

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Ministry of Higher Education and Scientific Research

المركز الجامعي بريكة

University Center of Barika

Institute of Human and Social Sciences

معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية

Departement of Social Sciences

قسم العلوم الاجتماعية

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه طور ثالث LMD

العنوان:

مصدر الضبط الصحي والتفأولية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية

الشعبة: علم النفس

التخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

يحياوي بثينة

بتاريخ: 23 فيفري 2025 أمام لجنة المناقشة المكونة من:

الصفة	مؤسسة الانتماء	الرتبة	الأستاذ
رئيسا	المركز الجامعي بريكة	أستاذ	قنون خميسة
مشرفا ومقررا	المركز الجامعي بريكة	أستاذ	خلفي عبد الحليم
مشرفا مساعدا	المركز الجامعي بريكة	أستاذ محاضر ب	بوخنوفة نهى
مناقشا	المركز الجامعي بريكة	أستاذ محاضر أ	يحياوي وردة
مناقشا	جامعة محمد خيضر -بسكرة-	أستاذ	جابر نصر الدين
مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ	جبالي نور الدين

الموسم الجامعي: 2024-2025

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا "

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سُورَةُ الْإِسْرَاءِ، الْآيَةُ رَقْمَ 85).

شكر وتقدير

الحمد لله الذي وفقني في إنجاز هذا العمل المتواضع نحمده

كثيرا ونشكر فضله و نعمه والذي كلال جهدي وأعانني بتوفيق من عنده لإنجاز هذا العمل المتواضع.

أما بعد

بمقتضى الواجب والوفاء والإخلاص أتقدم بخالص الشكر والعرفان بعد الله تعالى إلى من مدا يد العون لي بعلمهما و نصحهما وساهما في إتمام هذا العمل ولم يبخللا لا بالجهد ولا الوقت : الأستاذ الفاضل عبد الحليم خلفي والدكتورة بوخنوفة نهى زادهما الله علما وأعلى مراتبهما ورزقهما الصحة والعافية. كما أتقدم بأسمى عبارات الشكر لأساتذة قسم العلوم الاجتماعية وفريق التكوين الذي رافقنا خلال هذه المرحلة. وكل الشكر لمدير معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية الدكتور مرزوقي بلقاسم ورئيسة مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي الأستاذة بركو مزوز على كل التسهيلات التي قدموها لنا من أجل بلوغ تتمة هذه الدراسة العلمية.

وعرفانا مني بالجميل أتقدم بالشكر لكل من دعمني في هذه المرحلة إلى والداي الكريمين وأفراد أسرتي إلى زميلاتي وصديقاتي.

كما أخص الشكر والتقدير إلى كل من علمني حرفا وساهم في وصولي إلى هذا اليوم.

مستخلص الدراسة بالعربية:

هدفت الدراسة الحالية للتعرف على علاقة مصدر الضبط الصحي بالتفاؤلية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، ولتحقيق أهداف الدراسة واختبار فرضياتها تم اعتماد المنهج الوصفي والاستعانة بعينة قوامها (82) مريض سكري من النوع الثاني (من الجنسين) تم اختيارها بطريقة قصدية؛ من المرضى الذين يرتادون على: عيادة معلم لأمراض الغدد والسكري بباتنة، عيادة محمدي لأمراض الغدد والسكري بنقاوس، المؤسسة الاستشفائية بنقاوس. حيث تم اعتماد مقياسين للدراسة وذلك بعد التحقق من خصائصهما السيكومترية وهما: مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون والمترجم من طرف الباحث نور الدين جبالي (2007)، ومقياس التفاؤلية الدفاعية من إعداد الطالبة الباحثة (2024).

و بعد المعالجة الإحصائية أظهرت النتائج أن البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة هو مصدر الضبط الصحي الداخلي. كما يتميز مرضى السكري من النوع الثاني من عينة الدراسة بمستوى مرتفع من التفاؤلية الدفاعية. بالإضافة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل الجنس (ذكر/أنثى) لصالح الإناث. و عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس. كما تبين عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل السن لدى عينة الدراسة، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل المستوى التعليمي. كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

الكلمات المفتاحية: مصدر الضبط الصحي، التفاؤلية الدفاعية، الاضطرابات السيكوسوماتية، مرض السكري من النوع الثاني .

Abstract:

The aim of the current study was to explore the relationship between health locus of control and defensive optimism in individuals suffering from psychosomatic disorders. To achieve the objectives of the study and test its hypotheses, a descriptive methodology was adopted, and a purposive sample of 82 patients with type 2 diabetes (both genders) was selected. These patients were chosen from those attending the following locations: Maallem Clinic for Endocrinology and Diabetes in Batna, Mehamdi Clinic for Endocrinology and Diabetes in N'gaous, and the Hospital in N'gaous. Two scales were used in the study after verifying their psychometric properties: the Health Locus of Control Scale by Wallston, which was translated by the researcher Nour Eddine Jebali (2007), and the Defensive Optimism Scale developed by the student researcher (2024).

The statistical analysis revealed that the dominant dimension of the health locus of control in the study sample was the internal health locus of control. The study's diabetic patients exhibited a high level of defensive optimism. Furthermore, there were statistically significant differences in the level of defensive optimism attributed to gender (male/female), favoring females. However, no statistically significant differences were found in health locus of control based on gender. Additionally, there were no statistically significant differences in health locus of control or defensive optimism based on age or educational level. The study also concluded that there was no statistically significant correlation between health locus of control and defensive optimism in diabetic patients.

Keywords: Health Locus of Control, Defensive Optimism, Psychosomatic Disorders, Type 2 Diabetes.

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	قائمة المحتويات
	الشكر والعرفان
	مستخلص الدراسة
	فهرس المحتويات
	قائمة الجداول
	قائمة الأشكال
أ	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
5	الإشكالية
13	أهمية الدراسة
15	أهداف الدراسة
16	المفاهيم الأساسية للدراسة
17	الدراسات السابقة
33	فرضيات الدراسة
الفصل الثاني: مصدر الضبط الصحي	
36	1. تعريف مصدر الضبط
42	2. تعريف مصدر الضبط الصحي
44	3. أبعاد مصدر الضبط
48	4. سمات وخصائص الأفراد في قطبي مصدر الضبط
54	5. محددات مصدر الضبط
57	6. النظريات المفسرة لمصدر الضبط
62	7. مصدر الضبط والسلوك الصحي
الفصل الثالث: التفاؤلية الدفاعية	

70	1. تعريف التفاؤل
72	2. العوامل المؤثرة في التفاؤل
75	3. خصائص الشخصية المتفائلة
78	4. مكونات التفاؤل
79	5. تعريف التفاؤلية الدفاعية
83	6. أبعاد التفاؤلية الدفاعية
86	7. الأسباب المحتملة للتفاؤلية الدفاعية
87	8. ملامح التفاؤلية الدفاعية
90	9. التفاؤلية والصحة
الجانب الميداني	
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة	
102	1. منهج الدراسة
102	2. حدود الدراسة
103	3. عينة الدراسة
110	4. أدوات الدراسة
123	5. أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة
الفصل الخامس : عرض نتائج الدراسة	
126	عرض نتائج الفرضية الأولى.
127	عرض نتائج الفرضية الثانية.
128	عرض نتائج الفرضية الثالثة.
129	عرض نتائج الفرضية الرابعة.
131	عرض نتائج الفرضية الخامسة.
132	عرض نتائج الفرضية السادسة.
133	عرض نتائج الفرضية السابعة.
135	عرض نتائج الفرضية الثامنة.

138	عرض نتائج الفرضية التاسعة.
الفصل السادس: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
141	أولاً- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة
141	1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
144	2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
147	3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
149	4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
150	5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
151	6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.
152	7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.
153	8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.
154	9- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.
156	ثانياً- مناقشة عامة
161	خاتمة
165	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	الجدول	رقم الجدول
17	ملخص الدراسات السابقة التي تناولت مصدر الضبط الصحي.	1
22	ملخص الدراسات السابقة الخاصة بمتغير التفاوضية الدفاعية.	2
29	ملخص الدراسات السابقة التي تناولت مصدر الضبط الصحي والتفاوضية.	3
52	خصائص الأفراد في وجهتي الضبط .	4
89	الملامح الايجابية والسلبية في التفاوضية الدفاعية.	5
104	خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس.	6
105	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب عامل الجنس.	7
106	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير العمر .	8
108	توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية .	9
109	توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي.	10
112	صدق التمييز لدرجات مقياس مصدر الضبط الصحي بأسلوب المقارنة الطرفية.	11
112	معاملات ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي بطريقة ألفا كرونباخ.	12
117	مفتاح تصحيح مقياس التفاوضية الدفاعية.	13
119	صدق التمييز لدرجات مقياس التفاوضية الدفاعية بطريقة المقارنة الطرفية.	14
120	قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس التفاوضية الدفاعية.	15
121	توزيع عبارات مقياس التفاوضية الدفاعية في صورته النهائية.	16

125	التحقق من التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة.	17
126	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي.	18
128	المتوسط الحسابي والفرضي والفئوي لدرجات مرضى السكري من النوع الثاني في مقياس التفاوضية الدفاعية .	19
128	طبيعة التوزيع في التفاوضية الدفاعية لدى عينة من الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني.	20
129	نتائج اختبار مان ويتي للفروق بين الذكور والإناث في مستوى التفاوضية الدفاعية.	21
130	التوزيع الطبيعي في مصدر الضبط الصحي لدى عينة من الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني .	22
130	الفروق بين مرضى السكري من النوع الثاني (ذكور/إناث) في مصدر الضبط الصحي.	23
131	التوزيع الطبيعي لمصدر الضبط الصحي لدى عيني أقل من 45 سنة والأكبر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني .	24
131	الفروق بين الأقل من 45 سنة والأكبر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني في مصدر الضبط الصحي	25
132	التوزيع غير الطبيعي في التفاوضية الدفاعية لدى عينة من الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني .	26
133	نتائج اختبار مان ويتي للفروق بين الأقل من 45 سنة والأكبر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني في التفاوضية الدفاعية .	27
134	التوزيع الطبيعي لمصدر الضبط الصحي لدى عينتين بحسب متغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط وثانوي، جامعي) .	28
134	اختبار "ف" لدلالة الفروق بين مرضى السكري من النوع الثاني في مصدر الضبط الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.	29
135	التوزيع غير الطبيعي للتفاوضية الدفاعية بحسب متغير المستوى التعليمي لدى عينة من مرضى السكري من النوع الثاني.	30

136	اختبار كروسكال ويلس لدلالة الفروق بين مرضى السكري من النوع الثاني في مستوى التفاؤلية الدفاعية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.	31
137	المقارنات البعدية للنتائج المتحصل عليها للفروق بين المتغيرات الثلاثة.	32
139	العلاقة بين درجات عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية.	33

فهرس الأشكال

الصفحة	العبارة	رقم الشكل
46	أبعاد مصدر الضبط حسب روتر	1
47	مخطط توضيحي للأبعاد الثلاثة ل Levenson1973	2
58	مخطط العزو لهايدر	3
60	العلاقة بين بعدي الاستقرار ومصدر الضبط وتفسيرهما لسببية السلوك	4
81	مخطط منهجي للتوقعات المتقابلة	5
93	المسارات التي تؤثر بها التفاوضية على الأمراض المزمنة	6
97	تأثير كل من التفاوضية الدفاعية والوظيفية على الرفاه النفسي للفرد	7
104	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	8
106	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	9
107	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير العمر	10
109	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية	11
110	توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي	12
122	مخطط ملخص لمقياس التفاوضية الدفاعية المستخدم في الدراسة	13

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
	مقياس التفاؤلية الدفاعية في صورته الأولة.	1
	مقياس التفاؤلية الدفاعية في الصورة النهائية.	2
	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون.	3

مقدمة

مقدمة

لطالما كان مفهوم الصحة من أكثر المواضيع التي شغلت تفكير الإنسان منذ القدم، حيث سعى للبحث في العوامل المساعدة في الحفاظ عليها، بالإضافة إلى الكشف مصادر التهديد لصحة الأفراد. ونظرا لتعقيد تركيبة العوامل المشكلة للصحة تجاوزت منظمة الصحة العالمية W.H.O (1948) التعريف التقليدي الذي يشير إلى أن الصحة هي مجرد الخلو من المرض؛ لتعرفها على أنها: "حالة اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا وليست مجرد انعدام المرض والعجز".

ومع تطور الفكر الإنساني وما صاحبه من ثورة مست كل مجالات الحياة سعى الفرد إلى مواكبة هذا التغيير وخلق مستوى من الرفاه في حياته بين أفراد المجتمع، وهذا ما جعله يواجه العديد من المشكلات ويتعرض للعديد من الضغوط النفسية Stress، والتي تتفاوت درجتها حسب طبيعة الأحداث الضاغطة التي فرضها صدام الفرد مع البيئة المحيطة به ومع التغيرات الحياتية المفاجئة.

وقد أظهرت العديد من الدراسات أن ما يقارب 80% من أمراض العصر ما هي إلا نتاج فشل الفرد في الوصول إلى استراتيجيات فعالة لمواجهة الضغوط الحياتية والنفسية والأحداث المسببة للتوتر وهو ما أشار إليه (غانم، 2011). حيث أثبت الاتجاه السيكوسوماتي أن معظم الأمراض العضوية تنتج عن فشل مشاركة الجسد النفس في حل الصراعات وتجاوز الضغوط المختلفة، ما يؤدي إلى إصابة مؤقتة أو دائمة على مستوى العضو الهش في الجسد؛ وتعرف هذه الإصابات بالاضطراب السيكوسوماتي "المرض العضوي نفسي المنشأ" وتختلف هذه الأمراض باختلاف منطقة الإصابة فنجد أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز الهضمي، أمراض الغدد، الأمراض الجلدية، الأمراض التنفسية... إلخ.

وقد أدى الانتشار المخيف لهذه الأمراض المزمنة إلى دق ناقوس الخطر؛ فبعد أن كان الإنسان خلال الأزمنة الماضية يرقب الموت جراء الحروب أصبح اليوم يواجه خطر الإصابة بالأمراض المزمنة التي أصبحت من أكثر مسببات الموت في عصرنا هذا. حيث اهتم علماء الصحة وعلماء النفس بالبحث في المتغيرات الشخصية التي من شأنها أن تساعد الفرد في التحكم في حدة هذه التغيرات التي تصيبه جراء المرض؛ ومن هنا ظهر مفهوم "مصدر الضبط Locus of Control" الذي انبثق عن نظرية التعلم الاجتماعي على يد جوليان روتر J. Rotter 1966 والذي يشير لإدراك الفرد للمواقف التي يتعرض لها، ومدى قدرته على التحكم فيها. حيث حظي مفهوم مصدر الضبط بإقبال كبير من الباحثين لدراسته وتطبيقه في الواقع بهدف فهم نظرة الأفراد وتقييمهم ومدى قدرتهم على التحكم في أمور حياتهم وبالتالي تقييمهم ومدى قدرتهم على التعامل مع المواقف الجديدة المخالفة لتجاربهم السابقة.

إن أهمية المعتقدات الشخصية وإدراك الفرد ومدى تحكمه في أمور حياته دفع والستون وزملاءه (Wallston & al، 1998) إلى استنباط مفهوم جديد أكثر تخصصاً من المفهوم الأصلي "مصدر الضبط" موجه للدراسات المتعلقة بتقييم الفرد ومدى تحكمه في أمور صحته؛ وهو ما يعرف بمصدر الضبط الصحي Health Locus of Control حيث قسموا الأفراد حسب معتقداتهم في مصادر الصحة لديهم إلى ذوي ضبط داخلي وهم الأفراد الذين يجزمون بقدرتهم على التحكم في أمور صحتهم وأن سلوكياتهم هي المسؤولة عن أي تطور فيها، وعلى النقيض منهم نجد ذوي الضبط الخارجي وهم الذين لا يستشعرون تحكمهم الشخصي وينظرون إلى نواتهم على أنهم مخلوقات مغلوبة لا حول ولا قوة لها في كل ما يحصل لهم، وأن كل تلك التغيرات الحادثة مرجعها إلى قوى خارجية بعيدة عن نطاق سيطرتهم كالحظ والصدفة، القدر وسلطة الآخرين الأقوياء ونفوذهم.

كما أن السمات النفسية لا تقل أهمية عن باقي المتغيرات الشخصية في حياة الفرد والحفاظ على صحته، حيث سعى الباحثون إلى الكشف عن مدى تأثيرها على الحالة الصحية للأفراد، وأكدت العديد من الدراسات على أهمية التفاؤل Optimism في تنمية الحالة النفسية للفرد وتنشيط الجهاز المناعي لديه وتحفيزه. ورغم كل التأثيرات الإيجابية لهذه السمة إلا أنها قد تتحول إلى عامل يدفع الفرد في الوقوع في سلوكيات الخطر نظرا للتشوه المعرفي الذي يصيب الفرد في محاولة تخفيف حالة التوتر المصاحبة للمرض؛ وهو ما يعرف بالتفاؤلية الدفاعية Optimism Defensive التي تجعل الفرد يقلل من احتمال تعرضه لخطر المضاعفات الصحية المصاحبة للمرض وبالتالي افتراضه للحصانة الوهمية.

ونظرا لندرة الدراسات التي اهتمت بموضوع مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية خاصة في البيئة العربية والمحلية التي تعرف انتشارا كبيرا لمختلف تلك الاضطرابات وذلك في حدود إطلاع الطالبة الباحثة، جاءت هذه الدراسة الحالية التي تكتسي أهمية كبيرة على اعتبارها مساهلة جديدة وموضوعية تهدف للبحث في هذا الموضوع؛ من خلال الكشف عن البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية وبخاصة منهم مرضى السكري من النوع الثاني ومستوى التفاؤلية الدفاعية لديهم، بالإضافة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرين إن وجدت، مع محاولة البحث في الفروق في متغيرات الدراسة والتي تعزى لمجموعة من العوامل (كالجنس، السن والمستوى التعليمي).

حيث قسمت هذه الدراسة إلى ستة فصول ثلاثة منها نظرية؛ حيث يعنى الفصل الأول بطرح إشكالية البحث وفرضياته وأهمية الموضوع وأهدافه واستعراض أهم الدراسات السابقة والمشابهة للدراسة الحالية. كما خصص الفصلان الثاني والثالث لعرض التراث النظري الخاص بالمتغيرين محل الدراسة "مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية"

على التوالي، أما الجانب الميداني فيتكون من ثلاثة فصول أيضا فنجد الفصل الرابع مخصص لاستعراض إجراءات الدراسة الحالية في جانبها الميداني والخامس تم فيه عرض نتائج الدراسة أما الفصل السادس فخصص لمناقشة النتائج المتوصل إليها في ضوء الفرضيات والدراسة السابقة بالإضافة إلى مناقشتها في ضوء التراث النظري وبالاستعانة أيضا بخصائص عينة الدراسة، لنصل بعد ذلك إلى خاتمة للبحث الحالي ومقترحات للدراسات المستقبلية.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة.
- 2- أهمية الدراسة.
- 3- أهداف الدراسة.
- 4- الدراسات السابقة.
- 5- الفرضيات.

1- إشكالية الدراسة:

تعد الضغوط النفسية من الأخطار الجسيمة التي تواجه الإنسان المعاصر، ومشكلة متفاقمة تهدد حياته وصحته، لكونها جزء لا يتجزأ من نمط حياته وأمرًا معتادا نعيشه في يومياتنا. وتعتبر من القضايا التي حدثت مع تطور مجتمعنا الحالي، وقد كان "هانز سيللي" السباق لتقديم مفهوم لها حيث نقله إلى الحياة العلمية بعدما كان مفهوما عمليا حيث كان متأثرا بفكرة "أن معظم الأفراد يصرون رد فعل عن الضغوط النفسية وذلك بتسمية أعراض غير نوعية، كما ذكر أن لهذه الضغوط دورا هاما في إحداث معدل عال من الإنهاك والانفعال الذي يصيب عضوية الجسم فأى إصابة جسمية أو حالة انفعالية غير سارة على غرار القلق والإحباط والتعب والألم لها تبعات واستجابات ذات علاقة بتلك الضغوط (اشتويوي البطي، 2018، ص15).

وقد أصبح اليوم نسق الحياة لا يخلو من التوتر والضييق الناشئ عن ضغوط هذا العالم سريع التغير وكثير المطالب، فلم يعد الفرد يستطيع إيجاد وقت كاف يستجمع فيه قواه لمواجهة ما يعترضه من أحداث وظروف. وهذا يصيبه بتلك الحالة من القلق والتوتر وبالإضافة إلى الإرهاق النفسي والجسمي (الوحيدوي وعامر، 2022، ص3).

حيث كشفت بعض الدراسات العلمية أن 89% من البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية يمرون بضغوط نفسية مرتفعة من وقت لآخر، وأن 6 أشخاص من بين كل 10 يمرون بضغوط نفسية مرتفعة مرة أو مرتين على الأقل أسبوعيا، في حين أن 25% غالبا من المجتمع يعانون من الضغوط النفسية المرتفعة يوميا. ما من شأنه خلق أشكال مختلفة من المشكلات النفسية الفيزيولوجية والاجتماعية أيضا الناتجة حصرا عنها (السيد، 2018، ص26).

كما تؤكد العديد من البحوث في ذات الموضوع أن ما يقارب 80% من الأمراض المعاصرة تكون بدايتها الضغوط النفسية، حيث أكد المكتب العالمي للعمل في تقريره أن

الضغط النفسي قد يتسبب في العديد من الأمراض؛ كأمراض القلب الوعائية والقرحة المعدية والسكتة الدماغية وغيرها، غير أن هذه النتائج الجسدية لا تظهر إلا بعد فشل الفرد في التكيف مع مختلف مواقف الحياة التي يواجهها، واستنفاده لكل طاقات التكيف لديه، وهو ما دفع بيار مارتي (P.Marty) إلى إطلاق مفهوم الجسدنة Somatization في إطار نظريته على هذه العملية النفسية- الجسدية والتي يكون فيها الفرد عاجزا عن المعالجة الذهنية للأزمات التي يواجهها والتي تكون نتيجة لأحداث خارجية تهدد التنظيم العقلي له (شفيق، 2017، ص284).

وتعتبر الانفعالات والضغوط النفسية العامل الأول الذي يؤدي إلى استتارة الحالة العضوية للفرد، وبالتالي ظهور ما يعرف بالاضطرابات السيكوسوماتية التي تتميز بوجود أعراض جسمية ناشئة عن مجموعة من العوامل الانفعالية، حيث يعمل الجسد على مشاركة النفس في التصدي لتلك الضغوط التي فاقت قدرته على التحمل، وخلال هذا التفاعل للجسم مع الضغوط النفسية قد يصيبه الاضطراب الدائم أو المؤقت. وبالتالي معاناة الفرد من مجموعة من الأعراض المختلفة التي قد تستمر دون معرفة سببها (غانم، 2011، ص72).

وقد مر مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية بمجموعة مراحل تطويرية بدءا من تصنيفها كأمراض جسمية عادية، إلى أن تم اكتشاف دور العوامل الانفعالية في تأثيرها على الحالة الجسمية، وصولا إلى الرؤية الحالية بأن هناك عوامل متعددة -Multi Factors تؤدي إلى المرض الجسمي سواء عوامل جسمية أو نفسية أو اجتماعية... (طلعت، 2017، ص18).

حيث يتألف مصطلح "الاضطرابات السيكوسوماتية" "Psychosomatic" من كلمتين يونانيتين Psycho بمعنى الروح أو العقل في إشارة إلى العوامل النفسية التي تنشأ منها الاضطرابات الجسمية أو تتطور بسببها، و Soma وتعني الجسم وذلك لاعتباره

المجال العضوي لتلك التفاعلات والانفعالات النفسية، فهو الذي يعاني من آثار اضطرابات النفس أي المعنى اللاشعوري للاضطراب. وهذا ما يؤكد أن وظائف الإنسان متكاملة متداخلة فيما بينها بين الوظائف الفيزيولوجية والسيكولوجية باستمرار، وتعتمد كل منها على الأخرى (الشواشرة والدقس، 2014، ص107).

وتشكل الأمراض المزمنة وعلاجها وضعيات ضاغطة وشاقة على حياة المريض ويعتبرها خبرات مؤلمة سترافقه طول حياته، حيث سيكتشف مع الوقت أن أساليبه الاعتيادية في التعامل والمواجهة في سبيل التكيف مع المشكلات ليست فعالة، فالمشكلات المستجدة المصاحبة للمرض المزمن لا تستجيب للاستراتيجيات المعتادة لمواجهة المواقف الضاغطة السابقة (ريحاني، 2019، ص9).

ومن خلال نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 " MICS 3 " تبين أن مرض السكري من النوع الثاني يحتل المرتبة الثالثة من حيث ترتيب الأمراض المزمنة بنسبة 1.5% لكلا الجنسين، ونسبة مرتفعة عند الإناث مقارنة بالذكور حيث تقدر ب 1.7% للإناث أما الذكور ب 1.3%، ويصل أعلى معدلاته في الفئة العمرية (60-69) بنسبة 10.6%، وقدرت نسبة الوفاة بداء السكري من النوع الثاني خلال نفس الفترة ب 7.4% حسب مسح TAHINA لأسباب الوفاة في الجزائر سنة 2002 (قوارح وصالي، 2017، ص53).

وحسب منظمة الصحة العالمية (2016) فإن داء السكري من النوع الثاني من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا حيث أشارت إحصائيات سنة 2014 إلى أن 9% من البالغين سن 18 فأكثر مصابون بالداء كما سجلت في عام 2012 نسبة وفيات بالسكري من النوع الثاني قدرت ب 1.5 مليون حالة حيث أن 80% من الوفيات به سجلت في البلدان المنخفضة ومتوسطة الدخل.

ومع الانتشار المتزايد لأعداد المصابين بالأمراض المزمنة وزيادة خطر تعرض الأفراد للإصابة بها وذلك بسبب الحياة المعقدة المنتجة للضغوط المتنوعة التي أنهكت الأفراد ونفسياتهم، حيث ظهرت العديد من المحاولات لدراسة هذا الجانب ومحاولة إيجاد حلول ممكنة وتقديمها للتطبيق في الميدان الصحي. "حيث يعتبر النموذج التفاعلي إضافة كبيرة في مجال دراسة الضغط النفسي، من خلال إسهاماته في مختلف مكونات الظاهرة، ولعل أحد أبرز هذه المكونات أسلوب مواجهة الفرد لتلك الظروف، حيث أدى الاهتمام المتزايد بدراسة العلاقة (فرد - محيط) وتفاعلها إلى تقديم مصطلح جديد للدراسة هو "أساليب مواجهة الضغوط" Coping والتي اعتبرها لازاروس (1994) حصيلة المجهودات المعرفية والسلوكية التي تسعى إلى التحكم في الموقف وتعديله أو تغيير التصور الذاتي المرتبط به، لكن استجابة الفرد لمختلف المواقف الضاغطة تمتزج فيها اعتقاداته وأفكاره مع خصائص الموقف من أجل اختيار أسلوب المواجهة المناسب والفعال وينتج عنه عدد كبير من المشاعر والانفعالات السلبية منها الايجابية" (شفيق، 2017، ص285).

كما سعى الباحثون في مجال الصحة وعلم نفس الصحة إلى البحث في أهمية ودور العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية في الصحة، وركزوا على دراسة السلوكيات المتبناة من قبل المرضى وانعكاساتها على صحتهم وحالتهم النفسية المعاشة وكيفية تعامل الأفراد مع الضغوط وتأثيرها على حياتهم، فالأسلوب الذي يتبعه الفرد في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية التي تؤثر على حالته الصحية، حيث تشير إحدى التقارير الطبية في هذا الموضوع إلى وجود علاقة مباشرة بين السلوك والصحة (عزوز وجبالي، 2014، ص100).

ومن بين كل تلك المتغيرات الشخصية حظي متغير "مصدر الضبط الصحي" HLC باهتمام كبير من طرف الباحثين في هذا المجال وذلك لأهميته الكبيرة وتأثيره على طبيعة تفسير الفرد لمختلف الظواهر وبالتالي طبيعة الإدراك لديه وتحديد ردود أفعاله

واستجاباته؛ ومدى تحكمه في انفعالاته فذوو الضبط الداخلي يتميزون باعتقادهم بتحكمهم الشخصي في حالتهم الصحية وهذا ما يؤدي إلى التخفيف من حالة التوتر المصاحبة للمرض وأعراضه.

فمواجهة مثل هذه الوضعيات الخطرة كالمرض تتوقف على مستوى التدعيم أو التعزيز والمساندة التي يتلقاها الفرد، حيث توصلت الدراسات في هذا الموضوع إلى أن سلوك الفرد الصحي يتأثر بمعتقداته بخصوص مصدر صحته، أي أن "مصدر الضبط الصحي" الذي يتبناه الفرد في حياته يحدد بشكل كبير قدرته على تقدير ذاته، وتوقعه لسلوكاته ، وتخطيه لمختلف الأزمات (عليوة وجبالي، 2015، ص35).

فمصدر الضبط يقيس إدراك الفرد لكيفية التحكم في صحته من خلال سلوكه (داخلي) أو الحظ ونفوذ الآخرين والعوامل الخارجية التي قد تتحكم في سلوكه (الخارجي)، و ينطوي مفهوم مصدر الضبط الصحي على التربية الصحية، وترقية إدراك الفرد في أن صحته أكثر احتمالية أن تكون ذات توجه داخلي للضبط وبالتالي تحمله مسؤوليته تجاه ذلك، وعلى خلاف ذلك يعتقد ذوو الضبط الخارجي أن صحتهم تحت سيطرة الآخرين من ذوي النفوذ كالأطباء وسلك التمريض وعوامل أخرى كالحظ والصدفة (Weiss&Larsen, 1990, P122).

بالإضافة إلى المتغيرات الشخصية فقد اهتم علماء النفس خاصة الباحثون في مجال علم نفس الصحة بدراسة سمات الشخصية المؤثرة في صحة الفرد وفي تبنيه لسلوكات تتعلق بصحته، ويعتبر التفاوض من بين أهم السمات التي نالت اهتمام الباحثين، وهذا بعدما اهتموا إلى دوره الفعال في الصحة الجسمية والنفسية للفرد وتأثيره على سلوكاته، فالتفاوض في نظر علماء النفس هو خلفية تحيط بالحالة النفسية العامة للفرد وسلوكه وتوقعاته بالنسبة للحاضر والمستقبل، حيث برزت العديد من الدراسات التي

تناولت التفاؤل والتي أكدت على ارتباطه بالصحة، والنظرة الإيجابية للحياة، فضلا عن الدافعية نحو الإنجاز، والمقاومة... (بولجبال،2020،ص5).

وينطوي التفاؤل على مجموعة مكونات معرفية وانفعالية ودافعية حيث يميل الأفراد المتفائلون إلى استخدام أساليب أفضل وإلى أن يكونوا أكثر مثابرة ونجاحا كما يتميزون بصحة بدنية أفضل. حيث أشارت الكثير من البحوث في علم النفس منها دراسات (عبد الخالق،2000)، (Heinonen&al,2005)، (Kellonie,i, & al ,2005)، (Charyton & al,2009) إلى أن التفاؤل يقلل خطر التعرض للمشكلات الصحية وإلى تجاوز أسرع للأحداث المؤلمة كالموت أو المرض. حيث أن المتفائلين أقل قلقا، وأكثر قدرة على تحمل الشدائد، وأكثر ثقة وقدرة على اتخاذ القرار، وأكثر إبداعا، كما أظهرت وجود ارتباط إيجابي كبير بين نظرة التفاؤل والسعادة، بالإضافة إلى وجود علاقة إيجابية بينه وبين السيطرة على الضغوط ومواجهتها والقدرة على حل المشكلات، وضبط النفس، وتقدير الذات والتوافق، والصحة النفسية والجسمية، والعادات الغذائية الصحية (أبو الفضل وآخرون،2019،ص221).

وقد أجرى (Scheir& Carver,1992) دراسة لتحديد أثر التفاؤل في الشفاء من جراحة الشريان التاجي، لدى عينة أجريت لهم جراحة المجرى الجانبي للشريان التاجي(CABS) Coronary Artery Bypass Surgery فأوضحت النتائج أن المرضى المتفائلين كانوا أسرع في الشفاء والعودة إلى حياتهم الطبيعية مقارنة بالمتشائمين، مما يدل على أن التفاؤل له قدرة على خلق التكيف الفعال بعدها. وقد جمعت بيانات تتبعية عن المرضى لمدة خمس سنوات بعد إجراء العملية الجراحية حيث استمر التفاؤل منبئا مستقبليا بالشعور الذاتي بالصحة وبأن كل شيء على ما يرام لدى هؤلاء المرضى وبصفة عامة كانت نوعية حياتهم أعلى من المتشائمين، كما أكد الباحثان على أن المتفائلين كانت لديهم عادات صحية إيجابية أكثر، فقد كانوا يتعاطون الفيتامينات

بشكل منتظم، ويقل احتمال تناولهم وجبات غير صحية (أغذية تحتوي على لحوم مليئة بالدهون)، ويزداد احتمال اشتراكهم في برنامج لإعادة تأهيل القلب، وذلك مقارنة بالمتشائمين (عبد الخالق، 2016، ص 551).

ورغم الأهمية الكبيرة التي يتميز بها التفاؤل خاصة في مساهمته في خفض الصحة وتحفيز الجهاز المناعي للإنسان كما أشارت العديد من الدراسات حيث أكدت (Seegerstrom, 2001) في دراسة أجرتها على طلبة الجامعة أن مستوى التفاؤل ارتبط إيجابيا بارتفاع عدد الخلايا المساعدة والخلايا الطبيعية القاتلة، أي زيادة قوة الجهاز المناعي لدى الطلبة المتفائلين على عكس الطلبة المتشائمين. إلا أنه قد يشير إلى نوع من أنواع الوهم الإيجابي الذي من شأنه أن يؤثر سلبا على صحة الفرد ويقحمه في سلوكيات الخطر إيمانا منه أن الأحداث السلبية لن تحدث له عكس بقية الأفراد الذين يحيطون به وهو ما يعرف بالتفاؤلية الدفاعية defensive optimism.

فالأفراد يظهرون وجود الدفاعية المنتشرة والمثيرة للدهشة عندما يكون الأمر متعلقا بالتنبؤ بما سيحدث غدا أو الأسبوع المقبل أو حتى خلال 50 عاما إلى الأمام، فهم يبالغون في تقدير احتمالات وقوع الأحداث الإيجابية وبالمقابل يقللون من احتمالات وقوع الأحداث السلبية، والدفاعية هي الفرق بين توقع الشخص والنتائج المستقبلية الفعلية؛ فإذا كانت التوقعات أفضل من الواقع فإن الدفاعية "تفاؤلية" وإذا كان الواقع أفضل مما كان متوقعا فإن الدفاعية "تشاؤمية". والتفاؤلية الدفاعية ليست سمة شخصية ولكنها حالة تنشأ بسبب المحاولات المشتركة لنوعين من ميكانيزمات الدفاع: الأولى المحاولات التي ترتبط بالعوامل المعرفية مثل نقص المعلومات والخبرات، وضعف استبصار الفرد بمهاراته المعرفية، والثاني ميكانيزم دفاعي له طبيعة دافعية أو تحفيزية ترتبط ارتباطا وثيقا بدفاع الفرد عن تقديره لذاته والرفض الدفاعي للتغلب على التوتر (راغب، 2023، ص 5).

وهذا ما من شأنه أن يسبب نتائج غير متوقعة والتعرض للكثير من المخاطر خاصة الصحية منها، ويكون ذلك عندما يسلك الفرد سلوكا خطرا دون الأخذ بعين الاعتبار ما قد ينجم عنه مضر صحية، وهو ما اهتمت به البحوث الحديثة التي تسعى إلى إبراز الدور الحيوي في صحة الفرد حيث خصص العلماء والأطباء فرعا جديدا يعرف باسم علم الأوبئة السلوكية والذي اتجه للبحث في مدى مساهمة بعض سلوكيات الخطر كالتدخين والبدانة في حدوث وانتشار الأمراض المزمنة والخبیثة، وقد أدرج العلماء مفهوم السلوك في قائمة العوامل التي تشكل خطرا على الصحة؛ وذلك تأكيدا منهم على دوره في نشأة الأمراض المزمنة والخبیثة وانتشارها. فأصبح بذلك مفهوم السلوك يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحظى بها عوامل الخطر البيولوجية (مشاشو، 2011، ص21).

ونظرا للانتشار الرهيب للأمراض المزمنة بأنواعها المختلفة كان لزاما البحث في المتغيرات الشخصية للفرد المصاب بها كمصدر الضبط الصحي الذي يعكس مدى اعتقاده في تحكمه في أمور حياته بصفة عامة وأمور صحته بصفة خاصة ومعرفة ما إذا كان الأفراد يعززون المستجد في صحتهم إلى أنفسهم وقدراتهم الشخصية أم أنهم يلقون بها خارجا لتصبح نتاج الحظ ونفوذ الآخرين الأقوياء المحيطين بهم كالأطباء وطاقم التمريض والصحة، بالإضافة إلى ذلك وجب دراسة التفاعلية الدفاعية لدى المرضى ومدى تأثيرها على تصرفاتهم الشخصية وتبني الأفراد المرضى لسلوكيات الخطر من خلال تهوين الخطوة القادمة وعدم أخذها بجدية ظنا منهم أنهم محصنون ضد القضايا السلبية التي يمكن أن تلحق بالجميع إلا أنفسهم.

وفي ضوء هذه المعطيات توجهت جهود الطالبة الباحثة في خوض غمار هذه الدراسة من خلال مساءلة جدية للبحث في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية في ظل بعض المتغيرات الديموغرافية (كالجنس، السن والمستوى التعليمي)، حيث تتمثل إشكالية الدراسة الحالية في الإجابة على التساؤلات التالي:

- ماهو البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بالسكري من النوع الثاني؟
- ما مستوى التفاعلية الدفاعية لدى الأفراد المصابين بالسكري من النوع الثاني؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاعلية الدفاعية لدى أفراد العينة تعزى إلى الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة تعزى إلى الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة تعزى إلى السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاعلية الدفاعية لدى أفراد العينة تعزى إلى السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة تعزى للمستوى التعليمي؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التفاعلية الدفاعية لدى أفراد العينة تعزى للمستوى التعليمي؟
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني؟

2- أهمية الدراسة:

تكتسب كل دراسة أهميتها من خلال أبعادها النظرية والتطبيقية، والتي تحفز الباحث على المتابعة والتحقيق للإجابة على التساؤلات المطروحة. وتركز الدراسة الحالية على الكشف على طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية لدى المرضى السيكوسوماتية - إن وجدت - والبحث في الفروق في تبني مفردات عينة الدراسة

لهذين المتغيرين تبعا لمجموعة من المتغيرات الديموغرافية (الجنس، السن والمستوى التعليمي)، ويمكن تقسيم هذه الأهمية إلى قسمين - نظري وتطبيقي - كما يلي:

1- الأهمية النظرية:

- تكمن الأهمية النظرية للدراسة الحالية في حداثة الموضوع، وندرة الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية بالصورة التي حددتها دراستنا الحالية- في حدود إطلاع الطالبة الباحثة-، وهي بذلك تعتبر إضافة للتراث العلمي النظري في الموضوع.

- إن طبيعة العينة والمتمثلة في المرضى السيكوسوماتيين يكسب هذه الدراسة خصوصية وأهمية تميزها؛ ذلك للتزايد الرهيب للإصابة بهذه الاضطرابات نتيجة لتعقيدات الحياة المعاصرة وعدم قدرة الفرد على مواجهة الضغوط التي تفرضها مثل هذه الأنماط من الحياة الراهنة.

- ويعتبر السكري من النوع الثاني من أهم الأمراض السيكوسوماتية المنتشرة في المجتمع الجزائري ومن أكثرها خطورة وتهديدا لصحة الفرد، ما يستدعي تحلي الفرد بروح المسؤولية تجاه صحته وحياته؛ وهذا ما يكسب هذه الدراسة أهمية وحساسية بالغة.

- إن اهتمام الدراسة بمفهوم مصدر الضبط الصحي يسلط الضوء على واحد من أهم المتغيرات الشخصية، والذي يعبر على مدى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في أمور صحته، هذا ما يسمح لنا بتصنيف أفراد العينة حسب معتقداتهم إلى ذوي ضبط داخلي للصحة وهم من يؤمنون بمسؤوليتهم اتجاه صحتهم وأنهم من يتحكمون فيها، وذوي الضبط الخارجي للصحة وهم الأفراد الذين يؤمنون بدور الحظ ونفوذ الآخرين الأقوياء المتحكمين في صحتهم.

- كما يسلط البحث الحالي الضوء على واحد من أهم الأوهام الإيجابية المتمثل في "التفاؤلية الدفاعية" والذي يحفز القلق والتوتر ويجعل الفرد يعتقد أن الوضع تحت سيطرته وأنه ليس بذلك السوء الذي يراه الآخرون، حيث يمكن أن يؤدي هذا التقدير المهون

والمبالغ فيه للمواقف الضاغطة إلى انخراط الأفراد في سلوكيات الخطر التي قد تؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للفرد.

2- الأهمية التطبيقية:

تكمن أهمية الدراسة الحلية من جانبها التطبيقي في مايلي:

- تقدم هذه الدراسة مقياسا جديدا خاص بالتقاولية الدفاعية لدى المرضى السيكوسوماتيين، ومرضى السكري من النوع الثاني خاصة، وقد تم التأكد من صدقه وثباته باعتماد مجموعة من معايير السيكومترية.
- تفيد نتائج الدراسة مرضى السكري من النوع الثاني وتوجههم لتطوير سلوكيات الرعاية، والتربية الصحية لديهم والتخلي بروح المسؤولية والجدية في التعامل مع المرض.
- يمكن الاستفادة من نتائج الدراسة في بناء برامج علاجية قائمة على مصدر الضبط الصحي لخفض مستوى التقاولية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية والتخفيف من آثارها وتوجيههم لرفع مستوى جودة الحياة لديهم والرعاية الذاتية الجيدة.

3- أهداف الدراسة:

تسعى الطالبة الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى بلوغ عدة أهداف تم تسطيرها انطلاقا من إشكالية الدراسة وهي كالتالي:

- الكشف عن البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة.
- التعرف على مستوى التقاولية الدفاعية لدى عينة الدراسة.
- معرفة إذا كان هناك فروق في التقاولية الدفاعية لدى عينة الدراسة تعزى لعامل الجنس.

- معرفة إذا كان هناك فروق في مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة تعزى لعامل الجنس.
- معرفة إذا كان هناك فروق في مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة تعزى لعامل السن.
- معرفة إذا كان هناك فروق في التفاؤلية الدفاعية لدى عينة الدراسة تعزى لعامل السن.
- معرفة إذا كان هناك فروق في مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة تعزى لعامل المستوى التعليمي.
- معرفة إذا كان هناك فروق في التفاؤلية الدفاعية لدى عينة الدراسة تعزى لعامل المستوى التعليمي.
- معرفة ما إذا كان هناك علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى عينة الدراسة.

4- المفاهيم الأساسية في الدراسة:

تجمع الدراسة الحالية بين متغيرين مهمين وهما مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية؛ وفيما يلي تعريفها الإجرائي في إطار هذه الدراسة وحدودها:

- مصدر الضبط الصحي:

يشير إلى اعتقاد الفرد في مدى قدرته على التحكم في صحته ويقاس في هذه الدراسة بالدرجة التي يتحصل عليها مرضى السكري من النوع الثاني على مقياس مصدر الضبط الصحي لنور الدين جبالي(2007).

