



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الحاج لخضر - باتنة -



قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
والعلوم الإسلامية

علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين

دراسة مقارنة بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي
تخصص: علم النفس الصحة

إشراف الأستاذ الدكتور:
نور الدين جبالي

إعداد الطالبة:
قرمية مشاشو

لجنة المناقشة:

جامعة باتنة	رئيسا	د: الوناس أمزيان
جامعة باتنة	مقررا	د: نور الدين جبالي
جامعة بسكرة	عضوا	د: نصر الدين جابر
جامعة باتنة	عضوا	د: عمر بوقصة

السنة الجامعية 2011/2010

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

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

من فيض الأعماق وعرفانا بالجميل أتقدم بالشكر الجزيل لكل من أمارني كتابا أو أسدى لي نصيحة و اخص بالذكر:

من لم يتوان في مد يد العون لي إلى من احضر إليه وحربي مليء بالصعاب فأناذر وأنا أملك كل مفاتيح النجاح إلى الأستاذ الفاضل "جلالي نور الدين".

إلى الأخت "مشاهو فتية" رفيقة دربي في هذا البحث .

إلى الزملاء :

بن صالح حمام رمز الطموح والإرادة

شرفي فريدة الطيبة الامتنامية

خواجه سعاد الكرم بلا حدود

جلالي سميرة الأستاذة الفاضلة

إلى كل الأطباء والأخصائيين النفسانيين والمرضى الذين مدوا لي يد العون حتى يخرج هذا البحث إلى النور إلى كل الزملاء والزميلات في دفعة ماجستير علم نفس الصحة 2008 .

ملخص الدراسة

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي و سلوك التدخين لدى المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة، و اتبعت الطالبة الباحثة من أجل ذلك المنهج الوصفي المقارن لدراسة العلاقات بين المتغيرات ودراسة الفروق معتمدة في ذلك على أدوات تم تصميمها وفقا لمتطلبات الدراسة و خصائص العينة المختارة و تمثلت في مقياس سلوك التدخين و مقياس التفاؤل غير الواقعي و هي أدوات استخدمت في دراسة تطبيقية شملت 130 حالة من المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة و 112 حالة من المدخنين المصابين.

وقد تم تفرغ البيانات بالاستعانة بنظام SPSS 18

و تضمنت النتائج الإجابات حول الأسئلة التي تم طرحها و المتمثلة في:

- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة.
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التفاؤل غير الواقعي و السن عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة.
- هل توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة تعزى الى المستوى التعليمي.
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التفاؤل غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- هل توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة.

وانتهت الدراسة إلى:

- توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائية بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

- توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.
- توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي و السن عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.
- توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة تعزى الى المستوى التعليمي.
- توجد علاقة إرتباطيه إيجابية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة لصالح المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

Résumé de l'étude :

La présente étude a pour objectif de révéler la nature de la relation entre l'optimisme irréaliste et le comportement du tabagisme chez les fumeurs atteints et non atteint du cancer des poumons.

Pour ceci, la chercheuse, a suivi la méthode descriptive pour étudier les relations entre les variables, d'un côté, et étudier les différences d'un autre côté, tout en s'appuyant sur des outils qui ont été conçus , en conformité, avec les exigences de l'étude et les propriétés de l'échantillon choisi, et qui ont été représentés dans le paramètre du comportement de tabagisme ,et celui de l'optimisme irréaliste, qui ce sont les outils à être utilisés dans l'étude appliquée, incluant 130 cas de fumeurs non atteints du cancer des poumons et 112 cas de fumeurs à en être atteints.

Les résultats obtenus ont été vidés avec le système spss 18, et ce sont les résultats qui ont inclus les réponses aux questions qui on été posées :

.ya t-il une relation corrélative statistiquement entre l'optimisme irréaliste et le nombre de cigarettes consommées par jour chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

.ya t-il une relation corrélative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et le nombre d'années de tabagisme chez les fumeurs atteints et ceux non atteints du cancer des poumons.

.ya t-il une relation corrélative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et l'âge chez les fumeurs atteints et ceux non atteints du cancer des poumons.

. ya t-il des différences dans l'optimisme irréaliste chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons selon le niveau d'éducation.

.ya t-il une relation corrélative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et l'habitude du comportement de tabagisme chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

.ya t-il une relation corrélative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et la prise de conscience des méfaits du comportement du tabagisme chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

.ya t-il une relation corrélative statistiquement signifiante entre l'habitude du comportement de tabagisme et la prise de conscience des ses méfaits chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

.ya t-il des différences dans l'optimisme irréaliste entre les fumeurs atteints et ceux non atteints du cancer des poumons.

L'étude a conclu que :

.Il existe une relation corrélative positive statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et le nombre de cigarettes consommées par jour chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

. il existe une relation corrélative négative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et le nombre d'années de tabagisme chez les fumeurs atteints et ceux non atteints du cancer des poumons.

. il existe une relation corrélative négative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et l'âge chez les fumeurs atteints et ceux non atteints.

.il existe des différences dans l'optimisme irréaliste chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons selon le niveau d'éducation il existe une relation corrélative positive statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et

l'habitude du comportement de tabagisme chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

.il existe une relation corrélative négative statistiquement signifiante entre l'optimisme irréaliste et la prise de conscience des méfaits de comportement de tabagisme chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

il existe une relation corrélative négative statistiquement signifiante entre l'habitude du comportement de tabagisme et la prise de conscience des ses méfaits chez les fumeurs non atteints du cancer des poumons.

. il existe des différences dans l'optimisme irréaliste entre les fumeurs atteints et ceux non atteints du cancer des poumons, en faveur des fumeurs non atteints du cancer des poumons.

The summary of the study :

The présent study aimed to reveal the nature of the Relationship between unrealistic optimism and smoking behavior among smokers infected, and smokers non- infected with lung cancer.

The researcher student had followed ; for that, the descriptive approach, to study the Relationship between the variables and differences study.

Relying ,for that ,on tools that were designed,in accordance with the requiremrnts of the study, and the properties of the sample selected,and which were represented in smoking behavior scale and unrealistic optimism parameter, which are tools used in the applied study, that included 130 cases, of smokers non infected with lung cancer and 120 cases, of smokers infected with.

The results obtained, were emptied by using spss 18 system, and they are results which included answers to questions that have been asked :

-Is there a statistically significant correlation between unrealistic optimism and the number of cigarettes cconsumed, per day among smokers non infected with lung cancer.

- Is there a statistically significant correlation between unrealistic optimism and the years of smoking among the smokers infected and non infected with lung cancer.

- Is there a statistically significant correlation between unrealistic optimism and the age of smokers infected and non infected with lung cancer.

-are there any differences in unrealistic optimism of smokers non infected with lung cancer according to the level of education.

- Is there a statistically significant correlation between unrealistic optimism and the habit of smoking behavior among smokers non infected with lung cancer.

- Is there a statistically significant correlation between unrealistic optimism and the prise of awarness of smoking damages behavior of smokers non infected with lung cancer.

- Is there a statistically significant correlation between the habit of smoking behavior and the prise of awarness of smoking damages behavior of smokers non infected with lung cancer.

-are there any differences in unrealistic optimism between smokers infected with lung cancer and smokers non infected with.

The study concluded that :

- there is a statistically significant positive correlation between unrealistic optimism and the number of cigarettes consumed, per day among smokers non infected with lung cancer.

- there is a statistically significant negative correlation between unrealistic optimism and the number of years of smoking among the smokers infected and non infected with lung cancer.

- there is a statistically significant negative correlation between unrealistic optimism and the age of smokers infected and non infected with lung cancer.

- there are differences in unrealistic optimism of smokers non infected with lung cancer according to the level of education.

-there is a statistically significant positive correlation between unrealistic optimism and the habit of smoking behavior among smokers non infected with lung cancer.

-there is a statistically significant negative correlation between unrealistic optimism and the prise of awarness of smoking damages behavior of smokers non infected with lung cancer.

-there is a statistically significant negative correlation between the habit of smoking behavior and the prise of awarness of smoking damages behavior of smokers non infected with lung cancer.

- there are differences in unrealistic optimism between smokers infected with lung cancer and smokers non infected with In favor of smokers non infected with lung cancer.

فهرس المحتويات

شكر و تقدير	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
مقدمة	أ - ب

الجانب النظري

الفصل الأول : إشكالية البحث والدراسات السابقة

1. الإشكالية	1
2. فرضيات الدراسة	5
3. أهداف الدراسة	5
4. أهمية الدراسة	6
5. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة	7
6. الدراسات السابقة	7
7. التعليق على الدراسات السابقة	22

الفصل الثاني : التفاؤل غير الواقعي

تمهيد	25
1. التفاؤل	
1.1 تعريف التفاؤل	26
2.1 النظريات المفسرة للتفاؤل	27
3.1 العوامل المساعدة على نشأة التفاؤل	29
4.1 خصائص المتفائلين	30
5.1 قياس سمة التفاؤل	30
6.1 التفاؤل وبعض متغيرات الشخصية	34
7.1 أنماط التفاؤل	37
2. التفاؤل غير الواقعي	

39	1.2 تعريف التفاؤل غير الواقعي
39	2.2 تفسيرات التفاؤل غير الواقعي
41	3.2 العوامل التي تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي
42	4.2 التفاؤل غير الواقعي و بعض المتغيرات
45	خلاصة.....
الفصل الثالث : سلوك التدخين	
47	تمهيد
48	1. تعريف سلوك الخطر
48	2. النماذج النظرية المفسرة لسلوك الخطر
55	3. تعريف سلوك التدخين
56	4. مراحل التعود على سلوك التدخين
56	5. تفسير سلوك التدخين (لماذا ندخن).....
58	6. مدى انتشار سلوك التدخين
60	7. عوامل إدراك الخطر عند المدخنين
62	8. المكونات الكيميائية للسيجارة
63	9. أضرار سلوك التدخين
65	خلاصة.....
الفصل الرابع: سرطان الرئة	
67	تمهيد
	1.السرطان
68	1.1 تعريف السرطان
69	2.1 تشخيص السرطان
69	3.1 انتشار المرض
70	4.1 النماذج النظرية المفسرة للإصابة بالسرطان
74	5.1 أسباب الإصابة بالسرطان
	2. سرطان الرئة
76	1.2 تعريف سرطان الرئة
76	2.2 تشريح الرئة
78	3.2 تشخيص وتصنيف الإصابة بسرطان الرئة
80	4.2 أنواع سرطان الرئة

82.....	5.2 انتشار سرطان الرئة
83.....	6.2 أسباب الإصابة بسرطان الرئة.....
84	7.2 أعراض الإصابة بسرطان الرئة
86.....	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية	
89.....	تمهيد.....
90.....	1. الدراسة الاستطلاعية.....
90.....	1.1 المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية.....
90.....	2.1 عينة الدراسة الإستطلاعية.....
91.....	3.1 أدوات الدراسة الإستطلاعية و خصائصها السيكومترية
98.....	2. الدراسة الأساسية.....
98.....	1.2 المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية.....
98.....	2.2 أبعاد الدراسة الأساسية.....
100.....	3.2 الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية
101.....	4.2 الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة النتائج
الفصل السادس : عرض و مناقشة نتائج الدراسة	
103.....	1. عرض النتائج
105.....	2. مناقشة النتائج
111.....	3. المناقشة العامة
.....	التوصيات
.....	المراجع
الملاحق	
الملحق الأول : مقياس التفاؤل غير الواقعي	
الملحق الثاني : مقياس سلوك التدخين	

فهرس الجدول

- جدول رقم (1) يبين نتائج متابعة استهلاك التبغ في مقاطعة كيبك (كندا) من 1987 الى 1996.... 2
- جدول رقم (2) يبين نسبة انتشار مرض السرطان في بعض الدول الأوروبية 2008..... 3
- جدول رقم (3) يبين نسبة المدخنين فوق 15 سنة في كيبك 58
- جدول رقم (4) يبين نتائج دراسة HINS 2005 22
- جدول رقم (5) يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس في فرنسا 2006 59
- جدول رقم (6) يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس في الولايات المتحدة 1996..... 59
- جدول رقم (7) يبين نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007... 60
- جدول رقم (8) يبين نتائج دراسة INSP سنة 1999..... 61
- جدول رقم (9) يبين مراحل الإصابة بسرطان الرئة ذو الخلايا الصغيرة..... 81
- جدول رقم (10) يبين خصائص سرطان الرئة ونسبه..... 81
- جدول (11) يبين عدد المصابين بسرطان الرئة في فرنسا وبريطانيا لكل 100000 نسمة..... 82
- جدول رقم (12) يبين عدد المصابين (ذكور و إناث) بسرطان الرئة والوفيات في بعض دول أوروبا سنة 2008..... 82
- جدول رقم (13) يبين المواد المسببة للسرطان 83
- جدول رقم (14) يبين أعراض مرض السرطان ونسبة وجودها 85
- جدول رقم (15) يبين توزيع مفردات الدراسة الإستطلاعية وفق السن 91
- جدول رقم (16) يبين توزيع مفردات الدراسة وفق المستوى التعليمي 91
- جدول رقم (17) يبين صدق الإتساق الداخلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي 93
- جدول رقم (18) يبين صدق الإتساق الداخلي لمقياس سلوك التدخين..... 97
- جدول (19) يبين توزيع الحالات حسب البعد المكاني للدراسة الأساسية..... 99
- جدول (20) يبين خصائص عينة المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب السن..... 99
- جدول (21) يبين خصائص عينة المدخنين غير المصابين حسب المستوى التعليمي 99
- جدول (22) يبين خصائص عينة المصابين حسب السن..... 100
- جدول (23) يبين خصائص عينة المصابين من حيث المستوى التعليمي..... 100
- جدول (24) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة 103
- جدول (25) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات التدخين عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة..... 103

جدول (26) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين و غير المصابين

بسرطان الرئة.....103

جدول (27) يوضح الفروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب

المستوى التعليمي.....104

جدول (28) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير

المصابين بسرطان الرئة.....104

جدول (29) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين

غير المصابين بسرطان الرئة.....105

جدول (30) يوضح العلاقة بين الوعي بأضرار سلوك التدخين والتعود عليه عند المدخنين غير

المصابين بسرطان الرئة.....105

جدول (31) يوضح الفروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان

الرئة.....105

فهرس الأشكال

49	شكل (1) يمثل نموذج المعتقدات الصحية.....
50	شكل (2) يمثل نموذج نظرية الفعل المبرر.....
52	شكل (3) يمثل نموذج دافع الحماية.....
54	شكل (4) يمثل نموذج سيرورة الفعل الصحي.....
	شكل (5) تمثيل بياني للحالات المصابة بالسرطان والوفيات الجديدة في العالم سنة 2000.....
70	شكل (6) يمثل نموذج عدم القدرة على التحكم.....
71	شكل (7) يمثل نموذج الانفعالات.....
72	شكل (8) يمثل نموذج استراتيجيات المواجهة.....
73	

مقدمة

تعرف منظمة الصحة العالمية التفاؤل على أنه عملية نفسية إرادية تولد أفكارا ومشاعر للرضى والتحمل والثقة العالية بالنفس وتبعد عن الفرد حالات اليأس و العجز فالشخص المتفائل يفسر مشاكله و أزماته تفسيراً يبعث في النفس الإحساس بالأمن و الطمأنينة ولذلك يمثل التفاؤل قيمة إجتماعية مهمة لدى معظم الناس، فمن خلاله يمكن التنبؤ بالمستقبل وبالأفكار الخاصة بالتطور الإجتماعي والإقتصادي وذلك بتأثيره على الأفراد في فهمهم لأهدافهم المحددة وطرق التغلب على الصعوبات التي تواجههم.

ولكن هذا التفاؤل يكون في بعض الأحيان بعيداً عن الواقع وعن الظروف الحقيقية للفرد مما يتسبب في تقديره الخاطئ لما يحيط به من أخطار فيعتبر نفسه عرضة لكل ما هو إيجابي وبعيداً كل البعد عن كل ما هو سلبي.

إن هذا الأسلوب المعرفي هو ما يسميه الباحثون بالتفاؤل غير الواقعي الذي من خلاله يمكن للفرد أن يسلك سلوكاً في غاية الخطورة دون أن يعير إهتماماً بما يمكن أن يلحق به من أضرار قد لا يمكن تداركها، وهو ما نسعى لمعرفة من خلال هذه الدراسة التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين لدى المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة، وهي دراسة تكتسب أهمية كبيرة لكونها من الدراسات الأولى في المجتمع المحلي كما تشكل مساهمة مهمة في جمع المعلومات خاصة حول متغير التفاؤل غير الواقعي قصد توضيحه وسلوك التدخين باعتباره سلوكاً خطراً يعيق الجهود المبذولة لتنمية الصحة .

وقد قدمت الطالبة الباحثة تصورات نظرية لهذه المتغيرات وكان ذلك في فصول أربعة ضم الفصل الأول منها إشكالية الدراسة والدراسات السابقة التي اهتمت بنفس المتغيرات، واحتوى الفصل الثاني منها على متغير التفاؤل غير الواقعي تطرقت فيه الطالبة الباحثة إلى تعريفاته المختلفة والنظريات المفسرة له وعلاقته بمتغيرات عديدة ، أما الفصل الثالث فخصص لسلوك التدخين الذي ورد فيه تعريف عام لسلوكيات الخطر والنظريات المفسرة له ومن ثم أضرار سلوك التدخين ليختتم الجانب النظري بفصل رابع عن سرطان الرئة الذي تتضح فيه العلاقة بين سلوك التدخين والإصابة بهذا المرض العضال.

أما الجانب التطبيقي فجاء في فصلين احتوى الفصل الأول منها على إجراءات الدراسة الميدانية التي تبين خطوات بناء المقاييس المستخدمة وكيفية إختيار العينة وخصائصها في حين احتوى الفصل الأخير على عرض النتائج وتفسيرها ومناقشتها لتنتهي الدراسة بمجموعة من التوصيات.

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية البحث والدراسات السابقة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
6. الدراسات السابقة
7. التعليق على الدراسات السابقة

1. الإشكالية:

تستحوذ دراسة سمة التفاؤل على إهتمام بالغ من قبل الباحثين نظرا لإرتباط هذه السمة بالصحة النفسية والجسمية للفرد، فقد أكدت مختلف الدراسات إرتباط سمة التفاؤل بالسعادة والصحة والدافعية للإنجاز والنظرة الإيجابية للحياة، وقد برزت دراسة هذا المفهوم في العديد من دراسات علم النفس العيادي وعلم نفس الصحة وعلم نفس الشخصية، وعلم النفس الاجتماعي وتزايد الإهتمام بدراسة التفاؤل بشكل لافت في أواخر السبعينات حين ظهر أول كتاب عن التفاؤل (Tiger1979).

إن تزايد الإهتمام بدراسة هذا المفهوم بوصفه خلفية عامة تحيط بالحالة النفسية للفرد وتؤثر تأثيرا بالغا على سلوكه وتوقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل كان إعتقادا على كون هذه السمة ثابتة نسبيا في شخصية الفرد ولها تأثير مباشر على تغيير حياة الإنسان إلى الأفضل أو العكس، فالتفاؤل يمكن أن يؤدي إلى تأثيرات سلبية على الفرد ويتضح ذلك من خلال المعالجات النظرية التي توصلت إلى أن القابلية للإصابة بالمرض كما يدركها الفرد تعتبر منبئا لطائفة عريضة من سلوكيات الخطر، وتتوافر الأدلة على أن الإعتقادات المتعلقة بالحصانة الشخصية أي عدم القابلية للإصابة بالأمراض تعد خاطئة في معظم الأحيان وهي ما يعرف بالتفاؤل غير الواقعي والذي يعد نمطا من أنماط التفاؤل قدمه Weinstein عام 1980 وأورد تقريرا حوله هدف إلى الكشف عن نزعة الأفراد إلى التفاؤل غير الواقعي لأحداث الحياة وعرفه بأنه إعتقاد الناس بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين ويعتقدون أيضا أن الحوادث الإيجابية على العكس يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة للآخرين (الأنصاري، 2001).

مما قد يتسبب في حدوث نتائج غير متوقعة والتعرض لمخاطر عدة أهمها المخاطر الصحية، و يكون ذلك عندما يسلك الفرد سلوكا خطرا دون الأخذ بعين الإعتبار ما يمكن أن يترتب عنه من مضار صحية، وهو ما تهتم به البحوث الحديثة التي تسعى إلى إبراز الدور الحيوي الذي يلعبه السلوك في صحة الفرد ويظهر ذلك من خلال تخصيص العلماء والأطباء لفرع جديد يعرف باسم علم الأوبئة السلوكية والذي يعني بدراسة مدى مساهمة بعض سلوكيات الخطر كالتدخين والبدانة في حدوث وانتشار الأمراض المزمنة والخبيثة، وتأكيدا لدور سلوك الفرد في نشأة وانتشار هذه الأمراض أدرج العلماء السلوك ضمن قائمة العوامل الخطرة على الصحة وأصبح مفهوم السلوك يحضى بنفس الأهمية والمكانة التي تحضى بها عوامل الخطر البيولوجية.

ويعتبر سلوك التدخين من أبرز سلوكيات الخطر التي يقدم عليها الأفراد، ورغم أن التأثير الذي يسببه في زيادة الإصابة بالأمراض أمر في غاية الأهمية لكن الأبحاث تبين أن الأفراد غير واعين بذلك، ويتضح ذلك من خلال الإنتشار الواسع لهذا السلوك في الدول النامية كما في الدول المتقدمة رغم سعي هذه الأخيرة من خلال العمل الجاد

على أساليب التوعية التي من شأنها الحد من إنتشار هذا السلوك والنتيجة بدأت في الظهور من خلال تناقص إستهلاك التبغ وإنخفاض نسبة الأمراض الناتجة عنه . وهذا ما توضحه دراسة أجريت في مقاطعة Québec في كندا تابعت إستهلاك التبغ على عينة تقدر ب 21800 شخص تفوق أعمارهم 15 سنة.

السنة	نسبة الاستهلاك	السنة	نسبة الاستهلاك
1987	39.9	1997	33.1
1992	34.2	1998	34.0
1993	24.2	1999	31.2
1994	35.3	2000	30.2
1995	35.3	2001	30.2
1996	33.1		

جدول رقم (1) (M . Lalonde, B Heineman , 2004)

ولكن ليس الحال كذلك في الدول النامية أين يشهد سلوك التدخين إقبالا واسعا ونسبة الأمراض التي يسببها في تزايد مستمر .

ففي الجزائر مثلا قام المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) بدراسة سنة 1999 على عينة شملت طلبة وعمال وبطالين من فئة عمرية بين 15 و 30 سنة ، وهدفت إلى التعرف على مدى انتشار سلوك التدخين ومعارف العينة حول أضراره والنتيجة كانت : 40 % من أفراد العينة هم مدخنون رغم وعيهم بأضرار هذا السلوك.

(l'institut nationale de la santé publique, 1999)

إن هذا الانتشار الواسع يشير إلى عدم الوعي الذي يكون غالبا نتيجة لكون القابلية للإصابة بالمرض خاضعة لإدراك مشوه ، فإذا كان على الشخص أن يشير إلى الإحتمال الشخصي لحصول خطر ما فإنه يقلل من أهمية هذا الخطر وذلك لإعتقاده أنه أقل قابلية للإصابة من الآخرين ، وهذا ما عرفه الباحثون كما ذكرنا سابقا بالتفاؤل غير الواقعي وهو في الحقيقة أسلوب معرفي يمكن أن ينشأ على أساس ميول دفاعية يحتمل أن تكون فعالة في تغلبنا على أمور حياتنا اليومية ، وذلك بأن لا نفكر بإستمرار في الأخطار الممكنة وربما تفيدنا النزعة التفاؤلية عند الإنجاز قصير الأمد للأنشطة الروتينية ، إلا أنه يمكن أن تسبب مع مرور الوقت دفع ثمن باهظ وآلام كبيرة وذلك عندما تظهر أزمة حياة كان يمكن الوقاية منها.

هذه الأزمة يمكن أن تكون الإصابة بمرض عضال يتمثل عند المدخنين في مرض سرطان الرئة الذي اكتشفت العلاقة بينه وبين سلوك التدخين منذ 1930.

وتأكدت بدراسات Hill et Doll سنة 1976 والتي كانت نتيجتها أن احتمال الإصابة بسرطان الشعب الهوائية يكون 10 بالنسبة لـ 100 ألف شخص عند غير المدخنين ، ويتعدى 127 / 100000 شخص عند المدخنين لـ 15 إلى 25 سيجارة في اليوم. كما جاءت العديد من الدراسات التي أكدت أن 80 إلى 90 % من السرطانات تكون عند المدخنين والخطر يتضاعف 20 مرة بعد 30 سنة و 100 مرة بعد 45 سنة من التدخين والجدول التالي يوضح نسبة انتشار مرض سرطان الرئة في بعض الدول سنة 2008

الدولة	عدد الإصابات	
	ذكور	إناث
ألمانيا	49575	41545
بلجيكا	7140	6532
الدانمارك	4228	3883
اسبانيا	23506	20594
فرنسا	32430	27793
السويد	3799	2948

جدول رقم (2) (Observation européenne du cancer, 09/03/2011)

أما في الجزائر فقد أكدت دراسة وطنية حول السرطان سنة 2002 وجود 30000 حالة إصابة بالسرطان ويحتل سرطان الرئة المرتبة الأولى عند الذكور بنسبة 12% لترتفع النسبة إلى 17.6 % سنة 2004 .

وفي دراسة أخرى قام بها قسم الأمراض الرئوية بمستشفى مصطفى باشا (الجزائر العاصمة) سنة 2008 أظهرت أن 15000 شخص يموتون في الجزائر من بينهم 4000 شخص يموتون بسرطان الرئة الناتج عن سلوك التدخين، وهو السلوك الذي صدر حوله أول تقرير سنة 1964 من مكتب التنقيف الصحي والرعاية الصحية في الوم. أ مقترنا مع حملة شعبية مكثفة لتسليط الضوء على مخاطره ، ورغم ظهور وعي كبير إلا أنه مازال يشكل مصدر مشكلة تبعث على القلق ، فمستهلكي السجائر والمصابين بسرطان الرئة في تزايد مستمر.

ولعل هذا كان الدافع الأساسي الذي أثار الفضول العلمي لدى الطالبة الباحثة للبحث في الموضوع لمعرفة دوافع ممارسة هذا السلوك الخطر ومدى إرتباطه بالتفاؤل غير الواقعي الذي يعتبر أسلوب معرفي يميل فيه الفرد لتوقع منفذ إيجابي للأحداث وامتلاك نظرة إيجابية عن النفس والعالم .

هذه النظرة تؤدي في كثير من الأحيان إلى ممارسة سلوك خطر وإغفال خطره وعدم تركيز الإهتمام عليه ، وهو ما جعل الطالبة الباحثة تطرح العديد من التساؤلات حول مدى الوعي بأضرار سلوك التدخين ودوافع الإستمرار في ممارسته ، فالمدخن الذي لا يريد أن يدرك أن خطر إصابته بسرطان الرئة عالي بنفس درجة المدخنين الآخرين :

- هل يكون خاضع لتشوه معرفي يسمى التفاؤل غير الواقعي ؟
- وهل الإصابة بالسرطان تؤدي إلى انخفاض هذا التفاؤل ؟

وهذا يعني :

- هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين سلوك التدخين والتفاؤل غير الواقعي عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ؟

وتتدرج تحت هذا السؤال أسئلة فرعية هي:

- (1) هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ؟
- (2) هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ؟
- (3) هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ؟
- (4) هل توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة تعزى الى المستوى التعليمي ؟
- (5) هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ؟
- (6) هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ؟
- (7) هل توجد علاقة إرتباطيه دالة إحصائيا بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ؟
- (8) هل توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ؟

2. فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

توجد علاقة إرتباطيه ايجابية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة .

الفرضيات الجزئية:

(1) توجد علاقة إرتباطيه ايجابية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

(2) توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

(3) توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

(4) توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة تعزى الى مستوى التعليم.

(5) توجد علاقة إرتباطيه ايجابية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة .

(6) توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة .

(7) توجد علاقة إرتباطيه سلبية دالة إحصائيا بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.

(8) توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

3. أهداف البحث:

تهدف الطالبة الباحثة من خلال إختيارها لمتغيرات هذه الدراسة إلى:

- الكشف عن مدى وجود التفاؤل غير الواقعي كأسلوب معرفي ومن ثم دراسة طبيعة العلاقة الموجودة بينه وبين سلوك التدخين بإعتباره أحد أكثر سلوكيات الخطر إنتشارا وأصبح مصدر مشكلة تبعث على القلق.
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا لدى المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

- الكشف عن الفروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب مستوى التعليم.
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي و التعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة .
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- الكشف عن طبيعة العلاقة بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة.
- الكشف عن الفروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة.

4. أهمية البحث:

تكتسب الدراسة الحالية أهمية نظرية وأخرى تطبيقية بالنظر إلى أنها تتطرق إلى أحد سلوكيات الخطر الأكثر إنتشارا من جهة وإلى أحد الأمراض المستعصية التي تعد السبب الأول للوفيات من جهة أخرى ، كما أنها تتعرض بالدراسة لمتغير التفاؤل غير الواقعي وهو متغير رغم وجود العديد من الدراسات الأجنبية والعربية حوله إلا أنه ما زال غير واضح وغير مفهوم.

1.4 الأهمية النظرية:

تهدف هذه الدراسة من الناحية النظرية إلى:

- تدعيم التراث الأدبي في مجال علم نفس الصحة حيث أن البحوث الحديثة تسعى إلى إبراز متغيرات جديدة في هذا المجال ومن ثم إحاطتها بالدراسة والتحليل والتفسير وهو ما يهدف إليه هذا البحث الذي خص احد المتغيرات التي مازالت لم تلق الإهتمام الكافي (التفاؤل غير الواقعي) لإبراز دوره في اتخاذ أسلوب حياة صحي أو اتخاذ سلوك خطر دون الأخذ بعين الاعتبار الأضرار التي يمكن أن يسببها.

2.4 الأهمية التطبيقية:

تهدف هذه الدراسة من الناحية التطبيقية إلى:

- إن نتائج هذه الدراسة تعكس دور التفاؤل غير الواقعي وتأثيره كدافع نحو السلوك الخطر، وهي نتائج يمكن أخذها بعين الاعتبار عند تصميم ووضع برامج للتوعية

حول أخطار سلوك التدخين وذلك من خلال خفض التفاؤل غير الواقعي لدعم الأفراد المدخنين.

- قامت الطالبة بتصميم مقياس للتفاؤل غير الواقعي يمكن استخدامه أو الاستعانة ببعض بنوده لتصميم مقاييس أخرى.

- قامت الطالبة الباحثة بتصميم مقياس لسلوك التدخين وهو مقياس يقيس أبعاد مختلفة لهذا السلوك.

5. التعاريف الإجرائية:

إن التعريف الإجرائي لمتغيرات أي دراسة من الأمور بالغة الأهمية لما يعطيه من تحديد للمصطلحات ووضوح فيما يراد دراسته وحتى قياسه ومن ثم سهولة التحليل والتفسير.

1.5 تعريف التفاؤل غير الواقعي :

هو اعتقاد الفرد بإمكانية حدوث الأشياء الايجابية له أكثر مما هي في الواقع ، واعتقاده بعدم إمكانية حدوث الأشياء السلبية اقل مما هي في الواقع.

وهو الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس التفاؤل غير الواقعي المكون من 29 بند و الذي تتراوح درجاته من 1 إلى 116 درجة ويشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع في التفاؤل غير الواقعي.

2.5 تعريف سلوك التدخين:

هو سلوك استهلاك السجائر بانتظام.

وهو الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس سلوك التدخين المصمم وفق أربعة محاور يعبر كل محور على بعد من أبعاد هذا السلوك ، وتتراوح درجاته بين 0 و 40 درجة.

3.5 تعريف سرطان الرئة:

هو نمو فصيلة خلوية نمو سريع يفلت من التطور المنظم داخل الرئتين.

