعوامل المؤدية للاستجابات التكيفية. (Conne, & Norman,2005, p83)

وعليه فإن الدافع إلى الحماية ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة لخطورة المرض وتقدير مدى الاستعداد للإصابة به، وبين القدرة على مواجهة ذلك الخطر أو التهديد والقدرة على ممارسة السلوك الوقائي بناء على توقع مستوى من الفعالية الذاتية على أداء السلوك المناسب.

يمكن القول أن نظرية الدافع إلى الحماية تشرح العلاقة بين الإعتقادات والسلوك الوقائي بوجود عامل وسطي بينهما هو الدافع إلى الحماية والرغبة في ممارسة السلوكات التي تغذيها الفعالية الذاتية المدركة. (الزروق،2015، ص21)

والمخطط الموالي يوضح لنا المفاهيم الأساسية المتدخلة في إنتاج السلوك تبعا لنظرية الدافع إلى الحماية



الشكل (4): يوضح المفاهيم الأساسية لنظرية الدافع إلى الحماية (Conne, & Norman,2005,)

(p84)

استخدمت نظرية الدافع إلى الحماية بشكل واسع في مجال الوقاية من الأمراض الخطيرة كالسرطانات والسيدا، وفي مجال تغيير العادات السلوكية والإتجاهات نحو الإدمان، التدخين، وممارسة الرياضة وغيرها. (الزروق، 2015، ص21)

2-2-2- نظرية السلوك المخطط:

قامت نظرية السلوك المخطط على يد كل من العالمين "أجين" و"فيشبين" "Ajzen" و"Fisgbein" 1980 وهما من علماء النفس الاجتماعيين، وقد طبقت هذه النظرية على نطاق واسع لفهم السلوكيات الصحية.

إن نظرية السلوك المخطط تحدد العوامل التي تحدد بدورها قرار الأفراد لأداء السلوك الصحي، حيث أضافت هذه النظرية بعد معياري يتمثل في بعد "التحكم الذاتي السلوكي" إلى التفسير الذي قدمته نظرية الدافع إلى الحماية، فهي تقترح أن المحددات الرئيسية للسلوك تتمثل في: نية الانخراط في سلوك معين والتحكم الذاتي في هذا السلوك. إذ تشير النوايا إلى دوافع الشخص نحو بذل الجهد لتنفيذ السلوك، أما التحكم الذاتي السلوكي المتصور يشير إلى إعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين (Charles, Conner, Jones, & O'Connor,2016, p148) فالسلوك بهذا المعني يتم تحديده من خلال قوة

نية الشخص لتنفيذ هذا السلوك ومقدار السيطرة الفعلية التي يمتلكها الفرد على أداء السلوك (Sutton,2008, p109)

إن النوايا السلوكية في حد ذاتها تتشكل من ثلاث مكونات وهي كالتالي:

➤ **الاتجاهات:** وهي التقييمات الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد وهي تستند إلى معتقدات الفرد.

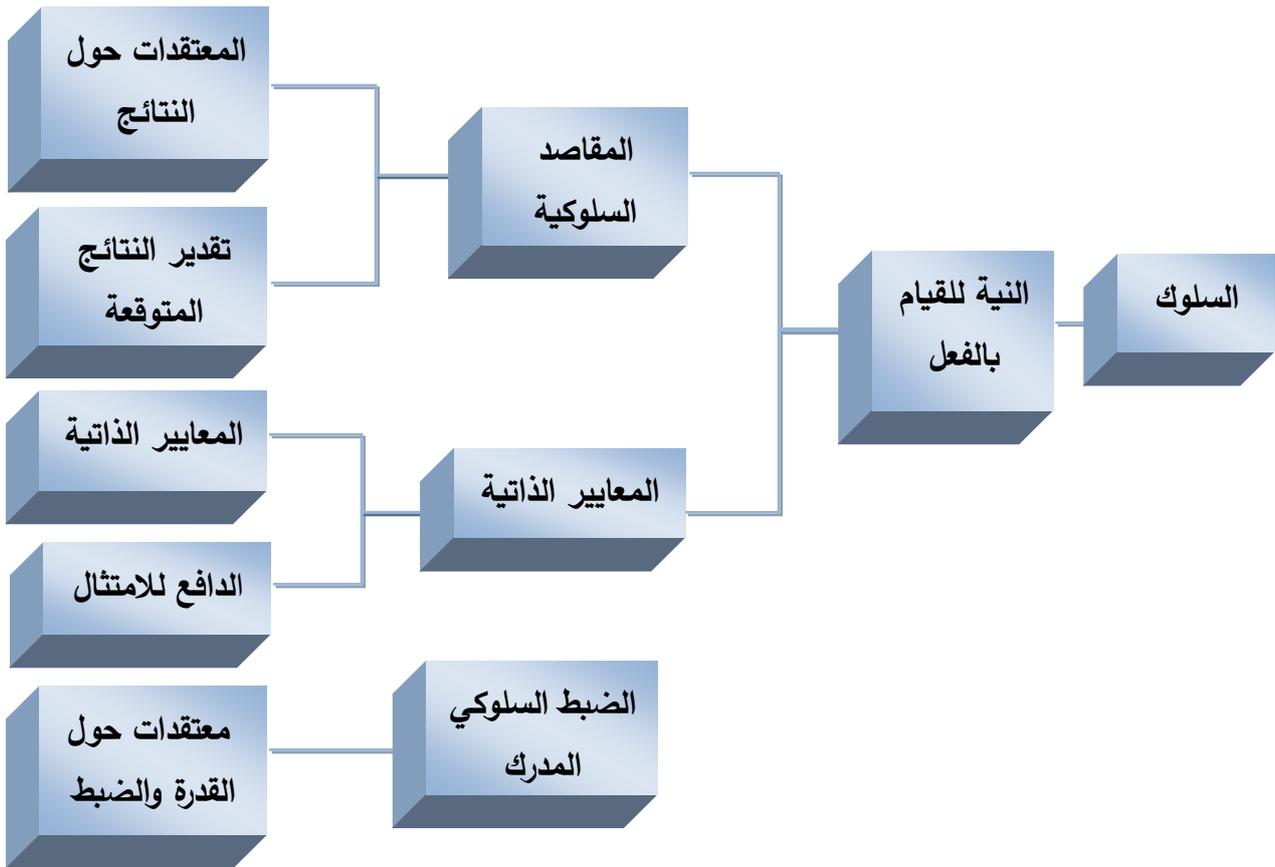
➤ **المعايير الذاتية:** وهي ترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يراه الآخرون أن عليه القيام به "معتقدات معيارية".

➤ **الضبط المدرك للسلوك:** هو ما يحدث عندما يحتاج الفرد للشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب وأن السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة. (Conner,2002, p6)

فعلى سبيل المثال: المدخن الذي يعتقد أن التدخين يترك نتائج خطيرة على صحته ويعتقد بأن الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين، وأن لديه الدافع للامتنال لهذه المعتقدات المعيارية، وأيضا أنه قادر على التوقف عن التدخين، سيكون أكثر قدرة على التصميم على ترك التدخين من الشخص الذي لا يمتلك مثل هذه الإتجاهات والمعتقدات المعيارية. (شيلي،2008، ص ص 129-130)

وعليه وحسب نظرية السلوك المخطط فإن إنخراط الأفراد في السلوكات ذات العلاقة بالصحة تنتج عن مدى تقييم الأفراد لكل من النتائج المترتبة عن ممارسة السلوكات الصحية ومدى توافقها مع قناعاته الذاتية بالإضافة إلى ما يراه الآخرون.

والمخطط التالي يوضح لنا نظرية السلوك المخطط



الشكل (5): يوضح نظرية الفعل المخطط (Moriss, , Marzano, Dandy, & O'Brien,2012,)

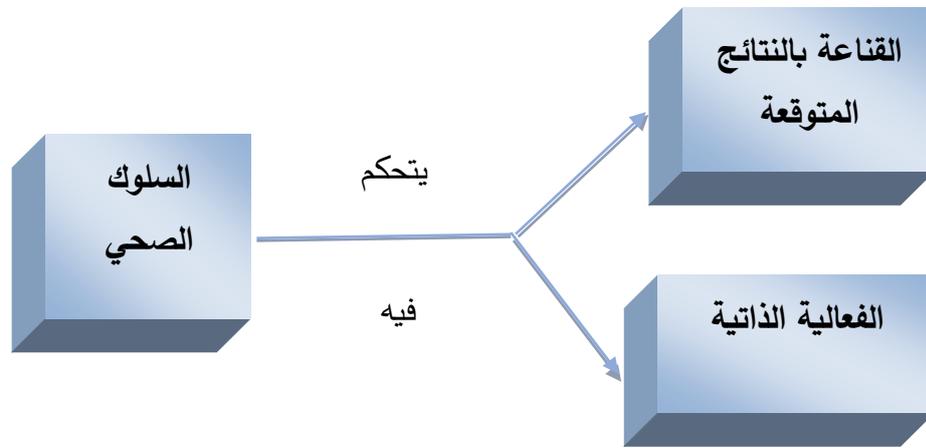
(p6)

2-2-3- نظرية الفعالية الذاتية:

تستمد نظرية الفعالية الذاتية جذورها من النظرية المعرفية الاجتماعية "لبندورا"، وحسب هذه النظرية فإن ممارسة السلوكيات الصحية من قبل الأفراد يتحكم فيها عاملين هما: القناعة بالنتائج المتوقعة والفعالية الذاتية. (Sutton,2002, p3)، إذ تشير القناعة بالنتائج المتوقعة إلى النتائج المدركة لأداء سلوك معين وأن السلوك الجيد له قيمة إيجابية (Connell,2008, p143)، أما الفعالية الذاتية فهي تشير إلى معتقدات الفرد وقناعته فيما يخص قدرته على أداء سلوكيات معينة وقدرته أيضا على ممارسة السيطرة على الأحداث التي تؤثر على حياته. (Maddux,1995, p7)

ويرى "لبندورا" Bandura 1986 أن الفعالية الذاتية هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة:

- ✓ من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
 - ✓ من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
 - ✓ من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات والإحباطات المتكررة.
 - ✓ من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي يعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.
 - ✓ من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع. (يخلف، 2001، ص35)
- وبناء على نظرية الفعالية الذاتية فمن المتوقع أن الفرد سينخرط في ممارسة السلوك الصحي، عندما تتوفر لديه قناة أن لديه القدرة على أداء السلوك المرغوب فيه "توقع الفعالية الذاتية"، وأن ممارسة ذلك السلوك سيحد من التهديد أي سيحقق النتائج المرغوبة "توقع النتائج".
- والمخطط التالي يوضح لنا المفاهيم الأساسية لنظرية الفعالية الذاتية



الشكل (6): يوضح المفاهيم الأساسية لنظرية الفعالية الذاتية

من خلال طرحنا السابق للنظريات والنماذج المفسرة للسلوك ذو العلاقة بالصحة يتضح لنا أن محتوى كل نظرية ونموذج لا يختلف كثيرا عن الأخرى، وأن الفكرة الأساسية والجوهرية لهذه النظريات في تغيير السلوك تقوم على إعتقادات الفرد القائمة حول إمكانية الإصابة وإمكانية قيامه بالتغيير وبممارسة سلوك جديد بالإضافة إلى معتقداته حول النتائج المتوقعة من ممارسة ذلك السلوك.

3- أنماط السلوك ذو العلاقة بالصحة:

صنف "كاسل" و"كوب" و"Kasl" و"Cobb" أنماط السلوك ذو العلاقة بالصحة إلى ثلاث أنماط رئيسية والتي تتمثل في:

✓ السلوك الصحي الوقائي.

✓ السلوك المرضي "سلوك الخطر".

✓ سلوك لعب الدور.

3-1- السلوك الصحي الوقائي:

بالنسبة "لكاسل" و"كوب" يرمز السلوك الصحي الوقائي إلى تلك النشاطات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتقدون بأنهم أحسن والذين ليس لهم تجربة مع أي أعراض أو علامات المرض بغرض تجنبه والوقاية منه أو اكتشافه والحفاظ على مستوى صحي جيد كالأكل الصحي، والقيام بالفحوصات الطبية...إلخ. (Glanz, Rimer, Viswanath,2008, p12)

وفي هذا الصدد قام "برسو" "Breslow" وزملائه بسلسلة من الدراسات حول تأثير الأسلوب الشخصي على الصحة البدنية، حيث توصلت هذه الدراسات إلى أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بسبع ممارسات صحية وقائية شخصية والتي تتمثل فيما يلي:

➤ عدم التدخين.

➤ النوم ما بين سبع أو ثماني ساعات يومياً.

➤ تناول إفطار الصباح يومياً.

➤ عدم الأكل خارج أوقات الأكل.

➤ ممارسة النشاط الرياضي بانتظام.

➤ عدم تناول المشروبات الكحولية.

ولقد تأكدت أهمية السلوك الصحي الوقائي في الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض من خلال دراسة "البريسلو" و"أنسترون" "Berslow" و"Enstrom" 1980 والتي أثبتت أن تبني أسلوب غير صحي في الحياة يؤدي حتماً إلى الهلاك، كما أن ممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد وتطيل من عمره. (يخلف، 2001: 22-23)

كما أكدت منظمة الصحة الدولية سنة 2013 على دور السلوك الصحي الوقائي في الحفاظ على الصحة والوقاية من الإصابة بالأمراض، وهذا السلوك يتضمن: التغذية الصحية، النشاط البدني، إدارة الضغوط، والنوم لوقت كاف، في حين أن العادات الغذائية السيئة وقلة النشاط البدني، وقلة النوم تعمل على ظهور الامراض المزمنة والسمنة. (Sirois,2015)

وعليه يتضح لنا أن السلوك الصحي الوقائي يتضمن تلك الممارسات التي من شأنها أن تحمي الإنسان من خطر الإصابة بالمرض، والممارسات التي تحافظ على صحة الفرد، بالإضافة إلى الممارسات التي تعمل على تنمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى المستويات.

3-2- سلوك الخطر "السلوك المرضي":

يعرف سلوك الخطر أو ما يعرف أيضا بالسلوك المرضي بأنه السلوك الذي يزيد من احتمال حدوث المرض في المستقبل والذي يؤثر سلبا على صحة الفرد، ويتضمن مجموعة من السلوكيات مثل: التدخين، تعاطي المخدرات، والسلوك الجنسي غير السوي...إلخ. (Diclente, Brown, & Lathan) (Davis,2013, p109)

ويعرفه "كريستوف" و"الانيك" "Christophe" و"Allanic" بأنه: "وضع الذات في خطر فيزيولوجي للجسم أو للصحة "الموت، المرض" وأيضا خطر نفسي، وهذه الأخطار تختلف حسب درجة خطورتها ويمكن أن تكون منخفضة، كما يمكن أن تؤدي إلى نتائج خطيرة." (عزوز، 2014، ص7)

وفي معجم مصطلحات ترقية الصحة الذي نشرته منظمة الصحة العالمية "OMS" 1999 تم إعطاء تعريف لسلوك الخطر على أنه "ذلك السلوك الموجود فعلا والذي يكون مرتبطا بزيادة التعرض للمشاكل الصحية." (Bantuelle, & Demeulemester,2008, p37)

وعليه يمكن القول أن السلوكيات الخطر هي كل الممارسات السلوكية التي يقوم بها الفرد والتي تؤدي إلى إلحاق الضرر بصحته وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض مستقبلا.

إن الكثير من السلوكيات الضارة بالصحة تشترك بخصائص معينة تتمثل فيمايلي:

➤ سرعة تأثير المراهقين بها وانخراطهم لتعلمها وممارستها:

فالإفراط في شرب الكحول، التدخين، تعاطي المخدرات، الممارسات الجنسية غير المألوفة، وسلوك المغامرة الذي يمكن أن يقود إلى الحوادث أو الموت المبكر، جميعها ممارسات تبدأ في مرحلة المراهقة وأحيانا تتجمع معا لتشكل جزءا من أعراض مشكلة سلوكية.

وهذا لا يعني بالضرورة أن جميع السلوكيات الضارة بالصحة تظهر وتترسخ بدرجة ثابتة خلال مرحلة المراهقة، فهناك عدد من السلوكيات الخطر تظهر في مراحل مختلفة من عمر الفرد والتي تتسبب في مشكلات صحية.

➤ ارتباطها الشديد برفاق السوء:

فنظرا لأن الأطفال يتعلمون ويقلدون سلوك رفاقهم، وكما أن الرغبة في جذب الآخرين تصبح قوية للغاية في مرحلة المراهقة، فهذه العوامل تعتبر شديدة الأهمية في تطوير اضطرابات الأكل، شرب الكحول، التدخين، تعاطي المخدرات، وممارسة السلوكيات الجنسية غير المألوفة... إلخ، كما أن عددا من السلوكيات الضارة بالصحة لها علاقة بالكيفية التي يرغب بها الفرد بإظهار ذاته.

➤ تعتبر هذه السلوكيات مصدرا للمتعة:

حيث تعزز قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الضغط، كما أن بعضها يتماشى مع رغبته في البحث عن المغامرة والنشوة، ومع ذلك فإن كلا من هذه السلوكيات تمثل مصدرا كبيرا للخطر بحد ذاته خاصة الإصابة بالأمراض المزمنة.

➤ تتطور هذه السلوكيات تدريجيا:

نتيجة التعرض التدريجي لها مما يزيد من قابلية القيام بها وتجريبها ثم أدائها بشكل منتظم، وبهذا فإن اكتساب السلوكيات الضارة بالصحة لا يتم دفعة واحدة.

تعتبر هذه السلوكيات استراتيجيات التعامل مع ضغوط الحياة. (شيلي، 2008، ص ص 238-239)

وتأكيدا لدور سلوك الخطر في الإصابة بالأمراض كشفت بعض البحوث والدراسات أن نسبة الوفيات بين الأفراد بالأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسرطانات وغيرها تزداد من سنة لأخرى وأن العوامل السلوكية تشكل نسبة 50% من العوامل الواقعة خلف الإصابة بتلك الأمراض. (الزروق، 2015، ص 38)

3-3 - سلوك لعب الدور:

يعرف سلوك لعب الدور بالممارسات والسلوكيات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتبرون أنفسهم مرضى أو أنهم سيمرضون بغية الوصول للأحسن، هذه السلوكيات تتضمن: تلقي العلاج من المصالح الطبية وبعض مظاهر الإغفاء من المسؤوليات. (Shegog, 2010, p197)

إن مصطلح سلوك لعب الدور ظهر على يد العالم "بارسونز" "Parsons" الذي يرى بأن سلوك لعب

الدور يمتاز بخصائص تتمثل فيمايلي:

- الفرد الذي يلعب دور المريض معفى من الأدوار والنشاطات الاجتماعية.
- الشخص المريض غير قادر على الاعتناء بنفسه حتى وإن توفرت لديه الإرادة وتبعاً لذلك فهو غير مسؤول عن مرضه أو حالته الصحية.
- يحتاج الفرد المريض إلى مراجعة الطبيب للمعالجة.
- على الشخص المريض أن يبذل جهده ليس فقط في رؤية الطبيب الكفاء بل التعاون معه من أجل التخلص من المرض.

وقد صنف "بارسونر" هذه الخصائص إلى فئتين تمثلان حقوق المريض والالتزامات الواجب عليه القيام بها، خاصة وأن دور المرض دور مؤقت وعرضي يعمل على الحد من الآثار السلبية للمرض.

بينما ميز "الصبوة" و"المحمود" 2007 بين نمطين من السلوك الصحي أولهما السلوكات التي تسبب ضرراً بالصحة وتسمى بأبعاد السلوك الصحي وعرفاها بأنها: أي فعل أو نشاط يقوم به الفرد أو الجماعة بشكل واع ومخطط ومقصود وبشكل متكرر، سواء أكان الفرد بمفرده ومدفوعاً ذاتياً أم بتسيير الجماعة أو بضغط منها، الأمر الذي يترتب عليه زيادة معدلات الإستهلاك للمرض أو الانحراف أو الأذى البدني والنفسي، ومن أنماط السلوك الصحي السلبي: التدخين، شرب الكحول، تعاطي الأدوية النفسية بدون إذن الطبيب، والممارسات الجنسية غير آمنة والتعرض لأشعة الشمس. وثانيهما أبعاد السلوك الصحي الإيجابي وعرفاها على أنها تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الأفراد أو الفرد الواحد لمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه من الأذى والضرر البدني والنفسي، وتساعده على الكشف المبكر للمرض والعجز، أو في التخفيف من المعاناة والمرض وتحميه من المخاطر، ومن أنماط السلوك الصحي الإيجابي: ممارسة التمارين الرياضية والنوم الكافي، العادات الغذائية الصحية وسلوك القيادة الآمن (عيادي، 2017، ص ص 114-115)

وكخلاصة لما قيل ترى الطالبة الباحثة أن كل نمط من الأنماط الثلاثة للسلوك ذو العلاقة بالصحة له وظيفة معينة، فالنمط الأول المتمثل في السلوك الوقائي يساعد على الحفاظ على الصحة وتحسينها وبالتالي يمنع حدوث المرض فهو نمط وظيفته وقاية الأفراد من خطر الإصابة بالأمراض، أما النمط الثاني والمتمثل في سلوك الخطر فهو النمط السلوكي الذي يشكل تهديداً لصحة الفرد والذي يقود إلى الإصابة بالأمراض فهو نمط وظيفته تهديدية، في حين نجد أن النمط الثالث للسلوك ذو العلاقة بالصحة والذي يتمثل في سلوك لعب الدور له وظيفة حل المشكلة لأنه النمط السلوكي الذي يعفي الفرد من تحمل المسؤولية.

4- العوامل المؤثرة في السلوك ذو العلاقة بالصحة:

يتم اكتساب السلوك ذو العلاقة بالصحة من خلال التنشئة الاجتماعية، كما أنه يخضع لتأثير العوامل الداخلية والخارجية، وعليه فالسلوك ذو العلاقة بالصحة ينتج من التفاعل القائم بين العديد من العوامل والتي تتمثل فيمايلي:

4-1- الجنس:

يختلف الذكور عن الإناث على المستوى البيولوجي، وكذلك على مستوى البيئات الاجتماعية والثقافية التي تحيط بهم، فهي تؤثر على طريقة ممارستهم للسلوك الصحي "السلوك ذو العلاقة بالصحة". فعلى سبيل المثال وجد "كورتني" Courtenay وزملائه 2002 أن الذكور أكثر ممارسة للسلوكات وتمسكا بالمعتقدات التي تتسم بالخطورة مقارنة بالإناث.

أما كورتيس "Cortis" 2002 فقد وجد فيما يخص استخدام الخدمات الصحية أن النساء أكثر زيارة للطبيب العام بمرتين مقارنة بالذكور. (الشويخ، 2015، ص ص 38-39)

4-2- العمر:

يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر، فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب، ثم تعود لتحسن مرة أخرى في الأعمار المتقدمة.

4-3- القيم:

إن للقيم التي يتبناها الأفراد تأثيرا على السلوكات الصحية التي يمارسونها، فمثلا تعتبر ممارسة النشاط الرياضي من طرف النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنها لا تعد كذلك في ثقافات أخرى مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات.

4-4- الضبط الذاتي:

إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه له دور في تقرير السلوكات الصحية التي يتبعها، فقد توصلت دراسة "والستون" وآخرون " Wallston, et al 1978" إلى أن الأفراد الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية يكون لديهم قابلية أكبر لممارسة السلوكات الصحية الجيدة، من أولئك الذين يعتقدون بأنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي. (نوار، وزكري، 2016)

4-5- الأعراض المدركة:

يحدث التحكم في بعض العادات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعو إلى إتباع عادات صحية معينة، فالمدخن الذي يعاني من السعال في الصباح ومن آلام الحلق يمكن أن يتوقف عن التدخين إذا اعتقد أنه السبب وراء المشاكل الصحية التي يعاني منها. (عيادي، 2017، ص 120)

4-6- أنماط الشخصية:

أجريت الكثير من الأبحاث التي كشفت عن أن اختلاف الأفراد في أنماط الشخصية يسهم بدرجة ما في زيادة ميلهم نحو الانخراط في أنماط معينة من السلوكيات الصحية أو نقصان هذا الميل، حيث أثبتت هذه الأبحاث أن النمطين "A" و "D" مرتبطان بأمراض الشريان التاجي وأن النمط "C" مرتبط بالأورام السرطانية.

حيث نجد أن أصحاب النمطين "A" و "D" يتميزون بـ: قلة الصبر، التعب، زيادة القدرة التنافسية، الإصرار على تحقيق أكبر إنجاز في أقل وقت، وزيادة الشعور العدائي، أما لأصحاب النمط "C" فيتميزون بـ: التعاون، السلبية، قلة الثقة في الذات، وكبت المشاعر، هذه الخصائص التي يتميز بها كل نمط تجعل أفراد هذه الأنماط ينخرطون في سلوكيات ذات علاقة بالصحة تجعلهم معرضين أكثر من غيرهم للإصابة بأمراض الشريان التاجي والأورام السرطانية.

4-7- العوامل الثقافية:

توصلت دراسات عديدة إلى اكتشاف تأثير الثقافة على معاني الصحة، الممارسات، والقيم، حيث تفسر الفروق الثقافية التباينات في طريقة الاستجابة لمهددات الصحة، وكذلك في طريقة الانخراط في السلوكيات الصحية الوقائية.

وقد عرض "Zola" 1966 أحد التقارير المبكرة الخاصة بالفروق في السلوك الصحي ولاحظ أن عند زيارة الطبيب من طرف المرضى الأمريكيين ذوي الأصل الإيطالي فإنهم يميلون إلى وصف أكبر عدد من الأعراض الجسمية مقارنة بالمرضى الأمريكيين من الأصل الإيرلندي، ومنذ ذلك الحين أجريت الكثير من البحوث في هذا المجال والتي دلت بوضوح على تأثير الاختلافات الثقافية على السلوك الصحي. (الشويخ، 2015، ص ص 41-42)

4-8- العوامل الاجتماعية:

إن العوامل الاجتماعية تتدخل في تقرير العادات والسلوكيات الصحية التي يتبناها الفرد، فالأسرة والأصدقاء يمكن أن يؤثروا في تحديد العادات والسلوكيات الصحية التي يتبناها ويتبعها الفرد، وأحيانا يكون هذا التأثير بالاتجاه الإيجابي وفي حالات أخرى في الاتجاه السلبي. (عيادي، 2017، ص 119)

4-9- العوامل المعرفية:

إن الممارسات السلوكية الصحية ترتبط بالعوامل المعرفية، مثل الاعتقاد بأن ممارسات صحية معينة ضرورية، أو إحساس الشخص بأنه يصبح عرضة للإصابة بأمراض خطيرة إذا لم يراع ممارسة سلوكيات صحية معينة. (شيلي، 2008، ص 112)

وعليه نستنتج أن إنخراط الأفراد في السلوك ذو العلاقة بالصحة سواء أكان سلوك وقائي أو سلوك خطر أو سلوك لعب الدور فهو ناتج عن التفاعل القائم بين مجموعة من العوامل التي تؤثر فيه والتي يمكن تصنيفها إلى عوامل شخصية وعوامل بيئية.