- التفاعلية الدفاعية:

هي ذلك الوهم الإيجابي غير الواقعي الذي يحفز التوتر والقلق، والذي يجعل الفرد المتفائل دفاعيا يخفف من خطورة الأحداث عكس ما يراه الآخرون ويؤمن بقدرته على تجاوز الخطر؛ ويستدل عليها في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها الأفراد المصابون بالسكري من النوع الثاني على مقياس التفاعلية الدفاعية الذي صممه الباحثة في إطار استكمال هذه الدراسة، وتم التأكد من خصائصه السيكومترية.

5- الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة عنصرا محوريا لبناء البحوث والدراسات، فأهم ما يميز العلوم كونها تراكمية وتمتاز بالاستمرارية وقد حاولت الباحثة في هذا العنصر استعراض بعض الدراسات الخاصة بكل متغير وذلك لعدم وجود دراسات جمعت بين متغيري الدراسة وذلك في حدود إطلاعها- وقد سعت أيضا إلى عرض بعض الدراسات المشابهة والتي من شأنها أن تخدم الموضوع حسب تصورهما. وفيما يلي عرض لما تم جمعه من دراسات سابقة ذات صلة مباشرة أو مشابهة:

1- دراسات مصدر الضبط الصحي:

الجدول رقم (01): ملخص للدراسات السابقة التي تناولت مصدر الضبط الصحي.

الباحث والسنة	العنوان	العينة	الأدوات	المنهج	النتائج
جبالي نور الدين (2007)	علاقة مصدر الضبط الصحي بالاضطرابات السيكوسوماتية.	205 فردا راشدا	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون	وصفي	سيطرة الضبط الداخلي مقارنة بالخارجي. وجود فروق في مصدر الضبط لنفوذ الآخرين بين الجنسين لصالح الذكور وبين المتزوجين وغيرهم لصالح المتزوجين، وجود

فروق تعزى للمستوى التعليمي حيث كان الجامعيون أكثر ميلا للضبط الداخلي عكس ذوي المستوى الابتدائي الذين أظهروا ميلا للضبط الخارجي.					
سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي مقارنة بالخارجي للحظ. الذكور وكبار السن أكثر اعتقادا في مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين. عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير السن والجنس في بعدي مصدر الضبط الصحي الداخلي والخارجي للحظ.	وصفي	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون.	335 فردا من الجنسين. لوالستون.	دور المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي.	أحمان لبنى (2012)
سيادة الضبط الخارجي لذوي النفوذ. عدم وجود فروق دالة إحصائية في متوسطات أبعاد مصدر الضبط تعزى لمتغير الجنس، السن والحالة الاجتماعية.	وصفي ارتباطي	مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأوجه	52 مريض سرطان من الجنسين.	مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان.	مرازقة وليدة (2012)
عدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض.	وصفي	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون.	72 مريض بالقصور الكلوي.	مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي.	جبالي نور الدين عزوز اسمهان (2014)
ارتفاع مصدر الضبط الخارجي	وصفي	مقياس مصدر	250	مصدر الضبط الصحي	عزوز

اسمهان (2015)	وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي.	مريض قصور كلوي من الجنسين.	الضبط الصحي لوالستون.	لذوي النفوذ. عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي والسن. غياب فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.
جبالي نور الدين عليوة سمية (2015)	مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني	86 مريض سكري من الجنسين.	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون.	لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي وكل من مدة المرض والسن.
شفيق ساعد (2019)	مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية.	200 مريض مقسمين على أربع مجموعات حسب المرض.	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون.	سيطرة الضبط الصحي الداخلي لدى العينة. عدم وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي. وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل السن في بعدي الضبط الداخلي والحظ.
نوار شهرزاد (2020)	مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري من النوع الثاني.	163 مريض سكري	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون.	سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي. عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي حسب الجنس بينما سجلت فروق

دالة حسب مدة المرض.					
وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مركز الضبط الصحي الداخلي والعمر ومستوى التعليم حيث كان الضبط الداخلي أعلى لدى المرضى الأكبر سناً والحاصلين على مستوى جامعي.	وصفي	مقياس مصدر الضبط الصحي	150 مريض سكري	العلاقة بين مركز الضبط الصحي والالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.	سبأ سلوم حمود سلاف (2021)
سيادة مصدر الضبط الداخلي	وصفي	مقياس مصدر الضبط الداخلي لوالستون.	80 مريض سكري	تأثير الفعالية الذاتية والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني من النوع الثاني.	نياب أحلام (2023)
سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي. وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس لصالح الإناث. عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لعامل المستوى التعليمي (جامعي/ غير جامعي).	وصفي	مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون. ارتباطي	87 مريض سكري من الجنسين	مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية لمرض السكري من النوع الثاني من النوع الثاني	يحيوي بثينة خلفي عبد الحليم (2024)

◀ التعقيب على الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي:

من خلال عرض الدراسات السابقة لمتغير مصدر الضبط الصحي والتي شملت دراسات قديمة نسبيا وأخرى حديثة؛ حيث كانت أقدم دراسة للباحث (جبالي، 2007) وأحدثها دراسة (يحياوي وخلفي، 2024).

حيث نلمس اختلافا بين هذه الدراسات المعروضة من خلال تنوع أهدافها وذلك تبعا لمسار الدراسة وحدودها التي سطرها الباحثون، فنجد دراسة (نوار، 2020) التي توجهت إلى الكشف عن البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني بالإضافة إلى الكشف عن الفروق التي تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية.

في حين توجهت الدراسات الأخرى إلى ربط متغير مصدر الضبط الصحي ببعض المتغيرات النفسية ومحاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بينها ومن بين المتغيرات المدروسة (المساندة الاجتماعية، استراتيجيات المواجهة، الكفاءة الذاتية، الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية وإدارة الألم).

كما تنوعت الدراسات أيضا من حيث العينة المدروسة فقد توجه (جبالي، 2007) بالإضافة إلى (أحمان، 2012) إلى فئة الراشدين، في حين اختارت الباحثة (مرازقة، 2012، مرضى السرطان، ونجد دراسة (جبالي وعزوز، 2014) ودراسة (عزوز، 2015)، اختار فيها الباحثون دراسة عينة مرضى القصور الكلوي، ونجد كل من (جبالي وعلوية، 2015)، (نوار، 2020)، (سبا وحمود، 2021)، (ذياب، 2023) ودراسة (يحياوي وخلفي، 2024) الذين توجهوا إلى دراسة مرضى السكري من النوع الثاني. أما دراسة (ساعد، 2019) فقد خالفت كل الدراسات السابقة المذكورة حيث قسمت عينته إلى أربع

مجموعات حسب المرض لتشمل مرضى القلب والأوعية الدموية، مرضى السكري من النوع الثاني، مرضى القرحة المعدية والهضمية ومرضى الربو.

كما تباينت الدراسات المعروضة من حيث حجم العينة المدروسة فمنها من اعتمد على عينات كبيرة الحجم كما في دراسة (جبالي، 2007)، (أحمان، 2012)، (عزوز، 2015)، (شفيق، 2019)، (نوار، 2020) و(سبأ وحمود، 2021)، في حين اعتمدت باقي الدراسات على العينات المتوسطة الحجم إلا دراسة (مرازقة، 2012) التي اعتمدت على عينة صغيرة نوعا ما.

ومن حيث أداة الدراسة فقد اتفقت كل الدراسات التي تم عرضها على استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون والمعد للبيئة العربية الجزائرية من طرف الباحث (جبالي، 2007) بالإضافة إلى استخدام مقاييس أخرى حسب طبيعة متغيرات كل دراسة أما دراسة (مرازقة، 2012) فقد اعتمدت على مقياس مصدر الضبط متعدد الأوجه الخاص بالألم.

كما نلاحظ أن كل الدراسات اعتمدت المنهج الوصفي والذي كان مناسباً لطبيعة المواضيع ويخدم أهداف البحث المسطرة ويسمح بالتحقق من الفرضيات.

2- دراسات التفاؤلية الدفاعية:

الجدول رقم (02): ملخص الدراسات السابقة الخاصة بمتغير التفاؤلية الدفاعية.

النتائج	المنهج	الأدوات	العينة	العنوان	الباحث (السنة)
كشفت العينة عن مستوى مرتفع من تحيز التفاؤل، واعتبروا	الوصفي	قائمة تضم (45) مشكلة صحية تشمل بعدين أساسيين: الأمراض -	100 طالب جامعي من	Unrealistic optimism about susceptibility to health problems.	Weinstein Neil(1982)

<p>أنهم أقل عرضة للإصابة بالمشكلات الصحية. العوامل التي تزيد في مستوى التفاؤل غير الواقعي هي: إمكانية التحكم في المرض، نقص الخبرة السابقة، الاعتقاد أن المشكلات الصحية تظهر في مرحلة الطفولة. التفاؤل غير الواقعي يضعف احتمال التعرض للأمراض ويخفض القلق.</p>		<p>أسباب الوفاة (حيث يقوم الطالب بتقييم فرص إصابته بهذه المشكلات وفرص زملائه في الجامعة نفسها).</p>	<p>الجنسين.</p>	<p>"التفاؤل غير الواقعي بشأن قابلية التعرض للمشاكل الصحية".</p>	
<p>توقع الأفراد أن احتمال إصابتهم بهذه الالتهاب والأمراض الجنسية أقل من</p>	<p>وصفي</p>	<p>استمارة تضمن مجموعة من الأحداث التي يقوم الفرد بتقييم احتمال تعرضه لها.</p>	<p>535 فرد مثلي</p>	<p>Risk perception and behavior : Pessimism ,realism ,and optimism about AIDS-</p>	<p>Van dervelde. Frank Hooykaas christa(19</p>

<p>أقرانهم وبالتالي ارتفاع مستوى التفاؤل غير الواقعي لديهم.</p>				<p>related health behavior. "الإدراك السلوكي للمخاطر: التشاؤم، الواقعية والتفاؤل في سلوكيات الصحة المتعلقة بالإيدز".</p>	<p>92)</p>
<p>عدم وجود فروق بين الجنسين في مستوى التفاؤل غير الواقعي</p>	<p>الوصفي</p>	<p>مقياس التفاؤل غير الواقعي</p>	<p>356 طالب من الجنسين</p>	<p>إعداد مقياس التفاؤل غير الواقعي لدى عينة من الطلاب والطالبات في الكويت.</p>	<p>الأنصاري بدر محمد(2001)</p>
<p>وجود فروق في مستوى التفاؤل غير الواقعي تعزى لعامل السن لصالح الفئة من 20- 30 سنة والفئة الأكبر من 50 سنة. عدم وجود فروق في مستوى التفاؤل غير الواقعي تعزى لعامل المستوى التعليمي.</p>	<p>الوصفي</p>	<p>مقياس التفاؤل غير الواقعي</p>	<p>133 فرد سائق</p>	<p>علاقة التفاؤل غير الواقعي بسلوك السياقة الصحي لدى السائقين.</p>	<p>زعابطة سرين هاجر(2011)</p>
<p>وجود علاقة</p>	<p>الوصفي</p>	<p>مقياس التفاؤل غير</p>	<p>130</p>	<p>علاقة التفاؤل غير</p>	<p>مشاشو قرمية</p>

<p>(2011)</p>	<p>الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين. دراسة مقارنة بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة. بسرطان الرئة.</p>	<p>مدخن غير مصاب بسرطان الرئة و112 حالة مدخنين مصابين بسرطان الرئة.</p>	<p>الواقعي</p>	<p>المقارن</p>	<p>سلبية بين التناول غير الواقعي والسن. وجود فروق في مستوى التناول غير الواقعي لدى عينة الدراسة تعزى لعامل المستوى التعليمي.</p>
<p>عيادي نادية (2016)</p>	<p>دور التفاوضية الدفاعية والوظيفية في مدى قيام مريض السكري من النوع الثاني بالسلوك الصحي</p>	<p>212 مريض سكري</p>	<p>مقياس التفاوضية الدفاعية والوظيفية. مقياس السلوك الصحي.</p>	<p>الوصفي</p>	<p>توزيع اعتدالي لقيم التفاوضية الدفاعية. عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاوضية الدفاعية تعزى للجنس ومدة الإصابة في حين توجد فروق دالة تعزى للسن والمستوى التعليمي.</p>
<p>بخوش سارة</p>	<p>التفاوضية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم</p>	<p>86 مريض</p>	<p>مقياس التفاوضية الدفاعية والوظيفية.</p>	<p>الوصفي</p>	<p>أغلب أفراد عينة الدراسة</p>

<p>يستخدمون التقائولية الدفاعية أكثر من الوظيفية. ترتبط التقائولية الدفاعية سلبا بالاستراتيجيات التكيفية وهذه العلاقة تتأثر بمتغير العمر والجنس في حين أن المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومدة المرض لا تؤثر.</p>			<p>سرطان</p>	<p>لدى بعض مرضى السرطان من ذوي النمط السلوكي C</p>	<p>(2022)</p>
<p>علاقة موجبة بين التقائولية الدفاعية والسلوك الخطر. لا توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستوى التقائولية الدفاعية.</p>	<p>الوصفي</p>	<p>مقياس التقائولية الدفاعية</p>	<p>368 طالب من الجنسين</p>	<p>الإسهام النسبي للهوية النفسية والتقائولية الدفاعية في التنبؤ بالسلوك الخطر لدى المراهقين.</p>	<p>راغب فتحي عبد السميع نجلاء (2023)</p>

◀ التعقيب على الدراسات التي تناولت التفاوضية الدفاعية:

من خلال عرض الدراسات السابقة لمتغير التفاوضية الدفاعية والدراسات المشابهة والقريبة منها والتي اشتملت على دراسات متنوعة من حيث تاريخ الدراسة فنجد أقدم دراسة هي دراسة (Weinstein Neil,1982) وأحدث دراسة هي دراسة (راغب، 2023). حيث تنوعت الدراسات من حيث أهدافها حيث سعت بعض منها للكشف عن علاقة التفاوض بسلوكيات الخطر والانخراط في المشكلات الصحية كدراسة (Weinstein,1982) ودراسة (Hooykaas christa,1992)، في حين تناولت (زعابطة، 2011) في دراستها علاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك السياقة، وكذلك دراسة (مشاشو، 2011) التي اتجهت إلى علاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك التدخين، ونجد الباحثة (عيادي، 2016) في دراستها ربطت بين التفاوضية بنوعيتها الدفاعية والوظيفية ومدى انخراط المرضى من فئة السكري من النوع الثاني في السلوكيات الصحية، وفي موضوع مشابه اتجهت الباحثة (بخوش، 2022) إلى البحث في موضوع التفاوضية الدفاعية والوظيفية وعلاقتها بإدارة الألم لدى مرضى السرطان، أما الباحثة (راغب، 2023) فقامت بربط التفاوضية الدفاعية بالهوية النفسية في محاولة للكشف عن مدى إسهامهما في التنبؤ بسلوك الخطر لدى المراهقين.

حيث تنوعت الدراسات من حيث العينة في نوعها وحجمها؛ فمن حيث النوع تم دراسة فئة الطلبة كدراسة (Weinstein,1982)، (راغب، 2023) والمثليين في دراسة (Hooykaas christa,1992) والسائقين (زعابطة، 2011)، والمدخنين المصابين وغير المصابين بالسرطان في دراسة (مشاشو، 2011) مرضى السكري من النوع الثاني في دراسة (عيادي، 2016) ومرضى السرطان في دراسة (بخوش، 2022). أما من حيث الحجم فقد اعتمدت كل الدراسات على العينات الكبيرة في حين اختارت الباحثة (بخوش، 2022) عينة صغيرة الحجم.

كما اختلف أدوات الدراسة التي استخدمها الباحثون وتتنوع فمنهم من استخدم استمارات تحتوي على مجموعة من الأحداث وطلب من المستجيبين تقييم درجة احتمال تعرضهم لنا وبالمقابل احتمال تعرض الآخرين لها، في حين اعتمدت بعض الدراسات على مقياس التناؤل غير الواقعي لبدر الأنصاري(2001) أما دراسة كل من (عيادي، 2016)، (بخوش، 2022) و(راغب، 2023) فقد اعتمدوا على مقياس للتناؤلية الدفاعية صممت خلال فترة إجراء تلك الدراسات.

وقد اتفقت الدراسات المعروضة في نوع المنهج المستخدم في البحث؛ حيث اعتمدوا المنهج الوصفي المناسب لمثل هذه الدراسات والكشف عن مستوى التناؤلية وعلاقتها ببعض المتغيرات بالإضافة إلى الكشف عن الفروق في مستوى التناؤلية والتي تعزى لبعض المتغيرات الديموغرافية والتي تم تحديدها حسب أهداف كل دراسة (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي).

3- الدراسات المشابهة التي تظهر في مضمونها طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط والتناؤلية الدفاعية:

نظرا لغياب الدراسات السابقة التي جمعت بين مصدر الضبط الصحي والتناؤلية الدفاعية بشكل مباشر وذلك في حدود إطلاع الطالبة الباحثة التي سعت إلى جمع دراسات مشابهة وقريبة والاطلاع عليها وعرضها خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (03): ملخص للدراسات السابقة التي تناولت مصدر الضبط والتناؤلية.

الباحث (السنة)	العنوان	العينة	الأدوات	المنهج	النتائج
Hooren s Vera Buunk Bram P	Social Comparison of Risks : Health Locus of	84 طالب من الجنسين	مقياس مصدر الضبط لروتر الذي تم تعديله حسب متطلبات البيئة	وصفي	كان مستوى التناؤل غير الواقعي لدى عينة الدراسة مرتفع. كان التناؤل غير

<p>الواقعي أقوى لدى الأفراد الذين يعتقدون بالتحكم الشخص (ذوي الضبط الداخلي) مقارنة بالأفراد الذين يمتلكون مصدر ضبط خارجي.</p>		<p>والعينة. استبيان التفاؤل غير الواقعي يحتوي على تقييم الفرد لاحتمال تعرضه لمجموعة من المشاكل الصحية واحتمال تعرض الآخرين لها.</p>		<p>control , the Person- Bias, Positivity and Unrealistic Optimism المقارنة الاجتماعية للمخاطر الصحية: مصدر الضبط، الانحياز الشخصي الإيجابي والتفاؤل غير الواقعي.</p>	<p>(1993)</p>
<p>بينت النتائج وجود انحياز للتفاؤل في كل الأحداث الأربعة التي طلب من الأفراد تقييم احتمال تعرضهم لها، وكان التفاؤل المتحيز أكبر بشكل ملحوظ في الحدثين الذين اعتبر أفراد العينة أنهم يتحكمون فيها ولديهم سيطرة شخصية عليها وذلك مقارنة بالحدثين الذين أظهرها فيهما قدرة</p>	<p>وصفي</p>	<p>استبيان يطلب فيه من الأفراد المشاركين تقدير مخاطر التعرض للأحداث السيئة وذلك بوضع درجة تتراوح بين 0-100 حسب إمكانية تعرضهم للأحداث السلبية. استبيان لتقييم مدى تحكمهم في الأحداث التي يتعرضون لها في يومياتهم وذلك بتقدير يتراوح بين 0-100 درجة حسب</p>	<p>100 فرد تم اختيارهم بشكل عشوائي .</p>	<p>Is optimistic bias influenced by control or delay ? هل يتأثر انحياز التفاؤل بالسيطرة أو التأخير؟</p>	<p>Kos Julie M Clarke Valerie A(2001)</p>

أقل في التحكم والسيطرة الشخصية.		تقييمهم الشخصي.			
مستوى مرتفع من إدراك التحكم لدى العينة بالنسبة للأسئلة التسعة المطروحة. إدراكات السيطرة تتنبأ بالتفاؤل غير الواقعي، وكان الإدراك بالتحكم هو العامل الوحيد المرتبط بشكل مستقل بالتفاؤل غير الواقعي.	وصفي	استبيان مصمم لتقييم التفاؤل غير الواقعي والعديد من المخاطر.	171 مريض	Perceptions of control and unrealistic optimism in early-phase cancer trials "إدراكات السيطرة والتفاؤل غير الواقعي في تجارب السرطان في مراحلها المبكرة".	Jansen Lynn A& al (2018)
عدم وجود تفاعل ذو دلالة بين الإيمان بعالم عادل والسيطرة وانحياز التفاؤل للأحداث الإيجابية، في حين سجلت علاقة دالة بين الإيمان بعالم عادل والسيطرة وانحياز التفاؤل للأحداث السلبية مما يعني أن الأفراد لديهم إيمان	وصفي	استبيان ذاتي شمل مقياس الإيمان بعالم عادل وتقييم احتمال السيطرة على حدوث 42 حدث إيجابي وسلبي في الحياة.	192 فرد	The relationship between optimism and perceived control of life events moderated by the belief in a just word. Running head :	Callisto Jordan a (2019)

<p>عال بعالم عادل وسيطرة عالية ويمتلكون انحياز تفاؤل أقل بأن الأحداث السلبية ستحدث لهم، وتلعب هذه النتائج دورا هاما في تعزيز الرفاهية العامة والتقليل من السلوكيات الصحية غير المرغوبة من خلال التقليل من انحياز التفاؤل الذي يعتقد فيه الفرد أن الأمراض ستؤثر على الآخرين فقط ولن يتعرض لها هو.</p>				<p>optimistic bias, control, and the belief in a just world. العلاقة بين التفاؤل والسيطرة المدركة على أحداث الحياة مع تعديل الإيمان بعالم عادل. العنوان المختصر للدراسة: انحياز التفاؤل، السيطرة والإيمان بعالم عادل.</p>
--	--	--	--	---

◀ التعقيب على هذه الدراسات:

تنوعت هذه الدراسات واختلفت في أهداف البحث حيث سعت دراسة (Hoorens,1993) إلى الكشف عن المقارنة الاجتماعية لدى الأفراد في المخاطر الصحية من خلال البحث في طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط والانحياز الشخصي الإيجابي والتفاؤل غير الواقعي، أما دراسة (Valerie,2001) فقد سعت إلى الكشف عن مدى تأثير انحياز التفاؤل بالسيطرة والتأخير، ونجد دراسة (Jansen Lynn A & al 2018) التي هدفت إلى الكشف عن إدراكات السيطرة والتفاؤل غير الواقعي في تجارب السرطان

في المراحل المبكرة، أما دراسة (Jordana Callisto,2019) فدرست انحياز التفاؤل وعلاقته بالسيطرة المدركة والإيمان بعالم عادل.

كما استعانت دراسة (Hoorens,1993) بعينة متوسطة من فئة الطلبة من الجنسين، أما دراسة (Valerie,2001) فاختارت مجموعة من الأفراد بطريقة عشوائية وكانت عينة كبيرة نوعا ما، أما دراسة (Jansen Lynn A &2018) (فدرست عينة كبيرة نوعا ما من مرضى السرطان في حالة مبكرة، في حين اختارت دراسة (Jordana Callisto,2019) عينة عشوائية من الأفراد وكانت عينة كبيرة.

كما تنوعت أدوات جمع البيانات في الدراسات المقدمة حيث اعتمدت دراسة (Hoorens,1993) على مقياس مصدر الضبط لروتر واستبيان التفاؤل غير الواقعي، أما دراسة (Valerie,2001) فقدمت للمستجيبين استبيان لتقدير احتمال تعرضهم للمخاطر بالنسبة للآخرين مع استبيان يقدر مدى قدرتهم في التحكم بالأحداث التي قد يتعرضون لها. أما دراسة (Jansen Lynn A &2018) (فقد اعتمدت استبيان لتقييم التفاؤل غير الواقعي والعديد من المخاطر، أما دراسة (Jordana Callisto,2019) فقدمت استبيانا ذاتيا متكون من مقياسين الأول للإيمان بعالم عادل والثاني لتقييم احتمال السيطرة على حدوث 42 حدث إيجابي وسلب في الحياة.

ورغم الاختلاف الواضح في أهداف الدراسات وتنوعها إلا أنها تشابهت في نوع المنهج المتبع لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من الفرضيات المقدمة فيها وكان المنهج الوصفي.

◀ مناقشة عامة للدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة تمكنت الطالبة الباحثة من تحديد مكانة الدراسة الحالية بين تلك الدراسات، حيث اتجهت الدراسات السابقة إلى تناول متغير

مصدر الضبط الصحي مع مجموعة من المتغيرات وكذلك بالنسبة لمتغير التفاعلية الدفاعية الذي تقل فيه الدراسات في حدود إطلاع الباحثة وتعتبر دراستنا هذه تقاطع بين هذه الدراسات لكنها خالفت تلك الدراسات وتميزت عنهم حيث جمعت بين مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية لدى المرضى السيكوسوماتيين ودراسة بعض الفروق في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية.

فاعتماد الدراسة للعلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني قد يوضح مدى تأثير هذه العلاقة على المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، وهنا تكمن أهمية وقيمة الدراسة الحالية بين الدراسات المشابهة.

لقد سمحت الدراسات السابقة وبعد الاطلاع عليها على تكوين نظرة مفصلة على حدود الموضوع وطبيعته وساعدت على رسم مسار مختلف عما سبق ولكنه اعتمدها كقاعدة بحثية متينة للانطلاق منها من أجل تحديد وبلوغ أهداف الدراسة الحالية.

فرضيات الدراسة:

اعتمادا على ما ورد في إشكالية الدراسة وعلى ضوء الدراسات السابقة التي تم عرضها فإن فرضيات دراستنا الحالية تكون كما يلي:

- يتميز مرضى السكري من النوع الثاني بالتوجه نحو الضبط الداخلي.
- يتميز مرضى السكري من النوع الثاني بمستوى مرتفع من التفاعلية الدفاعية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاعلية الدفاعية تعزى لعامل الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاوضية الدفاعية تعزى لعامل السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاوضية الدفاعية تعزى لعامل المستوى التعليمي.
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والتفاوضية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

الفصل الثاني مصدر الضبط الصحي

- 1- تعريف مصدر الضبط.
- 2- تعريف مصدر الضبط الصحي.
- 3- أبعاد مصدر الضبط.
- 4- سمات وخصائص الأفراد في قطبي الضبط.
- 5- محددات مصدر الضبط.
- 6- النظريات المفسرة لمصدر الضبط.
- 7- علاقة السلوك الصحي بمصدر الضبط
الصحي.

يتعرض الإنسان في حياته اليومية إلى الكثير من الأحداث والمواقف من فشل ونجاح، ويختلف تفسير هذه المواقف من فرد إلى آخر فمنهم من يرجعها إلى قدراته ومجهوداته الخاصة وبالتالي يتحمل مسؤولية تلك النتائج، في حين يعتمد البعض إلى إلقاء تلك النتائج على المحيط الخارجي من وينسبها إلى قوى خارجية كالحظ والقدر أو إلى سلطة الآخرين الأقوياء المحيطين به، إن الطيف الواسع من التفسيرات المختلفة تدخل في إطار متغير مهم من متغيرات الشخصية وهو "مصدر الضبط" وهو يؤثر في سلوك الفرد، ويعد هذا المفهوم من المتغيرات الحديثة نسبياً والتي صاغها جوليان روتر (Rotter 1954) في إطار نظريته الرائدة في التعلم الاجتماعي.

ومن خلال هذا المتغير انبثق منه متغير خاص بالصحة وهو ما عرف بـ "مصدر الضبط الصحي" الذي قدمه والستون في دراسته للمتغيرات الشخصية التي تؤثر في تفسير الفرد لحالته ومدى تحكمه فيها، حيث يركز مصدر الضبط الصحي Health Locus of Control على اعتقاد الفرد المريض في مدى تحكمه في حالته الصحية فنجد من يعزو حالته تلك إلى تحكمه الشخصي ومنهم من يرجعها إلى الحظ والقدر وقوة الآخرين كالأطباء وطاقم التمريض والعناية والأهل ...

ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى كل من متغير مصدر الضبط ومصدر الضبط الصحي بالدراسة في محاولة لتشكيل صورة مفصلة عن هذا المتغير وإسهاماته في صحة الفرد.

1- تعريف مصدر الضبط:

يعتبر "مصدر الضبط" من المفاهيم الحديثة في علم النفس، حيث تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي "Locus of Control" ليعبر عن كل من مصدر التحكم، وجهة الضبط، موضع التحكم، مصدر الضبط... (الأحمد، 2001، ص209).

حيث أشار معجم علم النفس والطب النفسي إلى أن مركز الضبط هو "مركز المسؤولية في السيطرة على السلوك، فالضبط الداخلي يشير إلى اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يوظف سلوكه لتحقيق أهدافه المرغوبة بالاعتماد على ذاته، أما مصدر الضبط الخارجي فيعبر عن اعتقادهم بأن الحقيقة توجد خارج الفرد وأن قوى غير الذات هي من تحدد حياته" (جابر والكفافي، 1991، ص2004).

وقد قدم جوليان روتر (J. B. Rotter, 1966) هذا المفهوم ونشره تحت عنوان "التوقعات المعقدة للضبط الداخلي-الخارجي للتعزيز" للإشارة إلى توقع معمم يصف اعتقاد الفرد في الجهة التي يعزو إليها أسباب حصوله على التعزيز. فالأفراد يكتسبون اعتقادات تحدد توقعاتهم حول مصدر التعزيزات التي يحصلون عليها، وإن كانت ترجع أسبابها لعوامل شخصية ذاتية على غرار الذكاء والمهارة والمثابرة وغيرها أم أنها ترجع إلى عوامل أخرى بعيدة عن سيطرتهم الشخصية كالحظ والقدرة والصدفة (الديب، 1987، ص36).

حيث أكد على أن أهمية مفهوم "الضبط الداخلي-الخارجي" ترجع إلى تنامي بعض المشاكل الاجتماعية المستديمة في هذه الأيام والتي تمس كل مستويات المجتمع وهي ترتبط بالزيادة السكانية الهائلة وزيادة تعقيد المجتمع وما يلي ذلك من مشاعر العجز (البعاج، 2015، ص5).

وقد اعتمد في طرحه لهذا المتغير على فرضية مفادها أن الأفراد تتطور لديهم توقعات عامة تبعا لمدى قدرتهم على التحكم في الأحداث السيئة، حيث يوجد أفراد يدركون تأثير حياتهم وطريقتها بأفعالهم وطريقة عملهم وخصائصهم الشخصية الدائمة نسبيا، إذ يعتقدون بأنهم أسياد أقدارهم ويتحملون المسؤولية اتجاه ما يحدث لهم؛ هؤلاء

يطلق عليهم تسمية " فئة الضبط الداخلي" بينما الأفراد الآخرون الذين يدركون أن "لا حول ولا قوة لهم" في أسلوب حياتهم وطريقتهم؛ فهم ينظرون إلى ذواتهم على أنهم مخلوقات تسيطر عليها قوى خارجية، فلا يستطيعون إحداث تأثير فيها وهؤلاء هم "فئة الضبط الخارجي". كما استعان في هذا الطرح على النتائج التي تحصل عليها من "عمليات العلاج النفسي للمرضى"، وكذا النتائج البحثية حول عملية تعلم الأداء والانطفاء، فالتحليل العيادي للمرضى أظهر أن هناك من يكتسبون من التجارب الجديدة ويغيرون سلوكياتهم بينما هناك بالمقابل من لا يتأثرون بها، ويمهلونها ويرجعون حالتهم إلى الحظ أو الصدفة أو الآخريين" ويعتبرونها مسببات تلك الحالة (معزية، 2012، ص13).

وقد تم التأكيد على أن "مصدر الضبط" يعكس الطريقة التي يدرك بها الفرد التدييمات التي يمكن أن تحدث له في حياته إيجابية كانت أو سلبية، حيث يعرف "مركز الضبط" بأنه توقع الفرد المتعلق بمصادر تعزيز السلوك فإما أنها داخلية أو خارجية. والضبط الداخلي يبدوا في إدراك الفرد لأفعاله على أنها نتيجة عمله أو نشاطه أو إمكاناته أو خصائصه الشخصية، أما مصدر الضبط الخارجي فيظهر في تقدير الفرد لأفعاله على أنها ليست نتيجة لقدراته الشخصية أو الخصائص التي يتميز بها؛ وإنما هي نتيجة لقوى خارجية لا يستطيع أن يتحكم فيها (القحطاني، 2015، ص71).

وقد أكد روتر (Rotter, 1966) أن تجارب الفرد التي تتعلق بالفشل والنجاح في أدائه وسلوكاته وملاحظته لسلوكات الآخرين ونتائجها تساهم بشكل كبير في تحديد مصدر الضبط والتحكم لديهم (الزروق، 2015، ص31).

تضيف (أحمان، 2012) أن مفهوم "مصدر الضبط" انبثق عن أربع مفاهيم أساسية في نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (Rotter) وهي:

✓ **جهد السلوك:** يشير إلى احتمال حدوث سلوك معين في موقف معين من أجل التعزيز.

- ✓ **التوقع:** يشير إلى الاحتمال الذي يقدره الفرد لاحتمال حدوث تعزيز معين كدلالة لسلوك معين يصدر عنه.
- ✓ **قيمة التعزيز:** تعبر عن درجة تفضيل الأفراد لحدوث تعزيز ما إذا كانت إمكانية حدوث كل البدائل الأخرى متساوية.
- ✓ **الموقف النفسي:** وهو البيئة الداخلية أو الخارجية المحفزة للفرد وذلك بناء على التجارب السابقة كي يتعلم كيف يستخلص أكبر إشباع في المجموعة المناسبة من الظروف(ص133).

وقد عرفه ليفكورت (Lefcourt,1976) بأنه "ذلك البعد من أبعاد الشخصية المؤثر في العديد من السلوكيات، حيث أن اعتقاد الفرد بأنه قادر على التحكم في أموره الخاصة والعامه يسمح له بالاستمرار في الحياة دون قهر والاستمتاع، وبالتالي يبلغ التوافق والتكيف مع البيئة التي يعيش فيها". (Lefcourt, 1976:118) حيث يؤكد بأن "مصدر الضبط الداخلي-الخارجي" ليس خاصية يجب اكتشافها، بل أنه أداة فاعلة في نظرية التعلم الاجتماعي التي تتيح المجال لتفسير الملاحظات التي يصرح بها الناس في إجاباتهم عن أسئلة حول التوقع والسببية. موضحا العلاقة بين مصدر الضبط والمرض النفسي؛ إذ أن غالبية الأطباء النفسيين يعملون على رفع "مركز الضبط الداخلي" لدى المرضى الذين يترددون عليهم، وقد وجد ليفكورت أن عملية تعلم التوافق مع المواقف الضاغطة ومحاولة التفاعل مع المشكلات التي يواجهها الفرد في حياته تتضمن في واقع الأمر تنمية لموقع الضبط الداخلي، وهي الخاصية التي يحاول العلاج النفسي مساعدة الأفراد على تحقيقها (الطفيلي، 2015، ص24).

إن مصدر الضبط حسب (Fares,1979) هو مدى الإدراك الفردي للنتائج المهمة التي نقوم بها، فإدراك أن هذه النتائج لا يمكن التنبؤ بها أو أنها بمثابة نزوة، أو أن مرجعها إلى الحظ أو الصدفة، ففي هذه الحالة يكون الفرد من ذوي الضبط الخارجي، أما

إدراكه أن نتائج المهمة التي يقوم بها تعتمد على مدى انجازه فهو إذن من ذوي الضبط الداخلي. (زئوف، 2005، ص213).

ويرى تيفورد (Teford,1981) "أن الناس يرجعون نجاحهم الشخصي إلى قدرتهم ومجهوداتهم وعوامل داخلية، بينما يلقون فشلهم على سوء الحظ أو الظروف الخارجية الخارجة عن قدرتهم على السيطرة، في حين يعززون فشل الآخرين إلى تصرفاتهم الشخصية المتأصلة فيهم (عوامل داخلية) ويعززون نجاح الأفراد الآخرين إلى الحظ الجيد والصدفة أو ظروف خارجية ملائمة" (معمرية، 2009، ص10).

بينما يقول ووريل ويل (Worill et Still Well,1981) أن مصدر الضبط هو بمثابة وصف للتوقع العام لدى الفرد حول العلاقة بين مجهوداته ومهاراته ورغبته في النجاح والتفوق؛ فخذ مثالا عن ذلك ميل الطلبة ذوي الضبط الداخلي إلى عزو نجاحهم أو فشلهم إلى مهاراتهم الخاصة وجهدهم أو لإهمالهم، أما الطلبة من ذوي الضبط الخارجي فيعززون نجاحهم أو فشلهم لعوامل خارجية مثل الحظ الحسن أو السيئ، أو إلى سهولة أو صعوبة الامتحان أو أن الأستاذ عادل أو أنه كان غير منصف" (معمرية، 2012، ص15).

ويؤكد (Mouris,1982) بأن مفهوم الضبط يرتكز على نوع تأثير التعزيزات في التوقعات والسلوك حيث يميل ذوو الاعتقاد الداخلي في الضبط إلى أن يعتبروا أنفسهم سادة على أقدارهم وأنهم أصل ومصدر تعزيزاتهم وكل ما يبلغونه من مكافأة، أما ذوو الاعتقاد الخارجي في الضبط فيؤمنون بالخط والصدف وينسبون تلك التعزيزات إلى الحظ الحسن، كما أنهم يرون أن الترقيات تكون نتيجة الظروف الممتازة والملائمة (مكي ومسكين، 2010، ص47).

وتتناوله الحلو (1989) من خلال المفهوم الذي يعبر عن اعتقاد الفرد بقدراته وقابليته على الأحداث التي تواجهه وعلى سلوكه متبوعا بإيمانه بإمكانية التنبؤ بنتائج

سلوكه وأن موقع الضبط الخارجي هو تعبير عن اعتقاد الفرد بسلطة وسيطرة الحظ والصدفة والآخرين والظروف على أحداث حياته وسلوكه ويتبع ذلك عدم قدرته على التنبؤ بنتائج سلوكه(ص21).

ويعرف لاسمرو(1989) مصدر الضبط على أنه قدرة الفرد على التحكم في الأحداث والمؤثرات الخارجية ومدى اعتقاده أن ما يصادفه يكون بناء على تصرفه أو امتلاكه لخصائص معينة كالتقابلية أو المهارة أو الكفاءة والقدرات العقلية التي تؤهله للتحكم فيما يحدث له؛ وهذا النوع من السلوك يسمى بالضبط الداخلي، أما الضبط الخارجي فيؤمن أفراده أن ما يحدث لهم هو نتاج الحظ أو الصدفة أو نفوذ الآخرين (الكواز، 2008، ص50).

وأوضحت (Marks,1998) أن "مصدر الضبط" هو تلك العملية التعليمية؛ بحيث يكون الأفراد ذوو الضبط الداخلي أكثر قابلية للتغيير السلوكي بعد التعزيز (الإيجابي أو السلبي) وذلك مقارنة بذوي الضبط الخارجي، حيث يؤدي التعزيز ذو القيمة لدى الأفراد ذوي الضبط الداخلي إلى إحداث التغيير في السلوك، ويرتبط هذا التغيير في السلوك بمدى زيادة أو نقص تلك التعزيزات، أما الأفراد ذوو الضبط الخارجي فلا يحدث تغيير في سلوكياتهم ذلك لأنهم يعتقدون بعدم تأثر السلوك بهذه التعزيزات (بني خالد، 2009، ص493).

ويرى التميمي(1999) أن "مصدر الضبط" هو تلك الطريقة التي يفسر بها الفرد حوادث نجاحه أو فشله في حياته فموقع الضبط الداخلي يؤكد على القدرات الفردية وجهود الفرد الخاصة وبالمقابل فإن "مصدر الضبط الخارجي" يؤكد على الحظ أو الصدفة والقدر(ص211).

ويعرفه بدران عام (2001) بأنه "قدرة الفرد على السيطرة على طريقة إدراكه للعوامل التي أدت إلى نجاحه أو فشله في اتخاذ قرارات معينة في السيطرة على الموقف

متحكماً بما يجري معتمداً على الخصائص الشخصية الداخلية على غرار القدرة والقابلية، أو الظروف الخارجية كالحظ والصدفة والقدر".

وترى دروزة (2006) أن مصدر الضبط هو الموقع الذي تنطلق منه مسببات السلوك التي يعتقد الفرد بأنها سبب نجاحه أو فشله، فهو بذلك الطريقة التي يدرك بها الفرد مسببات ونتائج سلوكه سواء كانت نتائج مرضية كالثواب بكل أنماطه، أو غير مرضية كالعقاب بشتى أشكاله، وسواء كانت كامنة في نفسه أو نابعة عن ظروف وأحداث خارجية" (كحيلة وآخرون، 2015، ص 296).

ويرى (Zaidi, Mohsin, 2013) "أن مفهوم مصدر الضبط هو القدرة على التحكم في النتائج؛ فالأشخاص الذين يعتبرون أنفسهم قادرين على التحكم في نتائجهم يعرفون بالداخليين أو الذين يمتلكون القدرة على السيطرة الداخلية، من ناحية أخرى يعتبر الأفراد الذين لديهم سيطرة خارجية أن نتائجهم تتجاوز وتفوق سيطرتهم؛ حيث يتمتع الأفراد ذوو الضبط الداخلي بدافع عال لتحقيق النجاح وبتوجيه أقل نحو الخارج بينما يحاول الأفراد ذوو السيطرة الخارجية دائماً البحث عن تفسيرات لإخفاقاتهم.

مما سبق نستنتج أن مصدر الضبط يعكس الطريقة التي يعزو بها الأفراد نتائج أفعالهم أسباب نجاحهم أو فشلهم؛ فمنهم من يعزوها إلى عوامل داخلية وبالتالي هم من ذوي الضبط الداخلي وبالمقابل يعزو ذوي الضبط الخارجي تلك النتائج إلى أسباب خارجية خارجة عن سيطرتهم كالحظ والصدفة والقدر والآخرين.

2- تعريف مصدر الضبط الصحي:

لقد ظهرت نظرية مصدر الضبط الصحي على يد (Walston & al, 1970) ولقياس المفهوم قام بتصميم أداة قياس لمعتقدات الأفراد حول مصدر ضبطهم الصحي، ويعرف بـ "Multidimensional Health Locus of Control" وقد قام العديد من الباحثين

بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية "Behavioral Health"؛ حيث كشفت معظم الدراسات أن السلوك الصحي للأفراد يتأثر بمعتقداتهم حول مصدر صحتهم أي مفهومهم حول مصدر صحتهم "Health Locus of Control" (يخلف، 2001، ص93).

حيث عرف (wallston,1982) مصدر الضبط الصحي بأنه "مجموع اعتقادات الفرد حول سلوكه وتصرفاته الصحية من أو ما هي العوامل التي تحدد حالته الصحية" (P56).

وهو ما يتفق مع تعريف كل من بيني ونورمان (Paul Bennett & Paul Norman, 1998) الذي يبين أن مصدر الضبط الصحي يشير إلى درجة اعتقاد الأفراد أن صحتهم تخضع لتحكم عوامل داخلية أو تتحكم فيها عوامل خارجية (أحمان، 2012، ص132).

ويشير (Lefcourt, Levenson, 1973) أن ذوي الضبط الصحي الداخلي يتميزون بأنهم أكثر ثقة في أن الأحداث التي يتعرضون لها في حياتهم وهي نتيجة لقدراتهم وجهودهم الشخصية، أما الأفراد الذين يتميزون بالضبط الصحي الخارجي فيؤمنون أن صحتهم يتحكم فيها أشخاص آخرون أكثر قوة مثل كفاءة الأطباء، سلوك أفراد الأسرة والأصدقاء والبيئة، في حين يعتقد أولئك الذين يؤمنون بالفرصة أن الأحداث التي يمرون بها هي نتيجة للقدر أو الحظ أو الفرصة (DwiAsri, 2020, P24).