6. الدراسات السابقة: وردت العديد من الدراسات العربية والأجنبية حول متغيري التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين نذكر من بينها:

1.6 الدراسات المتعلقة بالتفاؤل غير الواقعي :

1.1.6 دراسة Weinstein 1980:

أجريت هذه الدراسة في جامعة روجرز في ولاية نيوجرسي الأمريكية على عينة تكونت من 1285 طالب وطالبة ، واستخدم فيه مقياس أحداث الحياة الذي يشتمل على 42 حدث ، 18 حدثا ايجابيا و 24 حدثا سلبيا يجب عليها بالاعتماد على 11 اختيار تتراوح

بين "لا فرصة للحدوث" و "فرصة حدوث أكثر من 80%" وكشفت الدراسة عن تقدير الأفراد للأحداث الإيجابية بمعدل فوق المتوسط على حين كان تقديرهم للأحداث السلبية بمعدل أقل من المتوسط، كما أظهرت الدراسة تأثير التفاؤل بعوامل أخرى مثل الخبرة الذاتية والدافعية والقوالب النمطية والتحكم في الملاحظة (Weinstein, 1980).

2.1.6 دراسة Weinstein 1982:

وهي دراسة قدمت فيها لـ 100 طالب جامعي من الجنسين قائمة تضم 45 مشكلة صحية، تشمل عنصرين فرعيين هما الأمراض وأسباب الوفاة مثل: الإدمان، الإنتحار، القتل، الصرع، أزمة قلبية، قرحة، سرطان الرئة، التهاب الكبد الوبائي، نقص الفيتامينات، تصلب الشرايين، السكري والربو، وكل مشكلة صحية يقابلها مقياس تقدير من سبع نقاط يضم الاختيارات التالية:

- أقل من المتوسط بكثير - أقل من المتوسط - أقل من المتوسط بقليل - المعدل نفسه لبقية طلاب جامعتك من جنسك - أعلى من المتوسط قليلا - أعلى من المتوسط كثيرا.

وقام كل طالب بوضع تقديرين (فرص إصابته بهذه المشكلات الصحية والمشكلات المهددة للحياة وفرص زملائه في الجامعة نفسها).

وكشفت نتائج الدراسة أن لدى الطلاب تفاؤل غير واقعي (مرتفع) 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.
- نقص الخبرة السابقة.
- الاعتقاد أن المشكلة الصحية تظهر في وقت مبكر أي خلال الطفولة.

وبينت هذه الدراسة أيضا أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الإهتمام بتخفيض احتمالات خطر الإصابة بالأمراض ويكون ذلك بطريقة غير مباشرة إذ يخفض القلق (الأنصاري، 1998، ص 38)

3.1.6 دراسة Weinstein 1983 :

أجريت هذه الدراسة على 120 طالبة من جامعة روتجرز في ولاية نيوجرسي الأمريكية وهدفت إلى التحقق من الفكرة القائلة بأن الأفراد ذوي التفاؤل غير الواقعي يتفعلون نتيجة توجهم إلى العوامل التي تساعدهم على تحقيق مطالبهم المرغوبة في المستقبل ، واستخدم في هذه الدراسة كتيب يحتوي على الأحداث نفسها التي استخدمت في دراسة Weinstein الأولى سنة 1980 (مقياس أحداث الحياة بـ 42 حدث) ، ولكن تم تقسيمها في هذه الدراسة إلى ثلاثة أقسام متساوية يمكن أن تثير التفاؤل غير الواقعي ، وعلى كل مفروض أن يذكر العوامل التي قد تزيد من احتمال حدوث تلك الأحداث لديهم أو تقلل منها ، وكان الهدف من هذا الإجراء تخفيض درجة التفاؤل غير الواقعي بشكل ملحوظ بالنسبة للأحداث ذاتها التي تم تحديدها في الدراسة الأولى ، ومع ذلك فإن هذا الإجراء لم ينف ظاهرة اللاواقعية في التفاؤل (Weinstein , 1980) .

4.1.6 دراسة Mahatone et Johaston 1989 :

أجريت هذه الدراسة على عينة من الطلاب تتألف من 60 طالب من طلاب كلية الطب في إحدى الجامعات البريطانية وقد طبق عليهم استبيان التفاؤل غير الواقعي والذي يدور حول مدى تعرضهم لاحتمال الإصابة بـ(18) مرض منها الأمراض العقلية وذلك مقارنة بأقربائهم ، كما طبق عليهم استبيان عن الإتجاهات نحو المرض العقلي ، وكشفت النتائج عن وجود ارتباط سالب بين التفاؤل غير الواقعي والإتجاهات الإيجابية نحو المرض (الأتصاري ، 2001، ص 203).

5.1.6 دراسة Dewberry et all 1990:

وهي دراسة حول القلق والتفاؤل غير الواقعي ، إذ يرون أنه عندما يقدر الناس احتمال تورطهم في حادث معين من حوادث الحياة فإنهم يميلون إلى أن يكونوا متفائلين بشكل غير واقعي فهم يعتقدون مثلا أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين ، كما أنهم يعتقدون أن الحوادث الإيجابية يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة لغيرهم ، فعندما يطلب منهم مثلا أن يقدروا احتمال أن يصبحوا ضحية في حادث تصادم في السكة الحديدية فالغالب أنهم سيذكرون أن احتمال كونهم ضحية سيكون أقل من أقرانهم.

وقد استخرج في هذه الدراسة معامل ارتباط سلبي بين معدل القلق الذي تشعر به الطالبات الإنجليزيات بالنسبة لأحداث سلبية معينة ومدى التفاؤل غير الواقعي لديهن لحدوث هذه الأحداث وهي:

- أن تصبح الفتاة ضحية إغتصاب.
- الإصابة بسرطان الثدي.
- الإصابة بعدوى فيروس الإيدز.
- أن تصبح الفتاة ضحية إعتداء بقصد السرقة.
- أن تكون عاقر .
- أن تطلق خلال خمس سنوات من الزواج.
- أن تصاب في حادث سيارة.
- الإصابة بعدوى أمراض تناسلية.
- المعاناة من الإكتئاب الشديد.
- أن يسرق اللصوص سيارتها.
- أن تفصل من الوظيفة.
- أن تفصل من الكلية.
- أن تصاب بأزمة قلبية قبل سن الأربعين.

وقد استخلص الباحثون أن درجة القلق التي يمر بها الفرد ويخبرها اتجاه حادث سلبي معين يمكن أن تؤثر في مستوى التفاؤل غير الواقعي تجاهه (الأنصاري ، 1998 ، ص 36، 35).

6.1.6 دراسة 1993 Mekenna :

بلغ حجم العينة في هذه الدراسة 99 فردا من أعضاء هيئة التدريس والموظفين والطلاب بجامعة " ريدنج " في إنجلترا، 58 من الذكور و 41 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 18 و 68 سنة وكانت أداة البحث عبارة عن استبيان يتكون من سؤالين هما :

- مقارنة بالسائقين الآخرين ما هو توقعك (في اعتقادك) بأنك سوف تتعرض لحادثة مرورية أثناء قيادتك للسيارة.
- مقارنة بالسائقين الآخرين ما هو توقعك (في اعتقادك) بأنك سوف تتعرض لحادثة مرورية عندما تكون مرافقا وليس سائقا.

وكانت الإجابة وفق خمسة إختيارات ، وكشف نتائج الدراسة عن عدم توقع السائقين للحوادث المرورية عندما يقومون هم بقيادة السيارة ، في حين كانت توقعاتهم أكثر بالإصابة في حادثة مرورية عندما يكونون مرافقين وليسو سائقين ، وقد فسرت النتائج

بعدم وجود علاقة بين التفاؤل غير الواقعي وتوقع تلك الأحداث ، ولكن يوجد خداع في الضبط والتحكم (الأنصاري ، 1998، ص 24،25).

7.1.6 دراسة Harris et Middleton 1994:

والتي هدفت إلى قياس التفاؤل غير الواقعي وعلاقته بالصحة، وذلك على عينة قوامها 192 فردا من طلاب إحدى الجامعات البريطانية بواقع (133) من الذكور و 59 من الإناث، متوسط أعمارهم 21 سنة \pm 3.33 سنة وطبقت عليهم قائمة متكونة من 15 مرض عضوي مثل القرحة ، البدانة ، تليف الكبد، الإيدز ، سرطان الرئة وقد طلب منهم تقدير احتمالات الإصابة بتلك الأمراض في المستقبل ، وقد كشفت النتائج أن الأفراد يعتقدون أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين (الأنصاري ، 2001، ص 210).

8.1.6 دراسة Cohn et Macfarlane 1995:

والتي هدفت إلى دراسة التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من المراهقين وعددهم 376 ، وعينة من الراشدين وعددهم 160، وقد أجريت مقارنة بين هاتين العينتين في التفاؤل غير الواقعي، حيث سئلوا عن مدى احتمال تعرضهم لعدد من الأحداث السلبية مثل الطرد من الكلية ، ضحية حادث سطو ، الإصابة بالسرطان ، التعرض لحادث مروري ، وقد كشفت النتائج عن وجود فروق بين المراهقين والراشدين في التفاؤل غير الواقعي ، حيث مال المراهقون إلى أن يكونوا أقل تفاؤلا غير واقعي من الراشدين (الأنصاري ، 2001، ص 210،211).

9.1.6 دراسة Hoorens 1995 :

وهي دراسة أجريت بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية ، وذلك على عينة قوامها 90 طالب وطالبة من إحدى المدارس الثانوية الألمانية(45 من الإناث و45 من الذكور) تراوحت أعمارهم بين 15 – 18 عام وطبق عليهم مقياس التفاؤل غير الواقعي تم تطويره من مقياس W einstein بحيث أصبح يتكون من 34 بند (17) بندا إيجابي و17 بندا سلبييا يجاب عنها بمقياس متدرج من 09 نقاط ، كما طبق على أفراد العينة عدد من مقاييس الشخصية (خداع الذات ، الشعور الزائف بالقدرة على التحكم ، السعادة ، الإتران الوجداني ، تقدير الذات) ، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود ارتباطات موجبة بين التفاؤل غير الواقعي وكل من خداع الذات

(=0.67)، الشعور الزائف بالقدرة على التحكم (=0.35) وتقدير الذات (=0.67)، السعادة (=0.38) والالتزان الانفعالي (=0.34) (الأنصاري ، 2001 ، ص 205).

10.1.6 دراسة Regan , Snyder ,kassin 1995 :

وهي دراسة أجريت على عينة من طلاب الجامعة وعددهم 60 طالب و طالبة بهدف الكشف عن التفاؤل غير الواقعي وذلك عن طريق تطبيق مقياس Weinstein للتفاؤل غير الواقعي ، وقد طلب منهم تقدير احتمال حدوث بعض الحوادث الايجابية والسلبية لأنفسهم وإخوتهم وأصدقائهم ، وقد كشفت النتائج على أن المفحوصين كانوا أكثر تفاؤلاً غير واقعي بالنسبة لأنفسهم وإخوتهم وأصدقائهم ، أي أنهم يعتقدون بأن الأحداث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم ولإخوتهم ، كما يعتقدون أيضاً أن الأحداث الإيجابية يزداد احتمال حدوثها لهم ولإخوتهم بالنسبة لأصدقائهم (الأنصاري ، 2001 ص 205).

11.1.6 دراسة Heine et Lehman 1995 :

والتي أجريت بهدف إجراء مقارنة ثقافية بين الكنديين واليابانيين في التفاؤل غير الواقعي وذلك على عينة يابانية (196) فرد من طلاب الجامعة، (130) إناث (66) من الذكور، وعينة كندية قوامها (314) فرد من طلاب الجامعة بواقع (167) من الذكور و(147) من الإناث تراوحت أعمارهم بين 18 و 25 سنة ، طبق عليهم مقياس Weinstein للتفاؤل غير الواقعي الذي يتكون من 18 بنداً ايجابياً و 24 بنداً سلبياً ، يجاب عنها بمقياس متدرج من 08 نقاط وكشفت النتائج عن فروق ثقافية في التفاؤل غير الواقعي ، حيث حصل الكنديون على متوسط أعلى من اليابانيين في التفاؤل غير الواقعي (الأنصاري ، 2001 ، ص 212).

12.1.6 دراسة Rutter et kobrin 1998 :

والتي أجريت بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي لدى قائدي الدرجات الهوائية وذلك على عينة قوامها 723 فرد ، طبق عليهم استبيان عن مدى تعرضهم للإصابة ببعض الحوادث السلبية نتيجة قيادة الدراجة ، وقد كشفت النتائج عن ميل الأفراد إلى الاعتقاد بأن الحوادث السلبية الناتجة عن قيادة الدراجة الهوائية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين ممن لديهم خبرة طويلة وممن لديهم خبرة قصيرة في قيادة الدراجات الهوائية، حيث يميل الأفراد ذوي الخبرة القصيرة في القيادة إلى أن يكونوا أكثر تفاؤلاً غير واقعي ، بمعنى أنهم يعتقدون أن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى السائقين الآخرين (الأنصاري ، 2001 ، ص 210).

13.1.6 دراسة Morrison – Ager et Willock 1999 :

وهي دراسة أجريت عن التفاؤل غير الواقعي وطبقت على عينة قوامها 120 فرد من الراشدين من مقاطعة ملاوي في إفريقيا والتي تنتشر فيها بعض الأمراض الوبائية مثل الملاريا والكوليرا والتيفوئيد وغيرها وقد وجه للأفراد استبيان عن احتمال إصابتهم بتلك الأمراض.

وقد كشفت النتائج عن اعتقاد المفحوصين بأن الأمراض الوبائية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة بالآخرين ، مما يؤكد نزعتهم للتفاؤل غير الواقعي (الأنصاري ، 2001 ، ص 211).

14.1.6 دراسة الأنصاري بدر محمد 1998-1999:

وهي دراسة أجراها الباحث لإعداد مقياس للتفاؤل غير الواقعي ومن ثم ارتباطه ببعض سمات الشخصية، وقد اعتمد على المجتمع الكويتي بشكل خاص بإختيار سبع (7) عينات من طلاب جامعة الكويت وطلاب الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب.

- العينة الأولى: تكونت من 270 طالب من الجامعة تم طرح سؤال مفتوح عليهم بغرض جمع وبناء بنود المقياس.
- العينة الثانية: تكونت من 425 طالب وطالبة استخدمت لحساب الصدق والثبات.
- العينة الثالثة: تكونت من 644 فرد لفحص الفروق بين الجنسين
- العينة الرابعة: تكونت من 360 فرد
- العينة الخامسة: تكونت من 85 فرد
- العينة السادسة: تكونت من 162 فرد

وقد استخدمت العينات الثلاثة الأخيرة لحساب صدق الإتساق الداخلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي وحساب الارتباطات مع سمات الشخصية التي تم اقتراح دراستها.

- العينة السابعة: تكونت من 274 طالب من جامعة الكويت واستخدمت لحساب معاملات ثبات مقياس سمات الشخصية، وقد دلت النتائج على تمتع مقياس التفاؤل غير الواقعي بخصائص قياسية جيدة وقد تراوحت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية لدى الذكور والإناث منفصلين 0.76 ، 0.86 ، وتراوحت معاملات الإستقرار عبر الزمن بين 0.63 ، 0.89 ، أما الصدق فقد تم حسابه بثلاث طرق (الإتساق الداخلي ، التحليل العاملي والصدق التمييزي) ، وقد تراوحت معاملات الارتباط المتبادلة بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس بين 0.35 ، 0.61 أما نتائج التحليل العاملي فقد كانت استخلاص عاملين (الأحداث السارة والأحداث

المفجعة)، وقد إرتبط التفاؤل غير الواقعي إرتباطات جوهرية موجبة مع التفاؤل على حين إرتبط إرتباطات جوهرية سالبة مع كل من التشاؤم والقلق والوسواس القهري والشعور بالذنب والإكتئاب والتفكير الإنتحاري .

كما كشفت النتائج أيضا عن عدم وجود فروق جوهرية بين الجنسين في التفاؤل غير الواقعي (الأنصاري ، 2001).

2.6 الدراسات المتعلقة بسلوك التدخين:

1.2.6 دراسة معتز سيد عبد الله 1996 :

أجريت هذه الدراسة سنة 1996 من قبل الباحث المصري معتز سيد عبد الله وهدفت إلى الكشف عن أهم أبعاد المعتقدات حول التدخين لدى كل من مدخني السجائر وغير المدخنين وذلك في محاولة للإجابة عن ثلاثة أسئلة فرعية هي :

- ماهي أهم أبعاد المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من مدخني السجائر وغير المدخنين.

- ماهي طبيعة العلاقة بين أبعاد المعتقدات حول تدخين السجائر لدى مدخني السجائر وغير المدخنين.

- هل تختلف أبعاد المعتقدات حول تدخين السجائر بين مدخني السجائر وغير المدخنين.

وتكونت العينة من 390 فرد موزعين على عينتين فرعيتين ، الأولى قوامها 205 من الذكور المدخنين ، أما العينة الثانية فشملت 185 مبحوث من الذكور المدخنين بمتوسط عمر 27.53 سنة.

و روعي في إختيار أفراد المجموعتين التكافؤ في عدد من المتغيرات مثل العمر، مستوى التعليم و المهنة.

أما الأداة المستخدمة في هذه الدراسة فهي عبارة عن مقياس المعتقدات حول تدخين السجائر والذي تم إعداده وتكوينه في ضوء هدف الدراسة وتكون من 57 بند تم حساب ثباتها وصدقها.

و باستخدام أسلوب التحليل العاملي تبين أن معتقدات عينة المدخنين تنتظم في عشرين عامل أمكن تفسير 14 عامل منها ، أما معتقدات عينة غير المدخنين فتتضمنت في 18 عامل أمكن تفسير 13 عامل منها.

وبوجه عام كشفت النتائج عن أن هناك تشابها واضحا في مضمون العوامل التي تمثل نسق المعتقدات حول تدخين السجائر لدى كل من المدخنين وغير المدخنين ، كما تبين أن مجموعتي العوامل التي توصل إليها الباحث سواء لدى المدخنين أو غير المدخنين أبعاد

مستقلة ، مما يعني أن نسق المعتقدات حول تدخين السجائر يتكون من مجموعة المعتقدات تتسم بالتمايز والاستقلال فيما بينها (معتز سيد عبد الله، 1996).

2.2.6 دراسة محمد السيد عبد الرحمن 1998 :

وهي دراسة كان الهدف منها دراسة العلاقة بين سلوك التدخين وكفاءة الذات ، واشتملت عينتها على مجموعتين من الذكور.

- عينة الذكور المدخنين وعددهم 72 مدخن تتراوح أعمارهم ما بين 14 و 38 سنة من طلاب المراحل الثانوية والجامعية والدراسات العليا.

- الذكور غير المدخنين وعددهم 144 فرد تتراوح أعمارهم ما بين 14 و 36 سنة.

طبقت على المجموعة الأولى أدوات بحث تمثلت في قائمة التقرير الذاتي لسلوك التدخين من إعداد الباحث ومقياس كفاءة الذات للمدخنين من إعداد الباحث ، وطبق على المجموعتين معا مقياس الكفاءة العامة للذات (إعداد كل من روبرت تبتون وليفرت ورتنجتون Tipton Worthington) ونتائج الدراسة كانت كما يلي:

- وجود فروق جوهرية بين المدخنين الأصغر سنا والأكبر سنا في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية وفي الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين ، والفروق لصالح المدخنين الأصغر سنا في حين لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد الاستجابة للضغوط الخارجية والكفاءة العامة للذات.

- وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة التدخين (1-5 سنوات فأكثر) في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية ، وفي كل من الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية للمدخنين ، ومقياس الكفاءة العامة للذات والفروق لصالح المدة الأصغر

- وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة الإمتناع (أقل من شهر ، وشهر فأكثر) في كل من كفاءة الذات للإستجابة للضغوط الخارجية والدرجة الكلية للكفاءة الذاتية للمدخنين ، وفي كفاءة الذات العامة والفروق في صالح مجموعة الممتنعين عن التدخين لمدة طويلة ، بينما لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية(مدحت عبد الحميد أبو زيد ، 2003).

3.2.6 دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية INSP 1999:

قام المعهد الوطني للصحة العمومية بدراسة عرضية شملت فئات المجتمع المختلفة (طلبة من مختلف المستويات، عمال، بطالين) من فئة عمرية بين 15 و 30 سنة بنسبة 60% ذكور و 40% إناث.

هدفت الدراسة إلى معرفة اتجاهات العينة حول سلوك التدخين حيث اشتمل الاستبيان المطبق على سبعة (7) أسئلة :

(1) هل هو خطر على الصحة.

(2) سوابق التدخين.

(3) نتائجه.

(4) أخطاره السرطانية.

(5) خطره على الأم وجنينها.

(6) منع التدخين.

(7) كيفية محاربة التدخين.

وقد تم توزيع 300 استبيان ذاتي الإستكمال ، استرجع منها 147 من ولاية الجزائر وهران و 84 من ولاية بسكرة أي بمجموع 231 ، تمت هذه الدراسة في غضون 6 أشهر من نوفمبر 1998 إلى غاية أبريل 1999 ، ثم تم جمع البيانات وتحليلها عن طريق نظام EPI info وكانت النتائج كالتالي:

- 97% من أفراد العينة على وعي عموما بأن التدخين يمثل خطرا حقيقيا على الصحة.

- 40% من أفراد العينة هم مدخنون.

- 97% من أفراد العينة أكدوا أن التدخين يؤدي إلى السرطان.

- 89% من أفراد العينة حددوا سرطان الرئة وسرطان الحنجرة كسرطانات يسببها التدخين.

- 93% من أفراد العينة أكدوا أن التدخين خطر على المرأة الحامل والجنين.

- 80% أكدوا أن التدخين ممنوع في قاعات السينما والمكاتب.

- 69% من أفراد العينة أكدوا أن التدخين يجب أن يكون ممنوع في الأماكن العامة

وبالنسبة لمكافحة التدخين :

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

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

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

(L'institut national de la santé publique 1999)

4.2.6 دراسة إنصاف عبده القاسم وحمود محمد السيانى 2000/1999 :

وهي دراسة استهدفت الكشف عن حجم ظاهرة التدخين بين طلاب وطالبات مدارس التعليم الثانوي في التعليم العام في اليمن ، وتحديد العوامل التي تؤثر في التدخين ودرجة ارتباطها بخصائص المتعلم والمجتمع والمدرسة. وتحددت مشكلة الدراسة في خطورة التدخين المنتظم في الطفولة الذي يؤدي إلى تدخين دائم في الرشد ، والفترة الحرجة لتعلم سلوك التدخين هي بين (10 و 18 سنة) وقد حاولت الدراسة الإجابة على الأسئلة التالية:

- ما مدى انتشار ظاهرة التدخين بين طلاب وطالبات مدارس التعليم الثانوي في اليمن.
- ماهي العوامل المؤثرة في انتشار ظاهرة التدخين بين طلاب وطالبات مدارس التعليم الثانوي.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد العينة في إتجاهاتهم نحو التدخين حسب متغير الجنس ومتغير المحافظة.
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تقديرات أفراد العينة لمقياس مستوى الوعي بأضرار التدخين بحسب الجنس و المحافظة.
- هل توجد علاقة بين إتجاهات عينة البحث نحو التدخين ومستوى وعيهم بأضرار التدخين.
- ما المقترحات اللازمة لبرنامج الوقاية من انتشار ظاهرة التدخين بين الطلاب والطالبات وحث المدخنين منهم على الإقلاع عن التدخين وقد بلغ حجم العينة 2862 طالب وطالبة (1742) طالب و(1120) طالبة ، توزعوا على خمس محافظات أمانة ، العاصمة ، تعز ، عدن الجديدة ، حضرموت ، وتمثل هذه المحافظات مختلف البيئات الطبيعية والاقتصادية والثقافية في اليمن ، مما جعل عينة الدراسة ممثلة لجميع مناطق اليمن.

وقد استخدم في الدراسة :

- استبيان (يحتوي على 32 سؤالاً ويهدف إلى تحديد العوامل المؤثرة في تدخين الطلاب، وتوزعت على العوامل النفسية والاجتماعية وعوامل مرتبطة بالوالدين).
- مقياس الإتجاه نحو التدخين: ويهدف إلى معرفة اتجاهات الطلاب نحو التدخين وهو مقياس خماسي به 43 فقرة.
- مقياس الوعي بأضرار التدخين : يتكون من 25 فقرة تهدف إلى قياس مستوى وعي أفراد العينة بأضرار التدخين .

وتوصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

- ينتشر التدخين بين الطلبة في مدارس التعليم الثانوي ، ومحاولة التعود تبدأ قبل الدخول إلى الصف التاسع.
 - إنتشار التدخين بين الذكور أكبر من الإناث.
 - للمدرسين والآباء والأقران دور في إنتشار سلوك التدخين لدى الطلاب.
 - وجود أثر للعوامل الإجتماعية في جذب الطلاب للتدخين.
 - إتجاهات الطلاب إيجابية نحو المشكلات الصحية والإقتصادية للتدخين.
 - أظهر الطلاب وعيا بأضرار التدخين على الأم الحامل والجنين.
- (إنصاف عبده قاسم وآخرون ، 2000/1999).

5.2.6 دراسة بشير القصير وآخرون 2000:

هي دراسة أجريت في إطار المسح الصحي العالمي للسلوكات المهددة للصحة كسلوكات التغذية وتعاطي التبغ ، وتم الإعتماد على طلبة المدارس في الأردن الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و15 سنة .

وننتائج هذه الدراسة حول تدخين السجائر كانت :

- 19.9 % من الطلبة تعاطوا التبغ بكافة أشكاله لمرة أو أكثر خلال 30 يوما الأخيرة.
 - 12.6 % من الطلبة دخنوا السجائر.
 - 64.5 % من الطلبة أكدوا أن أشخاصا بالغين قاموا بالتدخين بحضورهم خلال السبعة أيام الأخيرة.
 - 51.7 % من الطلبة أفادوا بأن أحد الوالدين يتعاطى التبغ بمختلف أشكاله.
- (بشير قصير وآخرون ، 2004).

6.2.6 دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية 2005 :

وهي تحقيق وطني حول الصحة يندرج ضمن مشروع بحث حول علم الأوبئة والنظام الصحي في دول شمال إفريقيا TAHINA والذي من أهدافه:

- تقدير عدد الوفيات لدى السكان.
- تقدير تردد عوامل الخطر لدى الراشدين من 35 إلى 70 سنة، والتي من بينها سلوك التدخين واشتمل التحقيق على عينة كلية مكونة من 4818 أسرة، 60.8 %

منها في المدينة و 39.2 % في الريف ، والمجموع الكلي للأفراد المكونين لها هو 32663 بمعدل 50.5 % ذكور و 49.5 % إناث.

وتوصلت النتائج إلى:

- 26.40 % من أفراد العينة مدخنين (الذكور).
- 0.43 % من أفراد العينة مدخنين (إناث).
- 11.55 % في المدن.

10.64 % في الريف (Groupe technique de l'INSP, 2008) .

3.6 الدراسات المتعلقة بالمتغيرين معا (التفاوت غير الواقعي وسلوك التدخين):
1.3.6 دراسة Jonathan Reppucci et all 1991: وهي دراسة أجريت على مجموعة من المراهقين في بريطانيا لدراسة متغير التفاؤل غير الواقعي وسلوك التدخين وتم ذلك على مرحلتين:

- **المرحلة الأولى:** اشتملت فيها العينة على 54 مراهق مدخن و 304 مراهق غير مدخن، وبعد تطبيق استبيان حول معتقدات المراهقين حول احتمال إصابتهم بسرطان الرئة الناتج عن التدخين كشفت النتائج عن:
➤ إدراك المراهقين غير المدخنين لفرصة إصابتهم بسرطان الرئة بنسبة دون المتوسط، أما المراهقون المدخنون فاعتبروا أن فرص إصابتهم بهذا المرض هي فرص عادية .
- **المرحلة الثانية:** أو الدراسة الثانية المكملة للدراسة الأولى من حيث المراحل والنتائج ولكنها أضافت إلى احتمال الإصابة بسرطان الرئة الإصابة بالأمراض القلبية والتعرض للضغوط المحتملة والنتائج كانت:
➤ 33 مراهق مدخن قدروا نسبة إصابتهم بالنوبات القلبية أكثر من 299 مراهق غير مدخن، ولكن رغم ذلك مازالوا يرون أن فرص إصابتهم تبقى دائما في المعدل المتوسط.
➤ أما فيما يخص التعرض للضغوط فالمراهقون المدخنون يرون أنهم أقل تعرضا للضغوط من المراهقين غير المدخنين ، ولذلك اعتبر خداع الذات سببا للتفاوت غير الواقعي (Jonathan p, Reppucci et all, 1991) .

2.3.6 دراسة 1995 Strecher, Kreuter et Kobrin :

وهي دراسة أجريت بهدف التعرف على مدى وجود التفاؤل غير الواقعي لدى المدخنين للسجائر تجاه إصابتهم بأمراض القلب أو السرطان وذلك على عينة قوامها 2785 من الأفراد المدخنين في ولاية كارولينا الأمريكية و اشملت الدراسة تطبيق استبيان على أفراد العينة يقيس مدى اعتقادهم في إمكانية إصابتهم بالسرطان وبعض الأمراض كأمراض القلب مقارنة بغيرهم من غير المدخنين.

وكشفت النتائج انه على الرغم من أنهم يعتقدون أن احتمال الإصابة يزداد لديهم مقارنة بالأفراد غير المدخنين ، إلا أنهم يعتقدون أيضا في أن هذا الاحتمال ينخفض لديهم مقارنة مع مدخنين آخرين (الأنصاري ، 2001 ، ص 210).

3.3.6 دراسة 2005 HINS :

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

وقد شملت العينة المختارة في هذه الدراسة على 6369 فرد من عمر 18 سنة فما فوق من مختلف الجنسيات (أفارقة ، أمريكيين ، إسبان) وهم يتوزعون على أربع فئات :

- مدخنون حاليون (وقت إجراء الدراسة).
- مدخنون سابقون.
- في بعض الأحيان.
- غير مدخنين.

و كان هدف هذه الدراسة معرفة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والتدخين د طرح من أجل ذلك ثلاثة أسئلة على أفراد العينة :

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

- عدد قليل جدا (1)
- عدد قليل بعض الشيء (2)
- عدد متوسط (3)

- عدد كبير بعض الشيء (4)

- عدد كبير جدا (5)

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

- اقل من الربع (1)

- حوالي الربع (2)

- حوالي النصف (3)

- حوالي ثلاثة أرباع (4)

- تقريبا كلهم (5)

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

- المدخن لديه احتمال أكبر بعض الشيء من غير المدخن.

- المدخن لديه احتمال الضعف بالنسبة لغير المدخن.

- المدخن لديه احتمال 05 أضعاف بالنسبة لغير المدخن.

- المدخن لديه احتمال 10 أضعاف بالنسبة لغير المدخن.

ولقد أجاب على هذه الأسئلة أفراد العينة التي تميزت بالخصائص التالية:

- عدد أفراد العينة 6369 فرد.

- عدد الإناث 3848 بنسبة 60.4%.

- عدد الذكور 2521 بنسبة 39.6%.

- أفراد غير مدخنين 3277 بنسبة 51.4%.

- مدخنين سابقين 1676 بنسبة 26.3%.

- مدخنين في بعض الأحيان 303 بنسبة 4.8%.

- مدخنين حاليين 942 بنسبة 14.8%.