5- قياس الإتجاه نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة:

الإتجاه هو مفهوم إفتراضي يمثل ما يحبه الفرد وما يكرهه لشيء ما، والإتجاهات هي وجهات نظر ايجابية أو سلبية تجاه شيء إما يكون سلوكا أو شخصا أو حدث، وقد يكون الناس متناقضين تجاه هدف ما، وهذا يعني أنهم يكونون منحازين سلبيا أو ايجابيا تجاه الإتجاه ولكن بشيء من الحذر، ويذكر "Liao" وآخرون (2008) أن الاتجاهات منبئ جيد للسلوك.

وقد عرف البورت "Allport" الإتجاه بأنه حالة من الإستعداد أو التأهب العصبي والنفسي، تنتظم من خلال خبرة الشخص، وتكون ذات توجيه تأثيري أو دينامي على استجابة الفرد لجميع الموضوعات والمواقف التي تستثيرها هذه الاستجابة. (عماشة، 2010، ص 14-15)

وعرف "مجدي أحمد عبد الله" الإتجاه بأنه تنظيم نفسي مكتسب للعمليات الانفعالية والإدراكية المعرفية والنزوعية التي تضافرت فيما بينها وشكلت اتجاه معين حول بعض النواحي الموجودة في المجال الحيوي الذي يعيش فيه الفرد. (بوعمر، 2006، ص 22)

وبالتالي يمكن القول بأن الإتجاهات هي مفهوم ثابت نسبيا يعبر عن درجة إستجابة الفرد لموضوع معين إما بالإيجاب أو الرفض، نتيجة تفاعل مجموعة من العوامل المعرفية والوجدانية والسلوكية التي تشكل في مجملها خبرات الفرد ومعتقداته وسلوكه نحو الأشياء والأشخاص المحيطة به.

وبالنظر لهذا التعريف نجد أن:

✓ عبارة: "مفهوم ثابت نسبيا" تشير إلى أن الإتجاهات لا يمكن وصفها بأنها جامدة في ثبوتها أو أنها متغيرة باستمرارها من لحظة لأخرى، وإنما هي ثابتة نسبيا وثباتها النسبي يعني إمكانية تغييرها أو تعديلها.

✓ وكلمة: "درجة" تعني النسبية وهي تحمل في ثناياها أن الإتجاهات يمكن قياسها واعطاؤها درجة.

✓ وعبرة: "استجابة الفرد لموضوع معين إما بالإيجاب أو بالرفض" تعني أن الإتجاهات النفسية الاجتماعية كما يراها الباحثون تشبه خطا مستقيما يمتد بين نقطتين إحداهما تمثل أقصى درجات القبول للموضوع الذي يرتبط به الاتجاه والأخرى تمثل أقصى درجات الرفض لهذا الموضوع،

والمسافة القائمة بينهما تنقسم إلى نصفين عند نقطة الحياد التام، ويتدرج أحد النصفين شيئاً فشيئاً نحو ازدياد القبول كلما ابتعدنا عن الحياد، ويتدرج النصف الثاني نحو ازدياد الرفض.

✓ وعبارة "تفاعل مجموعة من العوامل المعرفية والوجدانية والسلوكية" تشير إلى العناصر والجوانب التي تتكون منها الإتجاهات النفسية الاجتماعية وهي الجانب المعرفي والجانب الوجداني (الانفعالي) والجانب السلوكي (النزوعي) وهذه الجوانب لا تعمل منفصلة بعضها عن بعض، ولكنها تعمل في تفاعل دينامي بين بعضها البعض وبينها وبين الموضوعات التي ترتبط بها من جهة أخرى. (بوعمر، 2014، ص 31-32)

وبما أن الإتجاهات تمثل تنظيم نفسي مكتسب، فإنه يتظافر في تشكيلها ثلاث مكونات فرعية، وهي مكونات متصلة متفاعلة فيما بينها، وهذه المكونات هي:

1- المكون المعرفي:

يبني الإتجاه على ما لدى الفرد من معارف ومعتقدات، ويمثل بعضها معرفة صحيحة وثابتة، ويمثل البعض الآخر منها خرافات لا نصيب لها من الصحة، وكل المعتقدات بغض النظر عن صحتها تؤلف البعد المعرفي للإتجاهات (زقوت، 2000، ص 17)، بالإضافة إلى التوقعات والتي هي ما يمكن أن يتنبأ به الفرد بالنسبة للآخرين. (ربوح، 2009، ص 38)

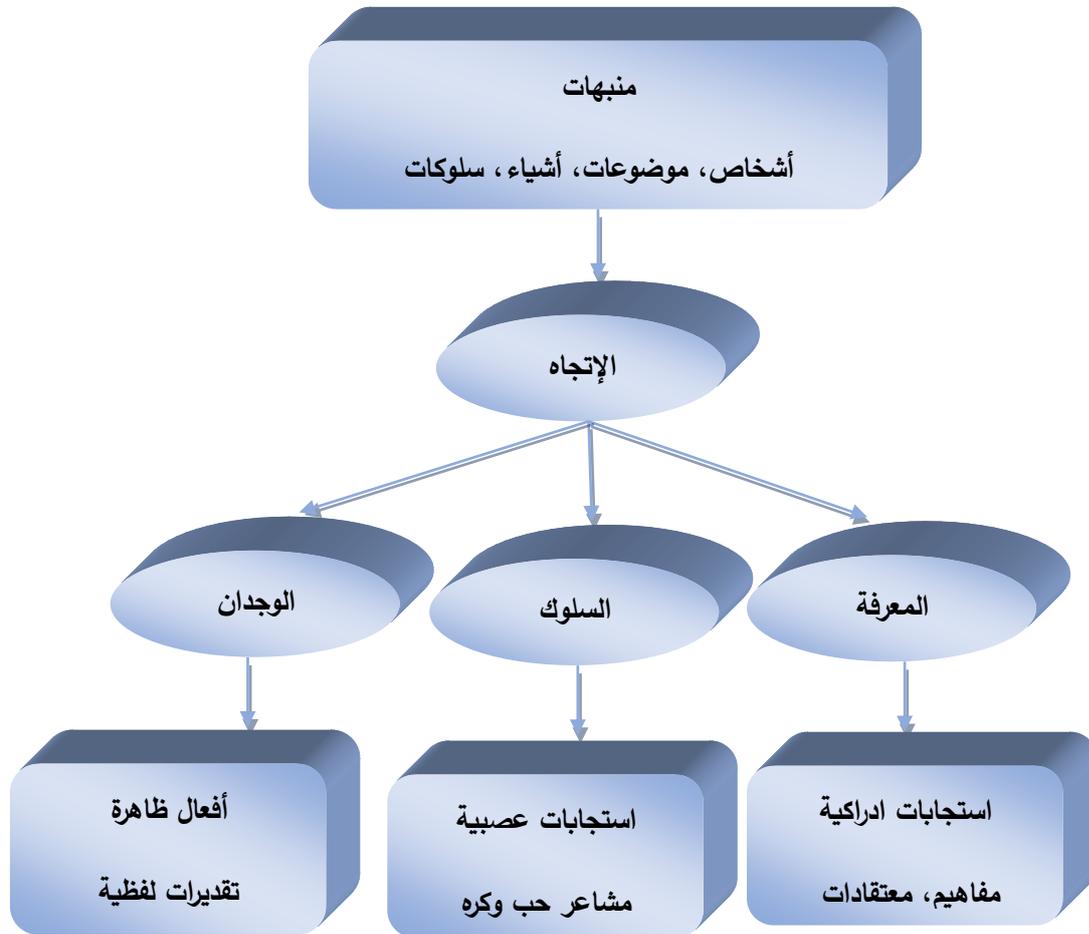
2- المكون الانفعالي:

ويرتبط هذا البعد بالجوانب الانفعالية ذات العلاقة بكراهية أشياء أو أحداث معينة أو الميل إليها، فالميل نحو موضوع ما يتضمن محبة ذلك الموضوع، والرغبة في تتبع ما كتب عنه أو مشاهدة أية أفلام ترتبط به، والشعور بالراحة عندما يعرف أن هذا الموضوع يلاقي اهتماماً وتقديراً من المحيطين. (زقوت، 2000، ص 17)

3- المكون السلوكي "الميل للفعال":

يشير هذا المكون الى نزعة الفرد للسلوك وفق أنماط محددة في أوضاع معينة، فالإتجاهات تعمل موجّهات للسلوك حيث تدفع الفرد الى العمل وفق الإتجاه الذي يتبناه. (الوتار، وسلطان، 2007، ص

والشكل التالي يوضح مكونات الإتجاه:



الشكل (7): يوضح مكونات الإتجاهات (بوعمر، 2014، ص 35)

إن تكون الإتجاه نحو شيء ما أو سلوك ما أو شخص ما يحقق مجموعة من الوظائف والتي تتمثل في:

1-وظيفة التوافقية:

يبحث الإنسان في زيادة المئوية وتقليل العقوبة، وعليه يسعى في تنمية الإتجاهات التي تساعده في تحقيق أهدافه، فالطبيب المشهور ذو الدخل المرتفع يكون إتجاهها ضد تأميم الطلب على عكس الطبيب الناشئ الذي قد يكون إتجاهها مع التأميم ويعني هذا أن الإتجاه قد يحقق أهداف الفرد ومراميه.

2- الوظيفة الدفاعية للذات:

تخدم بعض الإتجاهات الفرد وتحميه كميكانيزمات دفاع من الألم الداخلي وتعد عملية الإسقاط إحدى العمليات التي نعزي فيها الآخر أو الآخرين ما نعده في أنفسنا من خصائص غير مقبولة ومن ثم نبعد عن أنفسنا مثل تلك الصفات. فالطالب الراسب قد يعزو رسوبه لعدم كفاءة التدريس وهنا يستخدم "ميكانيزم" التبرير كدفاع عن الذات التي لم تؤد واجبها كما يجب أثناء الدراسة والاستعداد للامتحان. (داود، وحسين، 1905، ص 21-22)

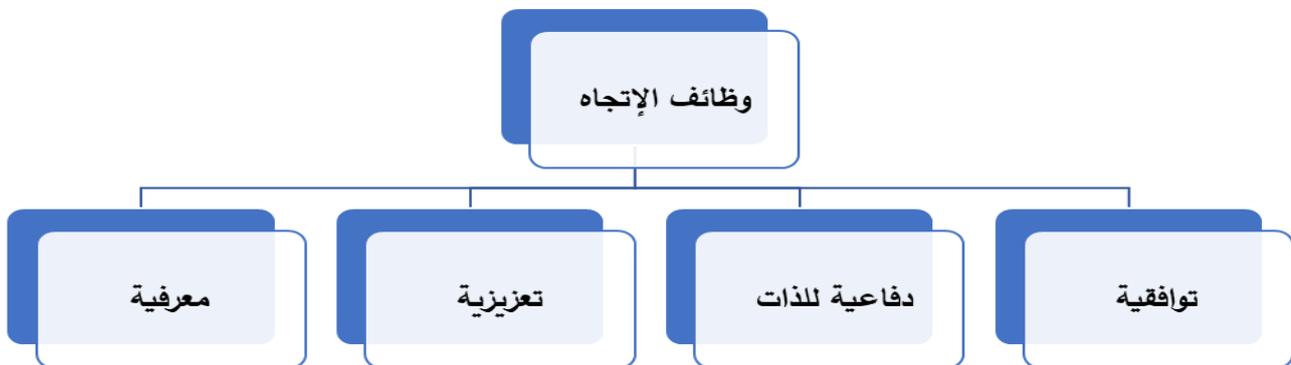
3- الوظيفة التعزيزية:

إذا كانت الوظيفة الدفاعية للإتجاهات تبعد عنا حقائق أساسية سيئة في حياتنا فإن الوظيفة التعزيزية تؤثر إيجابيا في تحقيق الذات إذ تسهم في تكوين صورة مقبولة للذات بها الكثير من السجايا.

4- الوظيفة المعرفية:

تساعد الإتجاهات الفرد وتمده بمستويات من القيم والمعارف المتعارف عليها في مجتمع ما، ومن ثم يتمكن من إجراء تقييم شامل لتلك القيم والمعارف، فالمعرفة تثير الطريق أمام إصدار أحكام واتخاذ مواقف إيجابية وعليه يصبح الفرد ذو أحكام منسقة فيزداد فهمه وتستقيم استجاباته إزاء المثيرات البيئية والاجتماعية الموجودة في محيطه. (عماشة، 2010، ص 31-32)

والشكل التالي يوضح وظائف الإتجاه:



الشكل (8): يوضح وظائف الإتجاه

لهذا يلجأ العديد من الباحثين في الكثير من الميادين إلى قياس الإتجاهات، حيث يحتل ميدان علم النفس الاجتماعي الصدارة من حيث الدراسات التي تدرس إتجاهات الأفراد نحو موضوعات مختلفة، إلا أننا نجد أن علم نفس الصحة هو الآخر يهتم بدراسة إتجاهات الأفراد نحو مجموعة من السلوكيات والتي تصنف ضمن السلوكيات ذات العلاقة بالصحة.

فقياس الإتجاه في المجال الصحي وفي علم نفس الصحة يهدف إلى معرفة المعتقدات المنطقية وغير المنطقية التي يحملها الأفراد حول أمور الصحة والمرض والتي تنتبأ بممارسة السلوكيات ذات العلاقة بالصحة الوقائية والخطرة، وذلك كخطوة أولى نحو إيجاد الموارد النموية للصحة والعمل على تطويرها، وتحديد العوامل والإتجاهات غير المنطقية المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها وتغيير إتجاهات الأفراد نحو ممارسة السلوكيات غير الصحية، وتعزيز المعتقدات المنطقية ومنه ترسيخ إتجاهات الأفراد نحو السلوكيات الصحية الوقائية. الأمر الذي ينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تنمية الصحة وتطوير برامج الوقاية المناسبة، وهذا ما يتوافق مع ما تتادي به منظمة الصحة العالمية "OMS" من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها اجتماعيا ومواجهتها. (رضوان، وريشكا، 2001)

حيث نجد دراسة "بطاط نور الدين" (2018)، التي درست الإتجاه نحو السلوك الصحي لدى طلبة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة مسيلة، والتي إستخدم فيها الباحث مقياس السلوك الصحي لـ "steptoe" لقياس الإتجاه نحوه، والتي وجدت أنه توجد فروق في الإتجاه نحو السلوك الصحي وفق متغير المستوى التعليمي، كما توصلت إلى عدم وجود فروق في الإتجاه نحو السلوك الصحي وفق متغير التخصص.

ودراسة "محمود حسني الأطرش" (2016)، والتي تطرقت إلى قياس التغير في مستوى الإتجاهات نحو ممارسة النشاط الرياضي بعد دراسة مساق اللياقة بجامعة النجاح الوطنية، حيث إستخدم الباحث مقياس الإتجاهات نحو ممارسة الأنشطة الرياضية من إعداده، والتي توصلت إلى أن إتجاهات طلبة مساق اللياقة البدنية نحو ممارسة الأنشطة الرياضية بعد دراستهم المساق كانت متوسطة أو محايدة، بالإضافة إلى وجود فروق وفق متغيرات الجنس، المستوى الدراسي، والتخصص الأكاديمي على إتجاهات طلبة مساق اللياقة البدنية نحو ممارسة النشاط الرياضي وذلك بعد دراستهم للمساق.

ودراسة "ماحي إبراهيم" و"عدة بن عتو" (2015)، والتي درست علاقة إتجاهات الطلبة نحو التدخين ببعض الخصائص الشخصية، والتي إستخدم فيها الباحثان مقياس إتجاهات الطلبة نحو التدخين لكبيسي الجناني 1987، والتي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين إتجاهات الطلبة نحو التدخين والمستوى الدراسي، وعدم وجود علاقة بالمتغيرات الشخصية المتمثلة في: السن، الجنس، محل الإقامة، كما توصلت إلى وجود فروق بين الطلبة ذوي الإتجاه الإيجابي والإتجاه السلبي نحو التدخين لصالح ذوي الإتجاه الإيجابي.

ودراسة "رمضان زعطوط" و"عبد الكريم قريشي" (2014)، والتي درست الإتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، واللذان وإستخداما مقياس الإتجاه نحو السلوك الصحي من إعدادهما، والتي توصلت إلى أن إتجاه المرضى المزمنين سلبي نحو السلوك الصحي، وأنه توجد فروق في الإتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى الضغط المرتفع وفقا لمتغير السن، الجنس، كما توصلت إلى عدم وجود فروق في الإتجاه نحو السلوك الصحي بين مرضى السكري ومرضى الضغط المرتفع وفقا لمتغير المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومدة الإزمان.

مم سبق نجد أن الدراسات المتعلقة بالصحة أصبحت منفتحة على مختلف التخصصات، وأصبح من الضروري معرفة إتجاهات الأفراد إزاء مختلف الظواهر الصحية وغير الصحية من أجل السعي إلى تحديد الضوابط التي تساعد الأفراد في انتهاج أفضل الأساليب والسلوكات لضبط وتحسين نوعية الحياة لديهم.

ثانياً - سلوك التدخين:

لم يعد فهم الصحة يقتصر على فهم البعد العضوي الحيوي فقط وإنما أصبحنا ننظر إليه على أنه تداخل لثلاث عوامل هي: العضوية الحيوية والنفسية السلوكية والاجتماعية.

وإن التعريف الشامل للسلوك يعطينا فهماً أفضل لعلاقته بالصحة وسلامتها، فيعرف السلوك بأنه كل ما يصدر عن الإنسان من فكر ومواقف وكلام وعواطف وأفعال. ومن هذا التعريف ندرك كيف يرتبط السلوك ببعض جوانب الصحة، ويعطينا كذلك طريقة للتدخل وتعديل السلوك عن طريق تغيير بعض الأفكار أو المواقف أو الأفعال. (مبيض، 2004)

فمنذ العقدين الأخيرين ازدادت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد سلوكاً غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابة بمختلف الأمراض، وفي هذا السياق كشف "مترازو" في تقرير علمي هام حول الصحة السلوكية وآفاقها أن معظم المشكلات الصحية التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية وبالتالي بإمكان أي شخص تفادي تلك المشكلات إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة.

كما أن عدداً من الدراسات العلمية في مجال الطب السلوكي تؤكد أن تجاهل الفرد للارتباطات بين مشكلاته الصحية من جهة وسلوكه من جهة أخرى من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية في المستقبل، فلا شك إذن أن للعوامل السلوكية دوراً رئيسياً في نشأة المرض وتطوره.

وتأكيداً 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 من حيث تأثيرها على صحة الشخص والمجتمع. (يخلف، 2001، ص 24-25)

ومن بين الدراسات التي أشارت إلى دور السلوك في الصحة نذكر:

دراسة "تايلر" وزملائها 1999 حول علاقة التفاؤل وطرق التغلب على الضغوط والتوافق والسلوك الصحي والتي كشفت أن التفاؤل مصدر مهم في التغلب على الأمراض النفسية والجسمية، إذ أنه يساعد على التحكم في الانفعالات عند المرضى. (عبد الخالق، 1998، ص 48)

وكذلك دراسة كل من "فريدمان" و"روزنمان" 1974 والتي استخلصت العلاقة القائمة بين نوع من

الخصائص السلوكية والإصابة بمرض الشريان التاجي. (الزروق، 2015، ص 37)

وكخلاصة لما جاء نقول أن تبني الأفراد سلوكيات وعادات صحية غير سليمة تعرضه لخطر الإصابة بالأمراض، إذ يمكن القول أن العوامل السلوكية تشكل نسبة 50% من العوامل التي تقع خلف الإصابة

بمختلف الأمراض. ومن جهة أخرى نستخلص أن الأنماط والعادات السلوكية التي يتبناها ويمارسها الأفراد تنقسم إلى قسمين: أنماط سلوكية صحية والتي تقي من خطر الإصابة بالأمراض "السلوكيات الوقائية"، أنماط سلوكية غير صحية والتي تجعل الفرد تحت ناقوس خطر الإصابة "سلوكيات الخطر" ومن بين هذه السلوكيات الخطرة نجد سلوك التدخين.

1- تعريف سلوك التدخين:

التدخين بشكل عام هو وباء خطير يعاني منه كثير من الناس في عالمنا المعاصر باعتباره يمثل أحد السلوكيات غير الصحية التي لا تمتد آثارها فقط على المدخن نفسه، بل تتعداه إلى الآخرين المحيطين به. ويقصد به التبغ، وهو مادة يدخلها المدخن، بقصد المتعة والتسلية، وقد يؤدي التدخين إلى الإدمان. (العمرى، 2010)

والتدخين يقصد به هنا عملية إشعال أي شخص للسيجارة أو الغليون أو امتصاص الدخان الناتج عن الاشتعال ثم إخراجها من الفم أو الأنف. (زيدان، 2014)

وهو سلوك مكتسب خلال أسابيع أو عدة أشهر منذ بدء تدخين أول سيجارة، يتعزز بسبب الخصائص العصبية الدوائية للنيكوتين الذي يلعب دورا محفزا سلبيا أو إيجابيا لهذا السلوك. (العنزي، 2015، ص211)

وعرف "عادل الدمرداش" 1982 سلوك التدخين بأنه عادة إدمانية تعود لأسباب نفسية وإجتماعية، وتتم 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. (مشاشو، 2011، ص75)

وعليه فسلوك التدخين هو سلوك يصنف ضمن قائمة السلوكيات ذات العلاقة بالصحة وهو الذي يقوم فيه الفرد بإشعال سجارة وإستنشاق دخان التبغ بعد احتراقه.

2- النظريات المفسرة لسلوك التدخين:

تعددت النظريات التي تفسر الظواهر السلوكية غير السوية عند الأفراد، والذي يمثل التدخين جزء من هذه السلوكيات، لذلك اتجهت أنظار العلماء لتقديم تصور حول الآليات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية لممارسة سلوك التدخين وأهم هذه النظريات:

2-1- النظرية الفسيولوجية:

من بين التفسيرات الفسيولوجية لسلوك التدخين نجد التفسير الذي قدمه كل من "بومير ليو" و"بوميرليو" حيث اعتبرا أن التدخين يعمل كمنظم عصبي ويمكن أن يفسر مع وجود الإدمان على النيكوتين السبب الذي يجعل التوقف الدائم عن التدخين من العوامل الصعبة جدا. واقترح هذان الباحثان أن النيكوتين قد يشكل طريقة تعمل على تنظيم الأداء والشعور لدى المدخن فهو يتدخل في مستويات المنظمات العصبية النشطة، بما في ذلك الأستيتيل كولين، والنور إيبينفرين، والدوبامين، والمورفينات الذاتية والفاسوبريسسين وهو هرمون يسبب رفع ضغط الدم وقد يستخدم النيكوتين من قبل المدخنين ليستحث عمل هذه المنظمات العصبية لأنها تؤدي إلى تحسن مؤقت في الأداء أو الشعور. إذ تبين على وجه التحديد أن الأستيتيل كولين، والنور إيبينفرين، والفاسوبريسسين تعمل على تقوية الذاكرة. كما يساعد الأستيتيل كولين والبيتا إندورفين على تخفيف القلق والتوتر، في حين يساعد التغيير في الدوبامين، والنور إيبينفرين، والمورفينات الذاتية على تحسين المزاج ويجد الكثير من الناس أن أداءهم في إنجاز المهمات الأساسية يتحسن دائما عندما تكون مستويات الأستيتيل كولين والنور إيبينفرين مرتفعة، وبالتالي فإن التدخين يزيد من قدرة المدخنين على التركيز، والاسترجاع، كما يزيد من إنتاجهم، ويقظتهم، وادائهم النفسي الحركي، ومن قابليتهم على استبعاد المثيرات الدخيلة، وبسبب التغيرات العديدة في المنظمات العصبية التي تنشأ عن التدخين، فإن عددا كبيرا من القرائن الجسمية الداخلية والقرائن البيئية الخارجية التي لا يبدو أن لها علاقة حقيقية بسلسلة العوامل المؤدية للاعتماد على النيكوتين، قد تلعب دور المثير التمييزي الذي يحث على القيام بالتدخين انسجاما مع ما تقدم، فإن المدخنين الذين يتوقفون عن التدخين يفيدون بأن قدرتهم على التركيز قد انخفضت، كما أن انتباههم أصبح مشتتا، وأن ذاكرتهم قد تضررت كما يقرون بتعرضهم لزيادة القلق والتوتر وسرعة الاستثارة والتوق إلى التدخين وتقلب المزاج، وكثيرا من المدخنين الذين توقفوا عن التدخين عادوا للتدخين لأنهم تعلموا من خبرتهم أن النيكوتين يخفف من هذه المشكلات ويمكن أن يساعدهم في التعامل مع مطالب الحياة اليومية، حيث إن التدخين يساعد من ناحية مبدئية في حدوث اليقظة والانتباه ثم تخفيف التوتر الذي قد ينشأ عن تنشيط كل من الكولين والكاد، يلي ذلك منع إطلاق الكولين أو المورفينات الذاتية، ويتعلم المدخنون كيفية التحكم بشكل اختياري بكمية النيكوتين التي يتعاطونها من أجل زيادة هذه التأثيرات وقد تكون هذه أحد الأسباب التي تجعل التدخين يساعد في مواجهة الضغط. (تايلر، 2008، ص ص 268-269)

2-2- نظرية التحليل النفسي:

تفسر نظرية التحليل النفسي عملية التدخين بعدم النضوج في الشخصية الذي يرتبط بغرائز ودوافع لاشعورية تعمل على توجيهها، وأن المواقف النفسية التي يتعرض لها الشخص، وطبيعة ومستوى تلك المواقف تلعب دورا بارزا في عملية التدخين، وأن عملية تعويض العوامل النفسية المكبوتة تشكل صراعات للفرد والتي يتم التعبير عنها في صورة سلوك يليق بالراشدين، ويمثل التدخين حلا بديلا لعمليتي النكوص والإعلاء مما يحقق درجة من الرضا في الأنا الأعلى.