وهذا ما يتفق مع ما افترضه (Nabipour & al, 2015) أن مصدر الضبط الصحي (HLC) يشير إلى قوة اعتقاد الشخص بأن صحته تتحكم فيها عوامل داخلية أو خارجية؛ فالأشخاص الذين لديهم ضبط خارجي (EHLC) يعتقدون أن نجاحهم أو فشلهم يعتمد على عوامل مثل الحظ، الأشخاص ذوي النفوذ أو القدر ولا يتحملون مسؤولية سلوكهم الشخصي، على النقيض من ذلك فإن الأفراد ذوي الضبط الداخلي (IHLC)

يعتقدون أن الأحداث التي يتعرضون لها والوقائع هي نتيجة أفعالهم وأن سلوكهم وأفعالهم تحدد بشكل مباشر صحتهم، ويعتبر (HLC) متغيراً يؤثر على تطوير السلوكيات الصحية والسعي إلى العلاج؛ فمصدر الضبط الصحي الداخلي يرتبط مباشرة بالمعرفة والموقف، والحالة النفسية والسلوكيات الصحية وعلى النقيض ترتبط معظم مصادر ضبط الصحة الخارجية (السيطرة الصحية عن طريق الآخرين أصحاب النفوذ والسيطرة الصحية عن طريق الحظ) بالسلوكيات الصحية السلبية والحالة النفسية الضعيفة فمن المتوقع أن تؤدي التغييرات في معرفة الناس ومعتقداتهم ومواقفهم إلى تغييرات سلوكية وزيادة في سلوكيات الرعاية الذاتية (P26).

وتشير (أحمان، 2012) أن مصدر الضبط الصحي يلعب دوراً هاماً في الوقاية أو الإصابة بالأمراض الجسدية المختلفة، وذلك يتوقف على طبيعة مصدر ضبط الأفراد. إذ بينت العديد من الدراسات أن الأفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي الذين يعتقدون أن لهم تحكم في صحتهم هم أكثر الأشخاص الذين يسلكون سلوكاً صحياً وقائياً من غيرهم من ذوي الضبط الخارجي من يعتقدون في تأثير القدر، الحظ أو تأثير الآخرين في مساهمهم الصحي (ص147).

كما يشير (Dongyan & al, 2024) إلى أن مصدر الضبط الصحي (HLC) هو تقييم إدراكي لمعتقدات الفرد حول ما إذا كانت نتائج صحته تعتمد على سلوكه أو على قوى خارجية تتجاوز سيطرته؛ حيث ينقسم مصدر الضبط الصحي إلى مصدر ضبط صحي داخلي (IHLC)، مصدر الضبط الصحي لنفوذ الأقوياء (PHLC) ومصدر الضبط الصحي للحظ (CHLC). حيث يشير مصدر الضبط الصحي الداخلي إلى الأفراد الذين يعتقدون أن نتائج صحتهم ناتجة عن عواملهم الشخصية ويمكنهم التحكم فيها بأنفسهم، مما يؤدي إلى موقف استباقي وإجراءات إيجابية تجاه المرض.

كما يشير مصدر الضبط الصحي لنفوذ الآخرين الأقوياء (PHLC) إلى الأفراد الذين يعتقدون أن صحتهم تتحكم فيها أطراف أخرى مثل المتخصصين في الرعاية الصحية أو أفراد الأسرة، وغالبا ما يعتمدون على الآخرين أثناء العلاج ويكون لديهم درجة أعلى من التعاون مع المتخصصين في الرعاية الصحية، في حين يشير مصدر الضبط الصحي للحظ (CHLC) إلى الأفراد الذين يعتقدون أن صحتهم تتحكم فيها الأقدار والحظ وعوامل غير بشرية أخرى، وغالبا ما يستجيبون للمرض بطريقة سلبية ومتشائمة. حيث تشير الدراسات إلى أن مصدر الضبط الصحي متغير هام يؤثر على الاستجابات النفسية والسلوكية للأفراد ولها أهمية كبيرة في فهم المرض لدى المرضى وتنظيم العواطف وإدارة أثر الأعراض.

3- أبعاد مصدر الضبط:

يعد معتقد الأفراد حول قدرتهم على التحكم فيما يحدث لهم في الحياة عنصر جوهري في فهمهم لكيفية عيشهم، ويعتبر مصدر الضبط بناء من بناءات الشخصية يعكس اعتقاد الفرد أو تصوره حول من يتحكم في الحياة والبيئة، ويمكن أن يوجد هذا الاعتقاد بمستويات مختلفة مما يعكس الدرجة التي يدرك فيها الفرد السيطرة الشخصية في الحياة وعلى البيئة، وقد وُصف مصدر الضبط كبعد يحتوي على تمييزين متعارضين حيث تعكس الأبعاد مدى اعتقاد الأفراد بأن ما يحدث لهم هو ضمن سيطرتهم أو يتجاوزها ويقدم هذا النظام اعتقاداً يمتد بين السيطرة الداخلية إلى الخارجية (April & al,2012,P125).

وقد افترض جوليان روتر في دراسته لمتغير مصدر الضبط إلى أن الأفراد ينقسمون من حيث اعتقاداتهم بمدى تحكمهم في أحداث حياتهم والوقائع التي يعايشونها إلى قسمين يشكلان البعدين الأساسيين لمصدر الضبط وهي كما يلي:

✓ **البعد الداخلي Internal Locus of Control:** "هو مجموعة من العوامل التي يعتقد الشخص أنها المسؤولة عن نتائج سلوكه، والتي يرجعها إلى ذاته وإرادته وقدراته ومهاراته في التحكم في البيئة المحيطة به؛ حيث يرى أن ما أصابه من نجاح أو إخفاق راجع إلى جهده ومثابرتة وتصميمه أو العكس. وهذا ما يؤثر على أدائه في المواقف المختلفة فيطبع تجاربه المتراكمة، وبالتالي يؤثر على توقعاته للمستقبل ومفهومه عن ذاته وشعوره بالافتقار الذاتي والإنجاز" (المجنوني، 2019، ص14).

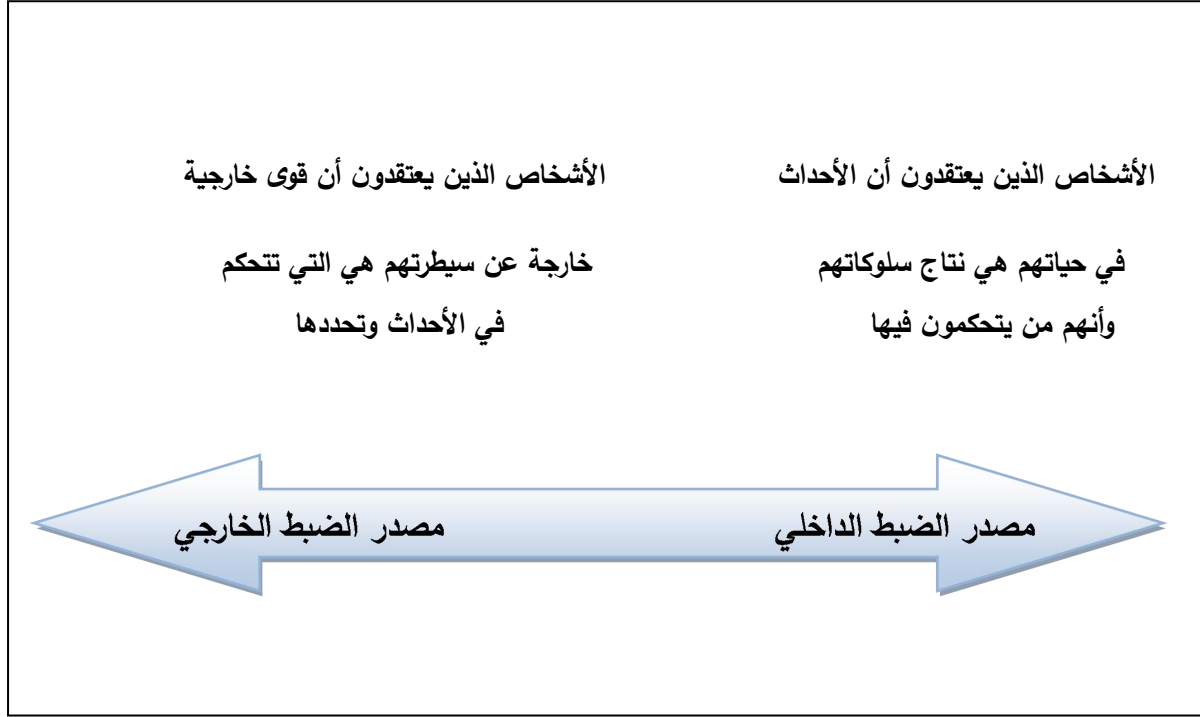
ويرى روتر أيضا أن الضبط الداخلي يصف الفرد الذي يعتقد في موقف معين أو مجموعة مواقف بأن ما حدث أو يحدث أو ما سيحدث مرتبط بشكل مباشر بأفعاله، فهو يرجع الأحداث الجيدة لما بذل من جهد وما أظهره من مهارة عالية، وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يشعر أيضا بالمسؤولية تجاه هذه الأحداث، وأنه مسؤول عن فشله وسوء حظه في الماضي والحاضر والمستقبل (مراذقة، 2009، ص47).

✓ **البعد الخارجي External Locus of Control:**

"مجموعة العوامل التي يعتقد الشخص أنها مسؤولة عن نتائج سلوكه والتي ترجع إلى عوامل خارجية، ليس له سيطرة عليها على غرار الحظ، الصدفة، النصيب أو سببه الآخرون" (المجنوني، 2019، ص14).

وذكر سرحان (1996) أشكال الضبط الخارجي كما حددها روتر وهي ضبط الحظ أو الصدفة؛ بمعنى اعتقاد الفرد بأن العالم غير كامل التنبؤ، والاعتقاد بالقدرة؛ أي اعتقاد الفرد بأن الأحداث مقدره وخارجة عن الإدارة، وكذلك ضبط الآخرين الأقوياء؛ أي الاعتقاد بعدم سيطرة الفرد على الأحداث" (بني خالد، 2009، ص494).

في حين ترى ليفنسون أن الاعتقاد في الضبط الخارجي (قوة الآخرين) ربما يعبر في بعض الأحيان عن تقدير الفرد وتقييمه الواقعي لمواقف اجتماعية- سياسية أكثر من كونه تعبيراً عن نمط شخصية لا توافقي (العاسمي، 2016، ص273).

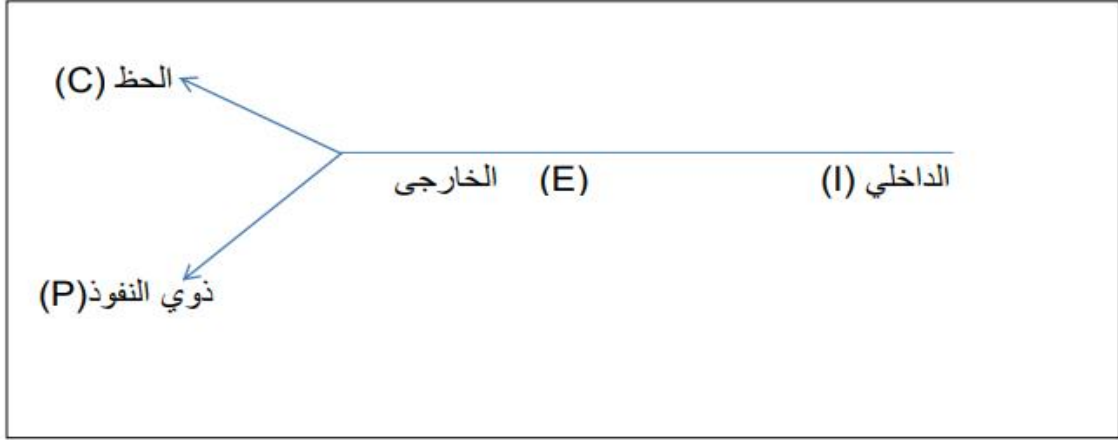


الشكل رقم(01): يوضح أبعاد مصدر الضبط حسب روتر.

(April&al ,2012,P136)

لكن عندما استخدم هذا المفهوم في مجال الصحة فإن أبعاده لم تعد كافية بل أصبح مصدر الضبط يعتمد على ثلاثة أبعاد وهي:

- **المركز الداخلي لضبط الصحة Internal Health Locus of Control:** يقر بدرجة اعتقاد الفرد بأن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الشخصي،فالفرد الذي يحرز ارتفاعا في مركز التحكم الداخلي يكون لديه إحساس بالمسؤولية الذاتية على حالته الصحية.
- **بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الصحة Powerful Health Locus of Control:** يقر بدرجة اعتقاد الفرد بأن صحته يتحكم فيها الآخرون (العائلة، الأصدقاء، العاملون بالقطاع الصحي).
- **بعد الصدفة لمصدر الضبط الصحي Chance Health Locus of Control:** بعد يقر بدرجة اعتقاد الفرد بأن صحته يتحكم فيها القضاء والقدر والحظ (عليوة،2007،ص17).



الشكل (02): مخطط توضيحي للأبعاد الثلاثة لـ (Levenson, 1973)

المصدر: (قارة، 2015، ص29)

ويشير (المجنوني، 2019) إلى أنه عندما يتم الربط بين السلوك والجوانب المعرفية والنتائج يكون ضبطا داخليا، وعندما يتم الربط بين العوامل الموقفية والخارجية والمعززات مع إسقاط دور الشخص نفسه يكون الضبط خارجيا، وهذان البعدان متصلان؛ بحيث لا يوجد أنماط نقية من الفئتين، فالاختلاف في الدرجة وليس النوع، فمعظم الناس يقعون بين طرفي الضبط الداخلي والخارجي، وقد يرى شخص أن المكافآت التي يحصل عليها تعود إلى سلوكه بينما يرى شخص آخر أنها بسبب قوى خارجية، في حين يرى شخص ثالث أن الذي يتحكم في معظم الأحداث المحيطة به هي قوى خارجية لكن يمكن أن يؤثر عليها، وقد يرى رابع أن هناك تأثير لقدراته في الأحداث بشكل جزئي (ص14).

4- سمات وخصائص الأفراد في قطبي مصدر الضبط:

1- خصائص ذوي الضبط الداخلي:

انتقلت أغلب الدراسات على غرار دراسة روتر وليفكورت وستريكلياند (Rotter 1966, Lefcourt, 1977, Strickland) على أن ذوي الضبط الداخلي

يتميزون بدلالة واضحة عن الأفراد ذوي الضبط الخارجي في المجالات التالية:

- البحث والاستكشاف للوصول إلى المعلومات، ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية للوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في بيئتهم فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بأشكال مختلفة.

- المودة والصداقة في علاقاتهم مع الآخرين فهم أكثر حبا من قبل الآخرين وأكثر تعاونًا ومشاركة للآخرين وأكثر توكيدية تجاه الآخرين على الرغم من مقاومتهم لتأثيراتهم عليها.

- الصحة النفسية والتوافق فهم أكثر احترامًا للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وأكثر اطمئنانًا وهدوءًا وأكثر ثقة بالنفس وأكثر ثباتًا انفعاليًا وأقل قلقًا واكتئابًا وإصابة بالأمراض النفسية.

- يعطون قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة والأداء وفي غالب الأحيان هم أكثر اهتمامًا بقدراتهم وبفشلهم أيضا (عزوز وجبالي، 2014).

كما لخص رشاد عبد العزيز موسى (1993) أهم السمات الشخصية لهؤلاء

الأفراد فيما يلي:

▪ **سمات عقلية:** مستوى ذكاء مرتفع، قدرة عالية على الإبداع والابتكار كفاءة ذهنية عالية.

▪ **سمات نفسية:** تشمل ثقة عالية بالنفس، مستوى مرتفع من الثبات الانفعالي، أقل قلقًا واكتئابًا مع درجة عالية من الطموح والتوافق النفسي.

▪ **سمات إرادية:** قدرة عالية على الصبر والجد، قوة الإرادة والقدرة على تحقيق الأهداف.

▪ **سمات اجتماعية:** القدرة على التفاعل في المواقف الاجتماعية والتعاون مع الآخرين والتأثير عليهم واستخدام الأساليب القيادية والقدرة على تحقيق مستوى اجتماعي مرتفع وتكوين علاقات اجتماعية (شفيق، 2019، ص 196).

وتشير (مختار، 2012) أن ذوي الضبط الداخلي يتميزون بما يلي:

- الحذر والانتباه للنواحي المختلفة من البيئة والتي تزوده بمعلومات مفيدة لسلوكه المستقبلي.
- يأخذ خطوات تتميز بالفاعلية لتحسين حالة بيئته.
- يضع قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة أو الأداء، ويهتم بشكل كبير بقدراته وبفشله أيضا(ص22).

يعتقد الأفراد ذوو الضبط الداخلي أنهم مسؤولون عن نجاحهم وفشلهم، ويتحدثون كثيرا عن سلوكهم وأفعالهم ودوافعهم، ويبادرون من أجل الإنجاز وتأدية الأعمال بطريقة جيدة، كما يتميزون بالقدرة على حل المشكلات ويتسمون بالمخاطرة ويميلون إلى المشاركة والتعاون بالإضافة إلى أنهم أكثر توافقا وتكيفاً (المغربي، 2023، ص996).

ويبين (Flores & al, 2020) أن لدى هؤلاء الأفراد مستوى عال من الصحة النفسية نتيجة عدم تأثرهم بالضغوط المحيطة بهم واعتقادهم الكبير في قدرتهم في التأثير في الأحداث السلبية والضغوط المحيطة بهم، كما أنهم أقل عرضة للإصابة بالاكئاب والقلق والتوتر، وبالتالي فهم يمتلكون القدرة على تحقيق أهدافهم وطموحاتهم رغم ما يتعرضون له من أحداث حياة سلبية وضغوط.

كما يتصف ذوو الضبط الداخلي بمجموعة خصائص تظهر في سلوكياتهم المختلفة، فهم يميلون إلى الثقة بالنفس والالتزان الانفعالي والتوافق مع الذات والمجتمع، بالإضافة إلى الطموح والمثابرة في سبيل تحقيق التفوق والامتياز، والتحمل من أجل الوصول إلى الهدف وتحقيق النجاح، ويميلون إلى تقبل الأفكار والآراء التي تختلف عن أفكارهم، ويتميزون بالقدرة على تغيير مجرى التفكير إلى اتجاهات جديدة بسرعة وسهولة، وهم أكثر كفاية عقلية وتحصيلا أكاديميا وأداء دراسي وأكثر دافعية للإنجاز، وإن مركز

الضبط الداخلي كما أشار إليه نبيه المتولي (1990) يتميز أصحابه بالقدرة على خلق انطباع إيجابي وينشغلون بكيفية تأثيرهم، وهم أكثر إقداما ومغامرة وينظرون للمستقبل نظرة متفائلة. (الساعدي، 2016، ص41).

2- خصائص ذوي الضبط الخارجي:

أشار (Millet, 2005) أن ذوي الضبط الخارجي يتميزون بما يلي:

- عزو النجاح إلى الحظ والصدفة.
- اختيار التحديات الأسهل.
- الاستسلام السريع وقلة التوافق النفسي.
- قلة المشاركة وصعوبة الانسجام مع الآخرين.
- ضعف الأداء الدراسي.
- الشعور بالضعف والعجز.
- الميل إلى استخدام التفكير التقاربي (P13).
- يخضع سلوكهم لتحكم الآخرين وضبطهم، ويؤدي الجهد الذي يبذلونه بالضرورة إلى التعزيز ويميلون إلى الاستجابة إلى الضغوط الاجتماعية.
- الميل إلى المواقف التي يكون فيها التحكم ضئيلا بصورة واضحة بالإضافة إلى إيمانهم بالحظ والصدفة وهم أقل مثابرة وأقل نشاطا من الناحية المعرفية.
- السلبية العامة وقلة المشاركة والإنتاج.
- انخفاض لديهم الإحساس بالمسؤولية الشخصية.
- إرجاع الحوادث الايجابية والسلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي بالإضافة إلى افتقارهم إلى الإحساس بوجود السيطرة الداخلية على الأحداث (بن عمور، 2018، ص17).
- يتميزون بالسلوك السلبي وعدم التوافق كما أنهم سلبيون في محاولة تغيير الأوضاع أو البيئة من حولهم، وأقل كفاءة في مواجهتها.

- عدم النضج الانفعالي والنظرة السلبية للحياة.
- انخفاض درجة المسؤولية الشخصية على النتائج المترتبة على سلوكياتهم (أحمد والكرسني، 2010، ص38).

إن ذوي الضبط الخارجي يميلون للشعور بالنقص وعدم الثقة بالنفس و العصابية، ويرضون بالواقع ولا يقبلون المخاطرة، ولا توجد لديهم الرغبة في المثابرة أو التحمل، كما أنهم يشعرون بالملل والتعب وعدم الراحة والتوتر النفسي، كما يعانون من ضعف الدافعية والانجاز ويرجعون الحوادث الايجابية أو السلبية إلى عوامل خارجية (الساعدي، 2016، ص42).

ويؤكد (المصدر، 2007) من خلال كل ما سبق إلى أنه يرى ذوي الضبط الخارجي يعززون الأخطاء إلى العمل الشاق للغاية، وأنه ليس بإمكانهم أن يفعلوا شيئاً ويختارون التحديات الأسهل، ويستسلمون سريعاً ولديهم شعور بالعجز وأقل مبادرة في إقامة علاقات جديدة أو إصلاح علاقات طالتها المشاكل فهم أقل توافقاً ومشاركة للآخرين ولا يتبادلون العواطف ولا ينسجمون مع الغير، بالإضافة إلى أدائهم الضعيف في الدراسة واعتمادهم على مساعدة الآخرين لهم لإحساسهم الدائم بالضعف وعدم تحملهم المسؤولية فهم يشعرون أنهم لا يملكون السيطرة على ما يحدث معهم، وإذا حدثت أمور طيبة يعزونها للحظ أو الظروف أو الأفراد الآخرين، في حين يرجعون الفشل إلى صعوبة المهمة وأنه ليس بإمكانهم أن يفعلوا أي شيء حيال ذلك (ص601).

لكن ج. فيرز (J. Phares, 1976) يشير إلى أن لكل فئة (داخلية أو خارجية) مزايا ومساوئ؛ حيث أن ذوي الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفاعلية والتفوق لأن البعض منهم يكونون متصلبين وقاسين أخلاقياً أو محاصرين بمشاعر الفشل والخوف من الإحباط وخيبة الأمل، ويواجهون مشكلات الحياة بانفعال مبالغ فيه، كما أنهم لا يتعاطفون مع الآخرين الذين يكونون في حاجة إلى المساعدة، لأنهم يعتقدون أن الشخص

الذي يواجه المتاعب لا بد وأنه السبب في تلك المتاعب، وكذلك بالنسبة لذوي الضبط الخارجي فليدهم مهاراتهم النوعية التي لا تتوفر لدى ذوي الضبط الداخلي فهم يعتقدون أن الحصول على التعزيز يحدث شرط أن تكون في الوقت والمكان المناسب، وأن تكون محظوظا (معمرية، 2012، ص18).

ويلخص (Kutani& al,2011) خصائص الأفراد في وجهتي الضبط(داخلي-خارجي) والفروق بينهم في الجدول التالي:

الجدول رقم(04): يوضح خصائص الأفراد في وجهتي الضبط.

المتغيرات	الأفراد ذوي الضبط الداخلي	الأفراد ذوي الضبط الخارجي
القدرات	التوجه للأنشطة التي تسمح لهم بإبراز قدراتهم	التوجه إلى الأنشطة التي يظهر فيها دور الحظ في حياتهم جليا.
المسؤولية	يدركون مسؤوليتهم في اتخاذ القرارات التي تخصهم ويوقنون أن مصيرهم لا يتأثر بالعوامل الخارجية وإنما هو تحت سيطرتهم ومرتبطة بقراراتهم.	يسعون إلى تعزيز الظروف الإيجابية في حياتهم ويبدلون جهدا للحد من الظروف السيئة.
التغيير	يدركون إمكانيةهم في السيطرة على مصيرهم خلال فترات التغيير ويستشعرون مسؤوليتهم اتجاه أفعالهم.	يستشعرون خطورة التغيير عليهم وأنه لا يمكنهم السيطرة على القوى التي تؤثر على حياتهم.
المحيط	يفرضون سيطرتهم بشكل أكبر علة محيطيهم ويتميزون بمهارات تعليمية أفضل وعندما يتعلق الأمر بمعلوماتهم فإنهم يبدون نشاطا في البحث عن معلومات جديدة، ويستخدمون المعلومات بشكل أفضل في	يظهرون امتثالا أقل في المواقف مقارنة بذوي الضبط الداخلي.

التوتر	يساعد مصدر الضبط الداخلي الأفراد على التعامل مع التوتر والصعوبات التي تواجههم في أعمالهم.	يواجهون صعوبة في مواجهة التوتر والمواقف الضاغطة مقارنة بذوي الضبط الداخلي.
الرضا الوظيفي	يتميزون برضا وظيفي عال وينجزون الأعمال بصورة أفضل مما يساعدهم على الاستفادة من الترقيات ورفع الأجور.	يرتبط بصورة سلبية بالرضا الوظيفي.
الدافعية للعمل	يؤمنون أن جهودهم ستنتهي بالأداء الجيد ويتميزون بالثقة بالنفس وفي قدراتهم، ويملكون المزيد من التوقع أنهم سيمنحون العروض الجيدة وأن وضعهم في العمل نزيه جدا.	لا يتوقعون النجاح في الأداء.

(P116)

5- محددات مصدر الضبط:

1- البيئة الاجتماعية:

أشار المقداد عبد الواحد (2006) أن الأفراد الذين يعيشون في بيئات فقيرة يميلون بدرجة أكبر إلى الضبط الخارجي من الذين يعيشون في أسر متوسطة أو غنية وذلك لاعتقادهم أن القدر والحظ والجهات المسؤولة في الدولة والأغنياء والعوامل ذات تأثير قوي في المجتمع، ومن ثم فهم ليسوا المسؤولين عن أنفسهم. ويشير الزيات إلى أن المجتمعات التي يشيع لدى أفرادها الاعتقاد بمحدودية طموحات الفرد وانجازاته أن هذه الطموحات ينبغي ألا تتجاوز حدود الطبقة التي تنتمي إليها تلك المجتمعات فهي ترسخ في أفرادها قيم الولاء والخضوع للرموز الحاكمة فيها ومن ثم يتأصل لدى أفرادها الضبط

الخارجي، وفي دراسة لبارلنج وفتشان (Berlking&Fenich) المذكورين عند عبير وعبد الرحمن (1999) أن مصدر الضبط الداخلي ينمو في المجتمعات التي تعود أفرادها على الاستقلالية وتشجع فيهم القدرات الفردية، وقد ذكرت صفاء الأعسر (1983) أن اتجاه الضبط وفقا لعوامل داخلية يتكون من خلال المعاملة الوالدية القائمة على الدفاء والجو الديمقراطي والمعايير المستقرة التي تفرضها وتعمل في إطارها الأسرة، أما الأفراد الذين يدركون الضبط وفقا لعوامل خارجية فيصفون والديهم بأنهم يستخدمون وسائل العقاب المادية والحرمان والحماية المفرطة (أحمد والكرسني، 2013، ص35).

إن تفاعل الفرد مع مجتمعه واحتكاكه بأفراده يجعله يتأثر ويتعلم منهم، إلى غاية الاعتقاد بما يعتقدون في أغلب الحوادث، لاسيما إذا كانت الأفكار والمعتقدات منتشرة ومنتقلة عند جميع المحيطين به، وهذا ما أثبتته عدة دراسات في هذا الميدان كدراسة ولسون Wilson ورامي Ramy (1972) اللذان توصلا إلى أن الأفراد الذين يعتقدون في الضبط الداخلي يأتون غالبا من أسر تتسم بالحب، المواظبة، النظام والمعايير المستقرة، في حين أن الأفراد الذين يعتقدون في الضبط الخارجي ينظرون إلى آباءهم بأنهم يبالغون في عقابهم بدنيا وانفعاليا، ويحرمونهم من حقوق كثيرة.

حيث أثبتت دراسة صلاح الدين أبو ناهية (1989) أن الطلاب ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي كانوا يعاملون من والديهم بأساليب التقبل والتمركز حول الطفل، وتقبل الفردية والاندماج الايجابي والتطفل (المعاملة حسب عمر الطفل)، أما الطلاب المعتقدون في الضبط الخارجي فقد كانوا يعاملون بأساليب الرفض، الإكراه، الشعور بالذنب، العدوان، تلقين القلق الدائم، التباعد والسلبية والانسحاب في العلاقة (أيلاس، 2017، ص51).

2- العمر:

ينمو الضبط الداخلي-الخارجي متأثراً ببيئة الطفل الأولى بحيث يكون الدور البارز لوالدي الطفل وطبيعة العلاقة بينهم وهذا ما تظهره دراسات كل من كراندال وآخرين 1956، نويكي وسيجال 1974 ويتشرون ونويكي 1976 التي صرحت بأن مصدر الضبط الداخلي ينمو حيث يكون الحب والدعم والتشجيع الأبوي والدفء والحماية والتدريب على المهارات المختلفة مبكراً، والاستقلالية، في حين ينمو الضبط الخارجي حيث يكون الإهمال وقلة التوجيه والنقد اللاذع والسخرية والرفض.

كما أوضحت دراسة رونهر وآخرين عام 1980 أن الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الطفل حيث أن الأطفال يدركون أنهم متقبلون من خلال العلاقة بالوالدين وينمو لديهم الضبط الداخلي في عمر بين 9-11 سنة في حين أن الأطفال الذين يدركون أنهم منبوذون لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر.

وقد أوضحت دراسات كل من بنجا 1979 ولاو 1974 وريخمانوليوسكي 1975 أن وجهة الضبط تنمو مع الزيادة في العمر ليستقر في مرحلة وسط العمر.

كما تبين في دراسة مقارنة أجراها لاو (Law,1976) للضبط الداخلي- الخارجي بين الآباء والأمهات وأبنائهم الطلاب الجامعيين أن الآباء والأمهات كانوا أكثر ميلاً للضبط الداخلي وأنه لا يزال لديهم إحساس بالجدارة والتمكن (مدور، 2005، ص27).

وقد توصلت دراسة (gale & al,2008) أن امتلاك الإحساس في القدرة على التحكم خلال مرحلة الطفولة يشكل عاملاً حماية لبعض جوانب الصحة في مرحلة البلوغ، حيث خلصت دراستهم إلى أن الأفراد (ذكور-إناث) الذين سجلوا درجات عالية في مصدر الضبط الداخلي في مرحلة الطفولة كانوا أقل عرضة لخطر السمنة والوزن الزائد كما أن

الإناث اللائي كان لديهن ضبط داخلي كن أقل عرضة لخطر الإصابة بارتفاع ضغط الدم.

3- الجنس:

طالما يمكن من خلال مفهوم الضبط (الداخلي-الخارجي) تصنيف الأفراد وفقا لإدراكهم للمواقف فمما لا شك فيه أن إدراك الذكور يختلف عن إدراك الإناث لمواقف الحياة المختلفة.

ولذلك فمن يراجع الدراسات والبحوث السابقة في هذا الموضوع يجد أنه توجد بعض الدراسات مثل (Kathovsky & al,1967) و (Gade and Fuqua,1983) و (Rao and Murphy,1984) ودراسة (Valecha et al,1980) وغيرها من الدراسات التي انتهت إلى أن الإناث أكثر اعتقادا في الضبط الخارجي.

في حين توصلت دراسة كل من (Cooper et al,1981) و(علاء الدين كفاي،1982) أن الذكور أكثر ميلا للضبط الخارجي من الإناث. هذا وقد انتهت بعض الدراسات إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الضبط الداخلي-الخارجي مثل دراسة (Penk,1969)،(Krovetz,1974) ودراسة (موسى،1985) كما أجرى (Phares,1978) العديد من الدراسات حول علاقة مركز الضبط بمتغير الجنس إلا أن هذه الدراسات لم تكشف عن ارتباط قوي بين المتغيرين (مرازة، 2009، ص51).

4- التعلم:

يعد للتعلم دور فعال في اكتساب الصفات والخصائص الشخصية، فقد رأى كل من فارز ولاميل (Phares et Lamiel) أن الفروق بين الأفراد في وجهة الضبط من المحتمل أن تكون متعلمة، فالفرد الذي يعيش في أسرة تشجع الأنشطة التي يترتب عنها تدعيم أو مكافأة، ينمو لديه اعتقاد بأنه يستطيع القيام بعمل الأشياء الصالحة والنافعة

وتجنب الأشياء الضارة والسيئة، بينما إذا كانت خبرات الفرد داخل الأسرة غير ثابتة؛ حيث لا يستطيع الحكم المسبق على ما إذا كان سلوكه سيلقى القبول والرفض فسوف يدرك الأحداث الخارجية التي يتعرض لها على أنها تدخل تحت سيطرته أو تحكمه، كما ذكر (Law & al) أن للثقافة البيئية الأسرية أثر فعال في تكوين وجهة الضبط لدى الفرد، وأن وجهة الضبط الداخلية تتكون من أساليب التنشئة الصحيحة للفرد، حيث تعطى له الحرية الأكبر في إدارة شؤون حياته الخاصة وتوجيه سلوكياته مما يدفعه إلى تحمل المسؤولية والاعتماد على النفس واتخاذ قراراته، ويبقى التعلم أساس كل شيء وعنصر فعال في حياة الفرد (بوزيد، 2009، ص84).

6- النظريات المفسرة لمصدر الضبط:

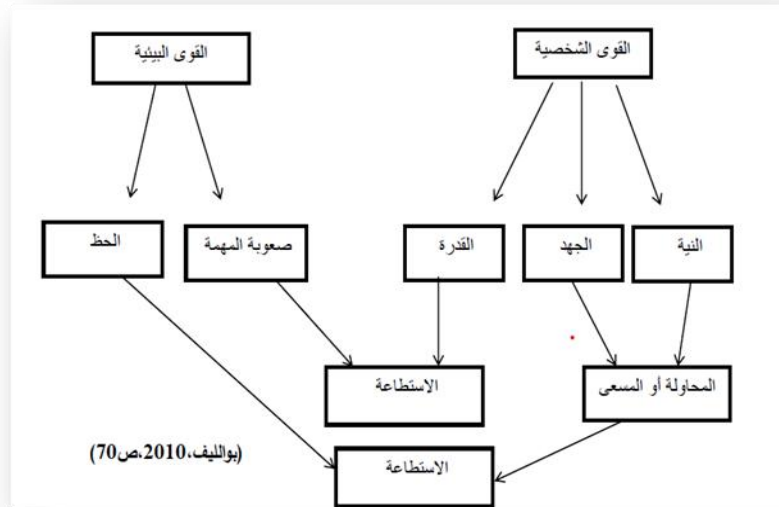
- نظرية هايدر (Haider, 1958):

أكد هايدر أن نقطة فهم الإنسان العادي هي بمثابة مدخل لدراسة كيف يفهم الإنسان عالمه الاجتماعي، مستحضرا في ذلك منظر Bennet في أن أبناء الثقافة الواحدة يصدقون بافتراضات وأفكار تكون جزءا من نظام المعتقدات المميز لثقافتهم، وأن ما يصعب الحياة وقد يجعلها مستحيلة هو عدم وجود نظام تفسير مشترك نستعين به لفهم سلوك الأفراد (كلفين وغروس، 2002، ص196).

حيث ركز هايدر في دراسته على الجوانب المعرفية للإنسان مستندا على مسلمة مفادها أن الإنسان بحاجة لفهم ما يحدث حوله ليقدم الانطباع بأنه يسيطر ولو جزئيا على محيطه، ويتمكن بذلك استباق الأحداث المستقبلية؛ ويتعامل مثل رجل ساذج يقدم نظريات تفسيرية لمحيطه.

وقد ركز من خلال نظريته على وصف المسار الذي يسلكه فرد ما ليفسر تصرفات الآخرين ويؤولها؛ حيث استخلص خلال دراساته وجود عاملين يبرزان سلوك

الفرد: سبب داخلي والمحيط، كما ورد أيضا ما يعرف بمبدأ التوازن المعرفي الذي يوحي بوجود نظام منسجم أو متوازن لمعارف الفرد، وبأن الانشغال المعرفي موجه إلى إعادة إرساء هذا الوضع مجرد ملاحظة أدنى اختلال في التوازن: إذا حدث اختلال ما يجب أن يتم تعديل إما المحيط أو المعارف (بواليف، 2010، ص 69).



الشكل رقم (03): يوضح مخطط العزو لهايدر.

كما يظهر من الشكل أن القوى الشخصية لا تستطيع أن تؤثر في الحدث السلوكي إلا إذا توفر الدافع والقدرة لأن غيابهما سيختزل القوى الشخصية وتصبح معدومة، وينقسم عامل الدافع إلى القصد الذي يشير إلى ما يريد الشخص أن يفعله، والجهد الذي يشير إلى درجة القيام بالسلوك، أما مفهوم الاستطاعة فيشير إلى العلاقة بين القدرة من ناحية والقوى البيئية من ناحية أخرى فإذا كانت القدرات أقوى من القوى البيئية يمكن للفرد أن يقوم بالسلوك إذا حاول ذلك (عزو سببي شخصي) وإلا سيكون تأثير القوى الخارجية أقوى (عزو سببي غير شخصي) (شفيق، 2019، ص 199).

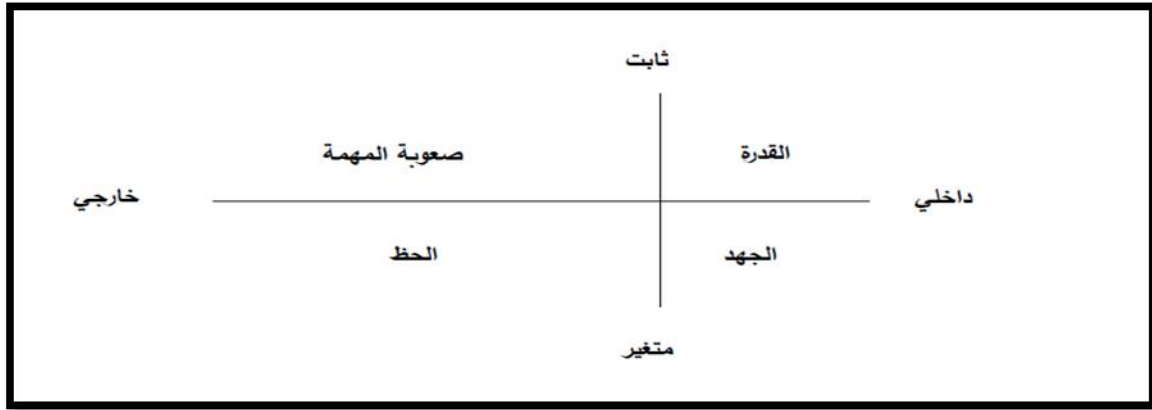
- نظرية العزو لـ (B.Weiner, 1974):

افترض وينر Weiner أن الأفراد يعززون نجاحهم وفشلهم إلى أسباب داخلية أو خارجية متأثراً في صياغته للنظرية بوجهة نظر هايدر؛ ولقد أشار في أبحاثه إلى أن المعتقدات حول النجاح والفشل تعد عاملاً مهماً في فهم السلوكيات المرتبطة بالتحصيل، وقد افترض نموذج العزو تفسير التحصيل، وضمن نموذج مركز الضبط صاغ هذه المعادلة:

النتائج السلوكية: [القدرة+الجهد+صعوبة المهمة+الحظ](بواليف، 2010، ص74).

وإذا حاولنا أن نربط بين وجهة نظره ووجهتي نظر كل من هايدر وروتر في تفسير العزو السببي للنتائج السلوكية، نشير إلى أن القدرة والجهد يصفان خصائص الأفراد "ذوي الضبط الداخلي" الذين يعززون أسباب فشلهم أو نجاحهم إلى قدراتهم وجهدهم، وبهذا تكون أسباب السلوك خاضعة لنوع من المسؤولية الشخصية، أما عزو النتائج السلوكية إلى صعوبة المهمة أو الحظ هو من خصائص "ذوي الضبط الخارجي"، وبذلك تكون أسباب السلوك خارجة عن ضبط المسؤولية الشخصية.

وفي سبيل توضيح خصائص المتغيرات الأربعة لنظريته ربطها بمفهوم مصدر الضبط لروتر، ويشير إلى أن القدرة وصعوبة المهمة لها خواص ثابتة، بينما الجهد والحظ متغيران نسبيان، وهكذا فالعناصر الأربعة في نظرية وينر ومفهوم مصدر الضبط يمكن دمجها وتصنيفها في بعدين أساسيين هما: الاستقرار ومصدر الضبط.



الشكل (04): العلاقة بين بعدي الاستقرار ومصدر الضبط وتفسيرهما لسببية السلوك.

المصدر: (معمرية، 2012، ص32).

- النظرية التفاعلية:

وضعت هذه النظرية استناداً إلى أعمال Rotter و Phares حيث يميزان بين نوعين من النماذج الإنسانية بالنظر إلى رؤيتهم للتعزيز الذي يتناولونه أثناء أو بعد أدائهم لأعمالهم، فالأفراد الذين لديهم ضبط داخلي ينظرون إلى التعزيز على أنه ناتج عن أعمالهم وأهدافهم وقدراتهم، والأفراد الذين لديهم ضبط خارجي ينظرون إلى التعزيز على أنه ناتج عن القدر أو الصدفة أو الظروف الخارجية، بحيث أنهم لا يستطيعون ضبط أمورهم. هذه التمثيلات العائدة إلى منبت التعزيز يمكن أن ترجع إلى النماذج المعرفية، فهي تعمم لتصبح إحدى عوامل التمييز بين شخصية الأفراد وعنصرها في الفوارق الفردية، حيث تربط هذه النظرية الدافعية التي أساسها التعزيز بمصدر الضبط، فالأفراد الذين لديهم ضبط داخلي يكون المعزز عندهم هو الهدف المرسوم والعمل على بلوغه فتكون دافعيته قوية وبالتالي يستعمل قدراته ويقوم بأعماله، أما الذين لديهم ضبط خارجي يكون التعزيز لديهم خارجي قد لا يحرك دافعتهم وينظرون إليه على أنه خارج عن إدارتهم وبالتالي لا مسؤولية لهم فيه، فتبقى أعمالهم غير مضبوطة (أيلاس، 2011، ص66).

- نظرية الإدراك الحسي:

تتمحور فكرتها حول إدراك الفرد للجهة المسؤولة عن أعماله وما يصيبه من نجاح أو فشل، فإذا كان الفرد يعتقد بأن نتائج أعماله تعود إلى مبادراته الخاصة فهو داخلي التوجه، وأما إذا كان يرى أن نتائج أعماله من نجاح أو فشل تعود لعوامل خارجية خارجة عن سيطرته فهو ذو توجه خارجي. ويضيف (Mc. Keachie) أن أفراد الضبط الداخلي يبذلون الجهد في مواقف الإنجاز بصفة عامة لأنهم يعتقدون أن تحقيق النجاح يعتمد على جهودهم الذاتية، بينما لا يبذل أفراد الضبط الخارجي جهداً مماثلاً لأنهم لا يتوقعون أن جهودهم سوف يكون له أثر على النتائج (النوايسه، 2018، ص182).

