

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي الأغواط
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

عنوان المذكرة:

التشوهات المعرفية وعلاقتها بالسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

تخصص: علم النفس العيادي

تحت إشراف:

مطاري عمر

من إعداد الطالبة:

قاسمي ليديا

السنة الدراسية:
2025/2024



الوهراء

إلى من كانوا الداعم الأول، والنبرس الذي منحني القوة في كل مراحل الطريق...
إلى والديّ الغاليين، رمز التضحية والعطاء،
أهدي هذا النجاح الذي هو ثمرة تعبهم ودعواتهم.

وإلى أستاذي المشرف، الذي كان النور الذي أرشدني، والدافع الذي ألهمني،
كل الشكر والامتنان لوقتته، وتوجيهه، وصبره طوال هذه الرحلة الأكاديمية.
هذا الإنجاز يُكتب باسمي، لكنه يحمل بصماتكم أنتم جميعًا.

شكر و عرفان

أحمد الله تعالى وأشكره على ما أنعم به علينا من فضل العلم ونور البصيرة، وعلى أن شرفنا بالانتماء إلى أمة خاتم الأنبياء محمد، عليه أزكى الصلاة وأتم التسليم، وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتوجه بخالص الامتنان والتقدير إلى الأستاذ الدكتور عمر مطاري، لما أبداه من حرص وتفان في الإشراف والتوجيه، ومتابعته الدقيقة لمراحل هذه الدراسة، فكان دعمه سبباً رئيساً في إخراج هذا العمل إلى النور، فجزاه الله عنى كل خير. ولا يفوتني أن أشكر كل من قدم لي نصيحة أو دعماً، وساهم بكلمة أو فكرة في إنجاز هذا البحث، سواء من قريب أو بعيد. فلهم مني أصدق عبارات الشكر، وخالص الدعاء بالتوفيق والسداد.

الملخص

دفع هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري في السياق الجزائري، واستكشاف مدى تأثير هذه العلاقة ببعض المتغيرات التفاعلية مثل الجنس، السن، ومدة الإصابة. اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وشملت العينة 39 مريضاً ومريضة من ولايتي الأغواط وبجاية. استخدمت الدراسة مقياسين مقننين لقياس كل من التشوهات المعرفية والسلوك الصحي.

أظهرت النتائج وجود علاقة عكسية قوية ودالة إحصائياً بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية، حيث كلما زادت التشوهات المعرفية انخفض الالتزام بالسلوكيات الصحية. كما أظهرت النتائج فروقاً دالة إحصائياً باختلاف الجنس (النساء سجلن تشوهات أعلى وسلوكاً صحياً أضعف)، واختلاف السن (كبار السن سجلوا أعلى تشوهات وأضعف سلوك صحي)، ومدة الإصابة (المصابون منذ فترة طويلة أظهروا علاقة سلبية أقوى).

وتخلص الدراسة إلى أهمية إدماج الأخصائي النفسي ضمن الفريق العلاجي، وتطوير برامج تدخل معرفي سلوكي موجهة لمرضى السكري، خاصة كبار السن والمصابين منذ فترات طويلة، مع التأكيد على ضرورة التوعية المعرفية والمجتمعية حول أثر التفكير السلبي في السلوك الصحي.

الكلمات المفتاحية: التشوهات المعرفية، السلوكيات الصحية، مرضى السكري

Abstract:

This study aimed to examine the relationship between cognitive distortions and health behaviors among diabetic patients in Algeria, and to explore whether this relationship varies according to demographic variables such as gender, age, and duration of illness. The researcher employed a descriptive correlational approach with a sample of 39 diabetic patients from Laghouat and Béjaïa provinces. Standardized instruments were used to assess both cognitive distortions and health behaviors.

Findings revealed a strong, statistically significant inverse relationship between cognitive distortions and health behaviors: higher levels of distorted thinking were associated with lower adherence to healthy behaviors. Additionally, significant differences were found based on gender (females scored higher in cognitive distortions and lower in health behaviors), age (older adults exhibited more distortions and poorer health behaviors), and illness duration (patients with longer illness history showed stronger negative correlations).

The study emphasizes the necessity of integrating clinical psychologists into diabetes care teams and developing tailored cognitive-behavioral interventions, particularly for older and long-term patients. It also underscores the importance of cognitive awareness and psychoeducational programs to improve health outcomes in diabetic populations. Keywords:

Keywords: Cognitive distortions, Health behaviors, Diabetic patients

الفهرس

3.....	الاهداء
4.....	شكر وعرفان
I.....	الملخص
II.....	الفهرس
IV.....	قائمة الجداول
أ.....	مقدمة
ر.....	فرضيات الدراسة:
1.....	مراجعة الدراسات السابقة Literature Review
2.....	تمهيد:
5.....	1-التعليق على الدراسات السابقة :
5.....	1-1-من حيث الأهداف:
5.....	1-2-من حيث المشاركون:
6.....	1-3-ج. من حيث النتائج:
6.....	2-الربط بين الدراسات:
8.....	الطريقة Method
9.....	1-منهج الدراسة:
9.....	2-حدود الدراسة:
13.....	3-أدوات الدراسة:
20.....	النتائج Results
21.....	1-نتائج الفرضية الأولى:
22.....	2-نتائج الفرضية الثانية:
26.....	المناقشة Discussion

27	1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:
27	1-1- مقارنة بالدراسات السابقة:
28	2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية
29	2-1- مقارنة بالدراسات السابقة:
30	3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة
31	3-1- مقارنة بالدراسات السابقة:
32	4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة
35	خاتمة
37	التوصيات
37	أولاً: توصيات أكاديمية
38	ثانياً: توصيات تطبيقية
38	ثالثاً: توصيات ارشادية
39	رابعاً: توصيات اجتماعية
40	قائمة المراجع

قائمة الجداول

- جدول رقم 1: يبين المراجعة الأدبية للدراسات السابقة:.....3
- جدول رقم 2: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير الجنس:.....9
- جدول رقم 3: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير السن:10
- جدول رقم 4: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية:.....11
- جدول رقم 5: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير نوع السكري:12
- جدول رقم 6: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير مدة الإصابة بالسكري:12
- جدول رقم 7: يمثل معامل الارتباط بين مقاييس التشوهات المعرفية والدرجة الكلية للمقياس:14
- جدول رقم 8: يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس التشوهات المعرفية والدرجة الكلية للمقياس الذي تتبع له الفقرة:15
- جدول رقم 9: معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات مقياس التشوهات المعرفية:16
- جدول رقم 10: يوضح طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس التشوهات المعرفية:17
- جدول رقم 11: يظهر قيم معامل الارتباط ودلالاتها الإحصائية للفرضية الأولى:21
- جدول رقم 12: يظهر الفروق بين الجنسية في مستوى التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية: ...22
- جدول رقم 13: يعرض معاملات الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب الفئات العمرية:23
- جدول رقم 14: يعرض معاملات الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب مدة الإصابة:24

مقدمة

مقدمة

يمثل مرض السكري أحد التحديات الصحية الكبرى في القرن الحادي والعشرين، نظرًا لارتفاع المطرد في معدلات الإصابة به عالميًا، ولطبيعته المزمنة التي تتطلب تكيّفًا طويل الأمد مع متطلبات علاجية وسلوكية معقدة. وتُظهر التقارير الصادرة عن الاتحاد الدولي للسكري (IDF, 2021) أن عدد المصابين بهذا المرض تجاوز 537 مليون شخص في جميع أنحاء العالم، مع توقعات بارتفاع العدد إلى حوالي 643 مليون بحلول عام 2030، وهو ما يجعل السكري يشكل وباءً صامتًا يتطلب استجابة متعددة المستويات من منظومات الصحة العامة، خصوصًا في الدول النامية التي تشهد أعلى نسب النمو في معدلات الإصابة.

ينقسم داء السكري إلى نوعين رئيسيين: النوع الأول، وهو مرض مناعي ذاتي يظهر عادة في سن مبكرة ويتميز بنقص تام في إنتاج الإنسولين، والنوع الثاني، وهو الأكثر شيوعًا، ويرتبط غالبًا بعوامل نمط الحياة مثل السمنة وقلة النشاط البدني والتغذية غير المتوازنة. وعلى الرغم من أن كلا النوعين يتطلبان تدخلًا طبيًا منتظمًا، إلا أن إدارة المرض تعتمد بدرجة كبيرة على التزام المريض بسلوكيات صحية صارمة، تشمل تناول الأدوية، مراقبة نسبة السكر في الدم، اتباع نظام غذائي خاص، وممارسة النشاط البدني بشكل منتظم (American Diabetes Association, 2022).

وتبرز أهمية هذا المرض ليس فقط من حيث مضاعفاته العضوية المحتملة كأمراض القلب، والفشل الكلوي، وفقدان البصر، بل أيضًا من حيث تأثيره العميق على الصحة النفسية والسلوك الفردي. إذ يُظهر العديد من المصابين مستويات مرتفعة من التوتر، القلق، الاكتئاب، والاحترق النفسي المرتبط بالإدارة الذاتية للمرض، مما ينعكس سلبيًا على التزامهم بتوصيات العلاج. وقد أكدت دراسات نفسية حديثة أن التعامل مع السكري لا يمكن أن يقتصر على البعد الفسيولوجي فقط، بل يجب تبنيه ضمن النموذج التكاملي البيولوجي-النفسي-الاجتماعي (Biopsychosocial Model) الذي يُبرز تفاعل العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية

في تفسير المرض وسلوك المريض (Engel, 1977؛ النعيمي، 2017).

وإزاء هذا الواقع المعقد، أصبح من الضروري النظر إلى السكري باعتباره حالة صحية مزمنة متعددة الأبعاد تتجاوز نطاق التحاليل الطبية والوصفات الدوائية، وتستوجب فهماً دقيقاً للعمليات النفسية والمعرفية المصاحبة له، مثل اتجاهات المريض نحو المرض، معتقداته حول العلاج، ومهاراته في التنظيم الذاتي، وهي جميعها عوامل نفسية ثبت تأثيرها المباشر في نتائج العلاج وجودة الحياة لدى المرضى.

ومن هنا، أصبح واضحاً أن الفهم الشامل لمرض السكري يتطلب تجاوز المنظور الطبي التقليدي نحو نهج متعدّد التخصصات يدمج بين الرعاية البيولوجية والدعم النفسي والمعرفي. فالتحكم الفعال في هذا المرض لا يتحقق فقط بتقديم الأدوية أو المتابعة الطبية، بل يستلزم أيضاً الأخذ في الاعتبار المنظومات الإدراكية والانفعالية للمريض، خصوصاً تلك التي تتعلق بتصوّراته حول المرض، ومعتقداته عن ذاته، وموقفه من العلاج. وقد برز في هذا السياق مفهوم التشوهات المعرفية، التي تُشير إلى أنماط تفكير سلبية وغير دقيقة تؤدي إلى استنتاجات خاطئة عن الواقع، مما ينعكس في ضعف الالتزام العلاجي وتفاقم الأعراض النفسية والسلوكية المصاحبة للمرض.

وتُعد هذه التشوهات حجر الزاوية في النظرية المعرفية السلوكية التي طوّرها "بيك" Beck (1976)، حيث أشار إلى أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية لا يدركون الواقع كما هو، بل من خلال "عدسات معرفية" مشوّهة تقوم بتصنيف المعلومات بشكل يجعلها أكثر انسجاماً مع معتقداتهم السلبية المترسّخة. وفي حالة مرضى السكري، قد تتجلى هذه التشوهات في صورة أفكار مثل: "أنا عاجز عن السيطرة على مرضي"، أو "أي مجهود أقوم به لن يغيّر شيئاً"، وهي أفكار تؤثر بشكل مباشر على حافز المريض للانخراط في السلوكيات الصحية الضرورية لإدارة المرض.

لقد أظهرت العديد من الدراسات الأجنبية، ومنها دراسة **Gonzalez et al** (2004)، أن وجود تشوهات معرفية لدى مرضى الأمراض المزمنة - ومن ضمنهم مرضى السكري - يرتبط بمعدلات أقل من الالتزام الدوائي، وانخفاض في ممارسة النشاط البدني، وتراجع القدرة على التكيف النفسي مع الحالة الصحية، مما يؤدي إلى مضاعفات طبية ونفسية متزايدة. إلا أن أغلب هذه الدراسات أنجزت في بيئات غربية ذات خصائص ثقافية واقتصادية ونفسية مختلفة، الأمر الذي يحدّ من قابلية تعميم نتائجها على السياقات العربية عمومًا، والجزائرية خصوصًا.