كما يرى التحليليون أن عملية التدخين ذات علاقة باضطراب الشخصية، ووجود صراع داخلي لدى المدخن، وهو ما يجعل منها تأخذ الصفة القهرية، وهذه النظرة قد لا تخلو من شيء من الصحة فيما يتعلق بالاضطرابات الشخصية، والشعور بعدم الأمن النفسي أو الرغبة في تحقيق بعض المظاهر العلنية التي تخفي وراءها عوامل أساسية في الجانب الشخصي يمكن تعويضها بالتدخين. (العمري، 2010)

2-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

استنتج "ألبرت باندورا" 1977 من خلال بحوثه العلمية أن الأطفال يتعلمون كيفية التصرف من خلال التعليم والمراقبة، والتعليم هو الكيفية التي يعلم بها الآباء والأمهات والمعلمون الطلاب السلوك والتصرف، أما المراقبة فهي الكيفية التي يري اليافعون بها الراشدين والأقران وهم يقومون بسلوك معين ويتم تعزيز أو تعديل سلوكهم من خلال ردود فعل الآخرين على تصرفهم. لذلك يحتاج تعليم المهارات إلى تكرار للعمليات الطبيعية، النمذجة، المراقبة، والتفاعل الاجتماعي، حيث يعتبر المعلمون والراشدون الآخرون قدوة يحتذى بها فيضعون المعايير ويمثلون مصادر النفوذ. (الخاروف، 2009)

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الشاب يتعلم التدخين من: تدخين الوالدين، مصاحبة الرفاق المدخنين، الرغبة في الشعور بالانتماء وتقليد الكبار. وتأكيدا على ماسبق يؤكد المتبنون لمنحى التعليم الاجتماعي ما للتقليد والمحاكاة من تأثير كبير في نشأة وتطور عادة التدخين، فالطفل الصغير يلاحظ أن النماذج الهامة في حياته - خاصة الوالدين أو نجوم السينما - يسرعون إلى أخذ سيجارة عند أول موقف إحباطي، وبالتالي يتعلم الطفل كيف يقلد الكبار في الأوقات التي يتعرض فيها للضغوط المختلفة وغيرها من المواقف، وهذا التعلم يحدث بدون تدعيم مباشر حيث يتعلم الفرد التدخين من خلال هذا النموذج. (زيدان، 2014)

2-4- النظرية العقلية الانفعالية:

يعد "ألبرت إلس" أول من أدخل العقل والعواطف في عمليات الإرشاد والعلاج النفسي الحالي تحت مسمى "العلاج العقلاني الانفعالي"، وذلك من خلال نظريته إلى الإنسان باعتباره عاقلا منفردا في نوعه، وهو حين يفكر ويسلك بطريقة عقلانية يصبح ذا فاعلية ويشعر بالسعادة والكفاءة، والسلوك العصابي والاضطراب الانفعالي لا يكونان إلا نتيجة للتفكير غير المنطقي.

ويرى الباحثون من خلال هذه النظرية أن سلوك التدخين ناتج من اعتقادات غير عقلانية ولا منطقية مرتبطة ببعض المشاعر والأحاسيس في موقف التدخين، وأن المدخن اكتسب هذه العادة وتعلمها في ضوء تفسيراته الشخصية لنتائج عملية التدخين، وتوقعات التعزيزات الاجتماعية وعدم اعتبار القيم المرتبطة بهذه السلوكات وإدراكها أو استمداج هذه القيم باعتبارها معززات لسلوك التدخين، هذا إضافة إلى ما قد يراه الفرد من قصور في ذاته وانخفاض في تقديره لها.

2-5- نظرية الترابطات التفاضلية:

تعد نظرية الاختلاط التفاضلي إحدى نظريات الضبط الاجتماعي، وهي ترى أن سلوك الفرد يتأثر بالطابع الثقافي المحيط به ويسعى إلى التشبه به ما لم توجد عوامل ثقافية أخرى توجهه إلى طرق مختلفة، وهي تعتمد على الطريقة الميكانيكية في تفسير التدخين وتبرير مختلف التصرفات، وذلك من خلال تأكيد أهمية الطرق والوسائل التي يسلكها المدخن وتبرير التصرفات التي يقوم عليها، ويلعب الأقران المخالطون للفرد دورا هاما في تحديد سلوكه، كما أن توجهاتهم نحو السلوك والخبرة التي يدركها الفرد من خلال علاقته بالأقران واتجاهاتهم وما يعود عليه من تعزيزات داخل جماعة الأقران تلعب دورا بارزا في بدء عملية التدخين والاستمرار فيه.

ويرى "سوزلاند" "Suthen Land" أن الأساس في السلوك هو التعلم والاتصال بين الأفراد ذوي العلاقات الوطيدة، وطبيعة الإتجاه نحو ذلك السلوك، وأن دوافع وميول الفرد تجاهه تحكمها العلاقات الاجتماعية داخل الجماعة، إضافة إلى أهمية عوامل تكرار السلوك واستمراريته وعمق دلالاته للشخص، ودرجة تأثير القيم السائدة في المجتمع ورضاها من عدمه على طبيعة الشخص.

وتؤكد نظرية الترابطات التفاضلية على وجود انطباع ضمني يصور التدخين متعة، وتلميح بأن التجربة تدل على الجرأة والتحدي لتجريب الممنوع والرغبة في تجربة التدخين يرتبط بإظهار النضج والكبر وتأكيد العلاقات الاجتماعية، وقد تتعذر هذه الأشياء لكون تدخين الصغار أمر محظور على وجه العموم، وهذا فإن الشروع في التدخين يعد وسيلة لمعارضة سلطة الكبار والرغبة في إظهار الاستقلال وغالبا ما تتم هذه التجربة بوجود زملاء وأقران لالتماس رضاهم أو التميز عنهم بكونه أكثر نضج. (العمرى، 2010)

لقد اختلفت التفسيرات المقدمة لسلوك التدخين لاختلاف التوجهات النظرية للباحثين، فمنها من ركزت في تفسيرها على دوافع الإقدام على التدخين بمختلف أنواعها، ومنها من ركزت على التأثير الكيميائي للتدخين، ومنها من ركزت على الجانب اللاعقلاني لسلوك التدخين. وعلى الرغم من الاختلاف القائم في تفسير سلوك التدخين إلا أن جميع النظريات تعتبر هذا السلوك سلوكا ضار غير مرغوب فيه.

3- مراحل التعود على سلوك التدخين:

لأول ولها قد يفكر المرء بأن سلوك التدخين هو عادة بسيطة نسبياً قابلة للتعديل وإزالتها بالعزم والتصميم، إلا أنها مشكلة سلوكية معقدة ناتجة عن التأثير المحدث للتعود البيولوجي والنفسي للتدخين ولفهم هذا التعقيد يجب أن ننظر إلى سلوك التدخين من خلال المراحل التي يمر بها المدخن. (حجار، دس، ص108)

لقد اختلف الباحثون في طرحهم للمراحل التي يمر بها التدخين، حيث نجد ثلاث اتجاهات لمراحل سلوك التدخين والتي تتمثل في:

- ✓ الإتجاه الذي يؤكد على المراحل السلوكية للتدخين.
- ✓ الإتجاه الذي يؤكد على المراحل التحفيزية للتدخين.
- ✓ الإتجاه الذي يجمع بين الإتجاهين السابقين.

غير أن الإتجاه الأول هو الأكثر شيوعاً والمعتمد بين الباحثين ومن رواد هذا الإتجاه نجد الباحثان "**Leventhal**" و"**Cleary**" 1980 اللذين إقترحا بأنه بمجرد أن يصبح الشخص مدخناً، فإنه يمر بسلسلة من المراحل والتي تتمثل في: مرحلة التحضير، مرحلة التجريب "المبادرة"، مرحلة التدخين، ومرحلة الحفاظ على التدخين "الإستمرار".

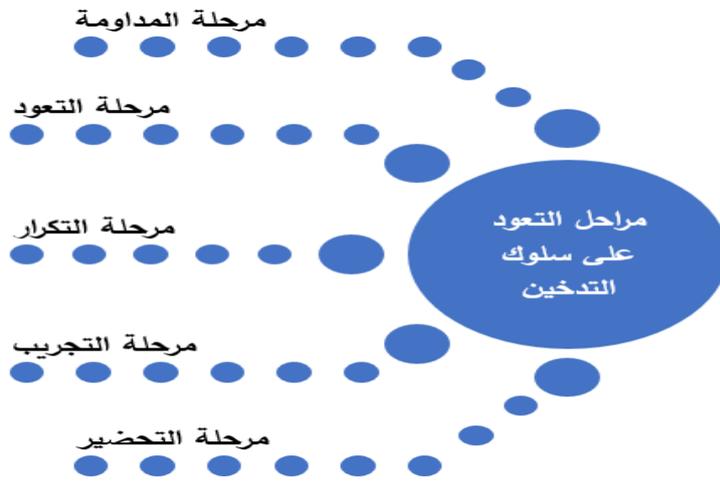
في حين نجد أن الباحث "**Flay**" وزملائه 1983 قاموا بتفصيل نموذج "**Leventhal**" و"**Cleary**" واقترحوا خمس مراحل لسلوك التدخين وهي: مرحلة الإعداد "تكوين المعرفة والمعتقدات حول التدخين"، مرحلة التجربة الأولية "أول محاولتين أو ثلاث محاولات"، مرحلة التجربة "التكرار التدخين بشكل غير منتظم"، مرحلة الإستخدام المنتظم على سبيل المثال: التدخين نهاية كل أسبوع أو كل يوم"، ومرحلة الإعتماد على النيكوتين.

ومن جهة أخرى قام الباحث "**Kremers**" وزملائه 2004 بتعديل وتوسيع نموذج "**Flay**" وزملائه واقترحوا نموذجاً يتكون من ستة مراحل وهي: مرحلة التحضير، مرحلة التجربة الأولية، مرحلة التجريب، مرحلة الاستخدام المنتظم، مرحلة تقرير عدم التدخين، ومرحلة الإقلاع عن التدخين.

أما الإتجاه الثاني فهو يشدد على الجانب التحفيزي للتقدم إلى المستويات العليا للتدخين، ومن رواد هذا الإتجاه نجد الباحث "**Pollonen**" وزملائه 1998 الذين حددوا مراحل التدخين في أربع مراحل وهي: مرحلة التجميع المسبق "أي عدم الرغبة في التدخين في المستقبل"، مرحلة التأمل "أي النية للتدخين في المستقبل"، مرحلة التحضير "أي النية للتدخين في المستقبل القريب"، وأخيراً مرحلة الإستحواذ "أي البدء في التدخين العرضي أو المنتظم".

في حين نجد أن الإتجاه الثالث سعى إلى دمج نموذج المراحل السلوكية للتدخين ونموذج المراحل التحفيزية للتدخين في نموذج واحد من أجل زيادة القدرة على التنبؤ بسلوك التدخين. (Sunhee,& Ja) (Junl,2006)

- وعلى الرغم من هذا الاختلاف إلا أنه يمكن إيجاز مراحل التعود على سلوك التدخين فيما يلي:
- 1- **مرحلة التحضير:** وهي مرحلة تكون فيها معتقدات واتجاهات الشخص منصبة على الفائدة التي يحققها هذا السلوك وهي إعتقادات تتأكد شيئاً فشيئاً. حيث يكون سلوك التدخين في هذه المرحلة ملاحظاً في المحيط بطريقة تعكس نضج من يسلكونه كما تعكس استقلاليتهم، وأيضاً يظهر هذا السلوك كوسيلة لمواجهة الضغوط أو كوسيلة لخلق روابط مع جماعة الأصدقاء.
 - 2- **مرحلة التجريب:** وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص السجائر الأولى ويكون ذلك عادة مع الأصدقاء مما يمنحه إحساساً بالرجولة والنضج وشعوراً بالمتعة.
 - 3- **مرحلة التكرار:** وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بطريقة متكررة ولكن دون انتظام.
 - 4- **مرحلة التعود:** وهي المرحلة التي يدخن فيها الشخص بانتظام ويصبح استعمال السجارة يشعره بالإسترخاء (التعود النفسي والفيسيولوجي)
 - 5- **مرحلة المداومة:** وهي المرحلة التي تظهر فيها أعراض التبعية الجسمية للتبغ. (مشاشو،2011، ص 76)



الشكل (9): يوضح مراحل التعود على سلوك التدخين

4- سلوك التدخين والمشكلات الصحية:

منذ اصدار التقرير الأول العام عن التدخين عام 1964 ازدادت المعرفة العلمية حول العواقب الصحية الناجمة عن استخدام وتعاطي التبغ إذ يعتبر تدخين السجائر السبب الرئيسي للوفيات الناجمة عن الإصابة بأمراض القلب والسرطان في الولايات المتحدة الأمريكية، بالإضافة إلى هذا فالأشخاص غير المدخنين ليسوا محصنين ضد المخاطر الصحية الناتجة عن التبغ، فالتعرض للتبغ غير المباشر له عواقب صحية خطيرة للبالغين وللأطفال على حد سواء.

فالأضرار المرتبطة بالتبغ تمثل أكثر من 400000 حالة وفاة بين البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية كل عام، ولقد تبين أن الوفيات التي تعزى إلى تعاطي التبغ تتجاوز الوفيات الناجمة من نقص المناعة المكتسبة، حوادث المرور، تعاطي الكحول، الانتحار، القتل، الحرائق، واستخدام العقاقير غير المشروعة، وكما أظهر أحد تقارير منظمة الصحة العالمية أن عبء المرض والموت الذي يعزى إلى التبغ في البلدان المتقدمة كان أعلى بكثير من العبء الذي يمكن أن يعزى إلى أي عامل آخر بما في ذلك تعاطي المخدرات، الممارسات الجنسية غير الآمنة، ارتفاع ضغط الدم، وعدم ممارسة النشاط البدني. (Brandt & al,2001, pp87-88)

حيث يؤدي تدخين السجائر إلى خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز التنفسي، وعشرة أنواع من السرطان (Xu, Liu, Sharma, Zhao,2015)، فالإصابة بأمراض القلب الناتجة عن التدخين هي السبب الرئيسي للوفاة في الولايات المتحدة، أما السرطان فهو السبب الرئيسي الثاني للوفاة في الولايات المتحدة، إذ يسبب التدخين سرطان الرئة، الحنجرة، المريء، البلعوم، الفم، المثانة ويساهم في سرطان البنكرياس والكلى وعنق الرحم، ويسبب أمراض الرئة الأخرى مثل: التهاب الشعب الهوائية المزمن ومرض الانسداد الرئوي المزمن (Brandt & al,2001, pp89)

إن المشكلات الصحية الناجمة عن التدخين تصيب مختلف أجهزة الجسم ومن أبرز هذه المشكلات الصحية نذكر ما يلي:

1- مشكلات الجهاز العصبي المركزي:

يفسر تأثير النيكوتين على الجهاز العصبي المركزي من خلال أثره على مجموعة الناقلات العصبية، ويتم ذلك من خلال مرحلتي عمل:

✓ **المرحلة الأولى:** هي عملية التنشيط "بالأستيل كولين" في وجود جرعة صغيرة، غير أنه إذا أخذ بجرعات كبيرة، فإنه ينبه أولاً ثم يسد الطريق على إطلاق إشارات الأعصاب المنشطة بالأستيل كولين.

✓ **المرحلة الثانية:** يطلق النيكوتين في حالة تنشيطه للأستيل كولين النور أدرينالين في المناطق المحيطة والمركزية، وأن هذا العمل هو المسئول عن الآثار المهيجة التي تدفع المدخن إلى التدخين، وقد ينجم أثر مهيج أيضا عن إطلاق هرمونات الغدة الكظرية، ويعتقد أيضا أن النيكوتين يطلق أيضا بيتا اندروفين والأنكفاليينات التي تحدث أثرا مسكتا. (العمرى، 2010)

2- مشكلات الجهاز التنفسي:

يسبب التدخين السعال المزمن وإفراز المخاط والتهابات الصدر ويهبط وظيفة الرئتين، ويؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالتهاب الشعب المزمن الأميزيما أو تمدد الرئتين، وهي حالة تنتج من انفجار حويصلات الرئتين نتيجة لسعال المزمن فيحبس الهواء داخل تجاويف الرئة فيشعر المصاب بصعوبة في الزفير وضيق في التنفس أثناء الراحة والمجهود، ويؤدي تمدد الرئتين إلى فشل القلب على المدى الطويل، وتكثر هذه الحالة بصورة خاصة بين مدخني السجائر أكثر منها بين مدخني الغليون، ويصاب مدخنو السجائر بمضاعفات الجهاز التنفسي بعد العمليات الجراحية أكثر من غير المدخنين، كما أن التدخين يضاعف من شدة نوبات الربو الشعبي في المصابين به وتقل أخطار هذه المضاعفات إذا ألق المدخن.

3- السرطان:

يرتبط سرطان الرئة بتدخين السجائر بصورة خاصة وبعده الذي يستهلكه المدخن وبمحتواها من القطران وبكمية الدخان التي يستنشقه، ويؤدي الإقلاع عن التدخين إلى انخفاض احتمال الإصابة بسرطان الرئة بحيث توازي نسبة الإصابة في غير المدخن بعد 10 سنوات من الإقلاع، حيث لوحظ في دراسة متابعة في بريطانيا أن عدد الأطباء الذين تقل أعمارهم عن 65 سنة والذين أصيبوا بسرطان الرئة أقل من الفئات الأخرى نتيجة الإقلاع عدد كبير منهم عن التدخين. ويسبب التدخين أيضا سرطان الحنجرة والفم والمثانة والكلى والبنكرياس بصورة خاصة عند مدخني السجائر، بينما ترتفع نسبة الإصابة بسرطان الشفتين بين مدخني الغليون. (الدمرداش، 1982، ص ص 173-174)

4- الاضطرابات القلبية:

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، وإجماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب كارتفاع الكولسترول يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي وارتفاع الضغط الشرياني.

5- مشكلات 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 إلى إلتهاب اللثة والغدد اللعابية التي بإمكانها أن تتضخم وتتليف، وأيضا يتسبب في حدوث القرحة المعدية والإثني عشر. (مشاشو، 2011، ص84)

من خلال ما تم التطرق إليه يمكن اعتبار سلوك التدخين من أكثر السلوكات ذات العلاقة بالصحة إنتشارا بين الأفراد، ومن أخطر الأوبئة السلوكية كونه يعد أهم أسباب الوفاة في العالم نتيجة المشكلات الصحية العديدة التي تنتج عن ممارسته.

✓ الخلاصة:

يحتل السلوك ذو العلاقة بالصحة أهمية كبيرة في حياة الفرد لما له من تأثير مباشر على صحته، فهو يشير إلى كل تلك الممارسات التي يمارسها ويتبناها الفرد في حياته اليومية والتي إما تكون إيجابية أو سلبية. فالممارسات الإيجابية هي تمثل تلك السلوكيات ذات العلاقة بالصحة التي تؤدي إلى المحافظة على الصحة والارتقاء بها إلى أعلى المراتب، أما الممارسات السلبية فهي تمثل السلوكيات ذات العلاقة بالصحة التي تتسبب في حدوث الأمراض وعلى رأسها سلوك التدخين الذي أصبح يأخذ الصفة الوبائية لإنتشاره الواسع بين مختلف الشرائح العمرية، فالتدخين يعد من السلوكيات الخطرة التي تؤدي بحياة الكثير من الأفراد نتيجة المشكلات الصحية التي يخلفها. وعليه يمكن أن نعتبر السلوك ذو العلاقة بالصحة سلاح ذو حدين بالنسبة لصحة الفرد.

الجانب الميداني

الفصل الرابع إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- منهج الدراسة
- 2- حدود الدراسة
- 3- عينة الدراسة
- 4- أدوات الدراسة
- 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

1- منهج الدراسة:

نظرا لكون الدراسة الحالية تسعى إلى معرفة دور التفاوض غير الواقعي في الاتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة والمتمثل في التدخين، ومعرفة إذا كان التفاوض غير الواقعي يتأثر بكل من (ممارسة الرياضة، سنوات التدخين، وعدد السجائر المدخنة في اليوم، فإن المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي بشقيه الارتباطي والمقارن.

2- حدود الدراسة: تمثلت حدود الدراسة في:

2-1- الحدود الزمانية: إمتدت الدراسة لأربع سنوات إبتداء من نوفمبر 2016 إلى غاية

جوان 2019، وقد قسمت إلى ثلاث فترات.

✓ فترة جمع المادة العلمية وتحري الدراسات السابقة.

✓ فترة النزول إلى الميدان والتطبيق.

✓ فترة تفرغ البيانات والوصول إلى النتائج وتحليلها ومناقشتها.

2-1- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الميدانية بستة جامعات جزائرية وهي: جامعة باتنة 1

الحاج لخضر، جامعة باتنة 2 مصطفى بن بولعيد، جامعة قسنطينة 2 عبد الحميد مهري، جامعة قسنطينة 3 صالح بوبنيدر، جامعة محمد خيضر بسكرة، المركز الجامعي الحاج موسى آق أخاموك تامنغست.

3- عينة الدراسة:

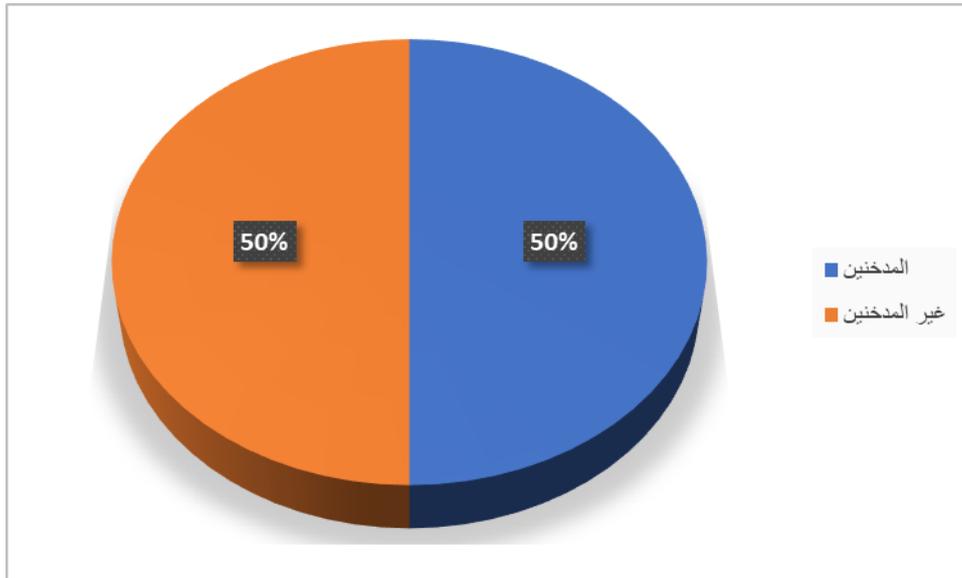
تكونت عينة الدراسة من (434) من الطلبة الجامعيين ذكور تم اختيارهم بطريقة قصدية لتحقيق أهداف الدراسة، منهم (217) طالب جامعي مدخن و(217) طالب جامعي غير مدخن، تراوحت أعمارهم بين 18 و56 سنة، وقد توزعت عينة الدراسة حسب الخصائص التالية:

3-1- توزيع العينة حسب متغير التدخين:

الجدول (1): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير التدخين

النسبة المئوية	التكرار	نوع العينة
50%	217	المدخنين
50%	217	غير المدخنين
100%	434	المجموع

يتضح من الجدول (1) أن نسبة الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين متساوية (50%) بتكرار (217) طالب لكل فئة وبلغ المجموع الكلي (434) طالب جامعي، والشكل التالي يمثل ذلك:



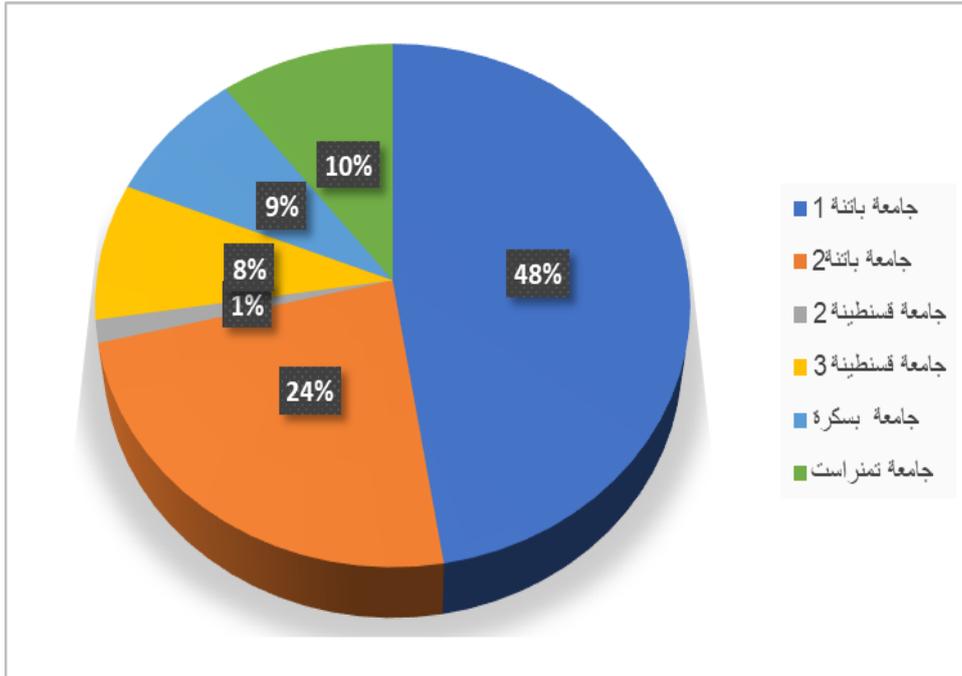
الشكل (10): يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير التدخين

3-2- توزيع العينة حسب الجامعة:

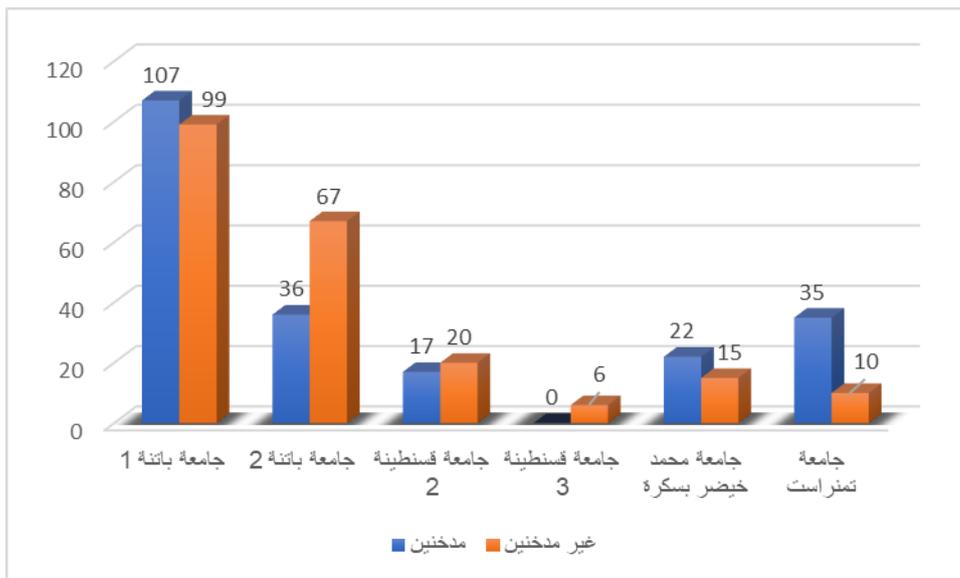
الجدول (2): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجامعة

النسبة المئوية	المجموع الكلي	التكرار		مكان اجراء الدراسة
%47.5	206	107	المدخنين	جامعة باتنة 1
		99	غير المدخنين	الحاج لخضر
%23.7	103	36	المدخنين	جامعة باتنة 2
		67	غير المدخنين	مصطفى بن بولعيد
%1.4	6	0	المدخنين	جامعة قسنطينة 2
		6	غير المدخنين	عبد الحميد مهري
%8.5	37	17	المدخنين	جامعة قسنطينة 3
		20	غير المدخنين	صالح بونيدر
%8.5	37	22	المدخنين	جامعة محمد خيضر
		15	غير المدخنين	بسكرة
%10.4	45	35	المدخنين	المركز الجامعي
		10	غير المدخنين	الحاج موسى آق أخاموك تامنغست
%100	434	المجموع		