- نظرية العجز المتعلم:

توصل سيلجمان خلال أبحاثه أن بعض الأفراد في حالة مواجهتهم للأحداث الصعبة الخارجة عن سيطرتهم يستجيبون بممارسة العجز بسلوكات لا تتناسب مع الموقف، إذ أنهم يستجيبون للأحداث بسلبية متقبلين التهديدات النفسية والعقاب، ويشعرون كأنهم لا يستطيعون فعل شيء، فيظهرون فقدان الأمر، وعند محاولة إقناعهم بأن لديهم مهارات عالية فغالبا ما يقاومون ذلك بالمقاومة والتبريرات التي تعكس عجزهم، فالعجز هو استجابة لموقف مؤلم سبق مواجهته على نحو لم يكن السيطرة عليه بحيث يتوافق مع تعلم الهروب والتجنب. إذ يعتقد الشخص العاجز أن استجابته ليس لها أي تأثير في إنهاء الأحداث المؤلمة، لأنه طور توقعات معممة باستحالة ضبط الأحداث البيئية، وعندما يكتسب الإنسان العجز فيحدث له:

- نقصان الدافع للسيطرة على نتيجة السلوك (نتيجة سلوكية).

- الاعتقاد أن الإنسان لا يستطيع السيطرة على النتيجة.

- الخوف من عدم القدرة على السيطرة.

وهكذا نجد أن بعض الأفراد لا يمكنهم الهروب من بعض الوضعيات كالفقر، الحرمان والخضوع بسبب اعتقادهم بعدم القدرة وعدم السيطرة على البيئة (بواليف، 2010، ص76).

ويضيف سيلجمان بأن الفرد المتصف بالعجز تتميز شخصيته بثلاث عيوب هي:

- الفشل في المبادأة بالاستجابات الملائمة في حضور المثير المزعج.
- عدم القدرة على تعلم أن الفرد يمكنه أن يسيطر على أحداث بيئته.
- إبداء استجابات انفعالية سلبية مثل القلق والاكتئاب.

وعليه فالعجز كلما كان متعلما لدى الفرد يعني الشعور بالافتقار إلى السيطرة على الأحداث البيئية، كما أنه يتميز بالسلبية وتقبل التهديدات النفسية والعقاب، والاعتقاد بأنه ليس هناك ما يستطيع فعله، وإذا كان الضبط خارجيا يعني أن الفرد يعتقد في سيطرة القوى الخارجية على الأحداث، كما أنه يتميز بالسلبية وانخفاض درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله، بالإضافة إلى افتقاره للإحساس بالسيطرة على الأحداث البيئية، ومن هنا يمكن القول أن العجز هو إحدى السمات الرئيسية التي يتوفر عليها ذوو الضبط الخارجي (معمرية، 2012، ص35).

7- مصدر الضبط والسلوك الصحي:

تعد المعتقدات الصحية مفهوما شاملا يعبر عن أفكار الفرد ومعرفته وتصوراتته حول العادات والسلوكات الصحية منها وغير الصحية التي تكونت في مرحلة الطفولة ويؤمن بها ويمارسها في حياته اليومية والتي تؤثر عليه من الناحية السلبية والإيجابية في مرحلة المراهقة والرشد، وتترسخ هذه المعتقدات بحيث يكون من الصعب تغييرها أو تعديلها في حالة تأثيرها السلبي على صحة الفرد فهي تقاوم التغيير وتتطلب مجهودا كبيرا من الفرد وتعديلا في بيئته ومجتمعه، فالمعتقد الصحي يسهم في تحديد سلوك الفرد

وممارساته الصحية والعادات التي يقوم بها، فسلوك الفرد الصحي يؤثر بشكل كبير في مسار حياته (فلاح ومالك، 2021، ص515).

حيث يتضمن السلوك المتعلق بالصحة مجموعة متنوعة من الأنماط والإجراءات والعادات التي لها صلة بالحفاظ على الصحة أو تحسينها، وقد بذل المختصون في الرعاية الصحية والمسؤولون عن السياسات الصحية جهوداً للتأثير على سلوك الأفراد بحيث يتم تقليل السلوكيات المتهورة والخطرة وتعزيز السلوكيات الوقائية وإجراءات الحماية، حيث تعتبر السلوكيات المتعلقة بالصحة ذات تأثير كبير من حيث الوقاية من الأمراض والوفاة، ومع ذلك يجب التأكيد على أهمية السلوك المتعلق بالصحة بالنسبة للأفراد المصابين فعلاً بالأمراض، حيث أن أنماط السلوك والعادات الحياتية الخاصة بالمرضى غالباً ما تكون قادرة على إبطاء تطور المرض وتقدمه ومنع حدوث الانتكاسة، حيث تم تحديد مجموعة من العوامل المرتبطة بالالتزام بالسلوكيات الوقائية أو المتهورة والتي شملت الحالة الاجتماعية والاقتصادية والشخصية بالإضافة للعوامل العاطفية والمعرفية (Janowski&al, 2013).

حيث يؤكد (علي، 2014) أن ممارسة الفرد لسلوك صحي أو غير صحي يعتمد على عنصرين أساسيين: أحدهما ذاتي؛ وهو الذي يشمل الخصائص الشخصية للفرد كالقيم، الأهداف، طريقة إدراك الرغبات ومن ثم خلق التوازن في شخصيته، أما العنصر الثاني فهو المجتمع الذي يحتضن الظروف والمثيرات البيئية والمحيطة بالفرد كافة، ولذلك فالاهتمام بتوازن شخصية الفرد في ممارسة سلوكيات صحية يجب فيه الأخذ بعين الاعتبار الخبرات التي تلقاها من مجتمعه، وأن هذا سيؤدي إلى إتباعه سلوكاً صحياً أو غير صحي (النصيرية، 2017، ص18).

ويلعب مصدر الضبط الصحي (HLC) دوراً مركزياً في تقديم الرعاية الصحية؛ حيث يشير إلى الدرجة التي يعتقد فيها الأفراد أن صحتهم تسيطر عليها عوامل داخلية أو

خارجية، فالأشخاص ذوي الضبط الداخلي يعتقدون أن سلوكياتهم تؤثر على صحتهم، بينما يرى ذوو الضبط الخارجي أن صحتهم تتأثر بالآخرين (الأطباء-مقدمي الرعاية الصحية) أو بالقدر أو الصدفة. ويمكن لمصدر الضبط الصحي تفسير السلوكيات الصحية والوقائية وتأثير تفضيلات الأفراد في اتخاذ قرار العلاج، حيث أظهرت الدراسات أن ذوي الضبط الداخلي يميلون للبحث عن مزيد من المعلومات، بينما يترك ذوو الضبط الخارجي مسؤولية اتخاذ القرارات للأطباء والأشخاص الأقوياء الآخرين (Adebimpe & al, 2023, P546).

وقد تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين السلوك الصحي ومصدر الضبط الصحي، والتي توصلت في مجملها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية كما وتبين أن الداخلين أكثر إيجابية وأكثر محاولة لمواجهة الضغوط. ففي دراسة لوالستون وآخرين (1987) أوضحت أنه من بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مختلفة (التهاب المفاصل، القصور الكلوي، الأمراض القلبية...) الذين يتميزون ببعد ذوي النفوذ وخاصة بعد الحظ يبديون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخلين، وفي دراسة أخرى حول علاقة مصدر الضبط الصحي الداخلي والسعي للمعلومة المرتبطة بالصحة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم أثبتت أن الأفراد مرتفعي الصحة والذين يتصفون بالضبط الداخلي يرغبون أكثر في قراءة المعلومات المرتبطة بارتفاع ضغط الدم عن الخارجيين، وهذا ما أكدته دراسة (Sproles, 1977) على مرضى القصور الكلوي أين وجدت أن ذوي البعد الداخلي يعرفون أكثر حول وضعهم ويرغبون في المعرفة أكثر ليكونوا مستعدين للعلاج عن الذين يتميزون بالضبط الخارجي، بمعنى أن المعتقدات الداخلية ترتبط بالرغبة في المعرفة أكثر حول المرض (لموفق، 2015، ص63).

وقد توصلت دراسة (Dogonchi&al,2022) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوكيات الصحية إلى أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي كانوا أكثر ميلا لممارسة السلوكيات الصحية، حيث يميل هؤلاء الأفراد أيضا إلى الاعتقاد بأن نتائج أفعالهم هي نتاج قدراتهم الخاصة وأن صحتهم تتأثر بشكل كبير ومباشر بأفعالهم وسلوكياتهم، وبذلك يعد مصدر الضبط الصحي متغيرا فعالا في تطوير السلوكيات الصحية وقدرة العلاج وتفسير المشكلات الصحية، وهو وسيلة فعالة لتعزيز الصحة والتثقيف الصحي ويمكن استخدامها في تخطيط الصحة، حيث ارتبط الضبط الداخلي ايجابيا بالوعي والحالة النفسية والسلوكيات الصحية والنظافة، وفي المقابل ترتبط معظم المصادر الخارجية للضبط الصحي بالسلوكيات الصحية السلبية والحالة النفسية السيئة، لذلك غالبا ما يعتقد ذوو الضبط الخارجي أن الأمور التي تحدث في حياتهم هي نتيجة لعوامل خارجية مثل القدر والحظ وتأثير الآخرين الأقوياء مثل الأطباء.

أما دراسة (Tripathi&al, 2016) والتي جاءت بعنوان: "مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى المصابين بسرطان الرئة" والتي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى عينة من مرضى سرطان الرئة؛ حيث كشفت النتائج أن العينة التي تم دراستها تتمتع بمصدر الضبط الخارجي فهم بالتالي يميلون إلى إرجاع مرضهم إلى عوامل خارجية خارجة عن سيطرتهم، وقد ارتبطت أيضا التغذية والنشاط البدني بشكل إيجابي مع مصدر الضبط الصحي الداخلي، بينما ارتبط استهلاك التبغ والكحول بشكل إيجابي مع مصدر الضبط الصحي الخارجي المرتبط بالحظ ونفوذ الآخرين، وبالتالي تدعم هذه النتائج الفكرة القائلة بأن "مصدر الضبط الخارجي يجب أن يكون مرتبطا بنتائج غير مرغوبة في السلوكيات الصحية، في حين يجب أن يكون مصدر الضبط الداخلي مرتبطا بنتائج إيجابية للسلوكيات الصحية.

أشارت هذه الدراسة إلى أن هذه النتائج يمكن أن ترجع إلى طبيعة السرطان وعلاجه، فعلى الرغم من التقدم في عمليات العلاج لا يزال معظم المرضى الذين يتم تشخيصهم بأي نوع من أنواع السرطان يعتبرونه تهديداً لحياتهم، فالطبيعة غير المتحكم فيها للسرطان وعدم اليقين من نتائج العلاج قد يقلل من إيمان المرضى بالتحكم الشخصي في مرضهم، بالإضافة إلى ذلك فغالبيتهم المرضى من عينة الدراسة يحتاجون إلى علاج طويل الأمد وقد يؤدي هذا الوضع إلى زيادة الاعتقاد بالقوى الخارجية ودور الأطباء والأسرة والحظ في تحديد حالتهم الصحية. (P27).

بعد ما تم عرضه في هذا الفصل المتعلق بمصدر الضبط الصحي نستنتج الأهمية الكبيرة لهذا المتغير في شخصية الفرد؛ فبتصنيف الأفراد في إحدى فئتي الضبط (داخلي/ خارجي) سنستطيع فهم سلوكاته وتفسيرها وذلك لقدرته على تحديد سلوكات الفرد واستجاباته للمثيرات التي يتعرض لها، وبالتالي فهم الحالة الصحية للمريض ومدى تحكمه فيها والقدرة على تسطير برامج تدخل على ذلك الأساس.

الفصل الثالث: التفاؤلية الدفاعية

- 1- تعريف التفاؤل.
- 2- العوامل المؤثرة في التفاؤل.
- 3- خصائص الشخصية المتفائلة.
- 4- مكونات التفاؤل.
- 5- تعريف التفاؤلية الدفاعية.
- 6- أبعاد التفاؤلية الدفاعية.
- 7- الأسباب المحتملة للتفاؤلية الدفاعية.
- 8- ملامح التفاؤلية الدفاعية.
- 9- التفاؤلية والصحة.

يعد التفاؤل من أهم متغيرات علم النفس الإيجابي والتي تم دراستها على شكل واسع في مجال الصحة النفسية والجسمية؛ حيث سعى عديد الباحثين لكشف طبيعة العلاقة بين التفاؤل والسلوكيات الصحية من جهة والألم والإجهاد النفسي من جهة أخرى. حيث توصلت الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين التفاؤل وزيادة مستويات الصحة وعلى النقيض من ذلك ارتبط سلبا مع الشعور بالألم.

وقد ركز سيلجمان في كتابه تعلم التفاؤل على أهمية هذه السمة الإيجابية في حياة الفرد لما لها من أهمية كبيرة على الصعيد الشخصي والجماعي؛ حيث يعود على الفرد نفسه وعلى الآخرين بالنفع على اعتباره من الخصال الإيجابية التي سعى علم النفس الإيجابي إلى التعريف بها على نطاق واسع خلال ظهور هذا التيار الحديث في بحوث علم النفس.

لكن قد يتحول هذا التفاؤل إلى حالة من الوهم الإيجابي غير الواقعي والذي قد يقحم الفرد في سلوكيات خطيرة قد تعود عليه بالضرر في ما بعد وهو ما يعرف بالتفاؤلية الدفاعية.

وهذا ما سنتطرق إليه من خلال هذا الفصل في محاولة منا للكشف عن طبيعة هذا المتغير وأبعاده وتأثيراته على المستوى الصحي للفرد.

1- تعريف التفاوض:

يعد التفاوض من المفاهيم الحديثة نسبيًا في مجال علم نفس الصحة والتخصصات النفسية الأخرى؛ ويعتبر من المواضيع المهمة لما له من تأثير في سلوك الفرد وحالته النفسية إذ ارتبط بالسعادة والانبساط والتحفيز على الإقبال على الحياة بهمة عالية ومثابرة ورغبة حيث يضع الفرد في اعتباره احتمالات النجاح في حياته (حسين، 2018، ص136).

ويعتبر التفاوض استعدادًا انفعاليًا ومعرفيًا معممًا، ويمثل نزعة واستجابة تجاه الآخرين والمواقف والأحداث بشكل إيجابي إضافة إلى توقع نتائج جيدة وذات نفع مستقبلاً، والإيمان بأن الأمور الطيبة ستحدث الآن وستكون سارة مع استمرارها لتجعل حياته أكثر سعادة، بالإضافة إلى ذلك فالتفاوض يمثل شعور الفرد بالرضا والفرح وما ينعكس عنه من أثر إيجابي على حياة الفرد وتوجهه نحو الخير (سليمان، 2014، ص19).

يعرف Tiger (1979) التفاوض بأنه ذلك الدافع البيولوجي الذي يهدف إلى الحفاظ على بقاء الإنسان، وهو الدعامة التي تسند الفرد وتدفعه إلى تحديد الأهداف والالتزامات التي تجعله يتغلب على الصعوبات التي تواجهه في الحياة (P15).

كما عرفه كل من شاير وكارفار (Scheier&Carver, 1985) بأنه النظرة الإيجابية والإقبال على الحياة، والاعتقاد بإمكانية تحقيق الرغبات في المستقبل، بالإضافة إلى الاعتقاد باحتمال حدوث الخير أو الجانب الجيد من الأشياء بدلا من حدوث الشر أو الجانب السيئ. ويضيفان أن التفاوض استعداد يكمن داخل الفرد الواحد للتوقع العام لحدوث الأشياء الجيدة أو الإيجابية، أي توقع النتائج الإيجابية للأحداث القادمة. ويؤكدان على وجود الفروق الفردية الثابتة في التفاوض، كما يبرهنان على وجود علاقة بين التفاوض وبعد الصحة البدنية، حيث أن التفاوض يوظف استراتيجيات فعالة لدى الفرد للتغلب على الضغوط الواقعة عليه (الأنصاري، 1998، ص14).

وقد عرف سليجمان (1995) سمة التفاؤل بأنها الطريقة التي يفسر بها الفرد اتجاهه نحو النجاح والفشل في حياته، فالفرد المتفائل يرى الفشل عبارة عن مصدر يساعد على التطور والنجاح، ولذلك فهو يتصرف ويستجيب بفاعلية وسعادة، ويستطيع تطوير حياته بنفسه نحو الأفضل ولا يتطلب المساعدة من الآخرين، ويرى أن التفاؤلية تؤدي إلى امتلاك الفرد لتوقعات إيجابية نحو الأشياء والظواهر التي يمر بها، وبالتالي يقاوم الكآبة والفشل واليأس بشكل أسرع من غيره (العبيداني، 2016، ص24).

أما سبيرمان وبيل (2008) فقد عرفا التفاؤل بأنه التوقعات الإيجابية، وهو بمثابة واقى له عند مواجهة الأحداث الضاغطة، فهو يرتبط بالصلابة، ولع تأثيرات جسمية ناتجة عن الضغوط المؤذية جسدياً ونفسياً خاصة عندما يضع الإنسان تفسيرات تشاؤمية للأحداث التي يواجهها، والتي من الممكن أن تضعف الوظيفة النفسية الفيزيولوجية أو أن تؤثر على سير المرض لديه (ابراهيم وآخرون، 2015، ص539).

مما سبق تعرف الطالبة الباحثة التفاؤل على أنه تلك الحالة التي يعيشها الفرد وتكون مدفوعة بطاقة بيولوجية وحالة معرفية تجعله يقبل على الحياة ويعيش حالة استبشار بأن الأحداث الإيجابية ستدخل حياته وهو ما يجعله يقبل على الحياة بسعادة وطاقة إيجابية تجعله يسعى إلى القيام بمهامه الحياتية والتعامل مع المواقف الضاغطة بمرونة بعيداً عن المشاعر السلبية التي من شأنها أن تضيء التشاؤم والحزن على حياته.

فيكون بذلك التفاؤل سمة مزدوجة الوظيفة إذ يعمل كدافع للانخراط في كل ما هو إيجابي يحسن الحالة الحياتية والمزاجية للفرد، وبالمقابل يمكن اعتباره واق يحمي الفرد من الحالة السلبية وتكرر الحياة.

2- العوامل المؤثرة في التفأول:

1-العامل البيولوجي:

كثيرا ما ينشأ التفأول عن نشاط الشخص وقوته العقلية والعصبية، وقد تعود إلى تزويده لذاته بالأفكار السارة، فالنظر إلى الناحية السارة من الأحداث يزيل التشاؤم والأحزان التي تسيطر على نفوسهم، والمتفائل لدى استبشاره بالنجاح مسبقا كأنه حاصل على قدرة معينة لإحالة المستقبل إلى حاضر يرضى به، فإنه يوافق على مطالبة المخ له بإصدار الأوامر وإعداد الطاقة اللازمة بدءا من إنجاز الأعمال إلى ما يصدر عنه من أحكام.بالإضافة إلى العوامل الصحية الإيجابية المرتبطة بالتفأول، تقدم البحوث في هذا الإطار العديد من الفوائد النفسية التي تعزى إلى منظور متفائل. وقد جادل البعض بأن التفأول هو مؤشر على عدم وجود العصبية والمشاعر السلبية، ويرتبط بالوضع الصحي الإيجابي الذي قد يكون انعكاسا لغياب الإدراك السلبي، وبالتالي التنبؤ بتحسن الأداء النفسي(الغامدي والعجلاني،2020،ص212).

2-العامل الاجتماعي:

وتتمثل في التنشئة الاجتماعية من لغة وعادات وقيم واتجاهات سائدة في المجتمع، ولها دور في نشأة المفهوم، فالمواقف الاجتماعية المفاجئة تجعل الفرد يميل في الغالب إلى التشاؤم والعكس صحيح إلى حد بعيد. لأن أساليب التربية الخاطئة على غرار اللجوء إلى العقاب من أجل إسكات الرغبات التي تريد الاستمتاع بمباهج الحياة وإحباط سعي المراهق الذي يحاول الاستقلال عن أسرته، ومعاملة الراشدين وضعف الإمكانيات المادية مما يؤدي إلى سوء استغلال أوقات فراغهم والإضرار بهم وبمجتمعهم (سليمان،2014،ص29).

3- العامل المعرفي:

ذهب العديد من الباحثين في هذا الاتجاه إلى كون التفاؤل من أحد أهم أساليب التفكير التي يمكن للفرد تعلمها، فالكفاءة والفاعلية الذاتية (هي اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على مواجهة مشاكل الحياة، ويستطيع أن يواجه الأحداث التي ربما يتعرض لها) فالتفاؤل يتضمن نوعاً من النشاط المعرفي (أبوزيد، 2019، ص132).

ويشير الطيب (2018) إلى عوامل اعتبرها قد تجعل الفرد متشائماً أو متفائلاً وهي كما يلي:

- ✓ الأسرة: وهو المسؤولة على خلق الحالة العامة التي يسودها الأفراد، وطريقة تربية الأطفال وزرع القيم والأفكار فيهم، ويبث الطمأنينة والأمان والرعاية وكل هذا يصلح شخصية الطفل ويجعله إما متفائلاً أو متشائماً.
- ✓ المدرسة: بما فيها من دور للمعلمين والمدراء المتفائلين كل ذلك يؤدي لانعكاس ذلك على شخصيات الطلبة.
- ✓ المجتمع الشعبي: فكل مجتمع يحمل طابعا خاصا به إما أن يتسم بالتفاؤل أو التشاؤم، وبما يتسم به من ملامح وجدانية واجتماعية خاصة به حيث يتميز بها من خلال ما تعرض له من أحداث وظروف اقتصادية وتكنولوجية والتي تجعل القيم تتحدث وتتجدد في كل حين.
- ✓ وسائل الإعلام: لها تأثير بالغ في تشكيل وجدانيات الأفراد وصبغتها بالتفاؤل أو التشاؤم حسبما توجه إليهم من أفكار وجدانية.
- ✓ الصحة: إن تفاؤل الفرد أو تشاؤمه يؤثر على حالته الصحية، حيث أن الإنسان المتفائل يكون خاليا من القلق والتوتر والاكتئاب وهذا ما يساعده على اكتساب صحة سليمة ذات طابع إيجابي(ص441).

وينظر الباحثون إلى أن فاعلية التفاوض الذي يمكن تصنيفه ضمن النظريات الخاصة بالتوقعات من زاوية تأثير الاعتقاد الشخصي على السلوك، فالفرد الذي يعتقد أو الذي لديه ثقة بقدراته على تحقيق الهدف فإنه لا يتوانى في بذل الجهد تجاه ذلك الهدف على نحو مماثل أو يعتقد أن الهدف خارج إمكاناته فإنه ربما يقع جزئياً أو كلياً عن بذل الجهد ومثلما تركز الصلابة النفسية على الاعتقاد الشخصي بالكفاءة في تحقيق الهدف وتركز سمة التفاوض على الاعتقاد بالنجاح السلبية، ويبين كافر وشير أن الفرد الذي يتسم بالاستعداد أو النزعة التفاوضية غالباً ما يمتلك وسائل التفاعل مع المواقف الضاغطة، وكما أنهم يدخرون أعراضاً بدنية ونفسية سلبية أقل مقارنة من غيرهم، وفي مجال العمل تبرز أهمية هذه الشخصية في الاتجاهات النفسية الإيجابية التي يتبناها الفرد؛ حيث يرى المعنيون بالسلوك البشري أن الاتجاه النفسي الإيجابي من جانب الفرد من شأنه التأثير بصورة إيجابية على عملية المواجهة مع مصادر الضغط، فالفرد من شأنه التأثير على مختلف عوامل البيئة ويحمل توقعات تتخللها درجة عالية من التفاوض فيما يتعلق بالمرور النفسي والمادي بجهوده وهذه الحالة من شأنها أن تساعد على الاسترخاء وبالتالي تجنب النتائج السلبية لمصادر الضغوط، كما أن العلاقات الإيجابية الجيدة تساهم في إيجاد مناخ مساند لتقديم الدعم الاجتماعي الفعال (نصر الله، 2008، ص30).

من خلال ما سبق ترى الطالبة الباحثة أن سمة التفاوض ليست وليدة عامل داخلي بحت أو خارجي كذلك، إذ أن شخصية الفرد وسماته التي يتميز بها تكون نتاج تفاعل العوامل الداخلية الشخصية بما فيها العامل النفسي البيولوجي والمعرفي مع مجموع العوامل الخارجية انطلاقاً من التنشئة الأسرية والاجتماعية من قيم وتقاليده تشجع ظهورها وتجعلها صفة سائدة في حياة الفرد وصولاً إلى جماعة الرفاق ومؤسسات التنشئة

الاجتماعية الأخرى كالمدرسة والجامعة فالفرد عبارة عن كل ناتج عن تفاعل الأجزاء المهيئة لتكوين تلك الشخصية.

3- خصائص الشخصية المتفائلة:

أشار صبحي عام (2003) إلى أن الأفراد المتفائلين يتميزون عادة بالخصائص الشخصية التالية:

- تقدير الأمور والظروف بشكل سليم.
- التعامل مع الآخرين بالمودة والثقة.
- الإقبال على الحياة بانسراح ومرح.
- الاستقرار الانفعالي.
- التعلق بالأمل والتخطيط للمستقبل.
- مواجهة المشكلات بمرونة والعمل على حلها.
- الوقوف أمام الأمور والمواقف الصعبة بإرادة.
- عدم الميل لاسترجاع الذكريات المؤلمة.
- المشاركة الفاعلة في الخدمات الاجتماعية(ص76).

كما أشارت هدى جاسم(2023) في دراسة لها بعنوان " الشخصية المتفائلة وعلاقتها بعقلية الإنماء لدى طلبة الدراسات العليا" أن الشخصية المتفائلة تتميز بمجموعة من الصفات ومن أهمها:

- 1- الإيمان بالله القدير والاستعانة به والتوكل عليه.
- 2- القيم العليا: تعيش الشخصية المتفائلة بقيم أعلى بغض النظر عن التأثيرات أو الإغراءات.

3- الرؤية الواضحة: حيث تعرف الشخصية المتفائلة ما تريده على المدى القصير والمتوسط ومتى تريده وكيف تحصل على ما تريد وتضع الخطط للتنفيذ بمرونة كاملة.

4- الاعتقاد والتوقع الإيجابي.

5- التركيز على الحل في مواجهة الصعوبات: حيث تعرف الشخصية المتفائلة قوة القانون جيدا والتركيز كيف يلغي أي شيء آخر حتى يتمكن الشخص من التركيز لانتباهه عليه ماذا يريد.

6- الاستفادة من التحديات والصعوبات: فهذه الشخصية لا تركز فقط على الحل بل تأخذ أي تحد وتواجهه وتستخدمه للتخطيط للمستقبل.

7- لا تدع التحديات والصعوبات تؤثر على أركان حياتها: فهناك ست ركائز أساسية للحياة المتوازنة تسمى الركن الروحي، ركيزة الصحة، الركيزة الروحية والشخصية والعائلية والاجتماعية والمهنية والمالية. فلو واجه الشخص الإيجابي تحديا ماليا أو مهنيا لذلك لا يترك الفرد المتفائل هذا التحدي يؤثر على باقي الركائز (ص13).

ومن خلال ما سبق يمكن توضيح ملامح وخصائص الشخصية المتفائلة في النقاط

التالية:

◀ **الملامح الجسمية:** تظهر ملامح الاسترخاء على وجه وجسم الشخص المتفائل نتيجة خلوه من القلق، وتمتعه بالثقة في حدوث الأفضل.

◀ **الملامح العقلية:** يحاول الوصول إلى المعلومات الصحيحة، ويميل إلى اتخاذ الموقف التقبلي وينظر إلى فكر الآخرين من خلالهم هم لا من حيث هو.

◀ **الملامح الكلامية:** فالمتفائل شخص دائم الذكر للأحداث والمواقف والقصص التي تشير إلى الرضا والانشراح والنجاح، ويستخدم ألفاظا لها وقع مريح ومبشر بالخير وينقل

أخبارا سارة، ويشجع الآخرين ولا يثبطهم، وهو دائم الشكر لله على كل أحواله في الخير والشر، ولا يتلفظ بعبارات التشاؤم.

◀ **الملاحم الاجتماعية:** يميل إلى طمأنة الناس ولا يتوجس من الآخرين شرا، ولا يجد تعارضا بين نجاحاته ونجاح الآخرين، ومن ملامحه الاجتماعية المساهمة في بناء الأجيال على أمل أن ينبت الجيل الجديد على نحو أفضل (أبو الفضل وآخرون، 2019، ص326).

إن المتفائلين تكون لديهم مشاعر قوية بالبهجة والشعور بالرضا عن الذات، وعن الحياة بوجه عام فالتفاؤل يرتبط بالمشاعر الإيجابية أكثر من ارتباطه بالمشاعر السلبية، كما أن المتفائل في إدراكه للأحداث والمواقف ينصب على الجوانب الإيجابية أكثر من السلبية، بالإضافة إلى أنه يرتبط بالنظرة والاتجاه الإيجابي نحو الحياة والعلاقات الاجتماعية والعكس، كما يميل الشخص الناجح إلى التفاؤل كذلك الشخص القوي فهو يميل إلى التمسك بالناحية السارة عند التعامل مع الأشياء ويفكر في النجاح أكثر من الخيبة، وفي التقدم أكثر من التأخر ويميل إلى جانب الثقة أكثر من الميل إلى جانب المتردد، ويثق بما يفعل وأن تفاؤله منبع نشاطه وقوته، وعلى عكس الشخص الضعيف المتشائم الذي تسيطر عليه مجموعة احباطات تجعله غير قادر على النمو الوجداني وهذه الوجدانيات تعمل على إعاقة التقدم وكل تطور يمكن أن يصيبه في حياته (قنيطه، 2016، ص15).

مما سبق يمكن تلخيص سمات الشخصية المتفائلة في النقاط التالية:

◀ الأمل والنظرة الإيجابية للمستقبل.

◀ التركيز على كل ما هو إيجابي وتجنب ما يبعث السلبية كالأحداث الماضية

المؤلمة؛ حيث تسعى الشخصية المتفائلة إلى خلق جو تسوده الإيجابية

والتحفيز على العطاء.

◀ على عكس الشخصية المتشائمة التي تركز على الأحداث الضاغطة والانغماس فيها دون البحث عن الحلول تسعى الشخصية الإيجابية إلى تقييم الأحداث بموضوعية والبحث عن الحلول بدل الاستسلام والرضوخ للضغط.

◀ تتميز هذه الشخصية بالنشاط والإقبال على الحياة والثقة في قدراتها والإيمان في قدرتها على التغيير.

◀ إن من أهم ما يميز الشخصية المتفائلة هو سعيها إلى بث روح التفاؤل والإيجابية في حياة المحيطين بها وتقديم الدعم الدائم لهم بالإضافة إلى كونها شخصية تحظى بالقبول الاجتماعي.

4- مكونات التفاؤل:

أظهرت العديد من الدراسات أنه يمكننا شرح وفهم التفاؤل من خلال ثلاث معتقدات أساسية وهي:

1- توقع النتائج الإيجابية:

وهي ميل الفرد إلى تعميم تجربته للنتائج الجيدة في الحياة على كل المواقف، وأن يكون لدى الفرد توقعات عامة للحصول على نتائج إيجابية في مختلف الوضعيات والمواقف.

2- توقع الفعالية الإيجابية:

وهي الثقة بأن الفرد لديه القدرة على مواجهة متطلبات الحياة بشكل إيجابي، وتتمثل أيضا في اعتقاد الفرد بأنه من الممكن أن يضبط مختلف الأحداث التي تؤثر في حياته، إن توقع الفعالية جزئى هام من النظرية المعرفية الاجتماعية التي تؤكد أن المرضى

الذين يملكون توقعات الفعلية الإيجابية يتعاملون مع مرضهم بكفاءة أكثر نتيجة التكيف الانفعالي والسلوكي.

3- الأفكار غير الواقعية الإيجابية:

وهي إستراتيجية معرفية يتم فيها تشويه الحقيقة بالاعتقاد أن الأحداث السارة أكثر احتمالاً أن تحدث للفرد نفسه عن الآخرين، والاعتقاد أن الأحداث السلبية أقل احتمالاً أن تحدث. كما تساعد الأفكار غير الواقعية الإيجابية المرضى على توضيح العناصر الإيجابية لمرضهم وتقلل من أهمية العناصر السلبية، أين تمنع القلق، الاكتئاب والتعب الجسمي، مع أن الأفكار غير الواقعية الإيجابية تتطلب أفكاراً خاطئة غير الحساسة المدركة للإصابة مما قد يؤدي إلى عرقلة ممارسة السلوكيات الصحية المناسبة وتضعف صحة الفرد (عيادي، 2016، ص83).

5- تعريف التفأولية الدفاعية:

حيث أشارت Hartung (2006) إلى أن الظاهرة التي تعرف بـ "التفأولية الدفاعية" أو "اللامبالاة المكتسبة" تتميز بأن الشخص يقلل بشكل منهجي من تقدير مخاطره مقارنة بغيره من الأشخاص المشابهين له، وبعبارة أخرى يعتبر الشخص بشكل مفرط نفسه أنه غير قابل للإصابة، فيتجاهل العواقب السلبية المحتملة على المدى الطويل، ويبحث بشكل انتقائي عن المعلومات والعلاقات الاجتماعية التي تؤكد موقفه، ويتجنب بجدية المعلومات ومخرجات التواصل الاجتماعي التي تتعارض مع هذا الموقف، وقد يقوم بأفعال رمزية يعتقد أنها تعوض عن التهديد المحتمل؛ فميول الشخص للتقليل من حجم التهديد الصحي ويزداد عندما يختبرون مكسباً مباشراً من سلوكهم الضار بالصحة؛ مثل التقليل من التوتر أو الشعور بالملل، أو عدم الأمان، أو زيادة الاعتراف الاجتماعي (P77).

ويعرف كل من Hoge و Schütz (2007) التفاوضية الدفاعية بأنها تلك العملية التي تؤدي بالفرد إلى إغلاق عينيه وتجاهل المخاطر حيث أكدت العديد من الدراسات أن هذا التقليل من تقدير المخاطر (التفاوض الدفاعي) يعيق بشكل مباشر الانخراط في السلوكيات الصحية الإيجابية (P161) ويعتمد التفاوض الدفاعي على تحيزات معرفية تشكل عائقاً أمام اتخاذ الإجراءات الوقائية؛ حيث أكدت العديد من الدراسات أن هذا النوع من التفاوض غالباً ما يرتبط بالمشكلات الصحية لأنه يقترن بالتقدير المنخفض للمخاطر والتقييم المبالغ فيه لفرص التكيف والاستخفاف بالمرض (Hoffmann & Müller, 2010).

حيث ميز Schwarzer (1994) بين التفاوضية الدفاعية والوظيفية واعتبر التفاوضية الدفاعية تشمل التقييم غير الواقعي لسيطرة الفرد على المرض والإدراك المنحاز للمخاطر، في حين تتطوي الوظيفية على الفاعلية الذاتية والإيمان بالقدرة الشخصية على التعامل مع متطلبات الوضع وبالتالي فهي عنصر تكيفي في سلوكيات الصحة (Csikszentmihalyi, 2006, P169) & (Csikszentmihalyi

ويشير من جهة أخرى Schwarzer (2004) إلى أن هذا النوع من التفاوض - التفاوضية الدفاعية - بأنها حالة خاصة من التقديرات المنحرفة التي تتعلق بتقليل الخطر الشخصي، حيث يعتقد الباحثون أن دراسة التفاوضية الدفاعية مهم جداً لأنها قد تكشف عن الأسباب الرئيسية لتجنب تبني السلوكيات الوقائية الصحية؛ فقد لا نفكر في حماية أنفسنا لأننا نعتبر أننا محصنون، أو أننا نبرر استمرارنا في سلوكيات الخطر بالاعتقاد أننا أقل عرضة للخطر من الآخرين، مما يجعلنا نرفض متطلبات المحيط الاجتماعي لتغيير نمط حياتنا (P32).

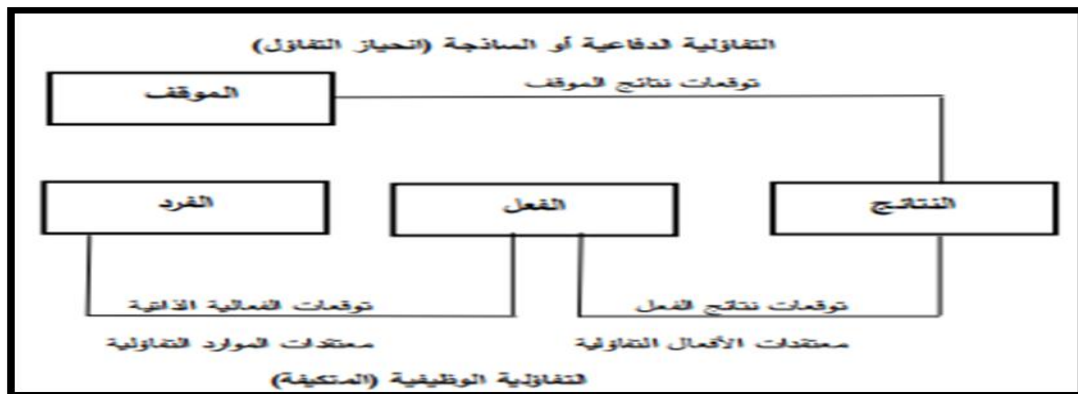
وتؤكد Noureddine (2001) أن التفاوض الدفاعي هو تصور للقدرة الشخصية على تجنب الأذى، مما قد يمنع الشخص من اتخاذ إجراءات وقائية صحية. قد يظهر هذا

النوع من التفاوض على شكل تحيز في المقارنة الاجتماعية أو تحيز في المقارنة الزمنية، حيث يقلل الشخص من احتمال تكرار وقوع حدث ما.

والتفاوضية الدفاعية هي الميل للاعتقاد بأن الوضع ليس بالسوء الذي يدركه الآخرون (بشكل واقعي)؛ وهو بذلك يشبه التهوين الذي يعتبر نوعاً من التشويه المعرفي في العلاج المعرفي السلوكي والذي يمثل التقليل من أهمية حدث أو عاطفة، وهو إستراتيجية شائعة للتعامل مع المشاعر السلبية كالشعور بالذنب.

فمصطلح "التفاوضية الدفاعية" قريب من خداع الذات الذي ينطوي على الإنكار، وهو بذلك اعتقاد غير واقعي بمستقبل جيد أو توقع نتائج إيجابية أعلى من الاحتمال الموضوعي الذي تستدعيه (Gordeeva & al, 2020).

وتشكل التفاوضية الدفاعية إحدى الأوهام الإيجابية التي تساعد في التصدي للتهديد الاجتماعي، فمواجهة النتائج الاجتماعية السلبية قد يؤدي إلى الإحساس بعدم الكفاية الشخصية ونقص الإحساس بالقدرة على الضبط وزيادة مشاعر عدم الحصانة، والإحساس بالكآبة وتلك المشاعر السلبية يتم التغلب عليها من خلال الأوهام الإيجابية، فهي إستراتيجية معرفية للمواجهة تعبر عن شكل من أشكال خداع الذات (الجمال، 2018، ص9).



الشكل رقم (05): مخطط منهجي للتوقعات المتفائلة

المصدر: (Schwarzer, 1994, P175)

حيث ميز Schwarzer (1994) بين التفاوضية الدفاعية والوظيفية كما يظهر في الشكل رقم (06) مؤكداً أن التفاوض الدفاعي يتجسد في ذلك الاعتقاد الضمني بالحصانة الشخصية، والذي يقلل من دافع الشخص لاتخاذ الإجراءات الوقائية وبالتالي زيادة احتمالية حدوث النتائج السلبية، على عكس التفاوضية الوظيفية القائمة على فكرة أن الجهد يكافأ عادة، وأنه من خلال اتخاذ الإجراءات اللازمة سيصل الفرد إلى النتائج المرغوبة.

في حين وصف Wallston (1994) مسارا آخر لدراسة هذا الموضوع حيث قدم ما أسماه بـ "التفاوض الجيد" و"التفاوض السيئ" حيث ميز بين التفاوض الحذر والتفاوض الساذج؛ مشيراً إلى أن الأول سيتخذ إجراءات للحفاظ على حالة إيجابية أو لتجنب المشاكل، بينما لن يفعل الصنف الثاني ذلك (Lee, 2013).

وعلى عكس التفاوضية الوظيفية التي تعزز تبني الفرد للسلوكيات الاحترازية فإن التفاوض الدفاعي يشير إلى استهانة الفرد بالمخاطر التي يواجهها ما يؤدي إلى إعاقة تبنيه لتلك السلوكيات اللازمة؛ وهنا قد يكون الأفراد متفائلين بطريقتين: من خلال التقليل من شأن المخاطر والتفاوض بقدرتهم على التغلب على عاداتهم السيئة (Friedman, 2011, P. 593).

ومن خلال هذه التعاريف نخلص إلى أن التفاوضية الدفاعية مصطلح مثير للجدل من الناحية النفسية كما جاء به الجمل في عام (2018)؛ فعلى الرغم من أنها تعتبر أوهام إيجابية تساعد على التكيف والصحة النفسية الجيدة، إلا أن تلك الأوهام تحتاج إلى الواقعية والإحساس الدقيق بالواقع، وهناك وجهتي نظر مختلفتين في تفسير تأثير التفاوضية الدفاعية هما:

الأولى: تشير لارتباط التفاؤلية الدفاعية وغيرها من الأوهام الإيجابية عن الذات بمشاعر السعادة، وتكوين العلاقات الاجتماعية الجيدة، وحب المغامرة، الجرأة والقدرة على التكيف.

الثانية: شككت في وجهة النظر الأولى، وأكدت أنه على المدى الطويل ستقوم الأوهام الإيجابية بمقاومة التكيف حيث تتطلب الصحة النفسية السليمة الإحساس بالواقعية والاتصال الدقيق بالواقع(ص4).

من خلال التناول المفاهيمي السابق نستنتج أن التفاؤلية الدفاعية هي عبارة عن حالة من الوهم الإيجابي غير الواقعي يدعمها التوتر والخوف؛ يعيشها الفرد ليرى أن الأحداث ليست بمستوى الخطورة التي يخبرها الآخرون، حيث يؤمن الفرد على قدرته على تجاوز الخطر مهما كان حجمه وهذا ما من شأنه أن يجعله ينخرط في سلوكيات الخطر دون وعي منه بمدى جدية وخطورة الوضع.

6- أبعاد التفاؤلية الدفاعية:

من خلال التعريفات المختلفة السابقة للتفاؤلية الدفاعية واستنادا إلى نظرية **Ralf Schwarzer** (1994) نستنتج أن هناك ثلاث أبعاد رئيسية للتفاؤلية الدفاعية وهي: **تحيز المقارنة الزمني "Bias Temporal Comparison"**، **تحيز المقارنة الاجتماعية "Social Bias Comparison"** وتأثير الثقة المفرطة **"Effect Overconfidence"**.