ونتائج الدراسة جاءت لتؤكد الاختلاف الواضح بين المدخنين السابقين وغير المدخنين من جهة والمدخنين من جهة أخرى، فيما يخص المعتقدات المتعلقة بالتدخين وفيما يخص التناول غير الواقعي والنتائج كانت كما يلي:

النسبة		المعتقدات
مدخنين سابقين	مدخنين حالياً	
35.6	51.7	التمارين الرياضية تنقص أضرار التدخين
17.6	28.0	الفيتامينات تنقص أضرار التدخين
13.4	13.4	لا خطر للإصابة بسرطان الرئة إذا دخنا سنوات قليلة
31.1	35.8	سرطان الرئة مرتبط أكثر بالجينات

جدول رقم (3) (Weinstein . Marcus et all, 2005)

7. التعليق على الدراسات السابقة :

إن الدراسات التي تعرضت لمتغير التفاؤل غير الواقعي ومتغير سلوك التدخين هي في الحقيقة دراسات كثيرة سعى من خلالها الباحثون كل حسب هدف دراسته إلى إكتشاف العلاقة بين المتغيرين السابقين أو أحد المتغيرين ومتغير آخر ، وهو ما يعكس محتوى الدراسات التي إستطعنا الإطلاع عليها واعتمادها كدراسات سابقة لهذا البحث ، وهو محتوى يبرز ما يلي :

- معظم الدراسات التي أجريت على متغير التفاؤل غير الواقعي هي دراسات أجريت على الطلاب أو دراسات مقارنة بين المراهقين والراشدين كما في الدراسة الثامنة (Cohn et Macfarlane).
- استخدمت معظم الدراسات الإستبيان كأداة لجمع البيانات أو لقياس التفاؤل غير الواقعي ، كما استخدمت قائمة أحداث الحياة السلبية والإيجابية كما في الدراسة الأولى والثالثة (Weinstein).
- الدراسات السابقة بحثت في العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والتعرض للمشاكل الصحية (الدراسة الثانية والدراسة السابعة Weinstein ، Harris et Middleton) أو التعرض للحوادث السلبي (الدراسة الثانية عشر Rutter et kobrin) أو التفاؤل غير الواقعي وبعض سمات الشخصية كالدافعية وتقدير الذات والخبرة الذاتية من جهة والقلق والتعرض للضغوط من جهة أخرى (الدراسة الخامسة Dewberry و الدراسة التاسعة Hoorens).
- أجرت بعض الدراسات مقارنة ثقافية بين بعض المجتمعات في التفاؤل غير الواقعي (الدراسة الحادية عشر Heine et Lehman).
- الدراسات التي تعرضت لسلوك التدخين معظمها دراسات مسحية تهدف إلى معرفة مدى إنتشار السلوك.

- وبعضها عبارة عن دراسات مقارنة بين المدخنين وغير المدخنين لمعرفة مدى الوعي بأضراره .
 - أما الدراسات التي تعرضت للمتغيرين معا فهي دراسات أجنبية تختلف ثقافيا مع الدراسة الحالية ولا توجد في حدود علم الطالبة الباحثة دراسات عربية تجمع المتغيرين معا ، والدراسة العربية الأولى كانت لبناء مقياس التفاؤل غير الواقعي (الدراسة الرابعة عشر الأنصاري بدر محمد) كما أنه لا توجد دراسات تعرضت لمتغير التفاؤل غير الواقعي عند المصابين بسرطان الرئة أو دراسات مقارنة بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ومعظمها درس العلاقة بين
- التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين وغير المدخنين والإصابة بسرطان الرئة أو أمراض أخرى كأمراض القلب.

الفصل الثاني : التفاؤل غير الواقعي

تمهيد

1. التفاؤل

1.1 تعريف التفاؤل

2.1 النظريات المفسرة للتفاؤل

3.1 العوامل المساعدة على نشأة التفاؤل

4.1 خصائص المتفائلين

5.1 قياس سمة التفاؤل

6.1 التفاؤل وبعض متغيرات الشخصية

7.1 أنماط التفاؤل

2. التفاؤل غير الواقعي

1.2 تعريف التفاؤل غير الواقعي

2.2 تفسيرات التفاؤل غير الواقعي

3.2 العوامل التي تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي

4.2 التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات

خلاصة

تمهيد:

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

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

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

1.1.التفاؤل :

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

1.1 تعريف التفاؤل:

➤ **تعريف Crandall:** إن التفاؤل عبارة عن التوقع قصير المدى بالنجاح في تحقيق بعض المطالب في المستقبل (الأنصاري ، 1998 ، ص 15) .

➤ **تعريف 1981 Stipek :** التفاؤل هو توقعات ذاتية إيجابية لدى الفرد عن مستقبله الشخصي (Stipek , 1981) .

➤ **تعريف 1983 Smith:** يعتبر التفاؤل عاملا لبقاء الإنسان ومن خلاله يمكن التنبؤ بالمستقبل وبالأفكار الخاصة بالتطور الإجتماعي و الإقتصادي ، كما يساعد الأفراد على فهم أهدافهم المحددة وطرق التغلب على الصعوبات التي تواجههم (Smith , 1983) .

➤ **تعريف 1984 Seligmane:** التفاؤل عبارة عن تركيبة من الموهبة المعقولة مع القدرة على الإستمرار في مواجهة الهزيمة للوصول إلى النجاح (جولمان دانيال ، 2000، ص132) .

➤ **تعريف 1989 Scheier et Carver :** التفاؤل هو النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة و الإعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل (Scheier et Carver ,1989)

➤ **تعريف 1992 Marschal et all:** التفاؤل هو إستعداد شخصي يتوقع فيه الفرد منحنى إيجابي للأحداث (Marschal et al, 1992) .

➤ **تعريف الأنصاري بدر محمد 1998:** التفاؤل هو نظرة إستبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل و ينتظر حدوث الخير ويرنو إلى النجاح ويستبعد ما خلا ذلك (الأنصاري ، 1998، ص15) .

➤ **تعريف إسماعيل أحمد محمد السيد 2001:** التفاؤل إستعداد إنفعالي ومعرفي، ونزعة للإعتقاد أو الإستجابة إنفعاليا إتجاه الآخرين وتجاه المواقف وتوقع نتائج مستقبلية جيدة (إسماعيل أحمد محمد السيد، 2001 ، ص51) .

➤ **تعريف مايسة شكري 1999** : هو إستعداد كامن داخل الفرد يحدد توقعاته الإيجابية العامة إزاء المستقبل ويرتبط إيجابيا بالصحة النفسية والجسمية وحسن التكيف والشعور بالسعادة (مايسة شكري، 1999، ص387).

➤ **تعريف Marilou bruchou et Schwertzer** : هو أسلوب معرفي كلي وإستعداد أو ميل حقيقي يقدم منفذا جيدا للأحداث كما يعطي إحساس إيجابي عن الذات وعن المحيط. (Marilou Bruchou et Schwertzer, 2002).

➤ **تعريف Margarete.E et vollrath** : التفاؤل هو بناء معرفي يشمل المعتقدات حول تجارب المرء ، وهو توقعات إيجابية حول المستقبل (Margarete.e et Vollrath, 2006).

تعددت التعاريف حول سمة التفاؤل ولكن ما نستنبطه من خلالها هو تركيز بعضها على جوانب معينة ؛ كإعتبار التفاؤل إستعداد داخلي للتوقعات الإيجابية للأحداث المستقبلية أو التركيز على عنصر القدرة على الإستمرار في مواجهة النكسات. ولكن كانت هناك تعاريف أشمل إعتبرت التفاؤل بناء معرفي كلي يشمل المعتقدات حول تجارب المرء .

2.1 النظريات المفسرة للتفاؤل :

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

1.2.1 نظرية التحليل النفسي:

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

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

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

2.2.1 النظرية المعرفية:

شكلت نظرة (Greanwald 1980) للتفاؤل نقطة تحول لدى الباحثين ، فقد شبه الطبيعة الإنسانية بنظام كلي يتمثل بالنظر إلى الذات كتنظيم معرفي يتعلق بتاريخ الفرد وهويته.

أما Snyder فيرى أن التفاؤل يحتوي على عنصر يسمى التخطيط والذي يقوم على حقائق منطقية مجردة والتي تتضمن نوعا من النشاط المعرفي ، في حين يرى Andreu 2003 أن المتفائلين يميلون للتركيز على المعلومات ذات العلاقة القوية بالشخصية فيكونون أكثر إقتناعا بالرسائل الإيجابية المتعلقة بالشخصية وأقل إقتناعا بالمعلومات السلبية ، ولعل أهم الدراسات التي تؤكد علاقة التفاؤل بالجانب المعرفي دراسة Stang et Multin التي أشارا فيها إلى إرتباط اللغة والذاكرة والتفكير بالتفاؤل ، إذ يستخدم المتفائلين نسبة أعلى من الكلمات الإيجابية مقارنة بالكلمات السلبية سواء كانت في الكتابة أو في الكلام أو التذكر الحر فهم يتذكرون الأحداث الإيجابية قبل السلبية (اليحفوفي نجوى، 2002).

3.2.1 نظرية التعلم الإجتماعي:

يرى Hall et Fibble أن بناء شخصية الفرد يتكون من التوقعات والأهداف والطموحات وفعالية الذات ، حيث تعمل هذه الأبنية بشكل تفاعلي عن طريق التعلم بالملاحظة ، والذي يتم على ضوء مفاهيم المنبه و الإستجابة والتدعيم ولذلك فإن سلوك الفرد يرتبط بتاريخ التدعيم وذلك لبعض المواقف ، وبناءا على ذلك فقد ينجح بعض الأفراد في أداء بعض المهمات في بعض المواقف، وبالتالي تتكون لديهم توقعات إيجابية للنجاح في المستقبل إزاء هذه المواقف ، على حين قد يفشل بعض الأفراد في أداء بعض المهمات وبالتالي تتكون لديهم توقعات سلبية تجاه هذه المواقف ، وبهذا يختلف الأفراد في توقعاتهم للنجاح أو الفشل إزاء الأحداث المستقبلية ،ومن ثم تظهر الرابطة الواضحة بين

التوقعات المستقبلية والتفاؤل على أساس نظرية التعلم الإجتماعي (الأصاري ، 1998،ص12).

3.1 العوامل التي تساعد على نشأة التفاؤل:

هناك في الواقع كثير من العوامل المحددة التي يفترض أن تحدد درجات الأفراد من التفاؤل:

1.3.1 العوامل البيولوجية :

وتتضمن المحددات الوراثية أو الإستعدادات الموروثة وقد افترض بعض الباحثين أن لهذه المحددات دور في التفاؤل (الأصاري ، 1998).

2.3.1 العوامل الإجتماعية:

تتمثل في التنشئة الإجتماعية والمعاملة الوالدية التي تلعب دورا هاما في إبراز الإتجاه نحو المستقبل والتوقعات وذلك من خلال الطريقة التي يقيم بها الوالدان الفشل أو النجاح، فالطالب الذي يفشل في دراسته ويجد المساندة من أبويه لبذل المزيد من الجهد قد تعزز لديه مشاعر التفاؤل ، ويصبح الفشل لديه حافز إضافي لإستجماع ما يملك من قدرات وجهد لينجح في المستقبل (مصطفى حجازي ، 2000،ص287).

3.3.1 العوامل الإقتصادية :

يشكل الوضع الإقتصادي عاملا مؤثرا على أهداف الفرد وهو ما يؤثر بدوره على معدل التفاؤل لديه، فإذا كان الوضع الإقتصادي جيد زادت طموحات الفرد وارتفعت درجة التفاؤل لديه فيما يتعلق بتحقيق أهدافه والوصول إلى مبتغاه (Rossel .e ,1989)

4.3.1 الخبرات الإنفعالية اليومية وخبرات النجاح والفشل:

تلعب الحالة النفسية دورا مهما في التفكير ، فالفرد عموما وهو في حالة نفسية جيدة يكون لديه ميل للتفكير الإيجابي المتفائل ، يحدث هذا لأن الذاكرة التي تحددتها الحالة المزاجية تجعلنا ونحن في حالة نفسية جيدة نتذكر أكثر الأحداث الإيجابية ، أما عن خبرات النجاح والفشل فالأكيد أن النجاح يعزز الفعالية الذاتية والتي هي إعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على مجريات حياته ومواجهة ما يقابله من تحديات (جولمان دانيال، 2000).

4.1 خصائص المتفائلين:

للمتفائلين خصائص يمكن من خلالها التنبؤ باتجاهاتهم نحو المستقبل ، ولكن هذه الخصائص لا يشترط أن تكون ظاهرة على الفرد في وقت واحد ، كما أن لها درجات مختلفة بحسب الأفراد وهذه الخصائص هي:

- الثقة بالنفس : حيث يشعر المتفائلين أنهم قادرين على التوصل إلى تحقيق أهدافهم
- التعامل مع المواقف والأحداث السلبية بإيجابية ونجاح أكبر.
- الإلتصاف بالمرونة للوصول إلى أهدافهم.
- يتميزون بمهارات تسمح لهم بمواجهة الموقف وحل المشكلات التي تواجههم.
- هم أكثر قدرة على التكيف الفعال مع مواقف الحياة الضاغطة ولديهم القدرة على إتخاذ الأساليب المباشرة لحل المشكلات التي تواجههم ويزداد لجوؤهم إلى التخطيط عند مواجهة موقف عصيب والإستفادة من الخبرة والتعلم السابق (المشعان عويد سلطان، 1999).
- يتميزون بالكيفية التي يفسرون بها فشلهم فهم يرجعونه إلى شيء يمكن تغييره ، فهم يميلون إلى تقبل الموقف بإيجابية ، والإنتكاسة بالنسبة لهم شيء يمكن علاجه ، وهم ينظرون إلى الفشل في بعض المواقف على أنه نوع من التحدي الذي يجب التغلب عليه بعمل أكثر جدية فيدفعهم إلى إستجماع قدرتهم على تحريك ما لديهم من حافز للإستمرار (جولمان دانيال، 2000).

5.1 قياس سمة التفاؤل:

رغم أن التوجه لدراسة هذه السمة توجه نستطيع وصفه بالحديث على إعتبار أن الدراسات حول التفاؤل بدأت خلال العقود الثلاثة أو الأربعة الأخيرة، إلا أنه ظهرت العديد من المقاييس التي تهدف إلى قياس هذه السمة والتي من بينها:

1.5.1 المقياس المعدل للتوقعات العامة للنجاح revised generalised expectancy of success scale (gess)

قام بوضع هذا المقياس كل من Hall , Fiedler, Cochran 1992 ويتكون من 35 فقرة تقيس توقعات الفرد إزاء بعض المواقف والأمور الإجتماعية ومن أمثلة بنوده (أتوقع النجاح في معظم أعمالي الخاصة في المستقبل).

(أتوقع في المستقبل أن أقوم بتكوين صداقات حميمة ناجحة).

(أتوقع أن أحقق جميع مطالبتي المادية).

ويجاب على كل فقرة على أساس خمسة إختيارات أو بدائل للإجابة .

وقد طبق هذا المقياس على عينة بلغت 199 فرد من طلاب إحدى الجامعات الأمريكية في ولاية فلوريدا (79 طالب و120 طالبة) واستخرج معامل ثبات المقياس بطريقة إعادة تطبيق الإختبار بعد ستة أسابيع وكان معامل الثبات يساوي 90,92 ، كما استخرج معامل الصدق التمييزي بحساب الارتباطات بمقاييس أخرى تقيس المفهوم ذاته مثل مقياس التوجه نحو الحياة وكان معامل الارتباط بينهما يساوي 0,74 (الأنصاري، 1998).

2.5.1 مقياس التوجه نحو الحياة : (LOT) life orientation test :

وهو من وضع كل من Carver, Scheier 1985 ويتكون من 12 عبارة يجاب على كل منها على أساس خمسة إختيارات تقيس التفاؤل بعبارات مثل:

(أنا متفائل دائما بالنسبة لمستقبلي).

(أومن بالفكرة القائلة بعد العسر يسر).

(أنظر عادة إلى الوجه المشرق من الأمور).

وقد طبق هذا المقياس في صورته الأخيرة على أربع عينات مستقلة بلغت 1000 طالب وطالبة من جامعتي ميامي وكارنيجي واستخرج معامل الثبات بطريقة إعادة تطبيق الإختبار بعد أربعة أسابيع وكان يساوي 0,79 ومعامل ألفا كرونباخ 0,76 واستخرجت معاملات الصدق بطريقة الارتباطات بعدد من المقاييس فوصل الارتباط بمقياس التوقع العام للنجاح إلى 0,74 وتقدير الذات 0,58 ، كما حسب أيضا الصدق العاملي للمقياس على عينة من 642 فرد (375 طالب و267 طالبة) واستخرج عاملان من المقياس حيث إشمئلت العامل الأول على الأسئلة السلبية الإتجاه في حين ضم العامل الثاني الأسئلة الإيجابية التوجه (Marilou Bruchon, 2002,p222).

3.5.1 مقياس التفاؤل والتشاؤم المشتق من قائمة مينوسوتا-MMPI optimisme- pessimism scale (PSM) :

قام كل من (Colligan,Offord,Malinchot) سنة 1994 بإشتقاق 298 بند من بنود قائمة مينوسوتا للشخصية بواقع 106 عبارة تصف أحداث الحياة الجيدة ، ومثال ذلك "أنا شخص مهم" وبواقع 192 عبارة تصف الأحداث السيئة في الحياة "أخاف عندما أنظر إلى مكان مرتفع" ويجاب على كل عبارة على أساس سبعة إختيارات وقد طبق المقياس على عينة أمريكية قوامها 1408 فرد من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 18 و99 سنة وقد استخرج معامل الثبات بطريقة الإتساق الداخلي 0.93 وبطريقة إعادة الإختبار 0,90 أما صدق

المقياس فكان عن طريق حساب معاملات الارتباط بمقاييس فرعية أخرى في قائمة مينوسوتا ، وكشف المقياس الجديد عن الصدق التمييزي حيث ارتبط بمقياس الإكتئاب (0,64) وبمقياس الإنطواء الإجتماعي (0,68) وحدد الباحثون المكونات العملية لهذا المقياس واستخرجت معايير أمريكية له يحدد على ضوءها مستويات للتفاؤل والتشاؤم لدى الراشدين الأمريكيين (الأنصاري ، 1998)

4.5.1 إستخبار التفاؤل الفمي oral optimism questionnaire :

يعتمد هذا المقياس على تقسيم فرويد لمراحل النمو النفسية الجنسية في الطفولة إلى ثلاث مراحل ؛ فمية ، شرجية وقضيبية وهو من وضع ميلاي كلاين 1978 ويحتوي على 20 عبارة تقيس سمات التفاؤل ، الإعتماد على النفس ، وقد طبق الإختبار مع إستخبار آخر للتشاؤم الفمي على عينة بلغت 140 طالب (35 طالب و105 طالبة) وكان معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0,71) وبطريقة إعادة الإختبار (0,64). (الأنصاري ، 1998).

5.5.1 مقياس ديمبار وآخرون للتفاؤل والتشاؤم optimism-pessimism scale :

وهو من وضع 1989 Dember et All ويتكون من 56 عبارة 18 عبارة منها تقيس التفاؤل و 18 عبارة تقيس التشاؤم و20 عبارة مكررة بصيغة أخرى في المقياس يجاب عن كل واحدة منها بأربعة إختيارات من موافق جدا إلى معارض جدا ، وأفضل مثال لبنود التفاؤل " عادة ما أنظر إلى الجانب المشرق للحياة".

وقد طبق المقياس على عينة أمريكية قوامها 106 من الطلاب بواقع 44 من الذكور و 62 من الإناث من طلاب جامعة "كونيكتيكات" الأمريكية والمسجلين في أحد فصول مقرر مدخل إلى علم النفس وتراوحت أعمارهم بين 18 و30 سنة وكان متوسط أعمارهم 19 عاما بإنحراف معياري 2,74 وكان معامل ثبات إعادة الإختبار بعد أسبوعين لمقياس التفاؤل 0,74 ومعامل الثبات ألفا كرونباخ 0,84 ، أما الصدق بطريقة إرتباط البند بالمجموع الكلي فتراوحت الإرتباطات بين 0,26 و0,63.

وتجدر الإشارة إلى أن علاقة التفاؤل والتشاؤم ثنائية فالبعض يرى أن التفاؤل والتشاؤم عبارة عن عاملان متداخلان والبعض يرى بأنهما يندرجان تحت عامل واحد قطبي (الأنصاري ، 1998).

6.5.1 مقياس أحداث الحياة life events scale :

وهو من وضع Weinstein ويقيس التفاؤل و التشاؤم بقائمة تحتوي على 42 حدثا 18 منها إيجابية تقيس التفاؤل وأمتلتها " الزواج من فرد غني" ، "أول مرتب أطمح إليه 10000

دولار " ، "سوف أعيش أكثر من 80 سنة" ، 24 حدثاً سلبياً تقيس التشاؤم وأمثلتها " إختيار مهنة غير مرغوبة" ، " أكون ضحية سطو" ، "أصاب بجروح في حادث تصادم" ويجيب المفحوص عن كل منها بإختيار النسبة المئوية التي تحدد احتمال وقوع هذه الأحداث له ، من أقل درجة وهي 10% إلى أعلى درجة إحصائية وهي 90% .

وقد قام الباحث بدراسة إستطلاعية على عينة قوامها 120 طالب وطالبة من إحدى الجامعات الأمريكية لإعداد قائمة لأحداث الحياة ومن ثم قدم القائمة بصورتها الأخيرة على عينة أخرى قوامها 130 طالب وطالبة للحكم على هذه الأحداث ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أفراد العينة كانوا أكثر تقديراً للأحداث الإيجابية عن الأحداث السلبية (الأنصاري ، 1998).

7.5.1 مقياس أحداث الحياة life events scale :

وهو من وضع أندرسون وزملائه (Inderson, Spielman Bargh) 1992 ويهدف إلى قياس التفاؤل والتشاؤم بقائمة تحتوي على 52 عبارة لأحداث إيجابية وعددها 22 حدثاً وأحداث سلبية و عددها 30 حدث .ويجاب عن كل بند منها على أساس مقياس متدرج من 0+ إلى 0- وقد طبق هذا المقياس على عينة قوامها 68 طالب من إحدى الجامعات بنيويورك بهدف التنبؤ بأثر الإكتئاب النفسي على توقعات الأحداث المستقبلية حيث لوحظ أن المكتئبين عادة ما يختارون الأحداث السلبية ، في حين يختار غير المكتئبين الأحداث الإيجابية (الأنصاري ، 1998).

8.5.1 القائمة العربية للتفاؤل والتشاؤم:

وهي من تأليف أحمد عبد الخالق 1996 إستمد بنودها من خلال دراسة إستطلاعية على عينة كويتية ضمت 212 طالب وطالبة يدرسون ضمن مقررات مختلفة بقسم علم النفس في جامعة الكويت وكانت أعمارهم تتراوح بين 18 و 23 سنة ، وقد طلب منهم كتابة أكبر عدد من البنود لقياس التفاؤل والتشاؤم وبعد تنقيح هذه البنود المقترحة وإعادة صياغة معظمها وإضافة المؤلفة لبنود أخرى فوصل عدد البنود إلى 119 بنداً لقياس التفاؤل و95 لقياس التشاؤم ثم عرض البنود على المحكمين فأختزل عدد كبير منها ، ثم حسب الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية ، واختيرت أعلى البنود ارتباطاً بالدرجة الكلية ، وتشتمل القائمة في صيغتها النهائية على 15 بنداً لقياس التفاؤل من أمثلتها " تبدو لي الحياة جميلة " "يخبئ لي الزمن مفاجآت سارة" "أتوقع أن تتحسن الأحوال مستقبلاً" ويشتمل مقياس التشاؤم على 15 بنداً من أمثلتها "يلازمني سوء الحظ" " أشعر أنني أتعب مخلوق" وقد طبق هذا المقياس على عينة كويتية قوامها 1025 طالب وطالبة ، 503 ذكور و522 إناث من طلاب جامعة الكويت ، تراوحت أعمارهم بين 18 و 41 سنة وتم حساب

الثبات بحساب معامل ألفا كرونباخ 0,93 لمقياس التفاؤل أما الصدق فتم حسابه بحساب معامل الارتباط بين المقياسين ومقياس التوجه نحو الحياة الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس الواحد ، والتحليل العاملي لبندود المقياسين ، والارتباطات المتبادلة بين كل من المقياسين ومقاييس اخرى تقيس ابنية مختلفة واخرى متشابهة ، وكانت معاملات الارتباط بين مقياسي التفاؤل والتشاؤم 0.65 ، كما حسبت قيمة ت للفروق بين متوسطات الطلبة والطالبات فظهر ان الطلبة اكثر تفاؤل والطالبات اكثر تشاؤما. (الأنصاري ، 1998).

6.1 التفاؤل وبعض متغيرات الشخصية:

يعتبر التفاؤل سمة من سمات الشخصية وله تأثير واضح على عدة جوانب :

1.6.1 التفاؤل وتقدير الذات:

إن تقدير الذات ما هو إلا أبعاد يضعها الفرد ومن خلالها يرى ذاته والآخرين وهذه الأبعاد متباينة في الأهمية للفرد. (عبد المقصود، 1991، ص 72)

ويرى مالهي 2006 أن تقدير الذات من العوامل المهمة في بناء الشخصية وله الدور الفعال في استجابات الفرد ، وقد بين أن نسبة 66 % من البشر لديهم مستوى متدني من تقدير الذات ، وهو ما لا يسمح لهم بتعديل وتغيير سلوكا تهم نحو الأفضل (مالهي، ريزنر، 2006).

أما Smith فيرى أن تقدير الذات ما هو إلا مجموعة من الإتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد لحظة إتصاله بالعالم الخارجي ويعبر الفرد عن ذاته بـ :

- طريقة التعبير الذاتي : وهي إدراك الفرد لذاته ووصفه لها.
- التعبير السلوكي: وذلك من خلال الأساليب والسلوك الذي ينتجه الفرد والتي بدورها تبين تقدير ذلك الفرد لذاته.

وقد ميز Smith بين نوعين من تقدير الذات :

- تقدير ذات حقيقي: وهو تقدير الأفراد لذواتهم بشكل واقعي وشعورهم بأنهم فعلا ذوي قيمة فاعلين في الحياة ، سعيون ومتفائلون.
- تقدير ذات دفاعي: وهو تقدير الأفراد لذواتهم بشكل يجعلهم يشعرون بأنهم منعزلين غير ذي قيمة (أبو مغلي سميح وآخرون ، 2002، ص 111).

ولذلك فإن الشخص الذي يتميز بتقدير إيجابي لذاته يكون أكثر تفاؤلاً وإقبالا على الحياة.

2.6.1 التفاؤل والدافعية وطرق المواجهة:

درس Resseel 1989 أثر الإتجاه نحو المستقبل الشخصي على الدافعية للدراسة والتوجه نحو العمل، وقد افترض أن هذا الاتجاه يمكن أن يؤثر تأثيراً مباشراً على الدافعية والتي ترتبط بدورها بالمعارف التي يحملها الفرد عن المستقبل، وقد أنت نتائج الدراسة لتؤكد أن الطلاب الذين لديهم تفاؤل تكون لديهم دافعية مرتفعة. (الأنصاري، 1998).

وفي دراسة لـ Strutton et Lumpkin عن العلاقة بين التفاؤل وطرق المواجهة في بيئة العمل التي تعتبر عادة بيئة ضاغطة توصل الباحثان إلى طريقتين للمواجهة:

- المواجهة التي تركز على المشكلة وتتضمن أنشطة يحركها ويقودها هدف تخفيض مصادر الضغوط أو الإلتفاف حولها.
- المواجهة التي تركز على الإنفعال وتتضمن محاولات اختزال أو تخفيض الضيق الإنفعالي المرتبط بالظروف الضاغطة أو المسبب لها.

وهدفت الدراسة إلى فحص ما إذا كان العمال الذين لديهم إستعداد للتفاؤل أو التشاؤم يختلفون في الطرق التي يتبعونها لمواجهة ضغوط العمل.

وتكونت العينة من 101 بائع طبق عليهم إختبار التوجه نحو الحياة والذي يقيس الإستعداد للتفاؤل وقائمة طرق المواجهة التي تقيس الأساليب التي يتبعها الفرد لمواجهة الضغوط ، وأشارت النتائج إلى أن المتفائلين أكثر إستخداماً للأسلوب الموجه نحو حل المشكلة وإعادة التفسير الإيجابي لها مع إستخدام الضبط الذاتي (الأنصاري، 1998).

3.6.1 التفاؤل و مصدر الضبط: ويقصد به مدى شعور الفرد بقدرته على التأثير على الأحداث التي يواجهها، فالأفراد الذين لديهم مصدر ضبط خارجي يعتقدون أن ما يصيبهم من أحداث سارة أو سيئة مرده إلى عوامل خارجية (كالحظ أو مساعدة الآخرين)، أما الأفراد الذين لديهم مصدر ضبط داخلي فيعززون تلك الأحداث إلى عوامل خاصة بهم (قدراتهم، شجاعتهم) والأفراد الذين تعلموا العجز نتيجة تكرار وقوع أحداث سيئة في حياتهم لم يستطيعوا تجنبها لديهم إحساس قوي بمسؤولية عوامل خارجية (الخضر عثمان حمود، 1999).

ولذلك فإن الأفراد الذين يكون لديهم مصدر ضبط داخلي يكونون أكثر تفاؤلاً وإتجاه الأحداث وإتجاه المستقبل لإعتقادهم بإمكانية التحكم في ذلك.

4.6.1 التفاؤل ونمط العزو السببي :

تعتبر عملية العزو أسلوباً عقلياً يرجع إليه الفرد لتكوين أحكام حول أسباب سلوكه (عثمان يخلف، 2001، ص 119)

وقد حاولت العديد من البحوث تفسير كيف يحدث ذلك ولعل أهمها دراسة Silegnan الذي قام بملائمة نظريته اليأس المتعلم مع الإتجاه السائد وحولها إلى نظرية التفاؤلية المتعلمة (learned optimism) ، والتي حول فيها نمط العزو الإنهاري المعروف في نظرية اليأس المتعلم إلى نمط التفسير التشاؤمي الذي يعني التفسير الذاتي الثابت والشامل للأحداث السلبية ، فالمتفائل يميل إلى التفسير الموضوعي المتغير والخاص لمثل تلك الأحداث مما يسمح له بإضمار توقعات إيجابية ، إلا أنه ينبغي للمتفائل أن يحذر من أن يشوه المعطيات الموضوعية بشكل غير واقعي لأنه سوف يصطدم بالواقع ويفشل، ويتم قياس التفاؤلية بواسطة استبيان نمط العزو حيث يتم في هذا الاستبيان تقدير الأحداث على أبعاد ، ذاتي ، موضوعي ، ثابت ، متغير عام ، خاص ، ويتم عرض الأحداث الفرضية ويختار الفرد بين إكائيتين بحيث أن نفس الحدث لا يقيم إلا من خلال بعد واحد من هذه الأبعاد (الذاتية ، الثبات العمومية) (شيلي تايلور ، 2008).

5.6.1 التفاؤل والصحة النفسية والجسمية:

الصحة النفسية هي قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع المجتمع ليحيا حياة خالية من التآزم والإضطراب (سهير كامل احمد، 1999، ص 16).

ولقد بينت الدراسات وجود معامل إرتباط إيجابي بين التفاؤل والصحة النفسية والجسمية (أرجايل، 1993).

وهو ما أكدته دراسة عبد الخالق 1998 التي أجراها على 147 طالبا وطالبة من الكويت وبينت إرتباطا موجبا بين التفاؤل والصحة النفسية والجسمية . (أحمد عبد الخالق، 2010/09/13).

و دراسة قام بها Sheier , Mathews et Owens 1998 بهدف التعرف على أثر التفاؤل على الشفاء من جراحة الشريان التاجي لدى مجموعة من الراشدين ، وتكونت العينة من 51 مريضا بأمراض الشريان التاجي في مستشفى بترسبورغ الأمريكي تتراوح أعمارهم بين 48 و 50 عاما ، وانتهت إلى أن المرضى الأكثر تفاؤلا بالنسبة للعملية الجراحية كانوا أسرع تماثلا للشفاء ، كما كانوا أسرع في العودة إلى ممارسة أنشطتهم الطبيعية (الأنصاري، 1998).

7.1 أنماط التفاؤل :

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

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

فعند طرح سؤال :

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

(J.chappé, J. verliac, 2007).

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

فالتفاؤل المقارن هو مقارنة عامة يكون فيها الإعتقاد أن الأحداث السلبية تحدث في غالب الأحيان للآخرين أكثر من أنفسنا (J.chappé, J F verliac, 2007).

أما التفاؤل غير الواقعي فيعرفانه بأنه نزعة داخل الفرد غالبا لتوقع حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما يحدث فعلا ، وتوقع الأشياء السلبية أقل مما يحدث فعلا .