يتضح من الجدول (2) أن عينة الدراسة قد تم جمعها من أربع ولايات والمتمثلة في: ولاية باتنة، قسنطينة، بسكرة، وتامنغست، وأن أغلب أفراد العينة من ولاية باتنة، والرسم البياني التالي يمثل توزيع العينة حسب الجامعة:



الشكل (11): يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجامعة



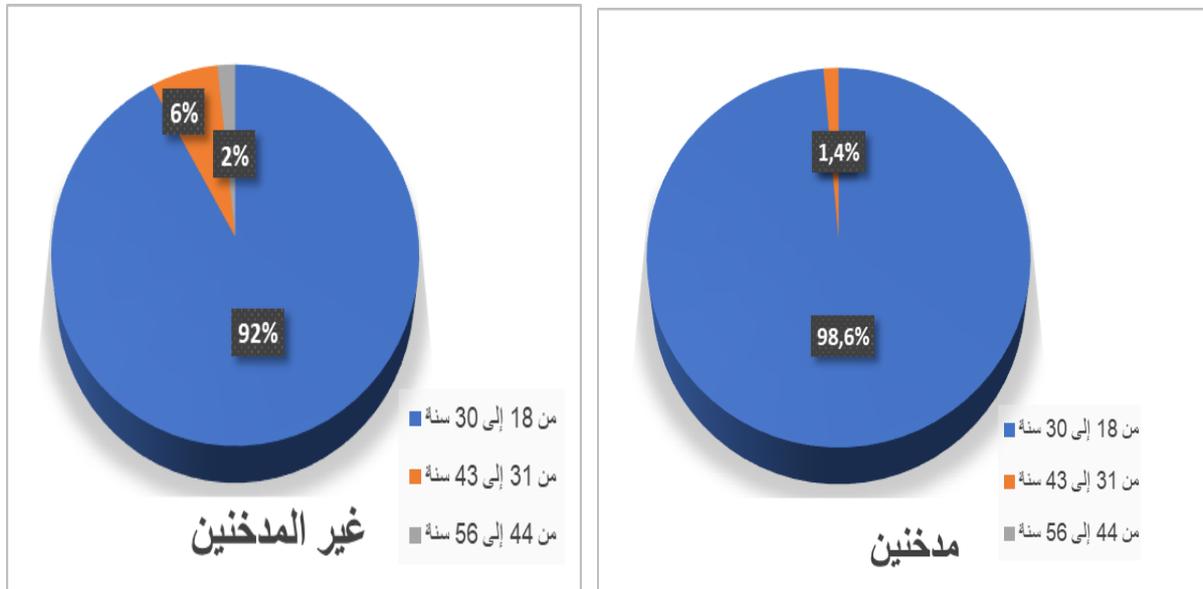
الشكل (12): يوضح توزيع أفراد العينة المدخنين وغير المدخنين حسب كل الجامعة

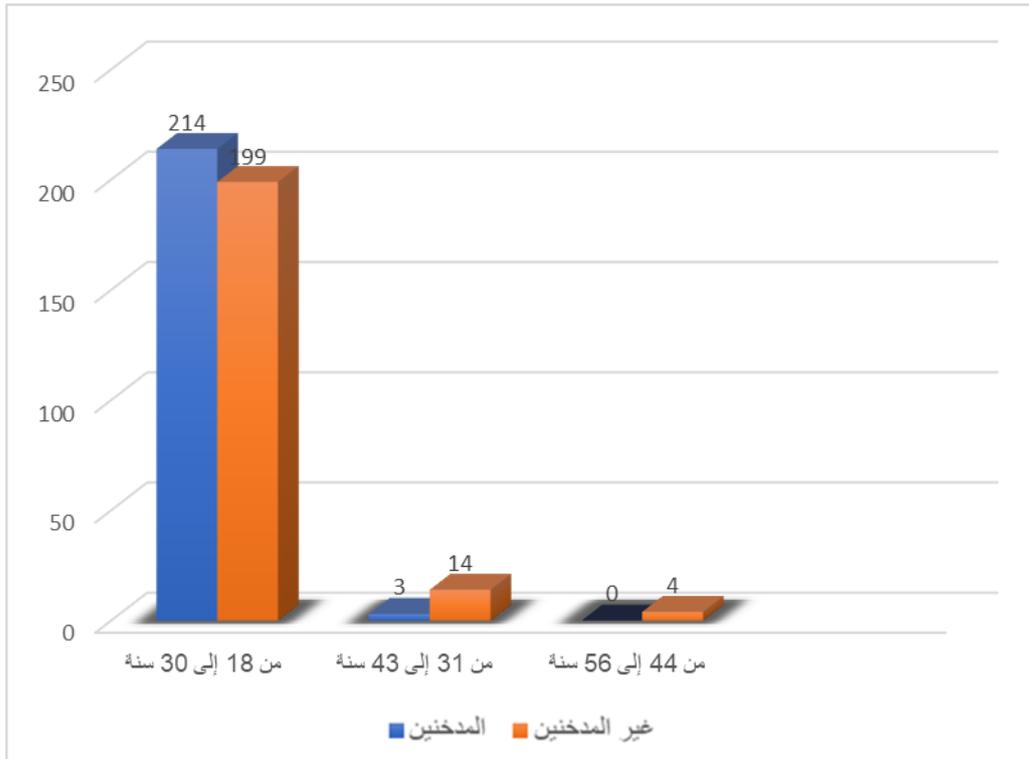
3-3- توزيع العينة حسب متغير السن:

الجدول (3): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

العينة	السن	التكرار	النسبة المئوية
المدخنين	من 18 إلى 30 سنة	214	%98.6
	من 31 إلى 43 سنة	3	%1.4
	من 44 إلى 56 سنة	0	%0
غير المدخنين	من 18 إلى 30 سنة	199	%91.7
	من 31 إلى 43 سنة	14	%6.5
	من 44 إلى 56 سنة	4	%1.8

يتضح من الجدول (3) أن أعمار عينة الدراسة تراوحت بين 18-56 سنة، والرسم البياني التالي يمثل توزيع العينة حسب متغير السن لكل من عينة الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين:





الشكل (13): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

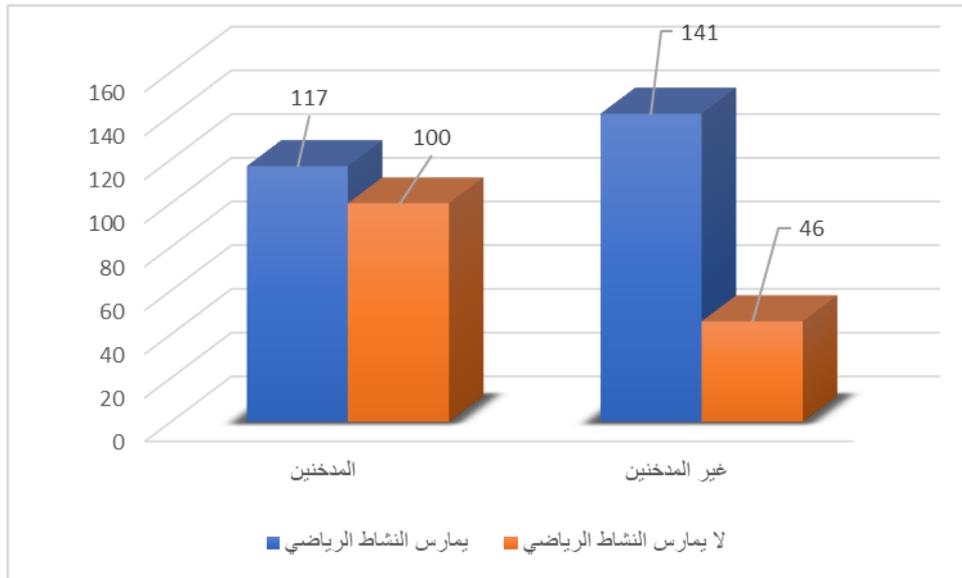
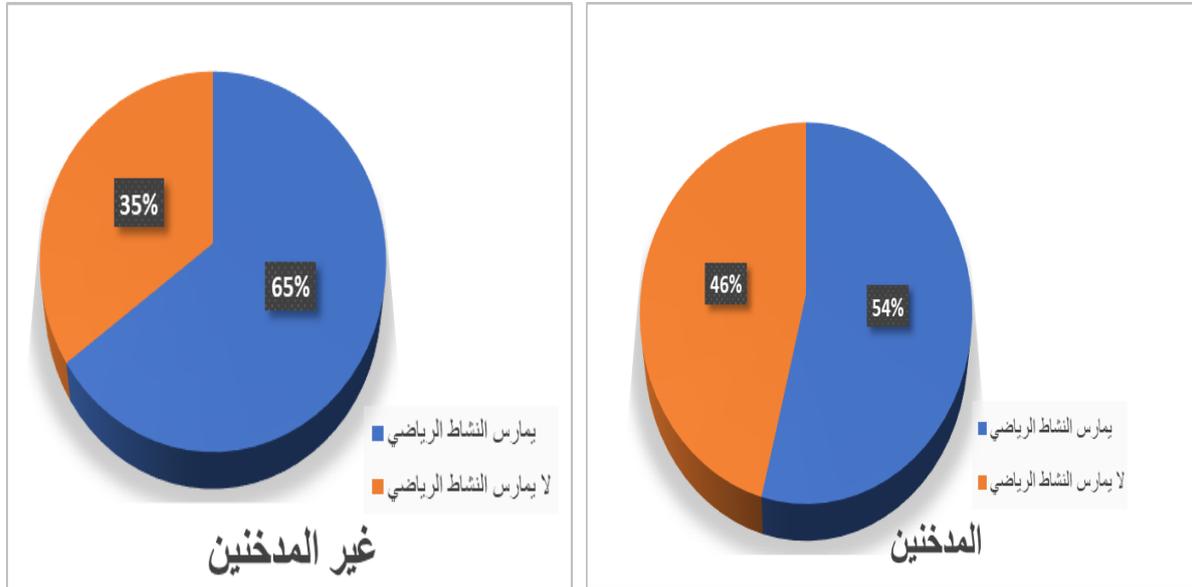
3-4- توزيع العينة حسب متغير النشاط الرياضي:

الجدول (4): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير النشاط الرياضي

النسبة المئوية	التكرار	النشاط الرياضي	العينة
53.92%	117	يمارس النشاط الرياضي	المدخنين
46.08%	100	لا يمارس النشاط الرياضي	
64.98%	141	يمارس النشاط الرياضي	غير المدخنين
35.02%	76	لا يمارس النشاط الرياضي	

يتضح من الجدول أعلاه أن معظم أفراد العينة سواء كانوا مدخنين أو غير مدخنين يمارسون النشاط الرياضي، حيث سجلنا نسبة (53.92%) بالنسبة للطلبة الجامعيين المدخنين و(64.98%) للطلبة الجامعيين غير المدخنين، في حين سجلنا نسبتي (46.08%) و(35.02%) بالنسبة للطلبة الجامعيين

المدخنين وغير المدخنين الذين لا يمارسون النشاط الرياضي على التوالي، والرسم البياني التالي يمثل توزيع العينة حسب متغير النشاط الرياضي لكل من عينة الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين:



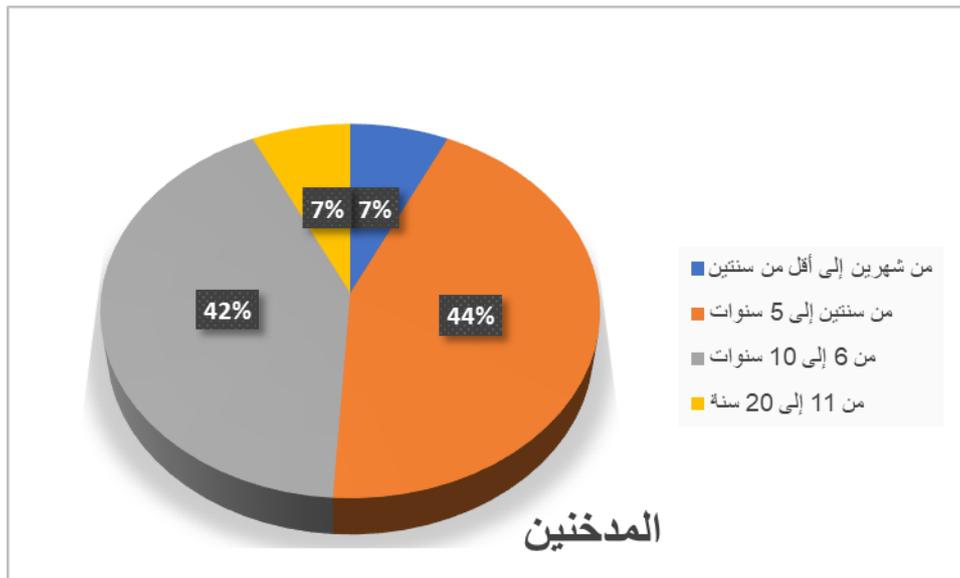
الشكل (14): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير النشاط الرياضي

3-5- توزيع العينة حسب متغير سنوات التدخين:

الجدول (5): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات التدخين

سنوات التدخين	التكرار	النسبة المئوية
من شهرين إلى أقل من سنتين	15	7%
من سنتين إلى 5 سنوات	96	44%
من 6 إلى 10 سنوات	91	42%
من 11 إلى 20 سنة	15	7%
المجموع	217	100%

يتضح من الجدول (5) أن سنوات التدخين لعينة الطلبة الجامعيين المدخنين تراوحت بين شهرين إلى 20 سنة، والرسم البياني التالي يمثل توزيع عينة الطلبة الجامعيين المدخنين حسب متغير سنوات التدخين:



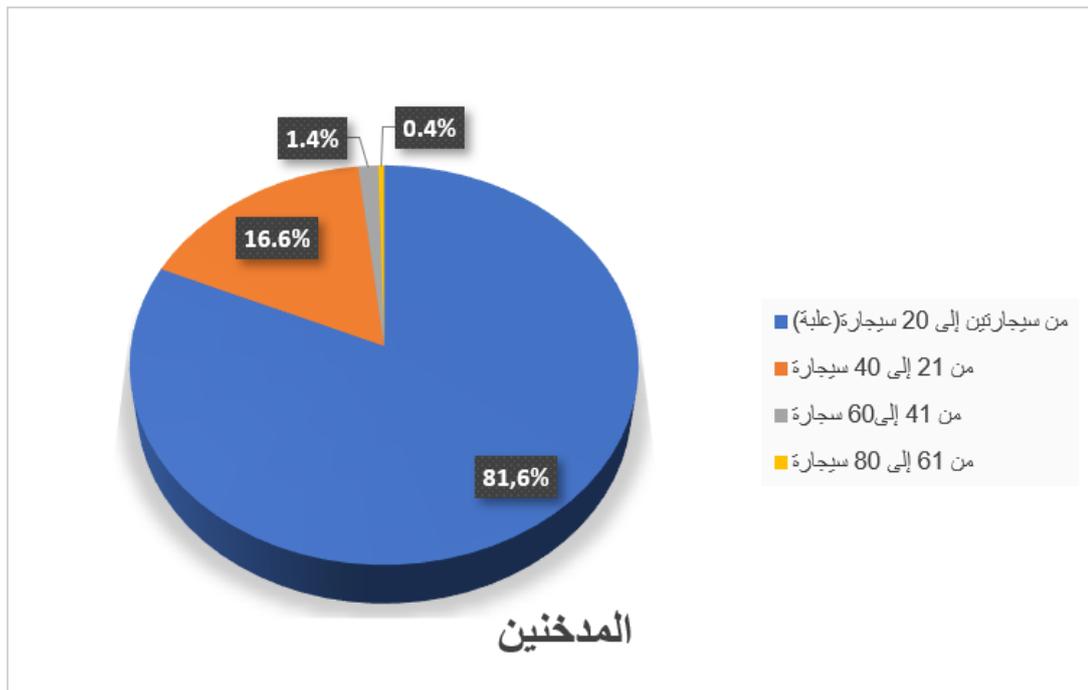
الشكل (15): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير سنوات التدخين

3-6- توزيع العينة حسب متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم:

الجدول (6): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم

النسبة المئوية	التكرار	عدد السجائر المدخنة في اليوم
81.6%	177	من سيجارتين إلى 20 سيجارة (علبة)
16.6%	36	من 21 سيجارة إلى 40 سيجارة (علبتين)
1.4%	3	من 41 سيجارة إلى 60 سيجارة (3 علب)
0.4%	1	من 61 سيجارة إلى 80 سيجارة (4 علب)
100%	217	المجموع

يتضح من الجدول (6) أن عدد السجائر المدخنة في اليوم لعينة الطلبة الجامعيين المدخنين تراوح بين سيجارتين إلى 80 سيجارة، والرسم البياني التالي يمثل توزيع عينة الطلبة الجامعيين المدخنين حسب متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم:

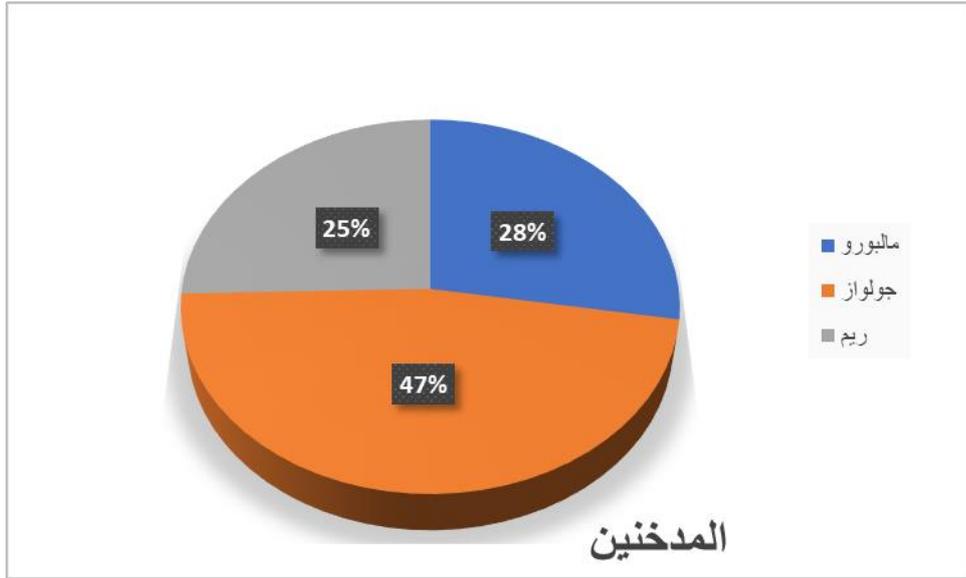


الشكل (16): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم
3-4- توزيع العينة حسب متغير نوع السجائر المدخنة:

الجدول (7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع السجائر المدخنة

النسبة المئوية	التكرار	نوع السجائر المدخنة
27.6%	60	مالبورو
47%	102	جولواز
25.4%	55	ريم
100%	217	المجموع

يتضح من الجدول (7) أن أنواع السجائر المدخنة من قبل الطلبة الجامعيين هم ثلاثة أنواع تتمثل في: سجائر ماربورو، جولواز، وريم، والرسم البياني التالي يمثل توزيع عينة الطلبة الجامعيين المدخنين حسب متغير نوع السجائر المدخنة:



الشكل (17): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير نوع السجائر المدخنة

4- أدوات الدراسة:

استعملت الطالبة الباحثة الأدوات التالية لاختبار فرضيات البحث:

➤ مقياس التفاؤل غير الواقعي "بدر الأنصاري" 2001

➤ مقياس الاتجاه نحو التدخين "عبد المنعم شحاتة محمود" 1988

4-1- مقياس التفاؤل غير الواقعي:

أ- وصف الأداة:

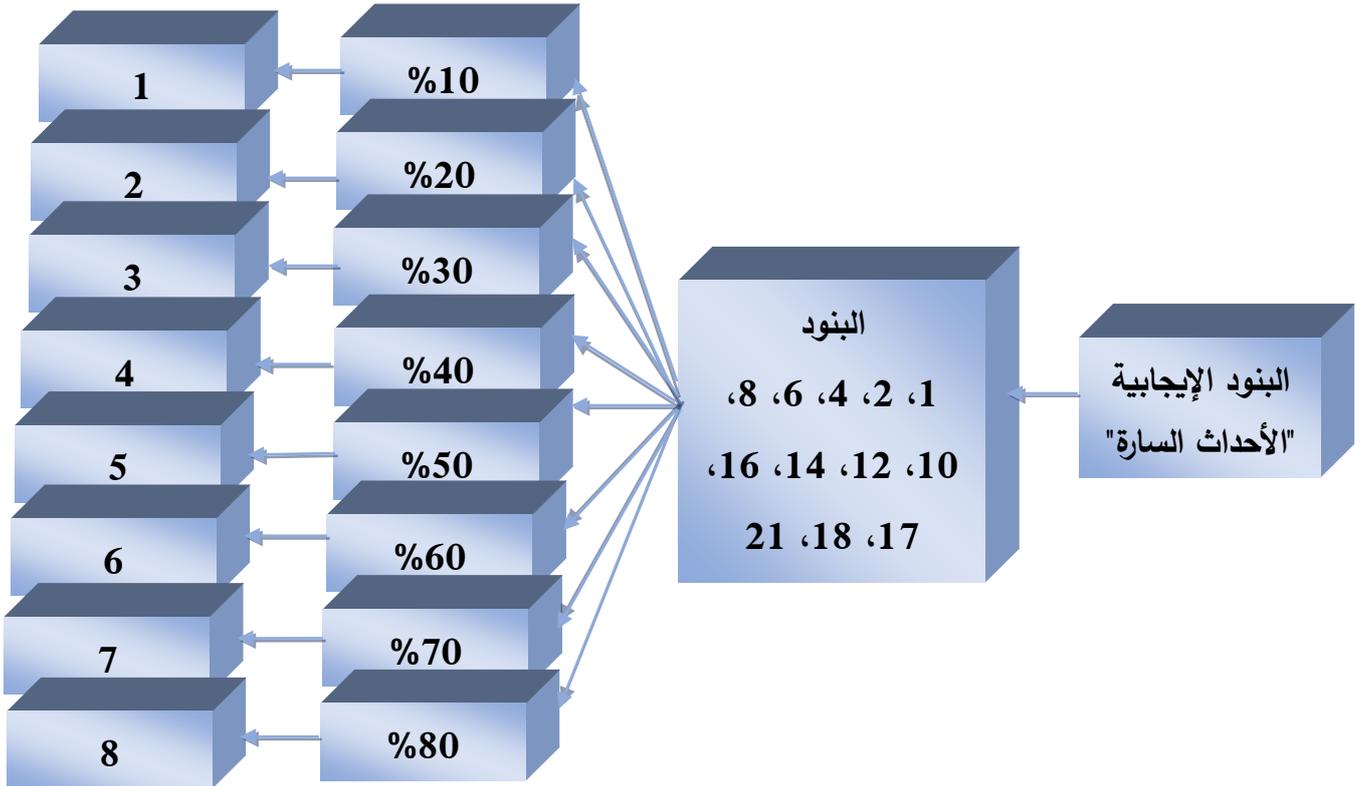
أعد هذا المقياس بدر محمد الأنصاري 2001، وهو مؤلف من 24 بند موزعة على بعدين هما: الأحداث السارة، والأحداث المفجعة بمعدل 12 بند لكل بعد، ولكل بند من بنود المقياس له تدرج ثماني تمثل في الدرجة المئوية من "10% إلى غاية 80%"، والجدول التالي يوضح توزيع بنود المقياس حسب الأبعاد.

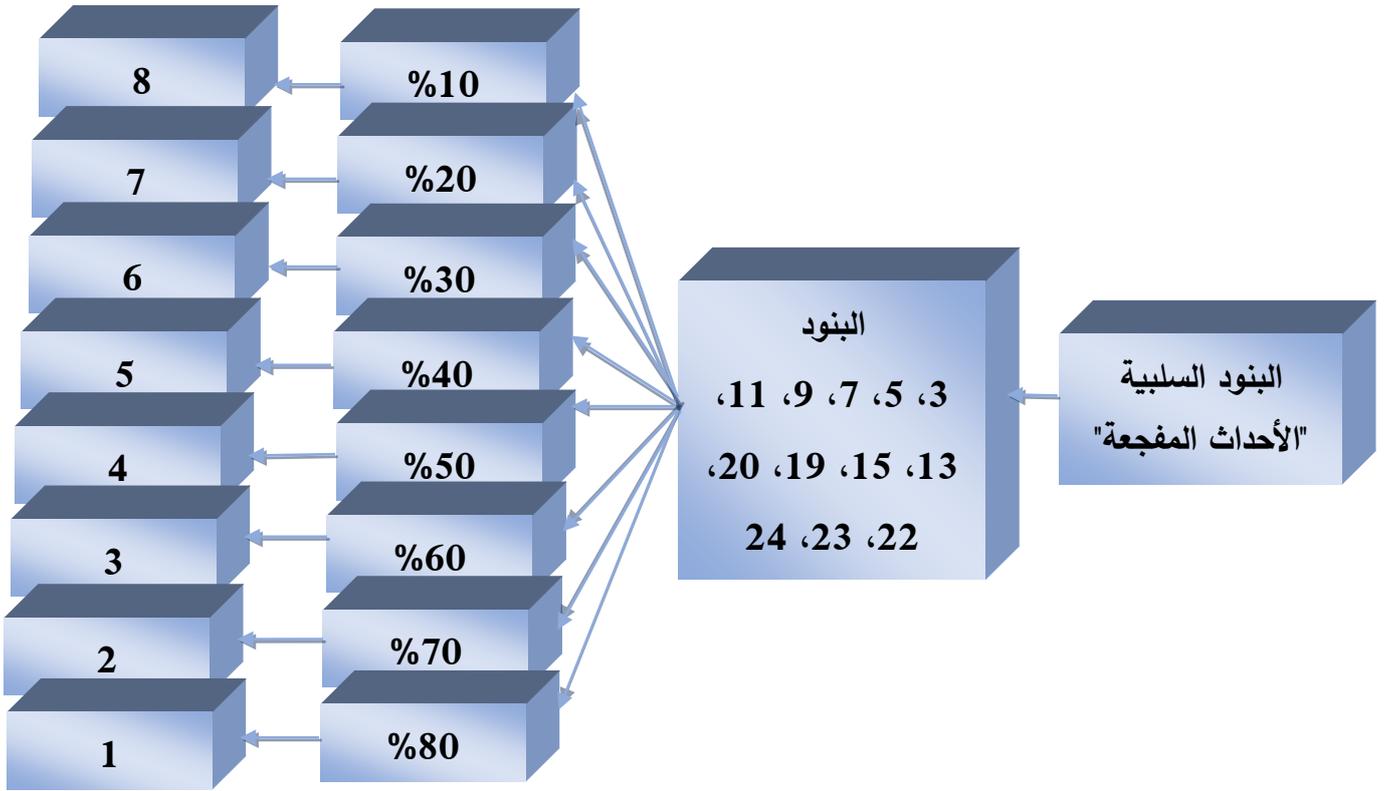
الجدول (8): يوضح توزيع البنود على أبعاد مقياس التفاؤل غير الواقعي

البنود التي تقيسها	الأبعاد
1، 2، 4، 6، 8، 10، 12، 14، 16، 17، 18، 21	الأحداث السارة
3، 5، 7، 9، 11، 13، 15، 19، 20، 22، 23، 24	الأحداث المفجعة

ب- كيفية تطبيق وتصحيح المقياس:

يطبق المقياس بصورة فردية أو جماعية، ويجب عليه من خلال قراءة البنود ووضع علامة (x) أمام النسبة المئوية التي يرى المبحوث أنها تمثل نسبة وقوع الحدث بالنسبة له في المستقبل. أما عن طريقة تصحيحه فالمقياس له ثمانية أوزان والتي تتوزع على الشكل التالي:





الشكل (18): يوضح أوزان بنود مقياس التفاؤل غير الواقعي

بحيث تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (24-192) درجة، إذ يدل ارتفاع الدرجة على ارتفاع التفاؤل غير الواقعي.

ج- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً- صدق المقياس:

لقد تم حساب صدق مقياس التفاؤل غير الواقعي بطريقتين هما: صدق المقارنة الطرفية، وصدق الاتساق الداخلي.

1- صدق المقارنة الطرفية:

تم حساب صدق المقارنة الطرفية للمقياس بعد ترتيب درجات العينة تنازلياً وأخذ نسبة (27%) من طرفي الترتيب، وتطبيق اختبار "ت" وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(9): يوضح نتائج اختبار "ت" بين متوسطي للطرفين على مقياس التفاؤل غير الواقعي

القيمة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	117	158.36	11.120	-39.696	232	0.00
الفئة الدنيا	117	103.05	10.172			

من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول (9) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (158.36) بانحراف معياري قدره (11.120)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (103.05) بانحراف معياري قدره (10.172)، وبحساب درجة الحرية التي قدرت ب (232) و"ت" المحسوبة التي بلغت (39.696) عند مستوى الدلالة (0.00) وهو أصغر من (0.05)، مما يعني وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا يجعلنا نطمئن لصدق المقياس.

2- صدق الاتساق الداخلي:

لقد تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات الأبعاد والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه الفقرة، ثم حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس ككل، ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

الجدول (10): يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد الأحداث السارة ودرجات بنوده

رقم البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.581**	0.01
2	0.437**	0.01
4	0.400**	0.01
6	0.601**	0.01
8	0.454**	0.01
10	0.495**	0.01
12	0.694**	0.01
14	0.588**	0.01

0.01	0.693**	16
0.01	0.540**	17
0.01	0.597**	18
0.01	0.613**	21

من خلال الجدول (10) نلاحظ أن بنود بعد الأحداث السارة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى 0.01، وقد تراوحت قيمتها بين 0.400-0.694، وهذا دليل أن البعد يتمتع بصدق عال.

الجدول (11): يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لبعد الأحداث المفجعة ودرجات بنوده

رقم البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
3	0.548**	0.01
5	0.601**	0.01
7	0.451**	0.01
9	0.630**	0.01
11	0.652**	0.01
13	0.415**	0.01
15	0.671**	0.01
19	0.645**	0.01
20	0.666**	0.01
22	0.662**	0.01
23	0.488**	0.01
24	0.658**	0.01

من خلال الجدول (11) نلاحظ أن بنود بعد الأحداث المفجعة تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى 0.01 وقد تراوحت قيمتها بين 0.415-0.671، وهذا دليل أن البعد يتمتع بصدق عال.

الجدول (12): يوضح معاملات الارتباط بين درجة الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس التفاؤل غير الواقعي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البعد
0.01	0.744**	الأحداث السارة
0.01	0.710**	الأحداث المفجعة

من خلال الجدول (12) نلاحظ أن أبعاد مقياس التفاؤل غير الواقعي تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائية عند مستوى 0.01 وقد تراوحت قيمتها بين 0.710-0.744، وهذا دليل أن مقياس التفاؤل غير الواقعي يتمتع بمعامل صدق مرتفع على كل أبعاده.

ثانياً - ثبات المقياس:

لقد تم حساب ثبات مقياس التفاؤل غير الواقعي بطريقتين هما: الثبات عن طريق التجزئة النصفية، وثبات ألفا كرونباخ.

1- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

لقد تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية، وذلك بتقسيم المقياس إلى نصفين (زوجي/فردى) وحساب معامل الارتباط بينهما، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول(13): يوضح معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس التفاؤل غير الواقعي

المؤشرات الإحصائية	معامل الارتباط "ر" المحسوب	تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون	الدلالة الإحصائية
البنود الزوجية	0.456**	0.626	0.01
البنود الفردية			

من خلال الجدول(13) نلاحظ أن معامل الارتباط المحسوب هو (0.456)، وبعد حساب معادلة تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون أصبحت النتيجة تساوي (0.626)، وهي معاملات كلها دالة عند 0.01، مما يدل على وجود قدر مرتفع من الثبات يمكن الاعتماد عليه والوثوق به.

2-معامل الثبات ألفا كرونباخ:

لقياس ثبات درجات المقياس تم الاعتماد على معامل الثبات ألفا كرونباخ بين بنود المقياس، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(14): يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس التفاؤل غير الواقعي

عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
24	0.791

من خلال الجدول (14) نلاحظ أن معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغ (0.791) وهو يقترب من الواحد الصحيح هذا يعني وجود قدر مرتفع من الثبات يمكن الاعتماد عليه والوثوق به.

4-2- مقياس الإتجاه نحو التدخين:

أ- وصف الأداة:

أعد هذا المقياس عبد المنعم شحاتة محمود 1988، وهو مؤلف من 34 بند منها 19 بند مع تحبيذ التدخين و15 بند مع عدم تحبيذ التدخين وكل بند من بنود المقياس له تدرج خماسي يتكون من "غير موافق تماما، غير موافق، محايد، موافق تماما، موافق"، والجدول التالي يوضح توزيع بنود تحبيذ التدخين وبنود عدم تحبيذ التدخين لمقياس الإتجاه نحو التدخين.

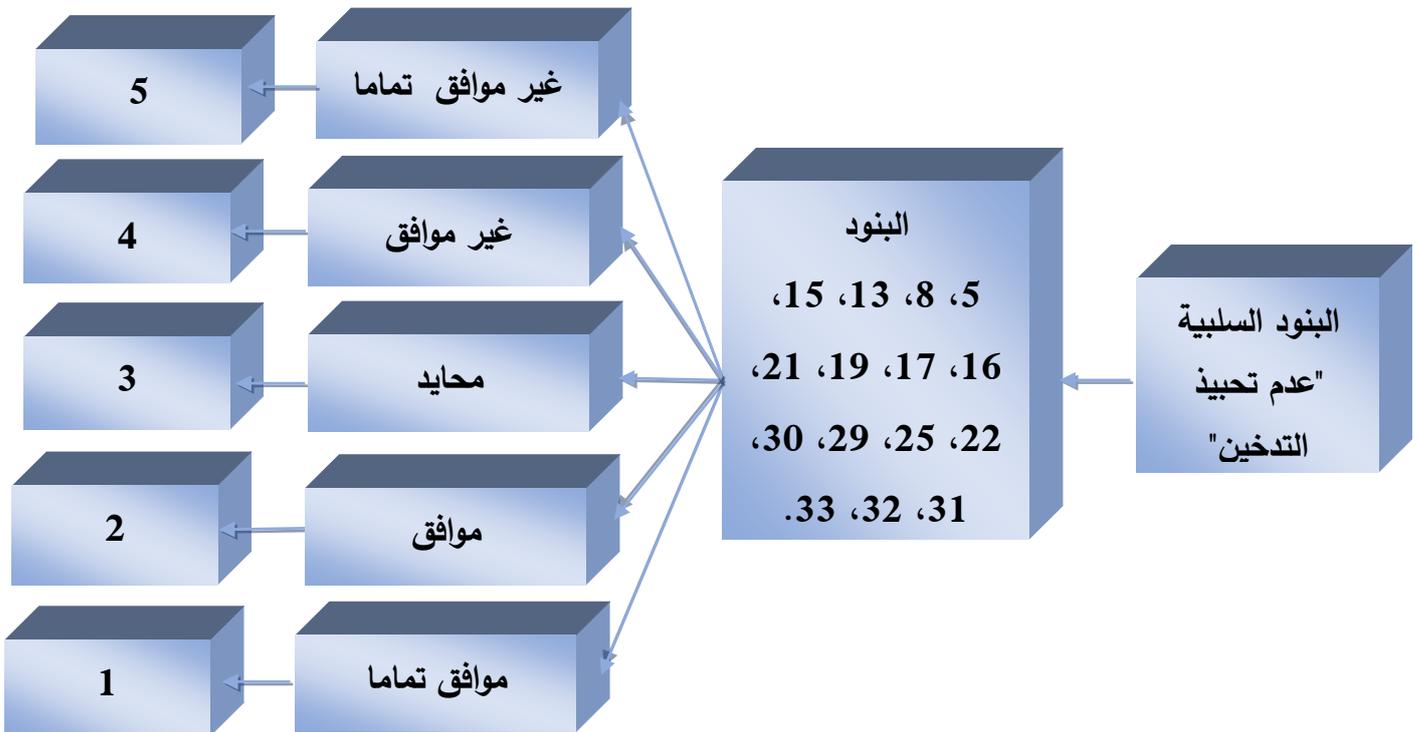
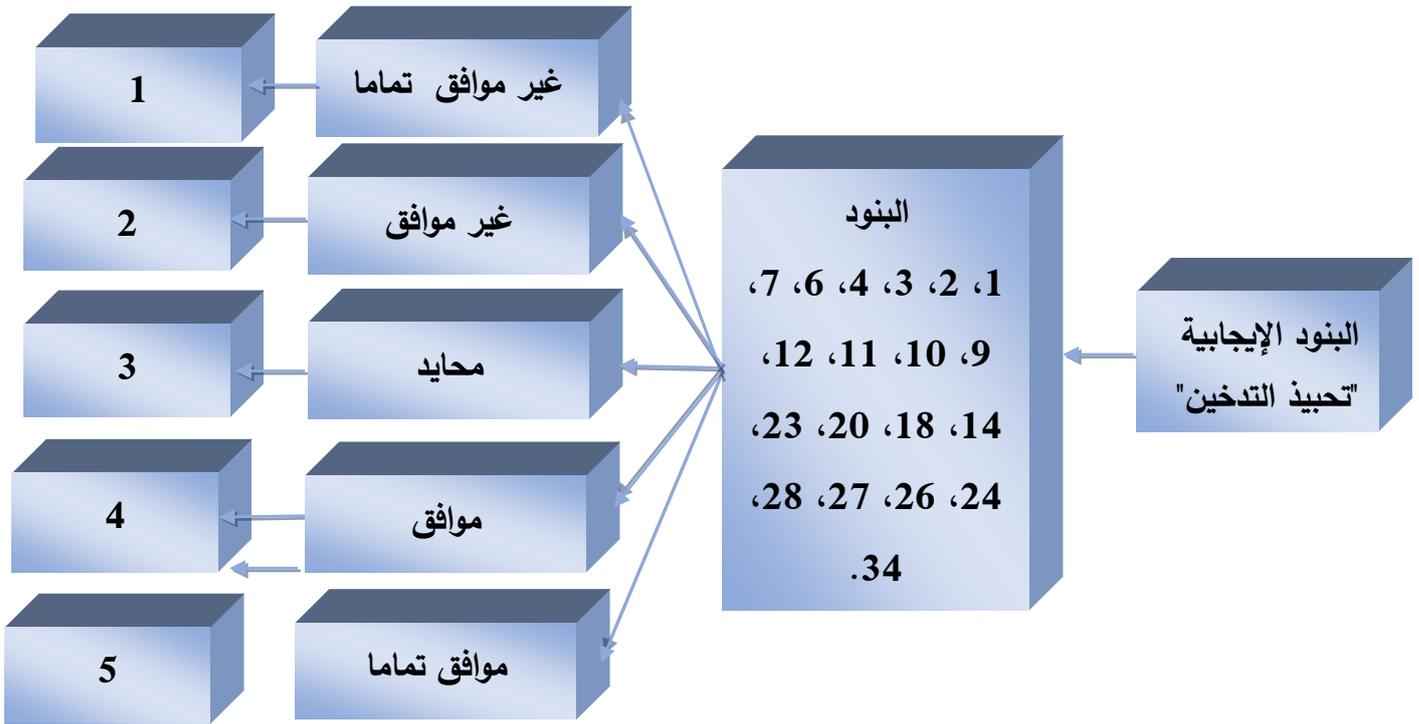
الجدول (15): يوضح توزيع بنود تحبيذ التدخين وبنود عدم تحبيذ التدخين لمقياس الإتجاه نحو

التدخين

رقم البند	البنود
1، 2، 3، 4، 6، 7، 9، 10، 11، 12، 14، 18، 20، 23، 24، 26، 27، 28، 34.	تحبيذ التدخين
5، 8، 13، 15، 16، 17، 19، 21، 22، 25، 29، 30، 31، 32، 33.	عدم تحبيذ التدخين

ب- كيفية تطبيق وتصحيح المقياس:

يطبق المقياس بصورة فردية أو جماعية، ويجب عليه من خلال قراءة البنود ووضع علامة (×) أمام البديل التي يرى المبحوث أنه يوافق إتجاهه وآرائه نحو التدخين. أما عن طريقة تصحيحه فالمقياس له خمسة أوزان والتي تتوزع على الشكل التالي:



الشكل (19): يوضح أوزان بنود مقياس الاتجاه نحو التدخين

ج- الخصائص السيكومترية للمقياس:

أولاً- صدق المقياس:

لقد تم حساب صدق مقياس الإتجاه نحو التدخين بطريقتين هما: صدق المقارنة الطرفية، وصدق الاتساق الداخلي.

1- صدق المقارنة الطرفية:

تم حساب صدق المقارنة الطرفية للمقياس بعد ترتيب درجات العينة تنازلياً وأخذ نسبة (27 %) من طرفي الترتيب، وتطبيق اختبار "ت" وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (16): يوضح نتائج اختبار "ت" بين متوسطي للطرفين على مقياس الإتجاه نحو التدخين

القيمة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الفئة العليا	177	106.25	7.856	-45.818	232	0.00
الفئة الدنيا	117	63.31	6.406			

من خلال النتائج المحصل عليها في الجدول (16) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (106.25) بانحراف معياري قدره (7.856)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (63.31) بانحراف معياري قدره (6.406)، وبحساب درجة الحرية التي قدرت ب (232) و"ت" المحسوبة التي بلغت (45.818) عند مستوى الدلالة (0.00) وهو أصغر من (0.05)، مما يعني وجود فروق دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وهذا يجعلنا نطمئن لصدق المقياس.

2- صدق الاتساق الداخلي:

لقد تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس بحساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقرة من فقرات المقياس والدرجة الكلية للمقياس ككل، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول (17): يوضح معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الإتجاه نحو التدخين وكل بند من بنوده

رقم البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.311**	0.01
2	0.541**	0.01
3	-0.035	غير دال احصائيا
4	0.546**	0.01
5	0.443**	0.01
6	0.249**	0.01
7	0.508**	0.01
8	0.367**	0.01
9	0.353**	0.01
10	0.180**	0.01
11	0.548**	0.01
12	0.482**	0.01
13	-0.090	غير دال احصائيا
14	0.457**	0.01
15	0.384**	0.01
16	0.502**	0.01
17	0.451**	0.01
18	0.395**	0.01
19	0.369**	0.01
20	0.493**	0.01
21	0.569**	0.01
22	0.403**	0.01
23	0.448**	0.01

0.01	0.406**	24
0.01	0.432**	25
0.01	0.471**	26
0.01	0.169**	27
0.01	0.546**	28
0.01	0.425**	29
0.01	0.576**	30
0.01	0.478**	31
0.01	0.531**	32
0.01	0.513**	33
0.01	0.359**	34

من خلال الجدول (17) يتبين لنا أن مقياس الإتجاه نحو التدخين يتمتع بمعامل صدق عال، وذلك لكون معظم البنود تتمتع بمعاملات ارتباط قوية ودالة إحصائياً عند مستوى 0.01، حيث تراوحت قيمتها بين 0.139-0.576، أما بالنسبة لكل من البند رقم 3 و13 كانت معاملات ارتباطهما غير دالة لذا قامت الطالبة الباحثة بحذف هذين البندين من أجل ضمان أن يكون المقياس صادقاً في كل بنوده.

ثانياً - ثبات المقياس:

لقد تم حساب ثبات مقياس الإتجاه نحو التدخين بطريقتين هما: الثبات عن طريق التجزئة النصفية، وثبات ألفا كرونباخ.

1- الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

لقد تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق التجزئة النصفية، وذلك بتقسيم المقياس إلى نصفين (زوجي/فردية) وحساب معامل الارتباط بينهما، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول(18): يوضح معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الإتجاه نحو التدخين

المؤشرات الإحصائية	معامل الارتباط "ر" المحسوب	تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون	الدالة الإحصائية
البنود الزوجية	0.719**	0.836	0.01
البنود الفردية			

من خلال الجدول(18) نلاحظ أن معامل الارتباط المحسوب هو (0.719)، وبعد حساب معادلة تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون أصبحت النتيجة تساوي (0.836)، وهي معاملات كلها دالة عند 0.01، مما يدل على وجود قدر مرتفع من الثبات يمكن الاعتماد عليه والوثوق به.

2-معامل الثبات ألفا كرونباخ:

لقياس ثبات درجات المقياس تم الاعتماد على معامل الثبات ألفا كرونباخ بين بنود المقياس، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول(19): يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس الإتجاه نحو التدخين

عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
34	0.847

من خلال الجدول (19) نلاحظ أن معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغ (0.847) وهو يقترب من الواحد الصحيح هذا يعني وجود قدر مرتفع من الثبات يمكن الاعتماد عليه والوثوق به.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استعانت الطالبة الباحثة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار الخامس والعشرون (SPSS V.25) لمعالجة النتائج المتحصل عليها، وقد تمثلت أهم الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها في:

➤ المتوسط الحسابي والانحراف المعياري:

للحصول على وصف لتوزيع متغيرات الدراسة وبعض خصائص العينة التي تم اعتمادها.

➤ التكرارات والنسب المئوية:

وذلك بهدف تحديد خصائص العينة من حيث المتغيرات التالية: التدخين، مكان الإجراء، السن، النشاط الرياضي، سنوات التدخين، عدد السجائر المدخنة في اليوم، ونوع السجائر المدخنة.

➤ معامل الارتباط بيرسون (Pearson):

وذلك بهدف حساب صدق وثبات أدوات الدراسة، وكذلك معرفة ما إذا كان هناك ارتباط بين الدرجات المتحصل عليها من مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس الإتجاه نحو التدخين.

➤ معادلة سبيرمان براون (Spearman – Brown):

وذلك بهدف تصحيح طول معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية.

➤ اختبار "ت" للعينات المستقلة:

وذلك بهدف حساب الصدق المقارنة الطرفية لأدوات الدراسة، وقياس الفروق القائمة بين المتوسطات وكذلك تحديد إتجاه الفروق بين:

- الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في مقياس التفاؤل غير الواقعي.
- الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في مقياس الإتجاه نحو التدخين.
- الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة والمدخنين غير الممارسين للرياضة في مقياس التفاؤل غير الواقعي.

➤ اختبار تحليل التباين الأحادي (Anova):

وذلك بهدف قياس الفروق القائمة بين المتوسطات وكذلك تحديد إتجاه الفروق بين:

- سنوات التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التناول غير الواقعي.
- عدد السجائر المدخنة في اليوم لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التناول غير الواقعي.

➤ الإنحدار الخطي المتعدد:

وذلك بهدف قياس أثر التناول غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

- 1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى
- 2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية
- 3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة
- 4- عرض ومناقشة الفرضية الرابعة
- 5- عرض ومناقشة الفرضية الخامسة
- 6- عرض ومناقشة الفرضية السادسة
- 7- عرض ومناقشة الفرضية السابعة
- 8- عرض ومناقشة الفرضية الثامنة
- 9- المناقشة العامة

1- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:

والتي نصت على "نتوقع أن يكون الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين هو الإتجاه الموجب (الإتجاه مع تحبيذ للتدخين)"

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة باستخراج المتوسط الفرضي لإستجابات الطلبة الجامعيين "المدخنين وغير المدخنين" لمقياس الإتجاه نحو سلوك التدخين والذي بلغ (64)، والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول (20): يوضح توزيع الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين

الإتجاه الموجب مع تحبيذ التدخين أكثر من 64		الإتجاه السالب ضد تحبيذ التدخين من 64 فأقل		الإتجاه
التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	العينة
210	%96.77	7	%3.23	المدخنين
113	%52.07	104	%47.93	غير المدخنين
323	%74.42	111	%25.58	العينة الكلية

من النتائج المبينة في الجدول (20) يتضح لنا أن معظم أفراد العينة يمتلكون إتجاه موجب نحو التدخين "الإتجاه المحبذ للتدخين" ، حيث بينت النتائج مايلي:

✓ بالنسبة للمدخنين:

أن (%96.77) من الطلبة الجامعيين المدخنين لديهم إتجاه موجب نحو التدخين "مع تحبيذ التدخين" مقابل (%3.23) لديهم إتجاه سالب نحو التدخين "ضد تحبيذ التدخين".

✓ بالنسبة لغير المدخنين:

أن (%52.07) من الطلبة الجامعيين غير المدخنين لديهم إتجاه موجب نحو التدخين "مع تحبيذ التدخين" مقابل (%47.93) لديهم إتجاه سالب نحو التدخين "ضد تحبيذ التدخين".

وعليه من خلال النتائج المتوصل إليها نجد أن الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين هو الإتجاه الموجب أي "مع تحبيذ التدخين"، وبالتالي تحققت الفرضية.

1-2- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (20) أن عينة الدراسة تمتلك إتجاه موجب نحو التدخين "مع تحبيذ التدخين" وذلك بنسبة (74.42%)، كما يتضح أن نسبة (96.77%) من الطلبة الجامعيين المدخنين يمتلكون إتجاه موجب نحو التدخين "مع تحبيذ للتدخين" مقابل (52.07%) من الطلبة الجامعيين غير المدخنين.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى تكون إعتقادات غير منطقية حول السلوك ذو العلاقة بالصحة المتمثل في "سلوك التدخين" والمتعلقة بنتائجه الإيجابية والتي تجعل الفرد يشعر بالانتماء، السعادة، والحيوية...إلخ، وهذا يتوافق مع ما جاءت به النظرية العقلية الانفعالية، حيث يرى أنصار هذا الإتجاه أن سلوك التدخين ناتج عن الإعتقادات غير العقلانية المرتبطة ببعض المشاعر والأحاسيس المتعلقة بالتدخين وأن سلوك التدخين ناتج عن التفسيرات الشخصية لنتائج عملية التدخين وتوقعات التعزيزات الاجتماعية. (العمرى، 2010)

وغالبا تنشأ هذه الإعتقادات غير المنطقية بدرجة كبيرة في مرحلة الشباب كونها مرحلة مهمة وحرحة في نفس الوقت من حيث درجة ومستوى التغيرات التي تحدث على مستوى مختلف الجوانب الجسمية، النفسية، الانفعالية، الاجتماعية، الاقتصادية والتي تبني شخصية الشباب وتحدد هويتهم وانتماءاتهم وهذا ما يفسر نتيجة هذه الدراسة، إذ أن عينة الدراسة الحالية أغلبها من الشباب حيث نجد أن (98.6%) من الطلبة الجامعيين المدخنين مقابل (91.7%) من الطلبة الجامعيين غير المدخنين من الفئة العمرية الممتدة بين 18 سنة إلى 30 سنة، وبالإضافة إلى ذلك فإن الإعتقادات اللامنطقية المتكونة لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين على حد سواء لم تنشأ من فراغ وإنما هي نتيجة التعرض المستمر للتعلم والتقليد والمحاكاة للنماذج التي تحيط بهم من الوالدين، الرفقاء المدخنين، الجماعة المرجعية، ونجوم السينما...إلخ، وهذا يتفق مع ما جاء به أنصار نظرية التعلم الاجتماعي والذين يرون أن الشاب يتعلم التدخين من: تدخين الوالدين، مصاحبة الرفاق المدخنين، الرغبة في الشعور بالانتماء، وأن التقليد والمحاكاة لها دور كبير في نشأ وتطوير عادة التدخين. (زيدان، 2014)

ومن ناحية أخرى وبحكم أن الوسط الجامعي يتضمن على حد سواء المدخنين وغير المدخنين فإنه يعتبر وسط خصب للتعلم والتفاعل بين أفرادها وتكوين إتجاهات موجبة أو سالبة نحو سلوك التدخين، حيث يرى الباحثان "ماحي ابراهيم" و"عدة بن عتو" (2015) أن المحيط الجامعي الذي يتواجد فيه الطلبة ذروته القصوى للتعلم والتفاعل مع الآخرين عن طريق تكوين صداقات مع أقرانهم والذي يساهم في نمو الإتجاهات والتصورات نحو هذا المحيط الذي يتواجد فيه المدخنون وغير المدخنون على حد سواء، حيث

تبنى عن طريق هذا الالتحام والتآزر عند القيام ببعض الأعمال والأبحاث معاني وصور وتمثيلات لمختلف المواضيع ومنها سلوك التدخين، حيث يعتبره البعض منهم أنه سلوك مرغوب فيه وأن الإنسان حر في حياته وفي إتخاذ قراراته بشأن صحته ومستقبله كمدخن، والبعض يعتبره سلوك حضاري يعبر عن الرقي والتحضر وهو نوع من إتباع الموضات والتأثر ببعض الشخصيات التلفزيونية، في حين يعتبره آخرون أنه عادة وسلوك عادي تماما ألف غير المدخنون رؤيته وألفوا التعامل مع ممارسيه وفق مبدأ التطبيع الاجتماعي والميل لأن يحب الفرد وأن يكون محبوب حتى ولو كان مدخنا وهذا ضمن القواعد السيكولوجية لتحقيق الذات والحاجات التي يصبوا إليها الفرد. (ماحي، وبن عتو، 2015)

إضافة الى ذلك وحسب نظرية الترابطات التفاضلية فإن الإعتقادات اللامنطقية المتكونة حول التدخين ناتجة عن وجود انطباع ضمني يصور التدخين متعة تدل على الجرأة والتحدي لتجريب الممنوع، والرغبة في تجربته ترتبط بإظهار النضج والكبر وتأكيد العلاقات الاجتماعية (العمرى، 2010)، وهو الأمر الذي نجده داخل الجماعات المرجعية التي تضم الرفقاء، فهذه الأخيرة لها دور كبير في ترسيخ الإعتقادات حول موضوع ما أو تعديلها أو تغييرها.

والجدير بالذكر أن تكوّن الإعتقادات غير المنطقية حول التدخين لا تؤدي بالضرورة إلى أن يكون الفرد مدخنا وهذا ما أثبتته نتائج الدراسة الحالية، حيث دلت النتائج إلى أن (52.07%) من مجموع الطلبة الجامعيين غير المدخنين يمتلكون إتجاه موجب نحو التدخين ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن هذه الفئة من الطلبة تقوم بعملية ضبط السلوك المدرك بمعنى أنها تقوم بمقارنة بين التأثيرات الإيجابية والسلبية لسلوك التدخين، حيث يرى أفراد هذه الفئة أن التأثيرات الإيجابية هي تأثيرات آنية تزول بزوال مفعول مادة النيكوتين، أما التأثيرات السلبية فهي تأثيرات وخيمة على الصحة وطويلة المدى، وهذا ما يشير إلى أن هذه الفئة يدركون أن ممارسة سلوك التدخين تشكل خطر على صحة المدخن.

2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية:

والتي نصت على أنه "توجد علاقة ارتباطية بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين".

2-1- عرض نتائج الفرضية الثانية:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بحساب قيمة معامل الارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة على مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس الإتجاه نحو التدخين، ويوضح الجدول التالي نتائج معاملات الارتباط بين درجات المقياسين:

جدول (21): يوضح قيم معاملات الارتباط بين مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس الإتجاه نحو التدخين

مستوى الدلالة	معامل الارتباط "ر"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات	
0.05	-0.153	24.321	126.93	التفاؤل غير الواقعي	المدخنين
		13.211	126.93	الاتجاه نحو التدخين	
0.01	-0.209	19.967	134.13	التفاؤل غير الواقعي	غير المدخنين
		15.141	67.25	الاتجاه نحو التدخين	
0.01	-0.236	22.515	130.53	التفاؤل غير الواقعي	الكلية
		17.581	77.62	الاتجاه نحو التدخين	

من خلال نتائج الجدول (21) نلاحظ أن معاملات الارتباط بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين دالة احصائياً لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، حيث بلغ معامل الارتباط لدى الطلبة الجامعيين المدخنين (-0.153) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، في حين بلغت قيمته لدى

الطلبة الجامعيين غير المدخنين (-0.209) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01)، كما نلاحظ أن معامل الارتباط للعينة ككل بلغ (-0.236) وهي قيمة دالة عند مستوى (0.01). وعليه يتضح لنا أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة دالة احصائياً بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وهذا ما يدل على تحقق الفرضية.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (21) إلى أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وتوضح لنا هذه النتيجة أنه كلما زادت درجة التفاؤل غير الواقعي كلما انخفضت درجة الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة "عبد العزيز حجي العززي" (2015) والتي توصلت إلى وجود علاقة سالبة دالة احصائياً بين التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين، كما تتفق مع نتائج كل من دراسة "Weinstein" وزملائه (2004)، و"Strecher" وآخرون (1995)، و"Reppucci" وآخرون (1991) والتي دلت نتائجهم أن المدخنين يقللون من احتمال تعرضهم لكل من السرطان، النوبة القلبية، والسكتة القلبية رغم معرفتهم بأنها نتيجة حتمية لسلوك التدخين.

وتفسر طالبة الباحثة هذه النتيجة إنطلاقاً من كون أن التفاؤل غير الواقعي هو تشوه معرفي يمس تصورات وإعتقادات الفرد نحو درجة تعرضه لخطر الحوادث السلبية الناتجة عن سلوكاته والتي يحتمل وقوعها في الواقع، بحيث يميل إلى تقليل درجة وقوع الخطر والأحداث السلبية في مقابل ذلك يعتقد أنه أكثر عرضة للأحداث الايجابية مقارنة بالآخرين، وهذا ناتج بدرجة كبيرة عن شعور الفرد بالقدرة على ضبط الأحداث من حوله.

ومن جهة أخرى وبإعتبار أن إتجاه الطلبة نحو التدخين ينشأ من تكون إعتقاداتهم المنطقية وغير المنطقية حول التدخين ومن تعرضهم لمختلف النماذج في الوسط الجامعي، وبالإضافة إلى كون سلوك التدخين سلوك مرتبط بالصحة يخضع لمبدأ القابلية المدركة للإصابة والخطورة المدركة للإصابة، فإنه عرضة لأن يكون واقع تحت تأثير التشوه المعرفي الذي يحدثه التفاؤل غير الواقعي والنتائج عن الشعور بالقدرة على السيطرة والتحكم في النتائج الناجمة عنه.

ومن هذا المنطلق يصبح الطالب ذو التفاؤل غير الواقعي لا يبالي بدرجة كبيرة بنتائج سلوك التدخين فنجد أن بعض الطلبة لا يمانعون أن يكونوا مدخنين لأنهم يكونون صورة نمطية للفرد المدخن والمعرض لخطر الإصابة، والتي يتم تنشيطها عندما يفكر في خطر الإصابة أو عندما يواجه في الحقيقة خطر الإصابة فيقوم في هذه الحالة بمقارنة نفسه مع الصورة النمطية شديدة الخطورة مما يؤدي إلى التقليل النسبي لخطر إصابته الناتجة عن التدخين، فعلى سبيل المثال: قد يفترض الطلبة الذين لا يعيشون في بيئة ملوثة والذين يمارسون النشاط الرياضي أنهم أقل عرضة لخطر الإصابة بالسرطان حتى وإن كانوا مدخنين، فمثل هذه الصورة النمطية لخطر الإصابة تجعل الفرد يشعر بقدرته على التحكم والسيطرة، وهذا يتفق مع نتائج دراسة "Hahn" و"Renner" (1998) والتي وجدت أن المدخنين يمتلكون تفاؤلاً غير واقعيًا رغم أنهم الأكثر عرضة للإصابة بسرطان الرئة، سعال المدخن، والنوبة القلبية، وأن الصورة النمطية للخطر بالنسبة لفئة المدخنين تمثلت في أن تدخين 24 سجارة قوية لكل يوم لمدة 14 سنة تسبب سرطان الرئة، وتدخين 24 سجارة قوية لمدة 12 سنة تسبب سعال المدخن، أما الصورة النمطية للخطر بالنسبة لفئة غير المدخنين تمثلت في أن تدخين 21 سجارة قوية لمدة 11 سنة تحمل مخاطرة كبيرة.

وعليه فالشعور بالحصانة ضد الخطر المحقق من التدخين يرجع إلى شعور الفرد بقدرته على الضبط، وذلك نتيجة لتكون صورة نموذجية للمدخن شديد الخطورة والتي تدفع بالفرد إلى تدخين السجائر الخفيفة والقيام ببعض الممارسات السلوكية الصحية والتي تعرف بـ"السلوكات الصحية التعويضية"، مما يجعله يشعر بقدرته على السيطرة والتحكم في نتائج ممارسة سلوك التدخين، ولهذا نجد أن المدخنين يميلون إلى استبعاد احتمال وقوعهم في خطر الإصابة مما يعزز إعتقادهم بالحصانة ضده، بالإضافة إلى ذلك فقد يببالغون في توقع حصول الأحداث الإيجابية لهم مما يعزز شعورهم الزائف بالقدرة على ضبط أي التحكم في سلوكهم. وهذا ما ذهبت إليه "Mihabet" وزملائها (2002) عند تفسيرها للتفاؤل غير الواقعي، حيث أوضحت أنه راجع إلى الشعور بالقدرة على ضبط وإدراك القوة المتعلقة بحدث ما، وأن القدرة في التحكم في مرض ما كالسيديا مثلا ممكنة بإتباع إجراءات وقائية معروفة، بينما لا يمكن للشخص أن يتحكم في حدوث كارثة طبيعية كالزلازل مثلا. (Mihabet, & all,2002)

وبالتالي يتضح لنا أن العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وتبني سلوك ذو علاقة بالصحة يرتبط ارتباطا وثيقا بدرجة ضبط ذلك السلوك من قبل الفرد، فكلما كان السلوك قابلا للضبط كلما شعر الفرد بالتفاؤل غير الواقعي اتجاهه.

3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة:

والتي نصت على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين".

3-1- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بتطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (22): يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في مقياس التفاؤل غير الواقعي

المتغير	العينة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	الطلبة المدخنين	217	126.93	24.321	-3.372	432	0.001
	الطلبة غير المدخنين	217	134.13	19.967			

من خلال الجدول (22) نلاحظ أن قيمة "ت" بلغت (3.372) عند درجة حرية (432) وعند مستوى دلالة (0.001) وهو أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي لصالح الطلبة الجامعيين غير المدخنين، وهذا ما يدل على تحقق الفرضية.

3-2- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (22) إلى أن هناك فروق دالة إحصائية بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي لصالح الطلبة الجامعيين غير المدخنين، تتفق هذه النتيجة مع دراسة "عبد العزيز حجي العزي" (2015) والتي توصلت إلى وجود فروق بين الشباب المدخنين وغير المدخنين في التفاؤل غير الواقعي لصالح غير المدخنين، كما إتفقت مع نتائج الدراسة الأولى التي أجراها "Reppucci" وزملائه (1991) والتي دلت أن غير المدخنين ينظرون إلى فرصهم للإصابة بسرطان الرئة على أنها أقل من المتوسط، بالمقابل يرى المدخنين أنهم لديهم فرصة واحدة

متوسطة للإصابة بسرطان الرئة، ومن جهة أخرى تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة **"Weinstein"** وزملائه (2004) والتي توصلت إلى أن المدخنين يقللون من خطر الإصابة بسرطان الرئة مقارنة بغير المدخنين.

فعلى الرغم من أن الطلبة المدخنين وغير المدخنين يمتلكون تفاؤلاً غير واقعيًا إلا أنه يوجد فرق بينهما لصالح الطلبة غير المدخنين، وهذا يمكن تفسيره إنطلاقاً من دور الخبرة الذاتية في إدراك المخاطر والذي يعد عاملاً مؤشراً على التفاؤل غير الواقعي، حيث وضح **"Weinstein"** (1988-1989) أن القابلية للإصابة لا يمكن أن تعاش إذا لم يكن المرء قد عاش الخطر أو قد سمع شيئاً عن الخطر بالنسبة للآخرين (زعابطة، 2010)، ففي الدراسة الحالية نجد أن الخبرة الذاتية حول إدراك المخاطر بالنسبة لطلبة غير المدخنين لم تنشأ من معايشة الخطر باعتبارهم أفراد لا يمارسون سلوك غير صحي والمتمثل في "سلوك التدخين"، وإنما تكونت لديهم من خلال المعلومات المكتسبة حول الأخطار المحدقة بالفرد المدخن خاصة الصحية منها وذلك لما تحتويه السجارة من مواد سامة.

ونتيجة لهذه الخبرة الذاتية يضع الطالب غير المدخن نفسه في مقارنة مع الطالب المدخن وهذه العملية تعرف بالمقاربة التنازلية وهي حسب **"Weinstein"** آلية معرفية تقوم على تكوين صورة نمطية أقل دافعية عن الفرد الذي لا يقوم بأشياء كبيرة لتحسين حظوظه في تحاشي الخطورة، وبصورة أدق يقوم الأفراد بجمع التصورات المستمدة من الخبرة الذاتية بمقارنة أنفسهم مع غيرهم من الأفراد الذين يتصفون بتعرضهم الدائم للخطر (Milhabat, Desrichard, & Verlhac, 2002)، وعليه فالطلبة غير المدخنين يشكلون صورة نمطية للمدخن والذي في نظرهم لا يمكن أن يشبههم، من هنا يدرك الطالب غير المدخن بأنه أقل عرضة للمخاطر، ومن جهة أخرى يزداد هذا الإدراك أكثر فأكثر عندما يمارس الفرد سلوكيات تتصف بأنها سلوكيات ذات علاقة بالصحة وقائية فنجد في هذه الحالة الطالب غير المدخن الممارس للنشاط الرياضي يدرك بأنه أقل عرضة للمخاطر من الطالب المدخن حتى وإن كان يمارس النشاط الرياضي.

وعليه فإن التمثيل المعرفي للمخاطر يشتمل على صورة الفرد المعرض للخطر بصورة أكبر والتي تنشأ بدورها عن الخبرة الذاتية المتعلقة بالخطر بالنسبة للآخرين، وهذا ما جعل الطلبة غير المدخنين لديهم تفاؤلاً غير واقعي بدرجة كبيرة عن الطلبة المدخنين.

4- عرض ومناقشة الفرضية الرابعة:

والتي نصت على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين".

4-1- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بتطبيق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (23): يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في مقياس الإتجاه نحو التدخين

المتغير	العينة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الاتجاه نحو التدخين	الطلبة المدخنين	217	87.98	13.211	15.196	432	0.000
	الطلبة غير المدخنين	217	67.25	15.141			

من خلال الجدول (23) نلاحظ أن قيمة "ت" بلغت (15.196) عند درجة حرية (432) وعند مستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق دالة احصائياً بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في الإتجاه نحو التدخين لصالح الطلبة الجامعيين المدخنين، وهذا ما يدل على تحقق الفرضية.

4-2- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (23) إلى أن هناك فروق دالة احصائياً بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في الإتجاه نحو التدخين لصالح الطلبة المدخنين، وجاءت هذه الفرضية موافقة لنتائج الفرضية الأولى، حيث يتضح من الجدول (20) أن نسبة (96.77%) من الطلبة الجامعيين المدخنين يمتلكون إتجاه موجب نحو التدخين مقابل (52.07%) من الطلبة الجامعيين غير المدخنين الذين يملكون أيضاً نفس الإتجاه الموجب نحو التدخين.

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى تكون تصورات وإعتقادات تتسم بالإيجابية نحو سلوك التدخين لدى أفراد العينة، وهذا نظرا لكون أن سلوك التدخين في الوقت الراهن أصبح يمثل سلوك اجتماعي مألوف ومرغوب رغم خطورته، فنجد من يتصور أن التدخين يساعد في حل المشكلات وخفض التوتر والضغوطات، كما نجد أن هناك من يتصور بأنه سلوك حضاري وغيرها من التصورات الإيجابية التي تساهم في تشكيل الإتجاه الموجب نحو التدخين، ونظرا لكون أن التصورات في الأصل عبارة عن مكون اجتماعي سلوكي ومعرفي فإن البيئة الاجتماعية المحيطة بالطالبة المتمثلة في الوسط الجامعي تعزز هذه التصورات والتي بدورها تؤدي إلى تشكل الإتجاه الموجب نحو التدخين لدى الطلبة المدخنين وغير المدخنين وهذا لإحتوائها على نماذج مختلفة التي توفر المكونات الأساسية لتشكل الإتجاه والمتمثلة في المكون الاجتماعي، العاطفي، والمعرفي.

وعلى الرغم من أن الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين يمتلكون إتجاهات موجبة نحو التدخين إلا أن هناك فروق بينهما لصالح المدخنين، وهذا ترجعه الطالبة الباحثة إلى مجموعة من العوامل والتمثل في:

- إدراك مخاطر التدخين:

فنجد أن المدخنين وغير المدخنين يدركون على حد سواء خطورة التدخين، إلا أن المدخنين يعتقدون أن هناك سلوكيات يمكن للفرد المدخن أن يتبعها ليقفل من حدة المخاطر، نذكر منها على سبيل المثال لا على سبيل الحصر: ممارسة الرياضة، حيث نجد أن نسبة (53.91%) من الطلبة الجامعيين المدخنين يمارسون النشاط الرياضي وهذا بدوره يؤدي إلى إحداث فرق في إدراك المخاطر بين المدخنين وغير المدخنين مما يزيد من درجة إتجاه الطلبة المدخنين نحو التدخين.

- الخبرة الشخصية مع التدخين:

إن الخبرة الشخصية التي يكتسبها الفرد من ممارسته لسلوك ما تزيد من درجة إتجاهه نحو ذلك السلوك، فالطالب المدخن تزداد إتجاهاته الإيجابية نحو التدخين وتترسخ نتيجة لخبرته الشخصية فمثلا: بالرجوع إلى نتائج مقياس الاتجاه نحو التدخين نجد أن معتقد التدخين يساعد على الإسترخاء وإزالة التوتر في المواقف الصعبة مرتفع لدى الطلبة الجامعيين المدخنين مقارنة بالطلبة غير المدخنين، وهذا راجع إلى التجربة الشخصية لدى الطالب المدخن فنجده يشعر بالراحة وانخفاض التوتر والضغط عندما يدخن السجائر في المواقف الصعبة والضاغطة.

- تكرار الخبرة:

إن تكرار الخبرة الناتجة عن ممارسة سلوك ما هي الأخرى تؤدي إلى زيادة الإتجاه الموجب نحو ذلك السلوك، فالطالب المدخن الذي يجد الحل لمشكلة ما استعصت عليه بعد تدخينه للسجائر تتكون لديه خبرة ومع تكرار هذه الخبرة مع مشكلات أخرى يزداد الطالب المدخن قناعة بالتصور الذي يمتلكه حول التدخين والذي يتمثل في أن التدخين يساعد على حل المشكلات، لذلك نجد أن الطالب المدخن تزداد إتجاهاته الإيجابية نحو التدخين مقارنة بالطالب غير المدخن.

- شدة الفوائد المدركة لسلوك التدخين:

ف نجد أن الطالب المدخن يدرك أن النتائج الإيجابية للتدخين تفوق نتائجه السلبية، وهذا راجع بدرجة كبيرة إلى الصورة النموجية التي يمتلكها الطالب المدخن "المدخن شديد الخطورة" فمثلا: نجد أن الطالب المدخن الممارس للنشاط الرياضي يمتلك صورة نموجية بأن التدخين مع ممارسة الرياضة يقلل من خطورة الإصابة بالأمراض، ففي هذه الحالة يقيم نتائج التدخين الإيجابية على أنها أكبر من نتائجه السلبية، في المقابل نجد أن الطالب غير المدخن يرى بأن النتائج الإيجابية للتدخين آنية وأن نتائجه السلبية ستظهر على الفرد المدخن مهما مارس هذا الأخير سلوكات تقلل من حدة الإصابة، ومن هنا تزداد الإتجاهات الإيجابية للتدخين لدى الأفراد المدخنين مقارنة بغير المدخنين.

وبناء عليه يمكن القول أن هذه العوامل هي التي تحدث بدرجة كبيرة الفرق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في الاتجاه نحو التدخين وهذا لصالح الطلبة المدخنين.

5- عرض ومناقشة الفرضية الخامسة:

والتي نصت على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير ممارسة الرياضة".

5-1- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بتطبيق إختبار "ت" لعينتين مستقلتين بين الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة والمدخنين غير الممارسين للرياضة، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (24): يوضح قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التفاؤل غير الواقعي في ضوء متغير ممارسة الرياضة

المتغير	العينة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	الطلبة المدخنين الممارسين للرياضة	117	132.62	23.743	3.850	215	0.000
	الطلبة المدخنين غير الممارسين للرياضة	100	120.26	23.383			

من خلال نتائج الجدول (24) نلاحظ أن قيمة "ت" بلغت (3.850) عند درجة حرية (215) وعند مستوى دلالة (0.000) وهو أقل من (0.05)، مما يدل على وجود فروق دالة احصائيا بين الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة والمدخنين غير الممارسين للرياضة في التفاؤل غير الواقعي لصالح الطلبة المدخنين الممارسين للرياضة، وهذا ما يدل على تحقق الفرضية.

5-2- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (24) إلى أن هناك فروق دالة احصائيا بين الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة والمدخنين غير الممارسين للرياضة في التفاؤل غير الواقعي لصالح الطلبة المدخنين الممارسين للرياضة، تتفق هذه النتيجة مع دراسة "Weinstein" وزملائه (2004) والتي وجدت أن أغلب أفراد العينة يعتقدون أن ممارسة الرياضة تؤدي إلى القضاء على أغلب تأثيرات التدخين.

فعلى الرغم من أن المدخنين الممارسين للرياضة والمدخنين غير الممارسين للرياضة معرضين لخطر الإصابة إلا أن المدخنين الممارسين للرياضة يشوهون بتقائلهم الزائد حجم المخاطر الصحية الناتجة عن التدخين، وهذا ما تفسره الطالبة الباحثة إلى أن الفرد يحمل تصورات حول العوامل التي تقضي أو تخفف المخاطر بالنسبة له وتمكنه من وضع صورة نموذجية لسلوكات ذات العلاقة بالصحة، حيث نجد هنا أن الطالبة المدخنين الممارسين للرياضة تكونت لديهم صورة نمطية نموذجية للمدخن والتي تعرف "بالمدخن النموذجي" والتي تتمثل في أن الفرد المدخن والممارس للنشاط الرياضي تقل نسبة تعرضه لخطر الإصابة المتعلقة بممارسة سلوك التدخين.

ومن ناحية أخرى تعبر هذه الصورة النموذجية عن معتقد صحي تعويضي يتجسد في مدى فعالية ممارسة الرياضة في الوقاية من خطر الإصابة المرتبطة بالتدخين وهذا يعني إمكانية التحكم في المخاطر عن طريق ممارستها، هذا المعتقد يستخدم كدافع للحماية والذي ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة للخطورة والقابلية المدركة للإصابة، ففي هذه الحالة نجد أن الطالبة المدخنين يقارنون شدة خطورة ممارسة سلوك التدخين والقابلية للإصابة بالأخطار المتعلقة به في حالة ممارسة أو عدم ممارسة الرياضة، فنجدهم يميلون إلى تقليل شدة خطورة التدخين وقابلية الإصابة في حالة التدخين مع ممارسة الرياضة كون هذه الأخيرة حسب معتقداتهم الصحية التعويضية تعمل كسلوك صحي وقائي يقلل من خطر الإصابة حتى وإن كان الفرد مدخناً فيستخدمونها كحجة لتبرير تبنيهم إتجاه موجب حول سلوك التدخين واستمرارهم في ممارسته، وهذا ما يجعل الطالبة المدخنين الممارسين للرياضة متفائلين غير واقعيين بدرجة زائدة عن الطالبة المدخنين غير الممارسين للرياضة.

6- عرض ومناقشة الفرضية السادسة:

والتي نصت على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير سنوات التدخين".

6-1- عرض نتائج الفرضية السادسة:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بتطبيق إختبار تحليل التباين الأحادي لمقياس التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير سنوات التدخين، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (25): يوضح اختبار "ف" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التفاؤل غير الواقعي في ضوء متغير سنوات التدخين

المتغير	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	بين المجموعات	450.931	3	150.310	0.215	0.860
	داخل المجموعات	127313.890	213	597.718		
	المجموع الكلي	127764.820	216			

من خلال نتائج الجدول (25) نلاحظ أن قيمة "ف" المحسوبة بلغت (0.215) عند مستوى دلالة (0.860) وهو أكبر من (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق دالة احصائيا في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين تعزى لمتغير سنوات التدخين، وهذا يدل على عدم تحقق الفرضية.

6-2- تفسير نتائج الفرضية السادسة:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (25) إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين تبعا لمتغير سنوات التدخين، وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى العلاقة القائمة بين القابلية للتحكم المتصورة والتفاؤل غير الواقعي، ونظرا لكون هذا الأخير هو تشوه معرفي مرتبط بإدراك المخاطر فلا إدراك القابلية للتحكم تأثيرا كبيرا على إدراك المخاطر، لذلك فإن تقييم المخاطر لا يعتمد فقط على قراءة العلامات الخارجية للخطر وبدلا من ذلك فإن إدراك المخاطر هو

خاصية علائقية ناتجة عن قدرة الفرد على التأقلم والنظر في ضرر الحدث السلبي "السلوك ذو العلاقة بالصحة الممارس"، فنجد أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم قادرون على ممارسة السيطرة على التهديدات المحتملة يواجهون مستويات منخفضة من إشارة القلق ومنه يعتبرون أنهم أقل عرضة للخطر، أما الأفراد الذين يفتقرون إلى القدرة على السيطرة يعتبرون أنفسهم أكثر عرضة للمخاطر، وعليه فإن السيطرة المتصورة والتي تعتبر وهم إيجابي تفسر التحيز المتفائل في إدراك الأفراد للمخاطر. (Rhee, Ryu,& Kim,2012)

ومن هذا المنطلق نجد أن المدخنين يعتقدون بأنهم يمتلكون القدرة على السيطرة على أخطار التدخين من خلال ممارستهم لسلوكات تعويضية تقلل خطر الإصابة مهما اختلفت عدد سنوات التدخين من بين هذه السلوكات نجد ممارسة الرياضة، وهذا ما أكدته نتائج الفرضية (5) والتي دلت على وجود فروق دالة احصائيا في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة المدخنين تبعا لمتغير ممارسة الرياضة لصالح الطلبة الجامعيين الممارسين للرياضة، بالإضافة إلى ذلك فإن الخبرة التي يكتسبها الفرد من تجاربه الشخصية أو من تجارب الآخرين تلعب دورا في إدراك الخطر، فنجد أن الطالب المدخن من خلال ملاحظته للأفراد الذين دخنوا لسنوات طويلة بأنهم لم يتعرضوا لأي خطر من أخطار التدخين تتكون لديه فكرة الحصانة فيعتقد بأنه لن يتعرض لخطر الإصابة مهما زادت سنوات التدخين، ومن هنا يمكن القول بأن التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين لا يتأثر بعدد سنوات التدخين نتيجة إدراكهم المشوه للمخاطر، وعليه لا توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة المدخنين تعزى لسنوات التدخين، وهذا ما يدل على عدم تحقق الفرضية.

7- عرض ومناقشة الفرضية السابعة:

والتي نصت على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم".

7-1- عرض نتائج الفرضية السابعة:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بتطبيق إختبار تحليل التباين الأحادي لمقياس التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول (26): يوضح اختبار "ف" لدلالة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في مقياس التفاؤل غير الواقعي في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم

المتغير	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	بين المجموعات	989.633	3	329.878	0.554	0.646
	داخل المجموعات	126775.187	213	595.189		
	المجموع الكلي	127764.820	216			

من خلال نتائج الجدول (26) نلاحظ أن قيمة "ف" المحسوبة بلغت (0.554) عند مستوى دلالة (0.646) وهو أكبر من (0.05)، مما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين تعزى لمتغير عدد السجائر المدخنة في اليوم، وهذا يدل على عدم تحقق الفرضية.

7-2- تفسير نتائج الفرضية السابعة:

توصلت النتائج المبينة في الجدول (26) إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين تبعاً لمتغير عدد السجائر المدخنة في اليوم، جاءت هذه النتيجة مناقضة لما توصلت إليه دراسة "Weinstein" وزملائه (2004)، حيث وجدوا أن احتمالية الإصابة بسرطان الرئة والسرطان عموماً لا تزيد إلا بزيادة عدد السجائر المدخنة في اليوم.

وترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى تكون صورة نموذجية حول المدخن شديد الخطورة لدى أفراد العينة والتي لا تقوم على عدد السجائر المدخنة في اليوم، وإنما تقوم في الأساس على نوعية السجائر المدخنة "هل هي قوية أم خفيفة"، ونظراً لكون أن أفراد العينة هم طلبة جامعيين فإن المعلومات التي يمتلكونها حول مكونات السجائر تجعلهم يدركون أن قابلية الإصابة الناتجة عن تدخين السجائر القوية أي السجائر التي تحتوي على نسب عالية من التبغ والنيكوتين والقطران تكون أكبر بكثير من القابلية للإصابة عند تدخين السجائر الخفيفة، ومنه يتكون لديهم تصور بأن عدد السجائر المدخنة في اليوم ليست ذات خطورة إلا إذا كانت ذات نوعية قوية. وبالرجوع إلى خصائص العينة نجد أن الطلبة المدخنين يدخنون ثلاثة أنواع من السجائر والمتمثلة في مالبورو، جولواز، وريم، وهي سجائر تتسم بأنها ذات نوعية خفيفة وهذا نظراً لإحتوائها على نسب قليلة من التبغ والنيكوتين والقطران.

كما تعزي الطالبة الباحثة أيضاً عدم وجود الفروق إلى طبيعة عينة الدراسة والتي تعتبر عينة متجانسة من حيث عدد السجائر المدخنة في اليوم فغالبية الطلبة يدخنون بين سيجاريتين إلى 20 سيجارة (علبة) في اليوم أي بنسبة (81.6%) وبالتالي فالتفاوض غير الواقعي يكون بنفس المستوى وعليه لا نجد فروق في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين في ضوء عدد السجائر المدخنة في اليوم.

8- عرض ومناقشة الفرضية الثامنة:

والتي نصت على أن: "يؤثر التفاؤل غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين."

8-1- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بحساب الإنحدار الخطي المتعدد بين أبعاد مقياس التفاؤل غير الواقعي والتي تمثل المتغيرات المستقلة والدرجة الكلية لمقياس الإتجاه نحو التدخين الذي يمثل المتغير التابع، والجدول التالية توضح ذلك:

الجدول (27): يوضح اختبار "ف" لإختبار معنوية الإنحدار الخطي المتعدد

النموذج	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
1	بين المجموعات	886748	2	4433.743	15.293	0.00
	داخل المجموعات	124965.021	431	289.942		
	المجموع الكلي	133832.507	433			

من خلال نتائج الجدول (27) نلاحظ أن قيمة "ف" بلغت (15.293) عند مستوى دلالة (0.00) وهي أقل من (0.05)، مما يدل على وجود تأثير دال احصائياً للمتغيرات المستقلة (الأحداث السارة والأحداث المفجعة) على المتغير التابع (الإتجاه نحو التدخين).

الجدول (28): يوضح ملخص نتائج إختبار الإنحدار المتعدد بين المتغيرات المستقلة "الأحداث السارة والأحداث المفجعة" والمتغير التابع الإتجاه نحو التدخين"

النموذج	المتغيرات المستقلة	قيمة "ر"	قيمة "ر ² "	قيمة "B"	قيمة "ت"	دلالة "ت"	معامل تصحيح التباين
1	الثابت			104.055	21.099	0.00	
	الأحداث السارة	0.257	0.066	-0.273	-5.022	0.00	1.033
	الأحداث المفجعة			-0.104	-2.021	0.044	1.033

من خلال نتائج الجدول (28) نلاحظ أن الإنحدار الخطي المتعدد معنوي وذلك من خلال قيمة "ف" التي بلغت (15.292) عند مستوى دلالة (0.00) وهو أصغر من (0.05)، مما يدل على أن المتغيرات المستقلة تفسر (6.6%) من التباين الحاصل في الإتجاه نحو التدخين وذلك بالنظر إلى معامل التحديد (ر²) وهو تأثير ضعيف، كما نلاحظ أن قيمة بيتا التي توضح العلاقة بين الإتجاه نحو التدخين والأحداث السارة بلغت (-0.273) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.00)، وكذلك نلاحظ أن قيمة بيتا لمتغير الأحداث المفجعة بلغت (-0.104) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.044)، ويعني ذلك أن الأحداث السارة والمفجعة تؤثر عكسيا في الإتجاه نحو التدخين.

كما يوضح الجدول نتائج اختبار التعددية الخطية، حيث بلغت قيمة معامل تصحيح التباين (1.033) وهي قيمة أصغر من 3، مما يدل إلى عدم وجود مشكلة تعددية خطية بين متغيرات النموذج، كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار الخطي المتعدد كالتالي:

$$\text{الإتجاه نحو التدخين} = 104.055 - 0.104 \times \text{الأحداث السارة} - 0.273 \times \text{الأحداث المفجعة}$$

8-2- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

توصلت النتائج المبينة في الجدولين (27) و(28) إلى أن التفاؤل غير الواقعي ببعديه (الأحداث السارة والمفجعة) يؤثر بطريقة عكسية على الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين، وهذا يعني أن التفاؤل غير الواقعي ينبئ بانخفاض درجة الإتجاه نحو التدخين.

وترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى شعور الفرد بالقدرة على السيطرة والتحكم في نتائج سلوك التدخين مما يجعله يشوه معرفيا كل من قابليته المدركة وخطورته المدركة للإصابة، فيصبح يعتقد بأنه أقل عرضة للإصابة بأخطار التدخين وهذا عندما يقارن نفسه بالصورة النموذجية للفرد شديد الخطورة، ونظرا لكون أن الإتجاه نحو التدخين ينشأ عن الإعتقادات والتصورات المتكونة حوله فهو يخضع لهذا التشوه الناتج عن القدرة على السيطرة والتحكم، فكلما كان الفرد بعيدا عن خطر سلوك التدخين كلما كان متفائلا غير واقعي أي كلما زادت درجة التفاؤل غير الواقعي انخفضت درجة الإتجاه نحو السلوك التدخين.

فبالنسبة للفرد غير المدخن نجده يعتقد بأنه أقل عرضة للإصابة بأخطار التدخين عندما يقارن نفسه بالفرد المدخن، وذلك لأن الصورة النموذجية التي يمتلكها تتمثل في أن الفرد المدخن معرض بدرجة كبيرة للإصابة بأخطار التدخين نتيجة استنشاقه للمواد السامة الناتجة عن احتراق السيارة، مما يجعله يشعر بالقدرة على السيطرة والتحكم في الأخطار المتعلقة بالتدخين نتيجة عدم ممارسته لذلك السلوك.

أما بالنسبة للفرد المدخن نجده يعتقد أنه أكثر عرضة للإصابة بأخطار التدخين من غير المدخنين وهذا ما أكدته دراسة "Strecher" وزملائه (1995) والتي توصلت إلى أن المخاطر المتصورة للإصابة بالنوبة القلبية، السرطان، والسكتة الدماغية، كانت أعلى لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين غير أنهم متفائلين غير واقعيين وذلك لشعورهم بالقدرة على السيطرة على مخاطر التدخين، هذه الأخيرة ناتجة عن الصورة النموذجية المتكونة لدى المدخنين حول المدخن شديد الخطورة والتي تقوم في الأساس على بعض السلوكيات التعويضية التي تخفف من حدة الإصابة، فمثلا: نجد أن الفرد المدخن الممارس للرياضة متفائلا غير واقعي بدرجة كبيرة من الفرد المدخن غير الممارس للرياضة، في هذه الحالة يستخدم التفاؤل غير الواقعي كحجة لتبرير الاستمرار في ممارسة التدخين.

9- المناقشة العامة:

من خلال عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتحليلها، برزت أهمية هذه الدراسة من خلال متغيراتها وأهدافها، فبالنسبة للمتغيرات فقد تطرقت الدراسة الحالية إلى متغيرين مهمين في علم نفس الصحة وهما: التفاوض غير الواقعي والسلوك ذو العلاقة بالصحة والمتمثل في الإتجاه نحو سلوك التدخين لدى عينة الطلبة الجامعيين ذكور.

أما بالنسبة لأهداف الدراسة، فقد حققت الدراسة من خلال النتائج المتحصل عليها إلى إبراز دور التفاوض غير الواقعي في الإتجاهات نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين وذلك من خلال الكشف عن الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، والكشف عن العلاقة بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين، والفرق بينهما بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وكذلك الكشف عن الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في التفاوض غير الواقعي في ضوء كل من (ممارسة الرياضة، سنوات التدخين، وعدد السجائر المدخنة في اليوم)، بالإضافة إلى الكشف عن تأثير التفاوض غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين، والتوصل إلى تحقيق الفرضيات أو عدم تحقيقها، والتي تمثلت في:

أولاً- التعرف على الإتجاه السائد نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير

المدخنين:

فقد أظهرت نتائج الدراسة أن الإتجاه السائد نحو التدخين كان الإتجاه الموجب "المحبذ للتدخين" سواء عند الطلبة الجامعيين المدخنين أو غير المدخنين، وهذا يشير إلى أن الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين يحملون اعتقادات تتسم بالإيجابية نحو التدخين والتي تتميز بأنها اعتقادات لا منطقية لأن معظمها تتمحور حول النتائج الإيجابية للتدخين، نذكر على سبيل المثال لا على سبيل الحصر: أن التدخين يساعد في حل المشكلات، في إزالة التوتر والضغط، كما أنه يعتبر سلوك حضاري، حيث نجد أن هذه الإعتقادات تتشأ لدى أفراد العينة من خلال عملية التعلم الاجتماعي وعملية التقليد والمحاكات للنماذج المحيطة بهم خاصة لكونهم طلبة جامعيين فهم يتواجدون بصفة دائمة في وسط جامعي يعتبر وسط خصب لتكوين الاتجاهات نحو سلوك التدخين وهذا لاحتوائه على مختلف النماذج.

ثانياً- التعرف على العلاقة بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين غير المدخنين:

لقد أظهرت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطية سلبية بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو سلوك التدخين لدى الطلبة الجامعيين وهذه النتيجة جاءت موافقة لنتيجة دراسة "عبد العزيز حجي العنزي" (2015) ، كما تتفق مع نتائج كل من دراسة "Weinstein" وزملائه (2004)، و"Strecher" وآخرون (1995)، و"Reppucci" وآخرون (1991).

هذه النتيجة المتوصل إليها تعبر على أن التفاوض غير الواقعي كتنشوه معرفي يمس إعتقادات وتصورات الفرد حول درجة تعرضه لخطر الحوادث السلبية الناتجة عن سلوكه، فهو يرتبط بالإتجاه نحو سلوك التدخين بإعتبار هذا الأخير ناتج عن الإعتقادات والتصورات المتكونة لدى الطلبة الجامعيين نحو التدخين وفي نفس الوقت يعبر عن سلوك مرتبط بالصحة والذي يخضع لمبدأ القابلية المدركة للإصابة والخطورة المدركة للإصابة مما يجعله عرضة للتنشوه المعرفي الناتج عن الشعور بالقدرة على السيطرة والتحكم، ومنه يصبح متفائلاً غير واقعيًا إتجاه تعرضه لأخطار التدخين، وعليه كلما كان الطالب متفائلاً غير واقعيًا بدرجة كبيرة كلما إنخفضت درجة إتجاهه نحو سلوك التدخين.

ثالثاً- التعرف على الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في التفاوض غير الواقعي:

حيث أظهرت النتائج أنه توجد فروق في التفاوض غير الواقعي لصالح الطلبة الجامعيين غير المدخنين، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة "عبد العزيز حجي العنزي" (2015)، كما إتفقت مع نتائج الدراسة الأولى التي أجراها "Reppucci" وزملائه (1991) ، وهذا فسرتة الطالبة الباحثة إلى أن الخبرة الذاتية في إدراك المخاطر _ والذي يعد مؤشر على التفاوض غير الواقعي_ تلعب دورا كبيرا في درجة التفاوض غير الواقعي بين الطلبة المدخنين وغير المدخنين، حيث وضح "Weinstein" (1988-1989) أن القابلية للإصابة لا يمكن أن تعاش إذا لم يكن المرء قد عاش الخطر أو قد سمع شيئا عن الخطر بالنسبة للآخرين(زعابطة،2010)، فالخبرة الشخصية التي يمتلكها الطلبة الجامعيين غير المدخنين والتي تم اكتسابها من خلال المعلومات المكتسبة حول الأخطار المحدقة بالفرد المدخن وملاحظة النماذج الحية للأفراد المدخنين الذين تعرضوا لمشكلات صحية تجعل الطلبة غير المدخنين يكونون صورة نموذجية

لفرد شديد الخطورة، ومن هنا يرى الطالب غير المدخن بأنه أقل عرضة للإصابة بالمخاطر، ولهذا نجد أن الطلبة غير المدخنين متفائلين غير واقعيين بدرجة أكبر من الطلبة المدخنين.

رابعاً- التعرف على الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في الاتجاه

نحو التدخين:

لقد توصلت النتائج إلى وجود فروق في الإتجاه نحو التدخين لصالح الطلبة الجامعيين المدخنين، وهي نتيجة موافقة لنتيجة الفرضية الأولى، وهذه النتيجة تعود لتكون تصورات ومعتقدات تتسم بالإيجابية نحو السلوك لدى أفراد العينة وهذا لإعتبار أن سلوك التدخين أصبح في الوقت الحالي يمثل سلوك اجتماعي مألوف ومرغوب رغم خطورته، وأن التصورات في الأصل هي عبارة عن مكون اجتماعي وسلوكي ومعرفي، فالوسط الجامعي بإعتباره بيئة اجتماعية محيطة بالطلبة فإنه يعزز تلك التصورات ومنه يتشكل الإتجاه الإيجابي نحو التدخين، هذا الأخير يخضع لمجموعة من العوامل التي تؤدي إلى وجود فروق على مستواه بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين لصالح المدخنين، والتي تتمثل في:

- إدراك مخاطر التدخين.
- الخبرة الشخصية.
- تكرار الخبرة.
- شدة الفوائد المدركة لسلوك التدخين.

خامساً- التعرف على الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة

والمدخنين غير الممارسين للرياضة في التفاؤل غير الواقعي:

حيث أظهرت النتائج أنه توجد فروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين الممارسين للرياضة والمدخنين غير الممارسين للرياضة، وهذه النتيجة تتفق مع دراسة "Weinstein" وزملائه (2004)، وهذا يعود إلى كون أن الطلبة المدخنين الممارسين للنشاط الرياضي يحملون تصورات ضمنية حول العوامل التي تقضي أو تخفف المخاطر بالنسبة لهم والتي تمكنهم من وضع صورة نموذجية للفرد المدخن شديد الخطورة، فنجدهم يعتقدون أن الفرد المدخن الممارس للنشاط الرياضي تقل نسبة تعرضه لخطر الإصابة المتعلقة بممارسة سلوك التدخين، هذه الصورة النموذجية تعبر عن معتقد صحي تعويضي والمتمثل في مدى

فعالية ممارسة النشاط الرياضي في الوقاية من خطر الإصابة المرتبطة بالتدخين، فيستخدم هذا المعتقد كدافع للحماية والذي ينتج عن عملية المقارنة بين الشدة المدركة للخطورة والقابلية المدركة للخطورة.

سادسا- التعرف على الفروق بين المدخنين في التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير سنوات التدخين:

توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي في ضوء متغير سنوات التدخين لدى الطلبة الجامعيين المدخنين، وهذا راجع إلى العلاقة القائمة بين القابلية للتحكم المتصورة والتفاؤل غير الواقعي الذي هو تشوه معرفي مرتبط بإدراك المخاطر، وعليه فلا إدراك القابلية للتحكم تأثيرا كبيرا على إدراك المخاطر هذا الأخير يقوم هو الآخر على الإعتقاد بالقدرة على السيطرة والتحكم في التهديدات المحتملة الناتجة عن ممارسة سلوك ما، لهذا نجد أن المدخنين يعتقدون أنهم يمتلكون القدرة على السيطرة على أخطار التدخين من خلال ممارسات سلوكية تعويضية تقلل من خطر الإصابة مهما اختلف عدد سنوات التدخين والتي من نذكر من بينها ممارسة النشاط الرياضي، ولهذا لا نجد فروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين في التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير سنوات التدخين.

سابعا- التعرف على الفروق بين المدخنين في التفاؤل غير الواقعي تبعا لمتغير عدد السجائر المدخنة في اليوم:

ولقد بينت النتائج أنه لا توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي في ضوء متغير عدد السجائر المدخنة في اليوم لدى الطلبة الجامعيين المدخنين، وهذا راجع من جهة إلى طبيعة العينة لإعتبارها عينة متجانسة من حيث عدد السجائر المدخنة في اليوم كون غالبية الطلبة يدخنون بين سيجارتين إلى 20 سيجارة (علبة) في اليوم، ومن جهة أخرى إلى تكون صورة نموذجية حول المدخن شديد الخطورة والتي تقوم على نوعية السجائر المدخنة ما إذا كانت قوية أم خفيفة لا على عدد السجائر المدخنة في اليوم، فنجد الطلبة الجامعيين يدركون أن القابلية للإصابة الناتجة عن تدخين سجائر قوية أكبر من القابلية المدركة للإصابة عند تدخين سجائر خفيفة، ولهذا نجد أنه لا توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين تبعا لمتغير عدد السجائر المدخنة في اليوم لكونهم يدخنون أنواع من السجائر تتميز بأنها ذات نوعية خفيفة.

ثامنا- التعرف على أثر التفاؤل غير الواقعي في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين:

لقد أظهرت النتائج أن التفاؤل غير الواقعي يؤثر عكسيا في الإتجاه نحو التدخين، وهذا راجع إلى شعور الفرد بالقدرة على السيطرة والتحكم في نتائج سلوك التدخين مما يجعله يشوه معرفيا كل من قابليته المدركة وخطورته المدركة للإصابة، فيصبح يعتقد بأنه أقل عرضة للإصابة بأخطار التدخين وهذا عندما يقارن نفسه بالصورة النموذجية للفرد شديد الخطورة، ونظرا لكون أن الإتجاه نحو التدخين ينشأ عن الاعتقادات والتصورات المتكونة حوله فهو يخضع لهذا التشوه الناتج عن القدرة على السيطرة والتحكم، فكلما كان الفرد بعيدا عن خطر سلوك التدخين كلما كان متفائلا غير واقعي أي كلما زادت درجة التفاؤل غير الواقعي إنخفضت درجة الاتجاه نحو السلوك التدخين.

مما سبق نستنتج أن التفاؤل غير الواقعي له دورا في الإتجاه نحو سلوك التدخين الذي يعتبر سلوك ذو علاقة بالصحة لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين، وذلك من خلال التأثير الذي يلعبه فيه حتى وإن كان ضعيفا والذي يعود إلى الإعتقاد بالقدرة على السيطرة والتحكم في المخاطر الناتجة عن سلوك التدخين، وتكون صورة نموذجية "للفرد شديد الخطورة" بالنسبة للطلبة الجامعيين غير المدخنين و"المدخن شديد الخطورة" بالنسبة للطلبة الجامعيين المدخنين، بالإضافة إلى السلوكيات التعويضية التي تخفف من حدة الإصابة بتلك المخاطر.

الخاتمة

يعتبر التفاوض غير الواقعي أحد العوامل المعرفية المؤثرة في السلوكيات ذات العلاقة بالصحة خاصة تلك السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، نظرا لما يحدثه من تشوه معرفي يجعل صاحبه يعتقد بأنه محصن ضد الخطر، فالأفراد المتفائلين غير واقعيين يميلون إلى الاعتقاد بأنهم أقل عرضة للأحداث السلبية وأكثر عرضة للأحداث الإيجابية مقارنة بالآخرين، مما يجعلهم يستعملون تلك الاعتقادات كحجة لتبرير تهاونهم في ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية والإستمرار في ممارسة السلوكيات الصحية الخطرة.

لهذا إهتم الباحثون في مجال علم نفس الصحة بدراسة التفاوض غير الواقعي بإعتباره متغير مهم في توجيه سلوكيات الأفراد، حيث تعدد الدراسات التي تناولته فنجد هناك من بحثت في علاقته بالمشكلات الصحية من جهة، وهناك من تناولت علاقته بجملة من السلوكيات ذات العلاقة بالصحة "كممارسة الرياضة، سلوك السياقة الصحي، والتدخين... إلخ" من جهة أخرى.

ونظرا لأهمية التفاوض غير الواقعي في مجال علم نفس الصحة، جاءت هذه الدراسة كمساهمة لإبراز دوره كمحرك لسلوك الفرد في الإتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة والمتمثل في سلوك التدخين والذي رغم خطورته يلقى إقبالا كبيرا بين أفراد المجتمع خاصة لدى فئة الشاب والتي تضم الطلبة الجامعيين، وتعتبر النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية بمثابة إضافة علمية في مجال علم النفس عامة وعلم نفس الصحة خاصة، حيث أعطت نظرة أكثر وضوحا عن التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين على حد سواء، وأبرزت دوره من خلال معرفة الإتجاه السائد نحو التدخين، ودراسة علاقته وتأثيره في الإتجاه نحو سلوك التدخين، بالإضافة إلى دراسة الفروق بين الطلبة الجامعيين المدخنين وغير المدخنين في كل من التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين، ومن جهة أخرى دراسة الفروق في التفاوض غير الواقعي لدى الطلبة المدخنين في ضوء كل من: ممارسة الرياضة، سنوات التدخين، وعدد السجائر المدخنة في اليوم.

وخلصت نتائج الدراسة إلى أن الإتجاه الموجب "مع تحييد التدخين" هو الإتجاه السائد لدى الطلبة الجامعيين، وكشفت عن وجود علاقة سالبة دالة إحصائيا بين التفاوض غير الواقعي والإتجاه نحو التدخين وأن التفاوض غير الواقعي يؤثر سلبا في الإتجاه نحو التدخين لدى الطلبة الجامعيين، كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين الطلبة المدخنين وغير المدخنين في التفاوض غير الواقعي لصالح غير المدخنين، ووجود فروق بينهم في الإتجاه نحو التدخين لصالح المدخنين، ومن جهة أخرى كشفت الدراسة عن وجود فروق لدى الطلبة المدخنين في التفاوض غير الواقعي في ضوء ممارسة الرياضة لصالح الطلبة الممارسين

للرياضة، في حين لم تجد فروق بينهم في التفاوض غير الواقعي تبعا لمتغيري سنوات التدخين وعدد السجائر المدخنة في اليوم.

وعلى الرغم من أهمية النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية إلى أنها لا تزال بحاجة إلى دراسات أخرى معمقة حول التفاوض غير الواقعي ودوره في الإتجاه نحو السلوكيات ذات العلاقة بالصحة، وذلك لتأكيد هذه النتائج ولمعرفة ما إذا كان فعلا التفاوض غير الواقعي يتنبأ بممارسة سلوكيات ذات العلاقة بالصحة المحفوفة بالمخاطر، وعليه يمكن طرح التوصيات التالية:

- ضرورة إدراج بعد التفاوض غير الواقعي عند تصميم برامج التربية الصحية الخاصة بسلوك التدخين.
- تصميم برامج خاصة بالإقلاع عن التدخين تقوم على خفض التفاوض غير الواقعي.
- العمل على زيادة الوعي الصحي بمخاطر التدخين، ومحاولة تصحيح الإعتقادات غير المنطقية المكونة للإتجاه الموجب نحو التدخين لدى الأفراد والتي تكون خاضعة للتفاوض غير الواقعي.
- القيام بدراسات حول الإتجاه نحو سلوك التدخين لمعرفة مختلف المعتقدات المنطقية وغير المنطقية نحوه والتي تنتبأ بممارسة التدخين أو عدم ممارسته.
- القيام بدراسات حول دور التفاوض غير الواقعي في الإتجاه نحو السلوكيات ذات العلاقة بالصحة الأخرى، مثل: النشاط الرياضي، النظام الغذائي...إلخ.
- القيام بدراسات حول العلاقة بين التفاوض غير الواقعي وممارسة السلوكيات ذات العلاقة بالصحة.
- توسيع الدراسة الحالية على عينة أكبر وتغطية منطقة جغرافية أكبر.

قائمة المراجع

- أبو العيون، سمير أحمد. (2013). *الثقافة الصحية*، ط 1، عمان، الأردن: دار المسيرة.
- الأطرش، محمود حسني. (2016). *قياس التغير في مستوى الإتجاهات نحو ممارسة النشاط الرياضي بعد دراسة مساق اللياقة البدنية بجامعة النجاح الوطنية*، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد 43، العدد 3، ص ص 1415-1422. DOI:10.12816/0033883
- الأنصاري، بدر محمد. (2001). *اعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة والطالبات في الكويت*، مجلة دراسات نفسية، مصر، المجلد 11، العدد 2، ص ص 194-243.
- الأنصاري، بدر محمد. (2002). *التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت*، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد 4، ص ص 91-119.
- بطاط، نور الدين. (2018). *الإتجاه نحو السلوك الصحي لدى طلبة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية بجامعة مسيلة*، مجلة الإبداع الرياضي، المجلد 9، العدد 2، ص ص 36-56. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/70014>
- بلخيري، سليمة، ونار، سلاف. (2014، أفريل). *السلوك الصحي والتربية الصحية في المدرسة الجزائرية بين الواقع والمأمول*، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري، جامعة الطارف منشورة في الموقع التالي: www.unive-eltarf.dz/fr/index.php/maifestation-2014/96-sante-public-etconportement-21-22-04-2014
- بنست، محمد مصطفى. (2014). *أبعاد السلوك الصحي المنبئة ببعض مؤشرات الصحة النفسية والبدنية لدى المسنين*، رسالة دكتوراه في الآداب قسم علم النفس، القاهرة.
- بوطبال، سعد الدين. (2012). *دور التفاؤل غير الواقعي في ارتكاب الحوادث المرورية لدى السائقين الشباب*، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 9، ص ص 101-124. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/5458>
- بوعمر، سهيلة. (2014). *الإتجاهات النفسية الاجتماعية للطلبة الجامعيين نحو شبكة التواصل الإجتماعي "فيسبوك" -دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة محمد خيضر بسكرة-*، رسالة ماجستير في علم النفس، تخصص علم النفس الاجتماعي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.

- بيغلهول، ر، وبونيتا، ر، وكيلستروم، ت.(1997). *أساسيات علم الوبائيات*، بيروت، لبنان: منظمة الصحة العالمية.
- حجار، محمد حمدي.(1991). *العلاج النفسي السلوكي للتدخين*، المجلة العربية للدراسات الأمنية، العدد 5، المجلد 11، ص ص 107-118.
- الخاروف، أمل محمد علي.(2009). *التدخين لدى طالبات وطلاب الجامعة الأردنية أسبابه ومضاره وطرق علاجه*، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 36، العدد 1، ص ص 61-87.
- داود، عزيز حنا، وحسين، تحسين علي.(1905). *عالم تغيير الإتجاهات النفسية والإجتماعية*، مكتبة الأنجو المصرية: مصر.
- الدمرداش، عادل.(1982). *الإيمان مظهره وعلاجه*، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- ربوح، صالح.(2009). *الإتجاهات نحو ممارسة النشاط البدني الرياضي وعلاقتها بالتوافق النفسي الاجتماعي-دراسة ميدانية لتلاميذ المرحلة الثانوية بثانويات ولاية تيسمسيلت*، رسالة ماجستير في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية، تخصص النشاط البدني الرياضي التربوي، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر.
- رحاب، مختار.(2014). *الصحة والمرض وعلاقتها بالنسق الثقافي للمجتمع مقارنة من منظور الأنثروبولوجيا الطبية*، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 15، ص ص 173-186.
- رضوان، سامر جميل، وريشكة، كوندراد.(2001). *السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان*، مجلة شؤون اجتماعية، الجزء 18 العدد 72 ص ص 24-66.
- رضوان، سامر جميل، وريشكة، كوندراد.(2001). *السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة: دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان*، مجلة شؤون اجتماعية، الجزء 18، العدد 72 ص ص 24-66.
- <https://orcid.org/0000-0002-8844-1307>

- الزروق، فاطمة الزهراء.(2015). علم النفس الصحي "مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه"، بن
عكنون الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- زعابطة، سيرين هاجر.(2010). علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك السياقة الصحي لدى السائقين،
رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم نفس الصحة، كلية العلوم الإنسانية
الاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر. -batna.dz/index.php/theses-
en-ligne/cat_view/15-faculte-des-sciences-humaines-et-sociales/58-departement-des-
sciences-humaines/807-psychologie/66-magister/75-annee-2011
- زعطوط، رمضان، وقرشي، عبد الكريم.(2014). الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى
مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع بورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد
17، ص ص 279-292. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/37292>
- زيدان، أحمد سعيد.(2014). التدخين وعلاقته بالقلق والاكتئاب لدى طلاب المدارس الثانوية الفنية
التجارية بمحافظة كفر الشيخ، مجلة كلية التربية بالسويس، المجلد 7، العدد، 2، ص ص 51-
103.
- زيقوت، حنان، وفلاح، سليم.(2000). الإتجاه نحو التحديث لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة في
ضوء بعض القيم السائدة "دراسة عاملية"، رسالة ماجستير في علم النفس، قسم علم النفس،
الجامعة الإسلامية، غزة.
- سيدي دريس، عمار.(2014، أبريل). اتجاهات المختصين في القطاع الصحي نحو واقع السلوك
الصحي للفرد الجزائري من خلال مؤشرات الصحة العامة (دراسة ميدانية بالمؤسسة عبد الله
نواورية-البوني/عنابة)، مداخلة مقدمة في الملتقى الوطني الأول حول الصحة العامة والسلوك
الصحي في المجتمع الجزائري، جامعة الطارف منشورة في الموقع التالي:
www.unive-eltarf.dz/fr/index.php/maifestation-2014/96-sante-public-etconportement-21-22-04-2014
- الشاذلي، وآخرون.(1999). طب المجتمع، ط 1، منظمة الصحة العالمية: أكاديميا.
- الشاذلي، وآخرون.(2011). طب المجتمع، ط 2، منظمة الصحة العالمية: أكاديميا.
- شفارتسر، رالف، ترجمة رضوان، سامر جميل (1994): التفاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين للسلوك
الصحي، مجلة الثقافة النفسية، المجلد 5، العدد 18، ص ص 75-93.

- شويخ، هناء أحمد محمد.(2015). علم النفس الصحي، القاهرة، مصر: المكتبة الأنجلوا المصرية.
- شيلي، تايلر.(2008). علم النفس الصحي، ط1، عمان، الأردن: دار حامد للنشر والتوزيع.
- عاطف خليل، نجلاء.(2006). في الاجتماع الطبي-ثقافة الصحة والمرض، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الخالق، احمد محمد.(1998). التفاوض وصحة الجسم دراسة عاملية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 26 ص ص 45-62.
- عبد العزيز، مفتاح محمد.(2010). مقدمة في علم نفس الصحة "مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات"، ط 1، عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
- عماشة، سناء حسن.(2010): الإتجاهات النفسية والاجتماعية-أنواعها ومدخل لقياسها، ط1، مجموعة النيل العربية: القاهرة، مصر.
- العمرى، سلطان بن أحمد بن سلطان.(2010). الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في سمة القلق ومفهوم الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة النماص- مع تصور لبرنامج ارشادي مقترح، رسالة ماجستير في التربية، تخصص توجيه وارشاد نفسي، كلية التربية، جامعة الملك خالد، المملكة العربية السعودية.
- العززي، عبد العزيز حجي.(2015). دور التفاوض غير الواقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية وسلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد 4، العدد 9، ص ص 203-220.
- عيادي، نادية.(2016). دور التفاوضية الدفاعية والوظيفية في مدى قيام مريض السكري بالسلوك الصحي، رسالة دكتوراه في علم النفس، تخصص علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا، جامعة باتنة 1.
- ماجى، إبراهيم، وبن عتو، عدة.(2015). علاقة إتجاهات الطلبة نحو التدخين ببعض الخصائص الشخصية، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، العدد 15، ص ص 167-180. <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/81587>
- مبييض، مأمون.(2004). السلوك والصحة، مجلة الرائد، العدد 247.

مشاشو، قرمية.(2011). علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين -دراسة مقارنة بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الإسلامية، جامعة الحاج لخضر -باتنة، الجزائر.

المكاوي، علي محمد، وأحمد العثمان، وسام.(1998). دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي، منشور على الموقع التالي: www.kotobarabia.com

النادر، هيثم محمد، والعلوان، بشير أحمد، والقضاة، محمد خالد.(2015): السلوك الصحي وعلاقته بفعالية الذات لدى طلاب كلية علوم الرياضة في جامعة مؤتة.

نايل العاسمي، رياض.(2016). علم النفس الصحة الاكلينيكي، ط 1، ج 1، عمان، الأردن: دار الاعصار العلمي.

نايل العاسمي، رياض.(2016). علم النفس الصحة الاكلينيكي، ط 1، ج 2، عمان، الأردن: دار الاعصار العلمي.

نوار، شهرزاد.(2013). دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 13.

نوار، شهرزاد، وزكري، نرجس.(2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمدينة ورقلة، مجلة العلوم النفسية والتربوية، العدد 2، ص ص 85-108.

الوتار، ناظم شاكرا، وسلطان، السيد منهل خطاب.(2007). الإتجاه النفسي المعرفي نحو التدريب الذهني وعلاقته بموقع الضبط، مجلة الرافدين للعلوم الرياضية، المجلد 13، العدد 43، ص ص 124-155.

يخلف، عثمان.(2001). علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، دار الثقافة: الدوحة.

Bantuelle, M, et Demeulemeestre ,R. (2008). *Comportements a risque et santé: agir en milieu scolaire – programme et strategies efficaces*. Paris: Edition Inpes.

Barnoy, S, Bar-Tal, Y, & Treister, L. (2003). *Effect of Unrealistic Optimism, Perceived Control Over Disease, and Experience With Female Cancer on Behavioral Intentions of*



- Israeli Women to Undergo Screening Tests*, Cancer Nursing, Vol 26, No 5, pp 363-369.
<https://doi.org/10.1097/00002820-200310000-00004>.
- Binkowska-Bury, M, & Januszewicz, P. (2010). *Sense of coherence and health-related behavior among university students- a questionnaire survey*, *cent eur J public health*, Vol 18, No 3, pp 145-150.
- Brandt, E.N & all. (2001). *Health and Behavior "The Interplay of Biological, Behavioral, and Societal Influences"*, United States of America: the National Academy of Sciences, All rights reserved.
- Byrne, M, Walsh, J, & Murphy, A. (2005). *Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour*, Elsevier, *Journal of Psychosomatic Research*, Vol 58, pp 403– 415.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.11.010>.
- Charles, A, Conner, M, Jones, F, & O'Connor, D. (2016). *Health Psychology*, London and New York: Routledge.
- Cly, L, Treharne, G. J, Hay, S, J, & Milosavljevic, S. (2014). *Are Agricultural Quad Bike Loss-of-control Events Driven By Unrealistic Optimism?*, *Safety Science*, Vol 66, pp 54-60. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ssci.2014.02.002>.
- Coelh, M.P. (2010). *Unrealistic Optimism: Still a Neglected Trait*, *Journal of Business and Psychology*, Vol 25, No 3 , pp 397-408. <https://doi.org/10.1007/s10869-009-9146-9>.
- Connell, D. (2008). *Behavior Change*, in Feldman, M.D, & Christensen, J.F, *Behavioral Medicine, United States of America: McGraw-Hill Companies, Inc.* All rights reserved, pp 141-157.
- Conner, M, Norman, P. (2005). *Predicting health behavior, research and practice with social cognition models*, 2 edition, open university press, USA.
- Conner, M. (2002). *Health behaviors* An article posted on the following website:https://www.researchgate.net/profile/Mark_Conner/publication/304193514_Health_Behaviors/links/55f40dfa08ae7a10cf88e63e/Health-Behaviors.pdf (at 02/01/2017, 18.00).

- DiClemente, R. J, Brown, J. L, & Latham Davis, T. (2013). *Determinants of Health-Related Behaviors in Adolescence*, in O'Donohue, W. T, Woodward Tolle, L, & Benuto, L. T, *Handbook of Adolescent Health Psychology*, Springer Science+Business Media New York.
- Dillard, A. J, McCaul, K. D, & Klein, W. P. (2006). *Unrealistic Optimism in Smokers: Implications for Smoking Myth Endorsement and Self-Protective Motivation*, *Journal of Health Communication*, Vol 11, No 1, pp 93-102. <https://doi.org/10.1080/10810730600637343>.
- Ferrer, R. A, Klein, W. M. P, Zajac, L. E, Sutton, T, Kim, Muldoon, M. F, & Kamarck, T. W. (2012). *Unrealistic Optimism Is Associated With Subclinical Atherosclerosis*, *Health Psychology*, Vol 31, No 6, pp 815–820. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0027675>.
- French, D. P, & Hevey, D. (2008). *What do people think about when answering questionnaires to assess unrealistic optimism about skin cancer? A think aloud study*, *Psychology, Health and Medicine*, Vol 13, No 1, pp 63-74. <https://doi.org/10.1080/13548500701243959>.
- Glanz, K, Rimer, B. k, & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education - Theory, Research, and Practice-*, Edition 4, united states of america: Jossey-Bass.
- Hahn, A, Renner, B. (1998). *Perception of health risks: How smoker status affects defensive optimism, Anxiety, Stress, and Coping*. *An International Journal*, Vol 11, No 2, pp 93-112. <https://doi.org/10.1080/10615809808248307>.
- Hall, B. (2016). *Engaging consumers in changing health behavior*, USA : Xerox.
- Harris, A. J. L, & Hahn, U. (2011). *Unrealistic Optimism About Future Life Events: A Cautionary Note*, *Psychological Review*, Vol 118, No 1, pp 135–154. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/a0020997>.
- Hevey, D, French, D. P, Marteau, T. M, & Sutton, S. J (2009). *Assessing Unrealistic Optimism: Impact of Different Approaches to Measuring Susceptibility to Diabetes*,



Journal of Health Psychology, Vol 14, No 3, pp 372–377.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1359105308101675>.

Hoorens, V (1994). *Unrealistic Optimism In Social Comparison Of Health And Safety Risks*, An article posted on the following website:
<https://core.ac.uk/download/pdf/34390277.pdf> (at 25/08/2019, 10.15).

Institut national de santé (1999), jeunes et tabac, cellule de communications (oms), pp 2-3.

Janowski, K, Kurpas, D, Kusz, J, Mroczek, B, & Jedynak, T. (2013). *Health-related behavior, profil of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases*, Plos ONE 8 (5), pp 1-8.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063920>.

Klein, W. M. P, Lipkus, I. M, Scholl, S. M, McQueen, A, Cerully, J. L, & Harris, P. R. (2010). Self-affirmation moderates effects of unrealistic optimism and pessimism on reactions to tailored risk feedback, *Psychology and Health*, Vol 25, No 10, pp 1195-1208. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/08870440903261970>.

Klein, W. M. P. (s d). Optimistic Bias, An article posted on the following website:https://cancercontrol.cancer.gov/brp/research/constructs/optimistic_bias.pdf (at 25/08/2019, 10.00).

Lephuong Ong, L, & Blumenthal, J. (2010). chapter 3. *Assessment of Physical Activity in Research and Clinical Practice*, in Freedland, K.E, Jennings, R.J, Llabre, M.M, Manuck, S.B, & Susman, E.J, *Handbook of Behavioral Medicine "Methods and Applications"*, New York : Springer, pp 31-48.

Lin, Y.C, Raghurir, P. (2005). *Gender Differences in Unrealistic Optimism About Marriage and Divorce: Are Men More Optimistic and Women More Realistic?*, *Personality and Social Psychology*, Vol 31, No 2, pp 198-207.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0146167204271325>.

Maddux, J. E. (1995). *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, Research, and Application*, New York: Plenum Press.

- Milhabet, I, Desrichard, O, & Verliac, J. F. (2002). *Comparaison sociale et perception des risques : l'optimisme comparatif*, In Beauvois, J-L, Joulé, R-V. & Monteil, J-M. (Eds). Perspectives cognitives et conduites sociales, Vol 8, pp 215-245. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Morris, J, Marzano, M, Dandy, N, & O'Brien, L (2012). *Theories and models of behaviour and behaviour change*, Forestry.
- Murphy, E. (2005). *Promoting healthy behavior - Health Bulletin 2-, united states of america*: Population Reference Bureau.
- Parmar, S, & Taylor, R. (2010). *Health Promotion & Behavioural Change Theory*, Calgary : Alberta Health Services. Population Reference Bureau.
- Prochaska, J. O, Jhanson, S, & Lee. P; (2009): chapter 4 *The transtheoretical model of behavior chang*, in Shumaker, S. A, Ockene, J. K, & Riekert, K.A, *The handbook of health behavior change*, Edition 3, New York : Springer Publishing Company, LLC, pp 59-83.
- Prochaska, T. R, & Clark, M. A. (1997): chapter 2. *Health Behavior and the Human Life Cycle*, in Gochman, D. S, *Handbook of Health Behavior Research 3 " Demography, Development, and Diversity"*, New York : Springer Science & Business Media, pp 29-48.
- Raats, M. M, & Sparks, P. (1995). *Unrealistic optimism about diet-related risks: implications for interventions*, Proceedings of the Nutrition Society, Vol 54, pp 737-745. <https://doi.org/https://doi.org/10.1079/PNS19950073>.
- Radcliffe, N. M, & Klein, W. M. P. (2002). *Dispositional, Unrealistic, and Comparative Optimism: Differential Relations with the Knowledge and Processing of Risk Information and Beliefs about Personal Risk*, Personality and Social Psychology Bulletin, Vol 28, No 6, pp 836-846. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0146167202289012>.

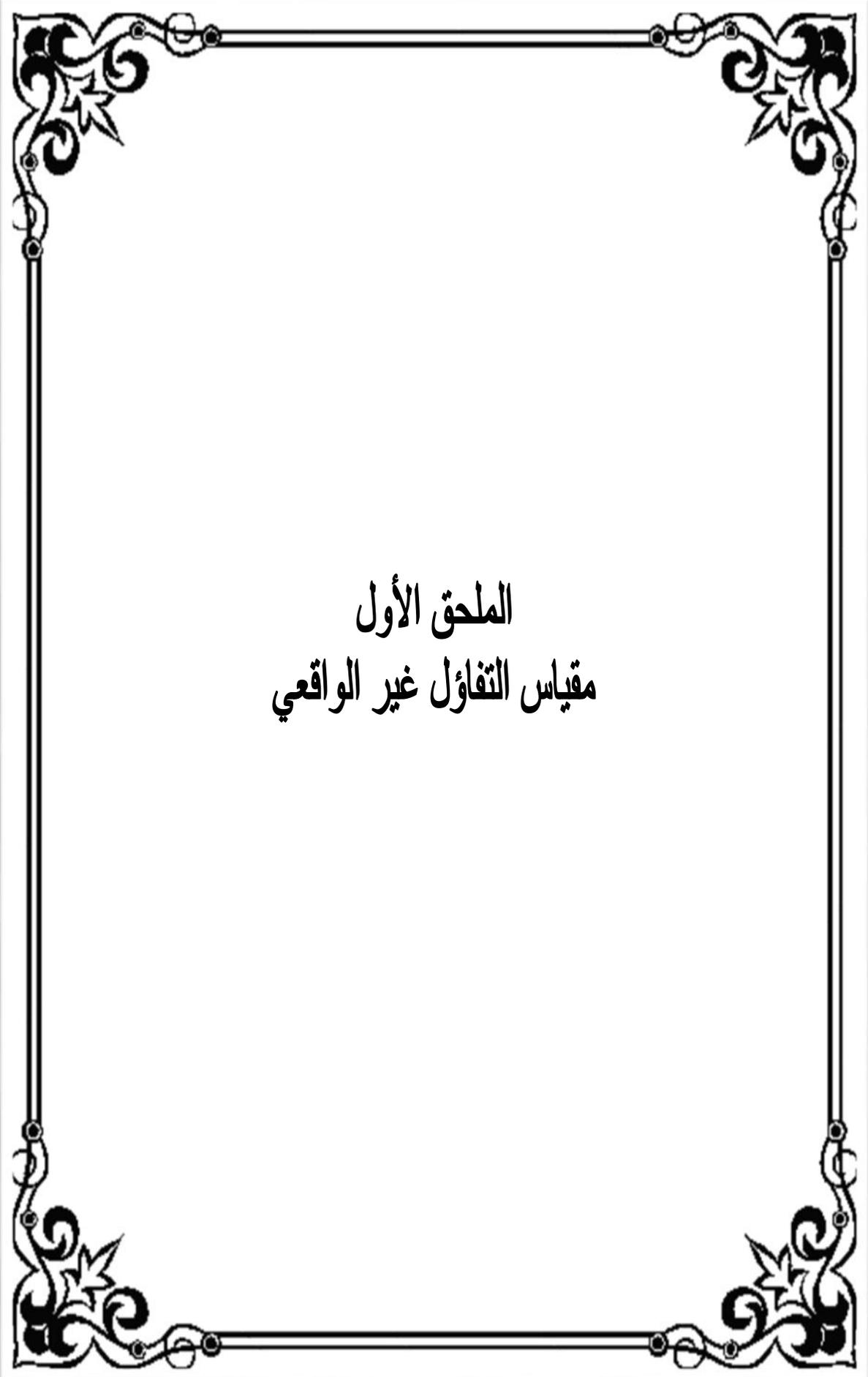
- Redding, C. A, Rossi, J. S, Rossi, S. R, Velicer, W. F, & Prochaska, J. O. (2000): *Health Behavior Models*, The International Electronic Journal of Health Education, 3, (Special Issue), pp 180-193.
- Reppucci, J. D, Revenson, T. A, Aber, M, & Reppucci, D. N. (1991). *Unrealistic Optimism among Adolescent Smokers and Nonsmokers*, Journal of Primary Prevention, Vol 11, No 3, pp 226-226. <https://doi.org/10.1007/BF01326505>.
- Rhee, H.S, Ryu, Y.U, & Kim, C. T. (2012). *Unrealistic Optimism On Information Security Management*, Computers and Security, Vol 31, No 2, pp 221-232. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cose.2011.12.001>.
- Shegog, R. (2010). *Application of Behavioral Theory in Computer Game Design for Health Behavior Change*, IGI Global.
- Shepperd, J. A., Klein, W. M. P, Waters, E. A, & Weinstein, N. D. (2013). *Taking Stock of Unrealistic Optimism*, Perspectives on Psychological Science, Vol 8, No 4, pp 395 – 411. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1745691613485247>.
- Sirois, F.M. (2015). *A self-regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults*, Elsevier, Preventive Medicine Reports, vol 2, pp 218–222. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2015.03.006>.
- Sotton, S. (2002). *Health Behavior: Psychosocial Theories*, in <http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Sutton.pdf>
- Strecher, V. J, Kreuter, M. W, & Kobrin, S. C. (1995). *Do Cigarette Smokers Have Unrealistic Perceptions of Their Heart Attack, Cancer, and Stroke Risks?*, Journal of Behavioral Medicine, Vol 18, No 1, pp 45-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF01857704>.
- sultan, S, & varescon, I. (2012). *psychologie de la santé*, presses universitaires de France.
- Sunhee, P. Ja June, K. (2006). *The Importance of Smoking Definitions for the Study of Adolescent Smoking Behavior*, Journal of Korean Academy of Nursing, Vol 36, No 4, pp 612-620. <https://doi.org/10.4040/jkan.2006.36.4.612>.

- Sutton, S. (2008). chapter 4 *Determinants of health-related behaviours: theoretical and methological Issues*, in Sutton, S, Baum, A, & Johnston, M, *The sage handbook of health psychology*, Londo: sage publications ltd, pp 94-126.
- Taylo, S. E., & Brown, J. D. (1988). *Illusion and Well-Being: A Social Psychological Perspective on Mental Health*, *Psychological Bulletin*, Vol 103, No 2, pp 193-210. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.2.193>.
- Treloar, C, Hopwood M. (2008). “*Look, I'm fit, I'm positive and I'll be all right, thank you very much*”: *Coping with hepatitis C treatment and unrealistic optimism*, *Psychology, Health & Medicine*, Vol 13, No 3, pp 360-366. <https://doi.org/10.1080/13548500701477532>.
- Van Der Velde, F.W, Hooykaas,K, & Ven der Joop,P. (1992). *Risk perception and behavior: pessimism, realism, and optimism about AIDS- related health behavior*, *Psychology and health*, Vol 6, pp 23-38. <https://doi.org/10.1080/08870449208402018>.
- Weinstein, N. D. (1980). *Unrealistic Optimism About Future Life Events*, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 39, No 5, pp 806-820. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/0022-3514.39.5.806>.
- Weinstein, N. D. (1982). *Unrealistic Optimism About Susceptibility to Health Problems*, *Journal of Behavioral Medicine*, Vol 5, No 4, pp 441-460. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF00845372>.
- Weinstein, N. D, Marcus, S. E, & Moser, R P. (2005). *Smokers' unrealistic optimism about their ris*, Published by group.bmj.com, pp 55-60. <http://dx.doi.org/10.1136/tc.2004.008375>.
- Xu ,X, Liu ,L, Sharma, M, & Zhao, Y. (2015). *Smoking-Related Knowledge, Attitudes, Behaviors, Smoking Cessation Idea and Education Level among Young Adult Male Smokers in Chongqing, China*, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, No 12, pp 2135-2149. <https://www.mdpi.com/1660-4601/12/2/2135>.

الملاحق

الملحق رقم (1): مقياس التفاؤل غير الواقعي

الملحق رقم (2): مقياس الإتجاه نحو التدخين



الملحق الأول
مقياس التفاؤل غير الواقعي

								يبتز جزء أو طرف من أطراف جسمي
								أمتلك منزل خاص كبير أو قصر
								أطلق شريكة حياتي بعد فترة قصيرة من الزواج
								تنشر الصحف اليومية عن انجازاتي
								أفقد قواي العقلية أو أصاب بالجنون
								أكون رجل أعمال ناجح
								أعمل في مجال يناسب قدراتي واهتماماتي
								أنجب طفلا موهوبا عقليا
								أكون ضحية إختلاس أو نصب
								أصاب بنوبة قلبية قبل بلوغ سن الأربعين
								يتضاعف دخلي السنوي كل خمس سنوات
								أطرد من العمل
								أحاول الإنتحار
								أصاب بتشوهات من جراء حادث تصادم مروري



الملحق الثاني
مقياس الاتجاه نحو التدخين

مقياس الإتجاه نحو التدخين

المعلومات الأولية:

السن:..... التخصص:..... التدخين: مدخن غير مدخن
 مدة التدخين (السنوات): عدد السجائر المدخنة في اليوم:..... نوع السجائر:.....
 التعليمات:

بين يديك ومجموعة من العبارات تصف الآراء المختلفة المتعلقة بتدخين السجائر، قد تتفق مع بعض هذه الآراء وقد تختلف مع بعضها الآخر، وعليك أن تعرف أن الإجابة التي تقدمها هي التي تصف رأيك من واقع مشاعرك وخبرتك الشخصية فقط. والمطلوب منك أن تضع علامة (x) أمام أحد البدائل التالية: غير موافق تماما، غير موافق، محايد، موافق، موافق تماما. مع العلم أن المعلومات سرية ولا تستعمل إلا بغرض البحث العلمي.

العبارات	غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
تدخين السجائر يزيد من احترام الفرد لنفسه ويؤكد رجولته					
أدخن عادة في المناسبات السارة "كالأفراح مثلا"					
بإمكان المدخن أن يتوقف في أي وقت يشاء عن تدخين السجائر					
تدخين السجائر يزيد من تركيز الإنتباه					
يجب تطبيق وبحزم قانون منع تدخين السجائر في الأماكن العامة والمغلقة					
الحرمان من تدخين السجائر يؤدي إلى الشعور بالصداع					
تدخين السجائر يجعل الشخص أكثر قبولا لدى الآخرين					
تدخين السجائر يؤدي إلى الأرق واضطرابات النوم					

					لا يكون التدخين ضارا بالصحة إلا في حالة بلعه فقط
					يؤدي الحرمان من تدخين السجائر إلى الشعور بالقلق والتوتر
					يساعد تدخين السجائر على الاسترخاء وإزالة التوتر في المواقف الصعبة
					يساعد تدخين السجائر على النوم العميق والمريح
					من يجرب التدخين ولو مرة واحدة لا يمكنه التوقف عنه أبدا
					يحقق تدخين السجائر الألفة بين الناس في المواقف الاجتماعية
					يجب منع ظهور أبطال السينما والرياضة في التلفزيون وهو يدخنون السجائر
					المدخن يؤدي الآخرين ويحرمهم حقهم في استنشاق الهواء النقي
					يحرم الدين تدخين السجائر
					المعلومات عن مضار تدخين السجائر على الصحة هي معلومات مبالغ فيها
					لا يفكر المدخنون إلا في سعادتهم ولو على حساب الآخرين
					مع أنني لا أدخن ولكن إذا قدم لي صديق سجارة سأقبلها
					على الدول أن ترفع أسعار السجائر
					التدخين ضار جدا بالمجتمع فقد يسبب حرائق مدمرة
					لم أدخن اطلاقا لكنني قد أدخن مستقبلا إذا أتاحت الفرصة
					يشير تدخين السجائر إلى اعتناء الفرد

					بمظهره وأناقته
					تدخين السجائر هو بوابة تعاطي المخدرات
					أفضل أن يكون أصدقائي من مدخني السجائر
					لو فتحت الراديو أو التلفزيون ووجدت برنامج عن تدخين السجائر فسوف أغير المحطة أو القناة فوراً
					السيجارة في نظري شيء هام جداً لا يمكن الاستغناء عنه
					يشجع تدخين السجائر على أصحاب أهل السوء
					أشعر بالضيق الشديد عندما يدخن شخص ما بجانبي
					تحتوي السجارة على غازات سامة تؤثر على كل وظائف الجسم الحيوية
					لا يقوى المدخنون على مواجهة مشاكلهم
					من يفهم دينه جيداً لا يسمح لنفسه بتدخين السجائر ولو على سبيل التجربة
					يعبر تدخين السجائر عن استقلال شخصية الفرد