1- تحيز المقارنة الزمني "Bias Temporal Comparison":

يقلل الأفراد من احتمال تكرار وقوع حدث ما، فلا يمكن لحدث أن يتكرر لأن الاحتمال الذاتي لحدثين نادرين ينظر إليه على أنه أقل بكثير من احتمال وقوع حدث واحد. حيث يتجاهل الأفراد في هذا النوع من التحيز أن أحداث الصدفة مستقلة في الواقع عن بعضها البعض، وأن احتمال تكرار الحدث هو نفسه تماما كما هو الحال بالنسبة للحدث الأول؛ ويعرف هذا التشويه باسم "خطأ مونت كارلو". فإذا وقع الفرد مثلا ضحية

حدث خطير في حياته فإنه يميل إلى استنتاج أنه محصن ضد وقوع حدث ثان من نفس النوع وذلك لاعتقاده أن القدر لا يصيب حياة الأفراد مرتين بنفس الطريقة (Schwarzer ,1994,P .162)

2- تحيز المقارنة الاجتماعية " Social Comparison Bias :

عبارة عن ميل لمقارنة أنفسنا بالآخرين، غالبا بطرق تضعنا في ضوء أكثر إيجابية، وهو مثل مشاركتنا في مسابقة جمال وقمنا بتقديم رشوة للحكام وبقينا نحن المتسابقون الوحيدون فيها. لدى البشر ميل غير عادي لتحويل الحياة إلى سلسلة لا تنتهي من المنافسات، حتى عندما لا يكون هناك مسابقة رسمية. يعكس تحيز المقارنة الاجتماعية دافعا لقياس قيمتنا مقارنة بالآخرين، وغالبا ما نحرف هذه المقارنة لصالحنا، ويمكن تقسيم هذا النوع من المقارنة إلى نوعين: المقارنة الصاعدة، عندما نقارن أنفسنا بشخص نراه متفوقا، المقارنة النازلة وتكون عندما نقارن أنفسنا بمن هم أدنى منا. بينما يمكن أن يعزز هذا النوع من التحيز تقدير الذات، يمكن أن يؤدي أيضا إلى عدم الرضا، والاستياء والانقسام والسعي للحصول على التقدير، وقد نفقد رؤية قوتنا الفردية ونتجاهل قيمة التنوع (bennett,2023).

ينطوي هذا النوع من التحيز على المقارنة مع الآخرين؛ حيث يصدر الفرد حكما بأنه أقل عرضة لخطر المقارنة بالآخرين، ويبدو أن معظم الأفراد ينخرطون في تحيز المقارنة الاجتماعية فيما يتعلق بالعديد من القضايا الصحية مثل مخاطر الإصابة بسرطان الرئة والإيدز وأمراض القلب، وهناك أدلة على أن هذا النوع من التفاؤل هو سمة مميزة بشكل خاص لمرحلة المراهقة حيث يعرف باسم "حصانة المراهقين" (Pitts,2003).

وقد عرف هذا النوع من الانحياز بـ"انحياز التفاؤل" وينطلق من الفكرة الشائعة لدى هؤلاء الأفراد حين يعتقدون أنه "قد تحدث أشياء سلبية مع الآخرين لكنها لن تحدث معي، فهم بذلك ليسوا على استعداد للاعتراف بأنهم معرضون لخطر الإصابة بالمرض كما البقية من أقرانهم، حيث فصل كل من واينشتاين (1984)

و(Perloff&Fettezer ,1986) في أبحاثهم الأدلة التي تثبت وجود تحيز المقارنة الاجتماعية والتي تعكس الفروقات في تقدير المخاطر الذاتية المدركة والمخاطر المدركة للآخرين من الأقران ونفس المجموعة حيث اقترحوا طرقاً مختلفة لقياس تحيز المقارنة الاجتماعية؛ حيث فضل واينشتاين الأسلوب غير المباشر من خلال طرح الأسئلة تكون الإجابة عليها على مقياس من 7 نقاط مثل (مقارنة بطلاب الجامعة والذين هم من نفس جنسك تكون فرصتك لتطوير "خصائص معينة" أقل بكثير من المتوسط، أعلى بكثير من المتوسط). أما (Perloff &Fettezer) فقد توجهوا إلى طرح أسئلة منفصلة موجّهة لقياس المخاطر الشخصية للفرد والجماعة المرجعية وتقييمها (Schwarzer ,1994,P.163)

3- تأثير الثقة المفرطة "Effect Overconfidence":

لقد تم استخدام مصطلح "الثقة المفرطة" في الدراسات المتعلقة باتخاذ القرار للإشارة إلى الحالات التي تكون فيها درجة اليقين لدى الفرد بشأن اعتقاد أو تنبؤ عالية جداً، أما في المعنى الواسع لهذا المتغير فإنه يشير إلى المبالغة في تقدير القدرات والأداء ويشير إلى الحالات التي تشمل استجابات المشاركين- عند مقارنتها بالمعايير ذات الصلة- الواثقين بشكل مفرط والمتأكدين من معتقداتهم أو تنبؤاتهم أو قدراتهم..(Windschitl & Stuart,2015,P434)

تعتبر "فرط الثقة" ظاهرة نفسية تشير إلى المبالغة في تقدير صحة الأحكام الشخصية، عادة ما يطلب من المشاركين الإجابة عن أسئلة معرفية مثل: أي مدينة لديها عدد أكبر من السكان حيدر آباد أو إسلام آباد؟ ثم يطلب منهم تقييم مدى ثقتهم في إجاباتهم على هذا السؤال بشكل خاص على مقياس من 50% إلى 100%، يحدث إفراط الثقة عندما تكون تقييمات الثقة المقدمة من طرف المشاركين أعلى من دقتهم الفعلية؛ على سبيل المثال نتحدث عن وجود الثقة المفرطة إذا ادعى المشاركون في المتوسط أنهم

واثقون بنسبة 100% من إجابتهم على سؤال معين، لكن في الحقيقة لديهم نسبة دقة تبلغ 80% فقط (Persson&Ylikoski,2007,P165).

ويمكن أن يكون لهذا النوع من التحيز تأثيرات عدة مثل:

- يمكن أن يؤدي تأثير الثقة المفرطة إلى التقليل من صعوبة أو تعقيد المهام المطروحة، وقد يكون من المرجح أن يعتقد الأفراد أنهم سيكونون قادرين على تحديد جميع العيوب أو المخاطر المحتملة حتى في المواقف التي قد يكون فيها ذلك صعبا أو غير محتمل.
- يمكن أن يكون تأثير الثقة المفرطة أيضا على تفسير النتائج؛ فيكون الأفراد أكثر عرضة لتفسير النتائج الغامضة أو غير الحاسمة بشكل إيجابي بافتراض أن أحكامهم وتقييماتهم صحيحة ودقيقة (Quigly,2023,P246).

7- الأسباب المحتملة للتفاوضية الدفاعية:

على اعتبار أن التفاوضية الدفاعية عبارة عن تشويه معرفي أو حالة وهم إيجابي يعيشه الفرد -المتفائل دفاعيا -يمكن تلخيص أسباب التفاوضية الدفاعية في النقاط التي خلصت إليها دراسة الكلابي (2021):

- ✓ الخبرة الشخصية بالإضافة إلى النوع والعمر.
- ✓ ميول الفرد إلى التمرکز حول الذات حيث أن الفرد لديه معرفة عن السلوك والوقاية أكثر من معرفته للآخرين.
- ✓ الضبط المدرك وتكون التفاوضية الدفاعية أكبر عند الاعتقاد بأن خطورة الأحداث تحت سيطرتهم.
- ✓ المحافظة على تقدير الذات حيث أن بعض الأفراد يعتقدون أن أعمالهم أفضل من الآخرين.

✓ الأحكام المنطقية حيث أنها تعني أن الأفراد يعتقدون أن المخاطر تنطبق على الآخرين لأن الصورة التي يدركها الأفراد لمن هم في خطر عالٍ لا تتناسب مع إدراكهم للذات.

✓ المسايرة والإنكار حيث أنه يقدم حماية للفرد ويساعد على التكيف مع الأحداث المهددة وبالتالي يعتبر هذا النوع من التفاوض شكل من أشكال السلوك الدفاعي للفرد أو أنه مقاومة ضد الاعتراف بأنهم غير محظوظين لأن التهديد يمكن أن يولد القلق لديهم (ص22)

8- ملامح التفاوضية الدفاعية:

يمكن تلخيص هذه الملامح والخصائص التي تتميز بها الشخصية المتفاوضة دفاعيا في النقاط التالية التي أشار إليها الكلابي عام (2021) في دراسته:

◀ وجود التفاوض الدفاعي في الأحداث السلبية وكذلك الإيجابية وأن الدلائل تشير إلى أن تأثيره يكون أقوى في الأحداث السلبية.

◀ يكون للتفاوضية الدفاعية عواقب مختلفة حسب إيجابية الموقف أو سلبيته، وقد يكون من نتائج المواقف الإيجابية الشعور بالرفاه واحترام الذات، بينما نتائج الأحداث السلبية تكون سلوكا ذرائعيا كالانخراط في سلوكيات الخطر أو الفشل في اتخاذ التدابير اللازمة لهذا يميل الأفراد إلى الأحداث الإيجابية ويتجنب السلبية منها.

◀ إن التفاوضية الدفاعية في الأحداث السلبية مقارنة بالأحداث الإيجابية تنشأ من عمليات نفسية مختلفة، والسبب أن الأحداث السلبية تتمثل في فقدان مصالح الفرد بينما الأحداث الإيجابية تتمثل في المكاسب، وتشير العديد من الدراسات إلى أن الأفراد لا ينظرون إلى ما يكسبونه وما يفقدونه بنفس النظرة.

◀ إن التفاوضية الدفاعية يمكن أن تكون مفيدة أو ضارة وذلك حسب الفرصة المتاحة للفرد، فالمتفاوض دفاعيا إذا لم يؤكد ذاته فإنه يستعمل آليات دفاعية نفسية لحماية معتقداته

المتحيزة، أما الفرد الذي يسعى لتأكيد ذاته وهو متفائل دفاعيا فإنه يتعرض لانخفاض إمكانياته في الوصول إلى آلياته الدفاعية، وعلى الغالب أن تأكيد الذات يعمل على جعل هؤلاء الأفراد يستجيبون بطرق دفاعية أقل في الاستجابة لمخاطر ردود الفعل ما يجعلهم بذلك يعتقدون أن هذه الردود مرتبطة بشخصياتهم (ص20).

ويشير Changcai إلى من بين ملامح الجوهرية لهذا الوهم الإيجابي –
التفأولية الدفاعية- مايلي:

✓ اتخاذ القرارات المحفوفة بالمخاطر: حيث يمكن أن تؤدي إلى تقييمات مبالغ فيها للمخاطر، مما يتسبب في تقدير الأفراد للخطر بشكل أقل من الواقع والانخراط في سلوكيات محفوفة بالخطر؛ وبالتالي قد يؤدي هذا إلى عواقب وخيمة في مجالات مثل السلامة الشخصية والصحة واتخاذ القرارات المالية.

✓ توقعات غير واقعية: يمكن أن تخلق توقعات غير واقعية حول النتائج والانجازات المستقبلية. قد يؤدي هذا إلى خيبة أمل وإحباط وإحساس بالفشل عندما لا يتطابق الواقع مع هذه التوقعات.

✓ عدم الاستعداد: قد تؤدي التفأولية الدفاعية إلى نقص الاستعداد للتحديات أو النكسات المحتملة، وقد يفشل الفرد في اتخاذ الاحتياطات اللازمة أو التخطيط للطوارئ معتقدين أن الأمور تسير بسلاسة. عندما تطرأ صعوبات غير متوقعة قد يجدون أنفسهم غير مهيين ويكفحون للاستجابة بفعالية.

✓ الثقة المفرطة: حيث يتميز الأفراد المتفائلون دفاعيا بالثقة المفرطة في قدراتهم وأحكامهم، وقد يعتقدون أنهم أكثر مهارة أو دراية مما هم عليه في الواقع مما يؤدي إلى قرارات سيئة، والمقاومة للملاحظات ونقص النمو الشخصي.

✓ التحيز في الإدراك: حيث تخلق إدراكا مشوها للواقع، وقد يكون لدى هؤلاء الأفراد رؤية منحرفة بقدراتهم الخاصة وقدرات الآخرين، والحالة العامة للعالم، ويمكن أن تساهم هذه الحالة في سوء الفهم والصراع وعدم القدرة على تقييم المواقف بدقة.

ويمكن تلخيص هذه الجوانب حسب ما أشارت إليه الجمل عام (2018) في الجدول التالي:

الجدول رقم(05): يوضح الملامح الإيجابية والسلبية للتفاوضية الدفاعية.

الملامح السلبية	الملامح الإيجابية
<p>◀ الإيمان بالأفكار الخاطئة والمعتقدات المشوهة.</p> <p>◀ إنكار الواقع على حقيقته وعدم إدراكه بشكل صحيح.</p> <p>◀ الانخراط في السلوكيات الخطيرة.</p> <p>◀ الاستهانة في تقدير المواقف ومدى خطورتها.</p> <p>◀ الاعتقاد الواهم بالحصانة ضد الأحداث السلبية.</p> <p>◀ التعامل مع تقييم المواقف بفرط ثقة عالية.</p> <p>◀ تجاهل سلوكيات الوقاية وعوامل الحفاظ على الصحة.</p> <p>◀ الإحباط وخيبة الأمل في حال عدم تحقق التوقعات المبالغ فيها التي آمن الفرد بها وانساق خلفها.</p>	<p>◀ الشعور بالأمل في مواجهة التحديات.</p> <p>◀ الروح الإيجابية والتي تساعد في التخفيف من حدة التوتر.</p> <p>◀ رفع قدرة الفرد على التكيف في المواقف السلبية.</p> <p>◀ المبادرة الشخصية في تحدي المواقف الغامضة.</p>

(الجمل، 2018، ص3).

9- التفاوضية والصحة:

استخلصت عدد من الدراسات أن وجهة نظر الناس إلى أنفسهم وإلى العالم والآخرين ونحو المستقبل تنبئ بمدى قابليتهم للمرض، وأكثر من ذلك فإنها يمكن أن تنبئ بطول العمر الذي يمكن أن يعيشوه. وتعتمد هذه النظرة على فكرة عامة مؤداها أن أفعال الناس تتأثر باعتقاداتهم والعواقب والنتائج المحتملة لهذه الأفعال. ومن ثم يرى "شاير وكارفر" أن توقعات العواقب "Expectancies Outcome" محدد أساسي للسلوك في هذا الصدد، ويؤدي إلى نوعين من السلوك؛

النوع الأول: مواصلة النضال والكفاح.

النوع الثاني: الاستسلام والابتعاد.

ويضيفان من خلال بحثهما على السلوك أنها أكدت بوجه عام على أهمية التوقعات بوصفها محددات للسلوك، ويرتبط ذلك تماما بالتفاوض الذي يشير إلى توقعات جيدة أو مفضلة. وقد درس (Scheier & Carver, 1987) التفاوض بوصفه نزعة أو تنظيم Disposition في الشخصية، ويمكن أن تكون له فائدة كبيرة على الصحة الجسمية، وقد دلت البحوث على وجود رابطة قوية بين التفاوض وعدد من الجوانب الإيجابية المختلفة المتصلة بالصحة الجسمية، بدءا من تكوين الأعراض الجسمية وتطويرها حتى الشفاء من جراحة المجرى الجانبى للشريان التاجي، وتشير النتائج كذلك إلى أن هذه الآثار المفيدة للتفاوض ترجع جزئيا إلى إتباع طرق تكيفية لمواجهة الضغوط. (عبد الخالق، 1998، ص47).

فالتفاوض والمزاج الإيجابي أمران أساسيان لصحة الجسم، حيث يؤثر التفاوض تأثيرا إيجابيا على صحة الجسم، ويسرع الشفاء في حالة المرض، وحيث يمكن أن نميز بين مريض وآخر من خلال مدى أملهم وتفاوضهم بالشفاء، ومن ناحية أخرى فالتشاؤم الذي

يرتبط بكل من الغضب والعدائية يتسبب في مشكلات صحية كثيرة منها ارتفاع ضغط الدم ومرض الشريان التاجي والسرطان، كما ينبئ التشاؤم بانخفاض كل من مستوى الصحة والعمر المتوقع، وارتفاع معدل الوفاة وبطء الشفاء بعد إجراء العملية الجراحية، بل أن عددا من الباحثين يثبت أن كفاءة الجهاز المناعي تزداد لدى المتفائلين مقارنة بالمتشائمين، ويرون أن التفاؤل يمكن أن يقوم بدور مهم كعامل وقائي ينشط عندما يواجه الفرد صعوبات الحياة والمرض (أبو أسعد، 2011، ص91).

وأظهرت دراسة أجراها كل من شولز وآخرون (1996) على مجموعة من مرضى السرطان ارتباط التفاؤل بالبقاء، وأن هناك ارتباطا موجبا بين الاكتئاب والوفاة، كما تبين أن التشاؤم يلعب دورا مهما يتمثل في كونه عامل خطورة قد يؤدي للوفاة، وذلك لدى المرضى الأقل من 60 عاما. ويؤثر التفاؤل في سلوكيات عديدة لمريض السرطان كالتزامه وحرصه على تناول الدواء. كما بينت دراسة سجستروم وآخرون (1998) أن التفاؤل ارتبط بتحسين المزاج وزيادة كفاءة مناعة الجسم بفروق جوهرية عن المتشائمين، ويذكر مورو (1992) أن التفاؤل يفيد في الصحة بأربع طرق:

- ◀ استبدال شعور العجز بالشعور بالسعادة وتقوية الجهاز المناعي.
- ◀ يسعى المتفائلون للحصول على الاستشارة الطبية والالتزام بالبرامج الصحية أكثر من المتشائمين.
- ◀ المتشائمون أكثر عرضة من المتفائلين للمرض عند مواجهة الأحداث السلبية، لأنهم لا يتخذون أي إجراء لمنع حدوثها، وعندما تحدث فإنهم يجعلونها أكثر سوء من خلال التفكير بسلبية وعجز.
- ◀ أظهرت البحوث وجود ارتباط موجب دال بين مقاومة المريض ودرجة المساندة الاجتماعية (عيادي، 2016، ص100).

وترى Fournier (2002) أن التفاؤلية تؤثر في التكيف مع الأمراض المزمنة من خلال المكونات الثلاثة التالية:

- توقع النتائج الإيجابية:

هي الميل إلى الاعتقاد بأن المرء سيخبر بشكل عام على نتائج جيدة في الحياة؛ حيث يظهر المرضى الذين لديهم توقعات إيجابية مشاركة في التعامل مع صحتهم، عندما يواجهون مواقف لا يمكن السيطرة عليها، في هذه الحالة يظل المرضى منخرطين عقليا ويتحولون إلى أهداف واقعية جديدة يمكن تحقيقها من خلال التركيز على مشاكل محددة ودقيقة.

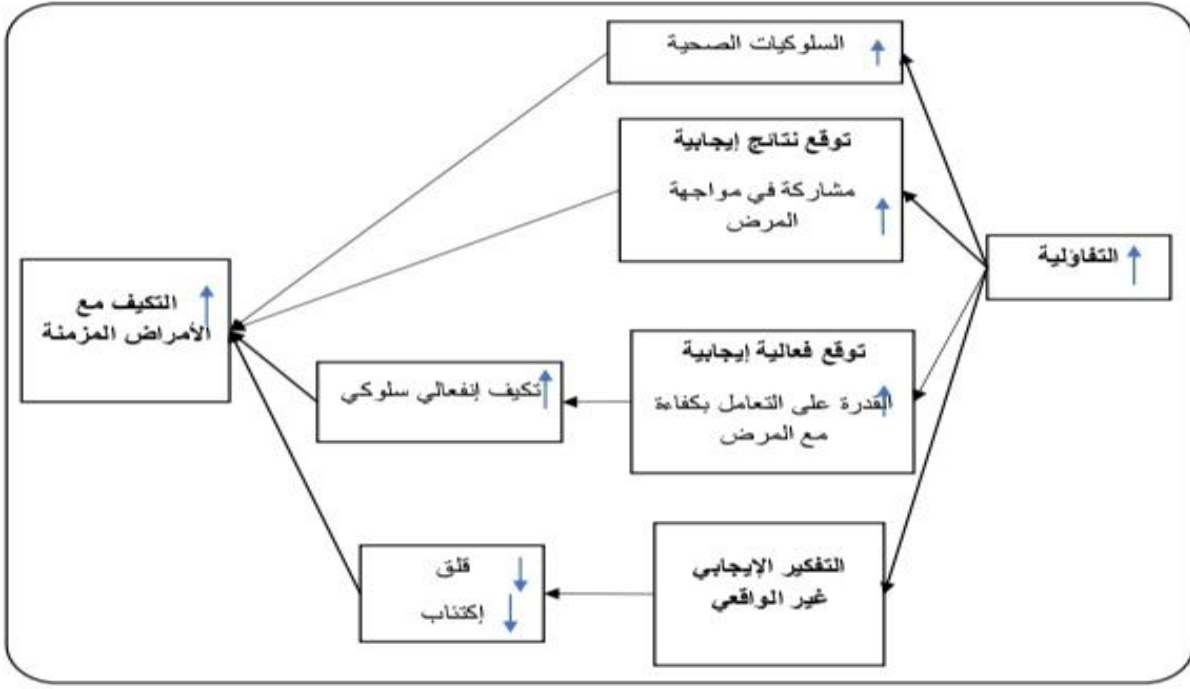
- التوقعات الفعالة الإيجابية:

هي الثقة الشاملة في قدرة الفرد على التأقلم مع مجموعة واسعة من المواقف الصعبة، وهو ما يمثل الاعتقاد بأن الفرد قادر على السيطرة على الأحداث التي تؤثر على حياته. نتيجة لهذا الاعتقاد فإن المرضى الذين لديهم توقعات فعالة إيجابية سيتعاملون مع المرض بشكل أكثر كفاءة مما يؤدي إلى التكيف الانفعالي والسلوكي. من المتوقع أن تكون توقعات الفعالية الإيجابية قابلة للتكيف بشكل خاص في الأمراض المزمنة التي يمكن السيطرة عليها حيث تكون المهارة مطلوبة، ولكنها قد لا تؤدي إلى التكيف في الأمراض المزمنة التي لا يمكن السيطرة عليها. حيث أظهرت دراسة أن توقعات السيطرة هي التي تسبب الضغط عندما تكون الظروف لا يمكن السيطرة عليها.

- التفكير الإيجابي غير الواقعي:

وهو الاعتقاد بأن الأحداث السارة من المرجح أن تحدث للفرد أكثر من غيرها، والاعتقاد بأن الأحداث السلبية أقل احتمالاً. ويساعد التفكير الإيجابي غير الواقعي المرضى على إبراز العناصر الإيجابية لمرضهم والتخلص من العناصر السلبية مما يمنع

القلق والاكتئاب واللامبالاة الجسدية. ومع ذلك ينطوي التفكير الإيجابي غير الواقعي على وهم الحصانة، والذي يمكن أن يعوق ممارسة السلوكيات الصحية المناسبة ويقوض صحة المرء حيث يعتمد على السلوكيات الصحية.



الشكل رقم(06): المسارات التي تؤثر بها التفاؤلية على الأمراض المزمنة.

(بخوش، 2022، ص97).

كما يزداد استخدام المتفائلين لأساليب المواجهة الفعالة التي تركز على حل المشكلة، ويحدث ذلك بشكل خاص لدى الأفراد الذين يدركون الحدث الضاغط بأنه قابل للتحكم، وكما تبين ارتباط التفاؤل إيجابيا باستخدام أسلوب إعادة التفسير الإيجابي للمواقف، وبمحاولة تقبل الموقف الواقعي، ويزداد لجوء المتفائل إلى التخطيط عند مواجهة موقف عصيب، والاستفادة من الخبرة والتعلم السابق، في حين أن التشاؤم يرتبط باستخدام أسلوب الإنكار، وبمحاولة الفرد إبعاد نفسه عن المشكلة. وبسوء استخدام المواد والعقاقير التي تقلل الوعي بالمشكلة موضع الاهتمام، فأسلوب المواجهة إذا لدى المتفائلين نشط

وفاعل، في حين أن المتشائمين متجنبون للموقف، ويقرون بعجزهم ويأسهم واستسلامهم في مواجهة المواقف الصعبة (عبد الخالق، 2016، ص563).

إن إدراك الخطر من طرف الفرد ضروري من أجل القيام بسلوك وقائي تجاه ما يهدده. ولا يقوم الأفراد بسلوكات وقائية إلا إذا أدركوا الخطر وشعروا بأنهم مهددون حقيقة في حياتهم، ومقتنعون بفاعلية الإجراءات الوقائية المتاحة. إن القابلية للإصابة في بعض الأحيان تخضع لإدراك غير سليم ومشوه، عندئذ يقلل الفرد من أهمية الخطر ببساطة، وذلك باعتقاده أنه أقل قابلية للإصابة من الآخرين، أي بعبارة أخرى لماذا يلتزم الشخص بالسلوكات الوقائية لما يعتبر أن نسبة تعرضه للخطر ضئيلة جدا، هذا الإدراك يعبر عن تشوه معرفي يسمى بالتفاوضية الدفاعية (بوطبال، 2012، ص109).

هذا الإدراك المشوه للخطر يكون بحسب Schwarzer (1994) نتيجة إما لأن الفرد يفكر بحماية نفسه من شيء ما لأنه يعتبر نفسه منذ البداية غير قابل للإصابة، أو أن الفرد يبهر المواصلة غير المرغوبة لنمط حياة خطير معتاد عليه، من خلال أنه في الواقع أقل تعرضا للخطر من الأفراد الآخرين، وبالتالي يستخدم الفرد الإدراك المشوه للخطر كحجة مضادة صالحة ذاتيا لمقارنة متطلبات محيطه الاجتماعي الذي يريد إقناعه بإتباع نمط حياة آخر (بولحبال، 2020، ص37).

إن استجابتنا للمخاطر الصحية يتعلق ضمن شروط أخرى بكيفية تقديرنا لهذه المخاطر وبالمقدار الذي نعتقد فيه أننا نستطيع التأثير فيها، ويدخل في ذلك التصورات الذاتية حول انتشار وشدة واحتمال ظهور الأعراض وحول ارتباطها بعوامل الخطر، وكذلك حول مجرى وقابلية الأمراض للشفاء من جهة، ومن جهة أخرى هناك المعارف Cognitions حول القابلية الفعالة لتجنب الأضرار الصحية وحول الموارد الواقية لدى الشخص ذاته وعدم القابلية للإصابة (الحصانة Invulnerability) وكذلك

القدرة واستطاعة الفرد الذاتية على منح أو تصحيح السيرورات المرضية (شفارتسر، 1994، ص76).

وتفترض عدة نماذج مفسرة للسلوك الصحي على وجود علاقة بين مدى إدراك الأفراد أنهم معرضون لخطر صحي والانخراط في سلوكيات تهدف إلى تقليل هذه الخطورة. حيث يمكن أن تؤدي الأحكام المتحيزة إلى تقدير الأفراد بشكل أقل لضعفهم تجاه مجموعة واسعة من الحالات الصحية؛ بما في ذلك السرطان، أمراض القلب، الإدمان وفيروس نقص المناعة البشرية، كما يرتبط بزيادة عوامل الخطر مثل ارتفاع الكوليسترول، بالمقابل يمكن أن تؤدي هذه الأحكام المتحيزة إلى وضع خطط محددة للتعامل مع المخاطر وزيادة سلوكيات الحماية الصحية رغم أنه غالباً يكون ذو تأثير سلبي على الصحة (Murray, 2011, P2588).

حيث توصلت دراسة (Sparks & al, 1995) إلى أن الأفراد المشاركين ادعوا أنهم يتناولون كميات أقل من الأطعمة المرتبطة بالاستهلاك العالي للدهون مقارنة بالشخص العادي، وقد لوحظت مثل هذه التحيزات التي تفضل الذات لعدد من عوامل الخطر والسلوكيات التي تزيد من المخاطر. بما في ذلك تناول اللحوم الحمراء، تناول الطعام الدهني، تناول البيض والحلويات، شرب الكحول ...، وقد أدت مثل هذه النتائج إلى الاستنتاج بأن العديد من الأفراد قد يسيئون تمثيل المحتوى الفعلي لنظامهم الغذائي بما يتماشى مع تحيزاتهم المتقابلة بشأن الخطر (Miles & Scaife, 2003, P4).

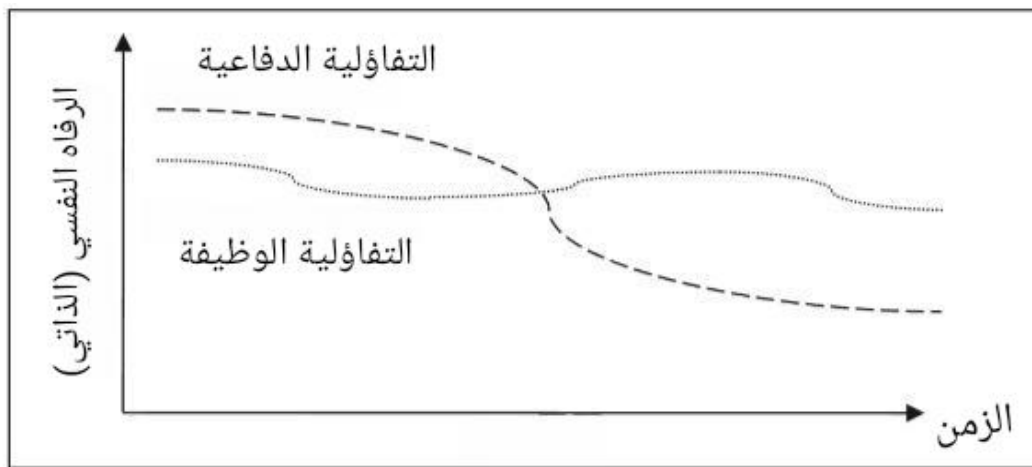
وقد كان للتفاؤلية الدفاعية نصيب في الدراسات المتعلقة بالمشكلات الصحية، لأن الأفراد يعتقدون بأنهم محصنون من الأحداث السيئة فهذا الشعور بالتحصين ضد المخاطر أو اعتقادهم بعدم وجود الخطر إلا أنه لا يحصل لهم مثلما يحصل للآخرين، وهذه النزعة من التفكير تجعل الفرد عرضة للعديد من المشكلات الصحية؛ لأن

هذا الشعور يجعل الفرد يطور سلوكيات خطيرة على عكس القابلية للتعرض للخطر التي تجعل الناس يسعون إلى اكتساب سلوكيات صحية (عيادي، 2016، ص103).

ويؤكد شفارتسر (1994) أنه يجب أن يكون هناك علاقة سلبية بين التفاوض الدفاعي والسلوكيات الصحية. الفرضية الأساسية في الدراسات حول "التحيز المتقائل" هي أن معظم الناس يبالغون في تقدير قلة مخاطرهم الفعلية، وهذا هو السبب في أنهم لا يتخذون الاحتياطات اللازمة. وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية، فإن الإحساس بالضعف يؤدي إلى تقييم التهديد، والذي بدوره يعمل كقوة دافعة نحو تغيير السلوك. ومع ذلك، فإن انتشار التفاوض الدفاعي يفند هذه العلاقة السببية ويبطل محاولات تعزيز الصحة التي تعتمد أساساً على جاذبية الخوف. لذا، من أجل تعزيز الصحة، يجب تقليل التفاوض الدفاعي، على سبيل المثال من خلال مواجهة الناس بشكل واقعي إلى حد ما مع مخاطرهم الصحية الفعلية. يُنظر إلى الاتصال بالمخاطر عمومًا كإستراتيجية مناسبة لتقليل التحيز المتقائل. يجب غرس الإحساس بالضعف الشخصي قبل أن يتم تحفيز الوقاية.

وتُعتبر التجربة الشخصية مع المرض المعني غالبًا شرطًا مسبقًا للإحساس بالضعف. ويمكن أن تكون التجربة غير المباشرة من خلال ملاحظة الأصدقاء أو أفراد العائلة المصابين بذلك المرض مصدرًا آخر للمعلومات التي يمكن أن تغرس الإحساس بالضعف. في دراسة أجراها (Renner 1993)، ظهرت علاقة ارتباطية قدرها -0.20 بين تجربة المرض والتحيز المتقائل. ومع ذلك، في العديد من الحالات، حتى تجربة شخصية ضارة مثل النوبة القلبية تبدو غير كافية لتحفيز تبني الاحتياطات. أظهرت دراسة لـ Burling وSingleton وBigelow وBaile وGottlieb عام (1984) أن الغالبية العظمى من المدخنين الذين أصيبوا بنوبة قلبية استمروا في التدخين لاحقًا على الرغم من التحذيرات العاجلة بعدم القيام بذلك (P164).

كما وجب التفريق في هذا الصدد بين التفاؤل الدفاعي والوظيفي لبلوغ القيمة الإرشادية بذلك، حيث أشار شوارتسر و رينر (1997) لأن العواقب القابلة للاستدلال بالنسبة لسلوك الوقاية الصحية قد تكون متضاربة جزئياً. فالشخص المتفائل وظيفياً يميل لاتخاذ مبادرات شخصية فهو يتوقع بثقة أنه يستطيع من خلال أفعاله وقدراته أن يفعل شيئاً نشطاً لمنع الأمراض، وعلى النقيض من ذلك نجد الشخص المتفائل دفاعياً يتكل على مسار الأمور الإيجابي، مما قد يجعله يرى أن التصرف الوقائي أو المواجهة النشطة غير ضرورية. من المهم الإشارة إلى أن هذين الشكلين من التفاؤل يمكن تمييزهما من حيث تأثيراتهما الزمنية على المدى القصير قد تكون إستراتيجية التفاؤل الدفاعي أفضل من حيث الرفاهية النفسية، حيث يتم تجاهل النتائج السلبية المحتملة بشكل كبير، ولكن على المدى الطويل قد يربط هذا السلوك بخسائر في الرفاهية الذاتية بدءاً من اللحظة التي تصبح فيها الثقة الدفاعية السلبية في مسار الأمور الإيجابي غير مبررة بسبب العواقب السلبية الواضحة التي حدثت. وقد يكون المتفائل الوظيفي بفضل نشاطه الشخصي أكثر استقراراً من حيث الرفاهية الذاتية، وعلى الرغم من أنه قد يكون أقل في الأداء على المدى القصير مقارنة بالمتفائل الدفاعي، إلا أنه قد يتفوق عليه على المدى الطويل (Hoffmann & Müller, 2010, P120).



الشكل رقم (07): تأثير كل من التفاؤلية الدفاعية والوظيفية على الرفاه النفسي للفرد.

ففي الحالة التي تصبح فيها ثقة المتفائل دفاعيا والسلبية في سير الأمور بشكل إيجابي غير مبررة بعد حدوث عواقب سلبية واضحة، فإن المتفائل الوظيفي سيكون لديه تطور أكثر استقرارا فيما يتعلق بالرفاهية الذاتية بسبب نشاطه الخاص، وبالتالي قد يكون أقل نجاحا على المدى القصير مقارنة بالمتفائل الدفاعي، ولكنه سيكون متفوقا على المدى الطويل (Hoffmann & Müller, 2010, P121).

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن الفرد المتفائل دفاعيا يستطيع تحقيق مستوى من الرفاه الذاتي في بداية الموقف الضاغط أو المرض مقارنة بالمتفائل الوظيفي وقد يعود ذلك إلى مقدار الأوهام الإيجابية التي تسيطر عليه والتي تجعله يتأكد أن الموقف لن يكون بذلك السوء الذي يتخيله الآخرون، وتهدف هذه الأوهام الإيجابية إلى تحرير الفرد المتفائل دفاعيا من التوتر والقلق الذي يعيشه لكن ومع تطور هذا الحدث الضاغط (المرض) ينغمس الفرد في السلوكيات الخطرة وبالتالي يبدأ مستوى الرفاه الذاتي بالتناقص على المدى الطويل على عكس المتفائل وظيفيا الذي ترتفع نسبة الرفاه النفسي لديه مع مرور الوقت.

مما سبق نستنتج أن التفاؤل سمة مهمة في حياة الفرد لما لها من أثر إيجابي على حالته المزاجية والصحية سواء النفسية منها أو الجسدية حيث أكد العلماء تلك العلاقة الإيجابية بين التفاؤل وسرعة الشافي من الأمراض أو العمليات الجراحية، فهو حالة من التغيير الإيجابي للمشاعر وما يتبعها من تحفيز للجهاز المناعي والعصبي من أجل خلق التوازن في حالة الفرد، لكن التفاؤلية الدفاعية وما تحتويه من أوهام التي تهدف إلى خلق مستوى من الاستقرار النفسي والتخلص من التوتر والقلق قد ينجر عنها تبعات خطيرة على حياة الفرد ومستقبله خاصة في حالة الأمراض التي تتطلب المراقبة والحذر والانخراط في أنشطة الرعاية والبرامج الصحية التي تساعد في التقليل من حدة أعراض المرض وتجنب المضاعفات؛ حيث تحفز التفاؤلية الدفاعية لدى الفرد المصاب حالة من تهوين المخاطر واستسهالها وتجعله يصدق بقدرته على تجاوز تلك الحالات الصحية دون بذل أدنى جهد وهنا يظهر خطر التفاؤلية الدفاعية على صحة الأفراد.

الجانب الميداني

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- منهج الدراسة.
- 2- حدود الدراسة.
- 3- عينة الدراسة.
- 4- أدوات الدراسة.
- 5- أساليب المعالجة الإحصائية

في الدراسة.

نهدف من خلال هذا الفصل لتوضيح الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية وذلك في سبيل بلوغ أهداف هذه الدراسة، ويشمل تحديد كل من: منهج الدراسة، حدود الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، أدوات الدراسة وخصائصها السيكمترية بالإضافة إلى الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات والتحقق من الفرضيات.

1- منهج الدراسة:

إن الموضوع محل الدراسة والبحث هو الذي يحدد المنهج الواجب إتباعه لتحقيق أهدافها، والتحقق من الفرضيات المطروحة فيه. وانطلاقاً من موضوع الدراسة الحالية الموسوم بـ: "مصدر الضبط الصحي والتفأولية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية" اعتمدت الطالبة الباحثة على المنهج الوصفي بشقيه "الارتباطي والفارقي" كونه يتناسب مع هذا النوع من البحوث ويسمح بالكشف عن ماهية العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتفأولية الدفاعية لدى عينة الدراسة - إن وجدت- بالإضافة إلى ملاءمته لدراسة الفروق في متغيرات الدراسة والتي تنسب إلى مجموعة من المتغيرات الديموغرافية (الجنس، العمر، والمستوى التعليمي)، وصولاً للكشف عن مدى إسهام مصدر الضبط الصحي في التنبؤ بدرجات التفأولية الدفاعية لدى مفردات عينة الدراسة الحالية. فالمنهج الوصفي يعد من المناهج التي تساعد على جمع المعلومات المرتبطة بالدراسة، ووصفها وتحليلها وتنظيمها حيث يعبر عن الطريقة أو الكيفية التي يتبعها الباحث في دراسته للمشكلة موضوع البحث". (أوباح وداودي، 2022، ص432).

2- حدود الدراسة:

تقسم حدود الدراسة إلى حدود الموضوع، الحدود الزمنية والحدود المكانية كما يلي:

◀ حدود الموضوع: بالاعتماد على عنوان الدراسة نجد أن حدود الموضوع يتمثل فيما يلي:

- المتغير المستقل: يتمثل في مصدر الضبط الصحي.
 - المتغير التابع: يتمثل في التفاؤلية الدفاعية.
 - ◀ الحدود الزمنية: قسمت الدراسة إلى مرحلتين أساسيتين هما:
 - المرحلة الأولى: خصصت لجمع المادة العلمية حول متغيرات الدراسة والمقدرة بالفترة الزمنية الممتدة من بداية شهر مارس 2022 إلى غاية نهاية السداسي الأول من السنة الجامعية 2024/3023 أي نهاية شهر فيفري.
 - المرحلة الثانية: مرحلة التطبيق والنزول للميدان والتي كانت خلال السداسي الثاني من السنة الجامعية 2024/2023 (من نهاية شهر مارس إلى غاية نهاية شهر جويلية).
 - ◀ الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة على مستوى المؤسسة الاستشفائية بنقاوس، وعيادة محمدي لأمراض الغدد والسكري بنقاوس، وعيادة معلم لأمراض الغدد والسكري بباتنة.
- 3- عينة الدراسة:

اشتملت الدراسة على عينتين؛ عينة استطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، واستكشاف بيئة الدراسة وخصائص الفئة المستهدفة باعتبار خصوصية المرض "السكري من النوع الثاني". وعينة الدراسة الأساسية للإجابة على تساؤلات الدراسة والتحقق من الفرضيات المطروحة في الإطار العام للدراسة.

1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

حيث تكونت العينة الاستطلاعية من (40) فردا مصابا بالسكري من النوع الثاني من الجنسين تم اختيارهم بطريقة عرضية (قصدية).

◀ خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم توضيح خصائص العينة الاستطلاعية من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم(06): يوضح خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس.

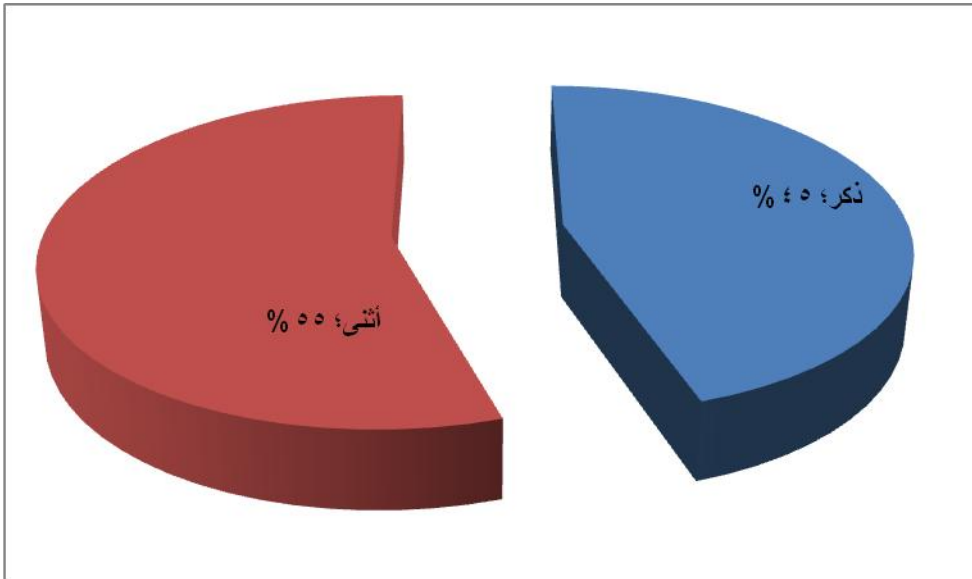
النسبة المئوية	العدد	الجنس
45%	18	ذكر
55%	22	أنثى
100%	40	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول (06) أن عدد الذكور قد بلغ(18) مريضاً ما نسبته 45% من

إجمالي العدد الكلي الذي بلغ 40 حالة، في حين بلغ عدد الإناث (22) مريضة

سكري من العدد الكلي أي ما يقدر بنسبة 55% من إجمالي العينة؛ والشكل التالي يوضح

توزيع العينة حسب الجنس:



شكل رقم(08): يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

2- عينة الدراسة الأساسية:

تمت الاستعانة في هذه الدراسة على عينة مقدره ب(82) فردا مصابا بداء السكري من النوع الثاني النوع الثاني من الجنسين تم اختيارها بطريقة قصدية، وهم من الذين يتابعون حالتهم الصحية بشكل منتظم على مستوى كل من "عيادة معلم لأمراض الغدد والسكري من النوع الثاني" بمدينة باتنة و"عيادة محمدي لأمراض الغدد والسكري من النوع الثاني" بمدينة نقاوس بالإضافة إلى المرضى على مستوى المؤسسة الاستشفائية نقاوس؛ وهي عينة قصدية على اعتبار أنها المناسبة لطبيعة الدراسة الموجه للبحث في نوع من أنواع الاضطرابات السيكوسوماتية التي تسبب الإصابة العضوية المزمنة وهو داء السكري من النوع الثاني، وهي عينة ستساعدنا في تحقيق أهداف البحث والتحقق من الفرضيات المقدمة سابقا. وفيما يلي توضيح لخصائص عينة الدراسة حسب (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي).