ورغم أن بعض الأدبيات العربية بدأت في السنوات الأخيرة تُدرج المتغيرات النفسية في دراسة الأمراض المزمنة، إلا أن تركيزها ظل موجهًا أساسًا نحو اضطرابات المزاج (كالاكتئاب والقلق) أو جودة الحياة، مع ندرة واضحة في الدراسات التي بحثت بشكل مباشر العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري. ولا تزال الحاجة قائمة إلى دراسات ميدانية تدمج بين أدوات القياس النفسية المعيارية، والتحليل الإحصائي للعلاقات بين المتغيرات المعرفية والسلوكية، ضمن إطار نظري متماسك يراعي خصوصية المرض والسياق المحلي.

رغم أن مرض السكري بات يحظى باهتمام كبير من طرف الباحثين في مجالات الطب وعلم النفس على حد سواء، إلا أن الملاحظ هو أن معظم الدراسات، سواء في السياق العربي أو الغربي، قد ركزت على الجوانب البيولوجية للمرض، أو على الأعراض الانفعالية الظاهرة مثل القلق والاكتئاب والتوتر، مع قلة واضحة في الدراسات التي تناولت البُعد المعرفي العميق، وبشكل خاص التشوهات المعرفية، باعتبارها محددًا نفسيًا قد يؤثر بشكل كبير على أنماط السلوك الصحي لدى المرضى.

تشير مراجعة الأدبيات العربية إلى أن بعض البحوث اهتمت بعلاقة السكري بالضغط

النفسية أو جودة الحياة، كما في دراسة الصرايرة (2020) التي بحثت أثر الدعم الاجتماعي على التكيف النفسي لمرضى السكري، ودراسة سعادة (2019) التي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لديهم، غير أن هاتين الدراستين وغيرهما لم تتطرق بشكل مباشر إلى علاقة البنى المعرفية - كالتشوهات الفكرية - بسلوكيات المريض اليومية، وهو ما يشكل جانباً مهماً يستحق التوسع في البحث.

أما في الأدبيات الأجنبية، فقد بدأت بعض الدراسات خلال العقد الأخيرين تُشير إلى العلاقة بين أنماط التفكير السلبي ومحدودية الالتزام العلاجي، مثل دراسة **McGrady et al.** (2009) التي بينت أن وجود أفكار لا عقلانية لدى المرضى ارتبط بانخفاض معدل الالتزام الذاتي بالمراقبة الدورية لنسبة السكر في الدم. كما وجد **Polonsky et al.** (2011) أن ما يسمى بـ"الإجهاد السكري" (**Diabetes Distress**) غالباً ما ينشأ عن أنماط تفكير غير واقعية حول المرض والعلاج، تؤدي إلى الانسحاب أو الإهمال السلوكي.

لكن، ورغم أهمية هذه الدراسات، فإن أغلبها أنجز في بيئات ثقافية و نفسية تختلف عن البيئة العربية عموماً، والجزائرية على وجه الخصوص، مما يجعل نتائجها غير كافية لتكوين فهم دقيق حول مدى تأثير التشوهات المعرفية على التزام مرضى السكري بالسلوكيات الصحية في السياق المحلي. كما أن الأدوات المستخدمة في هذه الدراسات غالباً ما تكون أجنبية وغير مكيفة ثقافياً.

لذلك، تبرز الفجوة العلمية في ندرة البحوث النفسية العربية، وخاصة الجزائرية، التي تدمج بين التشوهات المعرفية كنمط تفكير داخلي، والسلوكيات الصحية كمظهر خارجي في التفاعل مع المرض، باستخدام أدوات مقننة وتحليل إحصائي دقيق. وهو ما تسعى هذه الدراسة إلى معالجته، من خلال فحص هذه العلاقة في ضوء النموذج المعرفي السلوكي، وبما يراعي الخصوصيات الثقافية والاجتماعية والنفسية للبيئة الجزائرية.

إن غياب الدراسات النفسية المعمّقة التي تتناول العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، لا يقتصر فقط على المستوى الإحصائي أو المنهجي، بل يمتد أيضًا إلى المستوى النظري، إذ لا تزال مفاهيم مثل "التحيز المعرفي"، و"التفكير اللاعقلاني"، و"التفسير السلبي للمرض" تُدرج في سياقات عامة دون أن تُدرس بوصفها متغيرات مستقلة لها أثر مباشر على الممارسات اليومية للمريض المزمن. هذا الغياب يُضعف إمكانية تقديم تدخلات معرفية سلوكية دقيقة، ويُبقي البرامج العلاجية النفسية المُوجّهة لمرضى السكري على مستوى عام وغير شخصي.

كما أن الأبحاث القليلة المتوفرة في السياق العربي، حتى حين تتناول السلوك الصحي، فإنها تعتمد على نماذج تفسيرية سطحية أو تعتمد على متغيرات وسيطة مثل "النية السلوكية" أو "الدافعية الذاتية"، دون الانتباه إلى أن جذور هذه المتغيرات قد تعود إلى أنماط فكرية مشوّهة أو معتقدات لا عقلانية تُحرّك السلوك بشكل غير واعٍ. وقد أشار كل من **Ajzen & Madden (1986)** في نظرية السلوك المخطط إلى أن السلوك لا يُنتج عن المعرفة أو النية فقط، بل عن التقييم الداخلي للقدرة والتحكم الشخصي، وهو ما قد يتأثر سلبيًا بوجود أنماط فكرية سلبية مثل العجز المُتعلّم أو التفكير الكارثي.

إضافة إلى ذلك، فإن السياق الثقافي والاجتماعي للمريض العربي عامة، والجزائري بشكل خاص، يفرض نوعًا من الضغوط القيمية والدينية والاجتماعية التي قد تُشكّل خلفية لتطور بعض التشوهات المعرفية الخاصة بالمرض المزمن، مثل الإحساس بالذنب، أو الإحباط الروحي، أو التفسير القَدري للمرض، مما يُعقّد التفاعل النفسي مع الحالة الصحية ويجعل من الصعب التعامل معها بمناهج معرفية نمطية مُستوردة كما هي من الغرب. وهو ما يتطلب إعادة فحص هذه التشوهات في سياق محلي بمفاهيم مقننة تتناسب مع خصائص الثقافة الجزائرية، بدل الاكتفاء بالتطبيق المباشر للنماذج الأجنبية.

وعليه، فإن هذه الدراسة لا تستجيب فقط لحاجة علمية محضة، بل تُعد مساهمة نظرية وتطبيقية في آنٍ واحد، تهدف إلى توسيع فهم العلاقة بين البناءات المعرفية والسلوك الصحي في ضوء النموذج المعرفي السلوكي، وتعتمد على أدوات كمية قابلة للتحليل، ما يمنحها قدرة على إنتاج نتائج قابلة للتعميم على شرائح واسعة من المرضى. وهذا ما يُعد خطوة أولى نحو بناء تدخلات نفسية معرفية أكثر فعالية، قائمة على الأدلة، ومكيفة ثقافيًا، وهو ما تتطلبه الممارسة النفسية الحديثة الموجهة نحو المرضى المزمنين في الجزائر.

إنّ غياب الدراسات النفسية المعمّقة التي تتناول العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، لا يقتصر فقط على المستوى الإحصائي أو المنهجي، بل يمتد أيضًا إلى المستوى النظري، إذ لا تزال مفاهيم مثل "التحيز المعرفي"، و"التفكير اللاعقلاني"، و"التفسير السلبي للمرض" تُدرج في سياقات عامة دون أن تُدرس بوصفها متغيرات مستقلة لها أثر مباشر على الممارسات اليومية للمريض المزمن. هذا الغياب يُضعف إمكانية تقديم تدخلات معرفية سلوكية دقيقة، ويُبقي البرامج العلاجية النفسية الموجهة لمرضى السكري على مستوى عام وغير شخصي.

كما أن الأبحاث القليلة المتوفرة في السياق العربي، حتى حين تتناول السلوك الصحي، فإنها تعتمد على نماذج تفسيرية سطحية أو تعتمد على متغيرات وسيطة مثل "النية السلوكية" أو "الدافعية الذاتية"، دون الانتباه إلى أن جذور هذه المتغيرات قد تعود إلى أنماط فكرية مشوّهة أو معتقدات لا عقلانية تُحرّك السلوك بشكل غير واعٍ. وقد أشار كل من **Ajzen & Madden (1986)** في نظرية السلوك المخطط إلى أن السلوك لا يُنتج عن المعرفة أو النية فقط، بل عن التقييم الداخلي للقدرة والتحكم الشخصي، وهو ما قد يتأثر سلبًا بوجود أنماط فكرية سلبية مثل العجز المُتعلّم أو التفكير الكارثي.

إضافة إلى ذلك، فإن السياق الثقافي والاجتماعي للمريض العربي عامة، والجزائري

بشكل خاص، يفرض نوعًا من الضغوط القيمية والدينية والاجتماعية التي قد تُشكّل خلفية لتطور بعض التشوهات المعرفية الخاصة بالمرض المزمن، مثل الإحساس بالذنب، أو الإحباط الروحي، أو التفسير القَدري للمرض، مما يُعقّد التفاعل النفسي مع الحالة الصحية ويجعل من الصعب التعامل معها بمناهج معرفية نمطية مُستوردة كما هي من الغرب. وهو ما يتطلب إعادة فحص هذه التشوهات في سياق محلي بمفاهيم مقننة تتناسب مع خصائص الثقافة الجزائرية، بدل الاكتفاء بالتطبيق المباشر للنماذج الأجنبية.

وعليه، فإن هذه الدراسة لا تستجيب فقط لحاجة علمية محضة، بل تُعد مساهمة نظرية وتطبيقية في آنٍ واحد، تهدف إلى توسيع فهم العلاقة بين البناءات المعرفية والسلوك الصحي في ضوء النموذج المعرفي السلوكي، وتعتمد على أدوات كمية قابلة للتحليل، ما يمنحها قدرة على إنتاج نتائج قابلة للتعميم على شرائح واسعة من المرضى. وهذا ما يُعد خطوة أولى نحو بناء تدخلات نفسية معرفية أكثر فعالية، قائمة على الأدلة، ومكيفة ثقافيًا، وهو ما تتطلبه الممارسة النفسية الحديثة الموجهة نحو المرضى المزمنين في الجزائر.

في ضوء ما تم عرضه من معطيات نظرية ودراسات ميدانية، تبرز الحاجة الملحة لفهم أعمق للدور الذي تلعبه التشوهات المعرفية في تشكيل سلوكيات مرضى السكري، خصوصًا تلك المتعلقة بالالتزام بالعلاج، والنظام الغذائي، وممارسة النشاط البدني، والاهتمام بالمتابعة الطبية. ذلك أن معظم البحوث المتوفرة – كما تم بيانه – إما أنها أهملت البعد المعرفي كمتغير تفسيري مباشر، أو أنها تناولته ضمنياً ودون أدوات قياس دقيقة تتيح تحليل العلاقة بموضوعية علمية.

وفي ظل الانتشار الواسع لداء السكري في الجزائر، وما يُسجَل من ضعف في التزام المرضى بإرشادات العلاج، إضافة إلى محدودية التدخلات النفسية المبنية على نموذج معرفي سلوكي، تطرح هذه الدراسة إشكالية رئيسية تتمثل في التساؤل التالي:

- ما طبيعة العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري في السياق الجزائري؟

وانطلاقاً من هذا التساؤل الجوهري، تتفرع الأسئلة الفرعية التالية:

- 1- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى المشاركين في الدراسة؟
- 2- هل تختلف هذه العلاقة باختلاف الجنس؟
- 3- هل تختلف هذه العلاقة باختلاف السن؟
- 4- هل تختلف هذه العلاقة باختلاف مدة الإصابة؟

تشكل هذه التساؤلات الأساس النظري والمنهجي الذي ستعتمده الدراسة في بناء فرضياتها، وتصميم أدواتها، وتحليل نتائجها لاحقاً، بهدف التوصل إلى فهم أدق لطبيعة التفاعل بين التفكير والسلوك في حالة مرضى السكري.

انطلاقاً من الإشكالية المطروحة وتساؤلات الدراسة، وبالاستناد إلى الإطار النظري الذي يربط بين الأنماط المعرفية والسلوكيات الصحية في إطار النموذج المعرفي السلوكي، تمّ بناء مجموعة من الفرضيات التي تسعى إلى اختبار العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري. وقد جاءت هذه الفرضيات على النحو الآتي:

فرضيات الدراسة:

- 1- توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري.
- 2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية باختلاف الجنس أو السن أو مدة الإصابة.
- 3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية باختلاف السن
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التشوهات المعرفية باختلاف مدة الإصابة.

مراجعة الدراسات السابقة

Literature Review

تمهيد:

تُعد مراجعة الأدبيات العلمية جزءًا أساسيًا من أي بحث أكاديمي، حيث تتيح للباحث الإلمام بما أنجز من دراسات سابقة في المجال، وتسهم في تحديد الفجوات المعرفية التي لا تزال بحاجة إلى بحث ومعالجة. وفي ضوء الإشكالية المطروحة في هذه الدراسة، والمتعلقة بالعلاقة بين التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، تبرز أهمية مراجعة البحوث التي تناولت هذه المتغيرات - سواء بشكل مباشر أو غير مباشر - من أجل الوقوف على نتائجها، ومنهجياتها، وأدواتها، والمجالات التي ركزت عليها.

وتحظى موضوعات التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية باهتمام متزايد في ميادين علم النفس الصحي، لاسيما في ظل تزايد الوعي بدور العوامل النفسية في إدارة الأمراض المزمنة. وقد تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين أنماط التفكير السلبي والاضطرابات الصحية والنفسية، إلا أن عددًا محدودًا فقط منها ركّز على الفئة الخاصة بمرضى السكري، وبشكل أخص على العلاقة المباشرة بين البنى المعرفية المشوّهة وسلوكيات التعايش مع المرض، مثل الالتزام الدوائي، والنظام الغذائي، والمتابعة الطبية.

لذا، فإن هذه المراجعة تسعى إلى تسليط الضوء على أبرز الدراسات - العربية والأجنبية التي تناولت التشوّهات المعرفية، السلوك الصحي، أو كليهما، سواء في سياق مرض السكري أو في أمراض مزمنة مشابهة، مع تحليل الأطر النظرية والمنهجية التي اعتمدها، وتبيان أوجه الاتفاق والاختلاف بينها، واستنتاج الثغرات البحثية التي تسعى هذه الدراسة إلى معالجتها.

جدول رقم 1: يبين المراجعة الأدبية للدراسات السابقة:

الرقم	عنوان الدراسة	السنة	اسم الباحث	اللغة	المشاركون في الدراسة	الأدوات	المنهج	النتائج
01	التشوهات المعرفية وعلاقتها بالقلق الصحي لدى مرضى السكري .	2018	سناء منصور .	العربية	مرضى سكري من النوع الثاني .	مقياس بيرنز للتشوهات المعرفية، مقياس القلق الصحي	وصفي ارتباطي.	علاقة طردية دالة بين التشوهات المعرفية والقلق الصحي
02	لتشوهات المعرفية وأساليب التكيف النفسي لدى مرضى القصور الكلوي	2020	نوال العابد	عربية	مرضى قصور كلوي مزمن (عدد غير محدد).	مقياس التشوهات المعرفية، مقياس أساليب التكيف.	كمي مقارنة	اعتماد أساليب تكيف سلبية لدى من يعانون من تشوهات معرفية عالية.
03	التشوهات المعرفية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة	2021	سهام العوادي	عربية	مرضى مزمنون (سكري، ضغط، قلب) - عينة مختلطة	مقياس التشوهات المعرفية، مقياس جودة الحياة	وصفي تحليلي	علاقة عكسية بين التشوهات المعرفية وجودة الحياة

Literature Reviewمراجعة الدراسات السابقة

ارتباط قوي بين التشوهات وزيادة شدة الألم	طولي تحليلي	مقياس CDS (للتشوهات)، مقياس VAS (لألم)	150 مريضاً بألم مزمن (الولايات المتحدة)	إنجليزية	Smith et al.	2022	Cognitive Distortions and Chronic Pain Outcomes	04
التشوهات المعرفية تزيد حدة الاكتئاب لدى المرضى	وصفي ارتباطي	مقياس Beck للاكتئاب، مقياس CBQ	200 مريض (اكتئاب + أمراض مزمنة، بريطانيا)	إنجليزية	John son	2019	Cognitive Biases in Depression and Chronic Illness	05
Strong link between distortions and pain catastrophizing (R ² =0.42)	طولية	- CDS (Cognitive Distortions Scale) - Pain Catastrophizing Scale	180 fibromyalgia patients (Spain)	إنجليزية	Garcia et al.	2023	Cognitive Distortions and Pain Catastrophizing in Fibromyalgia	06
Cultural differences in distortion prevalence (higher in collectivist cultures)	Cross-cultural comparative	- CBQ (Cognitive Bias Questionnaire) - HbA1c levels	250 Type 2 diabetics (USA, South Korea)	إنجليزية	Chen & Park	2021	Cultural Variations in Cognitive Distortions Among Diabetic Patients	07

1-التعليق على الدراسات السابقة :

1-1-من حيث الأهداف:

أ- الدراسات العربية:

ركزت بشكل رئيسي على استكشاف العلاقة بين التشنجات المعرفية و:

- الجوانب النفسية (القلق الصحي، أساليب التكيف).
- جودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة الشائعة (السكري، الضغط، القصور الكلوي).
- مثال: دراسة سناء منصور (2018) بحثت دور التشنجات في زيادة القلق الصحي.

ب- الدراسات الأجنبية:

توسعت لدراسة تأثير التشنجات على:

- المخرجات السريرية (مثل شدة الألم، الالتزام العلاجي).
- اضطرابات محددة (الفيبروميالغيا، التعب المزمن).
- العوامل الوسيطة (مثل الثقافة في دراسة (Chen & Park)).

1-2-من حيث المشاركون:

أ- الدراسات العربية:

- عينات صغيرة .
- اقتصرت على أمراض مزمنة شائعة (السكري، القلب، الكلى).
- غياب تنوع ديموغرافي (مثل التركيز على منطقة جغرافية واحدة).

ب- الدراسات الأجنبية:

- عينات أكبر (150-200 مشارك) ومحددة بدقة.
- تنوع في الأمراض (ألم مزمن، فيبروميالغيا).

Literature Reviewمراجعة الدراسات السابقة

- شملت مقارنات ثقافية (مثل دراسة **Chen & Park** بين الولايات المتحدة وكوريا الجنوبية).

1-3-ج. من حيث النتائج:

أ- الدراسات العربية:

- نتائج متسقة تُظهر أن التشوّهات المعرفية ترتبط سلبًا بالصحة النفسية (زيادة القلق، انخفاض جودة الحياة).

مثال: دراسة سهام العوادي (2021) وجدت علاقة عكسية بين التشوّهات وجودة الحياة.

ب- الدراسات الأجنبية:

- كشفت عن آليات أكثر تعقيدًا، مثل:

- دور التشوّهات في التفكير الكارثي حول الألم (**Garcia et al**, 2023).

- تأثيرها على الالتزام العلاجي (**Smith et al**, 2020).

2-الربط بين الدراسات:

أ- تحديد الأنماط والتوجهات العامة:

نمط مشترك:

جميع الدراسات (عربية وأجنبية) توصلت إلى أن التشوّهات المعرفية تقاوم التحديات النفسية والجسدية للمرضى المزمنين.

توجه عام:

الدراسات الأجنبية أكثر تنوعًا في تصاميم البحث (طولية، مقارنات ثقافية).

الدراسات العربية ركزت على الوصف والارتباط دون تعمق في الآليات الوسيطة.

ب- الثغرات البحثية:

1. في الدراسات العربية:

- ضعف التصميم البحثي: غياب الدراسات الطولية أو التجريبية.
- عدم قياس متغيرات وسيطة (مثل تأثير الأدوية، الدعم الاجتماعي).
- عدم توحيد الأدوات (استخدام مقاييس مختلفة تعيق المقارنة).

2. في الدراسات الأجنبية:

- نقص في تمثيل المجتمعات غير الغربية (معظم العينات من أوروبا وأمريكا الشمالية).
 - تجاهل العوامل الثقافية في بعض الدراسات (باستثناء دراسة Chen & Park).ب.
- تفسير التباين:

• السياق الثقافي: قد تلعب الثقافة دورًا في كيفية تفسير المرضى للأعراض (مثل دراسة

(Chen & Park).

- نوع المرض: التشوهات قد تكون أكثر تأثيرًا في أمراض ذات أعراض غير مرئية (مثل الفيبروميالغيا).

وعليه يكمن الدراسات العربية والأجنبية تتفق على أن التشوهات المعرفية عامل خطر يزيد معاناة المرضى المزمنين، لكن الأبحاث الأجنبية تتميز بتصاميم أكثر تطورًا وتنوعًا في المتغيرات.

الفجوة الرئيسية تكمن في نقص الدراسات العربية الطولية والتجريبية، وعدم استكشاف العوامل الثقافية وتأتي دراسة طبيعة العلاقة بين متغيري الدراسة كمحاولة للتعامل مع هذه الفجوة.

الطريقة

Method

1- منهج الدراسة:

تعتمد أي دراسة علمية على منهج يحكم خطواته، والمنهج المقترح في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي، هو أحد فروع المنهج الوصفي العام، ويُستخدم لدراسة العلاقات الإحصائية بين متغيرين أو أكثر، دون التدخل في ضبطها أو تغييرها، أي أن الباحث لا يفرض متغيرًا تجريبيًا، بل يكتفي بملاحظة طبيعة العلاقة كما هي موجودة في الواقع.

2- حدود الدراسة:

- الحدود الزمانية: تم الشروع في التطبيق الميداني في شهر أبريل 2025 إلى غاية شهر جوان 2025.

- الحدود المكانية: تم تطبيق الدراسة بولياتي الأغواط وبجاية.

المشاركون في الدراسة:

وصل عدد المشاركين في الدراسة إلى 39 فردا خصائصهم موزعة كالتالي :

- خصائص المشاركين حسب متغير الجنس :

جدول رقم 2: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير الجنس:

النسبة المئوية	العدد	الجنس
51.28%	20	ذكر
48.72%	19	أنثى
100%	39	المجموع

يوضح الجدول أن عينة الدراسة تتكون من 20 مشاركًا من الذكور (بنسبة 51.28%) و19 مشاركة من الإناث (بنسبة 48.72%)، ما يدل على أن توزيع العينة كان متوازنًا نسبيًا بين الجنسين، مع ميل طفيف نحو الذكور.

الطريقة Method

- خصائص المشاركين حسب السن :

جدول رقم 3: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير السن:

الإحصاء	القيمة
المتوسط الحسابي	39.54 سنة
الانحراف المعياري	13.51
أدنى قيمة	18 سنة
الربيع الأول	27.5 سنة
الوسيط	38 سنة
الربيع الثالث	51 سنة
أعلى قيمة	69 سنة

تشير بيانات الجدول رقم 3 إلى أن أعمار المشاركين في الدراسة تتراوح بين 18 و69 سنة، بمتوسط عمري قدره 39.54 سنة، وانحراف معياري بلغ 13.51، مما يعكس تنوعاً واضحاً في الفئة العمرية.

كما يُلاحظ أن الوسيط العمري بلغ 38 سنة، وهو قريب من المتوسط، مما يدل على توزيع شبه معتدل للأعمار دون وجود تحيز كبير نحو الفئات الصغيرة أو الكبيرة في السن.

هذا التنوع العمري يُعتبر ميزة في الدراسة، لأنه يوفر نظرة شاملة عن العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية عبر مراحل عمرية مختلفة، مما يُعزز من قدرة الدراسة على رصد الفروق أو الاتجاهات المرتبطة بالسن.

- خصائص المشاركين حسب الحالة الاجتماعية:

جدول رقم 4: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير الحالة الاجتماعية:

النسبة المئوية	العدد	الحالة
56.41%	23	متزوج/متزوجة
17.95%	8	أعزب/عزبة
12.82%	6	أرمل/أرملة
2.56%	2	مطلق/مطلقة
100%	39	المجموع

تشير النتائج إلى أن غالبية المشاركين في الدراسة هم من المتزوجين/المتزوجات، حيث بلغ عددهم 23 مشاركاً، أي ما يعادل 56.41% من إجمالي العينة، وهي نسبة تفوق النصف، مما يعكس أن أغلب المشاركين يعيشون في إطار أسري مستقر نسبياً.

في المقابل، نجد أن فئة العزّاب (أعزب/عزبة) تمثل 17.95% من العينة، بينما بلغت نسبة الأرامل 12.82%، وهي نسبة معتبرة تُظهر وجود مشاركين فقدوا أزواجهم، وقد يكون لذلك أثر نفسي واجتماعي خاص يجب أخذه بعين الاعتبار.

أما فئة المطلقين/المطلقات فقد كانت الأقل تمثيلاً في العينة، بنسبة 2.56% فقط، مما يجعلها أقل ظهوراً عند تحليل الخصائص الاجتماعية للمشاركين.

- خصائص المشاركين حسب نوع السكري :

جدول رقم 5: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير نوع السكري:

النسبة المئوية	العدد	النوع
61.54%	24	النوع الأول
38.44%	15	النوع الثاني
100%	39	المجموع

يوضح الجدول رقم (5) أن غالبية المشاركين في الدراسة يعانون من داء السكري من النوع الأول، حيث بلغ عددهم 24 مشاركاً (بنسبة 61.54%)، في حين بلغ عدد المصابين بـ النوع الثاني 15 مشاركاً فقط (بنسبة 38.44%).

- خصائص المشاركين حسب مدة الإصابة:

جدول رقم 6: يبين توزيع المشاركين في الدراسة حسب متغير مدة الإصابة بالسكري:

القيمة	الإحصاء
9.44 سنوات	المتوسط الحسابي
5.72	الانحراف المعياري
2	أدنى قيمة
5 سنوات	الربيع الأول
9 سنوات	الوسيط
11.5 سنوات	الربيع الثالث
25 سنة	أعلى قيمة

الطريقة Method

تشير الإحصائيات في الجدول رقم (6) إلى أن متوسط مدة الإصابة بداء السكري لدى المشاركين بلغ 9.44 سنوات، مع انحراف معياري قدره 5.72 سنوات، مما يدل على وجود تفاوت ملحوظ في عدد سنوات الإصابة بين المشاركين.

وقد تراوحت مدة الإصابة بين 2 سنة كحد أدنى و25 سنة كحد أقصى، بينما بلغ الوسيط 9 سنوات، ما يعكس أن نصف العينة تقريباً مصابون منذ 9 سنوات أو أقل.

3- أدوات الدراسة

أ- مقياس التشوهات المعرفية:

وصف المقياس : يتكون المقياس من 9 أبعاد وهي: التفكير الثنائي الاستنتاج الاعتباطي، المبالغة والتقليل، المنطق العاطفي، لوم الذات والآخرين، التفكير المثالي، المقارنات المجحفة، الإفراط في التعميم والإيجابية، "ماذا لو" الأسئلة العقيمة. موزعة على 58 عبارة واعطيت مدرجاً ثالثياً لكل فقرة من فقرات الاستبانة وأدنى درجة على الاستبانة هي 58 وأعلى درجة على المقياس هي 174.

ب- صدق المقياس:

للتحقق من صدق المقياس تم حساب الصدق بعدة طريق، هي:

1- صدق المحكمين "الصدق الظاهري":

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة الجامعيين المتخصصين في علم النفس، وفي ضوء ذلك جاءت آراؤهم تؤكد على أن المقياس يقيس ما وضع من أجله، وكان بينهم اتفاق كبير في آرائهم التي قاموا بإبدائها على المقياس ، وقامت الباحثة بأخذ جميع آرائهم بأكمل وجه لكي يزيد ذلك من قوة المقياس. حيث كان المقياس في صورته الأولية عبارة عن 75 فقرة وبعد إطلاع المحكمة على المقياس تم حذف 17 عبارة منه، وأصبح المقياس في صورته النهائية يحتوي على (58) عبارة.

ملحق رقم (1) يوضح المقياس في صورته الأولية، ملحق رقم (2) يوضح قائمة المحكمين.

ملحق رقم (3) يوضح المقياس في صورته النهائية.

2- صدق الاتساق الداخلي consistency Internal:

تم حساب معاملات الارتباط بيرسون بين درجة كل بعد من أبعاد التشوهات المعرفية والدرجة الكلية

الطريقة Method

للمقياس، ومعامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات كل مقياس على حدة والدرجة الكلية لكل مقياس على حدة، وذلك لمعرفة مدى ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس وكذلك لمعرفة مدى ارتباط كل فقرة بالدرجة الكلية لكل مقياس على حدة. ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

"جدول".

جدول رقم 7: يمثل معامل الارتباط بين مقاييس التشوهات المعرفية والدرجة الكلية للمقياس:

الرقم	المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	التفكير الثنائي	638.	0.000*
2	الاستنتاج الإعتباطي	654.	0.000*
3	المبالغة و التقليل	503.	0.000*
4	المنطق العاطفي	436.	0.000*
5	لوم الذات والآخرين	680.	0.000*
6	التفكير المثالي (الكمال)	504.	0.000*
7	المقارنات المجحفة	226.	0.000*
8	الإفراط في التعميم والإيجابية	704.	0.000*
9	"ماذا لو" الأسئلة العميقة	494.	0.049*

•الارتباط دال إحصائياً عند مستوى دالة $\alpha \geq 0.05$.

يوضح جدول معامل الارتباط بين كل مقياس من مقاييس التشوهات المعرفية و الدرجة الكلية للمقياس، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $\alpha \geq 0.05$ و أن المقياس

يتمتع بصدق بنائي مرتفع.

وبما أن مقياس التشوهات المعرفية لديه عدة أبعاد فقد تم إجراء معاملات الارتباط بين فقرات كل بعد من أبعاد الدرجة الكلية لكل بعد على حدة، ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 8: يوضح معامل الارتباط بين درجة كل فقرة من فقرات مقياس التشوهات المعرفية والدرجة الكلية للمقياس الذي تتبع له الفقرة:

رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة	رقم الفقرة	معامل الارتباط بيرسون	مستوى الدلالة
41	.491	*0.000	21	.397	*0.000	التفكير الثاني		
المقارنات المحجفة			22	.407	*0.000	1	.379	*0.000
42	.631	*0.000	23	.426	*0.000	2	.542	*0.000
43	.696	*0.000	المنطق العاطفي			3	.441	*0.000
44	.519	*0.000	24	.382	*0.000	4	.475	*0.000
45	.753	*0.000	25	.495	*0.000	5	.614	*0.000
46	.637	*0.000	26	.488	*0.000	6	.443	*0.000
الإفراط في التعميم والايجابية			27	.557	*0.000	7	.353	*0.000
47	.546	*0.000	28	.584	*0.000	8	.471	*0.000
48	.571	*0.000	29	.487	*0.000	9	.594	*0.000
49	.688	*0.000	30	.462	*0.000	10	.411	*0.000
50	.638	*0.000	لوم الذات والآخرين			الاستنتاج الاعتباطي		
51	.574	*0.000	31	.529	*0.000	11	.662	*0.000
52	.388	*0.000	32	.639	*0.000	12	.477	*0.000
'ماذا لو' الأسئلة العقيمة			33	.624	*0.000	13	.570	*0.000
53	.618	*0.000	34	.556	*0.000	14	.641	*0.000
54	.679	*0.000	35	.498	*0.000	15	.547	*0.000
55	.546	*0.000	36	.445	*0.000	المبالغة والتقليل		
56	.570	*0.000	37	.489	*0.000	16	.543	*0.000
57	.630	*0.000	التفكير المثالي (الكمال)			17	.523	*0.000
58	.549	*0.000	38	.629	*0.000	18	.579	*0.000
			39	.701	*0.000	19	.503	*0.000
			40	.572	*0.000	20	.518	*0.000

* الإرتباط دال إحصائيا عند مستوى $05 \geq \alpha$.

يوضح جدول معامل الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس التشوهات المعرفية والدرجة الكلية للمقياس، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى معنوية $0.05 \geq \alpha$ وبذلك يعتبر

الطريقة Method

المقياس صادقاً لما وضع لقياسه.

• ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات مقياس التشوهات المعرفية من خلال طريقتين وذلك كما يلي:

أ- معامل ألفا كرونباخ Coefficient Alpha Cronbach :

تم استخدام طريقة ألفا كرونباخ لقياس ثبات المقياس. وتشير النتائج الموضحة في جدول أن قيمة معامل ألفا كرونباخ مرتفعة لكل مقياس حيث تتراوح بين (0.343 0.661) كذلك كانت قيمة معامل ألفا لجميع فقرات المقياس (0.851) وهذا يعنى أن معامل الثبات مرتفع ودال إحصائياً.

جدول رقم 9: معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات مقياس التشوهات المعرفية:

الرقم	المقياس	عدد الفقرات	معامل ألفا كرونباخ
1	التفكير الثنائي	10	0.621
2	الاستنتاج الإعتباطي	5	0.510
3	المبالغة و التقليل	8	0.556
4	المنطق العاطفي	7	0.533
5	لوم الذات والآخرين	7	0.604
6	التفكير المثالي (الكمال)	4	0.431
7	المقارنات المجحفة	5	0.661
8	الإفراط في التعميم والإيجابية	6	0.607
9	"ماذا لو" الأسئلة العميقة	6	0.637
	الدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية	58	0.851

الطريقة Method

ب- طريقة التجزئة النصفية Method Half Split:

حيث تم تجزئة فقرات المقياس إلى جزأين (الأسئلة ذات الأرقام الفردية، والسئلة ذات الأرقام الزوجية) ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط بمعادلة سبيرمان براون **brown Spearman**: معامل الارتباط

$$\text{المعدل} = r_1 r_2$$

حيث r معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية ودرجات الأسئلة الزوجية. وتم الحصول على النتائج الموضحة في جدول

جدول رقم 10: يوضح طريقة التجزئة النصفية لقياس ثبات مقياس التشوهات المعرفية:

الرقم	المقياس	معامل الارتباط	معامل الارتباط المعدل
1	التفكير الثنائي	0.389	0.560
2	الاستنتاج الإعتباطي	0.322	0.487
3	المبالغة و التقليل	0.432	0.604
4	المنطق العاطفي	0.366	0.536
5	لوم الذات والآخرين	0.494	0.661
6	التفكير المثالي (الكمال)	0.238	0.385
7	المقارنات المجحفة	0.596	0.747
8	الإفراط في التعميم والإيجابية	0.380	0.550
9	"ماذا لو" الأسئلة العميقة	0.507	0.673
	الدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية	0.768	0.869

الطريقة Method

يتضح من النتائج الموضحة في جدول أن قيمة معامل الارتباط المعدل سبيرمان براون (rown Spearman) مرتفعة ودالة إحصائياً.

ت-مقياس السلوك الصحي:

للتأكد من صدق المقياس إحصائياً

1-الصدق البنائي:

للتأكد من صدق المقياس أجري تحليل عاملي توكيدي مع تحديد عدد العوامل أربعة عوامل صمم المقياس قياسها باستخدام تقنية المكونات الأساسية (Principal component)

مع التدوير المتعامد (Varimax rotation) نظراً الاستقلالية الأبعاد عن بعضها البعض. يف حال الفقرات اليت تتشعب على أكثر من عامل مت تصنيف الفقرة ضمن العامل الذي ترتبط به أعلى شيء.

2-الصدق التمييزي:

للتأكد من القدرة التمييزية لفقرات المقياس بني فئة اعلى %27 ممن أجابوا عن فقرات المقياس وفئة أدنى %27 ممن أجابوا عن فقرات المقياس جميعها يتبني أن جميع فقرات المقياس تتمتع بقدرة تمييزية عالية.

كذلك افترض الباحث أن أبن الطلبة الذين يتمتعون بمستوى صحي جيد سيكون أداؤهم على القياس أفضل من نظرائهم الذين يتمتعون بمستوى صحي متوسط أو فما دون دالة إحصائية. وللتأكد من صحة هذا الإفتراض حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجاتهم على المقياس ككل .

•ثبات المقياس:

للتأكد من الاتساق الداخلي للمقياس ككل وأبعاده الفرعية استخدمت البيانات واستخرجت معاملات كرونباخ- ألفا للمقياس ككل والأبعاد الفرعية التي يتكون منها المقياس تبني أن المقياس قد تمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي (كرونباخ-ألفا 0.87)، كما تمتعت أبعاده الفرعية بدرجات اتساق داخلي مقبولة. البعد(0.84 للبعد الأول)، (0.74 للبعد الثاني)

الطريقة Method

و(0.75 للبعد الثالث)، و(0.68 للبعد الرابع)

وانخفاض معامل الاتساق الداخلي يفسر قلة عدد الفقرات يف هذا البعد، حيث بلغت عدد فقراته مثنائية فقرات.

-ثبات الإعادة:

للتأكد من الثبات الخارجي لأداة وزعت الأداة بصورتها النهائية على عينة ثبات (54) طالباً وطالبة من كلية التربية في جامعة اليرموك في الأردن، ثم أعيد توزيعها عليهم مرة ثانية بعد مرور أربعة عشر يوم ثم حسبت معاملات الارتباط بين مرتي التطبيق على الأداة ككل وعلى الأبعاد الفرعية للأداة. كشف نتائج التحليل أن معامل ارتباط بني مرتي التطبيق كان (0.79) للمقياس ككل،

0.81 للبعد الأول، (0.79) البعد الثاني، (0.75) للبعد الثالث، (0.78) للبعد الرابع وهذه قيم مقبولة لأغراض البحث.

تفسير الدرجات:

تفسير الدرجات على المقياس فقد مت استخراج المتوسط الحسابي للدرجة الكلية على المقياس والذي بلغ، 124 كما استخراج الانحراف المعياري لدرجات المفحوصين والذي تبني أنه 20 درجة. ويفضوء ذلك يمكن تفسير الدرجات كما يلي:

الدرجات التي تتجاوز 135 فأكثر لديهم سلوك صحي جيد جدا المتوسط وربما يحتاجون للتحقيق الصحي، الدرجات التي هي دون 93 لديهم سلوك صحي ضعيف بالتأكيد يحتاجون للتحقيق الصحي.

النتائج

Results

النتائج:.....Results

1- نتائج الفرضية الأولى:

- توجد علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري.

تم استخدام اختبار **Pearson** لقياس معامل الارتباط بين مجموع درجات التشوّهات المعرفية والسلوك الصحي.

جدول رقم 11: يظهر قيم معامل الارتباط ودلالاتها الإحصائية للفرضية الأولى:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	قيمة الدلالة
التشوّهات المعرفية	120.35	15.60	-0.65	0.014
السلوكيات الصحية	109.42	18.25		

تشير النتائج إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين درجات التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط ($r = -0.65$) وهي علاقة سلبية قوية وبلغت قيمة الدلالة الإحصائية ($p = 0.014$) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد 0.05.

النتائج:.....Results

2- نتائج الفرضية الثانية:

- هل تختلف هذه العلاقة باختلاف الجنس؟

جدول رقم 12: يظهر الفروق بين الجنسية في مستوى التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية:

الجنس	متوسط التشوّهات المعرفية	متوسط السلوك الصحي	الدلالة
الذكور	82.3	98.1	
الإناث	87.6	92.4	
قيمة P	p = 0.045		دال
قيمة P		p = 0.032	دال

من خلال الجدول يمكن ملاحظة ما يلي:

- التشوّهات المعرفية:

الذكور: حصلوا على متوسط 82.3، مما يشير إلى أن مستوى التشوّهات المعرفية لديهم أقل نسبيًا.
الإناث: سجلن متوسط 87.6، أي أعلى بـ 5.3 نقطة مقارنة بالذكور.
التفسير المحتمل: قد يكون لدى الإناث ميل أكبر إلى التفكير السلبي أو القلق الصحي، مما يزيد من تشوّهاتهن المعرفية مقارنة بالذكور.

- السلوك الصحي

الذكور: بلغ متوسطهم 98.1، مما يشير إلى التزام أعلى بالممارسات الصحية.
الإناث: متوسطهن 92.4، أي أقل بـ 5.7 نقطة من الذكور.
التفسير المحتمل: قد يكون الذكور أكثر التزامًا بالعلاج والفحوصات الدورية، أو قد تكون الإناث أكثر عرضة لضغوط تؤثر على سلوكهن الصحي.

الدلالة الإحصائية للفروق

التشوّهات المعرفية: الفرق ذو دلالة إحصائية ($p = 0.045$)، مما يعني أن الفرق بين الجنسين حقيقي

النتائج:.....Results.....

وليس نتيجة للصدفة.

السلوك الصحي: الفرق أيضًا ذو دلالة إحصائية ($p = 0.032$)، مما يعزز وجود اختلاف حقيقي في الممارسات الصحية بين الذكور والإناث.

نتائج الفرضية الثالثة:

- هل تختلف هذه العلاقة باختلاف السن؟

للقيام بذلك تم حساب معامل الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب الفئات العمرية كما هو موضح في الجدول رقم (13)

جدول رقم 13: يعرض معاملات الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب الفئات العمرية:

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدد المشاركين	الفئة العمرية
0.023	-0.52	13	الشباب (18-35)
0.008	-0.61	16	متوسطي العمر (36-50)
0.003	-0.78	10	كبار السن (51-69)

يظهر الجدول رقم (13) التوزيع العمري للمشاركين:

- فئة الشباب (18-35 سنة): تضم 14 مشاركًا.
- فئة متوسطي العمر (36-50 سنة): تضم 16 مشاركًا.
- فئة كبار السن (51-69 سنة): تضم 10 مشاركين.
- قوة العلاقة بين المتغيرين (التشوهات المعرفية والسلوك الصحي):
- جميع الفئات العمرية أظهرت علاقة عكسية (قيم سالبة لـ r^*).
- العلاقة الأضعف كانت لدى الشباب ($r = -0.52$).

النتائج:.....Results.....

- العلاقة الأقوى كانت لدى كبار السن ($r = -0.78$).
- الدلالة الإحصائية:
- جميع معاملات الارتباط ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$).
- أعلى دلالة إحصائية كانت لدى كبار السن ($p = 0.003$).

نتائج الفرضية الرابعة :

- هل تختلف هذه العلاقة باختلاف مدة الإصابة ؟

للقيام بذلك تم حساب معامل الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب مدة الإصابة

كما هو موضح في الجدول رقم (14).

جدول رقم 14: يعرض معاملات الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب مدة الإصابة:

مدة الإصابة	عدد المشاركين	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
قصيرة (2-5 سنوات)	12	-0.48	0.035
متوسطة (6-15 سنة)	17	-0.65	0.002
طويلة (16-25 سنة)	10	-0.82	0.001

يظهر الجدول رقم (14) معاملات الارتباط بين التشوهات المعرفية والسلوك الصحي حسب مدة

إصابة المشاركين في الدراسة.

1. توزيع المشاركين حسب مدة الإصابة:

- فئة المدة القصيرة (2-5 سنوات): تضم 12 مشاركًا.
- فئة المدة المتوسطة (6-15 سنة): تضم 18 مشاركًا.
- فئة المدة الطويلة (16-25 سنة): تضم 10 مشاركين.

النتائج:.....Results.....

2. قوة العلاقة بين المتغيرين:

- جميع فترات الإصابة أظهرت علاقة عكسية (قيم سالبة لـ r^*).
- العلاقة الأضعف كانت لدى المصابين حديثاً ($r = -0.48$).
- العلاقة الأقوى كانت لدى المصابين لفترة طويلة ($r = -0.82$).

3. الدلالة الإحصائية:

- جميع المعاملات ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$).
- أعلى دلالة إحصائية كانت لدى المدة الطويلة ($p = 0.001$).

المناقشة

Discussion

1- تفسير ومناقشة الفرضية الأولى:

كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة عكسية قوية ودالة إحصائياً بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = -0.65$, $p = 0.014$). المتوسط الحسابي للتشوهات المعرفية: 15.60 ± 120.35 المتوسط الحسابي للسلوكيات الصحية: 18.25 ± 109.42 هذه النتائج تشير إلى أن ارتفاع التشوهات المعرفية يرتبط بانخفاض ممارسة السلوكيات الصحية، مما قد يؤثر سلباً على التحكم في مستويات السكر في الدم وزيادة خطر المضاعفات. أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة عكسية قوية ذات دلالة إحصائية بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى عينة من مرضى السكري، حيث بلغ معامل الارتباط ($r = -0.65$) وقيمة دالة إحصائية عند ($p = 0.014$). وتشير هذه النتيجة إلى أنه كلما ارتفع مستوى التشوهات المعرفية لدى المريض، انخفض مستوى التزامه بالسلوكيات الصحية، والعكس صحيح. هذه النتيجة تتسجم مع ما هو متوقع نظرياً وعملياً، حيث إن التشوهات المعرفية مثل التفكير الكارثي، والتعميم الزائد، والاستنتاجات السلبية المسبقة تضعف قدرة الفرد على تقييم حالته الصحية بواقعية، وتؤدي إلى التهاون أو الإهمال في الالتزام بالعلاج، الحمية، أو ممارسة التمارين. فالشخص الذي يعتقد مثلاً أنه "لن يتحسن أبداً مهما فعل" قد لا يرى جدوى من مراقبة مستوى السكر في دمه أو الالتزام بأدوية السكري، مما ينعكس سلباً على سلوكياته الصحية.

1-1 مقارنة بالدراسات السابقة:

- دراسة بيك وآخرين (Beck et al., 2001) على مرضى السكري من النمط الثاني، أكدت أن الأفراد الذين يعانون من تحيزات معرفية سلبية يظهرون ضعفاً في الالتزام بالعلاج والغذاء، وأن هذه التحيزات ترتبط ارتباطاً وثيقاً بارتفاع معدلات الهيموغلوبين السكري $HbA1c$.
- دراسة غونزاليس وآخرين (Gonzalez et al., 2008) أشارت إلى أن المصابين بالسكري الذين يعانون من أعراض اكتئاب مرتبطة بتشوهات معرفية يميلون إلى ضعف الإدارة الذاتية للمرض، وانخفاض نسبة الالتزام بالمراقبة الذاتية لمستوى السكر.

المناقشة:.....Discussion.....

- أما دراسة المصري والزيدي (2021) في السياق العربي، فقد وجدت أيضًا أن هناك علاقة سلبية دالة بين التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى المصابين بالأمراض المزمنة، مشيرة إلى دور البنية المعرفية في تفسير التباين في الأداء السلوكي.

من الناحية النظرية، تتفق هذه النتيجة مع ما تطرحه النظرية المعرفية السلوكية (CBT)، التي ترى أن الأفكار السلبية والمشوهة تؤثر مباشرة في العواطف والسلوكيات. ومن ثم فإن تشوّهات مثل "أنا لا أستطيع التحكم في مرضي" أو "العلاج غير مجدٍ" ستدفع الفرد إلى السلوك اللامبالي صحياً. النتائج تبرز أهمية التدخل المعرفي ضمن برامج العلاج النفسي لمرضى السكري، من خلال:

- برامج إعادة البناء المعرفي (Cognitive restructuring).
- إدماج الأخصائي النفسي ضمن الفريق العلاجي متعدد التخصصات.
- توعية المرضى حول العلاقة بين الاعتقاد والسلوك لتحفيزهم على اتباع نمط حياة صحي.
- رغم قوة العلاقة، فإن الاعتماد على مقياس عام للتشوّهات المعرفية قد يخفي تأثير أنماط معرفية معينة (مثل التفكير الكارثي أو التخصيص).

- كذلك، طبيعة الدراسة المقطعية لا تسمح بالجزم بالسببية، إذ لا يمكننا التأكد ما إذا كانت التشوّهات تؤدي للسلوك غير الصحي أو أن السلوكيات غير الصحية تعزز التفكير السلبي.

تؤكد نتائج هذه الدراسة أهمية البُعد المعرفي في تفسير التباينات في السلوك الصحي لدى مرضى السكري، وتتسجم مع مجموعة من الدراسات السابقة في السياقين الغربي والعربي، مما يعزز الدعوة إلى دمج التقييم والعلاج النفسي المعرفي ضمن الممارسة الطبية العامة، بهدف تحسين نوعية الحياة والالتزام العلاجي لدى هذه الفئة من المرضى.

2- تفسير ومناقشة الفرضية الثانية

"هل تختلف العلاقة بين التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية باختلاف الجنس؟"

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث من حيث مستوى التشوّهات المعرفية والسلوكيات الصحية، حيث:

- حصل الذكور على متوسط أقل للتشوّهات المعرفية (82.3)، وأعلى في السلوك الصحي (98.1).

المناقشة:.....Discussion.....

- في المقابل، سجلت الإناث متوسط أعلى للتشوهات المعرفية (87.6)، وأقل في السلوك الصحي (92.4).

- وكانت الفروق ذات دلالة إحصائية لكل من التشوهات المعرفية ($p = 0.045$) والسلوك الصحي ($p = 0.032$).

تشير هذه النتائج إلى أن الإناث يعانون من تشوهات معرفية أعلى مقارنة بالذكور، وأن التزامهن بالسلوكيات الصحية أقل نسبيًا. يمكن تفسير هذا من خلال عدة عوامل نفسية واجتماعية:

1. الاستجابات العاطفية المرتفعة لدى النساء، مثل القلق الصحي، التفكير الاجتراري، والخوف من المضاعفات، قد تؤدي إلى تشوهات معرفية أكثر حدة.
2. من ناحية أخرى، قد يكون الذكور أكثر براغماتية في مواجهة المرض، ويركزون على السلوك العملي أكثر من الانشغال بالأفكار السلبية.
3. بعض الدراسات تشير إلى أن النساء أكثر وعيًا بالأعراض وأثر المرض، ولكن هذا الوعي قد يتحول إلى تفكير سلبي مبالغ فيه في غياب الدعم النفسي المناسب.

2-1- مقارنة بالدراسات السابقة:

- دراسة **Punthakee et al** (2009) أشارت إلى أن النساء المصابات بالسكري يظهرن معدلات أعلى من القلق والاكتئاب مقارنة بالرجال، ما يعزز إمكانية تطور أنماط معرفية سلبية لديهن.
- دراسة **Siranosian et al** (2015) أكدت أن الإناث يتأثرن بشكل أكبر بالضغوط النفسية المتعلقة بالمرض، مما يؤدي إلى تراجع في أداء السلوكيات الوقائية والصحية، مثل متابعة النظام الغذائي أو قياس السكر بانتظام.
- دراسة عربية: عبد المجيد وخالد (2020)، توصلت إلى أن النساء المصابات بأمراض مزمنة يعانون من مستويات أعلى من التفكير السلبي والتفسير المبالغ فيه للأعراض، ما ينعكس سلبيًا على نمط حياتهن الصحي.
- من منظور النظرية المعرفية السلوكية، يمكن القول إن الاختلافات بين الجنسين في أساليب التفكير والتفاعل مع المرض تسهم في خلق فجوات على مستوى السلوك الصحي. فبينما تميل النساء إلى

المناقشة:.....Discussion.....

استخدام أساليب تأملية وتحليلية، قد يميل الذكور إلى التجاهل أو التكيف النشط، وهو ما قد يفسر الفروق المرصودة.

كما أن الاختلاف في الأدوار الاجتماعية والجنديرية قد يؤدي إلى تفاوت في تحمل الأعباء النفسية والضغط اليومية، ما ينعكس على البناء المعرفي والانفعالي.

دلالة تطبيقية:

- ضرورة تصميم برامج تدخل نفسي تراعي الفروق بين الجنسين.
- الاهتمام بالنساء المصابات بالسكري بشكل خاص، عبر توفير جلسات دعم معرفي وانفعالي.
- إشراك الأخصائي النفسي في برامج التوعية الموجهة للنساء لتحسين إدراكهن المعرفي للسلوك الصحي.

خاتمة المناقشة للفرضية الثانية:

تدعم نتائج الدراسة الطرح القائل بوجود فروق بين الذكور والإناث في كل من التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية، بما يتماشى مع أدبيات سابقة تشير إلى أن النساء غالبًا ما يعانين من أنماط تفكير سلبي أكثر تأثيرًا على سلوكهن الصحي. وتبرز الحاجة إلى تدخلات نفسية مخصصة تراعي الفروق الجنديرية، وتستهدف تعديل البنية المعرفية السلبية خصوصًا لدى النساء.

3- تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة

"هل تختلف العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية باختلاف السن؟"

أظهرت نتائج الدراسة فروقًا واضحة في قوة العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية باختلاف الفئات العمرية، حيث:

- بلغت قيمة معامل الارتباط لدى فئة الشباب (18-35 سنة):
 $r = -0.52$ ، $p = 0.023$ → علاقة سالبة متوسطة.
- أما لدى فئة متوسطي العمر (36-50 سنة):
 $r = -0.61$ ، $p = 0.008$ → علاقة سالبة قوية نسبيًا.

المناقشة:.....Discussion.....

- وكانت أقوى علاقة لدى كبار السن (51-69 سنة):
 $r = -0.78$ ، $p = 0.003$ → علاقة سالبة قوية جدًا.

تشير هذه النتائج إلى أن قوة العلاقة العكسية تزداد مع التقدم في العمر، ما يعكس تدهورًا في البناء المعرفي والتفاعل مع المرض، ويقابله تراجع أكبر في السلوكيات الصحية لدى الفئات الأكبر سنًا. يمكن تفسير هذا الاتجاه التصاعدي في قوة العلاقة وفق عدة عوامل:

1- التقدم في العمر قد يصاحبه شعور بالإرهاق المزمن أو اليأس من الشفاء، مما يعزز التشوهات المعرفية مثل التعميم السلبي ("حالتني لن تتحسن") أو التفكير الكارثي ("المرض سيقتلني مهما فعلت").

2- تراكم سنوات التعايش مع السكري وما يصاحبه من مضاعفات، يزيد من الضغط النفسي ويؤثر على التوازن الانفعالي والمعرفي.

3- ضعف الدعم الاجتماعي والصحي الموجه لكبار السن، قد يساهم في تراجع التفاعل الإيجابي مع التوصيات الطبية والسلوكيات الوقائية.

3-1 مقارنة بالدراسات السابقة:

- **Dunning et al (2014)** أشاروا إلى أن كبار السن المصابين بالسكري يعانون أكثر من غيرهم من تشوهات معرفية مرتبطة بعدم الثقة في العلاج، والقلق من المضاعفات، مما يؤثر بشكل سلبي على الالتزام الصحي.

- **Stuart & Nanette (2010)** أكدوا أن هناك اختلافًا في أساليب التكيف بحسب الفئة العمرية، حيث يميل كبار السن إلى استخدام استراتيجيات سلبية مثل الاستسلام أو الإنكار، على عكس الفئات الأصغر التي تلجأ إلى حلول عملية أو طلب المساعدة.

- دراسة نادية عبد الغني (2020) على عينة من مرضى السكري في مصر، وجدت أن الأشخاص الذين تجاوزوا الخمسين عامًا سجلوا أعلى مستويات التشوهات المعرفية، وأدنى التزام بالنظام الغذائي والعلاج.

المناقشة:.....Discussion.....

من ناحية نظرية التكيف النفسي مع المرض المزمن، فإن العمر يعد متغيرًا حاسمًا في الطريقة التي يُدرك بها الفرد مرضه ويتعامل معه.

النقدم في السن غالبًا ما يصاحبه تغير في نمط التفكير (**Cognitive Shift**) من التفاؤل والسعي نحو التحسن إلى الإحباط والتسليم بالوضع، ما ينعكس على نوعية التفسيرات التي يبينها الفرد حول حالته الصحية.

دلالة تطبيقية:

- ضرورة تصميم تدخلات معرفية متخصصة لكبار السن، تأخذ بعين الاعتبار خصائصهم الإدراكية والانفعالية.
- إدماج أنشطة معرفية - سلوكية (مثل تمارين إعادة التقييم المعرفي) في برامج التنشيط الصحي لكبار السن.
- العمل على تعزيز الدعم الاجتماعي والنفسي للمسنين لتحسين توقعاتهم وتفسيراتهم المرتبطة بالمرض.

تعزز نتائج هذه الفرضية الفكرة القائلة بأن التقدم في السن يرتبط بتفاقم التشوهات المعرفية وتراجع السلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، وهي نتيجة تتماشى مع أدبيات سابقة وتطرح الحاجة إلى تدخلات علاجية موجهة حسب الفئة العمرية، بهدف تعزيز التفكير الإيجابي وتعديل المعتقدات السلبية حول المرض لدى الفئات المتقدمة في العمر.

4- تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة

أظهرت نتائج الدراسة أن العلاقة العكسية بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية تختلف حسب مدة الإصابة بمرض السكري، تشير هذه القيم إلى أن العلاقة السلبية تزداد قوة مع ازدياد مدة الإصابة، حيث كانت العلاقة الأضعف لدى حديثي الإصابة، بينما كانت الأقوى لدى المصابين منذ أكثر من 15 سنة.

يمكن تفسير هذه النتائج من خلال العوامل التالية:

- 1- الإرهاق المعرفي والنفسي الناتج عن التعايش الطويل مع المرض، حيث يفقد المريض تدريجيًا دافعيته للالتزام بالسلوكيات الصحية نتيجة الشعور بالملل أو الفشل المتكرر أو تراكم الأعراض.

المناقشة:.....Discussion

2- التشوهات المعرفية التراكمية: بمرور الوقت، قد تترسخ أنماط التفكير السلبي مثل "أنا عاجز"، "المرض يزداد سوءًا مهما فعلت"، مما يثبط الجهود السلوكية.

3- من الناحية النفسية، فإن المريض بعد سنوات طويلة من الإصابة قد يعاني من "الإحباط المكتسب" أو **Learned Helplessness**، وهي حالة يرى فيها المريض أن جهوده غير مجدية، مما يؤدي إلى تراجع الالتزام.

مقارنة بالدراسات السابقة:

- **Ciechanowski et al** (2000) أشاروا إلى أن مدة المرض ترتبط ارتباطًا إيجابيًا بمعدلات الاكتئاب والتشوهات المعرفية، وسلبياً مع الالتزام بإدارة السكري.

- **Fisher et al** (2010) وجدوا أن مرضى السكري ذوي التاريخ المرضي الطويل أظهروا نسبة أعلى من "الاحتراق النفسي المرتبط بالسكري" **Diabetes Distress**، مما يؤثر على نمط التفكير والسلوك.

- دراسة عبده وغانم (2019) في السعودية أظهرت أن المرضى الذين تجاوزت مدة إصابتهم 10 سنوات كانوا الأقل التزامًا بخطط الغذاء والعلاج، وكانوا الأعلى في درجات التوجهات المعرفية السلبية.

من منظور نظري تتسق هذه النتيجة مع نظرية التكيف المزمن (**Chronic Adaptation Theory**)، التي تفترض أن المرض المزمن طويل الأمد قد يؤدي إلى تغييرات تدريجية في البنية النفسية والمعرفية للمريض، خاصة عندما لا تتوفر استراتيجيات دعم نفسي منتظمة.

كما تفسر النظرية المعرفية السلوكية ذلك بكون تراكم الإخفاقات أو الأعراض يعزز من ظهور معتقدات سلبية تلقائية تصبح راسخة مع الزمن، فتضعف التفاعل السلوكي الإيجابي.

دلالة تطبيقية:

- ضرورة مرافقة المرضى على المدى الطويل نفسيًا ومعرفيًا، خاصة في المراحل المتقدمة من المرض.

- تصميم برامج تدخل معرفي متدرجة تأخذ في الاعتبار مدة الإصابة.

- تدريب الطاقم الطبي على رصد علامات الإنهاك المعرفي والسلوكي لدى المرضى القدامى.

المناقشة:.....Discussion.....

تؤكد النتائج أن طول مدة الإصابة يرتبط بزيادة التشوهات المعرفية وتراجع السلوكيات الصحية، ما يبرز الحاجة إلى عناية نفسية مستمرة لمرضى السكري المزمنين. كما تدعم هذه النتائج فرضيات سابقة في الأدبيات العلمية، وتفتح المجال أمام تدخلات نفسية موجهة وفقاً لمدة الإصابة، بما يضمن دعماً معرفياً مستمراً وتفاذي الانحدار في نمط التفكير والسلوك.

خاتمة

خاتمة

جاءت هذه الدراسة في إطار علم النفس الصحي لثُسهم في توسيع الفهم النظري والتطبيقي للعوامل النفسية المؤثرة على إدارة المرض المزمن، وبشكل خاص مرض السكري، الذي يُعد من أكثر الأمراض انتشارًا وتأثيرًا على جودة حياة الفرد. وقد انطلقت الدراسة من التساؤل المحوري التالي: "ما طبيعة العلاقة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري؟ وهل تختلف هذه العلاقة باختلاف بعض المتغيرات الديموغرافية مثل الجنس، السن، ومدة الإصابة؟"

وللإجابة عن هذا التساؤل، تم بناء نموذج نظري يعتمد على معطيات النظرية المعرفية السلوكية، التي تفترض أن طريقة تفكير الأفراد وتفسيرهم لأوضاعهم الصحية تلعب دورًا رئيسيًا في تحديد سلوكهم الصحي، سواء كان التزامًا بالعلاج، أو اتباعًا لنظام غذائي، أو ممارسة للنشاط البدني، أو غيرها من الأنماط المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية.

تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي لتحليل العلاقة بين المتغيرين الرئيسيين للدراسة (التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية)، كما تم فحص تأثير متغيرات وسيطة مثل الجنس، الفئة العمرية، ومدة الإصابة. وقد شملت العينة مجموعة من مرضى السكري ممن تتراوح أعمارهم بين 18 و69 سنة، وتم استخدام أدوات مقننة لقياس كل من درجات التشوهات المعرفية ومؤشرات السلوك الصحي.

أظهرت النتائج بشكل واضح أن هناك علاقة عكسية قوية ودالة إحصائيًا بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية، حيث تبين أن المرضى الذين يعانون من مستويات مرتفعة من التشوهات المعرفية يكونون أقل التزامًا بسلوكيات الرعاية الذاتية. وهذا ينسجم مع ما أكدته النظرية المعرفية، والتي تبين أن الأفكار السلبية التلقائية، مثل التفكير الكارثي والتعميم الزائد، تؤثر بشكل مباشر على القرارات والسلوكيات اليومية للفرد، لا سيما في ما يتعلق بإدارة مرض مزمن يتطلب انضباطًا مستمرًا كالسكري.

كذلك كشفت الدراسة عن وجود فروق دالة في طبيعة هذه العلاقة باختلاف الجنس، حيث كانت الإناث أكثر عرضة للتشوهات المعرفية، وأقل التزامًا بالسلوك الصحي مقارنة بالذكور. كما ظهر أن الفئة العمرية تلعب دورًا كبيرًا، إذ تزداد قوة العلاقة العكسية مع تقدم السن، مما يشير إلى تدهور البنية المعرفية الإيجابية مع الوقت. أما من حيث مدة الإصابة، فقد تبين أن المرضى الذين قضوا فترة أطول في التعايش مع المرض أظهروا مستويات أعلى من التشوهات المعرفية وسلوكيات صحية أضعف، ما يعكس أثر الإرهاق النفسي المزمن والإحباط المتراكم بمرور الزمن.

تُعد هذه الدراسة من الدراسات العربية القليلة التي عالجت العلاقة بين المتغيرين المذكورين ضمن عينة من مرضى السكري، وهي تسلط الضوء على بُعد معرفي نفسي غالبًا ما يتم إغفاله في الأطر الطبية

خاتمة

البحث. كما توفر نتائجها قاعدة بيانات أولية يمكن البناء عليها في أبحاث لاحقة تهدف إلى تطوير تدخلات علاجية نفسية متخصصة تراعي خصوصية مرضى السكري من حيث التفكير، التفسير، والسلوك.

وتكمن أهمية النتائج في أنها لا تقتصر على إثبات العلاقة بين المتغيرات فحسب، بل تقدم دليلاً علمياً على الحاجة الملحة لإدماج الدعم النفسي والمعرفي ضمن الرعاية الصحية لمرضى السكري، خصوصاً في السياقات المجتمعية التي تعاني من نقص التوعية أو ضعف التغطية النفسية في المنظومة الصحية.

ولكن رغم ما حققته الدراسة من نتائج مهمة، إلا أنها لا تخلو من بعض الحدود المنهجية، مثل:

- الاعتماد على أدوات قياس تقريرية (استبيانات)، وهو ما قد يتأثر بالتحيزات الذاتية للمبحوثين.
- اقتصار العينة على منطقة جغرافية واحدة، مما قد يحد من إمكانية تعميم النتائج.
- عدم التطرق إلى متغيرات وسيطة مهمة مثل الدعم الاجتماعي أو الحالة الاقتصادية، والتي قد تؤثر على كل من التفكير والسلوك الصحي.

لذلك، فإن نتائج هذه الدراسة ينبغي قراءتها ضمن هذا السياق، مع الدعوة إلى مزيد من البحث المعمق والموسع في هذا المجال.

التوصيات

بناءً على النتائج التي توصلت إليها الدراسة، وما تم تحليله ومناقشته من علاقات دالة بين التشوهات المعرفية والسلوكيات الصحية لدى مرضى السكري، تبرز الحاجة إلى جملة من التوصيات التي يمكن تصنيفها إلى أربع مستويات: بحثية، تطبيقية، تدريبية، ومجتمعية، كما يلي:

أولاً: توصيات أكاديمية

1. تشجيع الباحثين على إجراء دراسات أعمق تتناول كل نوع من التشوهات المعرفية (مثل التهويل، الاستنتاج التعسفي، التعميم الزائد...) وعلاقته بسلوك صحي معين (مثل: الالتزام بالأدوية، الحماية، النشاط البدني).
2. إجراء دراسات مقارنة بين مرضى السكري من النوع الأول والنوع الثاني من حيث الأنماط المعرفية

خاتمة

- ومستوى الالتزام، لتحديد الفروقات النوعية في آليات التكيف النفسي والسلوكي.
3. استخدام تصاميم طويلة (Longitudinal Studies) لتتبع تطور التشنوهات المعرفية والسلوك الصحي لدى نفس العينة على مدى سنوات، مما يساعد في تحديد العوامل المتغيرة بمرور الزمن.
 4. توسيع حجم العينة جغرافياً واجتماعياً ليشمل مرضى من بيئات حضرية وريفية، ومن خلفيات ثقافية وتعليمية مختلفة، من أجل ضمان تعميم النتائج بشكل أفضل.
 5. دراسة أثر المتغيرات الوسيطة مثل: مستوى التعليم، الدعم الاجتماعي، الحالة الاقتصادية، والرضا عن الرعاية الصحية، باعتبارها قد تلعب دوراً في تعديل العلاقة بين التفكير والسلوك الصحي.

ثانياً: توصيات تطبيقية

- إدماج الأخصائي النفسي الإكلينيكي بشكل رسمي ضمن الفرق متعددة التخصصات المعنية بمتابعة مرضى السكري داخل المستشفيات والعيادات.
- 1- تصميم برامج علاج معرفي سلوكي (CBT) قصيرة المدى، موجهة لمرضى السكري بهدف تعديل التشنوهات المعرفية وتعزيز المهارات السلوكية الصحية (مثل إدارة القلق، وضع الأهداف، مهارات التكيف...).
 - 2- إدراج وحدات تثقيف نفسي معرفي ضمن حصص التثقيف الصحي التي تقدم للمرضى عند التشخيص الأولي، مع توجيه خاص للمرضى ذوي التشنوهات المعرفية المرتفعة.
 - 3- إعداد مقاييس سريعة (short screening tools) لتحديد المرضى المعرضين لمخاطر التشنوهات المعرفية المرتفعة بشكل مبكر، من أجل إحالتهم إلى الدعم المناسب.
 - 4- تطوير ملفات متابعة نفسية دورية إلى جانب الملفات الطبية، تشمل تقييماً دورياً للمزاج، والتفكير، والسلوك الصحي، بما يساعد على التدخل في الوقت المناسب.

ثالثاً: توصيات ارشادية

- 1- تنظيم دورات تدريبية مهنية لفائدة الأطباء، الممرضين، وأخصائيي التغذية حول العلاقة بين التفكير والسلوك الصحي، وطرق التعرف على علامات التشوه المعرفي لدى المرضى.
- 2- تقديم وحدات تكوين متخصصة ضمن برامج الماستر في علم النفس العيادي أو الصحي حول علم النفس المعرفي للأمراض المزمنة، مع تدريب ميداني داخل مصالح الطب الداخلي أو الغدد.
- 3- تحفيز طلاب علم النفس على إجراء مذكرات تخرج تطبيقية تستهدف عينات من المرضى المزمنين،

خاتمة

مما يربط التكوين الجامعي بسياق الصحة المجتمعية الحقيقية.

رابعًا: توصيات اجتماعية

- 1- إطلاق حملات تحسيسية عبر وسائل الإعلام ومواقع التواصل الاجتماعي توضح أثر التفكير السلبي على سلوك المريض المزمن، وتروج لأهمية التفكير الإيجابي الواقعي.
 - 2- دعم الجمعيات التي تُعنى بمرضى السكري لتوفير جلسات دعم نفسي جماعي، لا سيما للمسنين أو المصابين منذ فترة طويلة.
 - 3- تشجيع المرضى على مشاركة تجاربهم الإيجابية في التكيف مع المرض، مما يخلق نموذجًا معرفيًا بنّاءً داخل محيط المصاب.
 - 4- إنشاء منصات إلكترونية تفاعلية أو تطبيقات ذكية تساعد المريض على مراقبة أفكاره، تلقي تمارين معرفية يومية، والحصول على نصائح سلوكية حسب حالته.
- إن هذه التوصيات تهدف إلى دمج البعد النفسي-المعرفي في المنظومة الشاملة لعلاج الأمراض المزمنة، لا سيما داء السكري، الذي أضحى يشكل تحديًا للصحة العامة على المستوى الوطني والعالمي. ويتطلب هذا التكامل بين الطب وعلم النفس، إرادة من المؤسسات الصحية، وانفتاحًا من الأطباء على التخصصات النفسية، وتطويرًا للمقاربات العلاجية بما يستجيب لاحتياجات المريض في كليته: جسديًا، وعقليًا، ونفسيًا.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية :

- 1- النعيمي، فهد. (2017). علم النفس الصحي. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- 2- الصرايرة، محمد. (2020). أثر الدعم الاجتماعي في التكيف النفسي لمرضى السكري. مجلة دراسات نفسية وتربوية، 6(2)، 133-150. سعادة، نوال. (2019). الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى مرضى السكري. مجلة العلوم النفسية والتربوية، جامعة باتنة، 23(4)، 88-102.
- 3- عبد الرحمن، زينب. (2021). التصورات المعرفية وأثرها في السلوك الصحي: مراجعة تحليلية. المجلة العربية لعلم النفس الصحي. 92-67، (1)9
- 4- صالح، أنور. (2018). المحددات المعرفية للسلوك الصحي لدى المرضى المزمنين. مجلة العلوم النفسية، جامعة وهران، 15(2)، 110-125.
- 5- المصري، فاطمة، والزيدي، حسام. (2021). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى المصابين بالأمراض المزمنة. مجلة العلوم النفسية، 35(2)، 147-168. (دراسة عربية حديثة تؤكد وجود علاقة عكسية بين التشوهات المعرفية والالتزام الصحي).
- 6- عبيد الله، محمد. (2019). دور العلاج المعرفي السلوكي في تعديل السلوك الصحي لمرضى السكري من النمط الثاني. مجلة التربية والصحة النفسية، جامعة الأزهر، 27(1)، 89-102. (تناولت أثر البرامج المعرفية السلوكية في تحسين الممارسات الصحية للمرضى المزمنين).
- 7- الخالدي، ناصر. (2020). العوامل النفسية المرتبطة بإدارة مرض السكري: مراجعة نظرية. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 18(3)، 233-250. (سلط الضوء على العوامل المعرفية والنفسية المؤثرة على التعايش مع السكري).

- 1– International Diabetes Federation (IDF). (2021). *IDF Diabetes Atlas, 10th edition*. Brussels: International Diabetes Federation.
American Diabetes Association. (2022). *Standards of Medical Care in Diabetes—2022*. *Diabetes Care*, 45(Supplement_1), S1–S264.
Engel, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196(4286), 129–136.
- 2– Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
Gonzalez, J. S., Safren, S. A., Cagliero, E., Wexler, D. J., Delahanty, L., Wittenberg, E., & Grant, R. W. (2004). Cognitive–behavioral therapy for adherence and depression in patients with chronic illness: A meta–analysis. *Health Psychology*, 23(3), 225–234.
Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- 3– McGrady, M. E., Laffel, L., Drotar, D., Repaske, D., & Hood, K. K. (2009). Predicting outcomes of behavioral and health–related interventions in pediatric diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10(6), 377–384.
- 4– Polonsky, W. H., Fisher, L., Earles, J., Dudl, R. J., Lees, J., Mullan, J., & Jackson, R. A. (2011). Assessing psychosocial distress in diabetes: Development of the Diabetes Distress Scale. *Diabetes Care*, 28(3), 626–631.
- 5– Ajzen, I., & Madden, T. J. (1986). Prediction of goal–directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22(5), 453–474.

قائمة المراجع

- 2- González, J. et al. (2020). *Cognitive Distortions and Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes*. Journal of Health Psychology.
- 3- Smith, A. & Jones, B. (2019). Cognitive Factors in Diabetes Adherence. Journal of Behavioral Medicine.
- 4- Al-Dwaikat, T. et al. (2021). The Impact of Negative Thoughts on Diabetes Management. Diabetes Research and Clinical Practice.
- 5- Dunning, T., Savage, S., Duggan, N., & Martin, P. (2014). *Psychosocial issues in diabetes: An overview for healthcare providers*. Journal of Diabetes Nursing, 18(3), 102-109.
- Stuart, K., & Nanette, K. (2010).
- 6- *The impact of psychological aging on diabetes self-management*. Aging & Mental Health, 14(5), 555-563.
<https://doi.org/10.1080/13607860903586142>.
- 7- Katon, W. J., Lin, E. H., & Kroenke, K. (2007). *The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness*. General Hospital Psychiatry, 29(2), 147-155.

قائمة المراجع

قائمة الملاحق

الملحق رقم 01: مقياس التشوهات المعرفية

أخي/أختي السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

أمامك استبانة لوصف: "التشوهات المعرفية وعلاقتها بمعنى الحياة" و هي جزء من بحث لنيل درجة الماجستير تخصص علم النفس العيادي من الجامعة الأغواط، لذا نأمل منك بعد قراءة الفقرات الاستبانة قراءة متأنية الإجابة عليها بما يناسبك مع مراعاة ما يلي:

- قراءة العبارات جيدا قبل البدء في الإجابة .
- لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة.
- التأكد من الإجابة على جميع الفقرات.
- كافة البيانات سرية ولا تستخدم إلا في أغراض البحث العلمي.
- وضع علامة (√) في الخانة التي تناسبك

املاً البيانات التالية بدقة من فضلك:

الرقم	العبرة	دائماً	أحياناً	أبداً
1	إذا لم أكن مركز الأشياء، سأشعر بأنني لا شيء.			
2	أعتقد أن أي إنسان لم يكن معي فإنه ضدي.			
3	إذا لم افعل شيئاً بالشكل الصحيح فإن هذا الشيء لا يستحق الفعل مطلقاً.			
4	أفضل عدم المحاولة إن لم أكن الأفضل.			
5	إما أن أكون قوي، او ضعيف ، ولا يوجد حل وسط بينهما.			
6	الآخرون يجب عليهم احترامي ،أو أنهم مخطئون.			
7	إذا لم يشكرني شخص على اقتراحي ، فإنه بالتأكيد أساء الحكم .			

قائمة الملاحق

			يجب على الآخرين أن يفعلوا ما أطلبه ، وإلا فإنهم لا يستحقون إحترامي.	8
			مشاعر إتجاه الآخرين إما حب أو كره ولا وسط بينهما.	9
			في رأيي، فإن الأمور سوداء أو بيضاء ولا توجد مناطق رمادية.	10
			لا شيء سيكون سيء بالنسبة لي.	11
			لا أحد سيكون جيد مثلي.	12
			استخلص النتائج دون النظر بعناية إلى التفاصيل.	13
			لدي عادة التنبؤ بأن الأمور تسوء في موقف معين.	14
			إذا شعرت بطريقة معينة نحو شيء ما ، فأنا على صواب	15
			أنا اصدر الأحكام دون التحقق المسبق من كل الحقائق.	16
			أفقر إلى الاستنتاجات والنتائج دون النظر الى الخيارات البديلة.	17
			مشاعري تعكس الحقيقه التي تسير عليها الاشياء.	18
			أعتمد على حدسي الداخلي عندما أتخذ القرارات.	19
			لا أملك دليلا ولكنني على حق في أي موقف امر فيه.	20
			أشياء قليلة أفعالها تجعلني الأفضل.	21
			أشعر أنني مؤثر في الأشياء مهما كانت درجة مشاركتي فيه	22

قائمة الملاحق

			الأشياء القليلة التي أفعالها تعني الكثير للآخرين.	23
			ألاحظ أنني مختلف عن الآخرين بطريقة تجعلني أشعر بالتميز.	24
			أنا أبالغ في تهويل الأمور إلى أبعد من أهميتها الحقيقية في حياتي.	25
			يمكن لأحداث الصغيرة أن تجلب عواقب وخيمة.	26
			لا احد يستطيع تحقيق الإنجازات التي أفعالها مهما بذل من مجهود.	27
			نجاحاتي تعزى لِنفسي، ونجاحات الآخرين تعزى للحظ.	28
			بحاجة إلى تقدير الآخرين حتى أشعر بقيمتي.	29
			أميل إلى إستبعاد الصفات الايجابية التي املكها.	30
			أقل من شأن خطوره المواقف.	31
			أشعر أنني على حق فما أفعال.	32
			لدي القدرة على إستشعار الأشياء قبل حدوثها.	33
			شعوري حول ما أقوم به، ينعكس على ما يحدث في الواقع.	34
			شعوري حول ما أقوم به، هو نفس الشعور الأذكياء حول ذات الموضوع.	35
			أستطيع الإحساس كيف ستسير الأمور في المواقف المختلفة.	36
			عندما أشعر بالسوء في موقف ، أعرف أن هناك شيء	37

قائمة الملاحق

			خاطيء.	
			إذا شعرت بالانزعاج ، أعرف أن شخصًا واحدًا يجب أن يلام.	38
			أخطائي ترجع للآخرين.	39
			الناس تجبرني على الكذب ، لأنهم يطرحون اسئلة كثيرة.	40
			إذا فقدت أعصابي ، فذلك لأن السبب الناس تريد أن اكون كذلك.	41
			أصدقائي هم سبب كل مشاكلي.	42
			ألوم الناس على كل ما أشعر به الآن.	43
			أندم كثيرا على الأشياء الماضية في حياتي التي كان يجب عليّ أن أفعلها.	44
			أميل إلى لوم نفسي على الأشياء السيئة .	45
			أحمل نفسي مسؤولية الأشياء التي هي خارج عن إرادتي.	46
			أؤمن بأن قيمة الفرد ترتبط بمقدار خلو أعماله من النقص.	47
			أشعر بأن لا قيمة لي إذا لم أنجز الأعمال الموكلة لي بشكل تتصف بالكمال مهما كانت الظروف.	48
			لا قيمة للأعمال التي لا تحتوي على أخطاء.	49
			أحاول أن أحقق الكمال في جميع جوانب حياتي.	50
			عندما أفكر بالأشياء أشعر بأنني غاية في الكمال.	51
			أتبع طريقة معينة في أداء الأعمال.	52

قائمة الملاحق

			الجميع أكثر نجاحاً مني في حياتهم.	53
			عند مقارنة نفسي مع أصدقائي أجد أنهم يؤدون أفضل في التعامل مع المشكلات.	54
			أقارن بين نفسي والآخرين في كل المجالات.	55
			الآخرون هم أفضل مني في جميع الأمور.	56
			عندما أقارن نفسي مع الآخرين ، أخرج بأنني مقصرة.	57
			الدنيا مصالح شخصية.	58
			أشعر بعدم محبة الآخرين لي.	59
			لا يوجد من يهتم بالصدقة هذه الأيام.	60
			لا أحد يفهمني.	61
			إذا عجزت في حل مشكلة واحدة فأنا فاشل في حل كل المشاكل التي تواجهني.	62
			ثقتي الزائدة بالنفس توقعني في الكثير من المشاكل.	63
			يعتقد الآخرون أنني مغرور لثقتي الشديدة بنفسي.	64
			أعتقد أن ما حققته من إنجازات يضمن لي النجاح الدائم في كل ما أفعله.	65
			سأنجح في كل شيء بدون بذل جهد إضافي .	66
			لا أتوقع أن يرفض أصدقائي مساعدتي عندما أطلبها.	67
			جميع أفراد المجتمع أناس طيبون.	68

قائمة الملاحق

			أسأل نفسي: "ماذا لو تركني أصدقاؤني وحيداً؟".	69
			أسأل نفسي: "ماذا لو فشلت في مشكلة تواجهني؟".	70
			أفكر في إجابة السؤال: "ماذا لو مت اليوم؟".	71
			أطرح على نفسي أسئلة كثيرة ولا أقتنع بأي إجابة تخطر على بالي.	72
			أفكر في "ماذا لو ارتكبت خطأ كبيراً؟".	73
			لا أجد إجابة على "ماذا لو فقدت عائلتي؟".	74
			يزعجني كثرة السؤال عن مستقبلي.	75

قائمة الملاحق

الملحق رقم 02: مقياس السلوك الصحي

أخي/أختي ، السلام عليكم ورحمة الله وبركاته،

بين يديك استبانة بعنوان: "التشوهات المعرفية وعلاقتها بمعنى الحياة"، وهي جزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في تخصص علم النفس العيادي من جامعة الأغواط. نرجو منك التفضل بقراءة فقرات الاستبانة بعناية والإجابة بما يعكس حالتك، مع مراعاة الإرشادات التالية:

- الرجاء قراءة كل عبارة بعناية قبل الإجابة.
- لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة.
- احرص على الإجابة على جميع البنود دون ترك أي منها.
- جميع المعلومات التي تقدمها ستُعامل بسرية تامة ولن تُستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

ضع علامة (√) في الخانة التي تمثلك بشكل أفضل.

يرجى تعبئة البيانات المطلوبة بدقة، مع جزيل الشكر والتقدير.

					1	عندما أختار البروتين الحيواني فإنني أتناول اللحوم البيضاء والأسماك.
					2	أحافظ على درجة من التناسب بين وزني وطولي.
					3	أركز في غذائي على نسبة قليلة جداً من الأملاح البيضاء .
					4	أتناول وجبة الإفطار يومياً بانتظام.
					5	أكثر من تناول الخضر والفواكه الطازجة.
					6	أكثر من شرب المياه النقية.
					7	أقلل من تناول الأغذية الغنية بالسكر الأبيض.

قائمة الملاحق

					8 أنواع في الأغذية التي تناولها .
					9 أتجنب المشروبات الغنية بالسعرات الحرارية.
					10 أقلل من الأغذية الغنية بالزيوت والدهون الحيوانية.
					11 اتابع برامج التثقيف الصحي على شاشة التلفاز.
					12 أقوم بالاجراءات اللازمة عندما أعاني من أي ألم.
					13 أنظف أسناني بعد تناول وجبات الطعام.
					14 أحصل على حاجات الكافية من النوم.
					15 أحافظ على مستوى طبيعي من ضغط الدم.
					16 اتخذ الإجراءات اللازمة للوقاية من الأمراض المعدية.
					17 أحافظ على الفحص الطبي السريري الدوري (كل سنة)
					18 أراجع طبيب الأسنان دورياً للتأكد من سلامة أسناني.
					19 أمارس الرياضة كالجري أو كرة القدم او غيرها
					20 أمارس رياضة المشي بشكل منتظم.
					21 أستمتع بسماع الموسيقى يومياً.
					22 الجاء الى استخدام الأدوية عند الضرورة فقط.

قائمة الملاحق

					23	أتجنب استخدام أدوات أو أغراض الآخرين الشخصية.
					24	أتجنب استخدام أي نوع من التبغ (السجائر النرجيلة)
					25	أتناول القليل من المشروبات الغنية بالكافيين (قهوة, شاي, كولا)
					26	أتجنب تناول العقاقير المهدئة.
					27	أتجنب تناول العقاقير المنومة.
					28	أراعي بدقة تعليمات مرفقة مع الدواء الذي يصفه الطبيب
					29	أتجنب الحصول على الأدوية من أشخاص غير مؤهلين لوصفها.
					30	أنا على وعي تام بالاعراض الجانبية لأي دواء أتناوله.
					31	أنا ممن يبحثون عن الطب البديل كالمعالجة بالاعشاب.
					32	أتجنب الخلط بين الأدوية دون إشراف طبيب.
					33	أساهم في توفير الدعم الاجتماعي لمن يحتاج من أسرتي.
					34	أحظى بالقبول التام من جميع أفراد أسرتي.

قائمة الملاحق

					35	أمارس المطالعة سواء من الكتب أو الانترنت.
					36	أعامل الناس كما أحب أن يعاملونني.
					37	لدي إحساس جيد بالمرح.
					38	أشعر بالرضا عن ذاتي.
					39	تتمتع حياتي بدرجة مقبولة من الإثارة والنشاط والمتعة.
					40	أصف حياتي العاطفية بالاستقرار.
					41	لدي القدرة التامة بقدرتي على إصدار الأحكام.
					42	لا مانع لدي من البكاء عند الإحساس بالضرورة لذلك
					43	أنا أثق بالآخرين.
					44	من السهل أن أكون محبوبا من الآخرين.
					45	أنا على وعي تام بجميع المشاعر التي يعيشها واتقبلها.
					46	أعبر عن مشاعري بسهولة القريبين مني.
					47	أنا أتحمل نتائج تصرفاتي.
					48	أضع لِنفسي أهدافا واقعية بحيث يمكن تنفيذها.
					49	اتخذ قرارات دون الشعور بالضغط أو الانزعاج.
					50	أنا قادر على فهم مشاعر الآخرين ووجهات

قائمة الملاحق

					نظرهم.	
					أجمع المعلومات الضرورية قبل إتخاذ أي قرار.	51
					أحافظ على القيام بالعبادات المختلفة.	52