ولكن هناك من الباحثين ممن يعتبر التفاؤل غير الواقعي والتفاؤل المقارن كمفهوم واحد ويتضح ذلك من خلال تعريف Weinstein (1980) للتفاؤل غير الواقعي بأنه "إعتقاد

الناس بأن الحوادث السلبية يقل احتمال حدوثها لهم بالمقارنة مع الآخرين وإعتقادهم أيضا أن الحوادث الإيجابية على العكس يزداد احتمال حدوثها لهم بالنسبة للآخرين" (الأنصاري، 2002، ص 192) .

وهو ما تؤكدته دراسة Issabelle حول التفاؤل المقارن الذي اعتبرته تشويه معرفي يمكن أن يكون :

- ميكانيزم دفاعي
- صراع ضد القلق.
- عجز في معالجة المعلومات المتعلقة بعامل الخطر (Issabelle, m ,2002)

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

التفاؤل الإستعدادي :

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

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

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

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

2.2. التفاؤل غير الواقعي :

1.2 تعريف التفاؤل غير الواقعي:

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

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

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

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

➤ **تعريف بدر الأنصاري 2001** : عرف التفاؤل غير الواقعي نظريا بأنه اعتقاد الفرد بقدرته على التفاؤل إزاء الأحداث دون مبررات منطقية أو وقائع تؤدي إلى هذا الاعتقاد، حيث يتوقع الفرد غالبا حدوث الأشياء الإيجابية أكثر مما يحدث في الواقع ويتوقع حدوث الأشياء السلبية أقل مما يحدث في الواقع مما قد يتسبب أحيانا في حدوث النتائج غير المتوقعة ، والتي قد تعرض بدورها لمخاطر عدة أهمها المخاطر الصحية (الأنصاري، 2001، ص 194).

2.2 تفسيرات التفاؤل غير الواقعي :

لقد قدم Weinstein مفهوم التفاؤل غير الواقعي وأورد تقريرا هدف إلى الكشف عن نزعة الأفراد إلى التفاؤل غير الواقعي لأحداث الحياة في المستقبل وذلك من خلال دراستين تكونت عينة الدراسة الأولى من (1258) طالب وطالبة من جامعة روتجرز في ولاية نيوجرسي الأمريكية ، واستخدم فيها الدراسة مقياس أحداث الحياة الذي يشمل على

42 حدثا (18) إيجابية و 24 سلبية وكشفت النتائج عن تقدير الأفراد للأحداث الإيجابية بمعدل فوق المتوسط في حين يكون تقديرهم للأحداث السيئة بمعدل أقل من المتوسط .

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

وحيث أن التفاؤل غير الواقعي يشير إلى تقليل الأفراد من تقديراتهم أو توقعاتهم للأحداث التي سوف تواجههم في المستقبل فقد تساءل Meckenna هل يرجع ذلك إلى مفهوم التفاؤل غير الواقعي أو إلى الشعور الزائف بالقدرة على التحكم وللإجابة على هذا السؤال أجرى دراسة بلغ فيها حجم العينة 99 فردا (58 ذكور و 41 أناث) من أعضاء هيئة التدريس والموظفين والطلاب بجامعة ريدينج في إنجلترا ، وكانت أداة البحث عبارة عن إستبانة تتكون من سؤالين كما يلي:

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

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

و من خلال الدراسات المذكورة ودراسات أخرى أجراها عدد من الباحثين في هذا السياق برزت العديد من التفسيرات لسمة التفاؤل غير الواقعي حيث ينظر إليها البعض باعتبارها أحد الميكانيزمات الدفاعية التي يستخدمها الأنا لخفض القلق وهي نوع من المقاومة التي يبديها لعدم قبول الواقع (kirsch et al , 1966) .

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

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

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

و رغم تعدد تفسيرات التفاؤل غير الواقعي إلا أن معظم الباحثين إن لم نقل جلهم يتفقون على أن سمة التفاؤل غير الواقعي قد تكون سببا في التعرض للمخاطر نتيجة لسوء التقدير.

3.2 العوامل التي تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي :

لقد ثبت أن التفاؤل غير الواقعي يعيق الجهود من أجل التنمية الفعالة للصحة ، إذ من الصعب علينا أن نقوم بسلوك صحي يتطلب الجهد والصبر دون أن نستطيع إدراك الأخطار المختلفة بل قد يدفعنا عدم الإدراك إلى ممارسة سلوكيات تكون السبب في إصابة الكثير منا بأمراض يستعصي علاجها ، وقد أوضح Weinstein 1983 أن أحد الأسباب التي تجعلنا نقوم بهذه السلوكيات غير الصحية هو تصورات غير دقيقة للمخاطر وقابلية للتأثر وقد طرح سؤالا:

- مقارنة بالأشخاص الآخرين من نفس العمر والجنس ما هي إمكانية وقوعك في المشكلة : احتمال أكبر ، نفس الإحتمال ، إحتمال أقل .

ومعظم المشتركين اعتقدوا أنهم أقل احتمالا لمواجهة مشكلة صحية

(Jane ogden ,2004).

ويرى Weinstein أن هناك أربعة عوامل معرفية تساهم في تشكيل التفاؤل غير الواقعي:

- عدم وجود تجربة شخصية مع المشكلة.
- الاعتقاد بأن المشكلة يمكن تجنبها إعتمادا على القدرات والإمكانات الفردية.
- الإعتقاد بأن المشكلة إذا لم تظهر الآن فلن تظهر في المستقبل.

- الإعتقاد بأن المشكلة نادرة.

و تشير هذه العوامل المعرفية إلى أن عملية تصور المخاطر ليست عقلانية

. (Jane ogden ,2007) .

4.2 التفاؤل غير الواقعي وبعض المتغيرات:

إذا تتبعنا الدراسات الأجنبية وحتى العربية التي تناولت مفهوم التفاؤل غير الواقعي وجدنا أنها قليلة جدا بالمقارنة بدراسات التفاؤل وتمركزت في معظمها حول قياس التفاؤل غير الواقعي وتحديد طبيعة العلاقة ببعض المتغيرات الشخصية ، و علاقة التفاؤل غير الواقعي بالمشكلات الصحية ، بينما اهتمت بعض الدراسات بمقارنة التفاؤل غير الواقعي بين الثقافات.

1.4.2 علاقة التفاؤل غير الواقعي ببعض متغيرات الشخصية :

أجرى هورينز (Hoorens 1995) دراسة بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وبعض متغيرات الشخصية وذلك على عينة قوامها 90 طالب وطالبة من إحدى المدارس الثانوية الألمانية بواقع 45 من الإناث و 47 من الذكور تراوحت أعمارهم بين 15 - 18 سنة، طبق عليهم مقياس للتفاؤل غير الواقعي تم تطويره من مقياس Weinstein بحيث أصبح يتكون من 34 بنداً كما طبق عليهم عدد من مقاييس الشخصية (خداع الذات، الشعور الزائف بالقدرة على التحكم، السلوك الإجتماعي ، السعادة ، الإتران الوجداني ، تقدير الذات).

وكشفت نتائج الدراسة عن وجود إرتباطات جوهرية موجبة بين التفاؤل غير الواقعي وخداع الذات والشعور الزائف بالقدرة على التحكم وتقدير الذات والسلوك الإجتماعي والسعادة والإتران الإنفعالي (الأنصاري ، 2001، ص 206) .

2.4.2 التفاؤل غير الواقعي و العوامل الثقافية :

أجرى كل من (Peeters ,Cammaert Czapinsti,1997) دراسة بهدف التعرف على الفروق الثقافية في التفاؤل غير الواقعي على 19 عينة من البلجيكيين والمغربيين والبولنديين بواقع 670 بولندي 337 بلجيكي و 125 مغربي تراوحت أعمارهم بين 17 و 35 سنة، طبق عليهم مقياس Weinstein للتفاؤل غير الواقعي وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ثقافية في التفاؤل غير الواقعي ، حيث حصل البولنديون على أعلى المعدلات يليهم البلجيكيون ثم المغربيين.

أما دراسة هاييني وليهمان Heine et Lehman التي أجريت بهدف عقد مقارنة ثقافية بين الكنديين واليابانيين في التفاؤل غير الواقعي وذلك على عينة يابانية قوامها 196 فردا من طلاب الجامعة بواقع 130 من الإناث و 66 من الذكور و عينة كندية قوامها 314 فردا من طلاب الجامعة بواقع 167 من الذكور و 147 من الإناث تراوحت أعمارهم بين 18 و 25 سنة ، طبق عليهم مقياس Weinstein للتفاؤل غير الواقعي الذي يتكون من 18 بندا إيجابيا و 24 بندا سلبيا يجب عنها بمقياس متدرج من 8 نقاط وكشفت نتائج الدراسة عن فروق ثقافية في التفاؤل غير الواقعي ، حيث حصل الكنديون على متوسط أعلى من اليابانيين في التفاؤل غير الواقعي (الأصاري، 2002).

3.4.2 التفاؤل غير الواقعي والمشكلات الصحية:

في دراسة أجراها Weinstein 1982 عن التفاؤل غير الواقعي المتعلق بالقابلية للإصابة بمشكلات صحية يذكر أنه غالبا ما يحث الناس على أن يحموا أنفسهم من المرض والحوادث والجرائم والأخطار البيئية ، وحتى إذا لم تكن الإحتياجات والتدابير الوقائية الواجب إتباعها معروفة جيدا فإن المعلومات عنها متاحة عادة ومع ذلك فكثيرا ما يفشل الناس في إتباع هذه التدابير الوقائية فهم يعانون من المرض ويتعرضون للأذى البدني والآلام النفسية التي كان في الإمكان تجنبها .

ويذكر Weinstein في هذه الدراسة التي أجريت على 100 طالب جامعي من الجنسين قدمت لهم قائمة تضم 45 مشكلة صحية وتشتمل على عنصرين فرعيين الأمراض وأسباب الوفاة مثل الإدمان ، الإنتحار ، الصرع ، أزمة قلبية ، القرحة ، سرطان الرئة ، إلتهاب الكبد البوابي ، نقص الفيتامين ، تصلب الشرايين ، وتلا كل مشكلة مقياس تقدير من سبع نقاط.

وكشفت النتائج أن لدى الطلاب تفاؤلا مرتفعا ، فقد عدوا فرصة إصابتهم بالمشكلات الصحية أقل من فرصة أقرانهم و أن العوامل التي تميل إلى أن تزيد من التفاؤل غير الواقعي تتمثل في إمكانية التحكم في المرض، أو سبب الوفاة كما يدركها الطلاب نقص الخبرة السابقة ، الإعتقاد بأن المشكلة الصحية تظهر خلال الطفولة وبينت هذه الدراسة أيضا أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الإهتمام بتخفيض إحتتمالات خطر الإصابة بالأمراض ، ويكون ذلك مباشرة إذ يخفض القلق (الأصاري، 2002).

أما دراسة ماغي و كايرنز (Megee et Cains) 1994 التي كانت بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الايرلنديين طلب منهم أن يقدروا الدرجة التي يتوقعونها لإصابتهم

بعدد من المشاكل الصحية وعددها 17 مشكلة ، وكشفت النتائج عن أن المشكلات الصحية يقل احتمال حدوثها لهم مقارنة مع الآخرين.

وفي دراسة لـ K reuter ، Streechner ، kofrin 1995 التي أجريت بهدف التعرف على التفاؤل غير الواقعي لمدخني السجائر تجاه إصابتهم بأمراض القلب أو السرطان أو أزمة قلبية وذلك على عينة من المدخنين بلغ عددهم 2785 مدخن في ولاية شمال كارولينا الأمريكية ، وقد تم توجيه إستبانه إليهم عن مدى إحتمال إصابتهم بالسرطان وبعض أمراض القلب مقارنة بغيرهم من المدخنين وغير المدخنين ، وقد كشفت النتائج أنه على الرغم من أنهم يعتقدون بأنه يزداد إحتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى غير المدخنين إلا أنهم يعتقدون بأنه يقل إحتمال حدوثها لهم بالنسبة إلى المدخنين منهم (الأنصاري، 2002).

أما دراسة Orrusson, Ager Willoch 1999 عن التفاؤل غير الواقعي لدى عينة قوامها 120 فردا من الراشدين من مقاطعة "ملاوي" والتي تنتشر فيها بعض الأمراض الوبائية مثل الملاريا و الكوليرا والتيفويد وغيرها ، وقد وجه لأفراد العينة إستبيان عن إحتمال إصابتهم بتلك الأمراض الوبائية ، وقد كشفت نتائج الدراسة عن إعتقاد المفحوصين بأن الأمراض الوبائية يقل إحتمال حدوثها لهم مقارنة بالآخرين ، مما يؤكد نزعتهم للتفاؤل غير الواقعي (الأنصاري، 2002).

في حين أجرى توديسكو وهيلمان Todesco et Hillman 1999 دراسة على عينة قوامها 74 طالبا وطالبة من طلاب إحدى الجامعات الأمريكية في ولاية ميتشجان بهدف قياس التفاؤل غير الواقعي وذلك من خلال مقياس يتكون من قائمة من الأنشطة التي تهدد صحة الفرد والمرتبطة على سبيل المثال بقيادة السيارة ، شرب الكحول تعاطي الحشيش التدخين وممارسة الجنس بصورة غير مشروعة وقد سئلوا عن مدى إحتمال تعرضهم لتلك المخاطر، وأسفرت النتائج عن إعتقاد المفحوصين بلأن فرص إصابتهم بمشكلات صحية نتيجة ممارستهم أو سلوكهم أكبر مما كانت عليه عندما كانوا في مرحلة الطفولة المتأخرة (الأنصاري، 2002).

إن نتائج هذه الدراسات تشير إلى أن لمفهوم التفاؤل غير الواقعي علاقة وثيقة بالمشكلات الصحية والأمراض حيث أنه يزيد من معدلات الإصابة بالأمراض مثل السرطان ، والأمراض الوبائية وغيرها وذلك نتيجة لنقص الخبرة والاعتقاد أن المشكلة الصحية تظهر في سن متقدم من العمر ، بالإضافة إلى أن التفاؤل غير الواقعي يضعف الإهتمام بتخفيض إحتتمالات خطر الإصابة بالأمراض.

خلاصة:

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

الفصل الثالث : سلوك التدخين

تمهيد

1. تعريف سلوك الخطر
 2. النماذج النظرية المفسرة لسلوك الخطر
 3. تعريف سلوك التدخين
 4. مراحل التعود على سلوك التدخين
 5. تفسير سلوك التدخين (لماذا ندخن)
 6. مدى انتشار سلوك التدخين
 7. عوامل إدراك الخطر عند المدخنين
 8. المكونات الكيميائية للسيجارة
 9. أضرار سلوك التدخين
- خلاصة.

تمهيد :

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

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

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

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

1. تعريف سلوك الخطر:

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

(Christophe allanique,31/03/2011).

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

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

2. النماذج النظرية المفسرة لسلوك الخطر :

ظهرت العديد من النماذج النظرية التي سعت إلى إعطاء تفسير لسلوك الفرد فيما يخص صحته وفيما يلي أبرزها :

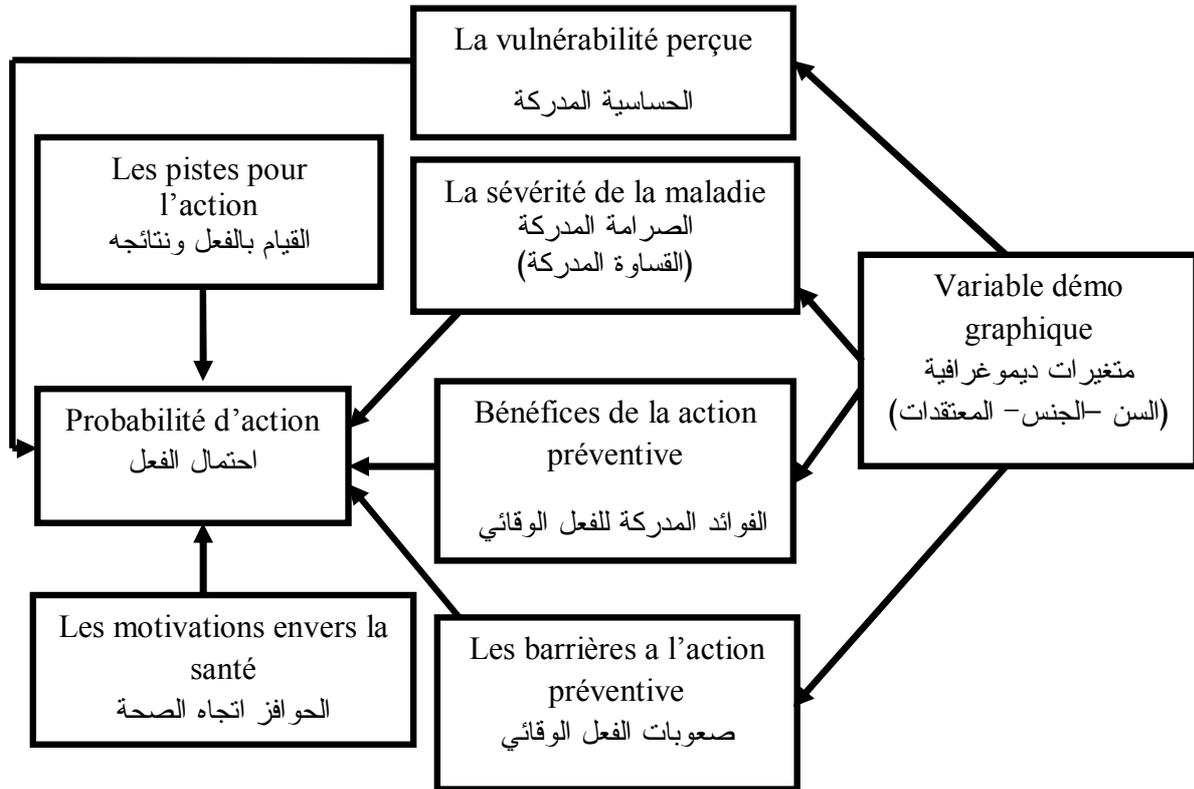
1.2 نموذج المعتقدات الصحية: rosenstor (le modèle des croyances envers la santé : 1974)

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أولى النماذج النظرية التي كيفت لتفسير المشاكل السلوكية المتعلقة بالصحة ، وهو يقوم على نظرية الأهمية الذاتية المنتظرة *L'utilité subjective attendue* والتي تعني عدم قيام الفرد بسلوك معين إلا بعد التعرف على خيارات الفعل المحتمل وبذلك يعتبر السلوك في هذا النموذج نتيجة لوظيفة عملية الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف ، وهي حسابات تتأثر بخمسة متغيرات

- الحساسية المدركة *la vulnérabilité perçue*: وتتمثل في الإدراك الذاتي لخطر التعرض لمشكل صحي.
- الصرامة المدركة *la sévérité perçue*: وتتمثل في تقدير الفرد للمشكل الصحي ونتائجه المحتملة.
- الفوائد المدركة *les Bénéfices perçue* : هو الاعتقاد بمدى فعالية اتخاذ سلوك وقائي و سلوك موجه للتخفيض من تهديد المرض.

- الصعوبات المدركة Les barrières perçue : وهو إدراك الفرد للصعوبات التي تصادفه خلال انجازه للسلوك المطلوب سواء كانت مادية أو جسدية أو نفسية.
- القيام بالفعل ونتائجه les pistes d'action ou les indicateurs d'action: نتائج الفعل قد تكون داخلية كأعراض perçue أو تكون خارجية كمنصائح الطبيب أو المرض (Carolina werle et all).

ولذلك وحسب نموذج المعتقدات الصحية فان احتمال تنفيذ الفرد لسلوكات صحية تعود مباشرة إلى نتائج تقديره لخطورة المشكلات الصحية التي يواجهها كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقدير الفرد للسلبيات والإيجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط ، وهو الحال عند المدخن الذي إذا ما اعتبر أن صحته غير مهددة أو أنه لن يؤثر على احتمال إصابته بالسرطان إذا توقف عن التدخين فإنه لن يقلع عن هذا السلوك (سامر جميل رضوان، 2002).



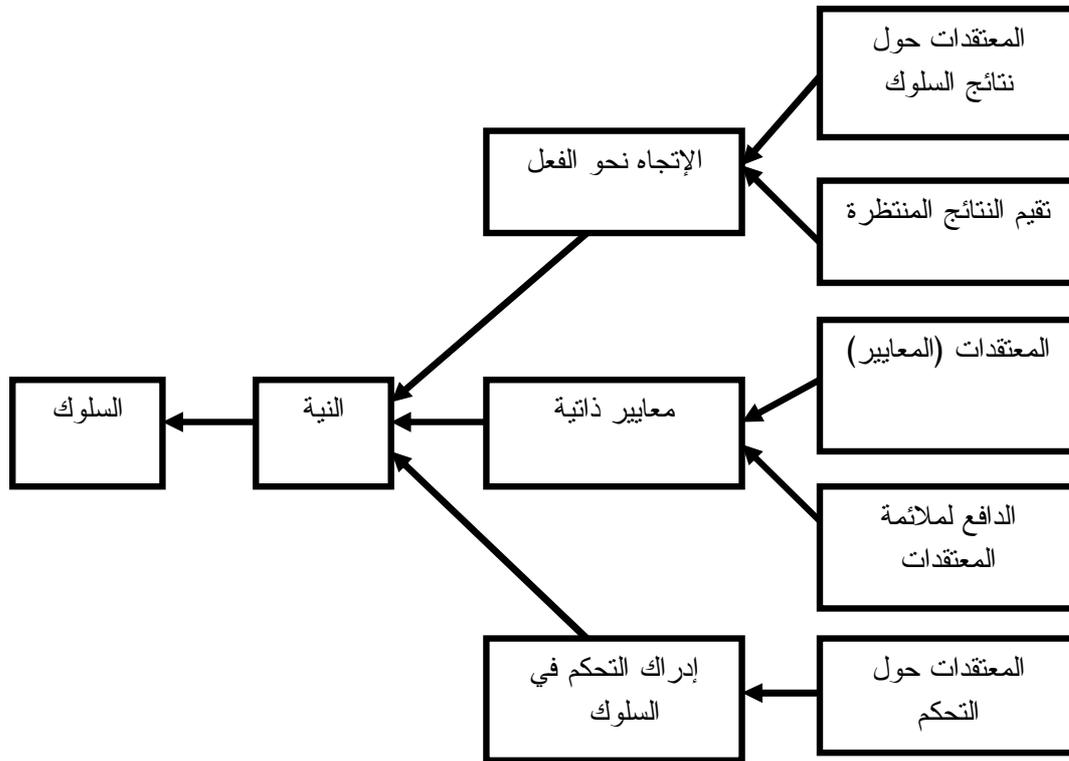
شكل رقم (1) نموذج المعتقدات الصحية

(Carolina werle et al)

2.2 نظرية الفعل المعقول (السلوك المخطط):

la théorie de l'action raisonnée, TAR, et comportement planifié (TCP) ajzeh et fishbein 1980

افترضت هذه النظرية أن الناس عقلانيون يتخذون قرارات تخص صحتهم من خلال ما يملكونه من معلومات على أنفسهم وتوقع ما قد يتضمن النشاط الذي قرروا القيام به ، وتؤكد ان قرارات الفرد المتعلقة بالسلوك الصحي تستند الى تقييم عقلائي للمعلومات المتاحة لديه وترتبط بين المعتقدات والاتجاهات نحو الصحة و بين السلوك الفعلي بواسطة متغير وسيط هام هو النية او المقصد السلوكي وهو ما يوضحه النموذج التالي:



نموذج نظرية الفعل المبرر

شكل رقم (2) (Gustave- nécolas Fisher,2002)

إن نظرية السلوك المبرر حاولت تفسير كيف أن المقاصد تتحول إلى سلوك وما هي المعتقدات الخاصة بالموقف من خلال:

- الإتجاه نحو السلوك.

- المعيار الذاتي : عرفه Miller بأنه إدراك الفرد لتأثير الآخرين على مقاصده السلوكية ومعتقداته ومدى عزو سلوكه إلى تلك الآراء التي تؤثر في مقاصده السلوكية.

- الصعوبة المدركة: وهي ما يدركه الفرد حول تبني سلوك ما، فمثلاً نية التوقف عن التدخين تابعة لإتجاهات الأشخاص حول هذا الفعل وهؤلاء الأشخاص يتأثرون بمعتقداتهم حول نتائج التوقف عن التدخين (إذا توقفت عن التدخين إحتمال إصابتي بسرطان الرئتين سوف ينقص) وبتقييمهم لنتائج هذا الفعل (أتمنى أن أكون بصحة جيدة) في حين إدراك نتائج الفعل يؤثر في المقاصد لذا يجب على الأفراد الإعتقاد بنتائج التدخين.(Gustave- nécolas Fisher,2002)

وتجدر الإشارة إلى أن هذه النظرية أخذت بعين الإعتبار التحكم السلوكي المدرك لأنه ليست كل السلوكات تحت تصرف الفرد ،فنية الفرد في القيام بسلوك صحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة المناسبة في الوقت نفسه ، أي أن على الشخص ألا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة من أجل أن يتوقف عن هذا السلوك ، وإنما عليه أن يكون مقتنعا بأنه قادر على تحمل عملية الإمتناع عن التدخين (سامر جميل رضوان ،2002).

3.2 نظرية دافع الحماية: PMT la théorie de la motivation a la protection (Rogers 1983):

تقوم هذه النظرية على التمثل المعرفي للمعلومات التي لها علاقة بتهديد الصحة أي المعلومات المنتشرة التي تبعث الخوف من الإصابة بالأمراض ، ومن ثم اتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة أي القيام بالسلوك الصحي الملائم وتتألف هذه النظرية من أربع عناصر أو مركبات وهي :

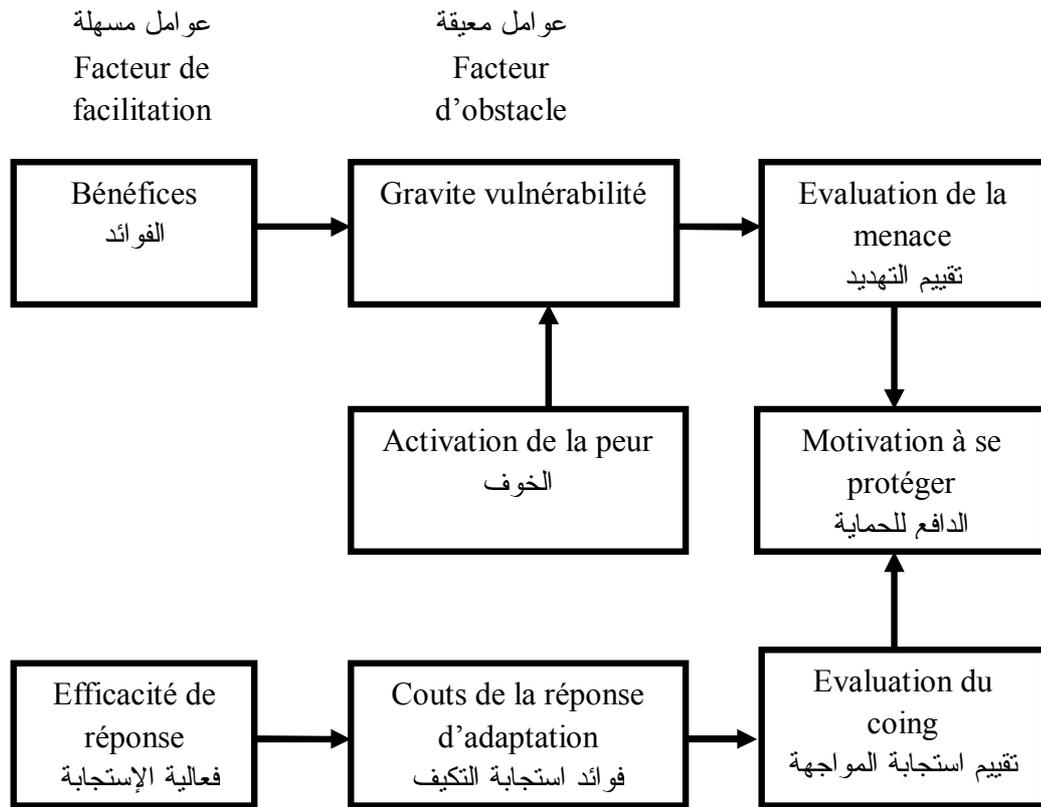
- الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.
- القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.
- الفاعلية المدركة لإجرائها من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.
- توقعات الكفاءة الذاتية ضد الخطر.

إن الحافز اتجاه الحماية هو نتيجة عمليتين معرفيتين هما:

- تقييم التهديد مقارنة بين الخطر المدرك للمرض والحساسية المدركة.
- تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد.

) فتقييم التهديد و قدرة الفرد على مواجهة التهديد يتأثران بمصادر معلومات داخلية (متغيرات الشخصية والتجارب السابقة) وبمصادر معلومات تأتي من المحيط (إقناع لفظي وتعلم عن طريق الملاحظة) (Carolina werle et all).

ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقييم التهديد يأتي قبل تقييم القدرة على مواجهة التهديد ، ونتيجة هذه العمليات التقييمية هي قرار بدء إتمام أو إنهاء سلوك وقائي ما، لذلك استعمل هذا النموذج النظري للتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية مثل تخفيض إستهلاك الكحول والتوقف عن التدخين.



شكل رقم (3) (Gusttave - Nicolas Fischer; 2002)

4.2 النموذج عبر النظري (نموذج مراحل التغيير) (Le modèle transthéorique : diclemente et prochasks 1994)

ظهر هذا النموذج النظري خلال البحوث التي أجريت في سبيل التوقف عن سلوك التدخين وعلاج الإدمان ، حيث يعنى بتحديد المراحل التي يمر الفرد بها أثناء محاولته إحداث تغيير في سلوكه ، وبناءا على ذلك يتم اقتراح أهداف علاجية و إجراءات تدخل خاصة بكل مرحلة (Rakorvski et all, 1993) .

يمكن تقسيم المراحل التي يمر بها الفرد لدى محاولته إحداث تغيير في سلوكه على النحو التالي :

➤ **مرحلة ما قبل العزم : La phase pré contemplative**: في هذه المرحلة لا يكون لدى الفرد أي نية لتغيير سلوكه ، لأنه يكون غير واعي بوجود مشكلة صحية لديه مع أن المحيطين به يدركون وجودها فالمدخن يغفل تماما عن المشكلة التي يسببها سلوك التدخين وهو ينتبه فقط للنتائج الايجابية كالتخلص من التوتر والقلق والقدرة على التركيز ، نتيجة لذلك فان إجراءات التدخل في سلوك هؤلاء لا تحقق أي نتيجة.

➤ **مرحلة العزم La phase contemplative**: في هذه المرحلة يكون الفرد على وعي بوجود مشكلة لديه تهدد صحته وسلامته لكنه لا يلتزم القيام بسلوك معين ولذلك فإن كثيرا من الأفراد يظلون في مرحلة العزم لسنوات عديدة كالمدخن الذي يدرك تماما أن عليه التوقف عن التدخين ، لكنه لا يلتزم بالتوقف بل يستمر بتحديد الإيجابيات و السلبيات التي يسفر عنها تغيير سلوكه ويستمر بإظهار المظاهر الإيجابية المرتبطة بالمتعة التي تنتج عن الاستمرار في سلوك التدخين.

➤ **مرحلة التحضير La phase de préparation** : في هذه المرحلة يقر الفرد بأنه مريض و ينبغي عليه أن يعالج ليتخلص من الآثار السلبية لسلوكه ويشعر في نفس الوقت برغبة قوية في التغيير و يترافق وجود هذا الإتجاه مع التحضير لذلك ،فيتخذ إجراء عملي كتخفيض عدد السجائر عند المدخنين(شيلي تايلور، 2008).

➤ **مرحلة الفعل La phase d'action** : في هذه المرحلة يبدأ الفرد في الإدراك الفعلي للنتائج الضارة لسلوكه ، ويقرر بأن عليه أن يحدث تغييرا على سلوكه أو أسلوب حياته ، وهذه تعتبر نقطة تحول نوعية فيبدأ الفرد فعليا في إحداث التعديل في السلوك كالإقلاع عن التدخين.

➤ **مرحلة الاحتفاظ La phase de maintien**: في هذه المرحلة تتبلور المكاسب التي تحققت في مرحلة التنفيذ ويحاول خلالها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية التي اكتسبها من سلوكه الجديد وبالتالي يحقق الوقاية من الإرتداد والانتكاس و يقي نفسه من العودة إلى السلوك المشكل ، خلال هذه المرحلة تظهر تغييرات سلوكية ملحوظة قد تشمل حتى تعديلات على أسلوب الحياة .

5.2 مقارنة سيرورة الفعل الصحي (L'approche du processus d'action de santé) : shwarzer 1992)

يهدف هذا النموذج إلى تحديد الوضع السببي للمعتقدات على الفعالية الذاتية مقارنة بالتغيرات المتعلقة بالصحة ويتمحور حول العلاقة بين المقاصد السلوكية والأفعال الحقيقية ويعتبر أن ظهور السلوكيات الصحية أو المحافظة عليها تتم عبر مرحلتين:

➤ **مرحلة التحفيز La phase de motivation**: وهي المرحلة التي يختار فيها الفرد

تبنى سلوك أو خلق نية وهذه المرحلة تتأثر بثلاث معتقدات هي:

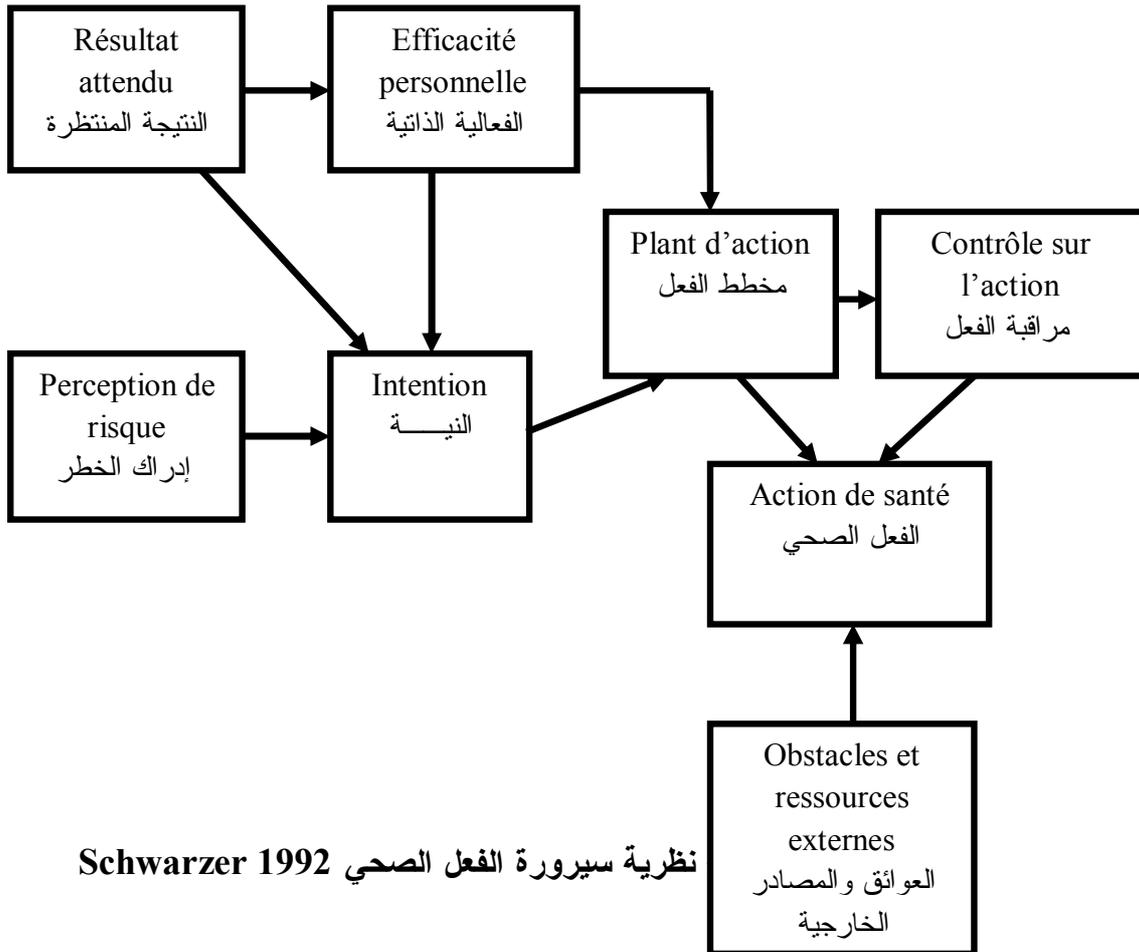
- إدراك خطر المرض (إدراك الخطر).
- النتيجة المرتقبة من السلوك الوقائي.
- إدراك الفعالية الشخصية.

➤ **مرحلة الفعل La phase d'action**: وفيها يحدد الأشخاص السلوك المطلوب شدة

المجهود و الاستمرارية وهي مرحلة تنقسم إلى ثلاث خطوات:

- تحضير مخطط الفعل ومراقبته.
- الفعل.

- المحافظة على الفعل (carolin werle et al).



شكل رقم (4) (Gustave, Nicolas, ficher ,2002)

3. تعريف سلوك التدخين :

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

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

- **التدخين النفسي الإجتماعي :** يلجأ المدخن في هذه المرحلة إلى سلوك التدخين لأنه يعتبره رمزا للمركز الإجتماعي واحترام الذات .
- **التدخين النفسي الحركي:** تلعب طقوس التدخين الدور الأساسي في تحقيق اللذة لدى المدخن.

- **التدخين الإدماني :** يدخن الشخص في هذه المرحلة حتى يتجنب آثار الامتناع المزعجة (الدمرداش عادل ، 1982 ، ص 176).

➤ **تعريف J.grube 1986:** سلوك التدخين سلوك يرتبط بالمعتقدات فالمدخنين المنتظمين يعتقدون في بعض المترتبات الإجتماعية والسيكولوجية الإيجابية للتدخين (معتز سيد عبد الله ، 1996 ، ص 9).

➤ **تعريف Shiffman et al 1994:** سلوك التدخين سلوك إدماني يعاني فيه الأفراد من صعوبة التوقف (شيلي تايلور ، 2008 ، ص 311) وهذا ما أكدته منظمة الصحة العالمية OMS حيث أدرجت التبغ ضمن المواد التي تسبب الإدمان وذلك على اعتبار أن محكات تشخيص الإدمان تنطبق على تدخين السجائر .

وصفة الإدمان الأولى الشعور بالرغبة الملحة عند عدم توفر المادة وهذا ما يشعر به المدخن المفرط عند امتناعه عن السجائر ، والمواد الإدمانية تسبب التحمل فالمدمن يبدأ بجرعة صغيرة ثم يزيدها تدريجيا للحصول على نفس المفعول وهذا ما يحدث في تدخين السجائر ، فالمدمن عند الإمتناع يشعر بأعراض نفسية وجسمية مزعجة (Jean marc plassart ,04/08/2010).

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

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

4. مراحل التعود على سلوك التدخين:

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

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

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

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

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

➤ **مرحلة التعود:** وهي المرحلة التي يدخل فيها الشخص بانتظام ويصبح استعمال السجارة يشعره بالإسترخاء (التعود النفسي و الفيسيولوجي)
(K.lucas,B.loyd ,2005) .

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

(L. Monique, B . Heneman, 2004)

5. تفسير سلوك التدخين (لماذا ندخن؟):

برزت العديد من الآراء التي حاولت تفسير لجوء الأفراد إلى ممارسة هذا السلوك الخطر ومن بين هذه الآراء نذكر (مدرسة التحليل النفسي) التي فسرت هذا السلوك بأنه علامة تدل على عدم نضج الشخص لأن طاقة المدخن الغريزية مرتبطة بمنطقة الفم ، كما يحدث عند الطفل الرضيع ، فالمدخن بحاجة إلى وضع شيء في فمه لإشباع رغباته وسلوك التدخين وسيلة تمكنه من ذلك.

إن هذا الرأي الخاص بمدرسة التحليل النفسي يبقى رأياً نظرياً لم تثبت صحته بصورة علمية مقنعة، في حين يرى بعض الباحثين أن سلوك التدخين نوع من الإشراف فممارسته في البداية تجلب للممارس الثناء من رفاقه ويعتبر ذلك دعماً أو جزاء يتحمل في سبيله المشاعر المزعجة التي يحس بها من يدخن لأول مرة مثل الغثيان وتسارع نبضات القلب.

ومع مضي الوقت وتمكن النيكوتين من الجسم تصبح الحركات المصاحبة لسلوك التدخين والشعور بالإسترخاء والتخلص من التوتر الذي يصاحب أو يلي سلوك التدخين دعماً يكثف العادة ويرتبط بالدعم بعد ذلك مؤثرات مختلفة إذا وجدت جعلت المدخن يشعر بالرغبة في إشعال سيجارة كروية علبة السجائر أو الإعلانات ورؤية مدخنين آخرين.

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

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

- إن البيئة تلعب دوراً مهماً في تعلم التدخين في سن مبكرة فبعض الأطفال يبدؤون التدخين في سن 05 سنوات واتضح أن 35% من البالغين الذين يدخنون بانتظام تعلموا التدخين من سن 09 سنوات وأظهرت أيضاً أن 80% من الأطفال الذين يدخنون بانتظام يستمرون في التدخين في كبرهم.
- كما أن التدخين ينتشر بين الأطفال المنتمين إلى طبقات اجتماعية متدنية أكثر من الأطفال المنتمين إلى طبقات أعلى.
- ومن العوامل التي تؤدي إلى تعلم سلوك التدخين أيضاً تدخين الوالدين الذي يدفع بهم إلى التقليد.

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

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

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

أجريت العديد من البحوث في مقاطعة (Québec) حول عوامل الخطر السلوكية والتي من بينها سلوك التدخين والهدف من ذلك تحديد نسبة الإنتشار والفئات العمرية الأكثر ممارسة لهذا السلوك ، من بين هذه البحوث: بحث حول الصحة العامة في كندا نظم من نوفمبر 2000 إلى سبتمبر 2001 على عينة تقدر ب 130000 شخص من سن 12 سنة فما فوق وأشارت النتائج إلى أن 31,1 من أفراد العينة الذكور و 27,9 من أفراد العينة الإناث هم مدخنين .

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

نسبة المدخنين فوق سن 15 سنة حسب الجنس في كيبك (Québec) 1987- 2001

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

جدول رقم (4) (Monique,lalonde,B ,Heneman,2004)

نسبة المدخنين حسب السن والجنس في فرنسا سنة 2000:

في دراسة شملت مختلف المدن الفرنسية وهدفت إلى قياس مدى ممارسة سلوك التدخين لدى الجنسين ومن مختلف الأعمار جاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

السن	ذكور %	إناث %
13-12	4.3	3.7
15-14	4.3	3.7
17-16	42.7	3.7
19-18	48.5	45.8
25-20	51.6	43.4
34-26	51.9	42.5
44-35	45.9	38.6
54-45	32.8	25.9
64-55	26.4	14.2
75-65	17.3	8.2

جدول رقم (5) (B,d autznberg, 30/08/2010)

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

في دراسة شملت مختلف المدن في الو.م.أ وهدفت إلى قياس مدى ممارسة سلوك التدخين لدى الجنسين ومن مختلف الأعمار جاءت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

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

جدول (6) (شيلي تايلور ، 2008 ، ص 307)

نسبة المدخنين حسب السن والجنس والوسط والمنطقة في الجزائر 2007 :

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

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

جدول (7) (Benazzouz.k, Chlihi,A ,2007)

7. عوامل إدراك الخطر عند المدخنين :

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

- **الجنس:** بصفة عامة يكون لدى المرأة إدراك مرتبط بخطر التدخين أكثر إرتباطا بالواقعية وهذا ما ظهر في دراسات علم الأوبئة خاصة بعد إثبات الدراسات لخطر سلوك التدخين على المرأة الحامل ، إذ يشكل سببا رئيسيا في زيادة وفيات الأطفال قبل الولادة أو عندها (زيدات كرم، 2001، ص 71)
- **المستوى التعليمي:** حيث أن إدراك الخطر يكون مقيما بطريقة أكثر واقعية كلما زاد المستوى التعليمي.

- **تأثير المحيط:** ويتمثل في تأثير العائلة والأصدقاء والذي يكون في بعض المجتمعات أكثر من تأثير المختصين في الصحة (سعيد شنش، 2011، ص 61).

وإما أن تكون عوامل خاصة حسب Weinstein وهي :

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

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

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

ودام سبر الآراء ستة أشهر وجمع 231 استبيان من أصل 300 استبيان وزعت وكانت النتائج :

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

نعم	لا
97 %	3 %

جدول (8) (Institue national de santé ,1999)

8. المكونات الكيميائية للسيجارة:

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

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

وتختلف نسبة النيكوتين وفقا لتنوع التبغ المصنع وطريقة استعماله ، وتحتوي كل سيجارة على 03 ملغ من النيكوتين إذا احتوت على 1 غ من التبغ الذي يكون إمتصاصه بنسبة 90% عند الأشخاص الذين يستنشقونه و 10% في عدم الإستنشاق، حيث يمتص النيكوتين في السجائر العادية من الرئة ، بينما نيكوتين السيجار والغليون عن طريق الفم والبلعوم ، ولذلك يلاحظ بأن مدخني السجائر يستنشقون الدخان أكثر من مدخني السيجار والغليون.

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

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

مركبات أخرى:

➤ **أكسيدات الكربون**: تنتفث السيجارة العادية ما بين 10 إلى 17 ملغ من أول أكسيد الكربون لرئة المدخن مباشرة ، 36% منه يتشكل من احتراق التبغ وهذا الغاز السام يتحد مع الهيموكلوبين فيقوم بوقف قابلية الدم لحمل الأكسجين ، ولهذا السبب فإن المدخنين غالبا تنفسهم ضيق وحرج.

➤ **أكسيدات النيتروجين NO**: يحتوي دخان السجائر على أكسيد النيتريك (ثاني أكسيد النيتروجين وأكسيد النيتروز) يدخل فم المدخن غاز أكسيد النيتريك مع آثار من أكسيد النيتروز، وتبلغ كمية أكسيد النيتريك في السيجارة الواحدة حوالي 600 ميكروغرام ، يتأكسد أكسيد النيتريك داخل الرئة إلى ثاني أكسيد النيتروجين خلال

زمن قصير في وجود الأكسجين ، ويزداد أكسيد النيتروز في التبغ إذا استخدم السماد عند زراعته، وتساعد هذه الأكسيدات على تشكيل مادة (نيتروزامين) السامة في تيار الدخان الأساسي الذي يدخل الرئة.

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

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

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

➤ **مواد أخرى**: غاز الميثان، الكحول الإيثلي، أجسام فيثولية. (Jack Henni - ngfield ,Katharine. Hamoud,10/09/2010)

9. أضرار سلوك التدخين:

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

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

- **الجهاز التنفسي**: تتكون الرئتين من مئات الحويصلات الهوائية الصغيرة وجدران هذه الحويصلات محاطة بالشعيرات الدموية التي تقوم بتبادل الأكسجين وثنائي أكسيد الكربون مع المحيط ، تتأثر هذه الحويصلات بالمواد الضارة الموجودة بالدخان، حيث يحدث تدمير للعديد من الخلايا المبطنة للشعيرات الدموية ، وهناك نوعان من هذه الخلايا إحداها مفرزة للمخاط الذي يعمل كمصيدة للأجزاء الغريبة الداخلة مع الهواء أثناء الإستنشاق وأخرى تسمى الخلايا الهدبية ، لها أهداب توجد على سطح الخلايا وتتحرك حركة منتظمة للمساعدة في طرد الأجسام الغريبة للخارج ، وقد تأكد أن التدخين يؤثر على هذه الخلايا حيث أن المواد الموجودة في التبغ من نيكوتين وقطران تؤدي إلى تثبيط الخلايا الهدبية ثم تخريبها ، كما تؤثر

على الخلايا المفرزة للمخاط بحيث يزداد إفرازها بدرجة كبيرة وبالتالي يتجمع السائل المخاطي في الممرات الهوائية مما يضطر المدخن للسعال الشديد لإخراج هذا المخاط (وهو أول أعراض إتهاب القصبات الهوائية). كما أن بعض مكونات التبغ تترسب بالرئتين وتتسبب في تخريب الخلايا وإفراز الخمائر المخربة للخلايا الرئوية.

(Jean-marc plassart ,04/ 08/2010)

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

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

- **الجهاز العصبي:** يؤثر التدخين على عمل الجهاز العصبي ، فالنيكوتين يحث عمل المنظمات العصبية مثل الاستيل كولين والنور أدرينالين ويؤدي ذلك إلى تحسن مؤقت في الأداء والشعور ، ولكن بمرور الوقت يمكن أن يؤثر على عمل العقد العصبية ، فبعد أن يحدث بها إتهاب يبطل عملها (Jean- marc plassart, 04/08/2010)

خلاصة :

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

الفصل الرابع : سرطان الرئة

1. السرطان

1.1 تعريف السرطان

2.1 تشخيص السرطان

3.1 انتشار المرض

4.1 النماذج النظرية المفسرة للإصابة بالسرطان

5.1 أسباب الإصابة بالسرطان

2. سرطان الرئة

1.2 تعريف سرطان الرئة

2.2 تشريح الرئة

3.2 تشخيص وتصنيف الإصابة بسرطان الرئة

4.2 أنواع سرطان الرئة

5.2 انتشار سرطان الرئة

6.2 أسباب الإصابة بسرطان الرئة

7.2 أعراض الإصابة بسرطان الرئة

خلاصة

تمهيد :

لقد كان سرطان الرئة من الأمراض النادرة قبل ثلاثينات القرن الماضي حيث كان عدد الإصابات مثلا في الولايات المتحدة لا يتعد 600 حالة سنويا ، وقد ارتفع هذا الرقم سنة 1977 إلى حوالي 8500 حالة وليس هناك شك أن أهم الأسباب التي أدت إلى هذه الزيادة هو الإقبال الواسع على ممارسة سلوك التدخين .

إن سرطان الرئة مرض نادر جدا بين غير المدخنين ونسب الإصابة به تزداد بازدياد عدد السجائر المستهلكة وازدياد مدة التدخين وتقل هذه النسبة تدريجيا عند الإقلاع عن هذا السلوك مما يثبت العلاقة المباشرة بين سلوك التدخين والإصابة بهذا المرض الذي تبقى نسبته في تزايد مستمر في الجزائر كما هو الحال في بقية الدول النامية حيث يشير السجل الوطني للسرطان سنة 2005 إلى وجود 25 حالة في كل 100000 نسمة وهي نسبة ترتفع كل سنة خاصة عند الفئة العمرية من 45 إلى 65 سنة.

وقد خصصت الطالبة الباحثة هذا الفصل للتطرق بالتفصيل لهذا المرض الخبيث انطلاقا من تعريفه والنماذج النظرية المفسرة للإصابة به وصولا إلى أعراضه وتطوره.

1. السرطان:

يعتبر السرطان بمختلف أنواعه وأشكاله التي تتجاوز المائة من أخطر الأمراض إذ يعد من الأسباب الأولى للوفيات في العالم.

1.1 تعريف السرطان:

➤ السرطان عبارة عن مجموعة من الأمراض التي تزيد عن مائة مرض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة وينجم عن خلل في المادة الوراثية الجينية (ADN) التي تمثل في خلايا الإنسان الجزء المسؤول عن السيطرة على نمو الخلايا وتكاثرها وخلايا الجسم تتكاثر بشكل منتظم وبطيء لكن في حالة السرطان يحدث خلل في المادة الوراثية مما يؤدي إلى تسارع متزايد في نموها وانتشارها (شيلي تايلور، 2008، ص811).

➤ هو مصطلح يدل على التكاثر الخبيث الذاتي والعشوائي للخلايا ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي يمكن أن تغزو الأعضاء القريبة أو البعيدة محطة الأنسجة السليمة (OMS, 2007, p37).

➤ هو مجموعة من الأمراض الناجمة عن الانقسام العشوائي للخلايا التي تستمر في التضاعف دون تحكم (cailler et verreman, 2004).

➤ للورم الخبيث أنواع متعددة وأماكن معينة وترتبط درجة الخطورة الناتجة منه حسب تصنيفه وموقعه في الجسم، وبشكل عام يحدث الورم الخبيث في الخلايا المبطنة للأسطح النامية ومنها أنواع رئيسية ثلاثة:

- النوع الأول في الخلايا الطلائية التي تكون الطبقة الخارجية للجلد وتغطي الشفتين واللسان .
- النوع الثاني خلايا طلائية قشرية تبطن الأنابيب مثل القصبات الهوائية والشعب.
- النوع الثالث خلايا طلائية مفرزة صلبة كما هو الحال في القناة الهضمية أو تكون في كتل متراصة مثل الكبد والبنكرياس.
(بهاء الدين سلامة، 2001، ص226).

إن كل هذه التعاريف تشير إلى أن السرطان يبدأ في خلية من خلايا الجسم التي فقدت القدرة على التضاعف المنتظم المفيد للعضوية ، والتحول إلى خلية تتضاعف بشكل عشوائي مما يؤدي إلى فقدان سيطرة الجسم على تنظيم وظائف أعضائه.

2.1 تشخيص السرطان:

إن مرض السرطان يكون عادة من الأمراض الصامتة حيث لا تظهر الأعراض حتى مراحل متقدمة من المرض فيسعى الطبيب المعالج لأن يتبين وجود علامات دالة للبحث عن تأكيدات من خلال الفحوصات (فحوصات الدم والأشعة) وأخذ عينات نسيجية من الورم وفحصها.

وبتطور البحوث حول هذا المرض تم ابتكار طريقة جديدة للتشخيص وهي بطاقة تعريف الأورام وتتمثل في بطاقة يمكنها تحديد الجين المسؤول عن الخلل الخلوي من خلال تمييزه من بين 30000 جين التي تدرسها وتعرف بنيتها.

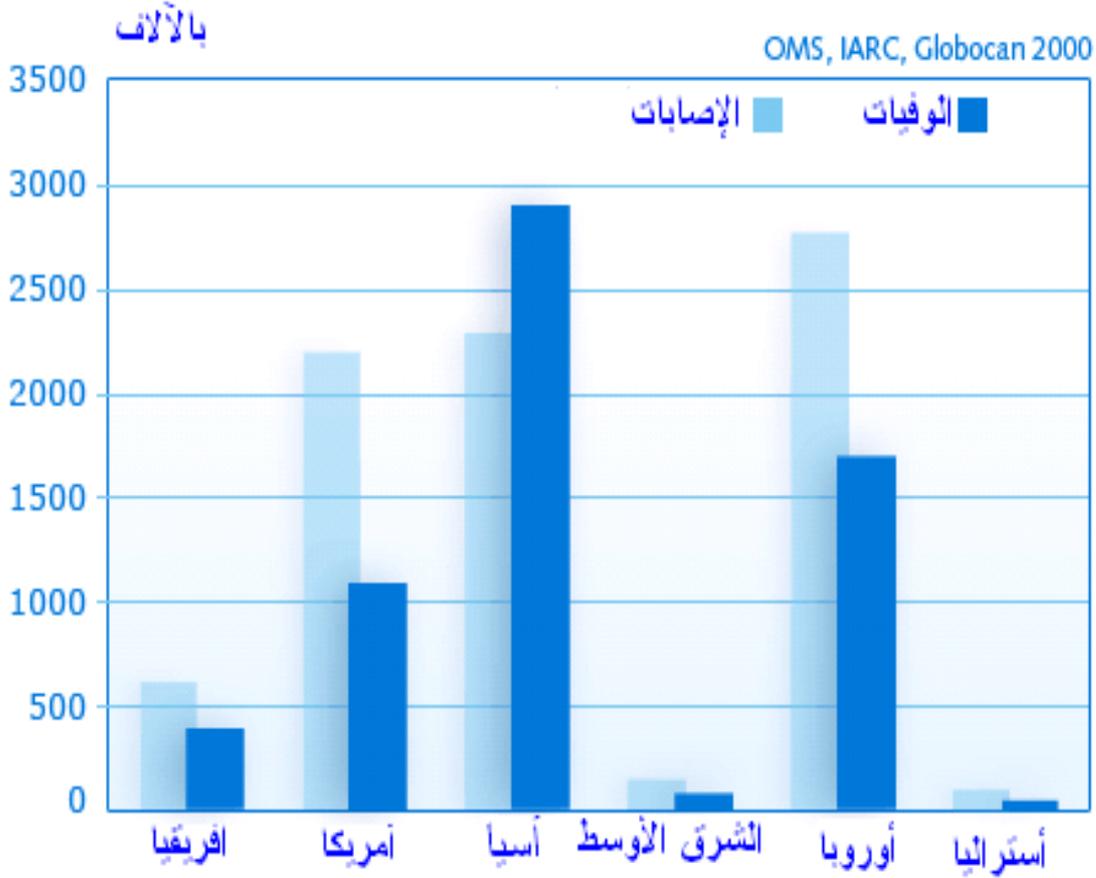
(www.sonafi-aventis.com/health care/cancer, 05/12/2010)

3.1 إنتشار المرض:

أصبح السرطان يطرح مشكلة في الصحة العامة سواء في الدول النامية أو الدول المتقدمة حيث يوجد أكثر من 4.4 مليون حالة في آسيا، 2.8 مليون حالة في أوروبا، 1.4 مليون حالة في أمريكا الشمالية، وفي إفريقيا 627000 حالة مع تنبؤات بزيادة 50% ن مع 15 مليون حالة جديدة كل سنة في العام 2020.

(www.sonafi-aventis.com/health care/cancer, 05/12/2010)

حالات الإصابة السرطانية و الوفيات الجديدة في العالم لعام 2000



شكل رقم (5) (www.sonafi-aventis.com /health care/cancer, 05/12/2010)

4.1 النماذج النظرية المفسرة للإصابة بالسرطان les modèles théoriques explicatifs du cancer

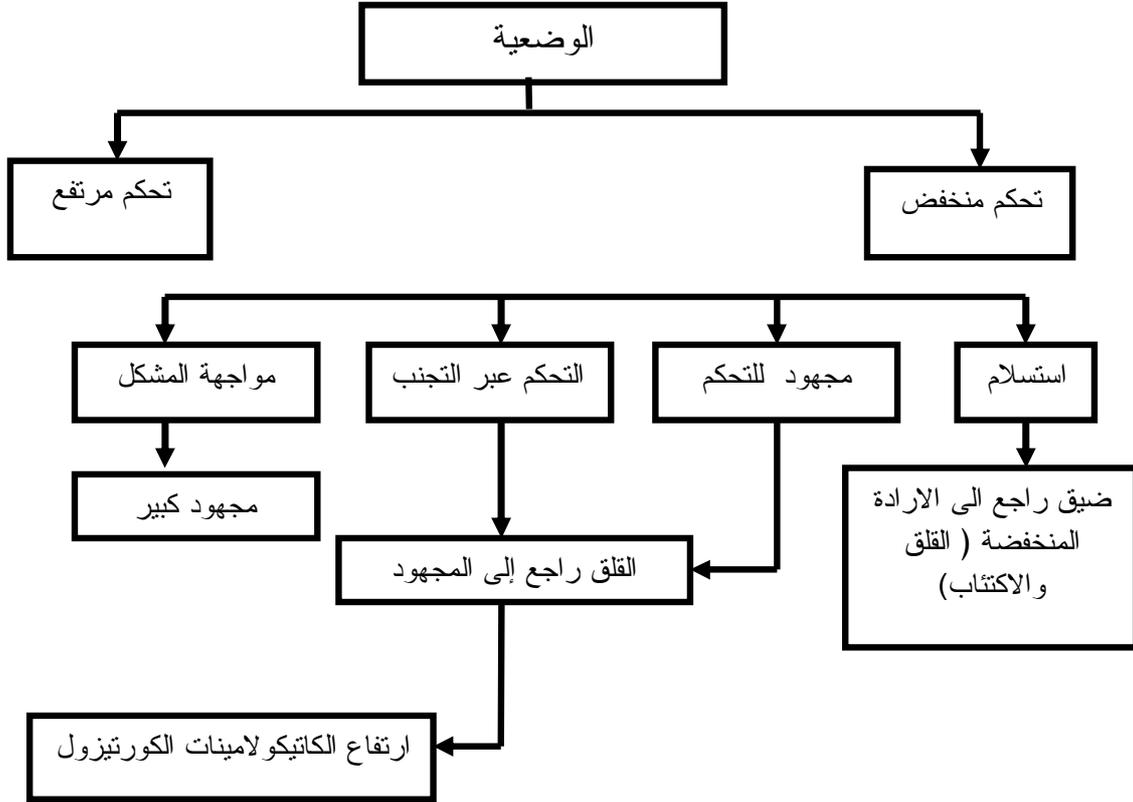
اهتم العلماء والباحثون بالدور الذي تلعبه شخصية الإنسان وبعض العوامل كالتعرض للضغوط وعدم القدرة على المواجهة في الإصابة بالسرطان وتطوره فيما بعد وقد اقترحت بعض النماذج النظرية التي سعت إلى تفسير هذه العلاقة والتي نذكر منها :

1.4.1 نموذج عدم القدرة على التحكم de modèle de l'incapacité de contrôler de Fisher 1988

قام Fisher بوضع نموذج حيوي (تفسير إجتماعي) عام 1988 بهدف تفسير مدى تعرض الأفراد الذين لديهم مستوى ضعيف من التحكم المدرك على الأحداث الضاغطة للإصابة بالسرطان ، وتوصل إلى أن الصعوبة في التحكم في الضغوط قد تؤدي إلى بذل مجهود

مضاعف للتحكم أو إلى اليأس والاستسلام وهما الحالتان اللتان تؤديان إلى إفراز هرمون الكورتيزول الذي يؤثر على خلايا الجهاز المناعي ويؤدي إلى الحد من كفاءتها وما يسمح بنمو الأورام السرطانية .

(Bruchon – chrweitzar et dantzer, 2003)



الشكل (6) نموذج عدم القدرة على التحكم

(Bruchon – chrweitzar et dantzer, 2003)

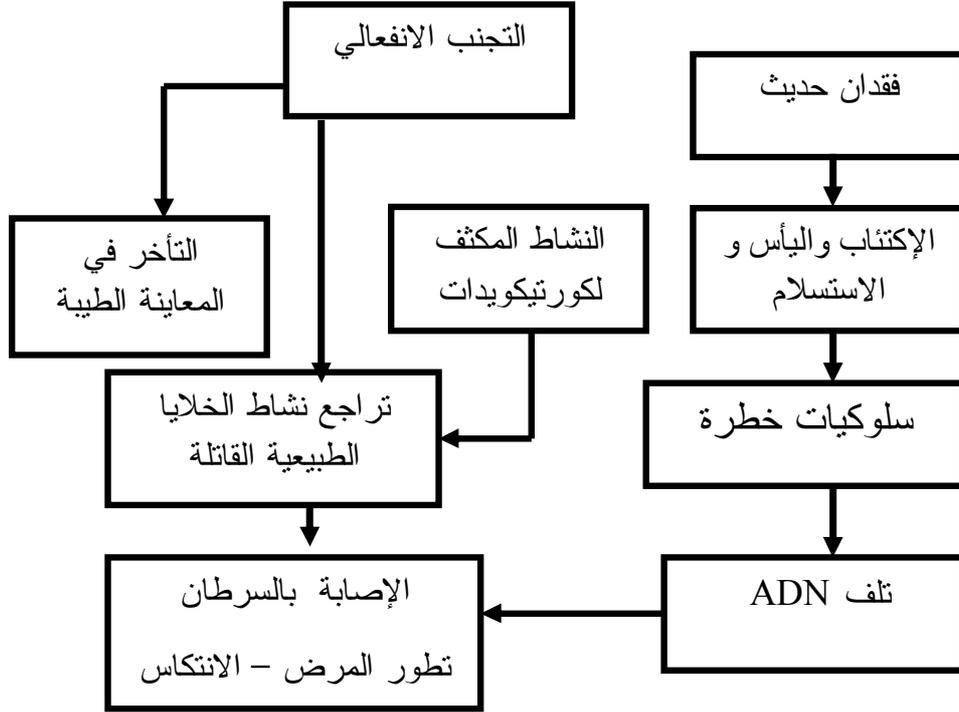
2.4.1 نموذج الإنفعالات 1990 modele des emotions de contrada et al :

يتعرض الإنسان لأحداث قد تولد انفعالات سلبية والتي بدورها قد ترتبط حسب Contrada بتطور بعض الأورام السرطانية وهو ما تفسره العلاقة الموجودة بين العوامل النفسوإجتماعية والمناعة النفسية العصبية الغدية ويتضح ذلك من خلال ما يلي:

➤ الوضعية الاكتئابية تؤدي إلى ممارسة سلوكيات الخطر كشراب الكحول أو التدخين أو السلوكيات الجنسية غير الآمنة، وهي سلوكيات تعرض الفرد للإصابة بالأورام

الخبثية ، إضافة إلى أن حالة الإكتئاب تترافق بزيادة في النشاط العصبي الغدي وإفراز الكورتيزول الذي يقلل من النشاط المناعي.

➤ التجنب الانفعالي حسب Contrada يمثل عاملا أساسيا في نشأة سيرورات معرفية مثل الإدراك الخاطئ للأعراض والتأخر في الخضوع للفحص الطبي مما يؤدي إلى تفاقم المرض كما يؤدي التجنب الإنفعالي إلى انخفاض نشاط الجهاز العصبي الودي (Fisher,2002)



الشكل رقم (7) نموذج الانفعالات Contrada et al 1990

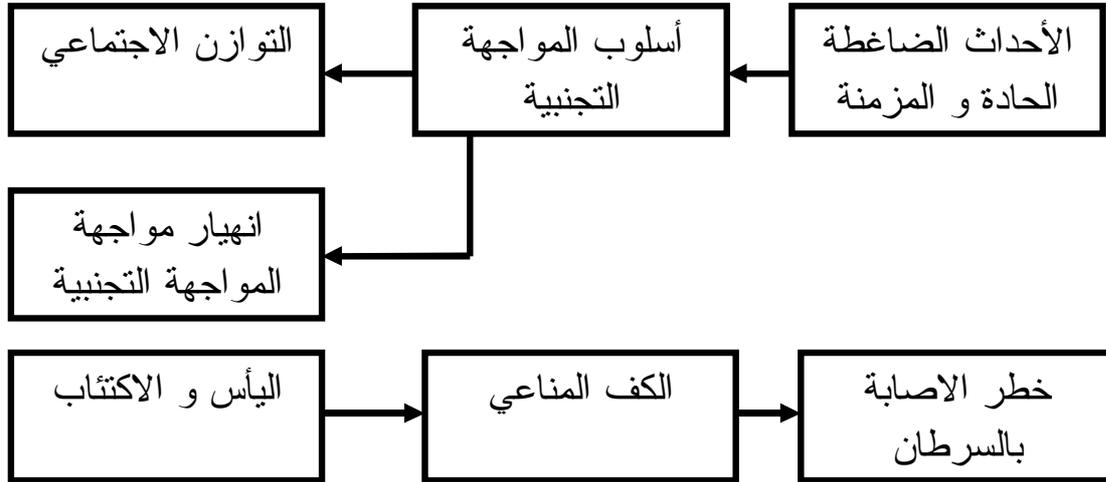
(Bruchon – chrweitzar et dantzer, 2003)

3.4.1 نموذج استراتيجيات المواجهة :

يعتقد Temeshock أن أسلوب المواجهة التجنبي le coping évitent يسمح للفرد بالتصرف أمام الأحداث الضاغطة مخفضا أثرها الإنفعالي ، و محافظا على علاقاته بمحيطه ، لكن استمرار محاولة التوازن الإجتماعي يؤدي إلى فقدان الاتزان النفسي أو البيولوجي.

وهذا الأسلوب من المواجهة قد يكون فعالا أمام الأحداث اليومية، لكنه غير ذلك أمام الضغوطات المتكررة أو الحادة ، وعند فشل أسلوب المواجهة المتبني قد تظهر إحدى النتائج التالية :

- تبني أسلوب مواجهة أكثر فعالية وهو ما يحسن النشاط الفسيولوجي.
- الاستمرار في تبني استراتيجيات مواجهة غير فعالة.
- انهيار المواجهة التجنبية مما يؤدي إلى ظهور اليأس و الاكتئاب (Bruchon – chrweitzar et dantzer, 2003)



الشكل (8) نموذج استراتيجيات المواجهة (Temeshoct, 1990)

(Bruchon – chrweitzar et dantzer, 2003)

4.4.1 الشخصية نمط ج : la personnalité tyre C

لقد اهتمت العديد من البحوث سواء الوبائية أو السيكوسوماتية بدراسة هذا النمط من الشخصية انطلاقاً من الاعتقاد أنه الأكثر عرضة للإصابة بالأورام الخبيثة : وقد اعتبرت البحوث أن هناك بنية وتاريخ خاص (صراع لم يتم حله ، فقدان شخص مهم ، مشاعر بالذنب) لهذه الشخصية ، أما البحوث الوبائية فقد اعتبرت هذا النمط كمجموعة مركبة من الأساليب و استراتيجيات المواجهة التي تتميز بدفاعية غير مرنة (عدم القدرة على الإدراك و التعبير عن الإنفعالات السلبية) إنخفاض قيمة الذات ، عدم القدرة على التحكم ، وهو ما أكدته بحوث Barraclough التي أثبتت ميل أفراد هذا النمط إلى قمع انفعالات الغضب ، والعدوانية ويميلون إلى إبداء لطف شديد و رغبة في إرضاء الآخرين و الإهتمام بهم ، وهذا ما يمثل عامل خطر إذ يسبب الشعور باليأس و العجز وهو العامل التنبؤي للإصابة بالسرطان (Fisher ,2002 ,P326)

5.1 أسباب الإصابة بالسرطان:

إن الإنقسام الخلوي الذي يكون في الخلايا يهدف إلى إنتاج خلايا جديدة سواء من أجل النمو أو لإصلاح خلايا تالفة أو تعويض خلايا ميتة، وتنقسم معظم الخلايا وفق طريقة الانقسام المباشر (الانقسام الخيطي) وهي عملية إنتاج خليتين تحمل كل منهما المعلومات الوراثية نفسها الموجودة في الخلية الأصلية ويوجد أيضا انقسام خلوي آخر هو الإنقسام غير المباشر الذي يكون في التكاثر الجنسي حيث تتحد الخلايا الجنسية لكل من الذكر والأنثى ويتم فيه إنقسامان خلويان يعاد فيهما ترتيب المادة الوراثية لتعطي أربع خلايا منفردة تحتوي كل منها نصف عدد الكروموزومات التي كانت في الخلية الأم .

إن عمليات الإنقسام هذه تخضع لمجموعة من آليات التحكم والتخصص الوظيفي فيما يتعلق بمحدودية النمو واستمرار إستتساخ وإصلاح الحمض النووي (ADN) ويتم ذلك عبر مجموعة من المورثات (les gènes) التي تضمن استمرارية هذا التضاعف الخلوي المنتظم من خلال إنتاج بروتينات معينة ، إلا أن بعض المورثات قد تتعرض للتغيير في البنية (التحول) (la mutation) ، مما يتسبب في عملية تضاعف خلوي غير محدودة عبر سلسلة من الإنقسامات العشوائية وهو ما يؤدي إلى نشأة السرطان والذي هو في الحقيقة مرض يتطور في وجود خلايا حساسة لعملية التحول الخلوي ، وعامل مسرطن يتسبب في سيرورة التحول وهذا العامل قد يكون سلوكي مثل التعرض للمواد المسرطنة كالتبغ وقد يكون نفسي إجتماعي.

ونذكر فيما يلي أبرز هذه العوامل:

1.5.1 العوامل الوراثية les facteurs héréditaires:

من المعروف أن العديد من أمراض السرطان تنتقل وراثيا فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي لسرطان القولون والثدي مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى أفراد العائلة ، ولكن دراسة تاريخ العائلة لا يعط دائما دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان ، فإلى جانب الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة عبر التنشئة الإجتماعية كنمط الحياة الذي يكون السبب في الإصابة بالمرض (شيلي تايلور، 2008، ص 813).

2.5.1 نمط الحياة:

يعرف أدلر أسلوب الحياة من خلال عدد من الحاجات المركزية والتي يمكن أن توصف في موضوعات الحياة اليومية وهي تتخلل كل شيء يقوم به الفرد إنطلاقاً من اختياره لغذائه، وإقباله أو امتناعه عن التدخين أو الكحول (هارون توفيق الرشيدى، 1999، ص 103).

وعن دور وأهمية أسلوب الحياة في الإصابة بالأورام الخبيثة نخص بالذكر:

- **الحمية الغذائية le régime alimentaire** : تؤكد الدراسات اثر التغذية في الإصابة بالسرطان ، ويتضح ذلك من خلال اثر الدهون في الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وسرطان الثدي والبروستات ، واثر مادة النيتريت (وهي مادة حافظة) في تطور سرطان المعدة ، ومادة الأفلاتوكسين المتنتقلة من المواد الغذائية المحفوظة في الأوساط الرطبة والساخنة في ظهور سرطان الكبد (Morin,2003, P145)
- **التبغ والكحول**: يعتبر التبغ والكحول من عوامل الخطر البارزة والتي لها علاقة واضحة بالإصابة بسرطان الفم والحلق والبلعوم والمرئ والرئة والكبد.

3.5.1 العامل الفيروسي le facteur viral:

أثبتت الدراسات وجود عدد من الفيروسات التي تتسبب في عدد من الأورام الخبيثة:

- **فيروس التهاب الكبد ب (HBN) le virus de l'hépatite B**: يعتبر فيروس التهاب الكبد من الأمراض المزمنة التي تنتهي غالباً بتلف الكبد (la cirrhose) وهو العامل الأساسي لتطور سرطان الكبد (Beers,2008, p 1034)
- **فيروس لوكيميا الخلايا التائية البشرية le virus lymphotropique humain (HTLV)** : وهو فيروس يتسبب في الإصابة بسرطان الخلايا اللمفاوية التائية.
- **الفيروس الحليمي البشري (HPV) la papillomavirus**: وهو فيروس يمكن انتقاله من خلال العلاقات الجنسية ويمثل العامل الأول في الإصابة بسرطان عنق الرحم (OMS,2007)
- **فيروس (EBV) le virus d'Epstein ban**: والذي يكون السبب في الإصابة بداء lymphome de burkitt وهو نوع من الورم الخبيث الذي يصيب الجهاز اللمفاوي كما قد يؤدي إلى الإصابة بسرطان الأنف والبلعوم" (Morin,2003).

4.5.1 العوامل النفسية والاجتماعية:

على الرغم من أنه يصعب تأكيد العلاقة السببية بين العوامل النفسية والاجتماعية والإصابة بالسرطان ، إلا أن البحوث القائمة حول الضغط النفسي وتأثيره على الجهاز المناعي تقدم مؤشرات واضحة حول الآليات التي يمكنها تفسير هذه العلاقة، إذ يمكن للضغط النفسي أن يحد من نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة التي تعمل على القضاء على الأورام السرطانية ، إضافة إلى إن الضغط يؤدي إلى استثارة منطقة ما تحت المهاد (hypothalamus) مما يؤدي إلى إفراز العامل المحرر (CRF) والذي يحفز بدوره إفراز ACTH على مستوى الجزء الأمامي للغدة النخامية وهو الهرمون الذي ينشط إفراز الكورتيزول على مستوى منطقة القشرة الكظرية ، والعلاقة بين زيادة إفراز هذا الهرمون والإصابة بالأمراض السرطانية تتمثل في تثبيط عمل الجهاز المناعي من خلال التقليل من تكوين الخلايا للمفاوية وخاصة للمفاويات T كما ينخفض الانترلوكين الذي يعد المسؤول على تقوية الجهاز المناعي وتحفيز نمو الكريات البيضاء ن كما يقلل من هجرة الكريات البيضاء إلى المنطقة المصابة ومن عملية بلعمة الخلايا التالفة (منظمة الصحة العالمية، 1977، ص 1160-1162)

2. سرطان الرئة:

1.2 تعريف سرطان الرئة:

➤ سرطان الرئة يدعى أيضا السرطان الشعبي (cancer bronchique) وهو مرض يتطور بين الشعب الهوائية الرئيسية (تموضع مركزي) (localisation central) أو في واحدة من الشعب والخلايا السرطانية يمكن أن تهاجر إلى الغدد للمفاوية المجاورة أو الأعضاء الأخرى .

➤ سرطان الرئة هو ورم خبيث (tumeurs malignes) في الرئتين

(Deloffe,C,T,yvaillant,2008)

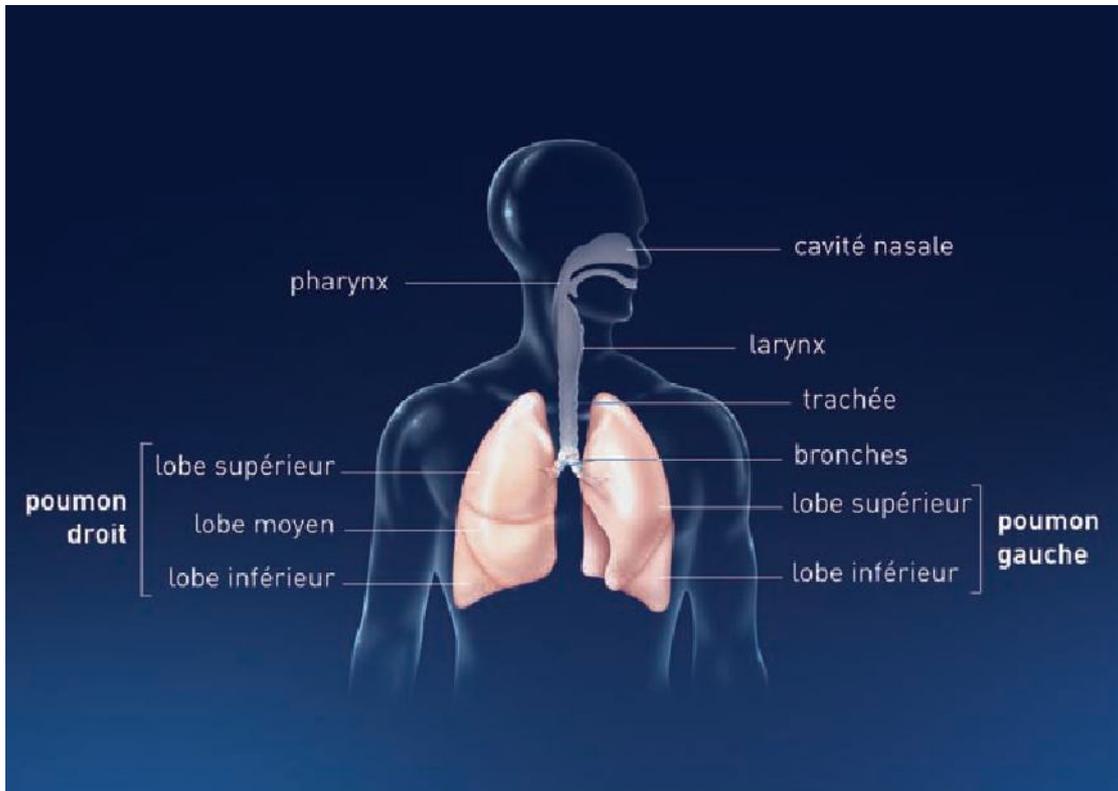
➤ سرطان الرئة هو مرض في الخلايا الشعبية يتطور انطلاقا من خلية طبيعية تتحول وتتضاعف بطريقة عشوائية (Institut national du cancer, 2010)

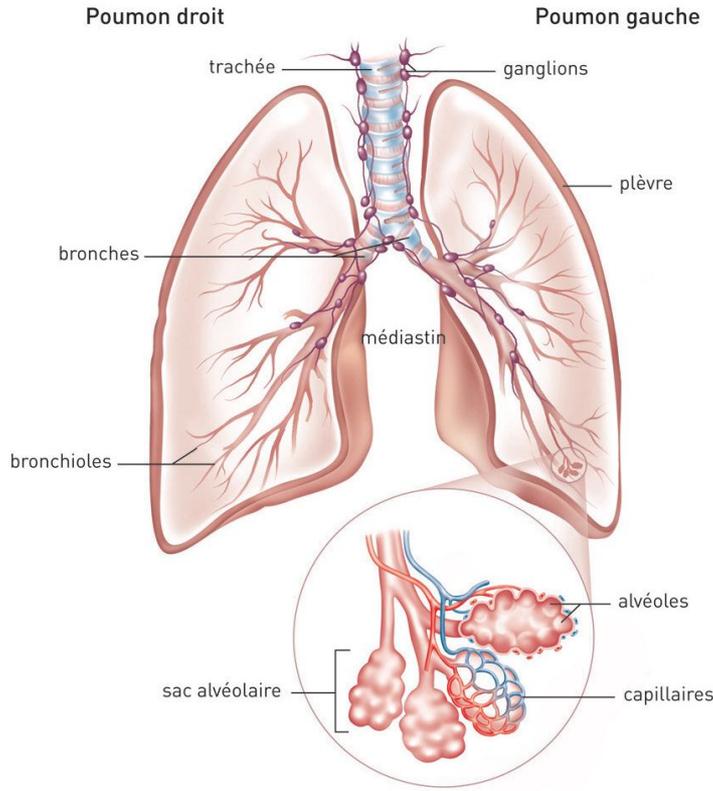
2.2 تشريح الرئة:

توجد الرئتان في الفراغ الصدري محاطتان بالغشاء البلوري الحشوي داخل حجرة جدارها من الضلوع والعمود الفقري ودعامتها الحجاب الحاجز .

الرئتان هما عضوان إسفنجيان lobes مرنان يشتملان على:

- الشجرة القصيبية les branches .
- القصبة الهوائية la trachée .
- الحويصلات الرئوية التي ينقسم جوفها الى عدد من التحدبات هي الأسناخ الرئوية les alvéoles pulmonaires بحيث تجتمع هذه الأسناخ لتشكل حويصلات وتجتمع الحويصلات لتشكل كتلا هرمية الشكل تدعى الفصيصات الرئوية وتجتمع هذه الفصوص وعددها ثلاثة في الرئة اليمنى وفصان في الرئة اليسرى (institut nationale du cancer ,2010)





(institut nationale du cancer ,2010,PP10,11)

3.2 تشخيص و تصنيف الإصابة بسرطان الرئة:

➤ **التشخيص:** يتم تشخيص سرطان الرئة بعد التعرف على تاريخ حالة المريض وسؤاله عن عادات التدخين ومدى التعرض لدخان التبغ وذلك لمعرفة سبب الإصابة ، كما يفحص المريض ويطلب منه إجراء كشوفات مختلفة ، والطريقة الوحيدة للتوصل الى التشخيص هي فحص للخلايا الورمية تحت المجهر بتتبع الطرق التالية:

- المخاط : يمكن أن يتم جمع المخاط في الصباح الباكر لثلاثة أيام متتالية ويتم فحصه تحت المجهر، وتمكن هذه الطريقة من الكشف عن تشخيص الحالة كحالة سرطان رئوي.
- وإذا لم يحدث فإن الطبيب يحتاج إلى الحصول على عينة من الورم ويسمى هذا الإجراء خزعة ويمكن أن تأخذ بعدة وسائل تحدد وفقا لموضع الورم في الرئتين والتي من بينها :

- تنظير القصبات الهوائية للنظر بداخل المسالك الهوائية واخذ عينة مباشرة من الورم المرئي.

رشق الابرة باستخدام تخطيط إشعاعي للاستدلال على تلك الأورام التي يصعب الوصول إليها بواسطة جهاز تنظير القصبات الهوائية.

يمكن في بعض الأحيان الحصول على الخزعة من أعضاء أخرى غير الرئة فإذا تسبب الورم في وجود سائل حول الرئتين ،حينها يمكن اختبار هذا السائل لمعرفة وجود الخلايا السرطانية فيه.

تستدعي حالات بعض المرضى التوجه للتدخل الجراحي للتوصل إلى تشخيص.

إن تضخم الغدد اللمفية في العنق أو الفك ، يتطلب أخذ خزعة منها مما قد يساعد في الوصول إلى تشخيص أو تحديد مدى انتشار السرطان.

➤ **التصنيف :** يعتمد المختصون في تصنيف الأورام على التقييم الموضوع على شكل TNM (Tumeur nodes metastasis) وهو تقييم وضع سنة 1946 وقد استخدم أول مرة في تصنيف أورام الرئة سنة 1974 وطور سنة 1974 ثم سنة 1986 وهو على الشكل التالي :

T Tumeur primitive : الورم الأولي أو البدائي

TO: تعني غياب الورم

TX: وهو الورم الأصلي ويعرف من خلال الدراسة المخبرية لمخاط القصبات الهوائية أو عن طريق المنظار الشعبي.

TIS: ورم خبيث في مراحله الأولى

T1: ورم حجمه 3 سم أو اقل ويكون داخل الرئتين

T2: ورم حجمه اكبر من 3 سم ويكون خارج الرئتين

T3: ورم كبير مع وجود انتشار في المناطق التالية : الجدار الصدري ، الحجاب الحاجز ، غشاء الرئة ، غشاء القلب

T4: ورم كامل يصيب الخط الوسط بين الرئتين ويصيب القلب والأوعية الدموية الكبيرة ،الرغامي ، المرئ ، الفقرات، بالإضافة إلى العديد من الإصابات الورمية على مستوى نفس الرئة.

N Ganglions régionaux : العقد المحلية

N0: عقد غير منتفخة

- NX: عقد منتفخة لكن غير منتشرة
 N1: عقد منتفخة ومنتشرة في جانب واحد (منتشرة من ورم أصلي)
 N2: عقد منتفخة ومنتشرة في المنطقة بين الرئتين
 N3: عقد منتفخة ومنتشرة إلى عظم الترقوة، sus clavulaire،
 M: الإنتشار la métastase
 M0 : غياب الانتشار
 MX: انتشار الخلايا السرطانية على مسافة Métastase à distance يصعب
 تقييمها
 M1: انتشار الخلايا السرطانية مع إصابات ورمية ذات حوصلات في مختلف
 مناطق الرئة (institut nationale du cancer ,2010) .

4.2 أنواع سرطان الرئة :

تنشأ جميع أنواع سرطان الرئة من بطانة المجرى الهوائي تقريبا ، وقد حددت منظمة الصحة العالمية

(OMS) 12 نوعا من هذه الأورام الرئوية الخبيثة والتي من بينها نوعان رئيسيان يمكن التمييز بينهما من خلال سرعة الإنتشار والنمو ، ولكل منهما طريقة علاج تختلف إحداها عن الأخرى وهما:

1.4.2 سرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة: Carcinomes pulmonaires non a petites cellules.

وهو السرطان الرئوي الأكثر انتشارا إذ يمثل 80% من الحالات، وينقسم بدوره إلى:

- سرطان حرشفي الخلايا ويعرف أيضا بالسرطان البشرياني: carcinomes épidermoïdes يمثل 40% من الحالات و عادة ما يصيب مجرى الهواء الرئيسي حيث ينمو وينتشر ببطء.
- السرطان الغدي Adénocarcinomes: وهو أكثر أنواع سرطان المجرى الهوائي انتشارا بين غير المدخنين ، وعادة ما يصيب محيط الرئة وتحث بطانة المجرى الهوائي الأكبر ، ويمثل 30% من الحالات
- سرطان الخلايا الكبيرة carcinomes a grand cellules: يتكون من خلايا كبيرة تبدو غير طبيعية وعادة ما يبدأ في الحدود الخارجية للرئتين ويمثل 10% من الحالات (Fred F.ferri ,2006).

مراحل الإصابة بسرطان الرئة ذو الخلايا غير الصغيرة :

نسبة التشخيص	نسبة العيش الى 5 سنوات	
سرطان متمركز Cancer localisé Stade 1-2	15 إلى 30%	52.6%
سرطن محلي منتشر Concer locatement avancée Stad 3	20%	23.7%
سرطان منتشر Cancer métastastique Stade 4	40 إلى 55 %	3.8%

جدول (9) (institut national du cancer,2010,P45)

2.4.2 سرطان الرئة ذي الخلايا الصغيرة Carcinomes pulmonaires à petites cellules. وهو سرطان يصيب 20% من الحالات.

وفي مايلي جدول يوضح مكان ونسبة كل نوع من هذه السرطانات:

Sélection de caractéristique de cancers du poumon

TYPE DE CELLULE	POURCENTAGE TOTAL	FREQUENTE LOCALISATION
-Adénocarcinome	35	Milieu et périphérie du poumon
-Cellules squameuse (épidermaide)	20-30	
-petite cellules	20	Central
-(cellules a grains d'avoine)		Central
-grand cellules	15-20	
-bronchiole alvéolaire	5	Périphérique Périphérique : peut être bilatérale

جدول (10) (Fred F.ferri ;2006.P723)

5.2 إنتشار المرض:

تنتشر الإصابة بسرطان الرئة في كل أنحاء العالم، ولكن النسبة تختلف من دولة إلى أخرى مقارنة بمدى انتشار الوعي الصحي بهذا السلوك وفي مايلي نورد نسبة الإصابة في بعض الدول:

بريطانيا		فرنسا		السنوات
رجال	نساء	رجال	نساء	
150	10	50	0	1950
230	20	100	0	1960
250	40	150	0	1970
200	50	180	0	1980
165	60	200	50>	1990
100	50	150	50>	2000

جدول (11) عدد المصابين بسرطان الرئة في فرنسا وبريطانيا لكل 100000 نسمة

(Dantzenberg, 2005, P 20)

عدد و نسبة الوفيات		العدد ونسبة الاصابة		الدولة
النسبة	العدد	النسبة	العدد	
33.2	41545	40.8	49575	المانيا
43.2	6532	50.8	7140	بلجيكا
52.0	3883	58.0	4228	الدنمارك
34.8	20594	41.4	23506	اسبانيا
34.5	27793	42.6	32430	فرنسا
29.0	2948	38.5	3799	السويد

جدول رقم(12) جدول المصابين (ذكور اناث)، والوفيات في بعض دول اوروبا سنة 2008

(Observation européenne du cancer(OEC),09-03-2011)

في دراسة وطنية حول السرطان سنة 2002 وجدت 30000 حالة سرطان و 23 ألف حالة جديدة، واعتبر سرطان الرئة عند الذكور هو المرض الأول بنسبة 12.3 % وفي سنة 2004 بنسبة 17.6 % ، وحسب السجل الوطني للسرطان يتبين وجود 25 حالة مصابة بسرطان الرئة لكل 100000 نسبة في 2005.

6.2 أسباب الإصابة بسرطان الرئة: هناك أسباب كثيرة للإصابة بسرطان الرئة وأهمها:

1.6.2 التدخين : اكتشف العلماء إن شيفرة سرطان الرئتين تحتوي على 23 ألف خلل سبب أغلبها دخان السجائر ، ويقدر الخبراء ان المدخن المتوسط يتعرض لطفرة جينية كلما دخن ما معدله 15 سيجارة ويصف العالم bitter gambel ذلك "معظم التغييرات التي تحصل في الشيفرة الجينية لا تحدث ضررا ، بيد أن معظمها قد يقع في أماكن من الشيفرة تمثل الشرارة التي تكون بداية الإصابة بالسرطان مباشرة ، وأكد أن بإمكان التوقف عن التدخين تقليص احتمال الإصابة مع مرور الوقت وذلك يرجع إلى قدرة الرئة على استبدال الأجزاء التالفة بأخرى سليمة" (القبس، 2010، ص 35).

2.6.2 العوامل المهنية: هناك العديد من المواد الكيميائية والفيزيائية التي تولد سرطان الرئة عند العاملين في مجالات مهنية ومن تلك المواد:

المادة المسرطنة	العضو المصاب
الامينوت (lamiante)	الرئة
الكرومات chromates	الرئة
النيكل (nicked)	الرئة
الزرنيخ l'arsenic	الحديد
الحديد FER	الرئة
TITANE	الرئة
SILICUM	الرئة
BERYLUM	الرئة
cadmium	الرئة

جدول (13)(p.wild.ebourgkard,2008)

7.2 أعراض الإصابة بسرطان الرئة :

عادة لا يشعر المصاب بأية أعراض في بداية المرض و يمكن اكتشافه عند القيام بفحص الصدر بواسطة الأشعة أو المنظار لسبب طبي آخر ، وعندما يكون المرض في مرحلة متقدمة يبدأ ظهور الأعراض التي يمكن تقسيمها إلى فئتين:

1.7.2 الأعراض الرئوية وتتمثل في:

- أعراض مختلفة: les manifestations pulmonaires

- السعال le toux وهو العرض الأول.
- صعوبة التنفس la dyspnée .
- دم في المخاط l'hémoptysie وهو عرض كلاسيكي تقليدي يظهر عند 3/2 من الحالات.
- اختلال في التنفس (أزيز في التنفس) le weezing .
- les syndromes pneumologique :تتمثل في أعراض التهاب الشعب: الهوائية الحاد.

- أعراض خارج الرئة وتتمثل في:

- آلام في الصدر (les douleurs thoracique) يكون عند 30% إلى 40% من الحالات.
- le syndrome de pancoast tobias من أعراضه الألم في الأطراف العلوية
- le syndrome cave supérieur نلاحظه عند 4 % من الحالات (عندما يكون الورم في الفص العلوي الأيمن من الرئة) وهو انتفاخ خارج الصدر
- la dysphonie البحة
- la dysphagie صعوبة البلع

2.7.2 الأعراض التي تظهر خارج الصدر les manifestations extra thoracique

هي أعراض بيولوجية أو إكلينيكية تتمثل في (syndrome paranéoplasique)

- le syndrome paranéoplasique: تظهر هذه المتلازمة عند 10% إلى 20% من الحالات خاصة في السرطان الحرشفي (carcinomes épidermoïdes) و السرطان ذو الخلايا الصغيرة، وهذه المتلازمة هي مجموعة من الأعراض منها:
- L'hypercalcémie:زيادة الكالسيوم تظهر عند 15% من الحالات
- l'hyper ADH :إرتفاع نسبة هرمون ADH في الدم.
- l'ostéopathie :مشكل في العظم والمفاصل.

- hypertrophie pneumonique زيادة في حجم الرئة.
 - thromboses artérielles انسداد في الشريان.
 - les thrombophlébites التهاب وريدي.
 - les syndromes neurologiques et musculaires يظهر في مرحلة متقدمة من المرض (الأعراض العصبية العضلية).
- 3.7.2 الأعراض العامة :les manifestations générale**

وهي أعراض تصيب أعضاء مختلفة منها: الصداع ، فقدان الشهية ، فقدان الوزن، (فقدان 5 % من الوزن العادي) يكون دليلا على وجود المرض في مرحلة متقدمة ، اضطرابات الرؤية ، اضطرابات البلع (Bouzid ,K et Gemaz .u,2004 P 16-20)

Principales manifestations الأعراض الرئيسية	Fréquence observée dans la littérature % نسبة وجودها
Toux سعال	08-61
Dyspnée صعوبة في التنفس	07-40
Douleurs thoraciques آلام في القفص	20-33
Anorexie فقدان الشهية	06-31
Dysphonie البحة	55-88
Dysphagie صعوبة البلع	03-13
Douleur osseuse آلام في العظام	01-05
Hippocratisme digital تضخم الأصافر	06-13
Ganglions sus عقد فوق عظم الترقوة	00-20
claviculaires	26-42
Epanchement pleural ماء في الرئة	12-33
Hépatomégalie انتفاخ الكبد	03-20
Manifestation أعراض عصبي	04-21
neurologiques	

جدول (14) (Fred F.ferri ,2006)

خلاصة :

يعتبر السرطان من الأمراض التي تهدد حياة الإنسان وهو يتكون عندما تصبح الخلية شاذة وتستمر في الإنقسام على نفسها فتتشكل خلايا كثيرة تصعب السيطرة عليها وتبدأ بغزو الأنسجة موضعيا وتمتد إلى الأوعية الدموية وإلى الأجزاء الأخرى من الجسم حيث تقوم بتكوين أورام جديدة.

وسرطان الرئة ينتشر إلى العقد اللمفاوية في الصدر والعنق والكبد والعظام والدماغ والغدة الكظرية ولذلك تكون نسبة الشفاء منه ضئيلة ، ورغم السعي الحثيث إلى اكتشاف الجين المسؤول عن الخلل الخلوي أو اللقاح ضد السرطان ، تبقى هذه الإجتهاادات العلمية غير قادرة على تفسير السلوك الخلوي الذي تؤثر فيه عوامل أخرى غير محددة لها القدرة على تغيير التسلسل التطوري للخلية ليظهر السرطان فجأة أو بعد مدة كمون قد تصل إلى 10 سنوات، ولكن هذه العوامل أصبحت معروفة فيما يخص سرطان الرئة الذي يعد سلوك التدخين العامل الأهم للإصابة به، فالخطر يتضاعف 20 إلى 30 سنة من التدخين و 100 مرة بعد 45 سنة لذلك يبقى سلوك الامتناع أو الإقلاع عنه السلوك الصحي الذي من شأنه تجنب الفرد والمجتمع التكاليف الصحية والنفسية والاجتماعية الباهظة لهذا المرض الخبيث.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1 المنهج المستخدم في الدراسة الاستطلاعية

2.1 عينة الدراسة الإستطلاعية

3.1 أدوات الدراسة الإستطلاعية و خصائصها السيكومترية

2. الدراسة الأساسية

1.2 المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية

2.2 أبعاد الدراسة الأساسية

3.2 الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية

4.2 الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة النتائج

تمهيد:

إن الباحث الذي يسعى إلى إجراء دراسة علمية والوصول إلى نتائج موثوقة وجب عليه إتباع إجراءات منهجية محكمة الضبط وخطوات علمية صحيحة ، فوضوح المنهج ، واختيار العينة بطرق صحيحة ومناسبة أدوات البحث وتميزها بخصائص سيكومترية يساعد على الوصول إلى نتائج ذات قيمة علمية ، وهذا ما حاولت الطالبة الباحثة مراعاته حيث بدأت في هذه الدراسة بجانب نظري يهدف إلى التعرف على متغيرات البحث وأسسها النظرية لتصل إلى الجانب التطبيقي الذي يهدف إلى حل الإشكالية المطروحة والإجابة على الأسئلة المصاغة والتأكد من فرضيات دراستها على عينة المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ، وقد اتبعت لذلك خطوات منهجية في الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية على حد سواء بينت من خلالها منهج الدراسة ، الأدوات المعتمدة ، والخصائص السيكومترية لهذه الأدوات والأساليب الإحصائية المستخدمة لذلك .

إجراءات التطبيق:

تم إجراء الدراسة الميدانية على مرحلتين :

1. الدراسة الإستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية إلى التعرف على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث والصعوبات التي ستواجهها الباحثة في تطبيق أدوات البحث، كما تهدف إلى اختبار مدى مصداقية هذه الأدوات من حيث صياغة وسهولة العبارات ووضوح التعليمات والصدق والثبات.

1.1 المنهج المستخدم في الدراسة الإستطلاعية: هو المنهج الوصفي الذي يقوم على رصد ومتابعة دقيقة للظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره (ربحي مصطفى عليان ، عثمان محمد غنيم، 2000).

ولذلك ترى الباحثة أن هذا المنهج هو الأنسب لهذه الدراسة لأنه طريقة تصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجية علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية يمكن تفسيرها.

2.1 عينة الدراسة الإستطلاعية: انفردنا في هذا البحث بعينتين الأولى اختيرت بهدف تقنين مقياس التفاؤل غير الواقعي والذي تم بناؤه باشتراك الطالبتين مشاشو قرمية و زعابطة سرين هاجر وذلك لإشترك موضوعي بحثيهما في هذا المتغير، أما العينة الثانية فكانت متعلقة بالمتغير الثاني في البحث والذي كان بالنسبة للطالبة الباحثة سلوك التدخين.

- **العينة الأولى :** طبق مقياس التفاؤل غير الواقعي على عينة قدرها 50 طالب وطالبة (33 طالب و 17 طالبة) من جامعتي باتنة وسيدي بلعباس (مقر إقامة الطالبتين) وذلك بهدف معرفة ردة الفعل اتجاه المقياس وطبيعة التجاوب.

- **العينة الثانية:** تكونت العينة الثانية التي طبق عليها مقياس سلوك التدخين من 50 فردا من الذكور المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة كلهم من بلدية باتنة ، وقد تم اختيارهم بطريقة عرضية وتراوحت أعمارهم بين 16 إلى 42 سنة بمتوسط حسابي قدره 32.83 وانحراف معياري قدره 2.870

✓ **خصائص العينة:** خصائص العينة من حيث السن والمستوى التعليمي هي كما يلي:

النسبة المئوية	التكرار	الفئة العمرية
84%	42	24 - 16
10%	5	33 - 25
6%	3	42 - 34
100%	50	المجموع

جدول رقم (15) يبين توزيع مفردات الدراسة وفق السن

نلاحظ من الجدول السابق أن 42 فردا من العينة أي 84% تراوحت أعمارهم بين 16 إلى 24 وهي أكبر نسبة في العينة، وان 5 من أفراد العينة أي 10% تتراوح أعمارهم بين 25 و 33 سنة، و 3 أفراد أي 6% تراوحت أعمارهم بين 34 و 42 سنة.

النسبة	التكرار	المستوى الدراسي
6%	3	أمي
12%	6	ابتدائي
40%	20	متوسط
36%	18	ثانوي
6%	3	جامعي
100%	50	المجموع

جدول رقم (16) يبين توزيع مفردات الدراسة وفق المستوى التعليمي.

نلاحظ من الجدول أن 3 من أفراد العينة أي 6% هم بدون مستوى تعليمي، و 6 أفراد أي 12% هم ذوي مستوى تعليمي ابتدائي و 20 فرد أي 40% هم ذوي مستوى تعليمي متوسط، و 18 فرد أي 36% لهم مستوى تعليمي ثانوي و 3 أفراد أي 6% لهم مستوى تعليمي جامعي.

3.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية:

استخدم في هذه الدراسة مقياس التفاؤل غير الواقعي ومقياس سلوك التدخين.

1.3.1 مقياس التفاؤل غير الواقعي :

- **خطوات بناء المقياس :** تم بناء هذا المقياس اعتمادا على عدة خطوات :

(أ) الاطلاع على التراث الأدبي والمقاييس التي تم إعدادها والتي من بينها :

✓ مقياس وينشتن Weinstein 1980

✓ مقياس محمد بدر الأنصاري 2001

وقد انتقينا بعض البنود من هذه المقاييس والتي تتناسب مع العينة وإضافة بنود أخرى تعبر عن المتغير حتى أصبح المقياس يحتوي على 40 بند منها 14 بند ايجابي و26 بند سلبي .

ب) قمنا بتطبيق المقياس على عينة قدرها 50 طالب وطالبة من جامعتي باتنة وسيدي بلعباس بهدف معرفة ردة الفعل تجاه المقياس وطبيعة التجاوب ، وخلصنا الى حذف بندين رفض معظم الطلبة الاجابة عليها وهي (أتعرض لاعتداء مسلح ، أتعرض لإعتداء جنسي).

ج) خصصت المرحلة الثالثة للإطلاع على رأي الأساتذة من جامعات مختلفة حيث تمت مراسلة أساتذة من جامعة باتنة ، سيدي بلعباس ، الأغواط ، وأستاذ بجامعة اليرموك بمحافظة أربد بالأردن غير أنه لم يرد لنا سوى تحكيم واحد هو تحكيم الأستاذ بن ساعد احمد من جامعة الأغواط ، وبعض الملاحظات من الأساتذتين المشرفين جبالي نور الدين ورحال غربي محمد الهادي، وقد دامت هذه المرحلة مدة شهرين (ديسمبر 2010 - جانفي 2011) ومن خلالها تم إعادة النظر في بنود المقياس و حذف عدد منها ليصل المقياس في شكله النهائي إلى 29 بند ، 10 بنود ايجابية و 19 بند سلبي.

د) طريقة التنقيط:

البنود السلبية: 1 - 2 - 3 - 4

البنود الإيجابية : 1 - 2 - 3 - 4

درجات المقياس تتراوح بين 29 و 116 حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع التفاؤل غير الواقعي.

هـ) الخصائص السيكومترية : تم حساب صدق المقياس وثباته كما يلي :

- الصدق: تم حساب الصدق بطريقتين:

✓ صدق الاتساق الداخلي:

جدول رقم (17) صدق الاتساق الداخلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي		
0.01	0.40**	لا أتناول الأدوية لمدة سنة كاملة
0.01	0.50**	أفقد قواي العقلية
0.01	0.53**	أعرض للسجن
0.01	0.56**	أعرض لحروق مشوهة
0.01	0.48**	أصاب بأحد الأمراض الوبائية
0.01	0.37**	لا أعين الطبيب لمدة 5 سنوات
0.01	0.61**	أصاب بمرض عضال
0.01	0.45**	لا أمرض طوال الشتاء
0.01	0.40**	أنجب ولدا معاقا
0.01	0.55**	أفقد معظم أفراد عائلتي في حادث
0.01	0.56**	أصاب بالعقم
0.01	0.52**	يتضاعف مدخولي الشهري كل 5 سنوات
0.01	0.69**	أصاب بالعمى
0.01	0.42**	أحظى بتقدير ومحبة كل الناس
0.01	0.52**	أصاب بزيادة نسبة الكولسترول في الدم
0.01	0.48**	لا أعرض لمشاكل في الأسنان طيلة حياتي
0.01	0.71**	أجري عملية جراحية خطيرة
0.01	0.70**	أصاب بالتهاب الكبد الفيروسي
0.05	0.34*	أعرض لتسمم غذائي
0.01	0.36**	أنا في مأمن من حوادث العمل
غير دالة	0.25	أكون ضحية اختلاس
0.01	0.64**	يبتز جزء من جسمي
0.01	0.40**	لا أصاب بأحد الأمراض المعدية طيلة حياتي

جدول رقم (17) صدق الاتساق الداخلي لمقياس التفاؤل غير الواقعي

نلاحظ أن 28 بندا من 29 هي بنود دالة:

البنود: 1 - 2 - 25 دالة عند 0.05

البنود 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17 - 18 - 19 -

20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 26 - 28 - 29 دالة عند 0.01

وهذا ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق.

✓ الصدق التمييزي : بحساب T teste للدلالة على الفروق الموجودة بعد ترتيب درجات الأفراد من الأعلى إلى الأدنى وسحب 27% من الدرجات في الوسط.
ت = 0.00 وهو ما يعني وجود فروق وتمتع المقياس بالصدق التمييزي.

- الثبات : تم حساب الثبات بثلاث طرق:

✓ حساب معامل α كرونباخ: 0.86

✓ التجزئة النصفية: بحساب معامل الارتباط نجده 0.73 وبعد تصحيح الطول

بمعادلة سيرمان براون نجد 0.84

✓ معامل الاستقرار عبر الزمن : معامل الارتباط = 0.60 لمدة بين 15 و 18 يوم وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات.

2.3.1 مقياس سلوك التدخين :

(أ) قامت الطالبة الباحثة بتصميم مقياس سلوك التدخين نظرا لأن معظم المقاييس المتاحة تركز على صفة الإدمان على النيكوتين وتليها أهمية كبيرة ، بحيث خصصت هذه المقاييس لحساب درجات الإدمان وهو ما جعل الطالبة الباحثة تعتمد على بعض هذه المقاييس بأخذ بعض البنود وإعادة صياغة بعضها وصياغة بنود جديدة تقيس الأبعاد التي يهدف إليها البحث.

✓ مقياس Fagestrom: وهو مقياس يقيس الإدمان الفسيولوجي على مادة النيكوتين يتكون من 6 بنود لكل بند احتمالات إجابة ولكل منها نقطة تتراوح من 0 إلى 4 والمجموع الكلي يحدد درجة الإدمان.

من 0 - 2 لا يوجد إدمان أو تبعية

من 3 - 4 تبعية ضعيفة

من 5 - 6 تبعية متوسطة

من 7 - 8 تبعية قوية

من 9 - 10 تبعية قوية جدا

ومن أمثلة بنوده: هل تجد صعوبة في عدم التدخين في الأماكن الممنوع فيها ذلك، كم عدد السجائر التي تتناولها في اليوم.

✓ مقياس سلوك التدخين (Gilliard et coll. 2001) وهو مقياس يتكون من 28 بند

يجاب عليها بأربعة بدائل هي :

أبدا ممكن غير ممكن أكيد

ومن أمثلة عباراته:

- أذخ بصورة تلقائية دون تفكير

- أذخ لأفعل مثل الآخرين

- أذخ عندما أكون حزين
- ب) **تصميم المقياس:** قامت الطالبة الباحثة بتصميم المقياس وفق عدة خطوات:
 - وضع البنود وتصنيفها في 4 محاور هي:
 - المحور الأول: بداية تعلم سلوك التدخين والمعتقدات الاجتماعية الداعمة لهذا السلوك
 - المحور الثاني: محور التعود على سلوك التدخين
 - المحور الثالث: محور أسباب الاستمرار في ممارسة هذا السلوك الخطر
 - المحور الرابع: محور الوعي بأضرار التدخين
- ويحتوي كل محور على 10 بنود تتم الإجابة عليها وفق الإجابة بنعم أو لا ، حيث تمنح الدرجة 0 للإجابة بلا والدرجة 1 للإجابة بنعم وتتراوح الدرجة المتحصل عليها في المقياس من 0 إلى 40
- تم عرض المقياس على عينة قدرها 20 فرد من الذكور المدخنين (من بلدية باتنة وبلدية المعذر) قصد معرفة وضوح العبارات وسهولتها ، ولاحظت الطالبة إجابة العينة على كل البنود والتجاوب مع المقياس بشكل جيد.
- ج) **الخصائص السيكومترية لمقياس التدخين:**

- **صدق المقياس:** تم حساب صدق مقياس سلوك التدخين بطريقتين هما :
 - ✓ صدق الإتساق الداخلي: حيث تم حساب معامل الارتباط الخطي كارل بيرسون Pearson بين بنود كل محور والدرجة الكلية على المقياس والنتائج فيما يلي :

بنود المحور الأول	المجموع	مستوى الدلالة
1.بدأت التدخين في سن اقل من 17 سنة	0.47**	0.01
2.تعلمت التدخين من رفاقي	0.19	غير دالة
6.أذخ لأكون مثل الآخرين	0.42**	0.01
10.أذخ عندما أكون برفقة مدخنين آخرين	0.31*	0.05
16.أذخ لأمنح نفسي منظرا لائقا	0.39*	0.05
17. بداية سلوك التدخين جعلني أبدو ناضجا	0.32*	0.05
20.أذخ لأحصل على ثقة أكبر بنفسني	0.34*	0.05
22.التدخين يجعلني مقبولا اجتماعيا	0.34*	0.05
28.حاولت التوقف عن سلوك التدخين قبل تعودي عليه	0.47**	0.01
31.التدخين يحسن علاقتي برفاقي	0.42**	0.01

مستوى الدلالة	المجموع	بنود المحور الثاني
0.05	0.34*	1.أدخن أول سيجارة عندما استيقظ من النوم
0.01	0.44**	7.أدخن بصورة تلقائية دون تفكير
0.05	0.33*	11.عندما لا أدخن لا أكون واعيا ولا أستطيع التحكم في الرغبة في التدخين
0.05	0.28*	13.أدخن من 10 إلى 20 سيجارة في اليوم
0.01	0.42**	14.أدخن من 20 إلى 30 سيجارة في اليوم
0.05	0.39*	15.عندما لا أدخن لفترة تكون لدي رغبة في سيجارة لا أستطيع مقاومتها
0.01	0.47**	21.أدخن حتى في الأماكن الممنوع فيها ذلك
0.01	0.50**	25.أدخن لأنني تعودت على ذلك
0.01	0.47**	27.أدخن بشكل مستمر طوال اليوم
0.01	0.55**	32.عندما لا املك سيجارة يجب أن أحصل عليها بكل الطرق

المجموع	مستوى الدلالة	بنود المحور الثالث
0.01	0.39*	4.اللذة في التدخين تبدأ مع الحركات التي أقوم بها لإشعال السيجارة
غير دالة	0.20*	8.أدخن عندما أكون حزين
0.01	0.45**	12.أشعر باللذة عند إشعال أو إمساك سيجارة
0.01	0.38*	19.عندما أكون هادئ تكون لدي رغبة في التدخين
0.01	0.51**	24.أدخن عندما أكون متوترا
0.01	0.59**	26.التدخين يجعلني استرخي
0.01	0.57**	33.أحب تحريك السيجارة
0.01	0.54**	34.أدخن عندما أكون غاضبا
0.01	0.54**	36.سحب سيجارة يهدئني
0.01	0.56**	37.أدخن عندما أحس بالوحدة

مستوى الدلالة	المجموع	بنود المحور الرابع
0.01	0.47**	1.عندما بدأت التدخين كنت اعلم أضراره على الصحة
0.01	0.42**	9.التدخين يسبب مرض الربو
0.01	0.39*	18.التدخين يسبب سرطان الرئة
0.01	0.50**	23.التدخين يسبب اضطرابات في التنفس
0.01	0.73**	29. التدخين يسبب سرطان الحنجرة
0.01	0.72**	30.التدخين يفقد الشهية للطعام
0.01	0.69**	35. التدخين بكثرة يزيد من احتمالات الوفاة
0.01	0.54**	38.حاولت التوقف عن التدخين عند معرفتي باضراره
0.01	0.65**	39.التوقف عن التدخين يشعرني بالصداع
0.01	0.54**	40.اعتقدت (اعتقد) أنني استطيع التوقف في الوقت المناسب قبل بداية المرض

جدول رقم (18) صدق الاتساق الداخلي لمقياس سلوك التدخين

نلاحظ أن 38 بند من 40 بند هي بنود دالة وهو ما يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الصدق ويمكن توضيح ذلك من خلال ما يلي:

البنود : 1 - 4 - 5 - 6 - 7 - 9 - 12 - 14 - 18 - 19 - 21 - 23 - 24 - 25 - 26 - 27 - 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35 - 36 - 37 - 38 - 39 - 40

(29) بند دالة عند 0.01

البنود: 3 - 10 - 13 - 11 - 15 - 16 - 17 - 20 - 22

(09) بنود دالة عند 0.05

البنود : 2 - 8 غير دالة

✓ المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي): حساب T TESTE للدلالة على الفروق التي كانت موجودة بعد ترتيب درجات الأفراد من الأعلى إلى الأدنى وسحب 27% من الدرجات من الوسط .

ت = 0.00 وهذا يعني وجود فروق بين المجموعتين ، اي قدرة مقياس سلوك التدخين على التمييز وبذلك فهو يتمتع بدرجة كبيرة من الصدق

- **الثبات:** تم حساب ثبات المقياس بثلاث طرق:
 - ✓ معامل الاستقرار عبر الزمن: حيث يتم حساب معامل الارتباط الخطي كارل بيرسون بين الدرجة الكلية للقياس القبلي والقياس البعدي للمقياس والنتيجة = 0.98 ، وهذا يعني تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات
 - ✓ حساب معامل ألفا كرونباخ: معامل ألفا كرونباخ = 0.73 وهو ما يعني أيضا تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات .
 - ✓ طريقة التجزئة النصفية: حيث تم تقسيم الدرجات المتحصل عليها في المقياس إلى مجموعتين ، فردية وزوجية وتم حساب معامل الارتباط بينها والنتيجة بعد تصحيح الطول بمعادلة سيرمان براون = 0.91

2. **الدراسة الأساسية:** تم إجراء الدراسة الأساسية لحل المشكلة المطروحة في ضوء الفرضيات المقدمة.

1.2 المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية :

إنه من الأهمية أن يعتمد الباحث على منهج قائم بذاته ليمضي في خطوات واضحة لحل مشكلة بحثه " والمنهج مجموعة من القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أسباب الإشكالية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها ويتم اختياره عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه " (عباس فيصل ، 1983، ص 14)

والمنهج المناسب للمقارنة بين عينة المدخنين المصابين بسرطان الرئة وغير المصابين فيما يخص متغير التفاؤل غير الواقعي هو المنهج الوصفي المقارن الذي لا يقف كما يبدو من التسمية عند حدود وصف الظواهر موضوع البحث وإنما يذهب إلى أبعد من ذلك فيحلل ويفسر ويقارن ليصل في الأخير إلى تعميمات .
فهو يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين المتغيرات حيث قد ترتبط هذه الأخيرة مع بعضها ارتباطات موجبة أو سالبة وهذا ما تكشف عنه الأساليب الإحصائية لحساب الارتباطات ودلالاتها (دوبدار ، 2000، ص 179).

2.2 أبعاد الدراسة :

1.2.2 **البعد الزماني:** امتدت الدراسة الميدانية من 2011/01 إلى غاية 2011/05/15

2.2.2 **البعد المكاني:** تم إجراء هذه الدراسة في كل من:

- مدينة باتنة (بلدية باتنة مقر سكن الطالبة ، بلدية المعذر مقر عمل الطالبة) .
- مدينة الجزائر العاصمة (قسم الأمراض الصدرية التابع لمستشفى مصطفى باشا)
- مدينة البليدة (مركز مكافحة السرطان)

- مدينة سطيف (قسم الأمراض الصدرية التابع لمستشفى سعادنة عبد النور -سطيف-)

3.2.2 البعد البشري (عينة الدراسة): تكونت عينة الدراسة من 242 حالة من الذكور منها 130 حالة من المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة و112 حالة من المدخنين المصابين بسرطان الرئة، وقد تم اختيارها بطريقة عرضية و توزعت الحالات كما يلي:

قسم الأمراض الصدرية سطيف	مركز مكافحة السرطان البلدية	قسم الأمراض الصدرية مصطفى باشا	قسم الأمراض الصدرية باتنة	بلدية المعذر	بلدية باتنة	
/	/	/	/	20	110	مدخنين غير مصابين
12	40	40	20	/	/	مدخنين مصابين بسرطان الرئة

جدول (19) يبين توزيع الحالات حسب البعد المكاني للدراسة

خصائص العينة: تميزت عينة الدراسة الأساسية بالخصائص التالية :
عينة المدخنين غير المصابين:

النسبة	التكرار	السن
% 78.46	102	24 – 16
% 16.92	22	33 – 25
% 4.61	06	42 - 34

جدول (20) يبين خصائص عينة المدخنين غير المصابين حسب السن

نلاحظ من الجدول أن الفئة العمرية بين 16 و24 سنة هي الفئة العمرية ذات النسبة الأكبر بـ 78.46% في هذه الدراسة العينة التي تحتوي على 03 فئات بمدى عمري يقدر بـ 8 سنوات

جدول (21) يبين خصائص عينة المدخنين غير المصابين حسب المستوى التعليمي

نلاحظ من الجدول توزع العينة على أربع مستويات تعليمية هي الابتدائي، المتوسط، الثانوي، الجامعي، ويحتل المستوى (متوسط) أكبر نسبة بـ 41.53%

عينة المدخنين المصابين بسرطان الرئة :

النسبة	التكرار	السن
% 25.89	29	44 – 33
% 41.96	47	56 – 45
% 32.14	36	69 - 57

جدول (22) يبين خصائص عينة المصابين حسب السن

نلاحظ من الجدول أن الفئة العمرية بين 45 و56 هي الفئة الأكبر من حيث النسبة بـ 41.96%، وهي المرحلة العمرية التي تظهر فيها عادة الإصابة بسرطان الرئة .

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
%53.57	60	أمي
% 11.60	13	ابتدائي
% 15.17	17	متوسط
% 8.92	10	ثانوي
% 10.71	12	جامعي
% 100	112	المجموع

جدول (23) يبين خصائص عينة المصابين من حيث المستوى التعليمي

نلاحظ من الجدول توزع العينة على خمس مستويات تعليمية هي: أمي، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي ويحتل المستوى التعليمي (أمي) أكبر نسبة بـ 53.57%

3.2 الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية :

هي الأدوات نفسها المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية والمتمثلة في مقياس التفاؤل غير الواقعي المكون من 29 بند، ومقياس سلوك التدخين المكون من 40 بند.

- **التطبيق :** تم تطبيق الدراسة على عينتين هما عينة المدخنين غير المصابين وهي العينة التي قامت الطالبة الباحثة بتطبيق المقاييس عليها بصورة فردية وجماعية وعينة المصابين بسرطان الرئة أين اعتمدت الطالبة الباحثة على مساعدة أخصائيين نفسانيين وممرضين لتطبيق المقاييس، بعد أن تم شرحها لهم وشرح كيفية تطبيقها وكلفوا بملاحظة الحالات التي تقوم بمتابعة العلاج في المستشفيات سابقة الذكر ، وتطبيق المقاييس على الحالات التي تسمح لها حالتها الصحية بذلك.

4.2- الأساليب الإحصائية المستخدمة :

تم الإعتماد على برنامج SPSS 18 (الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية) للتحليل الإحصائي من خلال الأساليب التالية :

- التكرارات والنسب المئوية (في خصائص العينة)
- معامل الارتباط بيرسون
- معامل ت للعينات المستقلة (indépendant T – test) لحساب الفروق بين العينتين في التفاؤل غير الواقعي.
- تحليل التباين (one way an ova) لحساب الفروق في التفاؤل غير الواقعي حسب المستوى التعليمي.

الفصل السادس : عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1. عرض النتائج

2. مناقشة النتائج

3. المناقشة العامة

توصيات

المراجع

عرض و مناقشة نتائج الدراسة:

1. عرض النتائج: جاءت نتائج الدراسة وفقا لترتيب الفرضيات كما سنوضحه في الجداول التالية :

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	130	0.66 **	0.01
عدد السجائر المستهلكة يوميا			

جدول (24) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة

يتضح لنا من الجدول أن معامل الارتباط بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة يساوي 0.66 وهو دال إحصائيا عند مستوى 0.01

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	242	- 0.58**	0.01
عدد سنوات التدخين			

جدول (25) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات التدخين عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة

يتضح لنا من الجدول أن معامل الارتباط بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر يساوي -0.58 وهو دال إحصائيا عند مستوى 0.01

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	242	- 0.56**	0.01
السن			

جدول (26) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة

نلاحظ من الجدول أن معامل الارتباط بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة يساوي 0.56- وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.01

العينة	المستوى التعليمي	الدرجة	مستوى الدلالة
130	ابتدائي	متوسط	غير دال
		ثانوي	دال عند 0.05
		جامعي	دال عند 0.05
	متوسط	ابتدائي	غير دال
		ثانوي	دال عند 0.05
		جامعي	دال عند 0.05
	ثانوي	ابتدائي	دال عند 0.05
		متوسط	دال عند 0.05
		جامعي	غير دال
	جامعي	ابتدائي	دال عند 0.05
		متوسط	دال عند 0.05
		ثانوي	غير دال

جدول (27) يوضح الفروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب المستوى التعليمي

الدلالة $\alpha = 0.05 > 0.00$ ، وهذا يعني وجود فروق

نلاحظ من الجدول وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي حسب المستوى التعليمي لدى المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة وهي فروق دالة إحصائياً عند مستوى 0.05

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة	المتغيرات
0.01	0.31**	130	التفاؤل غير الواقعي
			التعود على سلوك التدخين

جدول (28) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والتعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة

نلاحظ من الجدول أن معامل الارتباط بين التفاؤل غير الواقعي و والتعود على سلوك التدخين يساوي 0.31 وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.01

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
التفاؤل غير الواقعي	130	-0.49**	0.01
الوعي بأضرار سلوك التدخين			

جدول (29) يوضح العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة

من الجدول أن معامل الارتباط بين التفاؤل غير الواقعي و الوعي بأضرار سلوك التدخين يساوي -0.49 وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.01

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
الوعي بأضرار سلوك التدخين	130	-0.19*	دال عند 0.05
التعود على سلوك التدخين			

جدول (30) يوضح العلاقة بين الوعي بأضرار سلوك التدخين والتعود عليه عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة

نلاحظ من الجدول أن معامل الارتباط بين الوعي بأضرار سلوك التدخين و التعود عليه عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة يساوي -0.19 وهو دال إحصائياً عند مستوى 0.05

المتغيرات	العينة	الدلالة
التفاؤل غير الواقعي عند المصابين	242	0.00
التفاؤل غير الواقعي عند غير المصابين		

جدول (31) يوضح الفروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة

نلاحظ من الجدول أن الدلالة $\alpha = 0.00 > 0.05$ ، وهذا يعني وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة

2. مناقشة وتفسير النتائج : فيما يلي مناقشة وتفسير نتائج الدراسة حسب ترتيب الفرضيات

➤ **مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى:** تنص الفرضية الأولى على انه توجد علاقة إرتباطيه بين التفاؤل الغير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة .
ومن اجل التحقق من ذلك تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين ، والنتائج جاءت كما يوضحها الجدول رقم (24) والذي يوضح قيمة معامل الارتباط التي تساوي 0.66 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 وهو ما يعني تحقق الفرض و وجود علاقة ايجابية بين التفاؤل الغير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا.

إن هذه النتائج يمكن تفسيرها حسب رأي الطالبة الباحثة انطلاقا من أن التفاؤل غير الواقعي المرتفع يجعل تفكير الفرد يقتصر فقط على الأحداث الايجابية التي تزداد نسبة حدوثها بالنسبة إليه مقارنة بالآخرين بينما تقل نسبة حدوث الأشياء السلبية كالإصابة بالأمراض وهو ما يجعله يقبل على ممارسة سلوكيات الخطر والتي تتمثل حسب الفرضية في عدد السجائر المستهلكة يوميا والتي لاحظت الطالبة الباحثة من خلال تحليلها للنتائج ارتفاعها عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حيث يمكن أن تصل إلى 30 سيجارة أو أكثر في اليوم وهذا الارتفاع مرتبط بدرجة عالية من التفاؤل الغير الواقعي .

إن هذا التفسير يشير إلى أن عدد السجائر المستهلكة يوميا هو سلوك يرتبط بسمات شخصية وهو ما أكدته دراسة محمد السيد عبد الرحمان التي اهتمت بدراسة العلاقة بين كفاءة الذات المرتفعة والانخفاض في عدد السجائر المستهلكة.

➤ **مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:** تنص الفرضية الثانية على انه توجد علاقة ارتباطية بين التفاؤل الغير الواقعي و عدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة .

ومن أجل التحقق من هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين ، والنتائج جاءت كما يوضحها الجدول رقم (25) والذي يوضح قيمة معامل الارتباط التي تساوي 0.58 - وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 وهو ما يعني تحقق الفرض و وجود علاقة سلبية بين التفاؤل الغير الواقعي و عدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة ، وهي علاقة يمكن تفسيرها على اعتبار إن إدراك خطر سلوك التدخين يكون عند ظهور بعض الأعراض المرضية والتي ترتبط بدورها بعدد سنوات تدخين السجائر ، فالخطر يتضاعف بالاستمرار في ممارسة هذا السلوك الخطر وظهور هذه الأعراض المرضية يؤدي بالتأكيد إلى خفض التفاؤل غير الواقعي، وهو ما لاحظته الطالبة الباحثة من خلال تحليلها للنتائج أين يتضح انخفاض

في درجة التفاؤل الغير الواقعي بزيادة عدد سنوات التدخين عند المصابين أو غير المصابين بسرطان الرئة ، ويبرز ذلك من خلال المحاولات العديدة للتوقف عن هذا السلوك عند ظهور الصعوبات الصحية ولكن التعافي من الاضطراب الصحي يؤدي الى رفع التفاؤل غير الواقعي من جديد والعودة الى ممارسة السلوك الخطر ولكن تبقى درجه في انخفاض مستمر بمرور السنوات مقارنة بالسنوات الأولى من بداية سلوك التدخين، وتجدر الإشارة إلى أن هذا الانخفاض في التفاؤل الغير الواقعي عند المصابين بسرطان الرئة هو انخفاض سببه الرئيسي الإصابة بحد ذاتها بسرطان الرئة.

➤ **مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:** تنص الفرضية الثالثة على أنه توجد علاقة ارتباطية بين التفاؤل الغير الواقعي والسن عند المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة . ومن اجل ذلك قامت الطالبة الباحثة بحساب معامل الارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين ، والنتائج موضحة في الجدول رقم (26) الذي يعكس قيمة المعامل التي تساوي 68 - وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 و تعني تحقق الفرضية و وجود علاقة سلبية بين التفاؤل الغير الواقعي و التقدم في السن وهو ما يمكن تفسيره حسب رأي الطالبة الباحثة بان التقدم في السن يسمح بزيادة الوعي حول أضرار سلوك التدخين والافتناع بإمكانية الإصابة بالأمراض الناتجة عن هذا السلوك وهذه القناعة تكون سببا في انخفاض التفاؤل غير الواقعي ، وهو ما يعكس فعلا تحليل النتائج الذي يظهر الارتباط السلبى بين التفاؤل غير الواقعي والسن عند المدخنين غير المصابين وعند المدخنين المصابين بسرطان الرئة، أين تجدر الإشارة أيضا إلى أن سبب هذا الانخفاض لا يقتصر فقط على التقدم في السن ولكن الإصابة بالمرض في حد ذاتها قد تكون سببا رئيسيا لهذا الانخفاض وهذا من خلال ما لاحظناه عند المصابين بسرطان الرئة غير المتقدمين في السن.

إن نتائج هذه الدراسة جاءت مطابقة لنتائج دراسة Weinstein 1980 والتي هدفت إلى دراسة اتجاهات الطلاب نحو الأحداث الايجابية أو السلبية وكشفت النتائج عن تقدير اقل من المتوسط للأحداث السلبية وتأثر هذا بتقدير بالخبرة الذاتية التي ترتبط بدورها بالسن والتجارب الشخصية.

➤ **مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:** تنص الفرضية الرابعة على انه توجد فروق في التفاؤل الغير الواقعي عند المدخنين المصابين بسرطان الرئة .حسب مستوى التعليم. ومن اجل التحقق من هذا الفرض تم حساب الفروق بطريقة

- تحليل التباين (ONE WAY ANORVA) والنتائج جاءت كما يوضحها الجدول رقم (27) التي يمكن تحليلها كما يلي:
- ✓ توجد فروق في التفاؤل الغير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب مستوى التعليم.
 - ✓ توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ذوي المستوى التعليمي - ابتدائي - ثانوي لصالح مستوى التعليم الابتدائي.
 - ✓ توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ذوي المستوى التعليمي ابتدائي - جامعي لصالح مستوى التعليم الابتدائي.
 - ✓ لا توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ذوي المستوى التعليمي ابتدائي - متوسط
 - ✓ توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ذوي المستوى التعليمي متوسط - ثانوي لصالح مستوى التعليم المتوسط.
 - ✓ توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ذوي المستوى التعليمي متوسط - جامعي لصالح مستوى التعليم المتوسط.
 - ✓ توجد فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ذوي المستوى تعليمي ثانوي - جامعي.

إن هذه النتائج تعكس وجود في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب مستوى التعليم. وهو ما يفسر حسب رأي الطالبة الباحثة بالدور الفعال الذي يلعبه التعليم في تنمية الوعي بالأخطار وبالتالي خفض التفاؤل غير الواقعي ويظهر ذلك من خلال الاختلاف الواضح في الدرجات المتحصل عليها في هذا المتغير باختلاف مستوى التعليم حيث نستطيع القول أن التفاؤل غير الواقعي يكون بدرجات مرتفعة إذا ارتبط بمستوى ابتدائي متوسط مقارنة بمستوى ثانوي جامعي

إن هذه النتائج يمكن إرجاعها إلى أن التعليم يمكن الفرد من معرفة سلوكيات الخطر كما يمدّه بثقافة صحية تجعله يقدر بشكل صحيح مدى إمكانية تعرضه للإصابة بالمرض.

➤ مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الخامسة : تنص الفرضية الخامسة على انه توجد علاقة ارتباطيه بين التفاؤل الغير الواقعي و التعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، و من اجل التحقيق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون والنتائج موضحة في الجدول رقم (28) تعكس قيمة هذا المعامل والتي تساوي 0.31 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01 و تعني تحقق الفرضية و وجود علاقة ايجابية بين التفاؤل الغير الواقعي و التعود على

سلوك التدخين وهو ما أكدته نتائج دراسته fonathan et all (1995) والتي تعتبر دراسة مقارنة بين مراهقين مدخنين وغير المدخنين حيث أظهرت نتائجها وجود إدراك عند المراهقين الذين تعودوا على الاحتمال سلوك التدخين و اعتبروا احتمال إصابتهم بهذا المرض احتمال قليل مما يعكس ارتباط التعود على هذا السلوك بارتفاع دة التفاؤل غير الواقعي.

إن هذه النتائج يمكن تفسيرها انطلاقا من أن التعود على سلوك خطر و تحقيق بعض النتائج الايجابية حتى لو كانت آتية يجعل الفرد يغفل عن مخاطره ويمنحه درجة عالية من التفاؤل الغير و التي تجعله يستبعد عن نفسه هذه المخاطر.

➤ مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية السادسة : تنص الفرضية السادسة على انه توجد علاقة إرتباطية بين التفاؤل الغير الواقعي و الوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، و من اجل ذلك من حساب معامل الارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين والنتائج يوضحها الجدول رقم (29) والذي يعكس قيمة معامل الارتباط ه والتي تساوي 0.49 - وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01 و تعني وجود علاقة سلبية بين التفاؤل غير الواقعي و الوعي بأضرار سلوك التدخين.

إن هذه النتائج تؤيد نتائج دراسات عديدة من بينها دراسة (1982) weinsten والتي أظهرت وجود تفاؤل غير واقعي مرتفع عند الطلاب فيما يتعلق بإصابتهم بالمشكلات الصحية وهو تفاؤل مرتبط بـ :

- ✓ إمكانية التحكم في المرض
- ✓ نقص الخبرة السابقة.

وهي في الحقيقة عوامل تدل نقص الوعي الصحي الذي يؤدي إلى استبعاد خطر الإصابة، ودراسة HINTS 2005 التي توصلت إلى وجود الاعتقاد خاطئة لدى المدخنين حول أضرار سلوك التدخين ومن بين هذه المعتقدات إمكانية إنقاص التمارين الرياضية وتناول الفيتامينات لهذه الأضرار كما أن الإصابة بسرطان الرئة تتعلق بالجينات أكثر مما تتعلق بتناول السجائر لذلك فهم يمارسون هذا السلوك مع عدم الوعي الصحيح بأضراره.

أما دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية (1999) فقد أظهرت وجود وعي كبير بأضرار سلوك التدخين عند أفراد العينة 97% منهم اكر أن التدخين يمثل خطرا حقيقيا على الصحة ويؤدي إلى الإصابة بالسرطان ولكن رغم ذلك فان 40% من أفراد العينة مدخنون

وهو ما يعكس عدم ارتباط الوعي بخطر سلوك ما بالابتعاد عنه وعدم ممارسته وهذا لوجود أسباب أخرى ترجعها الطالبة الباحثة الى التعود كما أظهرته التحاليل في الفرضية السابقة هذا التعود الذي يجعل من الصعب التوقف عن سلوك خطر حتى مع وجود الوعي . وهذا ما أكدته أيضا دراسة إنصاف عبده القاسم وحمود محمد السيانى 2000/99 التي توصلت إلى أنه رغم وجود الوعي بأضرار سلوك التدخين إلى أن هذا الوعي يبقى غير كافي للتوقف عن هذا السلوك.

➤ **مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية السابعة :** تنص الفرضية السابعة على انه توجد علاقة ارتباطيه بين التعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، و من اجل ذلك قامت الطالبة الباحثة بحساب معامل الارتباط بيرسون بين المتغيرين والنتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (30) والذي يعكس قيمة معامل الارتباط ه التي تساوي 0.19 - وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.05 و تعني وجود علاقة سلبية بين الوعي والتعود على سلوك التدخين.

إن هذه النتائج يمكن تفسيرها انطلاقا من أن الوعي بالأضرار الصحية خاصة لسلوك التدخين يمكن أن يساهم في تخفيف التعود عليه.

فالفرد المدخن يصل إلى درجة من التعود على استهلاك السجائر بحيث يصبح هذا السلوك عادة يومية لا يستطيع الاستغناء عنها ولكن وجود الوعي يخلق لديه الإرادة للتوقف قبل الإصابة بأي مرض.

وهو ما أكدته نتائج دراسة HINTS التي قارنت بين المدخنين السابقين والذين تخلصوا من التعود على هذا السلوك والمدخنين الحاليين الذين ما زالوا تحت سيطرته وعكست النتائج وجود فروق بين العينتين في الوعي بطريقة سلبية وتأثير هذا الأخير على التعود بطريقة إيجابية.

➤ **مناقشة وتفسير الفرضية الجزئية الثامنة :** تنص الفرضية الثامنة على انه توجد علاقة فروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة، و من اجل ذلك قامت الطالبة الباحثة بحساب معامل ت و الذي اظهر وجود فروق بين العينتين حسب ما يوضحه الجدول رقم (31) وهي نتائج يمكن تفسيرها انطلاقا من أن التفاؤل غير الواقعي يكون مرتفعا عند المدخنين غير المصابين لأنهم ما زالوا لم يواجهوا صعوبات أو مشاكل صحية تثير انتباههم إلى ما يمكن أن يسببه السلوك الخطر الذي يمارسونه ، لذا نجدهم كما ظهر من خلال

مناقشة الفرضيات السابقة يقبلون على هذا السلوك بتفاؤل غير واقعي مرتفع معتبرين أنفسهم بعديين عن الإصابة بأي مرض .

أما المصابون بسرطان الرئة فلاحظت الطالبة الباحثة انخفاض كبير في درجة التفاؤل الغير الواقعي لديهم وهذا يعود بالتأكيد إلى الإصابة التي غيرت تفكيرهم حول إمكانية إصابتهم بالأحداث السلبية المختلفة مقارنة مع الآخرين حيث أصبحوا يقرون بهذه الإمكانية عكس غير المصابين الذين ما زالت الأحداث السلبية بالنسبة إليهم اقرب إلى غيرهم منهم.

3. المناقشة العامة:

من خلال عرض النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة بعد تطبيق الأدوات التي تم تصميمها والتمثلة في مقياس التفاؤل الغير الواقعي ومقياس سلوك التدخين ، ومن ثم مناقشة هذه النتائج استنادا إلى الدراسات السابقة التي أجريت حول متغيرات البحث يمكننا القول أن هذه الدراسة قد حققت أهدافها انطلاقا من :

➤ **تحقق الفرضية الأولى :** التي درست العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد السجائر المستهلكة يوميا عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة وقد أظهرت النتائج وجود علاقة بين التفاؤل غير الواقعي واتخاذ سلوك خطر الأمر الذي أكدته دراسات عديدة ركزت إهتمامها حول هذه العلاقة والتي نذكر من بينها دراسة weinstein (1980) دراسة MEKENNA (1993) ، دراسة COBRIN ET PUTTER وهي دراسات اهتمت بارتباط التفاؤل غير الواقعي بالإقبال على ممارسة سلوك الخطر وقد أثبتت العلاقة الايجابية بينهما.

➤ **تحقق الفرضية الثانية:** التي درست العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي وعدد سنوات تدخين السجائر عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة والتي اتضح من خلال نتائجها ان التفاؤل غير الواقعي ينخفض بزيادة عدد سنوات تدخين السجائر ويعود ذلك حسب رأي الطالبة الباحثة إلى ظهور بعض المشاكل الصحية أو الى اكتساب الوعي حول أضرار سلوك التدخين.

➤ **تحقق الفرضية الثالثة:** التي درست العلاقة بين التفاؤل غير الواقعي و السن عند المدخنين المصابين و غير المصابين بسرطان الرئة و من خلال نتائجها اتضح أيضا أن التفاؤل غير الواقعي ينخفض بالتقدم في السن نتيجة اكتساب الفرد لخبرات تمكنه من التقدير الصحيح للأخطار.

➤ **تحقق الفرضية الرابعة:** التي درست الفروق في التفاؤل غير الواقعي عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة حسب مستوى التعليم وتوصلت إلى وجود

ارتباط ايجابي بين التفاؤل غير الواقعي المرتفع وانخفاض مستوى التعليم ، ووجود فروق في التفاؤل باختلاف المستويات التعليمية.

➤ **تحقق الفرضية الخامسة:** والتي درست العلاقة بين التفاؤل الغير الواقعي و التعود على سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، و قد أظهرت الدور الفعال الذي يلعبه التعود على سلوك خطر واستبعاد احتمال الإصابة بأضراره.

➤ **تحقق الفرضية السادسة:** والتي درست العلاقة بين التفاؤل الغير الواقعي والوعي بأضرار سلوك التدخين عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، و قد عكست النتائج العلاقة السلبية بين المتغيرين .

➤ **تحقق الفرضية السابعة :** والتي درست العلاقة بين التفاؤل الغير الواقعي والتعود على سلوك التدخين والوعي بأضراره عند المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، و قد أظهرت النتائج وجود علاقة سلبية بين هذين المتغيرين وهو ما يعني أن الوعي الصحي بأخطار سلوك ما يمكن أن يساعد الفرد على تحقيق التعود على هذا السلوك.

➤ **تحقق الفرضية الثامنة:** والتي خصصت لدراسة الفروق في التفاؤل غير الواقعي بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة، وقد أظهرت النتائج وجود هذه الفروق لصالح المدخنين غير المصابين بسرطان الرئة ، وهو ما يفسر بالتناثر الذي يسبب الإصابة بالمرض على التفاؤل الغير الواقعي.

وأخيرا تجدر الإشارة إلى انه رغم تحقق الفرضيات هذه الدراسة والتي من خلالها كشف بعض الغموض عن متغير التفاؤل الغير الواقعي إلا أنه تبقى هذه النتائج بحاجة الى مزيد من البحث و التقصي من اجل الوصول إلى ضبط أكثر المتغيرات من خلال تحسين شروط البحث واستخدام أدوات قياس أكثر دقة.

توصيات:

بعد النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة وبروز تأثير الأساليب المعرفية التي نتبناها في تحديدنا للأخطار والتي يمكن أن تكون خاطئة وتتسبب لنا في مشاكل صحية تتفاوت حسب درجة خطورتها ولكن يمكن أن تكون درجة الخطورة عالية ولا تسمح لنا بتدراك سلوكياتنا الخطرة ولذلك نقترح ما يلي:

إجراء دراسات معمقة حول متغير التفاؤل غير الواقعي باعتباره أسلوب معرفي له اثر بالغ ولكنه لم يحظ بالدراسة الكافية.

ضرورة إجراء بحوث و دراسات أخرى أكثر تعمقا حول متغير التفاؤل غير الواقعي وعلاقته بسلوكيات الخطر.

تصميم برامج علاجية للحد من سلوك التدخين اعتمادا على خفض التفاؤل غير الواقعي.

إجراء دراسات حول الأخطار الفعلية لسلوك التدخين والتي من خلالها يمكن نشر الوعي، لان ما تشير إليه الإحصائيات يعكس ازدياد انتشار هذا السلوك الذي يصبح مشكلة تدعوا إلى القلق.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

- (1) أبو مغلي سميح وآخرون(2002)، التنشئة الاجتماعية للطفل ، الدار العلمية لليازوري.
- (2) احمد عبد الخالق ،التفاؤل والتشاؤم ، عرض لدراسات عربية .
www.gulfkids.com(2010/09/13)
- (3) ارجايل مايكل(1993)،سيكولوجية السعادة ،ترجمة فيصل عبد القادر يوسف،سلسلة عالم المعرفة ،ع175،الكويت.ص 219
- (4) الأنصاري بدر محمد (1998)،التفاؤل والتشاؤم المفهوم والقياس والمتعلقات ، ط1، مطبوعات جامعة الكويت ، الكويت.
- (5) الأنصاري بدر محمد (2001)، إعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلبة والطالبات في الكويت،مجلة دراسات نفسية ،ع2،مجلد 11، مصر.ص194-243
- (6) الأنصاري بدر محمد (2002)، التفاؤل غير الواقعي وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى طلاب جامعة الكويت ، مجلة العلوم التربوية والنفسية،ع4،مجلد 3،جامعة البحرين،البحرين.
- (7) الخضر عثمان حموي (1999)، التفاؤل والتشاؤم والأداء الوظيفي، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، ع67، جامعة الكويت، الكويت.ص214
- (8) القبس(2010)، اثر التدخين له عامل وراثي، ع 13160.
- (9) الدمرداش عادل (1982)، الإدمان مظهره وعلاجه، سلسلة عالم المعرفة ،ع56، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب،الكويت.
- (10) المشعان عويد سلطان (1999)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالاضطرابات النفسية والجسمية والرضا الوظيفي لدى موظفي القطاع الحكومي لدولة الكويت ، بحوث المؤتمر الدولي السادس للإرشاد النفسي ،جامعة عين شمس، القاهرة.ص964
- (11) اليحفوفي نجوى (2002)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية الاجتماعية الديموغرافية لدى طلاب الجامعة، مجلة علم النفس، ع 62،الهيئة المصرية للكتاب ، القاهرة.ص 132-150
- (12) إسماعيل احمد محمد السيد (2001)، التفاؤل والتشاؤم وبعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب جامعة أم القرى ، المجلة التربوية،ع 60، مجلد 15 ، الكويت.
- (13) إنصاف عبده القاسم وآخرون (2000)،التدخين بين طلاب وطالبات مدارس التعليم الثانوي العام في الجمهورية اليمنية، اليمن. ص 1-171

- 14) بدوي نجيب يوسف (1986)، التفاؤل والتشاؤم، دار المعارف، مصر.
- 15) بشير قصير وآخرون (2004)، السلوكات المهددة لصحة الطلبة والعوامل الوقائية ، المسح الصحي العالمي بالاعتماد على طلبة المدارس في الأردن في الفئة العمرية (13-15) سنة في الأردن.
- 16) بهاء الدين إبراهيم سلامة (2001) الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي ، القاهرة.
- 17) جولمان دانيال (2000) الذكاء العاطفي ، ترجمة ليلى الجبالي، سلسلة عالم المعرفة ، ع 262، الكويت.ص128-134
- 18) حجازي مصطفى (2000)، الصحة النفسية منظور دينامي تكاملي للنمو في البيت والمدرسة، ط1، المركز الثقافي العربي ، المغرب.
- 19) دسوقي كمال (1990)، ذخيرة علم النفس، مجلد 2، مؤسسة الأهرام ، القاهرة.ص132
- 20) دويدار عبد الفتاح محمد (2000)، مناهج البحث في علم النفس، (ط2)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 21) رالف شفارتسر (1994)، التفاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان ،مجلة الثقافة النفسية ، ع38، مجلد 10
- 22) ربحي مصطفى عليان ، عثمان مجمد غنيم (2000) ، مناهج وأساليب البحث العلمي: النظرية والتطبيق، (ط1)، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- 23) زيدات كرم (2001)، التدخين، (د ط)، مكتبة لبنان ،بيروت.
- 24) سامر جميل رضوان (2002)، الصحة النفسية، دار الميسرة، الأردن.
- 25) سعيد شلش (2011)، 40% من طلاب المدارس مدخنون، مجلة زهرة ، ع1666، الشركة المتحدة للطباعة والنشر، أبو ظبي.
- 26) سهير كامل احمد (1999)، التوجيه والإرشاد النفسي ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الإسكندرية.
- 27) شكري مایسة (1999)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بأساليب مواجهة المشقة، دراسات نفسية، ع34، مجلد9، رابطة الأخصائيين النفسانيين ،مصر.
- 28) شيلي تايلور ،وسام درويش بريك (2008)، علم النفس الصحي، ط1، دار الحامد، عمان الأردن.ص307
- 29) عباس فيصل (1983)، إشكالية المعالجة النفسية ، (ط1)، دار الميسر، بيروت.
- 30) عبد الرحمن محمد السيد (1998)، نظريات الشخصية، دار قباء، القاهرة.ص64

- 31) عبد الستار إبراهيم (1998) ،الإكتئاب -اضطراب العصر-فهمه أساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة ، ع 239، الكويت.
- 32) عبد اللطيف حسن، حمادة لؤلؤة (1998)، التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما ببعدي الشخصية -الانبساط والعصابية-، مجلة العلوم الاجتماعية ، مجلس النشر العلمي ، ع1، مجلد26، جامعة الكويت.
- 33) عبد المقصود ،هانم علي (1991)،علاقة التأمل والاندفاع بكل من القلق وتقدير الذات،مجلة التربية،مجلة التربية، جامعة الزقازيق.
- 34) عثمان يخلف(2001)،علم نفس الصحة، (ط1)، دار الطباعة والنشر والتوزيع ،قطر.ص 109-110
- 35) فانس مايك ،ديكون ديان (2005)،التفكير خارج الصندوق، ط2، مكتبة جرير، العربية السعودية.
- 36) مدحت عبد الحميد أبو زيد(2003) ،العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، الجزء الخامس ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.ص 389
- 37) مالهى ريزنر ،روبرت دبليو (2006)،تعزيز تقدير الذات، مكتبة جرير، الرياض.ص 36
- 38) معتز سيد عبد الله(1996)،بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية،المجلد الأول، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.ص14-19
- 39) هارون توفيق الرشيدى (1999)، الضغوط النفسية ، طبيعتها ونظرياتها، (ط1).

المراجع باللغة الأجنبية :

40) Allanic Christophe, les coconduites à risque des adolescents,

http://www.inpes.santé.fr/barometre/baro_2000/pdf/tabac.pdf

41) Beers, M.H(2008), Encyclopédie médicale, Edition la Tipografica varese

42) Ben azzouz ,chelihi et al(2007), enquête nationale de santé, institut nationale de santé publique .P07-281

43) Bodenmann.P,J.cornuz(2006),perception du risque lie au tabagisme données et interrogations, revue médicale ,suisse.P1706

44) Caillaire .JC, verreman, K(2004), dictionnaire de biologie cellulaire et moléculaire, édition E Lipse Marketing, France.P54

- 45) chappé J . Fverhia.T Meyer(2007),optimisme et pessimisme comparatifs à l'exposition à plusieurs messages menaçants ,revue européenne de psychologie appliquée ,France.P23-27
- 46) chauveau Christine - de vallat(2003),le tabagisme, mémoire, paris.
- 47) dautzemberg. B ,le monde du travail est concerné par le tabagisme par le tabagisme. Tous doivent de former.Http://www.psychology.mantes.free.fr/conduites-risque 2.php 31/03/2011.
- 48) Dellofre.c.j y vaillant(2008),cancer de la trachee. Des bronche et du poumon, paris.
- 49) Fischer .G.N (2002), traité de psychologie de santé, édition Dunod, paris. P 222-326
- 50) 61Fred.f.ferri (2006),guide pratique de la prise en charge de patient « l'essentiel en medecine ». P722
- 51) Jonathan .d.reppucci et all (1991), unrealistic optimism among adolescent smokers and non smokers, journal of primary prevention, vol 11, n°3,new london.p 227-236.
- 52)) Harris,p. and middleton, w(1994),the illusion of control and optimism about health , on being less at risk but no more in control than others ; british journal of social psychology.P369
- 53) henn Jack i-ngfield,katharine hamoud,le tabagisme mortel sous tous ses formes. [http:// www.who.int /tobacco/wrtd/fr\(10/09/2010\)](http://www.who.int/tobacco/wrtd/fr(10/09/2010)).
- 54) Institue national de santé (1999), jeunes et tabac, cellule de communications (oms).P 2-3
- 55) Institut national du cancer(2010),les traitements des cancer du poumon.P9-10
- 56) Gêmez .M et Bouzid . K (2004), spécial cancer en Algérie, revue médicale trimestrielle,(N°1), Alger. P16-20
- 57) Groupe technique de l'insp(2008),transition épidémiologique et système de santé enquête nationale de santé le faxicule de la santé, revue médicale.
- 58) Kirscht,jp.haefner ,d.p.kegeles s.s and posestock i.m(1966),national study of health belifs, journal of health and human behavior.P 251
- 59) Lalonde,m ,Bernard heneman(2004),health promotion du tabagisme des jeunes. P 7-12
- 60) La rousse médicale (2003) paris.
- 61) Lucas Kevin, Barbara L, loyd(2005),health promotion E vidance and expérience, sage publication, London.P 116

- 62) mark Jean plassart,le tabagisme, <http://www-santé-ujf-grenoble.fr/sante/>.
- 63) Marilou bruchon et schwerzer(2002), psychologie de la santé, modeles, concepts et méthodes, dudon, paris.P 221-222
- 64) Margarete .E.volarth(2006),handbook of personality and health ,oslo norway.P 31
- 65) Marschall G.N, wortman, CB kusulas,(1992), distinguishig optimism, relation to fundamental dimension of nood and personality from pessmism, journal of personality and social psychology .P 1069
- 66) M ckenna .F.P(1993), it won't happen to mé,unrealistic optimism or illusion of contral ,British journal of psychology.
- 67) Milhabet .I. Desrichard .O. verlhac .JF(2002), comparaison sociale et perception des risques, l'optimisme comparatif, tome8, presses universitaires de rennes.P121-124
- 68) Morin, y(2003), petite Larousse de la médecine, édition Larousse, paris.p263
- 69) Morrison.n.alger.a.and willock.j(1999),perceived risk of tropical diseases in malawi, evidence of unrealistic pessimism and the irrelevance.P263
- 70) Observation européenne du cancer, <http://eu-cancer.iarc.fr/09/03/2011>.
- 71) Ogden. J (2004),health psychology, A Textbook,therd édition , university press,new york.P 251
- 72) Ogden. J (2007),health psychology, A Textbook, forth édition , university press,new york.P 20
- 73) Organisation mondiale de la santé(OMS) (1976), programmes nationaux de lutte contre le cancer " politique et principes gestionnaires, L 'lle Maurice, Bahreïn.P 1160-1162
- 74) Organisation mondiale de la santé(OMS) (2007), la lutte contre le cancer du cal de l'utérus, guide des pratiques essentielles, Genève.P 117
- 75) Rossel.e(1989),the impact of attitudes toward the personal future on study motivation and work orienntation of non working adolescents adolescence .P 74
- 76) Scheier M.F,et all(1989),the binificial effect of physical and psychological well being ,journal of personality and social psychology.P 1022
- 77) Schweitzer, Bruchon , M . Dantzer R(2003), introduction à la psychologie de la santé ,4eme édition, Vendôme, France.P 190-395

- 78) Shabès(2001),hand book of cultural health psychology,academie press.P 148
- 79) Spitzenstetter.f(2006),optimisme comparatif dans le milieu professionnel L'influence de la fréquence et de la gravité sur la perception des risques d'accident du travail, France .P53
- 80) Stipek .D.J(1981), social, motivational développement in first grade, contomporary éducationnal psychology.P 37
- 81) Smith .M.B,(1983),American journal of orthopsychiatry.
- 82) Taylor, s!e and broun jd(1988), illusion and well-being, a social psychological perspective on mental health, psychological bulletin.P 103
- 83) Weinstein,n.d(1980),unrealistic optimism about future life events,journal of persnality and social ^psychology.P 816
- 84) weinstein.Nd se Marcus, rp moser (2005),smokers unrealistic optimism about their risk,rutgers university.new jersy,usa.P 55- 59
- 85) werle Carolina et all, les déterminants des comportements de santé préventive, revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire.grenoble.
- 86) Wild .P,Bourghard.e(2008),cancer du poumon et exposition professionnelle aux métaux, une revue des études épidémiologiques, inrs,paris.P204-206

الأملاحق

مقياس التفاؤل غير الواقعي

المعلومات العامة ➤

الجنس : ذكر () أنثى () السن :

.....

المستوى التعليمي: ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()

التعليمة: ➤

يضم هذا المقياس مجموعة من الأحداث التي يحتتمل حدوثها في الواقع، أرجو منك أن تقرأ كل عبارة جيداً ثم اقرأ في الخانة التي تحدد الاحتمالات الإجابة وحدد إمكانية تعرضك لكل حدث من هذه الأحداث وذلك بوضع علامة إجابتك، أرجو أن تجيب على كل العبارات وتأكد أن إجابتك ستوظف لأغراض علمية فقط وأنها ستحظى بالسرية التامة.

الرقم	العبارة	مستحيل	مستبعد	ممكن	أكيد
1	أتمتع بصحة جيدة مدى الحياة				
2	أصاب بعدوى فيروس السيدا				
3	أصاب بأزمة قلبية قبل سن 40				
4	أحصل على ترقيات بعد مدة قصيرة من بداية عملي				
5	أعرض لانفجار الغاز في المنزل				
6	تسرق ممتلكاتي الشخصية				
7	لا أتناول الأدوية لمدة سنة كاملة				
8	أفقد قواي العقلية				
9	أعرض للسجن				
10	لا أجري عملية جراحية مدى الحياة				
11	أعرض لحروق مشوهة				
12	أصاب بأحد الأمراض الوراثية				
13	لا أعين الطبيب لمدة 5 سنوات				
14	أصاب بمرض عضال				
15	لا أمرض طوال الشتاء				
16	أنجب ولدا معاقا				

				أفقد معظم أفراد عائلتي في حادث	17
				أصاب بالعقم	18
				يتضاعف مدخولي الشهري كل 5 سنوات	19
				أصاب بالعمى	20
				أحظى بتقدير ومحبة كل الناس	21
				لا أتعرض لمشاكل في الأسنان طيلة حياتي	22
				أجري عملية جراحية خطيرة	23
				أصاب بالتهاب الكبد الفيروسي	24
				أتعرض لتسمم غذائي	25
				أنا في مأمن من حوادث العمل	26
				أكون ضحية اختلاس	27
				يبتر جزء من أطراف جسمي	28
				لا أصاب بأحد الأمراض المعدية طيلة حياتي	29

مقياس سلوك التدخين

المعلومات العامة:

السن:

المستوى التعليمي:

عدد سنوات تدخين السجائر:

تعليمية:

هذا الاستبيان يتمثل في مجموعة من العبارات التي لها علاقة بسلوك التدخين، نطلب منك قراءتها جيدا وتحديد إجابتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب جوابك، ونرجو منك الإجابة على كل العبارات ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

لا	نعم	
		01 بدأت التدخين في سن اقل من 17 سنة
		02 تعلمت التدخين من رفاقي
		03 أذخن أول سيجارة عند استيقاظي من النوم مباشرة
		04 اللذة في التدخين تبدأ مع الحركات التي أقوم بها لإشعال السيجارة
		05 عندما بدأت التدخين كنت اعلم أضراره على الصحة
		06 أذخن لأكون مثل الآخرين
		07 أذخن بصورة تلقائية دون تفكير
		08 أذخن عندما أكون حزين
		09 التدخين يسبب مرض الربو
		10 أذخن عندما أكون برفقة آخرين
		11 عندما لا أذخن لا أكون واعيا ولا استطيع التحكم في الرغبة في التدخين
		12 اشعر باللذة عند إشعال أو إمساك سيجارة
		13 أذخن من 10 إلى 20 سيجارة في اليوم
		14 أذخن من 20 إلى 30 سيجارة في اليوم
		15 عندما لا أذخن لفترة تكون لدي رغبة في سيجارة لا استطيع مقاومتها
		16 أذخن لأمنح نفسي مظهرا لاتقا
		17 بداية سلوك التدخين جعلتني أبدو ناضجا
		18 التدخين يسبب سرطان الرئة
		19 عندما أكون هادئا تكون لدي رغبة في التدخين
		20 أذخن لأحصل على ثقة اكبر في نفسي
		21 اذخن حتى في الأماكن الممنوع فيها ذلك
		22 التدخين يجعلني مقبولا اجتماعيا
		23 التدخين يسبب اضطرابات في التنفس

		أدخن عندما أكون متوترا	24
		أدخن لأنني تعودت على ذلك	25
		التدخين يجعلني استرخي	26
		أدخن بشكل مستمر طوال اليوم	27
		حاولت التوقف عن التدخين قبل تعودي على هذا السلوك	28
		التدخين يسبب سرطان الرئة	29
		التدخين يفقد الشهية للطعام	30
		التدخين يحسن علاقتي برفاقي	31
		عندما لا املك سيجارة يجب أن احصل عليها بالتأكد	32
		أحب تحريك السيجارة	33
		أدخن عندما أكون غاضبا	34
		التدخين بكثرة يزيد من احتمالات الوفاة	35
		سحب سيجارة يهدئني	36
		أدخن عندما أحس بالوحدة	37
		حاولت التوقف عن التدخين عند معرفتي بأضراره	38
		الامتناع عن التدخين يشعرني بالصداع	39
		اعتقدت (اعتقد) أنني استطيت التوقف في الوقت المناسب قبل بداية المرض	40