◀ خصائص العينة:

- أولاً: من حيث الجنس:

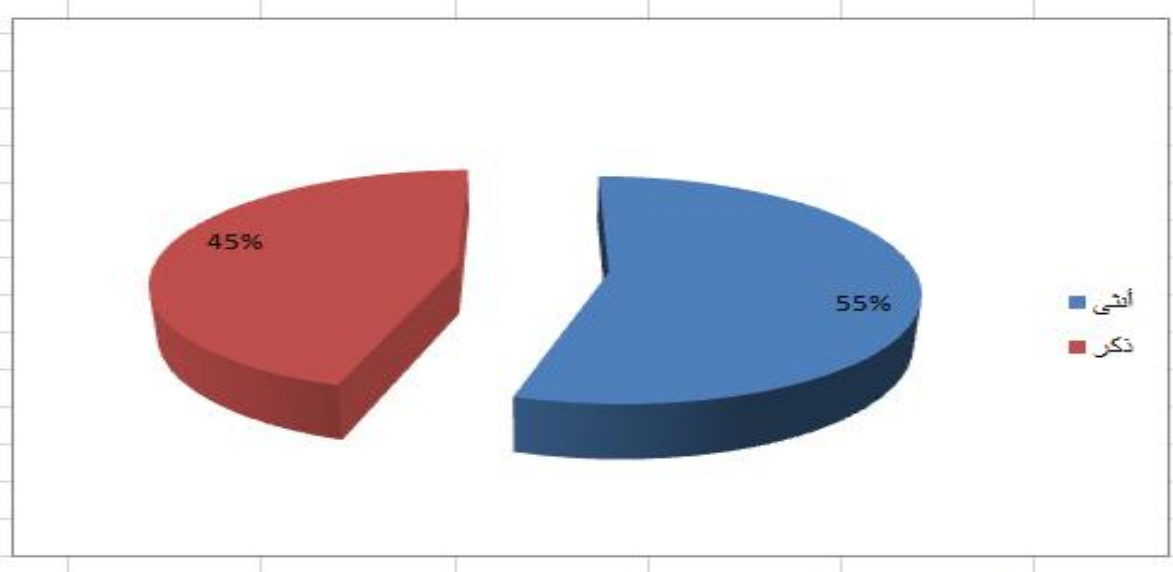
حسب متغير الجنس قسمت عينة الدراسة الأساسية إلى مجموعتين (ذكر/أنثى)؛

كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(07): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	الجنس
45.12%	37	ذكر
54.88%	45	أنثى
100%	82	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد الذكور بلغ (37) فردا مصابا بالسكري من النوع الثاني أي ما نسبته 45.12%، في حين بلغ عدد الإناث (45) مصابة بداء السكري من النوع الثاني بنسبة 54.88% من مجموع العينة الكلية المقدرة ب(82) فردا مصابا بالسكري من النوع الثاني؛ والشكل التالي يوضح توزيع العينة حسب متغير الجنس:



الشكل رقم(09): تمثيل بياني لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

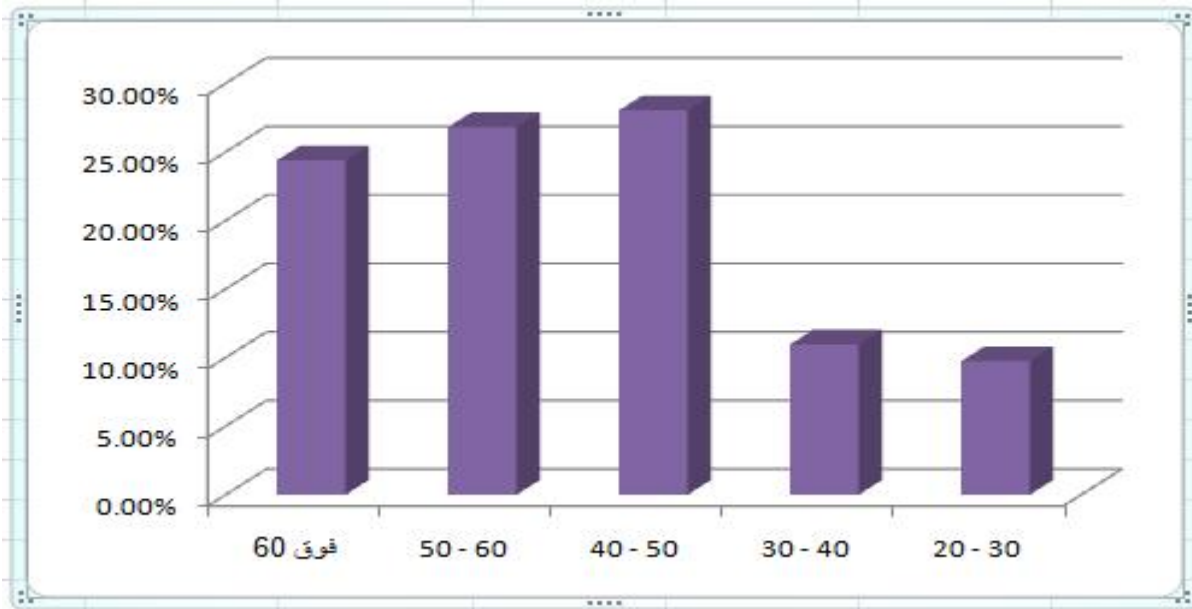
- ثانيا: حسب متغير العمر:

حسب متغير العمر تم تقسيم عينة الدراسة إلى (05) مجموعات (فئات عمرية)؛ والجدول التالي يفصل في ذلك:

الجدول رقم(08): يوضح توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير العمر.

الفئة العمرية	[30 -20]	[40- 30]	[50 - 40]	[60 - 50]	فوق 60
العدد	08	09	23	22	20
النسبة المئوية	%9.75	%10.97	%28.04	%26.82	%24.39
المجموع الكلي	82				

من خلال الجدول أعلاه والذي يمثل توزيع مفردات عينة الدراسة حسب العمر نلاحظ أن الفئة العمرية التي تنتمي إلى المجال [20 - 30] قدرت ب(08) أفراد أي ما نسبته 9.75%، وقد قدرت الفئة [30 - 40] ب(09) أفراد والذي نسبته 10.97%، وقد بلغت الفئة العمرية [40 - 50] (23) فردا مصابا بالسكري من النوع الثاني أي بنسبة مئوية مقدرة ب 28.04%، أما الفئة العمرية [50 - 60] فقد كانت مساهمتها في هذه الدراسة ب(22) فردا أي بنسبة 26.82%، في حين بلغ عدد الفئة العمرية فوق 60 (20) فردا مصابا بداء السكري من النوع الثاني بنسبة 24.39% من أصل العينة الكلية المقدرة ب(82) فردا؛ والشكل التالي يوضح توزيع العينة حسب العمر:



الشكل رقم(10): تمثيل بياني لتوزيع العينة الأساسية حسب متغير العمر.

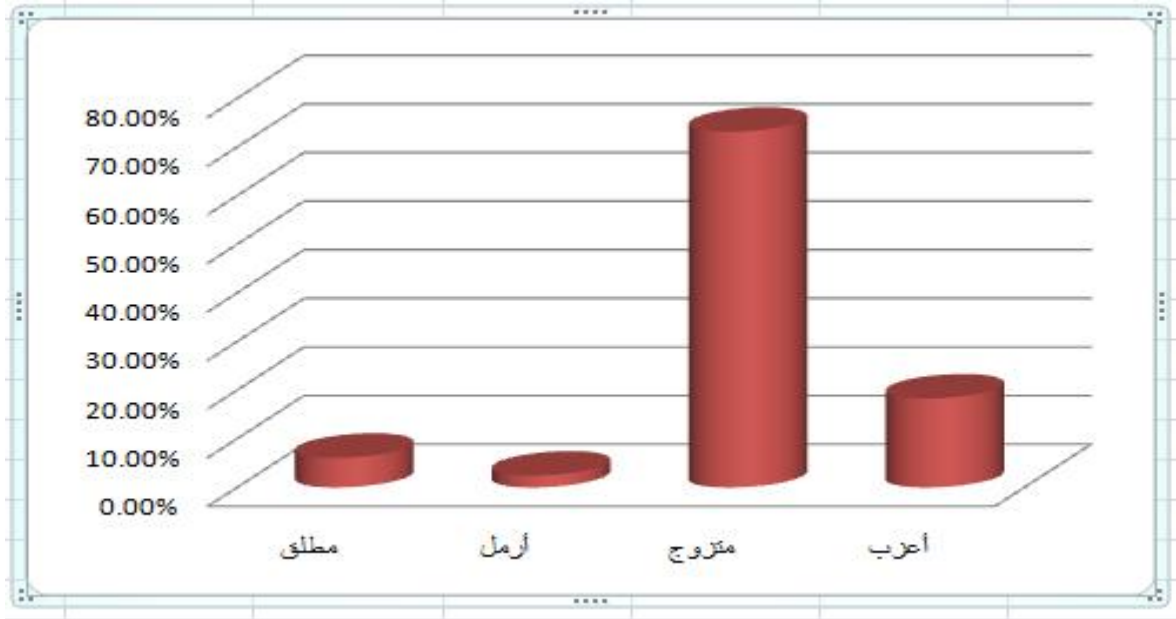
- ثالثاً: حسب الحالة الاجتماعية:

تم تقسيم عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية إلى (04) مجموعات؛ والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(09): يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية.

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
18.29%	15	أعزب
73.17%	60	متزوج
2.43%	02	مطلق
6.09%	05	أرمل
	82	المجموع

نلاحظ من خلال هذا الجدول تبيان توزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية حيث كان عدد الأفراد غير المتزوجين (العزاب) مقدر بـ (15) فرداً أي بنسبة 18.29%، أما فئة المتزوجين فقد قدرت بـ (60) فرداً متزوجاً مصاباً بالسكري من النوع الثاني بنسبة 73.17%، أما فئة المطلقين فقد قدرت بفردين اثنين أي ما نسبته 2.43%، أما فئة المتزوجين الذين فقدوا شريك حياتهم (الأرمل) فقد كانت مساهمتهم بـ (05) أفراد أي بنسبة 6.09% من أصل العينة الكلية المقدرة بـ 82 فرداً مشاركاً في الإجابة على استبيانات الدراسة الحالية؛ والشكل التالي يوضح بشكل أفضل توزيع مفردات العينة الأساسية حسب متغير الحالة الاجتماعية:



الشكل رقم(11): تمثيل بياني لتوزيع عينة الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية.

- رابعا: حسب المستوى التعليمي:

باعتبار متغير المستوى التعليمي تم تقسيم عينة الدراسة الحالية إلى (04)

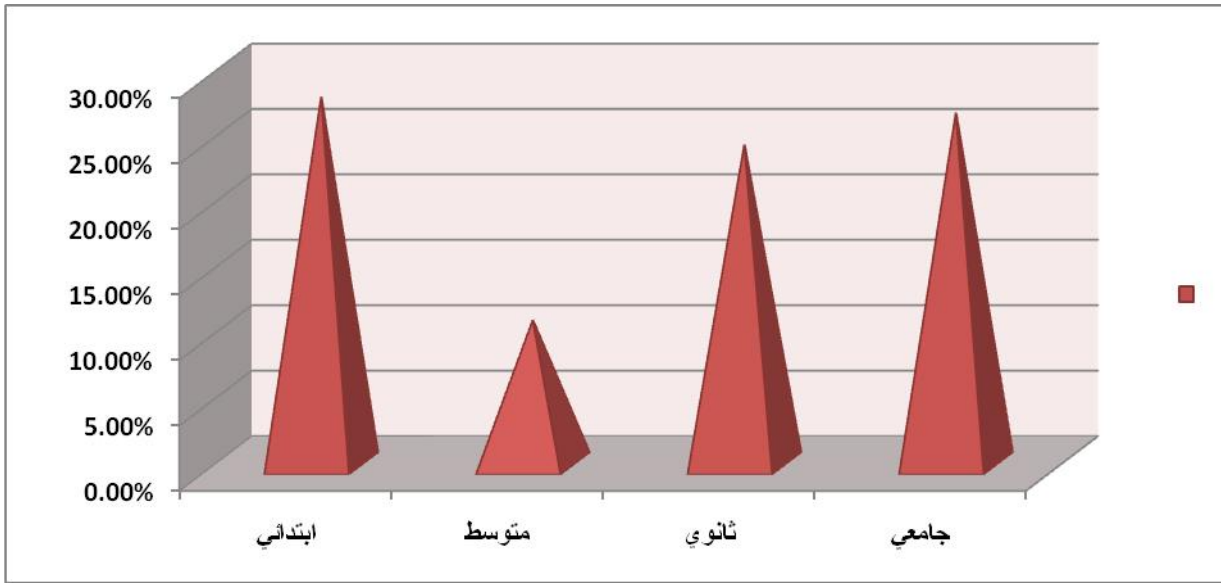
مجموعات؛ كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم(10): يوضح توزيع العينة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
%28.04	23	ابتدائي
%20.73	17	متوسط
%24.39	20	ثانوي
%26.82	22	جامعي
82		المجموع

في قراءة تحليلية للجدول الموضح لتوزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي نلاحظ أن ذوي المستوى الابتدائي بلغ(23) فردا بنسبة مقدرة بـ

28.04%، أما ذوي المستوى التعليمي المتوسط قدر بـ (17) فردا أي بنسبة 20.73%، وكان عدد الأفراد ذوي المستوى الثانوي (20) فردا بنسبة 24.39% أما عن الأفراد ذوي المستوى الجامعي فقد بلغ عددهم في هذه الدراسة (22) فردا ما نسبته 26.82% من إجمالي العينة الكلية (82) فردا؛ والشكل التالي يوضح بشكل أفضل توزيع مفردات العينة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي.



الشكل رقم(12): تمثيل بياني يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي.

4- أدوات الدراسة:

في هذه الدراسة اعتمدت الطالبة الباحثة على مقياسين هما:

- مقياس مصدر الضبط الصحي لـ (Wallston et al (1978) والمعرب من طرف الباحث جبالي نور الدين(2007).
- مقياس التفاعلية الدفاعية والمعد من قبل الطالبة الباحثة.

وفيما يلي تفصيل للمقاييس المستخدمة في الدراسة:

1- مقياس مصدر الضبط الصحي:

◀ وصف المقياس:

تم استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي (Wallston et al 1978) والمعد إلى العربية من طرف الباحث نور الدين جبالي من جامعة باتنة - الجزائر - يقيس ثلاث أبعاد لمصدر الضبط الصحي: مصدر الضبط الداخلي (IHLC)، ومصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ (PHLC)، ومصدر الضبط الخارجي للحظ (CHLC)، حيث يحتوي كل بعد على 6 بنود، وبذلك فإن عدد بنود المقياس 18 بنود، لكل بعد من هذه الأبعاد خمس بدائل: موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق وغير موافق تماما.

◀ طريقة التصحيح:

تمنح الدرجات التالية باعتبار كل خيار من البدائل:

- موافق تماما: 5 درجات.
- موافق: 4 درجات.
- غير متأكد: 3 درجات.
- غير موافق: درجتان (2).
- غير موافق تماما: درجة واحدة (1) (قارة، 2015، ص111).

◀ الخصائص السيكومترية لمقياس مصدر الضبط الصحي:

1- الصدق:

للتحقق من صدق مقياس مصدر الضبط الصحي وفي دراستنا الحالية اعتمدت

الطالبة الباحثة على حساب الصدق التمييزي؛ كما سنوضح ذلك فيما يلي:

الجدول رقم(11): يوضح صدق التمييز لدرجات مقياس مصدر الضبط الصحي بأسلوب المقارنة الطرفية

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المجدولة	ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.000	12	2.179	-44.305	1.221	69.923	القيم العليا
				1.061	50.846	القيم الدنيا

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ(69.923) بانحراف معياري مقدر بـ (1.221)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا(50.846) بانحراف معياري قدره(1.061)، وبحساب درجة الحرية المقدر بـ (12)، حيث بلغت قيمة "ت" المحسوبة (-44.305) عند مستوى دلالة (0.00) وهو أصغر من(0.05)؛ وبهذا نستنتج أن مقياس مصدر الضبط الصحي لديه قدرة كبيرة على التمييز بين مختلف فئات الضبط، وهذا ما يجعلنا نطمئن إلى أن المقياس يتميز بمستوى عالٍ من الصدق ويمكن الاعتماد عليه في دراستنا الحالية.

◀ الثبات:

لقياس ثبات درجات مقياس مصدر الضبط الصحي تم الاعتماد على معامل

ألفا كرونباخ بين بنود المقياس؛ والجدول التالي يوضح النتائج:

الجدول رقم(12): يوضح معاملات ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي بطريقة ألفا كرونباخ.

النتيجة	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ	محاور الاستبيان
ثابت	06	0.419	البعد الداخلي
ثابت	06	0.593	بعد ذوي النفوذ
ثابت	06	0.615	بعد الحظ
ثابت	18	0.716	ثبات مقياس مصدر الضبط الصحي

يتبين من نتائج الجدول أعلاه ارتفاع معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس وعلى أبعاده أيضا؛ حيث قدر معامل ألفا كرونباخ في بعد " الضبط الداخلي" (0.419)، وفي البعد الخارجي " لذوي النفوذ" بلغ (0.593)، أما في البعد الخارجي " للحظ" فقد قدر بـ (0.615)، وقد قدر معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل (0.716) وهو يقترب من 1 مما يدل على أن المقياس ثابت وصالح لاعتماده في الدراسة الحالية.

2- مقياس التفاؤلية الدفاعية:

تم تصميم هذا المقياس من طرف الطالبة الباحثة وذلك بإتباع مجموعة من الخطوات وهي كما يلي:

◀ وصف المقياس:

يهدف مقياس التفاؤلية الدفاعية إلى الكشف عن مستوى التفاؤلية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، حيث يتكون من (33) بندا موزعة على 3 أبعاد، وتتم الإجابة عليها من خلال سلم ليكرت الخماسي بـ 5 بدائل هي: (مطلقا، نادرا، لا أدري، أحيانا ودائما).

◀ طريقة التصحيح:

تقييم الدرجات المتحصل عليها من المفحوصين على النحو التالي لكل خيار:

- مطلقا: 1،

- نادرا: 2،

- لا أدري: 3،

- أحيانا: 4،

- دائما: 5.

علما أن كل العبارات إيجابية، حيث أن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (33)، وأعلى درجة (165). وبذلك مستويات التفاوضية الدفاعية كالتالي:

- مستوى منخفض: {33-77}.

- مستوى متوسط: {78-122}.

- مستوى مرتفع: {123-165}.

← خطوات إعداد مقياس التفاوضية الدفاعية:

إن عدم وجود مقياس للتفاوضية الدفاعية موجه للمصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية يلائم البيئة الجزائرية وذلك في حدود إطلاع الطالبة الباحثة، وعدم تمكننا من الحصول على مقياس عربي يخدم إشكالية الدراسة، وباعتبار الدراسات الأجنبية اعتمدت على طرح أسئلة تستهدف مؤشرات التفاوضية الدفاعية والكشف عنها وعدم استطاعة الباحثة الحصول على مقياس كامل موجه للعينة الدراسة والمتمثلة بالمرضى السيكوسوماتيين. ولتحقيق أهداف الدراسة الحالية قامت الطالبة الباحثة بإعداد مقياس للتفاوضية الدفاعية بالاعتماد على ما اطلعت عليه من الأدبيات النظرية والدراسات السابقة؛ وذلك بإتباع الخطوات التالية:

1- تحديد الهدف من المقياس:

يهدف مقياس التفاوضية الدفاعية إلى الكشف عن مستوى التفاوضية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية من كلا الجنسين (ذكر-أنثى).

2- ضبط تعريف إجرائي لمفهوم التفاوضية الدفاعية:

تطلب ضبط التعريف الإجرائي لمتغير "التفاوضية الدفاعية" الخطوات التالية:

◀ مراجعة ما تم جمعه من التراث النظري المرتبط بالتفاوضية الدفاعية وذلك بهدف تكوين نظرة شاملة والإحاطة بالمفهوم محل الدراسة - التفاوضية الدفاعية-.

◀ الاطلاع على عدد من البحوث والدراسات السابقة العربية والأجنبية التي تناولت موضوع التفاوضية الدفاعية بهدف الاستفادة من المقاييس التي تم استخدامها ومن خلال طريقة تصميمها، وفي محاولة منا لاستنباط بعض البنود والعبارات المشتركة والتي تمثل مؤشرات أساسية للتفاوضية الدفاعية والاستفادة منها في تصميم المقياس الحالي.

◀ الاستعانة ببعض المقاييس الموجهة لقياس التفاوضية الدفاعية ومنها خاصة:

- مقياس التفاوض غير الواقعي لـ Weinstein (1981).
- مقياس الاتجاه نحو الحياة لشاير وكارفر (1985) والمعرب من طرف الباحث محمد بدر الأنصاري (2002) والذي يشمل نزعة التفاوضية والإقبال على الحياة والاستثمار بالمستقبل.
- مقياس الكفاءة الذاتية لـ Schwartz (1986).
- مقياس التفاوض غير الواقعي لمحمد بدر الأنصاري (2001).
- مقياس التفاوضية الدفاعية والوظيفية للباحثة نادية عيادي (2016).
- مقياس انحياز التفاوض للباحث سيف ناصر جبار الكلابي (2021).
- مقياس التفاوضية الدفاعية للباحثين حافري زهية غنية والشيماء بخوخ (2022).
- مقياس التفاوضية الدفاعية والوظيفية للباحثة بخوش سارة (2022).
- المقياس المقدم من طرف ويليام كلاين من جامعة Pittsburgh لقياس انحياز التفاوض.

3- تحديد أبعاد التفاؤلية الدفاعية:

حيث يتضمن مقياس التفاؤلية الدفاعية ثلاثة أبعاد رئيسية وهي:

✓ تحيز المقارنة الزمني: حيث يعمل الفرد على التقليل من احتمال تكرار حدوث الأحداث النادرة، على اعتبار أن حدوث أمر للمرة الثانية في حياته أقل احتمالاً ويتجاهل بذلك استقلالية الأحداث العشوائية؛ وهو ما يعرف بخطأ مونت كارلو.

✓ تحيز المقارنة الاجتماعية: يشير هذا البعد إلى مقارنة الفرد لنفسه بالآخرين، حيث يرى أنه أقل عرضة منهم للتعرض للأحداث السلبية والمخاطر؛ بما في ذلك المخاطر الصحية كالإصابة بالأمراض مثل السرطان أو التعرض لمضاعفات مرض هو بالفعل مصاب به كمضاعفات داء السكري من النوع الثاني المفاجئة.

✓ تأثير الثقة المفرطة: حيث يبالغ الفرد في ثقته في معتقداته وتوقعاته، بالإضافة إلى ثقته المفرطة في قدرته على التجاوز وأدائه مقارنة بالمعايير ذات الصلة بالحدث والتي يطرحها الواقع؛ كتجاوز مضاعفات المرض مثلاً.

4- صياغة العبارات:

حيث قامت في هذه الخطوة الطالبة الباحثة بصياغة عبارات في كل بعد من أبعاد التفاؤلية الدفاعية، مركزة على أن تكون العبارات سليمة من الناحية اللغوية، وواضحة للقارئ ولا تحتمل التأويل إلا المقصود به من خلال العبارة، بالإضافة إلى مراعاة ألا تكون العبارات مركبة تحمل أكثر من فكرة في طياتها. وقد عملت الطالبة الباحثة على أن تكون العبارات المقدمة ملائمة لطبيعة الدراسة وموجهة لقياس ما وضعت من أجله وتتناسب مع البيئة المحلية من جهة ومع خصوصية العينة من جهة أخرى، على اعتبار فئة المرضى

السيكوسوماتيين من الفئات الحساسة والتي يجب مراعاة وضعيتهم وأن تكون العبارات ملائمة.

5- صياغة تعليمة المقياس:

ركزت الطالبة الباحثة على أن تكون التعليمة واضحة وسهلة الفهم، تتناسب مع مختلف المستويات التعليمية، مع توضيح طريقة وشروط الإجابة على المقياس حيث تكون الإجابة فردية على اعتبار أن هذا المقياس يستهدف الفرد بعينه، بالإضافة إلى مراعاة الإجابة الواحدة لكل عبارة فعلا، ولا يمكن الإجابة بأكثر من خيار عليها أو ترك عبارة دون إجابة. كما حاولت الطالبة توضيح أن هذه الإجابات لا تشمل عبارات صحيحة وأخرى خاطئة بل أن الصحيح هو ما ينطبق على الفرد وما يعكس استجاباته الفعلية الحقيقية مع هذه المواقف التي تستثيره؛ مطمئنة المستجيبين أن المعلومات سرية ولا تحيد عن الإطار العلمي للبحث وأخلاقياته؛ وكانت التعليمة كالتالي: "فيما يلي مجموعة من العبارات حول تقييم الأفراد للمخاطر الصحية التي قد تواجهه وكيفية تعامله معها. بعد القراءة الجيدة للعبارات أرجو منك تحديد الإجابة التي تتفق مع تقييمك وتعاملك مع الأخطار الصحية في الواقع وذلك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تختارها؛ علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تختارها وتعكس اعتقادك وتعاملك في الواقع.

أرجو منك الإجابة بصدق على كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة، وتأكد أنها ستستخدم لأهداف علمية ولا تحيد عن البحث العلمي وستبقى سرية."

6- تحديد مفتاح تصحيح المقياس:

تم تحديد أوزان الإجابة على عبارات المقياس بخمس بدائل (مطلقا، نادرا، لا أدري، أحيانا ودائما)، بالإضافة إلى ضبط الدرجات المقابلة لكل من البدائل الخمسة؛ حيث تعطى درجة واحدة للإجابة مطلقا، درجتان للإجابة نادرا، ثلاث درجات للإجابة لا أدري،

أربع درجات للإجابة أحيانا وخمس درجات إذا كانت الإجابة دائما؛ وهي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم(13): يوضح مفتاح تصحيح مقياس التفاؤلية الدفاعية.

البدائل	مطلقا	نادرا	لا أدري	أحيانا	دائما
الدرجات	01	02	03	04	05

المصدر: من إعداد الطالبة الباحثة.

7- إعداد الصورة الأولية للمقياس:

في ضوء ما سبق قامت الطالبة الباحثة بإعداد الصورة الأولية للمقياس؛ الذي تكون من 33 بندا موزعة على الأبعاد الثلاثة كما يلي:

- بعد تحيز المقارنة الزمني: يشمل العبارات: {1-2-3-21-22-23-24-25-26-27-28}.
- بعد تحيز المقارنة الاجتماعية: يشمل العبارات: {4-5-6-7-8-9-10-30-31-32-33}.
- بعد تأثير الثقة المفرطة: يشمل العبارات: {11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-29}.

8- التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس التفاؤلية الدفاعية:

بعد عرض المقياس على الأستاذ المشرف وعدد من الأساتذة في التخصص من المركز الجامعي بركة وجامعات أخرى للتحقق من مدى سلامة العبارات وانتمائها إلى أبعاد التفاؤلية الدفاعية، تم عرض مقياس التفاؤلية الدفاعية في صورته الأولية والمتكون من (33) عبارة على عينة استطلاعية للتحقق من خصائصه السيكومترية وما إذا كانت عباراته واضحة ومفهومة للعينة قبل التطبيق النهائي على عينة الدراسة الأساسية، وقد تكونت العينة الاستطلاعية من 40 فردا مصابا بالسكري من النوع الثاني من الجنسين.

وللتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس التفاوضية الدفاعية اعتمدت الطالبة الباحثة لحساب الصدق على: الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية، وبالنسبة للثبات تم حسابه بمعامل ألفا كرونباخ؛ وكانت النتائج كما يلي:

1- الصدق:

للتأكد من صدق مقياس التفاوضية الدفاعية المصمم لهذه الدراسة تم حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية؛ كما هو مبين في التالي:

◀ الصدق التمييزي:

تم حساب الصدق التمييزي بأسلوب المقارنة الطرفية لمقياس التفاوضية الدفاعية بحساب الفروق بين متوسطات الحاصلين على أعلى الدرجات والحاصلين على أدنى الدرجات وذلك بعد ترتيب درجات أفراد العينة تنازلياً، وسحب مجموعتين طرفيتين باعتبار (27%) من طرفي الترتيب الكلي؛ حيث كان حجم العينة (13)، وتم تطبيق اختبار "ت" والنتائج موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (14): يوضح صدق التمييز لدرجات مقياس التفاوضية الدفاعية بطريقة المقارنة الطرفية.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المجدولة	ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.000	12	2.179	-	1.329	141.846	القيم العليا
			12.455	4.394	101.923	القيم الدنيا

من الجدول نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا بلغ (141.846) بانحراف معياري مقدر بـ (1.329)، بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (101.923) بانحراف معياري قدره (4.394)، وبحساب درجة الحرية المقدر بـ (12)، حيث بلغت قيمة "ت"

المحسوبة (-12.455) عند مستوى دلالة (0.00) وهو أصغر من (0.05)؛ وبهذا نستنتج أن مقياس التفاؤلية الدفاعية لديه قدرة كبيرة على التمييز بين ذوي التفاؤلية الدفاعية المرتفعة والمنخفضة، وهذا ما يجعلنا نطمئن إلى أن المقياس يتميز بمستوى عالٍ من الصدق ويمكن الاعتماد عليه في دراستنا الحالية.
ثبات المقياس:

لقياس ثبات درجات مقياس التفاؤلية الدفاعية تم الاعتماد على معامل ألفا كرونباخ بين بنود المقياس؛ والجدول التالي يوضح النتائج:

الجدول رقم (15): يبين قيمة معامل Cronbach's Alpha لمقياس التفاؤلية الدفاعية.

محاور الاستبيان	معامل ألفا كرونباخ	عدد الفقرات	النتيجة
بعد تحيز المقارنة الزمني	0.778	11	ثابت
بعد تحيز المقارنة الاجتماعية	0.706	11	ثابت
بعد تأثير الثقة المفرطة	0.759	11	ثابت
قياس الاتجاهات نحو التفاؤلية الدفاعية	0.893	33	ثابت

يتبين من نتائج الجدول أعلاه ارتفاع معامل الثبات ألفا كرونباخ للمقياس وعلى أبعاده أيضاً؛ حيث قدر معامل ألفا كرونباخ في بعد " تحيز المقارنة الزمني " (0.778)، وفي بعد " تحيز المقارنة الاجتماعية" بلغ (0.706)، أما في بعد " تأثير الثقة المفرطة فقد قدر بـ (0.759)، وقد قدر معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل (0.893) وهو يقترب من 1 مما يدل على أن المقياس ثابت وصالح لاعتماده في الدراسة الحالية.

9- إعداد الصورة النهائية للمقياس:

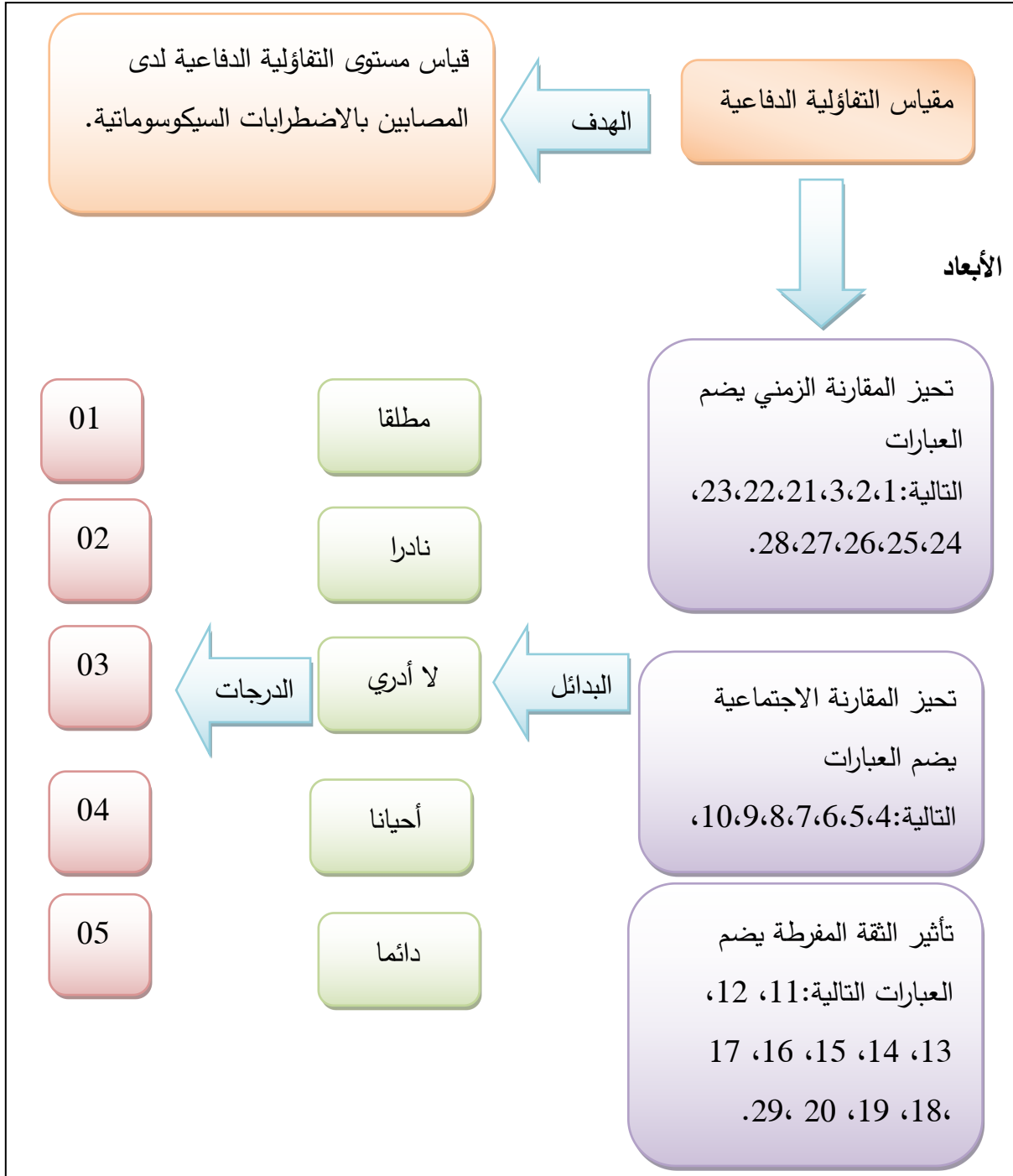
بعد عرض المقياس في صورته الأولية على العينة الاستطلاعية والتحقق من خصائصه السيكومترية، تم إخراجها في صورته النهائية والذي تكون من (33) بنداً موزعة

على ثلاث أبعاد: تحيز المقارنة الزمني، تحيز المقارنة الاجتماعية وتأثير الثقة المفرطة كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم(16): يوضح توزيع عبارات مقياس التفاؤلية الدفاعية في صورته النهائية.

الأبعاد	عدد العبارات	أرقام العبارات
تحيز المقارنة الزمني	11	.28،27،26،25،24،23،22،21،3،2،1
تحيز المقارنة الاجتماعية	11	.33،32،31،30،10،9،8،7،6،5،4
تأثير الثقة المفرطة	11	،19 ،18، 17 ،16 ،15 ،14 ،13 ،12 ،11 ،29،20

ويمكن أن نلخص محتوى مقياس التفاؤلية الدفاعية في المخطط التالي:



5- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

من أجل تحقيق أهداف الدراسة الحالية والتحقق من الفرضيات المقدمة، تم معالجة البيانات التي تم جمعها بالاستعانة بأدوات الدراسة (مقياس مصدر الضبط الصحي ومقياس التفاؤلية الدفاعية)؛ وذلك بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية 25, Spss واستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

◀ الإحصاء الوصفي: وذلك من خلال مايلي:

- النسب المئوية لوصف خصائص العينة.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وذلك لتحديد البعد السائد من أبعاد مصدر الضبط الصحي، والكشف عن مستوى التفاؤلية الدفاعية لدى عينة الدراسة.

◀ الإحصاء الاستدلالي: وذلك من خلال مايلي:

- معامل ألفا كرونباخ للتحقق من ثبات المقاييس المستخدمة في الدراسة.
- اختبار T test للكشف عن الفروق الموجودة في مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية والتي تعزى لمجموعة من المتغيرات.
- اختبار بيرسون للعلاقة الخطية بين المتغيرات.
- اختبار مان ويتني.
- اختبار كروسال ويلس.
- معامل الانحدار المتعدد.

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة

- 1- اختبار التوزيع الاعتدالي.
- 2- عرض نتائج الفرضية الأولى.
- 3- عرض نتائج الفرضية الثانية.
- 4- عرض نتائج الفرضية الثالثة.
- 5- عرض نتائج الفرضية الرابعة.
- 6- عرض نتائج الفرضية الخامسة.
- 7- عرض نتائج الفرضية السادسة.
- 8- عرض نتائج الفرضية السابعة.
- 9- عرض نتائج الفرضية الثامنة.
- 10- عرض نتائج الفرضية التاسعة.

1- اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة.

ولاختبار ذلك تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (17): يوضح التحقق من شرط التوزيع الطبيعي بالنسبة للمتغيرات محل الدراسة.

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,719	40	0,981	0,200	40	0,071	مصدر الضبط الصحي
دال	0,003	40	0,904	0,026	40	0,149	التفأولية الدفاعية

من خلال المعطيات المبينة بالجدول أعلاه نلاحظ وبناء على قيم اختبار كولموغوروف سميرونوف وكذا اختبار شبيرو ويلك أن قيم متغير محل الدراسة التفأولية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني جاءت دالة عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) وعليه فتوزيعها غير اعتدالي، أما مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني فقد جاءت غير دالة إحصائياً مما يعني بأن بيانات مصدر الضبط الصحي تتوزع توزيعاً طبيعياً وعليه فإن الأساليب الإحصائية التي ستستخدم في المعالجة هي أساليب مختلطة لا بارامترية و بارامترية بحسب المتغير المدروس.

2- عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على ما يلي: "يتميز مرضى السكري من النوع الثاني بالتوجه نحو الضبط الداخلي.

وللتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل بعد من أبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي وبعد ذلك ترتيبها ترتيباً تنازلياً، وذلك من أجل معرفة البعد الأكبر والذي يعد البعد السائد في عينة الدراسة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وقد أسفرت النتائج إلى مايلي:

الجدول رقم (18) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد درجات مقياس مصدر الضبط الصحي.

أبعاد مصدر الضبط الصحي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
مصدر الضبط الداخلي	21,875	3,155
الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين	21,275	3,822
الضبط الخارجي للحظ	17,050	4,483

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه والذي يمثل كل من المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني، أن المتوسط الحسابي للضبط الداخلي متقارب نوعاً ما مع مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين، حيث بلغ المتوسط الحسابي للضبط الداخلي 21,875 بانحراف معياري مقدر بـ 3,155، كما بلغ متوسط الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين 21,275 بانحراف معياري قدره 3,822 وهما متقاربان إلى حد بعيد، فيما يبتعد المتوسط الحسابي لبعد الضبط الخارجي للحظ بمتوسط حسابي قدره 17,050، بانحراف معياري قدر بـ 4,483.

وبما أن المتوسطات متقاربة جدا، فإنها لم تتكشف لدينا أيها من الأبعاد هو المهيمن على الآخر، لذا توجب علينا حساب معادلة "روتر" لتحديد اتجاه الضبط كما يلي:

$$\begin{aligned} \text{اتجاه الضبط} &= \text{مصدر الضبط الداخلي} \times 02 \\ &\text{ضبط الحظ} + \text{ضبط نفوذ الآخرين} \\ \text{اتجاه الضبط} &= \frac{43,75}{21,275+17,050} \times 02 = 1,141 \\ &38,325 \end{aligned}$$

بما أن النتيجة المتوصل إليها أكبر من الواحد (1,141)، فإن اتجاه مصدر الضبط السائد لدى عينة مرضى السكري من النوع الثاني هو مصدر الضبط الداخلي، وهو ما تأكده المقارنة السابقة بين متوسطات مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ومصدر الضبط الداخلي، والتي كانت لصالح هذا الأخير.

3- عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على ما يلي: "يتميز مرضى السكري من النوع الثاني

بمستوى مرتفع من التفاؤلية الدفاعية".

وللتحقق من صحة الفرضية تم استخراج المجالات الفرضية لاستجابات أفراد العينة على مقياس التفاؤلية الدفاعية، وبما أن أقل درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (33)، وأعلىها هي (165). تكون مستويات التفاؤلية الدفاعية كالتالي: مستوى منخفض: (33-77)، والمستوى المتوسط: (78-122)، أما المستوى المرتفع: فهو (123-165). مع حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستجابات أفراد العينة وهي كالتالي؛

ولاختبارها تم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات المقياس ومن

الوسط الفرضي، فضلا عن كونها تقع في الفئة العليا، وهي كما يلي:

جدول رقم (19) يبين المتوسط الحسابي والفرضي والفئوي لدرجات مرضى السكري من النوع الثاني في مقياس التفاؤلية الدفاعية.

عينة ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	الفئة العليا
40	123,375	18,977	99,25	(165-123)

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي قدرت بـ 123.375 والمتوسط الفرضي قدر بـ 99.25 أما الانحراف المعياري فبلغ: 18.977. وبالتالي يتضح أن قيمة المتوسط الحسابي أعلى من المتوسط الفرضي هذا من جهة ومن جهة ثانية يقع في الفئة العليا أو المرتفعة مما يعني تحقق الفرضية التي مفادها "يتميز مرضى السكري من النوع الثاني بمستوى مرتفع من التفاؤلية الدفاعية".

4- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الرابعة على ما يلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل الجنس".

وقبل اختبار هذه الفرضية تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات

الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (20): يبين طبيعة التوزيع في التفاؤلية الدفاعية لدى عينة الذكور والإناث من

مرضى السكري من النوع الثاني.

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,845	22	0,976	0,200	22	0,087	التفاؤلية الدفاعية إناث
دال	0,068	18	0,904	0,200	18	0,166	التفاؤلية الدفاعية ذكور

وبما أن التوزيع غير اعتدالي فإنه لاختبار الفرضية تم الاستعانة باختبار "ت" لدلالة الفروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني وهي كالتالي:
جدول رقم (21): يبين نتائج اختبار مان ويتني للفروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني في التفاؤلية الدفاعية.

المتغيرات	العينة	متوسط المرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	مستوى الدلالة	القرار
الإناث	22	23,59	519,00	130,00	301,00	-1,85	0,064	دال
الذكور	18	20,15	301,00					

نلاحظ من الجدول رقم (21) أن متوسط الرتب للإناث بلغ 23.95 بمجموع رتب بلغ 519 في حين قدر متوسط الرتب للذكور 20.15 بمجموع رتب 301، وقد كان اختبار مان ويتني 130 في مستوى دلالة 0.064 وهي أكبر من 0.05 وبالتالي قيمة دالة وبالتالي بالفرضية القائلة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل الجنس". لم تتحقق وذلك لوجود فروق في مستوى التفاؤلية الدفاعية لصالح الإناث.

5- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الخامسة على ما يلي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس (الذكور والإناث).

وقبل اختبار هذه الفرضية تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (22): يبين التوزيع الطبيعي في مصدر الضبط الصحي لدى عينة الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني.

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,918	22	0,980	0,200	22	0,075	مصدر الضبط إناث
غير دال	0,894	18	0,976	0,200	18	0,088	مصدر الضبط ذكور

وبما أن العينة تتوزع توزيعاً طبيعياً ولاختبار الفرضية تم الاستعانة باختبار "ت" لدلالة الفروق بين الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني وهي كالتالي:

جدول رقم (23): يبين الفروق بين مرضى السكري من النوع الثاني الذكور والإناث من في مصدر الضبط الصحي.

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	إناث ن = 22		ذكور ن = 18		المتغيرات
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دال	0,205	8,290	60,454	9,100	59,888	مصدر الضبط الصحي

يتبين من الجدول رقم (23) أن المتوسط الحسابي للذكور بلغ 95.88 بانحراف معياري قيمته 9.10 في حين بلغ المتوسط الحسابي للإناث 60.45 بانحراف معياري قيمته 8.29، وقد قدرت قيمة "ت" المحسوبة بـ 0.205 وهي قيمة غير دالة وبالتالي الفرضية القائلة: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس (الذكور والإناث) قد تحققت.

6- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية السادسة على ما يلي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل السن.

وقبل اختبار هذه الفرضية تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات

الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-

Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (24): يبين التوزيع الطبيعي لمصدر الضبط الصحي لدى عيني الأقل من 45

سنة والأكثر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني.

قرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,851	13	0,967	0,200	13	0,125	مصدر الضبط أقل من 45 سنة
غير دال	0,297	27	0,956	0,200	27	0,122	مصدر الضبط أكبر من 46 سنة

وبعد التأكد من إعتدالية التوزيع واختبار الفرضية تم الاستعانة باختبار "ت" لدلالة

الفروق بين الأقل من 45 سنة والأكثر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني

وهي كالتالي:

جدول رقم (25): يبين الفروق بين الأقل من 45 سنة والأكثر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني في مصدر الضبط الصحي.

العينة	الأقل من 45 سنة ن = 13		الأكثر من 46 سنة ن = 27		قيمة "ت"	مستوى الدلالة
المتغيرات	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	0,171	غير دال
	الحسابي	المعياري	الحسابي	المعياري		
مصدر الضبط الصحي	60,538	9,116	60,037	8,446		

يتبين من الجدول رقم (25) أن المتوسط الحسابي للأفراد أقل من 45 سنة بلغ 60.538 بانحراف معياري قيمته 9.116 في حين قدر المتوسط الحسابي للأفراد أكبر من 46 سنة بـ 60.037 بانحراف معياري مقدر بـ 8.446 وقد سجلت قيمة "ت" المحسوبة 0.171 وهي غير دالة وبالتالي فالفرضية القائلة بأنه: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل السن" قد تحققت ما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل السن لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

7- عرض نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السابعة على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل السن".

وقبل اختبار هذه الفرضية تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (26): يبين التوزيع غير الطبيعي في التفاؤلية الدفاعية لدى عينة الذكور والإناث من مرضى السكري من النوع الثاني.

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,990	13	0,987	0,200	13	0,108	التفاؤلية الدفاعية أقل من 45 سنة
دال	0,006	27	0,886	0,032	27	0,175	التفاؤلية الدفاعية أكبر من 46 سنة

وبما أنه لا يمكن اختبار الفرضية باختبار "ت" لدلالة الفروق بين الأقل من 45 سنة والأكثر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني لأن أحدهما يتوزع توزيعاً اعتدالياً (الأقل من 45 سنة) والآخر يتوزع توزيعاً حراً (الأكثر من 46 سنة) في التفاؤلية الدفاعية كما هو مبين أعلاه.

جدول رقم (27): يبين نتائج اختبار مانويتني للفروق بين الأقل من 45 سنة والأكثر من 46 سنة من مرضى السكري من النوع الثاني في التفاؤلية الدفاعية.

المتغيرات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	مستوى الدلالة	القرار
أقل من 45 سنة	13	21,23	276,0	166,00	544,00	-	0,784	غير دال
أكثر من 46 سنة	27	20,15	544,0					

نلاحظ من الجدول رقم (27) أن متوسط الرتب للإناث بلغ 21.23 بمجموع

رتب بلغ 267 في حين قدر متوسط الرتب للذكور 20.15 بمجموع رتب 544، وقد كان اختبار مان ويتني 166 وبالتالي فالفرضية المحددة بـ "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل السن". لم تتحقق وذلك لعدم وجود فروق في مستوى التفاؤلية الدفاعية مرجعها عامل السن.

8- عرض نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية السابعة على ما يلي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل المستوى التعليمي.

وقبل اختبار هذه الفرضية تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات

الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (28): يبين التوزيع الطبيعي لمصدر الضبط الصحي لدى عينتين بحسب متغير

المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط وثانوي، جامعي) من مرضى السكري من النوع الثاني.

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	

مصدر الضبط ابتدائي	0,108	12	0,200	0,961	12	0,804	غير دال
مصدر الضبط متوسط وثنائي	0,118	17	0,200	0,956	17	0,558	غير دال
مصدر الضبط الجامعي	0,144	11	0,200	0,966	11	0,840	غير دال

وبعد التأكد من إعتدالية التوزيع ولاختبار الفرضية تم الاستعانة باختبار " One Anova Way" لدلالة الفروق بين الابتدائي والمتوسط / الثانوي، والجامعيين مرضى السكري من النوع الثاني ولمعرفة ما إذا كانت هناك فروق جوهرية في مصدر الضبط الصحي في ضوء متغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط وثنائي، وجامعي) والنتائج المتوصل إليها كالتالي:

جدول رقم (29): يبين اختبار "ف" لدلالة الفروق بين مرضى السكري من النوع الثاني في مصدر الضبط الصحي تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
مصدر الضبط	بين المجموعات	29,822	2	14,911	0,195	غير دال
الصحي	داخل المجموعات	2824,578	37	76,340		
	المجموع الكلي	2854,400	39			

نلاحظ من الجدول رقم (29) أن متوسط المربعات داخل المجموعات بلغ 76.34 بمجموع مربعات قدر ي 2824.578 في حين سجلت الدراسة متوسط المربعات بين المجموعات 14.911 بمجموع مربعات بلغ 29.822 وقد بلغ قيمة "ف" المحسوبة 0.195 وهي قيمة غير دالة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ومنه نستنتج أن الفرضية القائلة " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل المستوى التعليمي " قد تحققت.

عرض وتفسير النتائج المتعلقة بالفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على ما يلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل المستوى التعليمي".

- وقبل اختبار هذه الفرضية تم التحقق من التوزيع الطبيعي أو الاعتدالي لمتغيرات الدراسة، وذلك باستخدام كل من اختبار Kolmogorov-Smirnov واختبار Shapiro-Wilk، والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (30): يبين التوزيع غير الطبيعي للتفاؤلية الدفاعية بحسب متغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط وثانوي، جامعي) لدى عينة من مرضى السكري من النوع الثاني.

القرار	Shapiro-Wilk			Kolmogorov-Smirnov ^a			المتغيرات
	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
غير دال	0,161	12	0,900	0,022	12	0,263	التفاؤلية الدفاعية ابتدائي
دال	0,069	17	0,901	0,200	17	0,171	التفاؤلية الدفاعية متوسط وثنوي
دال	0,051	11	0,856	0,138	11	0,221	التفاؤلية الدفاعية جامعي

وبعد التأكد من عدم إعتدالية التوزيع واختبار الفرضية تم الاستعانة باختبار كروسكال ويلس (Kruskal-Wallis Test) اللامعلمي لدلالة الفروق بين الابتدائي والمتوسط/الثانوي، والجامعي من مرضى السكري من النوع الثاني ولمعرفة ما إذا كانت هناك فروق

جوهريّة في مصدر الضبط الصحي في ضوء متغير المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط وثانوي، وجامعي) والنتائج المتوصل إليها كالتالي:

جدول رقم (31): يبين اختبار "كروسكال ويلس" لدلالة الفروق بين مرضى السكري من النوع الثاني في التفاؤلية الدفاعية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.

المتغير	المستوى التعليمي	العينة "ن"	متوسط الرتب	كا ²	درجة الحرية	مستوى الدلالة
التفاؤلية الدفاعية	ابتدائي	12	15,25	3,587	2	غير دال
	متوسط وثانوي	17	22,12			
	جامعي	11	23,73			

نلاحظ من الجدول رقم (31) أن متوسط الرتب لذوي الابتدائي قدر بـ15.25 وبلغ متوسط الرتب لذوي المستوى المتوسط والثانوي بـ22.12 في حين بلغ المتوسط الرتبي لذوي المستوى الجامعي 23.73 وكانت نسبة كا² ودرجة الحرية 2 وهو غير دال .
وبما أن اختبار كروسكال ويلس لا يبين لنا المقارنات البعدية بين المتغيرات الثلاثة (ابتدائي، متوسط وثانوي، وجامعي) فإنه يستلزم مرة أخرى العودة لاختبار مان ويتني (Mann-Whitney Test) لإجراء المقارنات البعدية بين هذه المتغيرات والجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (32): يبين المقارنات البعدية للنتائج المتحصل عليها للفروق بين المتغيرات

الثلاثة.

أولاً: المقارنة بين (1 و 2):

المتغيرات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	مستوى الدلالة	القرار
ابتدائي	12	12,13	145,50	67,500	145,50	-	0,126	غير
متوسط/ ثانوي	17	17,03	289,50					دال

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط الرتب للابتدائي كان 12.13 لمجموع رتب بلغ 145.50 في حين سجلنا متوسط رتب للمتوسط والثانوي مقدر بـ 17.03 بمجموع رتب 289.05 وقد سجلنا قيمة اختبار مان ويني بقدر 67.5 في مستوى دلالة مقدر بـ 0.126 وهي غير دالة وبالتالي نستنتج أنه لا توجد فروق في مستوى التفاولية الدفاعية بين ذوي المستوى الابتدائي وذوي المستوى المتوسط والثانوي.

ثانياً: المقارنة بين (1 و 3):

المتغيرات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	مستوى الدلالة	القرار
ابتدائي	12	9,63	115,50	37,500	115,50	-	0,079	دال
جامعي	11	14,59	160,50					دال

نلاحظ من الجدول أعلاه أن متوسط الرتب للابتدائي كان 9.63 لمجموع رتب بلغ 115.50 في حين سجلنا متوسط رتب للجامعي مقدر بـ 14.59 بمجموع رتب 160.50 وقد سجلنا قيمة اختبار مان ويني بقدر 37.5 في مستوى دلالة مقدر بـ 0.079 وهي دالة وبالتالي نستنتج أنه توجد فروق في مستوى التفاولية الدفاعية بين ذوي المستوى الابتدائي وذوي المستوى الجامعي.

ثالثاً: المقارنة بين (2 و 3):

المتغيرات	العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	مستوى الدلالة	القرار
متوسط/ ثانوي	17	14,09	239,50	86,500	239,500	-	0,742	غير
جامعي	11	15,14	166,50					

من خلال الجدول أعلاه نجد أن متوسط الرتب للمتوسط والثانوي مقدر بـ 14.09 بمجموع الرتب الذي بلغ 239.50 في حين سجلنا بالنسبة للجامعيين متوسط رتب بلغ 15.14 بمجموع رتب 166.50 ونلاحظ أن قيمة اختبار مان ويني بلغت 86.5 ومستوى الدلالة قدر بـ 0.742 وهي غير دالة وبالتالي لا توجد فروق بين ذوي المستوى المتوسط والثانوي والجامعيين في مستوى التفاؤلية الدفاعية.

عرض النتائج المتعلقة بالفرضية التاسعة:

تنص الفرضية التاسعة على ما يلي: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني".

بما أن التوزيع غير طبيعي كما هو مبين في الفرضية الأولى فإنه وللتحقق من صحة الفرضية الحالية تم اللجوء إلى استخدام معامل سبيرمان، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتيجة التالية:

الجدول رقم (33): يوضح العلاقة بين درجات عينة الدراسة في كل من مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية.

القرار	التفاؤلية الدفاعية	Rho de Spearman	
الارتباط غير دال عند $(\alpha=0,05)$	0,280	معامل الارتباط	مصدر الضبط الصحي
	0,080	مستوى الدلالة	
	40	حجم العينة	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط سبيرمان بلغ 0.28 في مستوى الدلالة المقدر بـ 0.08 وبما أن الارتباط غير دال عند مستوى دلالة 0.05 يتبين أنه لا توجد ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

الفصل السادس: تفسير ومناقشة النتائج

1- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة

1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
2. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
3. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
4. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
5. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
6. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.
7. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.
8. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.
9. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة.

2- مناقشة عامة.

1- تفسير ومناقشة نتائج الدراسة:

1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية على أن: " مرضى السكري من النوع الثاني يتميزون بالتوجه نحو الضبط الداخلي".

أظهرت نتائج الفرضية الثانية أن مصدر الضبط الصحي السائد حسب استجابات أفراد عينة الدراسة كان داخليا متبوعا بالضبط الخارجي لذوي النفوذ، وبذلك تشير هذه النتيجة إلى أن مرضى السكري من النوع الثاني يتمتعون بمستوى عال من التحكم في حالتهم الصحية أي من خلال تمييزهم بالتوجيه نحو الضبط الصحي الداخلي، وبمقارنة نتائج الدراسة الحالية مع نتائج الدراسات السابقة فإنها تتفق مع دراسة (نور الدين جبالي، 2007) والتي هدفت للكشف عن علاقة مصدر الضبط الصحي بالاضطرابات السيكوسوماتية، وكذا دراسة (أحمان، 2012) والتي كانت تهدف للكشف عن الدور الذي تساهم به المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، ودراسة (ساعد، 2019) التي بحث في موضوع "مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بالأمراض السيكوسوماتية"، بالإضافة إلى دراسة نوار شهرزاد والتي هدفت إلى الكشف عن مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري من النوع الثاني. كما اتفقت مع نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه الباحثة (ذياب، 2023) في دراستها المعنونة بتأثير الفاعلية الذاتية والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني من النوع الثاني، بالإضافة إلى هذه الدراسات اتفقت النتيجة الحالية مع ما توصل إليه الباحثين (يحياوي

وخلفي، 2024) في دراستهما لمصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية لمرضى السكري من النوع الثاني من النوع الثاني.

بينما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج عدد من الدراسات السابقة على غرار دراسة (مرازقة، 2012) والتي هدفت إلى الكشف عن مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي. وتفسر الطالبة سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي لدى أفراد عينة الدراسة في ضوء ما أشار إليه (Leff court, 1976) حول مفهوم مصدر الضبط باعتباره من أكثر أبعاد الشخصية التي تؤثر في الكثير من سلوكياتنا، مشيراً في ذلك إلى أن الفرد الذي يتصور بقدرته على السيطرة على أمره سيستمر في ممارسة يومياته باستمتاع وتكون لديه القدرة على خلق مستوى من التوافق والتكيف مع بيئته، فمريض السكري من النوع الثاني الذي يعتقد بقدرته على التحكم في أمور صحته سيسعى جاهداً إلى الالتزام بممارسة السلوكيات الصحية والانخراط في برامج الإدارة الذاتية للمرض وبالتالي سيعيش مستوى أقل من الضغط على عكس الأفراد ذوي الضبط الخارجي - هذا ما سيوفر جواً من التقبل ومحاولة الاستمتاع باليوميات دون ضغط وقلق، وفي هذا الصدد ركز الباحث (شفيق، 2017) على أهمية مصدر الضبط الصحي ومدى مساهمته في إدراك المريض للمواقف وضبط الاستجابات لها مشيراً في ذلك إلى أن ذوي الضبط الداخلي يتميزون بتوتر أقل ويظهرون أساليب مواجهة فعالة بشكل كبير. كما ترجع الطالبة الباحثة سيادة الضبط الداخلي لدى عينة الدراسة إلى إدراك مريض السكري من النوع الثاني لأهمية تحقيق نتائج مرضية في إدارته للمرض والسعي إلى الحفاظ على مستوى جيد في صحتهم وتقادي كل ما من شأنه أن يكون خطراً أو سبباً في تدهور صحتهم، وهذا ما ركز عليه (Fares, 1979) حيث أسس لمبدأ إدراك قيمة النتائج المنتظرة من المهمة التي يقوم بها الفرد، فالأفراد ذوو الضبط الصحي الداخلي يدركون جيداً أن بلوغ النتائج المهمة يعتمد بشكل أساسي على

مدى انجازهم وتحكمهم في المواقف. وهو ما أشار إليه (جابر والكفافي، 1991) في معجم علم النفس والطب النفسي بأن مصدر الضبط الداخلي يشير إلى مدى اعتقاد الأفراد في قدرتهم على توظيف سلوكياتهم لتحقيق الأهداف المرغوبة وذلك بالاعتماد على ذواتهم بالدرجة الأولى.

كما أن أهمية مصدر الضبط الداخلي للصحة (IHLC) قد يعود حسب رأي الطالبة الباحثة إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية ومدى الحرص على غرس روح تحمل المسؤولية في الأفراد نحو أنفسهم وكذا وضعهم الصحي حيث يساهم مصدر الضبط الداخلي في التأصيل في ذهن الأفراد أنهم المسؤولون الأوائل على صحتهم ومدى قدرتهم على التحكم في أعراض المرض الذي أصابهم وهو ما أشارت إليه دراسة (يحياوي وخلفي، 2024). كما أكد الباحث (جبالي، 2007) نقلا عن (عليوة، 2015) على أن العينة المدروسة تنحدر من بيئة إسلامية تظهر جليا في أسلوب التنشئة الاجتماعية للأفراد سواء في الأسرة أو على مستوى المؤسسات التعليمية وغيرها من مرافق التنشئة الاجتماعية، حيث يتأثر الفرد بقيمها ومعتقداتها، حيث أكد الإسلام على غرس روح الاعتقاد في التحكم الداخلي وهو ما تنتجه الأسرة الجزائرية من خلال تربية أفراد على مستوى عال من المسؤولية.

حيث أن النتيجة المتوصل إليها من سيادة للضبط الداخلي متبوعا مباشرة بالضبط الخارجي لذوي النفوذ بطرح الجدلية القائمة في مدى سيادة بعد تقني من أبعاد مصدر الضبط ويؤسس لمدى حاجة الأفراد إلى مساعدة الآخرين فمريض السكري من النوع الثاني وإن كان مدركا ومصداقا باعتقاد قدرته الشخصية في السيطرة على أمور وقضايا صحته والتحكم فيها وأنه سيد الأقدار التي يتعرض لها إلا أنه يبقى دائما في حاجة الآخرين (ذوي النفوذ) المتمثلين في الطاقم الطبي الذي له الدور الفعال في عملية الكشف والتفسير لحالة المريض والسعي إلى تقويمها ووضع خطط علاجية وبرامج للرعاية

يستوجب على المريض العمل بها ومن هنا تظهر أهمية العلاقة بين المريض والطاقم الطبي المشرف على حالته، فضلا عن دور الدعم والمساندة الاجتماعية التي يفترض أن يجدها في محيطه وخاصة الأسري.

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثالثة على ما يلي: "يتميز مرضى السكري من النوع الثاني بمستوى مرتفع في التفاعلية الدفاعية".

أظهرت نتائج هذه الفرضية أن مستوى التفاعلية الدفاعية حسب استجابات أفراد عينة الدراسة كان مرتفعا، وهو ما يشير إلى أن مرضى السكري من النوع الثاني يتمتعون بمستوى مرتفع من التفاعلية الدفاعية، وبمقارنة هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة المتشابهة والقريبة من دراستنا الحالية نجد لأنها تتفق مع دراسة (Weinstein , 1982) الذي سعى إلى الكشف عن تقييم الأفراد لمدى قابليتهم للتعرض للمشكلات الصحية حيث أظهرت عينة الدراسة مستوى مرتفع من تحيز التفاعل معتبرين أنفسهم أقل عرضة من أقاربهم للإصابة بالمشكلات الصحية، و دراسة (Vander, 1982).

التي هدفت إلى تقييم الإدراك السلوكي للمخاطر، التشاؤم، الواقعية والتفاعل في سلوكيات الصحة المتعلقة بالإيدز، حيث أبدى الأفراد توقعات أن احتمال إصابتهم بالإيدز والأمراض الجنسية أقل من أقرانهم، وقد اختلفت دراسة (بخوش، 2022) بعنوان "التفاعلية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم لدى بعض مرضى السرطان من ذوي النمط السلوكي C" والتي توصلت إلى أن أغلب أفراد العينة يستخدمون التفاعلية الوظيفية أكثر من (الدفاعية)، وتفسر الطالبة الباحثة المستوى المرتفع للتفاعلية الدفاعية لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى السكري من النوع الثاني إلى التقييم غير الواقعي لمرضى السكري من

النوع الثاني من عينة الدراسة لقدرتهم على السيطرة على المرض، فهذا الانحياز في إدراك المخاطر يجعل الفرد يصدر تقديرات منحرفة متعلقة بتقدير الخطر الشخصي وهو ما أشار إليه Schwarzer، حيث يمتلك الأفراد المتفائلين دفاعيا تصورات مبالغ فيها حول قدرتهم الشخصية على تجنب الأذى وبالتالي يمتنع عن اتخاذ الإجراءات الوقائية الصحية وهو ما أشارت إليه الباحثة (Noureddine,2001) فترى الطالبة الباحثة استنادا إلى هذا الطرح أن إيمان مريض السكري من النوع الثاني في قدرته على تجنب المضاعفات الخاصة بالمرض على عكس بقية المرضى يجعلهم يتساهلون مع إجراءات الوقاية والالتزام بالبرنامج العلاجي.

والتفاؤلية الدفاعية على اعتبارها نوع من الأوهام الايجابية التي يقع فيها المريض فيكون ضحية الإنكار وخداع الذات من أجل التخفيف من القلق والتوتر المصاحب للحالة المرضية حيث يساهم هذا الوهم الايجابي في التخفيف من الضغط وخلق حالة الاستقرار الانفعالي اللحظي.

وقد ركز Schwarzer على أن التفاؤل الدفاعي يظهر في شكل اعتقاد صمتي بالحصانة الشخصية وبالتالي يقل دافع الشخص لانجاز الإجراءات الوقائية، وبالتالي زيادة خطر التعرض للأحداث السلبية، فهذا الإحساس بالحصانة يجعل المريض ينسحب من إجراءات الوقاية معتقدا بقدرته على الحفاظ على الاستقرار في صحته دون أن يبذل أي جهد وهو بذلك عكس المتفائل وظيفيا الذي يؤمن بضرورة الجهد والقيام بالإجراءات اللازمة لتحقيق نتائج مرغوبة وهو ما لخصه Schwarzer في المخطط في الشكل رقم (07) ص119.

حيث يشير (Taylor,Brown,1988) (أن هذا التشويه المعرفي يناقض الخاصية التكيفية للأفراد، فهو يضعف الصحة النفسية الجيدة ويؤكدان على أن الفرد في هذه الحالة

يقوم بخداع ذاته إلى أن يصل إلى درجة الشعور وامتلاك النظرة الايجابية للعالم والأحداث التي يمرون بها. غير أن الصحة النفسية تتحقق بالاتصال الجيد مع الواقع وهذا ما يتناقض مع الرجوع المكثف للآليات الدفاعية وهو ما يعتبر مؤشر لسوء التكيف (بوطبال و أمزيان، 2021، ص 64).

وترجع الطالبة الباحثة ارتفاع التفاؤلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني بالرجوع إلى بعد تحيز المقارنة الزمني Temporal comparison bias والذي يشير إلى أن تعرض الفرد لحدث ما في الماضي يجعله يؤمن يقينا أنه لن يتكرر حدوثه في حاضره ومستقبله وبالتالي إيمان مريض السكري من النوع الثاني بأن ما مر عليه من تجارب سلبية مع المرض خلال الفترة الأولى من إصابته لن يتكرر حدوثه وهذا ما يخلف لديه نوعا من الاطمئنان العالي.

حيث يؤكد (Schwarer,1994) على أن الفرد يستجيب للخطر الصحي انطلاقا من كيفية تقديره لطبيعة هذا الخطر وبالقدر الذي يعتقد فيه أنه قادر على التأثير فيه. وتلعب التصورات الذاتية حول انتشار وشدة ومدى احتمال ظهور الأعراض ومدى قابليته لتجنب الضرر الصحي ومدى حصانته Inverberability بالإضافة إلى قدرة الفرد الذاتية على تصحيح السيرورات المرضية.

- بالإضافة إلى ذلك افترض Schwarzer أن هذا الإدراك المستوى للخطر وتوجه الفرد نحو التفاؤلية الدفاعية يكون ناتجا عن ما يلي:

﴿ تفكير الفرد في حماية نفسه لأنه منذ البداية يعتبر أنه غير قابل للإصابة.

﴿ تبرير الفرد مواصلته غير المرغوبة لنمط حياة خطير اعتاد عليه وبالتالي استخدام الفرد لهذا الإدراك للمستوى الخطر حيث يكون بمثابة حجة مضادة صالحة ذاتيا مع مجتمع يحاول إقناعه بإتباع نمط حياة الآخر استنادا إلى

هذا الطرح ترى الطالبة الباحثة أن مريض السكري من النوع الثاني يظهر مستوى مرتفع من التفاوضية الدفاعية وهذا راجع إلى إدراكه المسبق أنه غير قابل للتعرض لمخاطر صحية وهو بذلك يبرر تمسكه بإدراكه بالحصانة مهما حدث وبيتعد عن إبداء أي جهد في سبيل الحفاظ على صحته مناقضا في ذلك سلوكيات الأفراد الآخرين الذين يعملون على الانخراط في السلوكيات الصحية بهدف الوصول إلى المستوى المرغوب في السلامة والابتعاد عن الخطر.

ويؤكد (بوطبال، 2012) على أهمية إدراك الفرد للخطر بهدف الانخراط في السلوك الوقائي اتجاه أي تهديد، إذ لا ينخرط فيها ما لم يدرك خطورة الوضع وشعر بالتهديد في صحته وكيانه، ولكن إدراك قابلية الإصابة والتعرض للخطر تخضع لإدراكات غير سليمة وهو ما يجعل الفرد يتجه نحو التقليل من قيمة الخطر الذي يهدده حيث يقلل من احتمال تعرضه للإصابة بالخطر وهو بذلك واقع في التشويه المعرفي المسمى بالتفاوضية الدفاعية.

ويلخص الشكل (08) من الفصل الثالث أن الفرد المتفائل دفاعيا يحقق مستوى من الرفاه الذاتي في بداية الحدث الضاغط نتيجة للأوهام الايجابية التي تسيطر عليه، والتي تهدف إلى تحريره من القلق والتوتر ولكنه سرعان ما يسقط في السلوكيات الخطرة ويتدهور منحنى الرفاه النفسي لديه مع مرور الوقت.

تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية على أنه: "لا توجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى التفاؤلية الدفاعية".

تبين نتائج هذه الفرضية وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية بين الجنسين ولصالح الإناث، ما يعني أن الإناث أكثر ميلا للتفاؤلية الدفاعية من الذكور.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع دراسة (الأنصاري، 2001) التي توجهت إلى دراسة التفاؤل غير الواقعي لدى الطلبة ولم تكشف عن وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في مستوى التفاؤل غير الواقعي لدى العينة المدروسة. وتباينت أيضا مع دراسة (عيادي، 2016) التي خلصت كذلك إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في مستوى التفاؤلية الدفاعية وذلك في دراسة أجريت على مرضى السكري من النوع الثاني. بالإضافة إلى ما آلت إليه دراسة (راغب، 2023) التي بينت عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية ترجع إلى عامل الجنس، ويمكن إرجاع هذه النتيجة إلى تباين في توزيع مفردات العينة الأساسية تبعا لعامل الجنس حيث احتلت الإناث نسبة 88,54 % مقابل 45,12 % للذكور.

ومن جهة أخرى وبالعودة إلى مفهوم التفاؤلية الدفاعية الذي يشير إلى ذلك التشوه المعرفي الذي يهدف أساسا إلى خفض التوتر والقلق للفرد من الوضع الراهن وبالنظر إلى طبيعة المرض "داء السكري من النوع الثاني" الذي يؤثر على وظائف الجسم المختلفة فضلا عن تأثيره على المظهر الخارجي للفرد ولهذا تتحسس منه الأنثى أكثر من الذكر وبالتالي يزيد مستوى القلق والتوتر لديها هذا ما يدفعها إلى الهروب واللجوء إلى تشويه

الواقع بهدف خلق حالة من التوازن الانفعالي لديها. وبالتالي يجعلها ضحية سهلة للتفاوضية الدفاعية التي توفر لها مساحة مؤقتة من الراحة.

ومن جهة أخرى فإن النظرة الاجتماعية للمرأة المصابة بالأمراض المزمنة والتي تصفها بالقصور على أداء العديد من وظائفها الحياتية عكس الرجل الذي لا تشمله هذه النظرة على اعتباره رجلاً لا يعيبه حتى المرض هذا التفاضل الموروث في المجتمع يخلق حالة من عدم الاستقرار الانفعالي لدى المرأة وحالة من القلق والتوتر الدائم من حدوث تطور في مرضها وهذا ما يدفعها لا شعورياً إلى تبني التفاوضية الدفاعية أكثر من الرجل. وبالتالي تميل المرأة إلى توقع الأحداث الايجابية أكثر من السلبية وأنها أقل عرضة للمضاعفات المتوقعة للمرض عكس المصابين بداء السكري من النوع الثاني.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الخامسة على: "أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس (ذكور/ إناث)".

أسفرت نتائج هذه الفرضية على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي بين الذكور والإناث، وهذا ما يعني أن كلا الجنسين من أفراد العينة يؤمنون بقدرتهم على التحكم في أمور صحتهم .

وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة مثل دراسة (مرازقة، 2012) ودراسة (شفيق، 2019) ودراسة (نوار، 2020). التي توصلت إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في التوجه نحو أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس (ذكر/ أنثى).

في حين اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة الأخرى، فقد توصل (جبالي، 2007) في دراسته إلى وجود فروق في مصدر الضبط لنفوذ

الأخرين لصالح الذكور. ودراسة (يحياوي وخلفي، 2024) التي سجلت في نتائجها فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لصالح الإناث.

وتفسر الطالبة الباحثة هذه النتيجة استنادا إلى التعريفات المقدمة لمصدر الضبط على اعتباره متغيرا من متغيرات الشخصية وبالتالي فهو لا يتأثر بجنس الفرد ذكرا كان أو أنثى بقدر ما يتأثر بموروثه الثقافي حول الصحة وطرق التحكم فيها وبنمط تنشئته الاجتماعية والبيئة التي تربي فيها الفرد وهو ما أشار إليه (شفيق، 2019).

كما يمكن تفسير هذه النتيجة انطلاقا من تأثير تجانس طبيعة المرض وتشابه الأعراض والإجراءات الصحية المتبعة التي يقوم بها المرضى فإيمانهم بقدرتهم بالتحكم قد لا يخضع لعامل الجنس بقدر ما يخضع لمعرفتهم بالمرض وطرق التعامل والتعايش معه وهذا لا يأتي إلا من البحث والسعي إلى تكوين ثقافة جيدة حول طبيعة المرض وقبل ذلك انطلاقا من التقبل للحالة والسعي إلى الحفاظ على الاستقرار.

تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية السادسة: على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي بين الفئتين العمريتين أقل من 44 وأكبر من 45 سنة، وهذا ما يشير إلى أن عامل الجنس لم يؤثر على توجه الأفراد من مرضى السكري من النوع الثاني إلى فئتي الضبط وقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة (مرازقة، 2012)، دراسة (عزوز، 2015) ودراسة (جبالي وعليوة، 2015) والتي توصلت كلها إلى عدم وجود فروق في مصدر الضبط الصحية تعزى لعامل السن.

في حين اختلفت هذه النتيجة مع نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة (جبالي، 2007)، ودراسة (أحمان، 2012).

وقد أكدت هذه الدراسات على أن الفرد مع التقدم في العمر سيتجه نحو الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين، حيث يشير (Gatzd Karel, 1993) بأن مصدر الضبط يبدأ خارجياً في الطفولة ثم يتجه إلى الضبط الداخلي في مرحلة الشباب ويعود إلى الضبط الخارجي في مرحلة الكهولة والشيخوخة (خلفي، 2013، ص 282).

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السابعة على ما يلي: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل السن.

حيث توصلت نتائج هذه الفرضية إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات الأفراد على مقياس التفاؤلية الدفاعية الموجه خدمة للدراسة الحالية وبالتالي عدم وجود فروق في مستوى التفاؤلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني تعزى لعامل السن.

وقد اختلفت هذه النتائج مع ما توصلت إليه (زعابطة، 2011) التي أظهرت وجود فروق في التفاؤل غير الواقعي لعامل السن لصالح الفئة بين 20-30 سنة والفئة الأكبر من 50 سنة.

كما خالفت هذه النتيجة ما جاءت به دراسة (مشاشو، 2012) التي أفضت إلى وجود علاقة سلبية بين مستوى التفاؤل غير الواقعي والسن فكلما تقدم الفرد في السن كلما زاد وعيه بأمور صحته وبالتالي قل مستوى التفاؤل غير الواقعي لديه حسب ما جاء في الدراسة المذكورة أعلاه.

وما توصلت إليه دراسة (عيادي، 2016) إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاؤلية الدفاعية تعزى لعامل السن، وقد توصلت (بخوش، 2022) إلى أن العلاقة بين التفاؤلية الدفاعية والاستراتيجيات التكيفية تتأثر بعامل السن.

وترى الباحثة أن شعور الفرد بالقلق والتوتر ورغبة في التخلص من هذه الحالة لا يرتبط بالعمر بقدر ما يرتبط بشخصية الفرد وبعض المتغيرات النفسية لديه بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية التي تؤسس لهذه الحالة. بالإضافة إلى ذلك فإن مرض السكري من النوع الثاني على اعتباره مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين اللازم للجسم أو عندما يعجز الجسم عن استهلاك الأنسولين المنتج بشكل طبيعي وبالتالي تتشابه الأعراض لدى الأفراد المصابين وهذا ما يجعل القلق الناتج يتعلق بطبيعة المرض وأعراضه والمضاعفات المحتملة مهما اختلفت المرحلة العمرية وهذا ما يدل على أن التفاؤلية الدفاعية لا ترتبط بسن الفرد.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة:

تنص الفرضية الثامنة على "عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل المستوى التعليمي".

وقد توصلت نتائج هذه الفرضية إلى عدم وجود فروق في استجابات الأفراد المشاركين في الدراسة من مرضى السكري من النوع الثاني على مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون والمترجم من طرف الباحث (جبالي، 2007) تبعا لمستواهم التعليمي رغم اختلاف أفراد العينة حسب هذا المتغير، وهذا ما يعني عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط ثانوي وجامعي) لدى مرضى السكري من النوع الثاني. وقد اتفقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (عزوز، 2015) ودراسة (يحيوي وخلفي، 2024) والتي بينت عدم اختلاف توجه الأفراد نحو فئتي الضبط وذلك باختلاف مستواهم التعليمي.

في حين اختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (جبالي، 2007) ودراسة (سبأ وسلوم، 2021) التي سجلت فروقا في مصدر الضبط الصحي لدى العينة مردها المستوى التعليمي.

وترى الطالبة الباحثة أن هذه النتيجة تتفق ضمنا مع ما جاء في التراث النظري لمفهوم مصدر الضبط عموما ومصدر الضبط الصحي بصفة خاصة؛ فهو يشير إلى إدراك الفرد لمدى قدرته على التحكم في أمور حياته عامة وأموره الصحية خاصة، وترى الطالبة الباحثة أن هذه الإدراكات ترجع أساسا إلى تقييم الفرد لقدراته الشخصية ومدى معرفته لذاته وإمكانياته من جهة وإلى مدى ثقافته وإطلاعه على طبيعة المرض الذي أصابه وما هي أبعاده وحدود تأثيره وأهم الأعراض المصاحبة له والمضاعفات المتوقع حصولها.

إن هذا الإلمام بالمرض والإحاطة به من جميع جوانبه لا يتعلق بالمستوى التعليمي للفرد بل بإرادته في التحكم والحفاظ على صحته، ومدى رغبته في التحكم في ظروفه الصحية فهو بذلك من يختار الاتجاه نحو التحكم الشخصي ليكون بذلك داخلي الضبط أو السماح للآخرين بالتحكم والانصياع لأوامر الفريق الطبي أو ترك كل ذلك للقدر ليحكم بما يشاء في حالته الصحية ويكون بذلك متجها نحو الضبط الصحي الخارجي. فالمستوى التعليمي العالي قد يكون مساعدا لكن ليس بالضرورة أن يؤثر المستوى التعليمي المنخفض في هذا التحكم تأثيرا عكسيا.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية التاسعة على أنه "لا توجد فروق في مستوى التفاوضية الدفاعية تعزى لعامل المستوى التعليمي".

بينت نتائج اختبار هذه الفرضية أنه لم يكن هناك فرق دال بين استجابات الأفراد المشاركين في الدراسة على مستوى مقياس التفاوضية الدفاعية تبعاً لعامل المستوى التعليمي، وبالتالي هذا يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التفاوضية الدفاعية لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني تعزى لعامل المستوى التعليمي (ابتدائي، متوسط ثانوي وجامعي).

وهذا ما توصلت إليه الباحثة (زعابطة، 2011) في دراستها على مرضى السرطان وتوصلت الباحثة (بخوش، 2022) إلى أن العلاقة بين التفاوضية الدفاعية والاستراتيجيات التكيفية لا تتأثر بالمستوى التعليمي للأفراد.

في حين اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه (عيادي، 2016) إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاوضية الدفاعية يعزى لعامل المستوى التعليمي، واختلفت كذلك مع نتائج دراسة (مشاشو، 2011).

وترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى كون التفاوضية الدفاعية حالة تشوه معرفي يظهر في حالة إحساس الفرد بالقلق والتوتر من الحالة المرضية التي يعاني منها حيث يتجه إلى هذا المستوى من التفاوض الدفاعي من أجل التخفيف من تلك الحالة المصاحبة، وبالتالي فإن مستوى التفاوضية الدفاعية يتأثر بحدّة التوتر الذي يتعرض له الفرد وبمدى قابليته لتحويل التفاوض الواقعي إلى حالة دفاعية انطلاقاً من معطيات مشوهة عن الواقع والحقيقة ولا علاقة للمستوى التعليمي في هذه الحالة.

تفسير ومناقشة نتائج الفرضية التاسعة

نصت الفرضية التاسعة على " وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى أفراد عينة الدراسة".

لقد أسفرت نتائج هذه الفرضية بعد فحص معامل الارتباط بين المتغيرين إلى على عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى أفراد عينة الدراسة من مرضى السكري من النوع الثاني؛ وتشير هذه النتيجة إلى استقلال تام وعدم وجود ترابط واضح بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية.

وقد اختلفت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه بعض الدراسات المشابهة والقريبة من الموضوع الحالي محل البحث؛ حيث توصلت دراسة (Hoore,1993) إلى أن التفاؤل غير الواقعي كان مرتفعاً لدى ذوي الضبط الداخلي الذين أظهروا تحيزاً كبيراً بشأن عدم احتمال إصابتهم بالمشكلات الصحية على عكس ذوي الضبط الخارجي الذين أظهروا تفاؤلاً غير واقعي أقل، كذلك توصلت دراسة (Kos Valerie,2001) إلى أن انحياز التفاؤل لدى الأفراد كان كبيراً في الأحداث التي أظهروا فيها تحكماً أكبر، كما تعارضت أيضاً مع نتائج دراسة (Callist,2019) التي أظهرت أن الأفراد الذين يمتلكون سيطرة كبيرة أظهروا تفاؤلاً متحيزاً مرتفعاً عكس البقية.

وترى الطالبة الباحثة أن هذا الاختلاف بين نتيجة الدراسة الحالية والدراسات السابقة يعود إلى طبيعة العينة وظروفها، فقد اعتمدت الدراسات السابقة على تقييم حالة أفراد أصحاء وتوقعهم في احتمال تعرضهم للمشكلات الصحية مستقبلاً فقد زاد توقع الحصانة لديهم على اعتبار أنهم أظهروا تصوراً كبيراً في قدرتهم على التحكم، لكن وعلى النقيض من ذلك فقد اتجهت دراستنا الحالية إلى عينة من الأفراد المصابين فعلاً بالمرض

والاعتلال العضوي فقد أظهروا ضبطاً داخلياً متقارباً مع الضبط الخارجي لذوي النفوذ من الطاقم الطبي والشبه طبي المسؤول عن حالتهم.

كما ترجع الطالبة الباحثة المستوى المرتفع للتقاولية الدفاعية لدى العينة إلى شعورهم بالقلق والتوتر إزاء حالتهم الصحية، فمرض السكري من النوع الثاني من بين الأمراض التي تظهر فيها العضوية تغيرات مفاجئة من شأنها أن تؤثر وتغير مسار حالة الفرد بشكل مفاجئ؛ وبالتالي فإن هذا الإحساس بالتوتر هو الذي خلق حالة التقاؤل الدفاعي المرتفع لدى العينة.

2- مناقشة عامة:

سعت الطالبة الباحثة من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على طبيعة مصدر الصحي السائد لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية وخاصة منهم مرضى السكري من النوع الثاني ومستوى التقاولية الدفاعية لديهم؛ في محاولة للكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرين إن وجد، كما بحثت في الفروق في كل مصدر الضبط الصحي والتقاولية الدفاعية والتي مرجعها (الجنس، السن والمستوى التعليمي) لمعرفة ما إذا كانت فروقا دالة إحصائياً أو لا، بالإضافة إلى التعرف على مدى إسهام درجات مصدر الضبط الصحي في التنبؤ بدرجات التقاولية الدفاعية لدى عينة الدراسة من مرضى السكري من النوع الثاني.

ومن بين الاضطرابات السيكوسوماتية المختلفة تم التوجه لدراسة تلك التي تصيب الجهاز الغددي وبالتحديد مرض السكري من النوع الثاني؛ حيث تم اختيار عينة من المرضى الذين المترددين على عيادة الطبيب معلم بباتنة والطبيب محمدي في نقاوس والمؤسسة الاستشفائية بنقاوس، وقد تم اختيارها بطريقة قصدية تتلاءم مع طبيعة المرض وطبيعة الدراسة.

وقد أسفرت المعالجة الإحصائية لمعطيات هذا البحث على مجموعة من النتائج التي توافقت مع مخرجات عدد من الدراسات السابقة واختلفت مع نتائج دراسات أخرى، حيث تم الاعتماد في تفسير هذه النتائج على بعض العوامل التي ارتبطت بشكل أو بآخر مع الدراسة ومعطياتها؛ ومن بينها طبيعة عينة الدراسة الحالية وخصائصها، وخصوصية المرض الذي يؤثر من الناحية العضوية والانفعالية والنفسية فضلا عن النواحي الاجتماعية للفرد، بالإضافة إلى عدة عوامل على غرار الجنس والسن والمستوى التعليمي وكذا التنشئة الاجتماعية والبيئة الاجتماعية التي ترعرع فيها الفرد المصاب بمرض السكري من النوع الثاني. حيث تشير الطالبة الباحثة إلى أن هذه النتائج مردها للفرد ذاته وخصائصه السلوكية وكذا العوامل البيئية الخارجية فطبيعة النفس البشرية المعقدة تعكس تداخل السمات وصعوبة فصل بعض المتغيرات عن بعضها البعض ومستويات تداخلها ودراساتها بمعزل عن متغيرات الأخرى.

