

العنوان:	التعاطف مع الذات كمنبئ بأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة
المصدر:	المجلة العلمية لكلية التربية
الناشر:	جامعة الوادي الجديد - كلية التربية
المؤلف الرئيسي:	الضبع، فتحي عبدالرحمن
المجلد/العدد:	ع11
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2013
الشهر:	أغسطس
الصفحات:	473 - 537
رقم MD:	1160224
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
اللغة:	Arabic
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الصحة النفسية، التحليل النفسي، طلبة الجامعات
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/1160224



كلية التربية بالوادي الجديد
المجلة العلمية

التعاطف مع الذات كمنبئ بأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من طلاب
الجامعة

إعداد

د. فتحي عبد الرحمن الضبع

كلية التربية_جامعة سوهاج

٢٠١٣م - ١٤٣٤هـ

التعاطف مع الذات كمنبئ بأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة

مقدمة الدراسة وتراثها النظري:

يتنامى الاهتمام البحثي النفسي في الآونة الأخيرة بموضوعات تحقق فهمًا نفسيًا أعمق للطبيعة البشرية من خلال التركيز على المكونات والخصائص الإيجابية في الشخصية الإنسانية، وذلك من خلال منظومة مايسمى بعلم النفس الإيجابي **Positive Psychology**، والذي يتمثل مجاله كما يذكر **Seligman** في الاهتمام بالخبرات الإيجابية سواء على المستوى الفردي، ومن بينها: السعادة النفسية، والرضا، والتفاؤل، والأمل، والإيمان، والحب، والإحساس بالجمال، والأصالة، والحكمة، والمثابرة، والموهبة، أو على المستوى الجماعي، ومن بينها: الحقوق المدنية **civic virtues**، والمؤسسات التي تحرك الأفراد نحو مواطنة أفضل **better citizenship**، والحنو، والإيثار، والتعاطف، والتسامح، والوسطية **moderation**، والمسئولية وأخلاقيات العمل (Seligman, 2002).

ويعد التعاطف **Empathy** خاصية إيجابية، وهو ليس مجرد مشاركة وجدانية، وإحساسًا عفويًا بالآخر، بقدر ما هو قدرة متعلمة لإدراك العالم من وجهة نظر الآخر، وتدريب على استخدام خيال الفرد ليرى ويشعر كما يرى ويشعر الآخرون، فأنه يبعد نفسه عن نفسه ليرى بموضوعية أكبر، حتى يرى من الداخل رؤية الشخص الآخر للعالم (جابر، ٢٠٠٣).

وتعد كلمة التعاطف **compassion** الأصل اللغوي اللاتيني لكلمة التعاطف **empathy** في مفهومها الحديث، ويُنظر في الثقافة الغربية بشكل رئيسي إلى مفهوم التعاطف على أنه الاهتمام بمعاناة الآخرين. وقد ورد في قاموس ويستر **Webster's online dictionary** أن التعاطف خاصية إنسانية لفهم معاناة الآخرين، والرغبة في

مساعدتهم على تجاوزها (Neff & Pommier, 2012). وعلى الرغم من اهتمام علماء النفس في الغرب مؤخرًا بمفهوم التعاطف، واعتقادهم بأنه يتضمن مشاعر الاهتمام **caring**، والرعاية **concern**، والمشاركة الوجدانية **sympathy** للأفراد الذين يمرون بخبرات معاناة، إلا أنه يمكن القول إن هذا المفهوم ترجع أصوله إلى الفلسفات والتقاليد الشرقية التي تقرر أن التعاطف قد يتجه إلى الآخر، أو إلى الذات؛ لأن التعاطف مع الذات يعد الأساس الذي يبني عليه التعاطف مع الآخرين (Baer, 2010).

وهذا يعني أن التعاطف يُبنى على الوعي الذاتي؛ فكلما كان الفرد على وعي بعواطفه وانفعالاته كان أكثر مهارة ودقة في قراءة انفعالات ومشاعر الآخرين، حيث يستلزم الأمر القدرة على فهم ذواتنا واستشعار أحاسيسنا أولاً قبل الإحساس بمشاعر الآخرين وحاجاتهم (البناء، ٢٠٠٣). وبالتالي يمكن القول إن التعاطف مع الآخر يحمل دلالات مهمة في السياقات الاجتماعية المختلفة، ويمكن النظر إليه على اعتبار أنه يشير إلى الإحساس بالآخر في مواقف التفاعل الاجتماعي، وفي المقابل، فإن التعاطف مع الذات يشير إلى الإحساس بالذات، ويحمل دلالات مهمة في التعامل مع الذات خاصة في مواقف المعاناة والخبرات الشخصية.

ويعد التعاطف مع الذات **self-compassion** من أحدث المفاهيم النفسية الإيجابية المرتبطة بالذات. وهو يمثل اتجاهًا صحيًا للتعامل مع الذات. ويرجع الفضل إلى (Neff, 2003a ; 2003b) - التي تعمل كأستاذ مشارك في التنمية البشرية بجامعة تكساس- في تقديمها لهذا المفهوم على بساط البحث النفسي في الدراسات الأجنبية، حيث كشفت عن طبيعته، وأبعاده، وارتباطاته، وتأثيراته في الشخصية، كما قدمت أول مقياس لقياسه وتقديره في الشخصية. وقد انطلقت في دراسات من فرضية: " إلى أي مدى يتعامل الناس برفق مع ذواتهم، وأن التهوين على أنفسنا، وتقبل عيوبنا ربما يكون الخطوة الأولى في طريق صحة أفضل.

وقد بدأ هذا المفهوم ينتشر في علم النفس الغربي في السنوات العشر الأخيرة نتيجة التقارب بين علم النفس والأفكار المستمدة من الفلسفات والتقاليد الشرقية. وكان توجه الباحثين في الدراسات النفسية الغربية نحو هذا المفهوم بمثابة منظور جديد للسعادة النفسية. وفي الوقت نفسه فتح آفاقًا جديدة للبحث، وعلاج الاضطرابات النفسية (Neff, 2003a). وبالتالي يمكن النظر إليه على أنه مفهوم حديث نسبيًا في مجالات علم نفس الشخصية، وعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس الإكلينيكي، وفي مجال التنظيم الانفعالي، حيث ينظر إليه كاستراتيجية للتنظيم الانفعالي، وخاصة في مواقف المشاعر المؤلمة التي لا يمكن تجنبها والوعي بها بلطف وإدراكها كخبرة إنسانية عامة (Raes et al., 2011 ; Costa & Pinto-Gouveia, 2011).

وقد اقترح (McKay & Fanning, 2000) أن التعاطف عامة، والتعاطف مع الذات بشكل خاص يتكون من ثلاث مهارات، وهي: الفهم **understanding**، والتقبل **acceptance**، والتسامح **forgiveness** وتطبيقًا على الذات، يشير الفهم إلى كيفية فهم الأفكار والخبرات والمشاعر والسلوك على أنها تؤثر في بعضها البعض بشكل يجعل لها معنى حتى لو كانت النتائج في لحظة ما غير مرغوب فيها. ويشير التقبل إلى الاعتراف الكامل بالموقف الراهن دون إصدار حكم أو تقييم. وينشأ التسامح مع الذات

Self-forgiveness من خلال الفهم والتقبل، ويتضمن الاعتراف بارتكاب الأخطاء الشخصية، والتعلم من هذه الأخطاء في آن واحد مع البعد عن لوم الذات **self-blame** ، والسعي بجدية للقيام بعمل أفضل في المستقبل (In: Baer, 2010).
وافترضت (Neff, 2003b) أن مفهوم التعاطف مع الذات متعدد الأبعاد، ويتكون من ثلاثة عناصر:

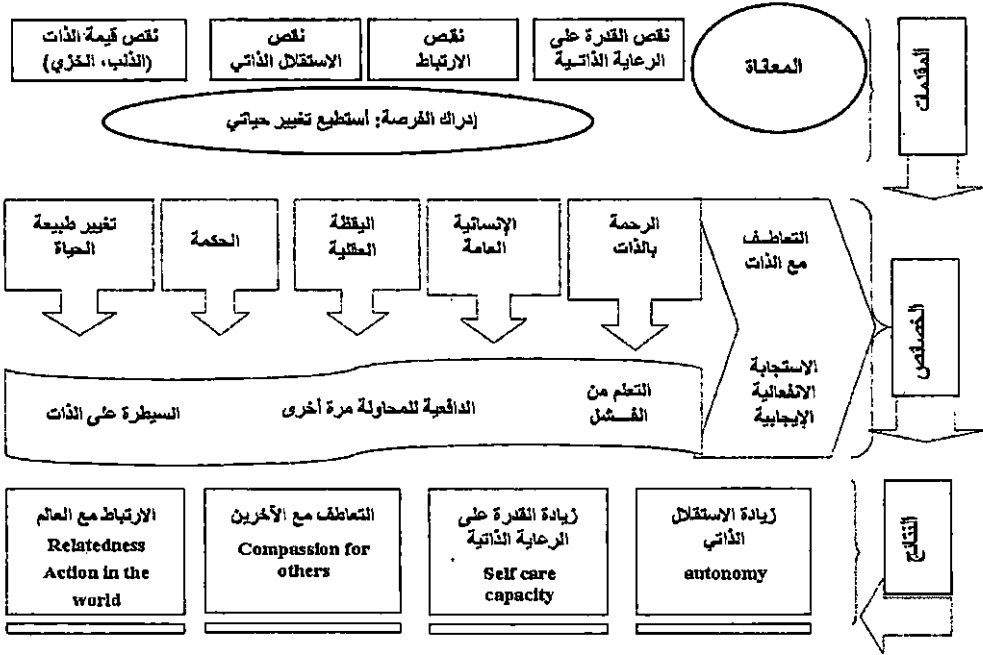
١- التعامل مع الذات بلطف **kindly** بدون إصدار حكم قاسٍ.

٢- إدراك الأخطاء وخبرات الفشل والمشقة على أنها جزء من الخبرات الإنسانية المشتركة.

٣- الحفاظ على درجة متوازنة من الوعي بالأفكار والمشاعر المؤلمة بدلاً من تجنبها أو إنكارها أو قمعها.

ويذكر (Gilbert, 2005) أن التعاطف **compassion** يتضمن الانفتاح على خبرات المعاناة الذاتية أو خبرات الآخرين بطريقة غير دفاعية **non-defensive**، وبدون إصدار أحكام تقييمية **non-judgmental**، كما يتضمن الفهم المعرفي للمعاناة، بالإضافة إلى الدافعية والسلوك المباشر لتخفيف هذه المعاناة (In: Boellinghaus, Jones, & Hutton, 2012) ونظرًا لأهمية التعاطف مع الذات وتأثيره الإيجابي على الصحة النفسية للفرد، فقد طرح (Gilbert, 2009) تدخلًا علاجيًا أطلق عليه العلاج القائم على التعاطف **compassion-focused therapy (CFT)**، وحدد للتعاطف مهارات تتمثل فيما يلي: الاهتمام من أجل السعادة **Care for well-being**، والحساسية **Sensitivity**، والمشاركة الوجدانية **Sympathy**، وتحمل المعاناة **Distress tolerance**، والتعاطف **Empathy** وعدم إصدار حكم **Non-judgement**.

ويشير (Reyes, 2011) إلى أن التعاطف مع الذات يعني قدرة الفرد على الحب **to love**، وقدرته على أن يكون ودودًا مع نفسه في مواقف المعاناة، ويقدم نموذجًا لكيفية تحول المعاناة إلى خبرات إيجابية من خلال خبرة التعاطف مع الذات كما هو موضح في شكل (1).



شكل (1) نموذج (Reyes, 2011) للتعاطف مع الذات

وعلى الرغم من أن التعاطف مع الذات يتشابه مع مفهوم تقبل الذات -self acceptance الذي اقترحه علماء النفس الإنسانيين من أمثال (Ellis) أو (Rogers) إلا أنه يعد مفهوماً أوسع من مفهوم تقبل الذات، فهو يتضمن تقبل الذات مع التعاطف، وعدم إصدار حكم ، بالإضافة إلى أنه يقود إلى الثبات الانفعالي emotional equanimity ، والاعتراف بالترابط recognition of interconnectedness ، وعلاوة على ذلك، فإن تقبل الذات يتضمن الاستسلام النظري نحو العيوب الشخصية.

لكن التعاطف مع الذات يتضمن تقبل المعاناة، والرغبة في تخفيفها، وبالتالي فهو حافز قوي للنمو والتغيير (Neff & Lamb, 2009).

وفي مجال القياس، أعدت (Neff, 2003) أول مقياس لقياس التعاطف مع الذات في الدراسات الأجنبية في جامعة الجنوب الغربي في الولايات المتحدة الأمريكية. وذلك في دراسة لها بعنوان: "تطور وصدق مقياس التعاطف مع الذات". وأجريت دراسات عديدة في بيانات أجنبية مختلفة لتقنين المقياس والتأكد من خصائصه السيكومترية، ومنها دراسات كل من: (Deniz et al., 2008 ; Neff et al., 2008 ; Neff, 2003).

وإذا كان التعاطف مع الذات يمثل الجانب المعرفي والوجداني المتصل بسلوك الفرد في المواقف الضاغطة وخبرات المعاناة، فإن أسلوب الحياة الصحي يمثل الجانب السلوكي الذي يتوقف عليه أمر الصحة، أو المرض لدى الفرد، وهما يشكلان الأساس الذي يضمن للفرد المشاركة في أنشطة ومجالات الحياة المختلفة.

وبأتي مفهوم أسلوب الحياة الصحي في إطار اهتمامات علم نفس الصحة Health Psychology - أحد فروع علم النفس التطبيقية المعاصرة - وإن كانت جذوره ترجع إلى علم الاجتماع، وخاصةً في كتابات Marx التي أكد من خلالها على أن الدخل والوضع المهني والطبقي يرتبطان بشكل جزئي بأسلوب الحياة، وأن أساليب الحياة تتنوع وتختلف بين الطبقات الاجتماعية. ويعد Adler أول من استخدم هذا المفهوم بعد نقله إلى علم النفس. وأصبح هذا المفهوم يمثل أكثر الملامح المميزة للنظرية الدينامية لديه. وهو الذي أعطى شرعية استخدامه إمبريقياً بعد ذلك في الدراسات التي تناولته إجرائياً، ومن وجهة نظر " أدلر " فإن أسلوب الحياة هو الوسيلة المتفردة للشخص في التكيف مع الحياة، كما يتضمن كيفية خلق الفرد لأهدافه التي يسعى لتحقيقها، وأنه يشتمل على نموذج متفرد للسمات والسلوكيات والعادات التي إذا ما اجتمعت معاً فإنها تحدد نمطاً متميزاً في الشخصية (عبد العظيم، ٢٠٠٦).

وقد ركز الباحثون في السنوات الأخيرة على أساليب الحياة المهددة للصحة بشكل عام، ولدى جمهور المراهقين والشباب المبكر بشكل خاص؛ كونها من العوامل الأساسية التي تسهم في ارتفاع نسبة انتشار الأمراض وزيادة معدل الوفيات.. فضلاً عن كونها لا تمثل تهديداً للصحة الجسمية فقط، بل إن لها مترتبات نفسية واجتماعية قد تتداخل أو تتعارض مع إنجاز المهام الموكلة للفرد في هذه المرحلة العمرية، والرضا عن الأدوار الاجتماعية المتوقعة منه، وبالتالي، فإن تجنب هذه الممارسات والأساليب من شأنه أن يُحسن من الصحة الجسمية والنفسية لدى الفرد، ومن ظروف الحياة عمومًا (الصبوة، والمحمود، ٢٠٠٧).

ويشير (الصبوة، ٢٠٠٤) إلى وجود أنماط من السلوك الصحي تدعم الصحة العامة إذا اتسمت بالإيجابية، أو تؤثر عليها بالخلل إذا اتسمت بالسلبية، ومنها ممارسة النشاطات البدنية والذهنية، ومقاومة تعاطي المخدرات والمسكرات في مقابل تعاطيها، ومقاومة التدخين في مقابل الإقبال عليه بشراهة، وعادات النوم الحسنة، وعادات التغذية، والحرص على استخدام كل ما من شأنه الحفاظ على سلامة الصحة البدنية والنفسية، واستراتيجيات ومهارات مواجهة الضغوط والتصدي لها، والاستشارات المتكررة قبل حدوث المرض (نقلًا عن حجازي، ٢٠٠٩).

وتتراكم عبر التراث النفسي نماذج عديدة يمكن من خلالها تفسير السلوك الصحي. ويلخص (رضوان، ريشكة، ٢٠٠١) أهم هذه النماذج فيما يلي: نموذج القناعات الصحية **Health Belief Model**؛ حيث ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقيًا. ويعد السلوك الصحي وفقًا لهذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف. ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة، ونظرية الفعل المعقول **Theory of reasoned action**، حيث تركز هذه النظرية على تشكل النوايا وليس على السلوك نفسه، وتحدد

مقاصد أو نوايا التصرف من خلال عاملين: الاتجاهات نحو السلوك المشكوك فيه، و المعيار الذاتي، أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن الآخرين. وهناك نموذج آخر هو نموذج دافع الحفاظ على الصحة أو نظرية دافع الحماية **Protection Motivation Theory** ، ويقوم هذا النموذج على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي.

ونظرًا لأن الحياة المعاصرة، والواقع المعاش الآن يفرضان على الفرد واقعا مليئا بالضغوط والتحديات التي تجعله عرضة للانفعالات التي قد تأتي في كثير من الأحيان كاستجابة لتخفيف حدة الضغوط باتباع أساليب غير صحية مثل التدخين، وتعاطي الكحوليات، وفقدان الشهية العصبي، أو الشره العصبي، والأرق، والخمول وعدم ممارسة الرياضة، وغيرها من سلوكيات تهدد الصحة الجسمية والنفسية معًا، وفي الوقت نفسه، فإن عدم القدرة على التحكم في هذه الانفعالات، والتعامل معها بأسلوب غير صحي يسمح للجسم أن يعبر عنها في صورة أمراض جلدية، وارتفاع ضغط الدم، وتصلب الشرايين، وأزمات قلبية قد تؤدي إلى الوفاة. ولذا يذكر (Heath & Berman, 2008) نقلًا عن: أحمد، (٢٠٠٩) أن خصائص العصر الحالي قد تحرم إنسان اليوم من مسيرات الصحة النفسية، وتضر بأسلوب حياته، ومن ثم برفاهيته وسعادته في الحياة، ولذلك ظهر نوع من العلاج لبعض الاضطرابات النفسية قائم على إحداث تغييرات في أسلوب حياة الأفراد، وتشير الأدلة إلى نجاح هذا العلاج.

وبالرجوع إلى التراث البحثي السابق، يُلاحظ أنه وخلال فترة زمنية قصيرة، تزايدت الدراسات الأجنبية التي تناولت التعاطف مع الذات سواء للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس (Neff, 2003a)، أو للكشف عن علاقاته الارتباطية. وقد أشارت نتائج دراسات (Werner et Wei et al., 2011 ; Cashwell, 2012) ; Heffernan et Iskender & Akin, 2011 ; Mae, 2011 ; al., 2011 ; (Neff et al., Gotthiem, 2009 ; Neff & McGhee, 2010 al., 2010 ;

Williams et al., 2008 ; 2007 إلى أن التعاطف مع الذات، والتعامل معها يرفق يرتبط إيجابياً بمؤشرات الصحة النفسية كجودة الحياة، والسعادة النفسية، والتعاطف نحو الآخرين، والتسامح، والذكاء الانفعالي، والمرونة النفسية، وتقدير الذات، والانبساطية، ويرتبط سلبياً بكل من: صعوبة التعبير عن المشاعر (الألكسيسيميا)، والتعلق المرضي، والقلق الاجتماعي، والاكتئاب، وإدمان الإنترنت، والسلوك العدواني، والرجسية، والعصابية.

وبالتالي، فإن التعاطف مع الذات يعد مجالاً خصياً للدراسة، وبخاصة في البيئة العربية، حيث لم يعثر الباحث - في حدود علمه - على دراسات تناولته سواء بشكل منفرد أو في علاقات ارتباطية مع متغيرات أخرى. وبالنسبة لموضوع الدراسة الراهنة، لم يعثر الباحث في البيئة الأجنبية على دراسات تناولت العلاقة المباشرة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي، لكن وُجِدَتْ بعض الدراسات التي ربطت بينهما بشكل غير مباشر، وتناولت علاقته ببعض مؤشرات السلوك الصحي مثل تعاطي الكحول وإدمان المخدرات والعقاقير (Brooks et al., 2012)، والتدخين (Kelly et al., 2010)، ودوافع الإناث لممارسة الرياضة (Magnus et al., 2010)، والشعور بالذنب بعد تناول الطعام غير الصحي (Adams & Leary, 2007).

ولاتزال مسألة الفروق بين الجنسين تثير الجدل في البحوث النفسية، وبخاصة مع ظهور مفهوم جديد على بساط البحث النفسي. ولم تظهر نتائج الدراسات السابقة - التي عثر عليها الباحث - رأياً قاطعاً فيما يتعلق بالفروق بين الذكور والإناث في التعاطف مع الذات، وإن كانت أكثر تحيزاً للذكور؛ فقد كانت الفروق لصالح الذكور في دراسات: (Neff, 2003; Neff & McGhee, 2010)، ولصالح الذكور في العينتين: الأمريكية، والتايوانية، ولصالح الإناث في العينة التايوانية، وذلك في دراسة (Neff et al., 2008)، بينما وفتت نتائج دراسات أخرى موقفاً محايداً، ولم تُظهر فروقاً بينهما، ومنها دراسات: (Neff & Pommier,)

2012 (Iskender, 2011 ; Brooks et al., 2012). كما تبين نتائج الدراسات فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في أسلوب الحياة الصحي، وإن كانت تميل بعض الشيء في اتجاه الإناث، وخاصة في أبعاد: المسؤولية الصحية، والطعام الصحي، والعناية الذاتية، وجودة النوم، وكانت الفروق لصالح الذكور في ممارسة التمرينات الرياضية، ومنها دراسات (Suraj & Singh, 2011 ; Rebecca et al., 2009 ; أحمد، ٢٠٠٩).

وفي ضوء ندرة الدراسات العربية التي تناولت التعاطف مع الذات، وعدم تناول الدراسات الأجنبية للعلاقة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي بشكل مباشر، فضلاً عن تضارب النتائج فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في متغيري الدراسة، فإن الدراسة تسعى إلى استكشاف العلاقة المباشرة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي، والكشف عن الفروق الجنسية في المتغيرين من واقع الثقافة العربية.
مشكلة الدراسة:

تحددت مشكلة الدراسة الحالية في الأسئلة التالية:

- ١- هل هناك علاقة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة؟.
- ٢- هل هناك فروق بين الذكور والإناث في التعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحي.
- ٣- هل يمكن التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي من خلال التعاطف مع الذات لدى طلاب الجامعة؟.

أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

١- الكشف عن العلاقة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة.

٣- التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في التعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحي.

٣- التعرف على مدى إسهام التعاطف مع الذات في التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة.

٤- إعداد وتقنين مقاييس نفسية على عينة مصرية من طلاب الجامعة لقياس كل من: التعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحي.

أهمية الدراسة:

يمكن أن تستمد الدراسة الحالية أهميتها من الاعتبارات التالية:

١- مسانيرتها للتوجهات الحديثة في مجال علم النفس الإيجابي في الاهتمام بالمتغيرات الإيجابية في الشخصية، ومن هذه المتغيرات: التعاطف مع الذات الذي يعد طريقاً لصحة أفضل لدى الفرد سواء أكانت جسدية، أم نفسية، ومنظوراً جديداً للسعادة النفسية، كما يمكن توظيفه في ممارسات العلاج النفسي، وهذا ما يدحض الاعتقاد بأن نقد أو جلد الذات هو ما يبقى الفرد على الطريق الصحيح.

٢- عينة الدراسة من طلاب وطالبات الجامعة، وهم أكثر استهدافاً من غيرهم لضغوط متعددة المصادر: اجتماعية، وأسرية، ومادية، وشخصية، وصحية، وأنفعالية، ودراسية. وهذه الضغوط تجعل طلاب الجامعة يجلدون أنفسهم، ويتبعون أساليب حياة غير صحية. يذكر (Bates et al., 2001) أن ضغوط طلاب الجامعة تضر بأسلوب حياتهم، وبالممارسات الصحية لديهم؛ حيث تقلل من ممارستهم للرياضة،

وتغير عادات الأكل والنوم، وتؤثر علي علاقاتهم الأسرية والاجتماعية، ولذا يجب التأكيد علي أهمية ممارسة السلوكيات الصحية في هذه المرحلة لدي طلبة الجامعة، لأنها مرحلة مهمة في نمو أسلوب صحي للحياة عامة (في: أحمد، ٢٠٠٩).

٣- ندرة الدراسات العربية- في حدود علم الباحث- التي تناولت التعاطف مع الذات، وأن عددًا قليلاً من الدراسات الأجنبية تناولت التعاطف مع الذات وعلاقته بأسلوب الحياة الصحي بشكل غير مباشر. وبالتالي فإن الدراسة الحالية قد تفتح آفاقاً جديدة للبحث أمام الباحثين في عالمننا العربي، وتثري المكتبة العربية في مجال علم النفس الإيجابي.

٤- تناقض وتضارب نتائج بعض البحوث والدراسات الأجنبية التي تناولت الفروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات.

٥- إعداد مقياس التعاطف مع الذات من واقع الثقافة المصرية، وترجمة وتقنين مقياس أسلوب الحياة الصحي، والتأكد من صدقهما وثباتهما، وصلاحيتهما للتطبيق على عينة الدراسة.

٦- الاستفادة مما تسفر عنه نتائج الدراسة الحالية من نتائج في توجيه المرشدين والمعالجين النفسيين لتبني العلاج القائم على التعاطف من الذات في مؤسسات رعاية المراهقين والشباب من أجل مساعدتهم على تنمية التعامل برفق مع الذات، وخاصة في خبرات الأزمات والمواقف الضاغطة، فضلاً عن تصميم برامج إرشادية تسهم في تبنيهم لأساليب حياة صحية من شأنها أن تعزز صحتهم الجسمية والنفسية وتوافقهم بشكل عام.

مصطلحات الدراسة وتعريفات الإجرائية:

التعاطف مع الذات Self-Compassion

يرتبط تعريف التعاطف مع الذات مع تعريف التعاطف بشكل عام، فالتعاطف يتضمن الاقتراب من معاناة الآخرين، والوعي بها، والرغبة في مساعدتهم على تجاوزها، والنظر إلى أخطائهم في سياق الطبيعة البشرية. وبناءً على ذلك، فإن التعاطف مع الذات يعني الانفتاح على خبرات المعاناة الشخصية بدون تجنبها أو الانفصال عنها، وإدراك خبرات الألم والنشل والنقائص الشخصية بدون إصدار أحكام تقييمية عليها، ورؤيتها كخبرة إنسانية مشتركة (Neff, 2003a).

وقدمت (Neff, 2003b) التعاطف مع الذات على أنه مفهوم يتضمن ثلاثة أبعاد قطبية: الحنو على الذات مقابل الحكم الذاتي - **self-kindness versus self-judgment**، والإنسانية المشتركة مقابل العزلة - **common humanity versus isolation**، اليقظة العقلية مقابل التوحد المفرط - **mindfulness versus over-identification**. وتتفاعل هذه الأبعاد مع بعضها البعض لخلق إطار وجداني متسامح للعقل عندما يمر الفرد بمعاناة، وخاصة عندما تنشأ المعاناة من تصرفات حمقاء، أو من فشل أو صعوبة، ولا يمكن احتمالها، أو عندما تنشأ المعاناة من تصرفات حمقاء، أو من فشل ما، أو من قصور شخصي. وبينما يقرر معظم الأفراد أنهم أقل تعاطفًا وأكثر قسوة تجاه أنفسهم أكثر مما يكونون مع الآخرين إلا أن الأفراد المتسامحين مع الذات يقررون أنهم بشكل متساوٍ يكونون أكثر تعاطفًا مع الذات أو مع الآخرين.

وفيما يلي تعريف كل بعد فرعي من أبعاد التعاطف مع الذات:

١- الحنو على الذات/ الحكم الذاتي: يشير إلى التعامل مع الذات برفق، وبشكل مبني على الفهم بدلاً من قسوة النقد الذاتي **self-criticism**، والحكم **judgment** عليها.

٢- الإنسانية المشتركة/ العزلة: تشير إلى رؤية الخبرات الشخصية كجزء من التجربة الإنسانية بشكل أكبر بدلاً من رؤيتها في سياق منفصل ومنعزل عنها، وإدراكها على أنها تجربة فردية.

٣- اليقظة العقلية/ التوحد المفرط: تشير إلى الوعي بالخبرات في اللحظة الحاضرة، وإدراك الأفكار والانفعالات المؤلمة بشكل متوازن بدلاً من الإفراط في التوحد معها.

وتتظر (Neff, 2003b) إلى التعاطف مع الذات كاستراتيجية مفيدة للتنظيم الانفعالي تتيح للفرد الوعي بالمشاعر المؤلمة أو المحزنة بشئ من الرفق والفهم بدلاً من تجنبها وإنكارها، ورؤيتها على أنها قاسم مشترك بين البشر بعيداً عن اقتصرها على فرد ما. وبالتالي يتم تحويل المشاعر السلبية إلى حالة أكثر إيجابية تتيح للفرد فرصة تغيير ذاته، وبيئته بطرق أكثر فاعلية. ولهذا السبب يعد التعاطف مع الذات أحد أبعاد الذكاء الانفعالي والذي ينطوي على قدرة الفرد على قراءة مشاعره وانفعالاته الخاصة بمهارة تتيح له إمكانية توجيه تفكيره وسلوكه بإيجابية.

ويعرف الباحث الحالي التعاطف مع الذات -إجرائياً- بأنه الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد على كل بعد فرعي من أبعاد مقياس التعاطف مع الذات المستخدم في الدراسة.

أسلوب الحياة الصحي Healthy Lifestyle

يمكن التمييز بين نمطين من السلوك الصحي: الإيجابي، والسلبي، ويُعرّف السلوك الصحي الإيجابي بأنه تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة، المقصودة أو غير المقصودة التي يمارسها الفرد لمساعدته في الوقاية من الأذى أو الضرر البدني والنفسي، أو تجعله يقلع عن الانحراف والشذوذ، وتساعده في الاكتشاف المبكر للمرض، وتساعده على التخفيف من المعاناة والمرض بحيث يتم تحسين

الحالة الصحية البدنية والنفسية وتقليل الانحراف والشذوذ والقضاء عليه، وتحميه من المخاطرة التي من شأنها إحداث ضرر بدني أو نفسي أو كليهما، ومن الاستهداف للانحراف والشذوذ السلبي، وبالتالي فإن معكوس هذه الأفعال والتصرفات تمثل السلوك الصحي السلبي (الصبوة، الدق، ٢٠٠٩)

ويعرف (خطاب، ٢٠١١) أسلوب الحياة الصحي بأنه مجموعة من السلوكيات هدفها الوقاية من الإصابة بالأمراض والمحافظة على دوام الصحة الجيدة، وتتمثل هذه السلوكيات في ممارسة التمرينات الرياضية، وتناول الطعام الصحي، والرعاية الذاتية، والنوم، وتجنب التدخين، واستخدام المواد النفسية.

ويعرفه (أحمد، ٢٠٠٩) بأنه طريقة الحياة أو أسلوب العيش الذي يقع تحت سيطرة فكرة الإنسان الخاصة عن نفسه، ويتكون من الأنماط الثابتة لأنساق الشخصية، والتي يمكن التعبير عنها في صور متعددة: انفعالية، وجسمية، واقتصادية، واجتماعية، ويعكس اتجاهات الفرد وقيمه وأراءه واهتماماته ودوافعه مما يؤدي إلى تحقيق جودة حياة الفرد.

وينظر الباحث إلى أسلوب الحياة الصحي على أنه عامل إنمائي وقائي يشير إلى أي سلوك يهدف إلى تعزيز وتنمية الصحة بأشكالها المختلفة سواء أكانت جسمية أم نفسية، فضلاً عن الوقاية من أي ضرر بدني أم نفسي قد يتعرض له الفرد. ويتحدد أسلوب الحياة الصحي -إجرائياً- بالدرجة المرتفعة التي يحصل عليها الفرد سواء على الدرجة الكلية أو الأبعاد الفرعية لمقياس أسلوب الحياة الصحي المستخدم في الدراسة الحالية.

حدود الدراسة:

تحددت الدراسة الحالية موضوعياً بالتعرف على التعاطف مع الذات كمنبئ بأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة، وزمانياً بالفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي: ٢٠١٢/١١م، ومكانياً بجامعة سوهاج بجمهورية مصر العربية.

دراسات سابقة:

نظراً لأن الباحث لم يعثر على دراسات تناولت موضوع الدراسة الحالية بشكل مباشر في الدراسات الأجنبية، وأن الدراسة الحالية تعد في حدود علم الباحث باكورة الدراسات العربية التي تناولت التعاطف مع الذات سواء بشكل منفرد أو في علاقتها بمتغيرات أخرى، فإنه يمكن عرض ما توافر من دراسات في موضوع الدراسة الحالية في ثلاثة محاور:

أولاً: دراسات تناولت التعاطف مع الذات لدى طلاب الجامعة:

أجرت (Neff & Pommier, 2012) دراستهما بهدف فحص العلاقة بين التعاطف مع الذات وبعض متغيرات الشخصية الإيجابية كالتعاطف والإيثار والتسامح لدى عينة مكونة من (٩٥٦) فرداً، موزعة على ثلاث فئات، وهي: طلاب الجامعة، وبلغ عددهم (٣٨٤) طالباً وطالبة، (٣٤% من الذكور، ٦٦% من الإناث)، وبلغ متوسط أعمارهم الزمنية (٢٠.٩٢) سنة، وانحراف معياري قدره (١.٣١)، واختيروا من داسي علم النفس التربوي بجامعة الجنوب الغربي بأمريكا. والراشدين، وعددهم (٤٠٠) فرد، (٣٤% من الذكور، ٦٦% من الإناث)، وبلغ متوسط أعمارهم الزمنية (٣٣.٢٧)، وانحراف معياري قدره (١٢.٦٩)، واختيروا من مجتمع الراشدين، والممارسين للتأمل **Practicing Meditators**، وبلغ عددهم (١٧٢) فرداً، ٢٨% من الذكور، ٧٢% من الإناث)، وبلغ متوسط أعمارهم الزمنية (٤٧.٤٩)، وانحراف معياري قدره (١٢.٠٤)، واختيروا من جنسيات وعرقيات مختلفة، وتم التواصل معهم من خلال البريد الإلكتروني (الإيميل).

وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود مستوى مرتفع في كل من: التعاطف مع الذات، والتعاطف، والإيثار، والتسامح لدى أفراد عينة الدراسة الكلية، وجاء ترتيب العينات الثلاث وفقاً لما أظهره تحليل التباين الأحادي على النحو التالي: المتأملون، ثم الراشدين، ثم

طلاب الجامعة. كما أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنس في كل من: الاهتمام التعاطفي **empathetic concern**، والتسامح، وذلك لصالح الإناث، وعدم وجود فروق بينهما في كل من: التعاطف مع الذات، والإيثار، فضلاً عن وجود تأثير للعمر الزمني على متغيرات الدراسة، وأن خبرة التأمل تنبئ بالتعاطف مع الذات، والتعاطف تجاه الإنسانية **compassion for humanity**، ولم تظهر نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين التعاطف مع الذات، وكل من: الإيثار، والتعاطف، وكانت العلاقة الارتباطية دالة إحصائياً فقط مع التسامح، وذلك في عينة طلاب الجامعة، أما لدى الراشدين والمتأملين، فكانت هناك علاقات ارتباطية دالة إحصائياً بين التعاطف مع الذات وجميع متغيرات الدراسة.

وتناولت دراسة (Ghorbani et al., 2012) فحص العلاقة بين التعاطف مع الذات، وكل من: المعرفة المتكاملة بالذات **Integrative Self-Knowledge**، والصحة النفسية، والتوجه الديني، وتكونت عينة الدراسة من (٢٣٨) طالباً وطالبة من طلاب جامعة طهران بإيران (١٢٥ من الذكور، ١١٣ من الإناث)، متوسط أعمارهم (٢١.٦٠)، وانحراف معياري (٢.٤٠). وأسفرت نتائج الدراسة عن ارتباط التعاطف مع الذات إيجابياً مع تقدير الذات، وارتباطها سلبياً مع الاكتئاب والقلق، بينما لم يرتبط التعاطف مع الذات بالتوجه الديني، وارتبطت المعرفة المتكاملة بالذات إيجابياً بالصحة النفسية، والتوجه الديني الجوهري، وسلبياً بالتوجه الديني الظاهري، وأن التعاطف مع الذات وتقدير الذات يتنبأان بمستوى منخفض من الاكتئاب (قيمة بيتا = -٠.٢٤)، عند مستوى دلالة (٠.٠١)، والقلق (قيمة بيتا = -٠.١٥) عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، وأن المعرفة المتكاملة بالذات تنبئ بالتعاطف مع الذات (قيمة بيتا = ٠.٣٨) عند مستوى دلالة (٠.٠١). ولم يكن للتوجه الديني الجوهري قدرة تنبؤية بالتعاطف مع الذات (قيمة بيتا = ٠.٠٨).

وأجرى (Wei et al., 2011) دراستين منفصلتين كان الهدف منهما: الإجابة عن السؤال التالي: هل تشكل متغيرات: التعاطف مع الذات ونمط التعلق (القلق-التجنبى) والتعاطف الوجداني والسعادة النفسية فيما بينها نموذجًا سببيًا يفسر العلاقة بينهم، وكانت عينة الدراسة الأولى من طلاب جامعة ولاية أيوا بأمريكا، وبلغ عددها (١٩٥) طالبًا وطالبة، (٨٦ من الذكور، ١٠٨ من الإناث)، بمتوسط عمري قدره (٢٠.٠٧)، وانحراف معياري قدره (٢.٧٧)، بينما كانت عينة الدراسة الثانية من الراشدين، وبلغت (١٣٦) راشدًا، (٧٨ من الذكور، ٥٨ من الإناث) بمتوسط عمري قدره (٤٣.٤٤)، وانحراف معياري قدره (١٠.٢٢)، وأسفرت نتائج الدراسة الأولى عن أن التعاطف مع الذات تتوسط العلاقة بين التعلق والقلق والسعادة النفسية، وأن التعاطف الوجداني يتوسط العلاقة بين التعلق التجنبى والسعادة النفسية، وأن هناك ارتباطًا موجبًا بين التعاطف مع الذات وكل من: السعادة النفسية والتعاطف الوجداني نحو الآخرين، بينما يوجد ارتباط سالب بين التعاطف مع الذات والتعلق والقلق والتجنبى. وتأكدت هذه النتائج في نتائج الدراسة الثانية لدى عينة الراشدين.

وهدفت دراسة (Mae, 2011) إلى فحص العلاقة بين التعاطف مع الذات وكل من: الاكتئاب، والتسامح، وتكونت العينة من (٩٦) طالبًا بالجامعة الكاثوليكية بوسط غرب أمريكا، (٦٩.٥٠% من الإناث، ٣٠.٥٠%)، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٨-٢٣) سنة، بمتوسط عمري قدره (١٩.١٣)، وانحراف معياري (١.١٥). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك ارتباطًا سالبًا بين التعاطف مع الذات والاكتئاب، وأن العزلة أحد أبعاد التعاطف مع الذات من أكثر العوامل تنبؤًا بالاكتئاب، وأن هناك ارتباطًا موجبًا بين التعاطف مع الذات والتسامح، وأن عوامل: الحنو على الذات واليقظة العقلية أقوى ارتباطًا بالتسامح مع الآخرين.

كما تناولت دراسة (Iskender, 2011) معرفة أثر التعاطف مع الذات على الإجراء الأكاديمي، والاتجاهات المضطربة **Dysfunctional Attitudes** ومعرفة

الفروق بين الجنسين في هذه المتغيرات، وذلك لدى عينة مكونة من (٢٥١) طالبًا من طلاب كلية التربية بجامعة سكاريا التركية، (١٢٢ من الذكور، ١٢٩ من الإناث)، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٧-٢٦) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢١.٧٢) سنة. وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في متغيرات الدراسة، وأن التعاطف مع الذات ترتبط بشكل إيجابي مع الإرجاء الأكاديمي، وسلبًا مع الاتجاهات المضطربة.

وقامت (Neff & McGhee, 2010) بإجراء دراسة حول التعاطف مع الذات وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى المراهقين والشباب بهدف التعرف على الفروق بينهما فيما يتعلق بالسعادة النفسية، والعوامل المعرفية والأسرية، وقد تكونت العينة من (٢٣٥) مراهقًا من طلاب المرحلة الثانوية، منهم (٤٨%) من الذكور و(٥٢%) من الإناث، بمتوسط عمري قدره (١٥.٢) سنة، بينما تكونت عينة الشباب من (٢٨٧) طالبًا جامعيًا، منهم (٤٣%) ذكور و(٥٧%) إناث، بمتوسط عمري قدره (٢١.١) سنة. وأظهرت النتائج أن التعاطف مع الذات ترتبط إيجابيًا بالسعادة النفسية لدى المراهقين والشباب، وأن العوامل المعرفية والأسرية يمكن أن تتنبأ بالفروق الفردية بين المراهقين والشباب في التعاطف مع الذات. بينما وجدت الدراسة فروقًا واضحة بين الذكور والإناث في التعاطف مع الذات لصالح الذكور، وذلك في عينة المراهقين. كما ارتبطت التعاطف مع الذات سلبًا مع كل من: الاكتئاب والقلق، وارتبطت إيجابيًا مع الترابط الاجتماعي والدعم الأسري.

وتناولت دراسة (Iskender, 2009) الفروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات وفعالية الذات، وفحص العلاقة بينهما. وتكونت عينة الدراسة من (٣٩٠) طالبة وطالبة، اختيروا من طلاب كلية التربية بجامعة سكاريا التركية، وواقع (١٧٦) طالبًا و(٢١٤) طالبة، بمتوسط عمري قدره (٢٠.٨٣) وانحراف معياري قدره (١.٥٥). وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة، وأن أبعاد التعاطف مع

الذات: (الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية) ترتبط إيجابياً بفعالية الذات، بينما ترتبط الأبعاد التالية: (الحكم الذاتي، والعزلة والتوحد المفرط) سلبياً بفعالية الذات.

وأجرت (Neff, Pisitsungkagarn, & Hseih, 2008) دراسة عبر حضارية في ثلاث دول، وهي: أمريكا، وتايلاند، وتايوان للتحقق من صدق وثبات مقياس التعاطف مع الذات لدى طلاب الجامعة، وذلك بهدف التحقق من صدق وثبات مقياس التعاطف مع الذات، وتكونت العينة من (١٨١) طالباً وطالبة أمريكية (متوسط أعمارهم ٢١.٤٠)، و(٢٢٣) طالباً وطالبة تايوانية (متوسط أعمارهم ١٩.٨٠)، و(١٦٤) طالباً وطالبة تايوانية (متوسط أعمارهم ١٩.٨٠)، وهم من الطلاب الدارسين في المرحلة الجامعية في تلك البلدان، وأظهرت النتائج أن المقياس يتمتع بدرجة مرتفعة من الصدق والثبات في العينات الثلاثة. كما أسفرت النتائج عن وجود فروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات لصالح الإناث في العينة التايوانية، ولصالح الذكور في العينتين الأمريكية، والتايوانية.

وفي تركيا، أجرى (Deniz et al., 2008) دراسة للتحقق من صدق وثبات مقياس نيف للتعاطف مع الذات على عينة تركية اشتملت على (٣٤١) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة (١٨٤) طالبة، و(١٥٧) طالباً) بمتوسط عمري قدره (١٩.٨١) سنة، وانحراف معياري (١.٥٣). وأظهرت النتائج وجود ارتباط مرتفع بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية، وتراوحت معاملات الارتباط بين (٠.٦٢ _ ٠.٨٠). بينما بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ، بالنسبة للمقياس الكلي (٠.٩٢)، والأبعاد الفرعية (٠.٧٨ _ ٠.٧٧_٠.٨٠_٠.٧٩_٠.٧٥_٠.٨١).

وهدفت دراسة (Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007) إلى فحص العلاقة بين التعاطف مع الذات والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، فضلاً عن التحقق من صدق وثبات مقياس التعاطف مع الذات، وتكونت عينة الدراسة من (١٧٧) طالباً

جامعيًا، اختيروا من الطلاب الذين يدرسون مقرر علم النفس التربوي بجامعة الجنوب الغربي بأمريكا، بواقع (٥٧) طالبًا، و(١٢٠) طالبة، بمتوسط عمري قدره (٢٠.٢٠) وانحراف معياري قدره (٢.٢٥). وأشارت النتائج إلى أن التعاطف مع الذات يرتبط إيجابيًا بعوامل الشخصية: التفتح، والانبساطية، وبقظة الضمير، والمقبولية، ويرتبط سلبًا بالعصابية، وأن التعاطف مع الذات ينبئ بالسعادة، والتفاؤل، والحكمة، وحب الاستطلاع. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات، وأن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، حيث بلغ معامل ثبات الاتساق الداخلي (٠.٩٤)، وبلغت قيمة معامل الثبات بطريقة إعادة الاختبار بعد مرور ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول (٠.٩٣).

وهدفت دراسة (Neff, 2003) إلى إعداد مقياس لقياس التعاطف مع الذات وتقنيته عينة من طلاب جامعة الجنوب الغربي في الولايات المتحدة الأمريكية، قوامها (٣٩١). فردًا، بواقع (١٦٦) طالبًا، و(٢٢٥) طالبة، بمتوسط عمري قدره (٢٠.٩١) وانحراف معياري (٢.٢٧). وقد أسفرت النتائج عن أن المقياس يتكون في صورته النهائية من (٢٦) عبارة. وقد أسفر التحليل العاملي الاستكشافي ثم العاملي التوكيدي لبنود المقياس عن أن البناء العاملي للمقياس يتكون من ثلاثة عوامل، كل عامل له قطبان، أحدهما إيجابي، والآخر سلبي، وهي:

- ١- الحنو على الذات مقابل الحكم الذاتي: تضمن هذا العامل بعدين فرعيين بواقع (٥) مفردات لكل بعد.
- ٢- الإنسانية المشتركة مقابل العزلة: تضمن هذا العامل بعدين فرعيين بواقع (٤) مفردات لكل بعد.
- ٣- اليقظة العقلية مقابل التوحد المفرط: تضمن هذا العامل بعدين فرعيين بواقع (٤) مفردات لكل بعد.

كما أسفرت النتائج عن أن المقياس يتمتع بمستوى مرتفع من الاتساق الداخلي، حيث تراوحت معاملات الارتباط البينية لأبعاد المقياس الستة بين (-0.46 ، 0.91)، وجميعها عند مستوى دلالة (0.01)، كما تم استخدام الصدق البنائي، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين درجات التعاطف مع الذات ودرجات مقاييس أخرى، وأسفرت النتائج عن أن التعاطف مع الذات يرتبط سلبياً بالاكنتاب (-0.51)، وبسمة القلق (-0.65)، وترتبط إيجابياً بالرضا عن الحياة ($r=0.45$)، وتم حساب ثبات المقياس باستخدام إعادة تطبيق الاختبار بفواصل زمني قدره ثلاثة أسابيع من التطبيق الأول، وبلغت معاملات الارتباط (0.93) للدرجة الكلية، و(0.88 ، 0.80 ، 0.85 ، 0.85 ، 0.85) للأبعاد الفرعية، وجميعها عند مستوى دلالة (0.01).

ثانياً: دراسات تناولت أسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة:

أجرى كل من (Suraj & Singh, 2011) دراسة بهدف التعرف على مستوى السلوك الصحي والإحساس بالتماسك والعلاقة بينهما لدى عينة بلغت (200) طالب وطالبة (100 ذكر، 100 أنثى)، متوسط أعمارهم (18.67) سنة اختيروا بطريقة عشوائية من طلاب الصف الأول بجامعة شاندره بشمال الهند. وكشفت نتائج الدراسة عن ارتفاع مستوى السلوكيات الصحية، والإحساس بالتماسك لدى أفراد عينة الدراسة. وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين تعزيز السلوكيات الصحية والإحساس بالتماسك. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الجنسين في الدرجة الكلية للسلوك الصحي والإحساس بالتماسك، لكن وجدت فروق بينهما في ممارسة الأنشطة الرياضية لصالح الذكور، وكانت الفروق لصالح الإناث في المسؤولية الصحية، والعناية الذاتية، والعلاقات الاجتماعية والتعاطف، وعدم وجود فروق بينهما في إدارة الضغوط، وعادات الطعام. وأن الإحساس بالتماسك والعمر الزمني يفسران (11%) من التباين في تعزيز السلوكيات الصحية.

وتمثل الهدف في دراسة (Peker & Bermk, 2011) في التعرف على مستوى السلوك الصحي والفروق بين الجنسين، وتأثير دخل الأسرة في السلوك الصحي لدى طلاب الجامعة، واشتملت عينة الدراسة على (111) طالبًا وطالبة، اختيروا من الطلاب الجدد بكلية طب الأسنان بجامعة استانبول (55 من الذكور، 56 من الإناث)، متوسط أعمارهم الزمنية (19.43) سنة، وانحراف معياري (0.89). وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود مستوى متوسط في الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي لدى أفراد عينة الدراسة، بينما سجلوا درجات مرتفعة على بعد النمو الروحي، في حين سجلوا درجات منخفضة على بعد المسؤولية الصحية، وكانت الفروق لصالح الإناث في المسؤولية الصحية، بينما كانت لصالح الذكور في ممارسة الأنشطة الرياضية، وكان لمستوى دخل الأسرة المرتفع تأثير على ممارسة الأنشطة الرياضية، كما أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب ودال إحصائيًا بين الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي وفعالية الذات والمساندة الاجتماعية، وتنبأت فعالية الذات بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، وفسرت (61%) من التباين في أسلوب الحياة الصحي.

وتناولت دراسة (Tirodimos et al., 2009) عادات أسلوب الحياة الصحي لدى طلاب جامعة أرسطو في نيسالونيكى باليونان والكشف عن الفروق بين الجنسين والكليات في أسلوب الحياة الصحي، وتكونت عينة الدراسة من (300) طالب وطالبة متوسط أعمارهم (21.50) سنة. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الجنسين في ممارسة التمرينات الرياضية لصالح الذكور، بينما كانت الفروق لصالح الإناث في الطعام الصحي، وكان معدل زيادة الوزن والبدانة وتعاطي المسكرات لديهم أقل مقارنة بالذكور. وكان طلاب الطب الذين يتعاطون المسكرات ويدخنون أقل من غيرهم في الكليات الأخرى، ولا توجد فروق بين الكليات في عادات الأكل.

وتناولت دراسة (أحمد، 2009) فحص العلاقة بين أسلوب الحياة وكل من سمات الشخصية ومفهوم الذات، وذلك على عينة مكونة من (200) من طلبة جامعة بنها

(١٢٥ ذكرًا ، و ٧٥ أنثى)، بلغ متوسط أعمارهم الزمنية (٢٠٠٢٣) سنة ، وانحراف معياري (١٠٠١٠)، وأشارت نتائج الدراسة إلي وجود فروق دالة إحصائيًا بين الجنسين في جميع أبعاد أسلوب الحياة، وكانت الفروق لصالح الإناث ، كما وجدت علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين درجات أفراد عينة الدراسة علي قائمة أسلوب الحياة وبين درجاتهم علي عوامل الشخصية الخمس الكبرى. وأن القدرة علي الحب و إنجاز المهمة والقوة والموهبة والأخلاقية كأبعاد أساسية لمفهوم الذات تنبئ دون غيرها بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة بنسبة مساهمة ٧٢.٧ % ، ٩ % ، ٢ % ، ٢ % ، ١ % ، ٠.٦ % علي التوالي ، ولا تنبئ القابلية للتأثر بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة. كما أن عوامل: يقظة الضمير والانبساطية والافتح والمقبولية تنبئ دون غيرها بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة بنسبة مساهمة ٥٦.٧ % ، ٩ % ، ٢.٦ % ، ٢ % ، ٠.٨ % علي التوالي، ولم تتنبأ العصابية بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة.

وهدفت دراسة (Jackson, Tucker, & Herman, 2007) إلى التعرف على العلاقة بين كل من: القيم المرتبطة بالصحة، والمساندة الاجتماعية من الأسرة والأصدقاء، وفعالية الذات الصحية على تعزيز أسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة. وبلغت عينة الدراسة (١٦٢) طالبًا وطالبة (٤٩ من الذكور، و ١١٣ من الإناث) اختيروا من عرقيات مختلفة بجامعة الجنوب الشرقي بأمريكا، متوسط أعمارهم (٢٠٠٠)، وانحراف معياري (٠.٨٥). وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١) بين أسلوب الحياة الصحي وكل من: قيم الصحة، والمساندة الاجتماعية، وفعالية الذات الصحية، وأن متغيرات القيم المرتبطة بالصحة، والمساندة الاجتماعية، وفعالية الذات الصحية يفسرون (٥١%) من التباين في أسلوب الحياة الصحي.

ثالثًا: دراسات تناولت التعاطف مع الذات وعلاقتها ببعض مؤشرات السلوك الصحي:

أجرى (Brooks et al., 2012) دراسة تناولوا فيها التعاطف مع الذات وبعض مؤشرات أسلوب الحياة غير الصحي، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة

الارتباطية بين التعاطف مع الذات وتعاطي الكحول والمواد المخدرة، وتكونت عينة الدراسة من (٧٧) فردًا (٤٢ ذكرًا، ٣٥ أنثى)، وتم اختيارهم ممن تم تصنيفهم على الدليل الإحصائي الرابع للاضطراب بات النفسية DSM-IV بأنهم من ذوي الخبرات الأولية بتعاطي المخدرات، ويسعون لطلب العلاج والتعافي في إحدى المؤسسات العلاجية، وتراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٩_٦٩) سنة، تم تقسيمهم إلى أربع فئات: ن=٢٤ (٣٠_١٩) سنة، ن=١٥ (٤٠-٣١) سنة، ن=٢٥ (٥٠-٤١) سنة، ن=١٣ (٥١-٦٩). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن أفراد العينة أظهروا مستوى منخفضًا في الدرجة الكلية للتعاطف مع الذات، كما أظهروا مستوى مرتفعًا على الأبعاد الفرعية السلبية للتعاطف مع الذات، وهي: الحكم الذاتي، والعزلة، والتوحد المفرط، بينما أظهروا مستوى منخفضًا على الأبعاد الفرعية الإيجابية للتعاطف مع الذات، وهي: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية. ولم تسفر النتائج عن وجود فروق بين الجنسين في الأبعاد الفرعية للتعاطف مع الذات، كما لم يظهر تحليل التباين الأحادي أي تأثير للعمر الزمني سواء للدرجة الكلية للتعاطف مع الذات أو للأبعاد الفرعية، باستثناء بعد الحكم الذاتي؛ فقد أشارت النتائج إلى وجود تأثير للعمر الزمني، وأن الفئتين العمريتين: (٣٠-١٩)، و(٤٠-٣١) تظهران مستويات أقل في الحكم الذاتي من الفئات العمرية الأعلى سنًا. وفي مجال العلاقات الارتباطية، أسفرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيًا بين الأبعاد السلبية للتعاطف مع الذات وكل من: الاكتئاب، والقلق، وعلاقة ارتباطية سالبة ودالة إحصائيًا بينهما، وبين الأبعاد الإيجابية للتعاطف مع الذات.

وأجرى (Wasykiw, MacKinnon, & MacLellan, 2012) دراستين منفصلتين بهدف الكشف عن العلاقة الارتباطية بين التعاطف مع الذات وتقدير الذات وصورة الجسم لدى طالبات قسم علم النفس بجامعة مونت أليزون بكندا. وتكونت عينة الدراسة الأولى من (١٤٢) طالبة جامعية، متوسط أعمارهن (١٩.٠٠) سنة، وانحراف معياري (١.١٣)، وأشارت نتائجها إلى أن المستوى المرتفع للتعاطف مع الذات

ينبئ باهتمام أقل بالجسم، وأن التعاطف مع الذات يفسر التباين في الانشغال بالجسم **body preoccupation** والاهتمام بالوزن **weight concerns**، ولم يتحقق ذلك بالنسبة لتقدير الذات، واشتملت عينة الدراسة الثانية على (١٨٧) طالبة جامعية، متوسط أعمارهن (١٨.٤١) سنة، وانحراف معياري (١.٠٤) وأشارت نتائجها إلى أن الحكم الذاتي فقط كأحد أبعاد التعاطف مع الذات ينبئ بالانشغال بالجسم، وأن الدرجات المرتفعة للتعاطف مع الذات تنبئ بمستوى أقل من الشعور بالذنب بعد الأكل **eating guilt**، كما أن التعاطف مع الذات يتوسط العلاقة بين الانشغال بالجسم والأعراض الاكتئابية.

وهدفت دراسة (Iskender & Akin, 2011) إلى فحص العلاقة بين التعاطف مع الذات وإدمان الإنترنت، وتكونت عينة الدراسة من (٢٦١) طالبًا جامعيًا بكلية التربية بجامعة سكاريا التركية (١٢١ من الذكور، و ١٤٠ من الإناث)، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٧_٢٤) سنة، بمتوسط عمري قدره (٢٠.٩٣) سنة، وانحراف معياري (١.٢٤). وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية بين التعاطف مع الذات وإدمان الإنترنت، حيث ارتبطت الأبعاد الإيجابية للتعاطف مع الذات سلبياً مع إدمان الإنترنت، في حين ارتبطت الأبعاد السلبية للتعاطف مع الذات إيجابياً مع إدمان الإنترنت، وأنه يمكن التنبؤ بإدمان الإنترنت من خلال أبعاد: الحكم الذاتي، والعزلة، والتوحد المفرط، وأنها تفسر حوالي (٧٢%) من التباين الكلي في إدمان الإنترنت.

وأجرى (Roberts & Danoff-Burg, 2010) دراسة هدفت إلى فحص العلاقة بين اليقظة العقلية كأحد أبعاد التعاطف مع الذات والسلوكيات الصحية لدى طلاب الجامعة. وبلغت عينة الدراسة (٥٥٣) طالبًا وطالبة (٣٨٥ من الإناث، ١٦٨ من الذكور)، متوسط أعمارهم الزمنية (١٨.٨٠) سنة، وانحراف معياري (٢.١٠)، تم اختيارهم من جامعة الشمال الشرقي بأمريكا. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض السلوكيات الصحية مثل: (الأكل الصحي، وجودة النوم،

وممارسة الأنشطة البدنية)، واليقظة العقلية. وأن اليقظة العقلية تسهم في تعزيز الصحة الجسمية والنفسية لدى طلاب الجامعة.

وهدف دراسة (Adams & Leary, 2007) إلى تناول التعاطف مع الذات كمتغير يمكن أن يؤثر في تخفيف ردود الأفعال السلبية والشعور بالذنب بعد تناول الطعام غير الصحي، وذلك لدى عينة مكونة من (٨٤) طالبة جامعية بجامعة ويك فورست Wake Forest ممن تتوافر فيهم الشروط التالية: أنهم غير مريضات بالسكر، وليست لديهن حساسية ضد أي أنواع من الطعام **food allergies**، ولم يتم تشخيصهن على أنهم تعانين من اضطرابات الأكل خلال السنوات الثلاثة الأخيرة، وحوالي (٢٦) طالبة من أفراد العينة بنسبة (٣١%) يخضعن حاليًا لحمية غذائية (ريجيم) لإنقاص الوزن. وأشارت نتائج الدراسة إلى أن التعاطف مع الذات يرتبط سلبًا بالشعور بالذنب بعد تناول أفراد العينة للطعام غير الصحي، حيث طُلب من أفراد عينة الدراسة أن يأكلن حبات الفول السوداني، وتم إعطاء مجموعة منهن دروسًا في التعاطف مع الذات عند تناول الطعام، وقال لهم المعلم: " أتمنى أن لا تكن قاسيات في التعامل مع أنفسكن. كل طالبة تأكل هذه الأشياء، وتتذوق حلوى من بعض الأطباق". وقد أظهرت النتائج أن الطالبات اللاتي كن يتبعن حمية غذائية بانتظام أو أنهم كن يشعرون بالذنب لدى تناول أطعمة من المفترض أن لا يتناولنها كي يحافظن على رشاقتهن، تناولن كميات أقل بعد سماع تنبيهات المعلم، بينما من لم يتحدث إليهن المعلم تناولن كميات أكبر.

تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال تحليل الدراسات السابقة التي تم عرضها فيما سبق، يمكن ملاحظة ما يلي:

- ١- ندرة الدراسات العربية التي تناولت التعاطف مع الذات، وبخاصة في علاقتها مع أسلوب الحياة الصحي، وأن الدراسات الأجنبية تناولت العلاقة بينهما بشكل غير مباشر، وذلك من خلال تناول بعض السلوكيات الدالة على أسلوب الحياة الصحي

مثل: الطعام الصحي، وممارسة الرياضة، وإدمان الإنترنت، وسوء استخدام العقاقير والمواد المخدرة.

٢- أن الدراسات الأجنبية اعتمدت على مفهوم **Neff** للتعاطف مع الذات، وأن مقياسها كان القاسم المشترك في كل الدراسات التي تناولت التعاطف مع الذات في البيئة الأجنبية.

٣- اختلفت نتائج الدراسات السابقة فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات؛ فقد كانت الفروق لصالح الذكور في دراسات كل من: (**Neff & ;**)؛ (**Neff, 2003 McGhee, 2010**)، ولم تظهر فروق بينهما في دراسات كل من: (**Iskender, ; Brooks et al., 2012 ; Neff & Pommier, 2012**)، وجاءت الفروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات لصالح الإناث في العينة التايوانية، ولصالح الذكور في العينتين: الأمريكية، والتايوانية، وذلك في دراسة عبر ثقافية أجرتها (**Neff, ; Pisitsungkagarn, & Hseih, 2008**).

٤- قلة الدراسات في البيئة العربية التي تناولت أسلوب الحياة الصحي، ولا سيما لدى طلاب الجامعة. وأن الدراسات الأجنبية تناولت العلاقة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي بشكل غير مباشر، وأشارت نتائجها إلى قدرة التعاطف مع الذات على التنبؤ ببعض مؤشرات أسلوب الحياة الصحي كممارسة الرياضة، والطعام الصحي.

٥- تباينت نتائج الدراسات فيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في أسلوب الحياة الصحي؛ فقد أشارت نتائج دراسة (**Suraj & Singh, 2011**) إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، ووجود فروق في ممارسة الأنشطة الرياضية لصالح الذكور، ولصالح الإناث في المسؤولية الصحية، والعناية

الذاتية، والعلاقات الاجتماعية. وأشارت نتائج دراسة (أحمد، ٢٠٠٩) إلى وجود فروق لصالح الإناث في الدرجة الكلية لأسلوب الحياة وأبعاده الفرعية. ولصالح الذكور في ممارسة التمرينات الرياضية، ولصالح الإناث في الطعام الصحي في دراسة (Tirodimos et al., 2009).

فروض الدراسة:

صيغتُ فروض الدراسة في ضوء نتائج الدراسات السابقة على النحو التالي:

- ١- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين الأبعاد الفرعية للتعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحي (الدرجة الكلية_ الأبعاد الفرعية) لدى طلاب الجامعة.
- ٢- لا توجد فروق بين الذكور والإناث في التعاطف مع الذات.
- ٣- توجد فروق بين الذكور والإناث في أسلوب الحياة الصحي.
- ٤- يسهم التعاطف مع الذات في التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة.

منهج الدراسة وإجراءاتها:

أولاً: المنهج:

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن نظرًا لأن الدراسة تهدف إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة، والكشف عن الفروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحي، والتعرف على إمكانية التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي من خلال أبعاد التعاطف مع الذات.

ثانياً: العينة:

تكونت عينة الدراسة من (٢٠٧) طالب وطالبة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من طلاب الفرقة الرابعة بكلية التربية بسوهاج. واشتملت العينة على (٨٩ من الذكور، ١١٨ من الإناث)، بمتوسط عمري قدره (٢٠,١٢) سنة، وانحراف معياري قدره (١,٨٩).

ثالثاً: الأدوات:

١- مقياس التعاطف مع الذات (إعداد الباحث).

نظرًا لعدم وجود مقياس في البيئة العربية يقيس التعاطف مع الذات؛ فقد تم إعداد المقياس الحالي للتعاطف مع الذات وفقاً لتصور (Neff, 2003) عن هذا المفهوم، وذلك من أجل توفير أداة سيكومترية لقياس المفهوم من واقع البيئة المصرية وموروثها الثقافي. وقد قام الباحث بإعداد صورة أولية للمقياس تتكون من (٢٤) عبارة، تتوزع على ستة أبعاد بواقع (٤) عبارات لكل بعد. والأبعاد هي: الحنو على الذات، والحكم الذاتي، والإنسانية المشتركة، والعزلة، واليقظة العقلية، والتوحد المفرط. وعرضت الصورة الأولية للمقياس على عدد (١٠) محكمين من أساتذة الصحة النفسية وعلم النفس بهدف تحديد ملاءمة كل عبارة للبعد الذي تنتمي إليه، وعدم تداخلها بين أبعاد المقياس. وقد حظيت جميع العبارات بالموافقة التحكيمية الكاملة، حيث تراوحت نسب الاتفاق على جميع العبارات بين (٨٠% ، ١٠٠%)، مع إجراء تعديل صياغة لبعض العبارات. وبناءً على ماسبق، تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (١٢٠) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، واستخدمت البيانات المستخلصة منها في التأكد من صدق وثبات المقياس.

أ- الاتساق الداخلي للمقياس:

تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه، وبلغت قيم معاملات الارتباط لعبارات البعد الأول (٠,٣٩، ٠,٦٢، ٠,٥٧، ٠,٤٨)، ولعبارات البعد الثاني (٠,٥١، ٠,٣٧، ٠,٦٩، ٠,٥٨)، ولعبارات البعد

الثالث (٠.٦٥ ، ٠.٧١ ، ٠.٥٩ ، ٠.٦١)، ولعبارات البعد الرابع (٠.٣١ ، ٠.٤٧ ، ٠.٦٤ ، ٠.٥٣)، ولعبارات البعد الخامس (٠.٧١ ، ٠.٦٥ ، ٠.٦٠ ، ٠.٧٣)، ولعبارات البعد السادس (٠.٤٨ ، ٠.٦٤ ، ٠.٥٩ ، ٠.٣٦)، وجميعها دالة إحصائيًا عند مستوى (٠.٠١). ويشير ما سبق إلى ارتباط جميع بنود مقياس التعاطف مع الذات بالأبعاد التي تنتمي إليها، ومن ثم لم تستبعد منها أي عبارة. كما تم حساب معاملات الارتباطات البينية بين الأبعاد الفرعية للمقياس. ويوضح جدول (١) نتائج ذلك.

جدول (١)

معاملات الارتباطات البينية للأبعاد الفرعية لمقياس التعاطف مع الذات

الأبعاد	الحنو على الذات	الحكم الذاتي	الإنسانية المشتركة	العزلة	اليقظة العقلية	التوحد المفرط
الحنو على الذات					
الحكم الذاتي	-٠.١٩**				
الإنسانية المشتركة	*٠.٣٢	-٠.٤١*			
العزلة	-٠.٣٠*	*٠.٥٠	-٠.١٩**		
اليقظة العقلية	*٠.٤٦	-٠.٢١*	*٠.٣٨	-٠.٢٦*	
التوحد المفرط	-٠.٢٨*	*٠.٣٧	*٠.٢٨*	*٠.٤٤*	-٠.٣٣*

** دالة عند مستوى (٠.٠٥) ، * دالة عند مستوى (٠.٠١)

يتضح من جدول (1) أن الارتباطات البينية بين أبعاد التعاطف مع الذات دالة إحصائياً عند مستوى (0.01، 0.05)، مما يدل على تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الاتساق الداخلي، كما أن الأبعاد الإيجابية ارتبطت ببعضها ارتباطاً إيجابياً، وسلبياً مع الأبعاد السلبية، بينما ارتبطت الأبعاد السلبية إيجابياً ببعضها، وسلبياً مع الأبعاد الإيجابية.

ب- الصدق العاملي:

تم استخدام التحليل العاملي للمصفوفة الارتباطية التي تتضمن الأبعاد الفرعية المكونة لمقياس التعاطف مع الذات، وأسفرت النتائج بعد تدوير العوامل عن تشبع أبعاد المقياس على عاملين بنسبة تباين إجمالية قدرها (57.67%)، ويستوعب العامل الأول (35.16%) من التباين الكلي، ويجذر كامن (2.11)، وتشبعت عليه الأبعاد الإيجابية، وهي: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية، ويمكن تسمية هذا العامل بعامل التعاطف مع الذات، وكانت تشبعت الأبعاد على الترتيب (0.72، 0.69، 0.79). ويستوعب العامل الثاني (22.51%) من التباين الكلي، ويجذر كامن (1.35)، وتشبعت عليه الأبعاد السلبية، وهي أبعاد: الحكم الذاتي، والعزلة، والتوحد المفرط، وكانت تشبعت الأبعاد على الترتيب (0.76، 0.81، 0.65)، ويمكن تسمية هذا العامل بعامل القسوة على الذات.

ج- ثبات المقياس:

تم التحقق من ثبات المقياس عن طريق حساب معاملات ألفا كرونباخ لعبارات كل بعد على حدة، وبلغت قيم معاملات الثبات (0.73، 0.65، 0.79، 0.61، 0.75، 0.71). وجميعها قيم مرتفعة، ودالة إحصائياً عند مستوى (0.01)، وتعكس تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

الصورة النهائية للمقياس ومفتاح التصحيح:

يتكون المقياس في صورته النهائية من (٢٤) عبارة. يأخذ البعد الأول (الحنو على الذات) العبارات أرقام (١٩،١٣،٧،١)، ويأخذ البعد الثاني (الحكم الذاتي) العبارات أرقام (١٤،٨،٢،٢٠)، ويأخذ البعد الثالث (الإنسانية المشتركة) العبارات أرقام (١٥،٩،٣،٢١)، ويأخذ البعد الرابع (العزلة) العبارات أرقام (١٠،٤،٢٢،١٦)، ويأخذ البعد الخامس (اليقظة العقلية) العبارات أرقام (١٧،٢٣،،٥،١١)، ويأخذ البعد السادس (التوحد المفرط) العبارات أرقام (١٨،١٢،٦،٢٤).

ويجب عن عبارات المقياس في ضوء تدرج خماسي يتبع طريقة ليكرت يتراوح بين (تتطبق تمامًا - لا تتطبق مطلقًا)، وعند التعامل مع الأبعاد الفرعية للمقياس تكون كل العبارات موجبة، ويتم تقدير الدرجات بـ (١،٢،٣،٤،٥)، وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع درجة الصفة التي يقيسها كل بعد فرعي، وفي حالة التعامل مع الدرجة الكلية للمقياس، تكون عبارات الأبعاد أرقام (٢،٤،٦) سالبة، ويتم تقدير الدرجات بـ (٥،٤،٣،٢،١) على الترتيب.

٢- مقياس أسلوب الحياة الصحي Healthy Lifestyle

أعدّه (Taymoori, et al., 2012)، ويتكون المقياس من (٣٦) عبارة موزعة على ستة أبعاد، وهي: تقدير قيمة الحياة **Life appreciation** (٧) عبارات، والمسئولية الصحية **Health responsibility** (٨) عبارات، والطعام الصحي **Nutrition** (٦) عبارات، والمساندة الاجتماعية **Social support** (٥) عبارات، والنشاط البدني **Physical activity** (٦) عبارات، وإدارة الضغوط **Stress** **managment** (٤) عبارات، ويجب عن عبارات المقياس في ضوء تدرج خماسي (لا أوافق بشدة، لا أوافق، أوافق قليلاً، أوافق كثيرًا، أوافق تمامًا). والعبارات كلها تسير في الاتجاه الإيجابي، وتعطى الدرجات (٥،٤،٣،٢،١)، وتدل الدرجة المرتفعة على استخدام

الفرد لأساليب حياة صحية. وللتأكد من جودة الخصائص السيكومترية للمقياس، قام معدو الاستبيان بتطبيقه على عينة مكونة من (٧٩٧) مراهقاً، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من (٢٥) مدرسة ثانوية بإيران، تراوحت أعمارهم الزمنية بين (١٥-١٩) سنة، بمتوسط عمري قدره (١٧.٣٠) سنة، وانحراف معياري قدره (١.٨٠)، وقد بلغت نسبة الذكور (٥١%) من العينة الكلية، بينما بلغت نسبة الإناث (٤٩%)، وأشارت النتائج باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي ثم التوكيدي إلى تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الصدق، وتشبع (٣٦) عبارة من أصل (٤٣) عبارة على أبعاد المقياس الستة، كما يتمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات، حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ (٠.٨٢) للدرجة الكلية على المقياس.

وقام الباحث الحالي بترجمة عبارات المقياس، وعرض الترجمة والنسخة الأجنبية على أحد الأساتذة المتخصصين في اللغة الإنجليزية، ثم متخصص في اللغة العربية. وتم تعديل بعض العبارات لتناسب مع طبيعة المجتمع المصري، وخصائص عينة الدراسة المستهدفة من طلاب الجامعة، ثم تم عرض النسخة المعدلة من المقياس على عدد من الأساتذة المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، وقد تم إعادة صياغة بعض العبارات في ضوء مقترحات السادة المحكمين. وللتحقق من صدق وثبات المقياس في الدراسة الحالية تم تطبيقه على عينة استطلاعية قوامها (١٢٠) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة. وللتحقق من الاتساق الداخلي للمقياس تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للبعد المنتمية إليه، وتراوحت قيم معاملات الارتباط بين (٠.٨٣ ، ٠.٧١) لعبارات البعد الأول، وبين (٠.٧٧ ، ٠.٦٣) لعبارات البعد الثاني، وبين (٠.٧٩ ، ٠.٦١) لعبارات البعد الثالث، وبين (٠.٧٤ ، ٠.٥٩) لعبارات البعد الرابع، وبين (٠.٨١ ، ٠.٧٤) لعبارات البعد الخامس، وبين (٠.٧٧ ، ٠.٧١) لعبارات البعد السادس. كما تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد فرعي والدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي. وبلغت قيم معاملات الارتباط (٠.٨٣ ، ٠.٧٩ ، ٠.٨٥ ، ٠.٦٩ ، ٠.٧٤ ، ٠.٧٩) على الترتيب. وجميعها دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١).

كما تم التحقق من صدق المقياس عن طريق التحليل العامل للمصفوفة الارتباطية التي تتضمن الأبعاد الفرعية المكونة لمقياس أسلوب الحياة الصحي. وأسفرت النتائج عن تشبع جميع العوامل الفرعية على عامل واحد بجذر كامن (٣.٢٤) ويفسر (٦١.١١%) من التباين الكلي. وتشبعات العوامل الفرعية على الترتيب هي: (٠.٧٨ ، ٠.٧٩ ، ٠.٨٦ ، ٠.٧١ ، ٠.٦٩ ، ٠.٥٥). وتشير هذه النتائج إلى تحقق الصدق العملي بدرجة كبيرة لمقياس أسلوب الحياة الصحي بشكل يدفع نحو الثقة في استخدامه في الدراسة الحالية.

وللتأكد من ثبات المقياس، تم حساب معاملات ألفا كرونباخ لعبارات كل بعد على حدة، وتراوحت قيم معاملات الثبات بين (٠.٦٨ ، ٠.٧٩). وبلغت للدرجة الكلية (٠.٨١)، كما تم استخدام طريقة التجزئة النصفية، وحساب معامل ارتباط "بيرسون" بين درجات العبارات الفردية، ودرجات عبارات الزوجية، ومعالجة النتائج باستخدام معادلة "سبيرمان - براون"، وتراوحت قيم معاملات الثبات بين (٠.٧١ - ٠.٧٧)، وجميعها قيم مرتفعة تعكس تمتع المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات.

نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول:

ينص الفرض على الآتي: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة".

ولاختبار صحة هذا الفرض تم حساب معامل الارتباط (بطريقة بيرسون) بين الدرجات الخام لأفراد عينة الدراسة الكلية علي مقياس التعاطف مع الذات ودرجاتهم علي مقياس أسلوب الحياة الصحي. ويوضح جدول (٢) نتائج ذلك.

جدول (٢)

معاملات الارتباط ومستوي دلالتها بين درجات أفراد العينة (ن=٢٠٧) علي
مقياس التعاطف مع الذات ودرجاتهم علي مقياس أسلوب الحياة الصحي

التعاطف مع الذات						المعيار	أسلوب الحياة الصحي
التوحد المفرط	اليقظة العقلية	العزلة	الإنسانية العامة	الحكم الذاتي	الرحمة بالذات		
*٠.٤٩-	*٠.٣٦	*٠.٤٥-	*٠.٥٩	*٠.٦١-	*٠.٤٩	تقدير قيمة الحياة	
*٠.٥٣-	*٠.٤٢	*٠.٥٨-	*٠.٦٧	*٠.٤٢-	*٠.٤٣	المسؤولية الصحية	
*٠.٤٢-	*٠.٥١	*٠.٤٩-	*٠.٥٣	*٠.٤٥-	*٠.٥٤	الطعام الصحي	
*٠.٤٦-	*٠.٣٤	*٠.٥١-	*٠.٦٥	*٠.٥٤-	*٠.٤٩	المساندة الاجتماعية	
*٠.٣٩-	*٠.٤٨	*٠.٣٨-	*٠.٤٤	*٠.٥٩-	*٠.٥١	النشاط البدني	
*٠.٥١-	*٠.٥٥	*٠.٤١-	*٠.٣٩	*٠.٤٣-	*٠.٣٧	إدارة الضغوط	
*٠.٥٨-	*٠.٦١	*٠.٥٩-	*٠.٦٩	*٠.٦٣-	*٠.٥٧	الدرجة الكلية	

* دالة عند مستوى (٠.٠٠١).

تشير النتائج الواردة في جدول (٢) إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١)، انحصرت قيمته بين (٠,٣٧ ، ٠,٥٧) بين الحنو على الذات وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وانحصرت قيمته بين (٠,٣٩ ، ٠,٦٩) بين الإنسانية المشتركة وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وانحصرت قيمته بين (٠,٣٤ ، ٠,٦١) بين اليقظة العقلية وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وكذلك إلى وجود ارتباط سالب دال إحصائيًا عند مستوى دلالة (٠,٠١) انحصرت قيمته بين (-٠,٤٢ ، -٠,٦٣) بين الحكم الذاتي وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وانحصرت قيمته بين (-٠,٣٨ ، -٠,٥٩) بين العزلة وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وانحصرت قيمته بين (-٠,٣٩ ، -٠,٥٨) بين التوحد المفرط وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الأول.

نتائج الفرض الثاني:

ينص الفرض على الآتي: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من أفراد عينة الدراسة في التعاطف مع الذات.

ولاختبار صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واستخدام أسلوب (ت)، وذلك لتقدير مستوى دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من أفراد عينة الدراسة في التعاطف مع الذات. ويوضح جدول (٣) نتائج ذلك.

جدول (٣)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث في التعاطف مع الذات

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	إناث ن=١١٨		ذكور ن=٨٩		الجنس
		ع	م	ع	م	الأبعاد
٠.٠١	٤.٥٩	٤.٨٩	١٣.٤٦	٢.٤٨	١٥.٨٦	الحنو على الذات
٠.٠٥	٢.٠٦	٣.٧١	١٢.١٣	٥.٢٣	١٣.١٥	الحكم الذاتي
٠.٠١	٣.٢٨	٣.٤٢	١٤.٣٦	٢.٨٢	١٥.٧٨	الإنسانية المشتركة
٠.٠١	٣.٨٧	٣.٣٤	١١.٩٩	٤.١٣	١٤.٠٠	العزلة
٠.٠٥	١.٩٧	٢.٩٥	١١.٣٥	٣.٨٤	١٢.٢١	اليقظة العقلية
٠.٠١	٤.١٦	٢.٥٦	١٣.٠٨	٢.٤٦	١٤.٥٤	التوحد المفرط

تشير النتائج الواردة في جدول (٣) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين الذكور والإناث في أبعاد: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، وعند مستوى (٠.٠٥) في بعد: اليقظة العقلية لصالح الذكور. ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) في بعدي: العزلة، والتوحد المفرط، وعند مستوى (٠.٠٥) بعد الحكم الذاتي لصالح الإناث، وبهذه النتيجة يمكن رفض صحة الفرض الثاني.

نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض على الآتي: توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث من أفراد عينة الدراسة في أسلوب الحياة الصحي.

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واستخدام أسلوب (ت)، وذلك لتقدير مستوى دلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث في أسلوب الحياة الصحي. ويوضح جدول (٤) نتائج ذلك.

جدول (٤)

قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث في أسلوب الحياة الصحي

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	إناث ن=١١٨		ذكور ن=٨٩		الجنس
		ع	م	ع	م	الأبعاد
٠.٠١	٣.٦٣	٢.٨٠	٢٦.٦٧	٧.٢٠	٢٤.٠٣	تقدير قيمة الحياة
٠.٠١	٣.٠١	٣.٩٤	٢٩.١٣	٥.١٤	٢٧.٢٢	المسئولية الصحية
٠.٠١	٦.١٥	٢.٦٤	٢٣.٦٤	٣.٢٨	٢١.٠١	الطعام الصحي
٠.٠١	٢.٦٨	٢.٢٨	١٧.٨٤	٢.٧٥	١٦.٩٣	المساندة الاجتماعية
غير دالة	١.٤٠	٢.٥١	٢١.٣٩	٢.٨٠	٢١.٩٠	النشاط البدني
٠.٠١	٣.٤٢	٢.٧٢	١٤.٢٠	٢.٤٩	١٢.٩٤	إدارة الضغوط
٠.٠١	٤.١٣	١٠.٦٩	١٣٢.٨٦	١٩.٣٥	١٢٤.١٥	الدرجة الكلية

تشير النتائج الواردة في جدول (٤) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين الذكور والإناث في جميع أبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية،

باستثناء بعد النشاط البدني، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق بينهما. وهذه النتيجة تحقق صحة الفرض الثالث بشكل كبير.

نتائج الفرض الرابع:

ينص الفرض على الآتي: " تسهم بعض أبعاد التعاطف مع الذات دون غيرها في التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة".

ولاختبار مدى صحة هذا الفرض تم حساب تحليل الانحدار متعدد الخطوات بطريقة **Stepwise** على اعتبار أن أسلوب الحياة الصحي متغير تابع، وأبعاد التعاطف مع الذات متغير مستقل، وذلك بهدف معرفة أي من أبعاد التعاطف مع الذات يمكن أن تسهم في التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي لدى عينة الدراسة من طلاب الجامعة. ويوضح جدول (٥) نتائج ذلك.

جدول (٥)

معاملات الانحدار المتعدد لأبعاد التعاطف مع الذات المنبئة بأسلوب الحياة الصحي

المتغيرات المستقلة المنبئة	المتغير التابع	الثابت	الارتباط المتعدد R	نسبة المساهمة R ²	قيمة بيتا Beta	قيمة ت ودالاتها
الحنو على الذات	تقدير	١٠, ٦٧	, ٥٥	, ٣١	٠, ٢٥	*٣, ٨٥
الحكم الذاتي	قيمة				٠, ٢١-	**٢, ٣٥
الإنسانية المشتركة	الحياة				٠, ٢٨	*٢, ٩٩
اليقظة العقلية					٠, ٣٥	*٣, ٢٨

التعاطف مع الذات كمنبئ بأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة
د. فتحي عبد الرحمن الضبع

*٣, ١٠	٠.٢٣-					التوحد المفرط
*٤, ١٩	., ٣١					الحنو على الذات
*٢, ٧١	., ٢٥	, ٢٢	, ٤٧	١٨, ١٤	المسئولية الصحية	الإنسانية المشتركة
*٧, ٦٢	., ٣٩					اليقظة العقلية
*٤, ٦٧	., ٣١					الحنو على الذات
*٣, ٥٢	., ٢٧	, ١٣	, ٣٤	١٥, ٢٣	الطعام الصحي	اليقظة العقلية
*٨, ٣٣	., ٢٥					الإنسانية المشتركة
*٤, ١٩	٠.٢١-	, ٢٧	, ٥٢	١٢, ٢٣	المساندة الاجتماعية	العزلة
*٣, ٨٩	., ٢٢					اليقظة العقلية
*٢.٩٣	٠.٢٠-					التوحد المفرط
*٥, ٤٤	., ٣٥					, ١٢
*٢, ٩٥	., ٢٠	, ٢٣	, ٤٤	٧, ٨٤	إدارة الضغوط	الحنو على الذات
*١, ٩٩	., ١٧					الإنسانية المشتركة

*٣, ٨٦	., ٢٨					اليقظة العقلية
*٣, ٢٠	., ٣٠					الحنو على الذات
*٣, ١٥	٠.١٩-					الحكم الذاتي
*٣, ٠٧	., ٢٦					الإنسانية المشتركة
**١.٩٨	٠.٢٦-					العزلة
*٥, ٨٧	., ٣٤	, ٣٨	, ٦١	٦٧, ٧٥	أسلوب الحياة الصحي (الدرجة الكلية)	اليقظة العقلية
*٢.٧١	٠.٢٠-					التوحد المفرط

* دالة عند مستوى ٠,٠١ ** دالة عند مستوى ٠,٠٥

تشير النتائج الواردة في جدول (٥) إلى مايلي:

- ١- أن أبعاد التعاطف مع الذات تسهم في التنبؤ بالحياة الصحية ماعدا بعد العزلة، حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لمعاملات انحدار الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية، والتوحد المفرط، وعند مستوى (٠,٠٥) لمعاملات انحدار الحكم الذاتي، بينما لم توجد دلالة لبعد: العزلة. وانحصرت قيمة بيتا بين (-٠,٢١) للحكم الذاتي، و(٠,٣٥) لليقظة العقلية، وكانت نسبة المساهمة ($R^2 = ٣١$)، ويعني ذلك أن أبعاد: الحنو على الذات، والحكم الذاتي، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية، والتوحد المفرط يفسرون (٣١%) من التباين في الحياة الجيدة. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية على النحو التالي:

الحياة الجيدة = ٣٥ ،، X اليقظة العقلية + ٢٨ ،، X الإنسانية المشتركة + ٢٥ ،، X
الحنو على الذات - ٢٣ ،، X التوحد المفرط - ٢١ ،، X الحكم الذاتي + ٦٧ ،، ١٠

٢- أن أبعاد: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية تسهم في التنبؤ
بالمسؤولية الصحية، حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لمعاملات انحدار
الأبعاد الثلاثة، بينما لم توجد دلالة لأبعاد: الحكم الذاتي، العزلة، والتوحد المفرط.
وانحصرت قيمة بيتا بين (٠,٢٥) للإنسانية العامة، و(٠,٣٩) لليقظة العقلية، وكانت
نسبة المساهمة ($R^2 = ٠,٢٢$)، ويعني ذلك أن أبعاد: الحنو على الذات، والإنسانية
المشتركة، واليقظة العقلية يفسرون (٢٢%) من التباين في المسؤولية الصحية ويمكن
صياغة المعادلة التنبؤية على النحو التالي: المسؤولية الصحية = ٣٩ ،، X اليقظة
العقلية + ٣١ ،، X الحنو على الذات + ٢٥ ،، X الإنسانية المشتركة + ١٤ ،، ١٨

٣- أن بعدي: الحنو على الذات، واليقظة العقلية يسهمان في التنبؤ بالطعام الصحي،
حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لمعاملات انحدار البعدين، بينما لم
توجد دلالة لأبعاد: الحكم الذاتي، والإنسانية المشتركة، والعزلة، والتوحد المفرط.
وانحصرت قيمة بيتا بين (٠,٢٧) لليقظة العقلية، و(٠,٣١) للإنسانية العامة، وكانت
نسبة المساهمة ($R^2 = ٠,١٣$)، ويعني ذلك أن بعدي: الحنو على الذات، واليقظة
العقلية يفسران (١٣%) من التباين في الطعام الصحي. ويمكن صياغة المعادلة
التنبؤية على النحو التالي:

الطعام الصحي = ٣١ ،، X اليقظة العقلية + ٣١ ،، X الحنو على الذات + ٢٣ ،، ١٥

٤- أن أبعاد: الإنسانية المشتركة، والعزلة، واليقظة العقلية، والتوحد المفرط تسهم في
التنبؤ بالمساندة الاجتماعية، حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) لمعاملات
انحدار هذه الأبعاد، بينما لا توجد دلالة لأبعاد: الحنو على الذات، والحكم الذاتي،
وانحصرت قيمة بيتا بين (-٠,٢٠) للتوحد المفرط، و(٠,٢٥) للإنسانية العامة، وكانت

نسبة المساهمة ($R^2 = 0.27$)، ويعني ذلك أن أبعاد: الإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية، والعزلة، والتوحد المفرط يفسرون (27%) من التباين في المساندة الاجتماعية. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية على النحو التالي:

$$\text{المساندة الاجتماعية} = 25 + X_{\text{الإنسانية المشتركة}} + 22 \cdot X_{\text{اليقظة العقلية}} - 0.20 \cdot X_{\text{التوحد المفرط}} - 0.22 \cdot X_{\text{العزلة}} + 0.23, 12$$

٥- أن بعد اليقظة العقلية فقط يسهم في التنبؤ بالأنشطة البدنية، حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) لمعاملات انحدار هذا البعد، وبلغت قيمة بيتا (0,35)، وكانت نسبة المساهمة ($R^2 = 0.12$)، ويعني ذلك أن اليقظة العقلية تفسر (12%) من التباين في النشاط البدني. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية على النحو التالي:
النشاط البدني = 35 + X_{اليقظة العقلية} + 0.24, 31

٦- أن أبعاد: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية، تسهم في التنبؤ بإدارة الضغوط، حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (0,01) لمعاملات انحدار بعدي: الحنو على الذات، واليقظة العقلية، وعند مستوى (0,05) لبعد الإنسانية المشتركة، وانحصرت قيمة بيتا بين (0,17) للإنسانية العامة، و(0,28) اليقظة العقلية، وكانت نسبة المساهمة ($R^2 = 0.23$)، ويعني ذلك أن أبعاد: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية يفسرون (23%) من التباين في إدارة الضغوط. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية على النحو التالي:

$$\text{إدارة الضغوط} = 28 + X_{\text{اليقظة العقلية}} + 20 \cdot X_{\text{الحنو على الذات}} + 0.17 \cdot X_{\text{الإنسانية المشتركة}} + 0.84, 7$$

٧- أن أبعاد التعاطف مع الذات تسهم في التنبؤ بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، حيث توجد دلالة إحصائية عند مستوى (0,01). لمعاملات انحدار الحنو على الذات، الحكم الذاتي، والإنسانية المشتركة، والتوحد المفرط، واليقظة العقلية، وعند مستوى

(٠,٠٥)، للعزلة، وانحصرت قيمة بيتا بين (-٠,٢٦) للعزلة، و(٠,٣٤) لليقظة العقلية، وكانت نسبة المساهمة ($R^2 = ٠,٣٨$)، ويعني ذلك أن أبعاد التعاطف مع الذات يفسرون (٣٨%) من التباين في الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية على النحو التالي:

$$\begin{aligned} \text{أسلوب الحياة الصحي} = & ٠,٣٤ \times \text{اليقظة العقلية} + ٣٠ \times \text{الحنو على الذات} + ٠,٢٦ \times \\ & \text{الإنسانية المشتركة} - ٠,١٩ \times \text{الحكم الذاتي} - ٠,٢٠ \times \text{التوحد المفرط} - \\ & ٠,٢٦ \times \text{العزلة} + ٦٧,٧٥ \end{aligned}$$

مناقشة النتائج وتفسيرها:

بالرجوع إلى نتائج الفرض الأول الواردة في جدول (٢) يتضح أن هناك ارتباطاً موجباً ودالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين الأبعاد الموجبة للتعاطف مع الذات، وهي (الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، واليقظة العقلية) وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وأن هناك ارتباطاً سالباً ودالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠١) بين الأبعاد السالبة للتعاطف مع الذات، وهي (الحكم الذاتي، والعزلة، والتوحد المفرط) وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وهذه النتائج في مجملها تحقق صحة الفرض الأول. ووفقاً لمعنى الدرجة على مقياسي: التعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحية، تعني هذه النتائج أنه كلما ارتفعت درجات الأفراد على الأبعاد الإيجابية للتعاطف مع الذات، ارتفعت تبعاً لذلك درجاتهم على أسلوب الحياة الصحي؛ مما يعني أنهم يتبعون أساليب صحية في حياتهم، وكلما ارتفعت درجات الأفراد على الأبعاد السلبية للتعاطف مع الذات، انخفضت تبعاً لذلك درجاتهم على أسلوب الحياة الصحي، مما يعني أنهم يتبعون أساليب غير صحية في حياتهم. ويمكن تفسير ذلك بأن التعاطف مع الذات قد يجعل الفرد يفعل الأشياء الصحية بدلاً من الأشياء التي قد تضر صحته. وأنه يمكن أن يؤثر على عادات تناول الطعام، ومقدار ما يتناوله الفرد من طعام، وممارسته للأنشطة البدنية، وكيفية إدارته للضغوط التي تواجهه.

وتتفق هذه النتيجة مع ما ورد ذكره في الإطار النظري للدراسة الحالية، وأيدته نتائج دراساتنا السابقة التي تناولت العلاقة بين التعاطف مع الذات وبعض مؤشرات السلوك الصحي، ومن أمثلتها دراسات: (Iskender & Akin, 2011; Wasylkiw, Roberts MacKinnon, & MacLellan, 2012; Brooks et al., 2012) (Adams & Leary, 2007 ; & Danoff-Burg, 2010).

وبالنظر إلى نتائج الفرض الثاني بشأن الفروق بين الذكور والإناث في التعاطف مع الذات، فقد أشارت النتائج الموضحة في جدول (٣) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين الذكور والإناث في أبعاد: الحنو على الذات، والإنسانية المشتركة، وعند مستوى (٠,٠٥) في بعد: اليقظة العقلية لصالح الذكور. ووجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) في بعدي: العزلة، والتوحد المفرط، وعند مستوى (٠,٠٥) في بعد: الحكم الذاتي لصالح الإناث. وهذه النتائج في جملتها تشير إلى أن الذكور أكثر تعاطفًا مع ذواتهم من الإناث.

ويمكن القول، إن هذه النتائج جاءت مسابرة لنتائج بعض الدراسات العالمية التي تناولت الفروق الجنسية في التعاطف مع الذات؛ حيث اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع نتائج دراسات (Neff, ; Neff & Vonk, 2009 Neff & McGhee, 2010) التي أكدت وجود فروق في التعاطف مع الذات لصالح الذكور، كما اتفقت جزئيًا مع نتائج دراسة (Neff, Pisitsungkagarn, & Hseih, 2008) التي أشارت إلى وجود فروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات لصالح الذكور في العينتين: الأمريكية، والتايبوانية، بينما كانت الفروق لصالح الإناث في العينة التايلاندية فقط. واختلفت مع نتائج دراسات كل من: (Brooks et ; Neff & Pommier, 2012) (Neff, Kirkpatrick, & Rude, Iskender, 2009, 2011; al., 2012) 2007; التي أشارت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الأنثى تبالغ في انفعالاتها ومشاعرها عندما تتعرض لمواقف مؤلمة في حياتها لدرجة أنها تأكل في نفسها بالتعبير الدراج في ثقافتنا، فضلاً عن أنها قد تتوحد مع هذه المشاعر، وتعيش أسيرة لها لفترة طويلة، ولا تستطيع أن تفصل نفسها عن مشاعرها معتقدة أن ما تتعرض له من معاناة يخصها وحدها، وليست خبرات إنسانية مشتركة يمر بها جميع البشر.

وقد يتعارض ذلك مع ما يتواتر ذكره في الأدبيات النظرية، ويؤكدده الواقع من أن الأنثى بطبيعتها عطوفة وحنونة وودودة وأكثر تعاطفاً نحو الآخرين، وبدافع الأمومة لديها عطاء للآخر بلا حدود. وهذا الطرح دعّمته نتائج دراسات عديدة، ومنها دراسات: (خليل، ٢٠١١; Rueckert & Naybar, 2008; محمد، والضبع، ٢٠٠٧) التي أشارت نتائجها إلى أن الإناث يظهرن المشاعر والفهم التعاطفي نحو الآخرين بدرجة أكبر من الذكور. وقد ذكرت كل من: **Neff & Pommier** أن الإناث أقل تعاطفاً مع ذواتهن من الذكور على الرغم من أنهن يظهرن تعاطفاً نحو الآخرين بدرجة تفوق الذكور (**Neff & Pommier, 2012**).

وجاءت نتائج الفرض الثالث الواردة في جدول (٥) لتساير نتائج الدراسات السابقة في مجال الفروق الجنسية في أسلوب الحياة الصحي، حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠.٠١) بين الذكور والإناث في جميع أبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية، باستثناء بعد الأنشطة البدنية، فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق بينهما.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسة (**Suraj & Singh, 2011**) التي أشارت إلى وجود فروق في ممارسة الأنشطة الرياضية لصالح الذكور، ولصالح الإناث في المسؤولية الصحية، والعناية الذاتية، والعلاقات الاجتماعية، ونتائج دراسة (**Tirodimos et al., 2009**) التي أشارت إلى وجود فروق لصالح الإناث في الطعام الصحي، ولصالح الذكور في ممارسة التمرينات الرياضية، ونتائج دراسة (**Peker & Bermk, 2011**)

التي أشارت إلى وجود فروق لصالح الإناث في المسؤولية الصحية، ونتائج دراسة (أحمد، ٢٠٠٩) التي أشارت وجود فروق لصالح الإناث في الدرجة الكلية لأسلوب الحياة وأبعاده الفرعية، ودراسة (Karadeniz et al., 2008) التي أشارت إلى فروق بين الجنسين في أسلوب الحياة الصحي، والسلوكيات المرتبطة بالطعام، وذلك لصالح الإناث.

وهذا يعني أن الإناث يتبنين في حياتهن أساليب صحية أكثر من الذكور، ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن الذكور عمومًا أكثر إهمالاً في الاهتمام بصحتهم واتباع أساليب صحية مقارنة بالإناث، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة المرأة التي تسعى دائماً إلى المحافظة على صحتها باتباع أساليب صحية سواء في النظام الغذائي، أو الالتزام بساعات النوم الصحية، واتباعها قواعد النظافة العامة، والمحافظة على وزنها وممارسة أنشطة اللياقة البدنية بانتظام، وقد يكون ذلك له علاقة بمسئوليتها الصحية ليس عن نفسها فحسب، بل لأن صحتها تتعكس على الأسرة بأكملها.

ويمكن تفسير تفوق الإناث على الذكور في بعدي: المساندة الاجتماعية وإدارة الضغوط في ضوء النموذج النفسي الفسيولوجي الذي قدمته (Taylor, 2000) لتوضيح طريقة الإناث المميزة للاستجابة للضغوط، حيث تستجيب الإناث للمواقف الضاغطة بطريقة تختلف عن الطريقة التقليدية (الهجوم أو الهروب) التي يستخدمها الذكور والتي أسمتها Taylor نموذج (الرعاية والدعم أو المساندة). ويفترض هذا النموذج أن الإناث يستجيب للضغوط من خلال مسارين رئيسيين يتمثلان في السعي لحماية أنفسهن وصغارهن من خلال سلوكيات الرعاية، والسعي لطلب المساندة والدعم الاجتماعي من مجموعة اجتماعية غالبًا ما تكون من الإناث الأكثر خبرة أو الأكبر سنًا منهن، واستجابة الإناث للضغوط تحدث في سياق أنها الراعي الأول للأبناء في الأسرة مما يجعل من الصعب مواجهة المشقة بالطريقة التقليدية (الهجوم أو الهروب) التي قد تعرضها وصغارها للمخاطر. وتفسير ذلك على المستوى الفسيولوجي يكمن في أنه على الرغم من أن جسم الإناث يفرز الهرمونات نفسها التي يفرزها جسم الذكور في المواقف الضاغطة والتي

تؤدي إلى استجابة الهجوم والعدوان، إلا أن عدوان المرأة يميل إلى أن يكون عقائدياً في طبيعته نتيجة للظروف الاجتماعية والثقافية وطريقة التنشئة التي نشأت بها وطبيعة الموقف الذي يتطلب منها العناية بالآخرين في المواقف الضاغطة. وهناك استجابة فسيولوجية أخرى تثبط من استجابة الهروب لدى الإناث في حالة التعرض لموقف ضاغطة، وتتمثل في إفراز هرمون الأوكسيتوسين الذي يحث على الاسترخاء ويقلل من الاستجابة النموذجية المعتادة (الهجوم أو الهروب). هذا الهرمون يحث سلوك الرعاية ويزيد الارتباط بين الأم وأبنائها. أما بالنسبة للدعم والمساندة الاجتماعية من الآخرين في أوقات التعرض للضغوط، فقد وجد الباحثون أن الإناث يملن للتواجد مع الآخرين وخاصة الإناث عندما يكن في ظروف ضاغطة، بينما لا يميل الذكور لذلك، فالمرأة تسعى أكثر من الرجال إلى الدعم الاجتماعي في كل أنواع المواقف الضاغطة (مثل المشكلات الصحية، ومشكلات التفاعل، والصراعات في الأسرة والعمل) (نقلاً عن: أبو النيل، ٢٠٠٧).

وقد تكون هناك منطقية في عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في بعد الأنشطة البدنية كأحد أبعاد السلوك الصحي. ويمكن تبرير ذلك بأن عينة الدراسة الكلية سواء من الذكور أو الإناث تنتمي إلى مرحلة المراهقة المتأخرة التي يسعى فيها كلا الجنسين إلى تحقيق الهوية والاستقلالية، وقد يتحقق ذلك من خلال ممارسة الأنشطة الرياضية داخل الفريق الرياضي. ومن جانب آخر، قد يرتبط ذلك بإدراك الفرد لأهمية صورة الجسم ومظهره العام في تحقيق نموه السوي، وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاته الجسمية كأحد الأبعاد الرئيسية لمفهوم الذات عموماً. وإذا كانت الصورة الجسدية تؤثر في التكوين النفسي والاجتماعي للجنسين على حد سواء؛ فإن هذا التأثير قد ينسحب وربما بشكل أكبر على الأنثى، ويمكن تفسير ذلك في ضوء أن الأنثى تعول على مظهرها وشكلها الخارجي دوراً كبيراً في جاذبيتها وقبولها لدى الآخرين، خاصة وأن عينة الدراسة في السنة النهائية الجامعية وعلى أعتاب التخرج، وبالتالي، فإن ممارسة الفتاة للأنشطة البدنية كأسلوب

صحي سواء أكان ذلك في الصالات المغلقة داخل الجامعة أو منفردة في منزلها من أجل الحفاظ على قوامها وصورتها الجسدية المثالية في عيون الآخرين.

وجاءت النتائج الواردة في جدول (٥) لتحقيق صحة الفرض الرابع بدرجة كبيرة، حيث كانت نسب إسهام بعد الحنو على الذات على النحو التالي (٠.٣١ ، ٠.٣١ ، ٠.٣٠ ، ٠.٢٥ ، ٠.٢٠) في التنبؤ بأبعاد: المسؤولية الصحية، والطعام الصحي، والحياة الجيدة، وإدارة الضغوط، والدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي على الترتيب، بينما كانت نسب إسهام الحنو على الذات غير دالة إحصائياً مع بعدي: المساندة الاجتماعية (٠.٠٠٧)، والأنشطة البدنية (٠.٠٩٢). وأسهم بعد الحكم الذاتي بقيم (- ٠.٢١ ، - ٠.١٩) في التنبؤ بكل من: الحياة الصحية، والدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي على الترتيب، بينما كانت نسب إسهام الحكم الذاتي غير دالة إحصائياً مع كل من: المسؤولية الصحية (- ٠.٠٤٤)، والطعام الصحي (- ٠.٠٧٥)، والمساندة الاجتماعية (- ٠.٠٦٥)، والأنشطة البدنية (- ٠.١١)، وإدارة الضغوط (- ٠.٠٢٥). وأسهم بعد الإنسانية المشتركة بقيم (٠.٢٨ ، ٠.٢٦ ، ٠.٢٥ ، ٠.٢٥ ، ٠.١٧) في التنبؤ بكل من: الحياة الصحية، والدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، والمسؤولية الصحية، والمساندة الاجتماعية، وإدارة الضغوط على الترتيب، بينما كانت نسب إسهام الإنسانية المشتركة غير دالة إحصائياً مع كل من: الطعام الصحي (٠.٠٥٣)، والأنشطة البدنية (٠.٠٤٦). وأسهم بعد العزلة بقيم (- ٠.٢٦ ، - ٠.٢١) في التنبؤ بكل من: الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، والمساندة الاجتماعية على الترتيب، بينما كانت نسب إسهام العزلة غير دالة إحصائياً مع كل من: الحياة الصحية (- ٠.٠٩١)، والمسؤولية الصحية (- ٠.٠٧٣)، والطعام الصحي (- ٠.٠٧٥)، والأنشطة البدنية (- ٠.٠٣٥)، وإدارة الضغوط (- ٠.١٠). وأسهم بعد اليقظة العقلية بقيم (٠.٣٩ ، ٠.٣٥ ، ٠.٣٥ ، ٠.٣٤ ، ٠.٢٨ ، ٠.٢٧ ، ٠.٢٢) في التنبؤ بكل من: المسؤولية الصحية، الحياة الصحية، والأنشطة البدنية، الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، إدارة الضغوط، الطعام الصحي،

والمساندة الاجتماعية على الترتيب، وأسهم بعد التوحد المفرط بقيم (-٠.٢٠، -٠.٢٠)،
-٠.٢٣) في التنبؤ بكل من: الدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، والمساندة
الاجتماعية، والحياة الصحية على الترتيب، بينما كانت نسب إسهام التوحد المفرط غير
دالة إحصائيًا مع كل من: المسؤولية الصحية (-٠.٠٢١)، والطعام الصحي (-
٠.٠١٢)، والأنشطة البدنية (-٠.١٣)، وإدارة الضغوط (-٠.٠٢١).

وتشير النتائج السابقة إلى أن أبعاد التعاطف مع الذات تعد منبئًا جيدًا بالدرجة
الكلية لأسلوب الحياة الصحي، وأبعاده الفرعية مع اختلاف نسب إسهام كل بعد منها،
وجاء بعد اليقظة العقلية كأقوى أبعاد التعاطف مع الذات، حيث تتبأ بجميع أبعاد أسلوب
الحياة الصحي والدرجة الكلية له. ويتفق ذلك مع نتائج دراسة (Roberts & Danoff،
2010) التي أشارت إلى أن اليقظة العقلية تسهم في تعزيز الصحة الجسمية
والنفسية لدى طلاب الجامعة. ومع نتائج دراسة (Iskender & Akin، 2011) التي
أشارت إلى أن أبعاد: الحكم الذاتي، والعزلة، والتوحد المفرط، تتبأ بإدمان الإنترنت كأحد
السلوكيات غير الصحية، وأنها تفسر حوالي (٧٢%) من التباين الكلي في إدمان
الإنترنت.

توصيات الدراسة ومقترحاتها:

في ضوء ما أسفرت عنه الدراسة الحالية من نتائج، فإنها توصي بتطوير برامج
إرشادية تهدف إلى تبصير طلاب الجامعة بأن الرفق بالنفس، وتقبل عيوبها ونقائصها
ربما تكون الخطوة الأولى في طريق صحة أفضل ودحض الاعتقاد السائد في ثقافتنا بأن
التشدد مع أنفسنا يمكّننا من أن نعمل الأفضل، بالإضافة إلى تصميم برامج إرشادية لتنمية
التعاطف مع الذات لدى المراهقين في مواقف الشدة والأزمات، وتبني المرشدين
والمعالجين النفسيين للعلاج القائم على التعاطف مع الذات في مؤسسات رعاية المراهقين
والشباب. وضرورة الاهتمام بالأنشطة المختلفة داخل الجامعة التي تعمل على تطوير
المهارات الانفعالية لدى الطلاب، وخاصة مهارة التعامل برفق مع الذات، واستخدامها

كمدخل للتغيير والنمو والتطوير الذاتي بعيداً عن استراتيجيات النقد الذاتي وجلد الذات. وضرورة الاهتمام ببرامج أسلوب الحياة الصحي، وذلك من خلال إدماجها بحيث تصبح جزءاً أساسياً من المناهج الدراسية في المراحل التعليمية المختلفة، وبخاصة المرحلة الجامعية حتى تحقق أهداف التربية الصحية، والاهتمام بتصميم برامج إرشادية لدى أفراد المجتمع عامة تسهم في تبنيهم لأساليب حياة صحية من شأنها أن تعزز صحتهم الجسمية والنفسية وتوافقهم بشكل عام.

واستكمالاً لحلقة البحث في هذا المجال، فإن الدراسة الحالية تقترح مواصلة الجهود البحثية التي تدور حول التعاطف مع الذات في البيئة المصرية خصوصاً والبيئة العربية عمومًا، وذلك للكشف عن ارتباطه بمتغيرات نفسية واجتماعية أخرى، أو مدى إسهامه في التنبؤ ببعض المتغيرات النفسية كالسعادة، وجودة الحياة، وتنظيم الذات، وصورة الجسم، واضطرابات الأكل، وتعاطي الكحول والعقاقير، وإدمان الإنترنت، أو استخدامه كبنية إرشادية علاجية للتخفيف من بعض الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، فضلاً عن إجراء مزيد من الدراسات حول تأثير متغيرات: العمر الزمني، والحالة الاجتماعية الاقتصادية، ومستوى التعليم على أسلوب الحياة الصحي، ودراسة الفروق بين العاديين وعينات إكلينيكية، أو ذوي الأمراض المزمنة، أو ذوي الاضطرابات السيكوسوماتية في أسلوب الحياة الصحي.

المراجع:

١. أبو النيل، هبة الله محمود (٢٠٠٧). المترتبات الصحية لعمل المرأة وتعليمها
وأسلوب حياتها. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ١٧ (٥٤)، ٢٦٠-٣٩٦.
٢. أحمد، بشرى إسماعيل (٢٠٠٩). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومفهوم الذات
كمنبئات بأسلوب الحياة لدى طلاب الجامعة. *مجلة علم النفس المعاصر والعلوم
الإنسانية*، ٢٠، ١٧٣-٢٤٥.
٣. البنا، إيمان عبد الله (٢٠٠٤). الأليكسيثيميا (صعوبة تحديد ووصف المشاعر)
وأنماط التعامل مع الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة. *حوليات كلية الآداب
جامعة عين شمس*، ٣١، ١٥-٥٧.
٤. جابر، جابر عبد الحميد (٢٠٠٣). الذكاءات المتعددة والفهم: تنمية وتعميق.
القاهرة: دار الفكر العربي.
٥. حجازي، جولتان حسن (٢٠٠٩). قلق الموت وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى
القلب في محافظات غزة. *مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر*، ٣ (١٤٣)، ٢١٣-
٢٥٠.
٦. خطاب، كريمة سيد (٢٠١١). فعالية الذات كمحدد نفسي لكل من الإفصاح عن
الذات وأنماط السلوك الصحي لدى عينة من الراشدين. *مجلة دراسات عربية في
علم النفس*. رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، (١٠)، ١١٩-١٥٤.
٧. خليل، عفراء إبراهيم (٢٠١١). طبيعة العلاقة الارتباطية بين التعاطف والسلوك
العدواني دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في مدارس بغداد
الرسمية. *مجلة جامعة دمشق*، ٢٧ (٣)، ١٣١-١٦١.
٨. رضوان، سامر جميل، ريشكة، كونراد (٢٠٠١). السلوك الصحي والاتجاهات نحو

الصحة (دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان). مجلة شئون اجتماعية، الإمارات العربية المتحدة، ١٨ (٧٢)، ٢٥-٦٦.

٩. الصبوة، محمد نجيب ؛ المحمود، شيماء يوسف (٢٠٠٧). بعض المتغيرات المزاجية والمعرفية المنبئة بممارسة السلوك الصحي الإيجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت. مجلة دراسات نفسية، رابطة الإخصائيين النفسيين المصرية، ٦ (١)، ١٠٤٨.

١٠. الصبوة، محمد نجيب ؛ الدق، أميرة محمد (٢٠٠٩). الفروق بين مرضى الكبد الفيروسي س المزمن والأصحاء في بعض أنماط السلوك الصحي وفعالية الذات والحالة العقلية. مجلة دراسات عربية في علم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٨ (٢)، ٢٦٣-٣١٤.

١١. عبد العظيم، محمد محمود (٢٠٠٦). أسلوب الحياة لدى المبدعين. مجلة دراسات نفسية، رابطة الإخصائيين النفسيين المصرية، ٥ (٢)، ٧٢٧-٧٣٤.

١٢. محمد، رمضان عبد اللطيف ؛ الضبع، فتحي عبد الرحمن (٢٠٠٧). التعاطف وعلاقته بالسلوك العدوانى لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة الثقافة والتنمية، ٢٣، ١٨٦-٢٢٧.

13. Adams, C. E. & Leary, M. R. (2007). Promoting self-compassionate attitudes toward eating among restrictive and guilty eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 1120-1144.

14. Baer, R. A. (2010). Self-compassion as a mechanism of change in mindfulness- and acceptance-based treatments. In Baer, R. A. (Ed.) *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 135-153). New Harbinger.
15. Boellinghaus, I., Jones, F., & Hutton, J. (2012) The Role of Mindfulness and Loving-Kindness Meditation in Cultivating Self-Compassion and Other-Focused Concern in Health Care Professionals. *Mindfulness Online* publication date: 21-Oct-2012. Retrieved Feb., 19, 2013 from
<https://webpace.utexas.edu/neffk/pubs/MeditationSelfCompassion.pdf>
16. Brooks, M., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2012). Self-Compassion amongst Clients with Problematic Alcohol Use. *Mindfulness*, (3)4, 308-317.
17. Cash well, F. A. (2012). Self-compassion, alexithymia and quality of life among breast cancer survivors. *Psycho-Oncology, Supplement*, 21(1), 97-105.
18. Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Acceptance of Pain, Self-compassion and psychopathology: Using the chronic

- pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 292-302.
19. Deniz, M. E., Kesici, S., & Sümer, A. S. (2008). The Validity and reliability of the turkish version of the self-compassion scale. *Social Behavior and personality*, 36(9), 1151-1160.
20. Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15, 199-208.
21. Ghorbani, N., Watson, P. J., Khan, Z., & Norballa, F. (2012). Self-compassion in iranian muslims: relationships with integrative self-knowledge, mental health, and religious orientation. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 22, 106-118.
22. Gottheim, C. P. (2009). Self-esteem, Self-compassion, Defensive Self-esteem, and Related Features of Narcissism as Predictors of Aggression. *Unpublished Doctoral Dissertation*, The University of New York.
23. Heffernan, M., Griffin, M., McNulty, S., & Fitzpatrick, J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 16(4), 366-

374.

24. Jackson, E. S., Tucker, C.M., & Herman, K, C. (2007). Health value, perceived social support, and health self-efficacy as factors in a health-promoting lifestyle. *Journal of American College Health*, 56(1), 68-74.
25. Iskender, M. (2011). The influence of self-compassion on academic procrastination and dysfunctional attitudes. *Educational Research and Reviews*, 6(2), 230-234.
26. Iskender, M. (2009). The relationship between self-compassion, self-efficacy and control belief about learning in turkish university students. *Social Behavior and Personality*, 37(5), 711-720.
27. Iskender, M., Akin, A. (2011). Self-compassion and internet addiction. *The Turkish Online Journal of Educational Technology*, 10 (3), 215-221. Retrieved January 3, 2013 from <http://eric.ed.gov/?id=EJ944970>
28. Karadeniz, G., Ucum, E., Dedeli, O., & Karaagac, O. (2008). The Healthy lifestyle behaviours of university students. *Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 794-501.
29. Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Foa, C. L., & Gilbert, B. (2010).

- Who benefits from training in self-compassionate self-regulation? A study of smoking reduction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 297, 727-755.
30. Mae, S. A. (2011). The relation between self-compassion, depression, and forgiveness of others. *Unpublished Master Dissertation, University of Ohio.*
31. Magnus, C., Kowalski, K., & McHugh, T. (2010). The role of self-compassion in women's self-determined motives to exercise and exercise-related outcomes. *Self and Identity*, 9, 363-382.
32. Neff, K. D. (2003a). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
33. Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
34. Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139-154.
35. Neff, K. D. & Lamb, L. M. (2009). Self-Compassion. In S. Lopez (Ed.), *The Encyclopedia of Positive Psychology* (pp.

- 864-867). Blackwell Publishing. Available online at:
<https://webpace.utexas.edu/neffk/pubs/encyclopedia.doc>
36. Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9, 225-240.
37. Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K., & Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 39, 267-285.
38. Neff, K. D., & Pommier, E. (2012). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing Meditators, *Self and Identity*, (12)2, 1-17.
39. Peker, K. & Bermk, G. (2011). Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University. *Journal of Dental Education*, 75(3), 413-420.
40. Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology &*

Psychotherapy, 18(3), 250–255.

41. Rebecca, J. A., Tanya, P. R., & Michael, K. D. (2009). The relationship between lifestyle and campus eating behaviours in male and female university students. *College Student Journal*, 43(3), 860–871.
42. Reyes, D. (2011). Self-Compassion: A Concept Analysis. *Journal of Holistic Nursing*, (30)2, 81–89.
43. Rueckert, L. & Naybar. N. (2008). Gender differences in empathy: The role of the right hemisphere. *Brain and Cognition*, 67, 162–167.
44. Roberts, K .C., & Danoff-Burg, M. S. (2010). Mindfulness and health behaviors: is paying attention good for you?. *Journal of American College Health*, 59(3), 165–173.
45. Seligman, M. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In. Snyder, C. R. & Lopez, S, J. (Ed.). *Handbook of Positive Psychology*. (PP. 3–13). New York: Oxford University Press.
46. Suraj, S., & Singh, A. (2011). Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res*, 134, 645–652.

47. Taymoori, P., Moeini, B., Lubans, D., & Bharami, D. (2012). Development and psychometric testing of the Adolescent Healthy Lifestyle Questionnaire. *Journal of Education and Health Promotion, 1*, 1-7.
48. Tirodimos, I., Georgouvia, I., Savvala, T., Karanika, E., & Noukari, D. (2009). Healthy lifestyle habits among greek university students: differences by sex and faculty of study. *Eastern Mediterranean Health Journal, 15*(3), 722-728.
49. Wasylkiw, L., MacKinnon, A., & MacLellan, A. (2012). Exploring the link between self-compassion and body image in university women. *Journal of Body Image, 9*(2), 236-245.
50. Wei, M., Liao, K. Y., Ku, T., & Shaffer, A .P. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality, 79*, 191-221.
51. Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldina, P. R, Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2011). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress, & Coping, 25*(5), 543-58.

52. Williams, J.G, Stark, S, K, & Foster, E, E. (2008) The relationships among Self-Compassion, Motivation, and Procrastination. *American Journal of psychological Research*, (4)1, 37-44.

التعاطف مع الذات كمنبئ بأسلوب الحياة الصحي لدى عينة من طلاب الجامعة

ملخص البحث:

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين التعاطف مع الذات وأسلوب الحياة الصحي لدى طلاب الجامعة، والكشف عن الفروق بين الجنسين في التعاطف مع الذات، وأسلوب الحياة الصحي، والتعرف على إمكانية التنبؤ بأسلوب الحياة الصحي من خلال أبعاد التعاطف مع الذات. وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٧) طالب وطالبة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من طلاب الفرقة الرابعة بكلية التربية بسوهاج. واشتملت العينة على (٨٩ من الذكور، ١١٨ من الإناث)، بمتوسط عمري قدره (٢٠,١٢) سنة، وانحراف معياري قدره (١,٨٩). وللإجابة عن أسئلة الدراسة، تم استخدام مقياسين، أحدهما للتعاطف مع الذات، والآخر لأسلوب الحياة الصحي. وقد أسفرت الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث لصالح الذكور في التعاطف مع الذات، ولصالح الإناث في أسلوب الحياة الصحي، ووجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين التعاطف مع الذات وأبعاد أسلوب الحياة الصحي ودرجته الكلية. وأن أبعاد التعاطف مع الذات تعد منبئًا جيدًا بالدرجة الكلية لأسلوب الحياة الصحي، وأبعاده الفرعية مع اختلاف نسب إسهام كل بعد منها، وجاء بعد اليقظة العقلية كأقوى أبعاد التعاطف مع الذات، حيث تنبأ بجميع أبعاد أسلوب الحياة الصحي والدرجة الكلية له، وتم تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري للدراسة ودراساتها السابقة.

* الكلمات المفتاحية: التعاطف مع الذات - أسلوب الحياة الصحي - طلاب الجامعة.

Self-compassion as predictors of Healthy lifestyle among a sample of university students.

Abstract:

The present study aimed to examine the relationship between self-compassion and healthy lifestyle and to determine gender differences in self-compassion and healthy lifestyle. Participants were 207 undergraduate students (57% female, 43% male, M = 20.12 years, DS, 1, 89) completed measures of self-compassion and healthy lifestyle. Results showed that there were significant gender differences in self-compassion, in favor of males and in healthy lifestyle in favor of females. In correlation analysis, self-kindness, common humanity, and mindfulness factors of self-compassion were found positively related to healthy lifestyle. On the other hand, self-judgment, isolation, and over identification factors of self-compassion were found negatively correlated to healthy lifestyle. According to path analysis results, healthy lifestyle was predicted negatively by self judgment, isolation, and over-identification, Further self-kindness, common humanity,

and mindfulness predicted healthy lifestyle in a positive way.

Results were discussed in the light of literature.

Key words: Self-compassion – Healthy lifestyle – university students.