إن الفرد الذي يصاب بمرض ما يسعى إلى اكتشاف طبيعة المرض والإلمام به من جميع جوانبه، وذلك بهدف خلق حالة من الاطمئنان وتسطير برامج خاصة للرعاية الذاتية وهنا تدخل العوامل والمتغيرات الشخصية ومن بينها مصدر الضبط الصحي، حيث يقيم مريض السكري من النوع الثاني مدى قدرتهم في التحكم في حالته الصحية وهل بإمكانه الحفاظ على الاستقرار فيها بجهوده الشخصية أم أنه يبقى بحاجة إلى تدخل الآخرين الأقوياء ومنهم الطاقم الطبي المسؤول عن متابعته الصحية، أم أن الأمر يتجاوزه ويتجاوز الآخرين ويبقى مرده للقدر أو الحظ والصدفة. إن توجه الفرد نحو أحد أقطاب الضبط يتأثر بعوامل كثيرة من بينها تقييم تلك الأحداث بالإضافة إلى طبيعة التنشئة الاجتماعية التي أنتجت ذلك الفرد بمثل هذه الخصوصيات؛ فالفرد الذي تربى في بيئة تدعم المبادرة الشخصية وتشجع على تحمل المسؤولية يتجه نحو الإيمان بقدرته على التحكم في أمور حياته وصحته وبالتالي يتجه نحو الضبط الداخلي، وعلى خلاف

ذلك فإن الأفراد الذين ترعرعوا في بيئات تغيب فيها روح المبادأة في الأمور وتقتل في الفرد روح تحمل المسؤولية وبالتالي يلقي نتائج أعماله دائما على الآخرين، وبالتالي يتجه نحو الضبط الخارجي، كما قد يغيب أثر الجنس والعمر والمستوى التعليمي على مصدر الضبط الصحي لدى الأفراد المصابين بالسكري من النوع الثاني في هذه الدراسة وذلك مرجعه حسب الطالبة الباحثة إلى اختلاف القيم وأهداف التنشئة الاجتماعية التي كانت تتجاهل الأنثى ورغباتها قديما وتجعلها تابعة لرغبات الذكر ويتخذ عنها القرارات الحاسمة، لتصبح اليوم بيئة تخلق المساواة بين الذكر والأنثى وبالتالي تساوي بينهما في المسؤوليات، ومن جهة أخرى فإن المستوى التعليمي لم يظهر له أثر من خلال تبني الأفراد أحد أقطاب الضبط الصحي وفي ذلك ترى الطالبة الباحثة أن المستوى التعليمي لا يعكس بالضرورة معارف الفرد حول طبيعة المرض وحالته الصحية.

كما أظهرت الدراسة أن الأفراد المصابين بالسكري من النوع الثاني يتميزون بمستوى مرتفع من التفاؤلية الدفاعية بغض النظر عن السن والمستوى التعليمي وهذا مرده حسب الطالبة الباحثة إلى تشابه الحالة العضوية التي يفرضها السكري من النوع الثاني والتشابه في الأعراض والقلق الذي يتعرض له الأفراد، ومن جهة أخرى فقد أظهرت الإناث مستوى مرتفع من التفاؤلية الدفاعية مقارنة بالذكور وحسب الطالبة الباحثة فإن مرد هذه الاختلافات هو الوصمة الاجتماعية التي تلاحق الأنثى عند إصابتها بأي اعتلال عضوي حيث ينظر المجتمع إليها بعين الاحتقار والدونية، وأنها قاصرة عن أداء المهام المنوطة بها خاصة مع خصوصية مرض السكري من النوع الثاني الذي يتعدى إلى خلق تأثيرات على مستوى الحياة الجنسية أيضا للفرد، وهذا ما من شأنه أن يزيد من حدة التوتر لديها وقلقها على مستقبلها وبالتالي يرتفع مستوى التفاؤلية الدفاعية لديها مقارنة بالذكر.

وقد أظهرت النتائج عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين مصدر الضبط الصحي والتفأولية الدفاعية وترجع الطالبة الباحثة هذه النتيجة إلى خصوصية العينة وظروفها، فتقييم الأفراد المصابين بالسكري من النوع الثاني لما يمكن أن يحصل مستقبلا ويواجههم من مشكلات صحية رغم سلامتهم العضوية قد يختلف حسب الطالبة الباحثة عن تقييم الأفراد المصابين فعلا بالمرض لاحتمال تعرضهم للمضاعفات المصابة للمرض. وأن هذا التقييم لا يخضع مباشرة لعامل قدرة التحكم بقدر ما تستثيره حالة التوتر التي يعيشها الفرد المصاب بالسكري من النوع الثاني.

وفي الأخير تبقى طبيعة الأمراض السيكوسوماتية المعقدة والتي تشير إلى التداخل الكبير بين الحالة العضوية للفرد وحالته النفسية خاضعة للعديد من العوامل الشخصية والسمات النفسية التي من شأنها أن تخفض من حدة الإصابة أو تزيدها، بالإضافة لتدخل بعض العوامل الاجتماعية كالدعم والمساندة الاجتماعية. فالمتغيرات الشخصية كمصدر الضبط الصحي تحت الشخص على تبني أفضل البرامج للرعاية والتعايش مع المرض كما يمكن لهذه المتغيرات أن تخفض وتتحكم بشكل مباشر أو غير مباشر في بعض السمات والتصورات التي من شأنها أن توقع الفرد ضحية سلوكيات الخطر وما ينجر عنها من مضاعفات خطيرة قد تؤدي حتى إلى الموت في بعض الحالات.

خاتمة

خاتمة

طالما أن الفرد يتفاعل مع المحيط الخارجي في رحلة البحث عن ذاته وتحقيق حاجاته ورغباته المنشودة، يبقى عرضة للضغوطات المختلفة. فالكثير من الأفراد الذين يستصعبون حل هذه الضغوط وتجاوزها يقعون فريسة الأمراض العضوية نفسية المنشأ أو كما تسمى "الاضطرابات السيكوسوماتية" المختلفة، وغالبا ما تكون هذه الإصابة العضوية دائمة ليصبح بذلك الفرد مصابا بالمرض المزمن الذي يتطلب عناية خاصة وانخراطه في الأنشطة الصحية والوقائية.

وقد سعت العديد من الدراسات والأبحاث إلى الكشف عن علاقة المتغيرات النفسية والشخصية بمدى انخراط الفرد في تلك الأنشطة؛ ومن بينها مصدر الضبط الصحي الذي يشير إلى مدى تحكم الفرد في أمور صحته وسيطرته عليها، حيث ينقسم الأفراد حسب هذا المتغير إلى ذوي ضبط داخلي يؤمنون بسيطرتهم على أمور حياتهم وصحتهم وذوي ضبط خارجي يعززون ذلك إلى عوامل خارجية خارجة عن مجال سيطرتهم الشخصية كالحظ والقدر ونفوذ الآخرين الأقوياء.

وكما أسلفنا بأن مصدر الضبط الصحي يعتبر من المتغيرات الشخصية المهمة فكذلك السمات الفردية شكلت محور البحث في مدى تأثيرها على تبني الأفراد للسلوكات الصحية؛ كالتفائل الذي يعتبر طاقة دافعة ومحفزة للأفراد ليصبحوا مستبشرين بغد أفضل ونتائج مرضية لأعمالهم. ولكن سرعان ما تتحول هذه الطاقة إلى وهم معرفي وتشويه للواقع المعاش وللأحداث الراهنة في حال ما تعرض الفرد للقلق والتوتر ليصبح بذلك متفائلا تفاؤلا دفاعيا، ما من شأنه أن يصرف الفرد عن الأنشطة الوقائية ليوقع في مجال سلوكات الخطر التي قد تعود عليه بالضرر والنتائج السلبية التي لا تحمد عقباها.

وقد سعت دراستنا هذه للبحث في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتفاؤلية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، في ظل بعض المتغيرات

الديموغرافية وهي: (الجنس، السن والمستوى التعليمي)، وذلك بإتباع المنهج الوصفي على عينة قصدية قوامها 82 مريض سكري من النوع الثاني وقد توصلت الدراسة إلى أن أفراد عينة الدراسة من مرضى السكري من النوع الثاني يتوجهون نحو الضبط الصحي الداخلي؛ فهم بذلك يتوقعون بتحكمهم الشخصي بأمور صحتهم، كما سجلت الدراسة مستوى مرتفع من التفاعلية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني الذين تطوعوا في دراستنا الحالية. وقد بينت الدراسة عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية لدى أفراد العينة.

ومن خلال استكشافنا للفروق للمتغيرين في ظل العوامل الديموغرافية؛ أسفرت الدراسة على وجود فروق دالة إحصائية في مستوى التفاعلية الدفاعية تعزى لعامل الجنس وقد كانت لصالح الإناث، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل الجنس، لا وجود لفروق في مستوى التفاعلية الدفاعية تعزى لعامل السن، لا توجد فروق في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل السن، لا توجد فروق في مستوى التفاعلية الدفاعية تعزى لعامل المستوى التعليمي، كما لم يتم تسجيل فروق في مصدر الضبط الصحي تعزى لعامل المستوى التعليمي.

ويبقى مجال البحث في الموضوع وواسعاً؛ حيث ترى الطالبة الباحثة بضرورة تكثيف البحث فيه كمصدر الضبط الصحي وأشكال تأثيره في حياة الأفراد المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية، بالإضافة إلى متغير التفاعلية الدفاعية الذي يشكل متغيراً مهماً في نفس الوقت لما له من آثار سلبية على حياة الأفراد وصحتهم، وقد صاغت الطالبة الباحثة بعض الافتراضات التي يمكن تناولها مستقبلاً كمواضيع للدراسة والبحث منها:

◀ مصدر الضبط الصحي والتفاعلية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات

السيكوسوماتية- دراسة مقارنة بين عدة نماذج من الاضطرابات -.

- ◀ قلق الموت وعلاقته بالتقاولية الدفاعية لدى المصابين بالأمراض المفضية للموت-السرطان نموذجاً-.
- ◀ أثر برنامج علاجي في خفض مستوى التقاولية الدفاعية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية.
- ◀ الإدارة الذاتية للمرض وعلاقتها بالتقاولية الدفاعية لدى الراشد.
- ◀ أثر مصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الالتزام بأنشطة الرعاية الذاتية والتقاولية الدفاعية لدى مرضى السكري من النوع الثاني.

قائمة المراجع

قائمة المصادر والمراجع

- أبو أسعد، عبد اللطيف أحمد (2011). دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية (مقاييس الصحة النفسية، مقاييس المشكلات والاضطرابات). دار المنهل للنشر والتوزيع.
- أبو الفضل، محفوظ عبد الستار، أبو المجد، محمود، عطا، أسامة أحمد وعابدين، سلمى محمود (2019). التفاوض لدى عينة من طلاب جامعات جنوب الوادي بقنا في ضوء بعض المتغيرات. مجلة العلوم التربوية (3)، 318-368.
- أبو زيد، رانيا عبد العظيم محمود، عبد الرحمن، محمد السيد وسعفان، محمد أحمد (2019). الهناء الذاتي وعلاقته بالتفاوض لدى طلاب الجامعة. المجلة العربية للأدب والدراسات الإنسانية، 3(10)، 125-154.
- أحمان، لبنى (2012). دور المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة].
- الأحمد، أمل (2001). بحوث ودراسات في علم النفس. الرسالة للطباعة والنشر.
- أحمد، سليمان علي والكرسني، حليلة السعيد (2013). مركز الضبط وعلاقته ببعض المتغيرات لدى مرضى الايدز بمستشفى الأبيض التعليمي. مجلة دراسات نفسية 4(8). 21-57.
- اشتويوي البطي، آمنة (2018). الضغوط النفسية للمطلقات وأساليب مواجهتها. مركز الكتاب الأكاديمي.
- الأنصاري، بدر محمد (1998). التفاوض والتشاور المفهوم والقياس والمتعلقات. مطبوعات جامعة الكويت.

- الأنصاري، بدر (2001). إعداد مقياس التفاوض غير الواقعي لدى عينة من الطلاب والطالبات في الكويت. مجلة دراسات نفسية، المجلد 11 (العدد 2).
- أيلاس، محمد (2017). مركز الضبط وعلاقته بتقدير الذات وقلق الامتحان-دراسة على عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي بولاية تلمسان- [أطروحة دكتوراه، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان].
- بخوش، سارة (2022). التفاوضية الدفاعية والوظيفية وإدارة الألم لدى بعض مرضى السرطان من ذوي النمط السلوك C [أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر].
- بن عمور، جميلة (2018). مركز الضبط لدى المراهق المتمدرس في ضوء متغيري الجنس والتخصص مجلة دراسات في علوم التربية. 3.(2). 9-33.
- بني خالد، محمد سليمان (2009). مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية) غزة. 17(2).
- بوالليف، آمال (2010). مركز الضبط وعلاقته بالتفوق الدراسي الجامعي [رسالة ماجستير، جامعة باجي مختار - عنابة].
- بوزيد، إبراهيم (2009). علاقة وجهة الضبط باليأس لدى عينة من العائدين من الجريمة [رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة].
- بوطبال، سعد الدين (2012). دور التفاوض غير الواقعي في ارتكاب الحوادث المرورية لدى السائقين الشباب. مجلة دراسات نفسية وتربوية (9)، 101-124.
- بولحبال، آية (2020). دور التفاوض غير الواقعي في الاتجاهات نحو السلوك ذو العلاقة بالصحة "التدخين نموذجا" لدى الطلبة الجامعيين [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 1].

- التميمي، محمود كاظم محمود (1999). مركز السيطرة وعلاقته بتحمل المسؤولية الاجتماعية لدى طلبة الجامعة. *مجلة آداب المستنصرية*. (33).
- جابر، عبد الحميد و كفاقي، علاء الدين (1991). *معجم علم النفس والطب النفسي*. دار النهضة العربية.
- جاسم، هدى حبيب حمزة (2023). *الشخصية المتفائلة وعلاقتها بعقلية الأنماء لدى طلبة الدراسات العليا* [رسالة ماجستير، جامعة كربلاء]
- جبالي، نور الدين وعزوز، اسمهان (2014). *مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. آفاق علمية* 6 (1)، 99-116.
- الجمال، مروة توفيق أبو المعاطي وفاروق السيد عثمان ونصار، عصام جمعة (2020). *فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض التفاؤلية الدفاعية و أثرها في الحد من السلوك الخطر لدى عينة من المعاقين سمعية. مجلة التربية في القرن 21 للدراسات التربوية و النفسية، 2020، (7)، 1-24.*
- حسين، نغم هادي (2018). *التقاؤل وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلبة كلية الآداب في جامعة القادسية. مجلة القادسية للعلوم الإنسانية، 21 (2)، 133-156.*
- الحو، بثينة (1989). *مركز السيطرة والتعامل مع الضغوط النفسية* [رسالة ماجستير، جامعة بغداد].
- الديب، محمد علي (1994). *بحوث في علم النفس*. الهيئة المصرية العامة للكتاب.

ذياب، أحلام (2023). أثر الفاعلية الذاتية والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية للمرض لدى البالغين المصابين بالسكري من النوع الثاني من النوع الثاني [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 1].

راغب، نجلاء فتحي عبد السميع (2023). الإسهام النسبي للهوية النفسية والتفاعلية الدفاعية في التنبؤ بالسلوك الخطر لدى المراهقين [رسالة ماجستير، جامعة مدينة السادات].

ريحاني، الزهرة (2019). مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها-دراسة مقارنة على عينة من المصابين بمرض مزمن [أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة].

الزروق، قاطمة الزهراء (2015). علم النفس الصحي (مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه). ديوان المطبوعات الجامعية.

زلوف، منيرة (2005). مركز التحكم مفهومه و وجهاته. مجلة البحوث والدراسات. 2. (1). 211-220.

الساعدي، خميس بن علي بن راشد (2016). إدراك أهمية العمل في مجالات الإرشاد وعلاقته بفاعلية الذات الإرشادية ومركز الضبط لدى الأخصائيين النفسيين في سلطنة عمان [رسالة ماجستير، جامعة نزوى].

سليمان، سناء محمد (2014). التفاؤل والأمل من أجل حياة مشرقة ومستقبل أفضل. عالم الكتب للنشر والتوزيع.

السيد، وائل حامد السيد (2018). دراسة الضغوط النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس بجامعة الملك سعود. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية 3، (1)، 25-48.

- شفارتسر، رالف (1994). التفاوضية الدفاعية والوظيفية كشرطين للسلوك الصحي. (سامر رضوان جميل، مترجم). *مجلة الثقافة النفسية*، 5(18)، 75-93.
- شفيق، ساعد (2017). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بأساليب مواجهة الضغوط لدى المصابين بالأمراض القلبية الوعائية (دراسة لعينة من المرضى بمستشفيات ولاية بسكرة). *مجلة علوم الإنسان والمجتمع* 6(1)، 283-306.
- شفيق، ساعد (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية-دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية لمدينة بسكرة- [أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر-بسكرة].
- الشواشرة، عمر مصطفى والدقس، مي كامل (2014). أنماط الشخصية وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية المنتشرة لدى عينة من المجتمع السعودي. *مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات*. العدد(3)، 101-140.
- صبيحي، سيد (2003). *الإنسان وصحته النفسية*. دار الفكر العربي.
- طلعت، حكيم (2017). *التحليل النفسي لمرض السكري من النوع الثاني: المعرفة والشفاء*. دار روابط للنشر وتقنية المعلومات ودار الشقري للنشر.
- الطيب، محمد نور أحمد (2017). *التفاوض والتشائم وعلاقته بالصحة النفسية لدى طلاب كلية التربية بجامعة الجوف*. *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس* (89)، 437-456.
- العاسمي، رياض نايل (2016). *علم نفس الصحة الإكلينيكي " الجزء الأول"*. دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.

- عبد الخالق، أحمد محمد (1998). التفاوض وصحة الجسم دراسة عاملية. مجلة العلوم الاجتماعية 26 (2)، 47-62.
- عبد الخالق، أحمد محمد (2016). علم نفس الشخصية. مكتبة الأنجلو المصرية.
- العبيداني، خولة بنت أحمد بن عامر (2016). التفاوض والتشاور وعلاقتها بأساليب مواجهة المشقة لدى عينة من المكفوفين والمبصرين بالجمعيات الأهلية بسلطنة عمان [رسالة ماجستير، جامعة نزوى]
- عزوز، اسمهان و جبالي، نور الدين (2014). مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية. المجلد 11 (العدد 2)، 209-224.
- علي، اسماعيل ابراهيم والبعاج، رؤى مهدي جابر (2013). فعالية الذات وعلاقتها بموقع الضبط لدى طلبة الجامعة. مجلة الباحث 7 (1)، 347-371.
- عليوة، سمية و جبالي، نور الدين (2015). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد 7 (العدد 18)، 33-47.
- عليوة، سمية (2007). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني [رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر - بسكرة].
- عيادي، نادية (2016). دور التفاؤلية الدفاعية والوظيفية في مدى قيام مريض السكري من النوع الثاني بالسلوك الصحي - دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري من النوع الثاني [أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة 1].

- عيد، محمد ابراهيم، فرج، سحر عبد العظيم ابراهيم ومحمود، هبة سامي (2015).
الخصائص السيكومترية لمقياس التفاؤل. *مجلة الإرشاد النفسي* (44)، 537-558.
- الغامدي، عبير علي محمد والعجلاني، يوسف أحمد (2020). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها
بالرضا عن الحياة لدى معلمات المرحلة الابتدائية في مدينة الباحة. *المجلة التربوية لتعليم
الكبار-كلية التربية-*، مج 2 (1).
- غانم، محمد حسن (2011). *الاضطرابات النفسجسمية*. دار غريب للطباعة والنشر
والتوزيع.
- فلاح، يوسف عجيل ومالك، فضيل عبد الله (2021). *المعتقدات الصحية لدى المتعافين من
جائحة كورونا*. *مجلة كلية التربية* (45)، 515-536.
- قارة، سعيد (2015). *مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج
لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي* [أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج
لخضر باتنة].
- القحطاني، ظافر بن محمد (2015). *وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط الجنوح*. *مجلة
الإرشاد النفسي العدد 43*. 67-99.
- قنيطه، سهاد سمير (2016). *التفاؤل والرضا عن الحياة لدى المطلقات في قطاع غزة*
[رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية غزة].
- قوارح، يمينة وصالي، محمد (2017). *الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق*. *مجلة
الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*. المجلد 9 (العدد 28)، 49-68.
- كحيلة، مريم، شروف، أنساب وسلمان، نورا (2015). *تحديد مركز الضبط لدى التلامذة
وفقا لمتغير التحصيل الدراسي دراسة مقارنة على تلامذة الصف السادس في مدينة جبلة*.

- مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية- سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية
37(2)291-306.
- الكلابي، سيف ناصر جبار (2021). الانحياز للتفاوض وعلاقته بالذات المهنية لدى المرشدين التربويين [رسالة ماجستير، الجامعة المستنصرية].
- الكواز، عدي غانم (2008). إدارة الوقت وعلاقتها بمركز التحكم لدى مدربي الألعاب ومدرسي التربية الرياضية في مديرية التربية الرياضية. الرافدين للعلوم الرياضية 14(47).
46-71.
- لموفق، ثلجة (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي [رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة].
- المجنوني، سلوى عبد المحسن عبد الله (2019). الهوية الأخلاقية وعلاقتها بوجهة الضبط الداخلي-الخارجي لدى طالبات جامعة أم القرى. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية. 11(1) 1-38.
- مختار، فوزية حسين إهليل (2012). مركز التحكم وعلاقته بقلق الحالة لدى طلبة جامعة بنغازي فرع المرج [رسالة ماجستير، جامعة بنغازي].
- مدور، مليكة (2005). وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير لدى عينة من متربصي معاهد التكوين المهني [رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر-باتنة].
- مرازقة، وليدة (2009). مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان [رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر- باتنة].

- المرشدي، عماد حسين عبيد و الطفيلي، عقيل خليل ناصر (2015). الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بموقع الضبط لدى طلبة الجامعة. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية (19). 45-22.
- مشاشو، قرمية (2011). علاقة التفاوض غير الواقعي بسلوك التدخين لدى المدخنين: دراسة مقارنة بين المدخنين المصابين وغير المصابين بسرطان الرئة [رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة].
- المصدر، عبد العظيم سليمان (2008). الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الانفعالية لدى طلبة الجامعة. مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، 16 (1)، 632-587.
- معمرية، بشير (2009). مصدر الضبط والصحة النفسية. المكتبة العصرية.
- معمرية، بشير (2012). مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي "دراسة ميدانية". دار الخلدونية للنشر.
- المغربي، مها أحمد عز الدين (2023). مركز الضبط لدى عينة من الأطفال الموهوبين بمرحلة ما قبل المدرسة. مجلة الطفولة العدد 41. 1008-985.
- مكفيلين، روبرت وغروس، ريتشارد (2002). مدخل إلى علم النفس الاجتماعي (ياسين حداد، موفق الحمداني وفارس حلمي. مترجم). دار وائل للطباعة والنشر. العمل الأصلي نشر في (2002).
- مكي، محمد ومسكين، عبد الله (2014). مصدر الضبط لروتر وعلاقته بالتوافق النفسي: دراسة ميدانية لدى طلبة السنة الأولى، علوم اجتماعية بجامعة مستغانم. مجلة سلوك العدد 1. 61-39.

نصر الله، نوال خالد حسن (2008). أنماط التفكير السائدة وعلاقتها بسلوكيات التفاوض والتشاور لدى طلبة مرحلة الثانوية العامة في محافظة جنين [رسالة ماجستير، جامعة النجاح].

النصيرية، راية مسلم بن خميس (2017). العلاقة بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى عينة من طلبة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في ولاية صور [رسالة ماجستير، جامعة نزوى].

النوايسه، فاطمة (2018). اضطرابات المسلك لدى الطلبة المراجعين للمرشد وعلاقته بمركز الضبط من وجهة نظر الطلبة. مجلة جامعة الحسين بن طلال للبحوث، 4(1).

الوحيدى، يوسف عمار و عامر، زاهرة خالد (2022). أمراض الاضطرابات السيكوسوماتية من منظور علم النفس الجسدي. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية 10(04)، 205-232.

يحياوي، بثينة وخلفي، عبد الحليم (2024). مصدر الضبط الصحي والإدارة الذاتية لمرض السكري من النوع الثاني من النوع الثاني. مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية، المجلد 7 (العدد 1)، 196-225.

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

Segerstrom, S.C.(2001).Optimism, Goal Conflict, and Stress or-Related Immune Change. *J BehavioralMedicine*24, 441-467.

<https://doi.org/10.1023/A:1012271410485>

Van der Velde, F. W., Hooykaas, C., & Van der Joop, P (1992). Risk perception and behavior :Pessimism, realism, and optimism

about aids-related health behavior. *Psychology & Health*, 6(1-2), 23-38.

Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(4), 441-460.

<https://doi.org/10.1007/bf00845372>

April, K. A., Dharani, B., & Peters, K. (2012). Impact of locus of control expectancy on level of well-being. *Review of European Studies*, 4(2).

<https://doi.org/10.5539/res.v4n2p124>

Asri, S. A., Widayati, N., & Aini, L. (2020). Health locus of control and self care behavior in patients with type 2 diabetes mellitus. *Asian Community Health Nursing Research*, 22.

<https://doi.org/10.29253/achnr.2020.22249>

Bennett, B. (2023). *The biased brain: A comprehensive exploration of cognitive distortions*. eBookIt.com.

Changcai, C. (n.d.). *How to think clearly: A guide to human cognitive biases*. Chen Changcai.

Csikszentmihalyi, M., & Csikszentmihalyi, I. S. (2006). *A life worth living: Contributions to positive psychology*. Oxford University Press.

Dogonchi, M., Mohammad zadeh, F., & Moshki, M. (2022). Investigating the relationship between health locus of control and health behaviors: A system aticreview. *The Open Public Health Journal*, 15(1).

<http://dx.doi.org/10.2174/18749445-v15-e2208010>

Flores, J., Caqueo-Urizar, A., Ramírez, C., Arancio, G., & Cofré, J. P (2020). Locus of control, self-control, and gender as predictors of internalizing and externalizing problems in

children and adolescents in northern Chile. *Frontiers in Psychology*, 11.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02015>

Gale, C. R., Batty, G. D., & Deary, I. J. (2008). Locus of control at age 10 years and health outcomes and behaviors at age 30 years: The 1970 British cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 70(4), 397-

403. <https://doi.org/10.1097/psy.0b013e31816a719e>

Gordeeva, T. O., Sychev, O. A., & Semenov, Y. I. (2020). Constructive optimism, defensive optimism, and gender as predictors of autonomous motivation to follow stay-at-home recommendations during the COVID19 pandemic.

Haider Zaidi, I., & Mohsin, M. N. (2013). Locus of control in graduation students. *International Journal of Psychological Research*, 6(1), 15-20.

<https://doi.org/10.21500/20112084.695>

Hartung, J. (2006). *Sozialpsychologie*. W. Kohlhammer Verlag.

Hoffmann, S., & Müller, S. (2010). *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Hogrefe AG.

Hoorens, V., & Buunk, B. P. (1993). Social comparison of health risks: Locus of control, the person-positivity bias, and unrealistic Optimism. *Journal of Applied Social Psychology*, 23(4), 291-302. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1993.tb01088.x>

Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B., & Jedynek, T. (2013). Health-related behavior, profile of health locus of control and acceptance of illness in patients suffering from chronic somatic diseases. *PLoS ONE*, 8(5)

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063920>

Jansen, L. A., Mahadevan, D., Appelbaum, P. S., Klein, W. M., Weinstein, N. D., Mori, M., Degnin, C., & Sulmasy, D. P. (2017).

Perceptions of control and unrealistic optimism in early-phase cancer trials. *Journal of Medical Ethics*, 44(2), 121-127.

<https://doi.org/10.1136/medethics-2016-103724>

Jordana, C. (2019). *The Relationship Between Optimism and Perceived Control of Life Events Moderated by the Belief in a Just World* [Doctoral dissertation].

-Kos, J. M. (2001). Is optimistic bias influenced by control or delay? *Health Education Research*, 16(5), 533-540.

<https://doi.org/10.1093/her/16.5.533>

Lee, C. (2013). *Alternatives to cognition: A new look at explaining human social behavior*. Psychology Press.

Lefcourt, H. M. (1976). *Locus of control :Current trends in theory and research*. Distributed by the Hassted press division of John-Wiley Sons, New York , New Jersey.

Medha Tripathi, H. S. Asthana, & A. K. Asthana. (2016). Health locus of control and health behaviours in lung cancer patients. *International Journal of Indian Psychology*, 3(3).

<https://doi.org/10.25215/0303.192>

Miles, S., & Scaife, V. (2003). Optimistic bias and food. *Nutrition Research Reviews*, 16(01), 3-19.

<https://doi.org/10.1079/nrr200249>

Millet ,P(2005). *Locus of control in personality* .New York .*Journal of personality and social psychology*(33).

Murray, A. L. (2011). Editorial: The implications of the optimistic bias for nursing and health. *Journal of Clinical Nursing*, 20(17-18), 2588-2590.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03340.x>

Nabipour, A. R., Moradi, M., Khanjani, N., Soltani, Z., & Moradlou, H. Z. (2015). Health Locus of Control and its

related factors among Iranian Pilgrims. *Health Education and Health Promotion*, 3(2), 25-34.

<http://hehPmodares.ac.ir/article-5-5164-en.html>

NOUREDDINE, S. N. (2001). *SELF COGNITIONS AS MOTIVATIONAL PREDICTORS OF HEALTHY EATING* [doctoral dissertation]. University Michigan.

Oluwafisayo A, A, ILEVARE, F.M, AKINSULORE, A, OPAKUNLE, T, BABATUNDE, S.I, & OJELEYE, O. (2023). Health locus of control and health behaviour among female students and employees in a Nigerian tertiary institution. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*, 38(1)

<https://doi.org/10.52155/ijpsat.v38.1.5264>

ÖZEN KUTANIS, R., MESCİ, M., & ÖVDÜR, Z. (2011). The effects of locus of control on learning performance: A case of an academic organization. *Journal of Economic and Social Studies*, 1(1), 113-136.

<https://doi.org/10.14706/jecoss11125>

Persson, J., & Ylikoski, P (2007). *Rethinking explanation*. Springer Science & Business Media.

Pitts, M. (2003). *The psychology of preventive health*. Routledge. *Psychology in Russia: State of the Art*, 13(4), 38-54.

<https://doi.org/10.11621/pir.2020.0403>

Qi, D., Gao, J., Zhang, J., Ma, Y., Xiong, A., Hu, Y., Tian, J., & Zhang, S. (2024). Health locus of control and symptom distress: The mediating role of illness acceptance and symptom severity in acute leukemia patients. *Cancer Epidemiology*, 90

<https://doi.org/10.1016/j.caneP2024.102577>

Quigley, J. M. (2023). *SAE international's dictionary of testing, verification, and validation*. SAE International.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.

<https://doi.org/10.1037/h0092976>

Schütz, A., & Hoge, L. (2007). *Positives Denken : Vorteile - Risiken - Alternativen*. W. Kohlhammer Verlag.

Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health related cognitions : A systematic overview . *Psychology & Health* , 9(3), 161-180.

<https://doi.org/10.1080/08870449408407475>

Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens : Einführung in die Gesundheitspsychologie*. Hogrefe Verlag GmbH & Company KG.

Tiger, L. (1979). *Optimism: The biology of hope*. Simon and Schuster.

Wallston, K. A. (1982). Health locus of control beliefs . *Patient Education Newsletter*, 5, 56-57.

Weiss, G. L., & Larsen, D. L. (1990). Health value, health locus of control, and the prediction of health protective behaviors. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 18(1), 121-

135. <https://doi.org/10.2224/sbP1990.18.1.121>

الملاحق

1 . مقياس التفاؤلية الدفاعية في صورته الأولية :

التعليمية:

في مايلي مجموعة من العبارات حول تقييم الأفراد للمخاطر الصحية التي قد تواجهه وكيفية تعامله معها. بعد القراءة الجيدة للعبارة أرجو منك تحديد الإجابة التي تتفق مع تقييمك وتعاملك مع الأخطار الصحية في الواقع وذلك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تختارها؛ علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تختارها وتعكس اعتقادك وتعاملك في الواقع.

أرجو منك الإجابة بصدق على كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة، وتأكد أنها ستستخدم لأهداف علمية ولا تحيد عن البحث العلمي وستبقى سرية.

العبارات	مطلقا	نادرا	لا أدري	أحيانا	دائما
البعد الأول: تحيز المقارنة الزمني					
1- في كل موقف صعب جديد يصادفني أميل إلى تذكر المواقف التي استطعت تجاوزها في الماضي.					
2- التفكير في حياتي الماضية يمنحني نظرة تفاؤلية للمستقبل بعيدا عن كل التحديات الحاضرة.					
3- أعتقد أن حالتي الصحية في تحسن					

					مستمر على المدى الطويل .
					4- مقارنة حالي الحاضرة بالماضي الصعب تكون بمثابة دافع للاستمرار في التحسن.
					5- أعتقد أن مستقبلي سيكون أفضل بكثير من الحاضر بفضل إدارتي الفعالة لأموال حياتي.
					6- تجاوزي للمشكلات الصحية التي تعرضت لها منحتني ثقة في قدرتي على تحقيق الأفضل مستقبلا.
					7- يؤثر التفكير في تحسن ظروف حياتية في التغلب على المشكلات الراهنة.
					8- تفاؤلي بالتحسن الدائم كان نتيجة قدرتي على تجاوز العديد من الأعراض المرضية التي واجهتها في حياتي.
					9- إذا تعرضت لوعكة

					<p>صحية مفاجئة فإنني أستطيع التغلب عليها كغيرها مما سبق.</p>
					<p>10- لا يمكن أن أفشل في حل مشكلة سبق لي أن تعرضت لها في الماضي.</p>
					<p>11- أميل إلى التفاؤل بأن المشكلات التي تجاوزتها لا يتكرر حدوثها من جديد.</p>
<p>البعد الثاني: تحيز المقارنة الاجتماعية.</p>					
					<p>1- أثق أنني سأحافظ على الاستقرار في حالي مهما كان ذلك صعبا.</p>
					<p>2- أعتقد أن إرادتي القوية في الحياة دائما هي دافع لتجاوز كل المحن التي تصادفني.</p>
					<p>3- بالنسبة لي الطبيب الأكثر تمكنا هو ذلك الطبيب الذي أفضله وأستشيريه في حالي.</p>
					<p>4- أعتقد أنني لست عرضة للأحداث</p>

					السلبية على خلاف الأخرين المحيطين بي.
					5- ثقتي كبيرة بأنني سأكون في أحسن الأحوال ولا أفكر أبدا في حالة المصابين بنفس مرضي.
					6- كثيرا ما تراودني أفكار في قدرتي الكبيرة على فهم حالي الصحية أكثر من الأطباء أنفسهم.
					7- يشيد الأطباء دائما بمجهودي الشخصي في تحسين حالي الصحية عكس بعض المرضى.
					8- قدراتي الشخصية تؤهلي لتقديم النصيحة للأفراد المصابين بنفس مرضى دون حاجتهم لزيارة الطبيب.
					9- يدفعني التواصل مع أفراد لديهم خبرة مع مرضى إلى اكتشاف طرق جديدة لتحسين وضعي الصحي.
					10- يعزز الدعم

					الاجتماعي إصراري على التخلص من الأعراض المرضية والسعي لتحقيق حياة أكثره رفاهية.
					11- أتمتع بحصانة كبيرة ضد كل الأحداث السلبية في الحياة .
البعد الثالث: تأثير الثقة المفرطة					
					1- إيماني الكبير في قدرتي على التحسن يدفعني إلى اتخاذ خطوات إيجابية في العناية بصحتي .
					2- عند تعرضي لمواقف صعبة أثق من أنني قوي وقادر على التغلب عليها مهما كانت درجتها.
					3- أشعر بثقة كبيرة في قدرتي على إحداث تغيرات إيجابية في نمط حياتي.
					4- لطالما كان الإيمان بالتحسن في صحتي حافزا للاستمرار في جهودتي.
					5- إذا تعرضت لوعكة صحية مفاجئة

					فإنني أثق في قدرتي على تجاوزها دون استشارة الآخرين.
					6- أعتقد دائما في قدرتي على التغلب على المواقف الضاغطة الجديدة حتى لو كانت خبراتي محدودة.
					7- أثق في قدرتي على التغلب على أعراض المرض دون أن أبذل أدنى جهد في ذلك.
					8- لا يمكن أن تصادفني في حياتي مواقف لا أستطيع التعامل معها.
					9- أستطيع التغلب على الأعراض المرضية حتى وإن عجز الكثير من المرضى على تجاوزها.
					10- أعتقد أنني لن أستغرق وقتا كبيرا في تجاوز المشكلات التي تواجهني على عكس البقية.
					11- أعتقد أن خبرتي الماضية مع المرض كافية للتعامل مع كل طارئ دون

الملاحق

					الحاجة إلى تعلم لسلوكات صحية جديدة بخصوص حالي.
--	--	--	--	--	---

2. مقياس التفاؤلية الدفاعية في صورته النهائية

(من إعداد الطالبة)

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر أنثى ؛ السن:الحالة الاجتماعية: أعزب متزوج مطلق أرمل

المستوى التعليمي: ؛ الوظيفة:

مدى وجود أفراد من العائلة مصابين بالمرض (نعم/ لا)؛ نوع القرابة من المصابين:

التعليمية:

في مايلي مجموعة من العبارات حول تقييم الأفراد للمخاطر الصحية التي قد تواجهه وكيفية تعامله معها. بعد القراءة الجيدة للعبارات أرجو منك تحديد الإجابة التي تتفق مع تقييمك وتعاملك مع الأخطار الصحية في الواقع وذلك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تختارها؛ علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فالإجابة الصحيحة هي التي تختارها وتعكس اعتقادك وتعاملك في الواقع.

أرجو منك الإجابة بصدق على كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة، وتأكد أنها ستستخدم لأهداف علمية ولا تحيد عن البحث العلمي وستبقى سرية.

العبرة	مطلقا	نادرا	لا أدري	أحيانا	دائما
1- في كل موقف صعب وجديد أتذكر المواقف التي استطعت تجاوزها.					
2- التفكير في الماضي يمنحني نظرة تفاؤلية للمستقبل رغم تحديات الحاضر.					
3 - أعتقد أن حالتي الصحية في تحسن مستمر على المدى الطويل.					

					4 - ثقتي بالمحافظة على الاستقرار في حالتي مهما كان ذلك صعبا.
					5 - أعتقد أن إرادتي القوية في الحياة دائما هي دافع لتجاوز كل المحن التي تصادفني.
					6 - بالنسبة لي الطبيب الأكثر كفاءة هو الذي أرتاح له وأستشيريه في حالتي.
					7 - أعتقد أنني لست عرضة للأحداث السلبية على خلاف الآخرين المحيطين بي.
					8 - ثقتي كبيرة بأنني سأكون في أحسن الأحوال عكس المصابين بنفس مرضي.
					9 - كثيرا ما تراودني أفكار حول قدرتي على فهم حالتي الصحية أكثر من الأطباء.
					10 - يشيد الأطباء دائما بمجهودي الشخصي في تحسين حالتي الصحية عكس بعض المرضى.
					11 - إيماني الكبير في قدرتي على التحسن يدفعني إلى اتخاذ خطوات إيجابية في العناية بصحتي .
					12 - عند المواقف الصعبة أثق في كوني قوي وقادر على التغلب عليها.
					13 - أشعر بثقة كبيرة في قدرتي على إحداث تغيرات إيجابية في نمط حياتي.
					14 - لظالما كان الإيمان بالتحسن في صحي حافزا للاستمرار في جهودي.
					15 - إذا تعرضت لوعكة صحية مفاجئة فإنني أثق في قدرتي على تجاوزها دون استشارة الآخرين.
					16 - أثق في قدرتي على التغلب على المواقف الضاغطة ولو كانت خبراتي محدودة.

					17 - أثق في قدرتي على التغلب على أعراض المرض دون أن أبذل أدنى جهد في ذلك.
					18 - لا يمكن أن تصادفني في حياتي مواقف لا أستطيع التعامل معها.
					19 - أستطيع التغلب على أعراض المرض التي يعجز الكثير من المرضى على مقاومتها.
					20 - أعتقد أنني لن أستغرق وقتا كبيرا في تجاوز المشكلات التي تواجهني على عكس البقية.
					21 - ما يدفعني للاستمرار في التحسن هو مقارنة حالتي بالماضي الصعب.
					22 - أعتقد أن مستقبلي سيكون أفضل بكثير من الحاضر بفضل إدارتي الفعالة لحياتي.
					23 - تجاوزي للمشكلات الصحية التي تعرضت لها منحنتي ثقة في قدرتي على تحقيق الأفضل مستقبلا.
					24 - يؤثر أسلوب تفكيري في تحسن ظروف حياتي وتجاوز مشكلاتي الراهنة.
					25 - تفاؤلي بالتحسن الدائم كان نتيجة قدرتي على تجاوز العديد من الأعراض المرضية التي واجهتها في حياتي.
					26 - إذا تعرضت لوعكة صحية مفاجئة فإنني أستطيع التغلب عليها كسابقاتها.
					27 - لا يمكن أن أفشل في حل مشكلة سبق لي أن تعرضت لها في الماضي.
					28 - ميلي للتفاؤل بأن المشكلات التي تجاوزتها لن يتكرر حدوثها من جديد.

					29 - أعتقد أن خبرتي الماضية مع المرض كافية للتعامل مع كل طارئ دون الحاجة إلى تعلم سلوكيات صحية جديدة بخصوص حالتي.
					30 - قدراتي الشخصية تؤهلني لتقديم النصيحة للمصابين بنفس مرضي دون حاجتهم لزيارة الطبيب.
					31 - يدفعني التواصل مع أفراد لديهم خبرة حول مرضي إلى اكتشاف طرق جديدة لتحسين وضعي الصحي.
					32 - يزيد الدعم الاجتماعي إصراري على التخلص من الأعراض المرضية والسعي لتحقيق حياة مستقرة.
					33 - أتمتع بحصانة كبيرة ضد كل الأحداث السلبية في الحياة.

3. مقياس مصدر الضبط الصحي

إعداد : لوالستون 1966

ترجمة : نور الدين جبالي 2007

العبارات	غير موافق تماما	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق تماما
1. سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.					
2. إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض					
3. المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.					
4. أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة .					
5. عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا					
6. أعتقد أنني متحكم في صحتي .					
7. لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليم.					
8. لا أؤمن إلا نفسي عند إصابتي بالمرض .					
9. يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض .					
10. يلعب المختصون في المجال					

					الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي .
					11. حظي السعيد هو الذي يجعلني أتمتع بصحة جيدة .
					12. تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي.
					13. إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض .
					14. يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء)
					15. أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه.
					16. القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة .
					17. يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني.
					18. إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي .