

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

والعلوم الإسلامية

نيابة العمادة لما بعد التدرج والبحث العلمي

شعبة علم النفس وعلوم التربية

والعلاقات الخارجية

مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إشرافه الأستاذ الدكتور:

نور الدين جبالي

إعداد الطالبة الباحثة:

اسمهان مزور

أعضاء لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ د/ بوقسة عمر	استاذ التعليم العالي	باتنة	رئيسا
أ د/ جبالي نور الدين	استاذ التعليم العالي	باتنة	مشرفا ومقررا
أ د/ مزور برحو	استاذ التعليم العالي	باتنة	عضوا
أ د/ قدروي رايح	استاذ التعليم العالي	مسيلة	عضوا
أ د/ تيغليط صلاح الدين	استاذ التعليم العالي	سطيف	عضوا
أ د/ بوغلي نور الدين	استاذ التعليم العالي	سطيف	عضوا

السنة الجامعية 2014-2015



ملخص الدراسة بالعربية :

- هدفت الدراسة إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية :
- ما النمط السائد في مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة؟
 - ما النمط السائد في استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة؟
 - ما مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة؟
 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة؟
 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة؟
 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والسن لدى أفراد عينة الدراسة؟
 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والسن لدى أفراد عينة الدراسة؟
 - هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية والسن لدى أفراد عينة الدراسة؟
 - هل توجد فروق دالة إحصائيا في مصدر الضبط الصحي حسب متغير المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة؟
 - هل توجد فروق دالة إحصائيا في استراتيجيات المواجهة حسب متغير المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة؟
 - هل توجد فروق دالة إحصائيا في الكفاءة الذاتية حسب متغير المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية لدى أفراد عينة الدراسة؟

وقد اعتمدت الدراسة السيكومترية على عينة قصدية قوامها 250 مريض من الجنسين (إناث ، ذكور) تراوحت أعمارهم بين 20 إلى 60 سنة .بمتوسط عمري قدره 38,44 وانحراف معياري 12.0

تمثلت الأدوات التي تم استخدامها للإجابة على أسئلة الدراسة والتي تم التأكد من خصائصها السيكمومترية على البيئة الجزائرية في:

- مقياس مصدر الضبط الصحي ل والستون وآخرون (Wallston&al) والذي كيفه على البيئة الجزائرية (جبالي نور الدين، 2007)

- مقياس استراتيجيات المواجهة لفلورانس كوسون (Florence Cousson) والذي ترجمته و أعدته للعربية الباحثة .

- مقياس الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر (Ralf Schwarzer) والذي كيفه على البيئة العربية سامر جميل رضوان .

وبعد اعتماد الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة أسئلة وفرضيات الدراسة، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ارتفاع مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ لدى عينة الدراسة.
- ارتفاع استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لدى عينة الدراسة .
- مستوى منخفض من الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة .
- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة .
- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى أفراد عينة الدراسة.
- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والسن.
- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والسن .
- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية والسن .
- غياب فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي
- غياب فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد استراتيجيات المواجهة والمستوى التعليمي .
- غياب فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية .
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية والمستوى التعليمي لدى عينة الدراسة .

Summary:

The objective of this study is to try to understand the relationship that exists between health locus of control , coping and self efficacy in patients with chronic renal insufficiency in providing clarifications to the various following questions:

- What is the dominant type in health locus of control of sample elements to be studied?
- What is the dominant type in coping with the elements of the sample to be studied?
- What is the level of self efficacy of elements in the sample to be studied?
- Is there a significant correlation between health locus of control and the auto efficacy of the participants in the study?
- Is there a statistically significant correlation between coping and self efficacy among participants in the study?
- Is there a statistically significant correlation between health locus of control and age among the participants in the study?
- Is there a significant correlation between coping and age among the participants?
- Is there a significant correlation between auto efficiency and age among the participants?
- Are there any statistically significant differences in health locus of control according to the educational level and the social situation in sampling the subjects?
- Are there statistically significant differences in Coping according to the educational level and the social situation in sampling the subjects?
- Are there any statistically significant differences of self efficacy according to the educational level and the social situation in sampling the subjects?

In the facts, the study sample is composed of 250 patients (women, men) whose age varies between 20 and 60 years with an average age of 38 .44 and a standard deviation of 12.04.

The tools used refer to the psychometric characteristics in the environment of Algeria and is established as follows:

- 1- Test health locus of control (Wallston and Al) which has been adapted by (Djabali nur al din, 2007.) on Algerian culture.

2- Test strategies for Coping (Cousson Florence) translated into Arabic by the researcher.

3- Testing auto efficacy (Ralf Schwarzer) translated and adapted to Arab culture by (Djamil Radwan).

After analyzing the results with the appropriate statistical methods, it appears ostensibly that the studies show:

- The external health locus of control is higher in the sample studied.
- The strategies of coping centered on emotion are higher in the sample studied.
- The level of self efficacy is low in the sample studied.
- There is a statistically significant correlation between the health locus of control and auto efficiency.
- There is a statistically significant correlation between the strategies of coping and self efficacy.
- There is no statistically significant correlation between health locus of control and age.
- Lack of statistically significant correlation between the strategies of coping and age.
- Absence of statistically significant correlation between auto efficiency and age.
- Absence of statistically significant differences in the dimensions in health locus of control attributable to the variables of the social state.
- There are statistically significant differences in the dimensions of the place of health locus of control attributable to variables related to the educational level.
- There are no statistically significant differences in the dimensions in strategies of coping attributable to variables cited as the social welfare state.
- There are statistically significant differences in the dimensions of strategies of coping attributable to the variables in the educational level.
- There are no statistically significant differences in auto efficiency attributable to the variables of the social state.
- There are statistically significant differences in auto efficiency attributable to the variables of the educational level.

Résumé : l'objectif de cette étude est d'essayer de comprendre la relation entre lieu de contrôle de la santé et coping et l'auto efficacité chez les malades d'insuffisance rénale chronique, à travers la réponse aux questions suivantes :

- Quelle est le type dominant de lieu de contrôle de la santé chez l'échantillon de l'étude
- Quelle est le type dominant de coping chez l'échantillon de l'étude.
- Quel est le niveau d'auto efficacité chez l'échantillon de l'étude
- Existe –t-il une corrélation significative entre lieu de contrôle de la santé et l'auto efficacité chez les participant de l'étude.
- Existe –t-il une corrélation statistiquement significative entre coping et l'auto efficacité chez les participant de l'étude
- Existe –t-il une corrélation statistiquement significative entre lieu de contrôle de la santé et l'âge chez les participant de l'étude
- Existe –t-il une corrélation significative entre coping et l'âge chez les participant de l'étude
- Existe –t-il une corrélation significative entre l'auto efficacité et l'âge chez les participant de l'étude
- Existe-t-il des différences statistiquement significatives en lieu de control de la santé selon le niveau éducatif et la situation sociale chez les sujets de l'échantillon.
- Existe-t-il des différences statistiquement significatives en Coping selon le niveau éducatif et la situation sociale chez les sujets de l'échantillon.
- Existe-t-il des différences statistiquement significatives en l'auto efficacité selon le niveau éducatif et la situation sociale chez les sujets de l'échantillon.
- l'échantillon de l'étude est composé de 250 malade (femme, homme) choisis du manière , âgée entre 20 et 60 ans avec un moyenne d'âge de 38 .44 et un écart type de 12.04.
- les outils utilisés après vérification des caractéristiques psychométriques de L'environnement en Algérie :
- 1- test du lieu de contrôle de santé de (wallston et al) adapté par (djabali nur al din ,2007.) sur la culture algérienne.
- 2- test de stratégies de Coping de (Cousson Florence) traduit en arabe par la chercheure.
- 3- test de l'auto efficacité de(Ralf Schwarzer) traduit et adapté sur la culture arabe par (Djamil Radwan).

Après avoir analysé les résultats avec les méthodes statistiques appropriées aux questions et aux hypothèses de l'étude, il est :

- lieu de contrôle de la santé externe des pouvoir des autres plus élevée chez l'échantillon d'étude.
- les stratégies de coping centré sur l'émotion plus élevée chez l'échantillon d'étude.
- Niveau faible d'auto efficacité chez l'échantillon d'étude .
- existe une corrélation statistiquement significative entre lieu de contrôle de la santé et l'auto efficacité.
- existe une corrélation statistiquement significative entre les stratégies de coping et l'auto efficacité.
- il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre lieu de contrôle de la santé et l'âge.
- il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre les stratégies de coping et l'âge.
- il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre l'auto efficacité et l'âge.
- il n'existe pas de différences statistiquement significatives dans les dimensions de lieu de contrôle de la santé attribuable a variable de l'état sociale.
- existe de différence statistiquement significative dans les dimensions de lieu de contrôle de la santé attribuable a variable de niveau éducative.
- il n'existe pas de différences statistiquement significatives dans les dimensions de stratégies de coping attribuable a variable de l'état sociale.
- existe de différence statistiquement significative dans les dimensions de stratégies de coping attribuable a variable de niveau éducative.
- il n'existe pas de différences statistiquement significatives dans l'auto efficacité attribuable a variable de l'état sociale
- existe de différence statistiquement significative dans l'auto efficacité attribuable a variable de niveau éducative.

فهرس المحتويات

المحتوى.....	الصفحة.....
ملخص الدراسة بالعربية.....	أ.....
ملخص الدراسة باللغة الأجنبية.....	ب.....
فهرس المحتويات.....	ج.....
قائمة الجداول.....	د.....
قائمة الأشكال.....	ه.....
مقدمة.....	21.....

الجانب النظري

الفصل الأول: أساسيات الدراسة

1- إشكالية الدراسة.....	25.....
2- أهداف الدراسة.....	33.....
3- أهمية الدراسة.....	34.....
4- الدراسات السابقة.....	35.....
أ الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة...35	
ب- التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة.....	41.....
ج- الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.....	42.....
د- تعليق على الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.....	45.....

- هـ- الدراسات التي تناولت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية47
- و- تعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية.....50
- ي- تعليق عام على الدراسات السابقة51
- 5- فرضيات الدراسة51
- 6- تحديد مصطلحات الدراسة إجرائياً.....53

الفصل الثاني :مصدر الضبط الصحي

- تمهيد56
- 1- تحديد مصدر الضبط الصحي57
- 1-1- تحديد مصدر الضبط.....57
- 1-2- تحديد مصدر الضبط الصحي.....61
- 2- نظرية مصدر الضبط الصحي62
- 3- تصنيف أبعاد مصدر الضبط.....65
- 4- أنماط مصدر الضبط الصحي.....67
- 5- العوامل المؤثرة على مصدر الضبط69
- 5-1- مصدر الضبط ومراحل العمر.....69
- 5-2- مصدر الضبط عند الجنسين70
- 5-3 مصدر الضبط والمعاملة الوالدية.....71
- 5-4 مصدر الضبط والعوامل الاجتماعية والثقافية.....72
- 6- الخصائص الشخصية لذوي التحكم الداخلي والتحكم الخارجي74

- 74..... 1-6 العناصر الشخصية لذوي التحكم الداخلي
- 76..... 2-6 العناصر الشخصية لذوي التحكم الخارجي
- 78..... 7 - فعالية مصدر الضبط الصحي والمرض المزمن
- 82..... خلاصة الفصل

الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

- 84..... تمهيد
- 85..... 1 - مفهوم استراتيجيات المواجهة
- 87..... 2- تطور مصطلح المواجهة
- 87..... 1-2 المواجهة والدفاع
- 88..... 2-2 المواجهة والتكيف
- 89..... 3 - التناولات النظرية لمفهوم المواجهة
- 89..... 1-3 التناول التقليدي
- 89..... 1-1-3 / النموذج الحيواني
- 90..... 2-1-3 / النموذج التحليلي
- 90..... أ - دفاعات الأنا
- 91..... ب- سمات الشخصية
- 92..... 2-3 النظرية التفاعلية للضغط والواجهة
- 96..... 4- العوامل المؤثرة في المواجهة
- 97..... 1-4 تقييم الحدث
- 97..... 2-4 المصادر الشخصية

99.....	3-4 العوامل البيئية.....
100.....	5-التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة.....
104	6- فعالية استراتيجيات المواجهة والأمراض المزمنة.....
109	خلاصة الفصل.....

الفصل الرابع : الكفاءة الذاتية

111.....	تمهيد.....
112.....	1- مفهوم الكفاءة الذاتية.....
115.....	2- نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا.....
119.....	3- مصادر الكفاءة الذاتية.....
120.....	3-1 الانجازات الأدائية.....
121.....	3-2 الخبرات البدلية.....
122.....	3-3 الإقناع الاجتماعي.....
123.....	3-4 الحالة الفسيولوجية.....
123.....	4- أبعاد الكفاءة الذاتية.....
124.....	4-1 مقدار الفاعلية.....
125.....	4-2 العمومية.....
125.....	4-3 القوة.....
126.....	5- تأثير اعتقادات الفرد على كفاءته الذاتية.....
126.....	5-1 اختيار السلوك.....
127.....	5-2 إنفاق الجهد وثبات الإجراءات التحفيزية.....

- 128.....3-5 أنماط التفكير أو العمليات المعرفية.....
- 129.....4-5 التأثيرات العاطفية أو العمليات الانفعالية.....
- 131.....6- خصائص الكفاءة الذاتية.....
- 131.....1-6 الخصائص الشخصية لذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة.....
- 132.....2-6 الخصائص الشخصية لذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة.....
- 133.....7-فعالية الكفاءة الذاتية على الصحة الجسمية.....
- 138.....خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس : القصور الكلوي المزمن

- 140.....تمهيد.....
- 140.....1- الكلية ووظائفها.....
- 142.....2- تعريف القصور الكلوي المزمن.....
- 143.....3-أسباب القصور الكلوي المزمن.....
- 145.....4- أعراض القصور الكلوي المزمن.....
- 147.....5- مضاعفات القصور الكلوي المزمن.....
- 148.....6- علاج القصور الكلوي المزمن.....
- 149.....1-6-العلاج الدوائي.....
- 152.....2-6 الغسيل الدموي.....
- 154.....3-6 الغسيل البريتوني.....
- 155.....4-6 زراعة الكلى.....
- 158.....خلاصة الفصل.....

الجانب الميداني

الفصل السادس : إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- منهج الدراسة 161
- 2- حدود الدراسة 161
- 3- عينة الدراسة 162
- 1-3 العينة الاستطلاعية..... 162
- 2-3 العينة الأساسية..... 162
- 4- الأدوات المستخدمة في الدراسة 166
- 1-4 مقياس مصدر الضبط الصحي..... 166
- 2-4 مقياس استراتيجيات المواجهة 171
- 3-4 مقياس الكفاءة الذاتية 178
- 4-4- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة..... 182

الفصل السابع : عرض وتحليل نتائج الدراسة

- 1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى 185
- 2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية 186
- 3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة 187
- 4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة 188
- 5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة 189
- 6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة 190
- 7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة 191

- 8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة.....191
- 9- عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة192
- 10- عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة.....193
- 11- عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشرة.....196
- 12- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشرة197
- 13- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة عشرة.....200
- 14- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة عشرة.....200

الفصل الثامن : مناقشة النتائج

- 1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى204
- 2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية206
- 3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....208
- 4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....209
- 5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة211
- 6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة213
- 7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة215
- 8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة216
- 9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة218
- 10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة218
- 11- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشرة.....220
- 12- مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشرة.....220

- 13- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشرة.....222
- 14- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة عشرة.....223
- خاتمة الدراسة 224
- آفاق وتوصيات الدراسة 225
- قائمة المراجع 229
- الملاحق 250
- الملحق الأول : مقياس مصدر الضبط الصحي 250
- الملحق الثاني : مقياس استراتيجيات المواجهة 252
- الملحق الثالث : مقياس الكفاءة الذاتية العامة 254

قائمة الجداول

67	جدول 1: يبين نمط مصدر الضبط الداخلي خالص
67	جدول 2: يبين نمط مصدر الضبط نفوذ الآخرين خالص
68	جدول 3: يبين نمط مصدر الضبط صدفة خالص
68	جدول 4: يبين نمط مصدر الضبط خارجي مزدوج
68	جدول 5: يبين نمط مصدر الضبط الاعتماد في الضبط
68	جدول 6: يبين نمط مصدر الضبط (النمط الماحس)
69	جدول 7: يبين نمط مصدر الضبط الموجب بنعم
69	جدول 8: يبين نمط مصدر الضبط الموجب بلا
77	جدول 9 : خلاصة الصن للفروق بين ذوي الضبط الداخلي وذوي الضبط الخارجي
143	جدول 10: يبين مراحل القصور الطلوي المزمن

149	جدول 11: يوضح قائمة الأحيوية التي يتناولها مريض القصور الكلوي المزمن
157	جدول 12: مقارنة بين زراعة الكلى والغسيل الدموي والغسيل البريتوني
163	جدول 13: يوضح خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية
164	جدول 14: يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي
165	جدول 15: يوضح خصائص العينة حسب متغير السن
168	جدول 16: يبين معاملات الارتباط بين بنود الضبط الداخلي والدرجة الكلية للبعد
169	جدول 17: يبين معاملات الارتباط بين بنود الضبط ذوي النقص والدرجة الكلية للبعد
168	جدول 18: يبين معاملات الارتباط بين بنود الضبط الحظ والدرجة الكلية للبعد
169	جدول 19: يبين قيمة ρ بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في الضبط الداخلي
170	جدول 20: يبين قيمة ρ بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد ذوي النقص
170	جدول 21: يبين قيمة ρ بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الحظ
171	جدول 22: يوضح معاملات الثبات عن طريق ألفا كرونباخ والتجزئة النسبية بعد تصحيحا بمعادلة سبيرمان لأبعاد مصدر الضبط الصحي
174	جدول 23: يوضح معامل الارتباط بين بنود استراتيجيات المواجهة المركزة على المحلل والدرجة الكلية للبعد
175	جدول 24: يوضح معامل الارتباط بين بنود استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والدرجة الكلية للبعد
175	جدول 25: يوضح معامل الارتباط بين بنود استراتيجيات المواجهة المركزة على المساعدة الاجتماعية والدرجة الكلية للبعد
176	جدول 26: يوضح صدق المقارنة الطرفية لقياس استراتيجيات المواجهة
177	جدول 27: يوضح معامل الثبات عن طريق معامل ألفا كرونباخ والتجزئة النسبية لأبعاد استراتيجيات المواجهة
180	جدول 28: يبين معاملات الارتباط بين بنود الكفاءة الذاتية والدرجة الكلية للقياس

181	جدول 29: يبين قيمة ρ بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في الضفاعة الذاتية
185	جدول 30: بين نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مصدر الضبط الصحي
186	جدول 31: يبين نتائج الفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي
186	جدول 32: يبين نتائج متوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة
188	جدول 33 : يبين الفروق بين أبعاد استراتيجيات المواجهة
188	جدول 34: يبين النسب المئوية لمستوى الضفاعة الذاتية لدى عينة الدراسة
187	جدول 35 : يبين نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الضفاعة الذاتية
189	جدول 36: يبين معاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والضفاعة الذاتية
189	جدول 37: يبين معاملات الارتباط بين استراتيجيات المواجهة والضفاعة الذاتية
190	جدول 38: يبين معاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن
191	جدول 39: يبين معاملات الارتباط بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والسن
192	جدول 40: يبين معاملات الارتباط بين الضفاعة الذاتية والسن
193	جدول 41: يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والحالة الاجتماعية
194	جدول 42: يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي
195	جدول 43: يبين نتائج اختبار هفيه والمتوسطات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد مصدر الضبط الداخلي
196	جدول 44: يبين نتائج اختبار هفيه والمتوسطات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد مصدر الضبط ذوي النفوذ
196	جدول 45: يبين نتائج اختبار هفيه والمتوسطات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد مصدر الضبط الحظ
197	جدول 46: يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والحالة الاجتماعية
197	جدول 47: يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والمستوى التعليمي

198	جدول 48: يبين نتائج اختبار شفيع والمتوسلات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد المواجهة المركزة على المشغل
199	جدول 49: يبين نتائج اختبار شفيع والمتوسلات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد المواجهة المركزة على الانفعال
199	جدول 50: يبين نتائج اختبار شفيع والمتوسلات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد المواجهة المركزة على المساعدة الاجتماعية
200	جدول 51: يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي بين الضفاعة الذاتية والحالة الاجتماعية
201	جدول 52: يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي بين الضفاعة الذاتية والمستوى التعليمي
201	جدول 53: يبين نتائج اختبار شفيع والمتوسلات الحسابية للمستويات التعليمية للضفاعة الذاتية

قائمة الأشكال

الصفحة	العناوين
96	شكل 1: يوضح النموذج التفاعلي للضغط والمواجهة
96	شكل 2: يبين العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة
99	شكل 3: يبين التنمية التبادلية الثلاثية لباندورا
116	شكل 4: يبين العلاقة بين توقعات التفاعلية وتوقعات النتائج
117	شكل 5: يبين مصادر الضفاعة الذاتية حسب باندورا
119	شكل 6: يبين أبعاد الضفاعة الذاتية
124	شكل 7: يوضح الجواز البولي للإنسان
141	شكل 8: يوضح غسل الدم (hémodialyse)
153	شكل 9: يوضح الفستولا وكيفية وصل الشريان بالوريد
154	شكل 10: يوضح وعاء الدم الصناعي

155	شكل 11: يوضح الغسيل البريتوني
163	شكل 12: يوضح توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية
164	شكل 13: يوضح توزيع العينة حسب المستوى التعليمي
165	شكل 14: يوضح توزيع العينة حسب السن

الجانب النظري

- الفصل الأول: أساسيات الدراسة

- الفصل الثاني : مصدر الضبط الصحي

- الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

- الفصل الرابع : الكفاءة الذاتية

- الفصل الخامس : القصور الكلوي المزمن



مقدمة

تعتبر الصحة من القضايا الهامة التي حظيت باهتمام العلماء من مختلف التخصصات والمجالات ، إذ تعرف بحالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز حيث وجد مترازو (Matarazo) أن معظم المشكلات الصحية التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية فأى شخص بإمكانه تفادي تلك المشكلات إذا غير من عاداته الصحية المرضية وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة .

إلا أن حياة الإنسان لا تخلو من الأحداث والمواقف التي تتجاوز إمكانياته ، مما تستثير لديه التوتر والضغط الانفعالي وتختلف الأحداث وتعقيداتها من شخص لأخر فهناك من يعاني على الصعيد العملي ومنه من يجد صعوبات على الصعيد الدراسي أو العلمي أو الاقتصادي أو الصحي . هذا الأخير الذي يهدد الشخص وخاصة إذا تعلق الأمر بمرض مزمن كالقصور الكلوي أين يجد نفسه فاقدا للسيطرة على جسمه وضرورة تدخل الآلة للتحكم في حياته، مما يخلق لديه صعوبة التحكم والسيطرة في أفكاره ومشاعره والتي تؤدي إلى صعوبة تقبله لعجزه وتدهور حالته الصحية ، كل هذا راجع إلى معتقداته حول مرضه وهذا ما أثبتته التقارير الطبية بوجود علاقة وثيقة بين السلوك والصحة ، لهذا ركز علماء النفس الصحة على البحث في السلوكيات المتعلقة بالصحة وما يؤثر فيها وكيفية تبني الفرد لمعتقدات ايجابية فيما يتعلق بصحته ، ومن بين المتغيرات الوسيطة التي تلعب دورا مهما في معرفة كيفية التعامل مع المرض نجد مصدر الضبط الصحي والذي يتعلق بمعتقدات الفرد حول مصدر صحته هل هي مسؤولية ذاتية وأن نتائج أفعاله هي التي تحدد صحته أم أنها راجعة لعوامل خارجة عن إرادة الفرد كذوي النفوذ أو القدر أو الحظ ، ورغم كون من يعزون صحتهم لمسؤوليتهم الذاتية أكثر تقبلا وأكثر صحة إلى أنه لا يمكن اعتمادها فقط فمعتقدات الشخص بأنه مؤمن بقدراته ويدرك أن قيامه بمجهود معين هو الذي سيؤدي إلى النتائج المرغوبة يتدخل متغير وسيط ومهم وهو الكفاءة الذاتية والتي يعرفها شفارتزر (Schwarzer,1994) على أنها بعد من أبعاد الشخصية تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة

على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية ، ويعتبر Bandura (باندورا) من قدم نظرية الكفاءة الذاتية وحسب النظرية فان ممارسة الفرد لسلوك الصحي يرجع إلى قناعاته بأنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها ويقتنع بأن نتائج ذلك السلوك سيرجع عليه بفائدة كبيرة ، وقد أشار الطراونة (2005) إلى أن اعتقاد الفرد في فاعليته الذاتية يجعله أكثر تفهما لاهتماماته وأهدافه وسلوكه ، كما يضع لنفسه أهدافا بعيدة المدى ويبدل الجهد في مواجهة الفشل ، وأن تحقيق التغيير الايجابي في السلوك يعتمد على تمتع الفرد بمعتقدات ايجابية عن الذات .(الطراونة :2005 ،ص12)

فالأشخاص مع ضبط داخلي وكفاءة ذاتية أكثر ايجابية واستخداما لسلوكات صحية (Berghmans&Bayad :2014,p37) ، ومنه نصل إلى كون الفرد يتأثر بمعتقداته والتي تشكل آلية في التأثير في سلوكه وضبطه في مواجهة مشكلات ومواقف الحياة . فمن خلال تقييم المريض لحالته تنعكس على قدراته على السيطرة في مهام الحياة المختلفة لذا يرغب في التخلص من هذا الضغط أو تخفيفه على الأقل إذا لم يتمكن من إنهائه كلية ولتحقيق ذلك هناك العديد من استراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها الفرد والتي تختلف من شخص لآخر ، فمنهم من يلجأ إلى استراتيجيات مواجهة ايجابية مركزة على المشكل بهدف إيجاد حلول للوضعية واتخاذ قرار معرفي فعال في حين نجد آخريين يلجئون إلى مواجهة انفعالية والتي تهدف إلى التحكم وتخفيف التوتر الانفعالي أو مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية التي تهدف إلى المشاركة العاطفية أو المساندة المعلوماتية من قبل الأسرة ، الأصدقاء ، الأقارب وحتى الطاقم الطبي الذي يزوده بالنصيحة حول وضعيته الصحية في علاقة اجتماعية . ومن هنا تأتي أهمية الدراسة الحالية في الكشف عن مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة لدى عينة من مرضى القصور الكلوي المزمن

الفصل الأول

أساسيات الدراسة

1- إهتالية الدراسة

2- أهداف الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- الدراسات السابقة

أ- الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة

ب- التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة

ج- الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية

د- تعليق على الدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية

هـ- الدراسات التي تناولت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية

و- تعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية

ي- تعليق عام على الدراسات السابقة

5- فرضيات الدراسة

6- تحديد مصطلحات الدراسة إجرائياً.

الإشكالية

تشكل الأمراض المزمنة السبب الرئيس للعجز والوفيات ، ولا سيما في الدول الصناعية فهي أمراض تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة لا يمكن الشفاء منها في الأغلب ، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه .(تايلور :2008،ص 45)

إذ شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطرها فأصبحت تهدد حياة الأفراد والشعوب بما تلحقه من أذى مادي ومعنوي على حياة المريض ومن يحيطون به فيجعل التعايش معها تحديا كبيرا ما جعل موضوع الصحة لا يقتصر على الجانب الطبي بل لفت انتباه الباحثين النفسانيين إلى محاولة معرفة دور السلوك في صحة المريض وتبنيه لأساليب حياة صحية تخفف من حدة الظروف المحيطة به سواء الاجتماعية والنفسية مما ساهم في خلق علم يهتم بالجانب الصحي وهو علم نفس الصحة والذي ساعد بشكل كبير في إبراز دور العوامل النفسية والاجتماعية في الصحة المتعلقة بالأشخاص ، إذ أشارت أحدث التقارير الطبية إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة .(بخلف :2001،ص 19)

ومن بين الأمراض المزمنة نجد القصور الكلوي المزمن الذي حظي بأهمية بالغة في عصرنا الحالي بسبب انتشاره الكبير في جميع مجتمعات العالم والجزائر من بين الدول التي تعاني من هذا المرض كونه من الأمراض الأشد خطورة لإلحاقه أضرارا كبيرة بجسم الإنسان من جميع الفئات العمرية ، فهو المرض المتطور تدريجيا في تدهور الوظيفة الكلوية بسبب تلف النسيج الكلوي أي تخريب النيفرونات فينتج عنه عدة أعراض تمس أجهزة الجسم التي تؤثر بشكل سلبي على صحة الجسد وصحة النفس فعدا عن كونه مرضا مزمننا فهو حدث مدمر لحياة الفرد فالتصريح بضرورة تصفية الدم يشكل صدمة قوية للمريض ما يسبب خوفا وقلقا وهذا ما أكده

سالامون (Salamon,1980) أن ردود فعل مرضى غسيل الكلى في معظم الأحيان تتسم بالخوف واستجابات القلق والاكتئاب واضطرابات النوم وعدم الإذعان للعلاج المقترح .

(Broom &Llewelyn ,2005,p. 377)

وبالتالي نجد معاناة المريض أكثر حدة من الأمراض المزمنة الأخرى لأنه لا يحتاج دواء يتناوله عن طريق الفم أو حقنة يستعملها لكنه يحتاج إلى ملازمة الآلة ، بالإضافة إلى الحماية الغذائية المفروضة عليه ومحدودية السوائل ومحدودية حركته فلا يستطيع التنقل أو السفر فنجده أيضا مجبرا على حضور حصص التصفية وتقبل العلاج ومن جهة أخرى تقبل عدم استقلاليته وتحكم الآلة بحياته ، هذا المعاش الضاغط له آثار تختلف حسب شخصية الفرد ، فهناك من يعيشه على أنه وضعية حياتية عادية وهناك من لا يتقبله انطلاقا من تقدير الفرد له نظرتة حول مسببات المرض وعلاقته ودوره في إدارته ، ولكون الإنسان ميال للتحكم في مجريات حياته والسيطرة على بيئته يظهر بعد هام من أبعاد الشخصية لقي اهتمام الباحثين والمتمثل في مصدر الضبط الصحي الذي نظر من قبل والستون وآخرين على كونه اتجاه نظري لتفسير معتقدات الأفراد اذ يعتبر كمجموعة معتقدات الشخص حول مصدر صحته فهناك من يعزو صحته سواء الايجابية والسلبية منها إلى سلوكياته الخاصة (ضبط داخلي) ومنه من لا يعتقد بوجود صلة بين ما يصيبه وسلوكياته ، أي أن هناك قوى خارجية هي المسؤولة عنها كالحظ أو القدر أو الطاقم الطبي وأفراد العائلة فهو يفكر بعدم قدرته التحكم في حياته فهي تتجاوز إمكانياته وبالتالي فأفعاله مرتبطة بأشخاص آخرين (ضبط خارجي).

(Walker , 2001, p.148) ووفقا لهذه النظرية فالناس الذين يعتقدون بعدم قدرتهم السيطرة على حالتهم الصحية (ضبط خارجي) يكونون أقل ميلا للانخراط في السلوك الوقائي من الناس الذين يعتقدون في الضبط الداخلي.(Alta Vandyk , 2008 ,p.128) ، وعلى هذا الأساس انصبت جهود العلماء في دراسة مصدر الضبط وما لأهميته في السلوك الصحي اذ أثبتت العديد من الدراسات أهمية الضبط الداخلي في مجال الصحة

منها دراسة ستريكلاند ودبس وكنشت (Strickland,Debst, kinsht) التي بينت ما لأهمية التحكم الداخلي فهو يحسن الصحة لأنه متصل بالسلوك التنبؤي. كما تمت ملاحظة العديد من المرضى فوجدوا أن ذوو الضبط الداخلي للصحة يتميزون بصحة جيدة لديهم معلومات أكثر عن مرضهم ويتسمون بسلوكات وقائية عن ذوو الضبط الخارجي (Schweitzer ,2001 ,p.31) ، وحسب دراسة ثومبسون وآخرون (Thompson &al,1991) فان شعور الفرد بالقدرة على التحكم بالأحداث الضاغطة مرتبط بالصحة الانفعالية والتعامل الناجح مع الحدث الضاغط وبالصحة الجسمية الجيدة وبتغيير السلوك بما يساعده على الارتقاء بالصحة وتحسين الأداء في المهام المعرفية .(تايلور :2008،ص 425) وكما توصل كل من ليفين وشولز (Levin et Schulz,1980) إلى أن مرضى الغسيل الكلوي الذين لديهم مستوى مرتفع في الضبط الداخلي أكثر التزاما بنظامهم الغذائي ومقيدون أكثر بالحفاظ على وزهم ، في حين ذوو الضبط الخارجي لذوي النفوذ فلا توجد صلة حسبهم والالتزام بالعلاج .(Sanders & Suls ,1989 ,p.82)

وحسب موس وشايفر(Moos & Scahefer,1984) نقلا عن (Ogden :2008 ,p 63) أن المرض الجسدي يعتبر كأزمة للفرد لأنه يمثل نقطة تحول في حياة الفرد كونه يخلق لدى المريض تحولات جذرية بالانتقال إلى بيئة جديدة وهي ملازمة المستشفى ، تغيير في الدور وتغييرات في الدعم الاجتماعي تنتج العزلة من الأهل والأصدقاء ، فنجد المريض يسعى جاهدا لمواجهة مرضه وما يترتب عنه من آثار عن طريق تبني أساليب تكيفيه وهنا يظهر بعد آخر مهم وهو المواجهة Coping حيث يختلف الأشخاص في الأساليب التي يتعاملون بها مع المواقف والأحداث الحياتية المهددة لراحتهم النفسية والجسدية ويستخدم مفهوم المواجهة للإشارة إلى الطرق التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط النفسية التي يواجهها فهي الوسائل المستخدمة من قبله للتعامل مع التهديدات إذ تعتبر كتنظيم مرن للوسائل المتاحة له للتعامل مع تحديات البيئة .

وقد عرفها لازاروس وفولكمان من خلال النظرية التفاعلية 1984 بأنها المساعي والجهود المعرفية والسلوكية الدائمة التبدل للتعامل مع المطالب أو المقتضيات النوعية الخارجية والداخلية أو الداخلية والخارجية معا التي تستتفز احتياطات الفرد أو تتجاوزها. (سامر رضوان، 2002، ص.165)

فالمواجهة تكون إما مركزة على المشكل والذي يوجه فيها تعامل الفرد إلى العمليات التي تسعى للبحث عن مصدر المشكلة ومعالجتها أو استراتيجيات مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية أو حول استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال التي يواجه فيها تعامل الفرد إلى العمليات التي تسعى إلى تنظيم الانفعالات الضاغطة ، وتخفيض الأثر العاطفي المترتب عنها ، وبالتالي فهي تمثل عوامل تعويضية تساعد المريض على الاحتفاظ بالصحة النفسية والجسدية معا ، والتي تتوقف على التقييم المعرفي للفرد. وبالتالي فاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل تتضمن القيام بمحاولات تهدف القيام بعمل شيء إزاء الظروف الضاغطة التي تشكل مصدر أذى أو تهديد أو تحد للفرد ، أما المواجهة المركزة على الانفعال فيتضمن الجهود الموجهة لتنظيم الانفعالات التي تنشأ عن التعرض للحدث الضاغط. (تايلور، 2008، ص. 433)

وقد أكدت الدراسات والبحوث التي تناولت استراتيجيات المواجهة أن الناس يميلون إلى استخدام المواجهة المركزة على المشكل إذا كانوا يعتقدون ويؤمنون بأن المشكلة نفسها يمكن أن تتغير ، في المقابل أكثر استخداما للمواجهة المركزة على الانفعال إذا اعتبروا المشكلة تتجاوز إمكاناتهم وقدراتهم (Lazarus & Folkman, 1987) وقد توصل هارنيس وآخرون (Harnish & al , 2001) نقلا عن (Ogden : 2008) (p.271) إلى أن المواجهة الفعالة تقلل من الضغوط أو تنتهيها كلية وهذا ما توصل إليه أمير خان (Amir khan, 1990) فقد قام بفحص الأبعاد الثلاثة لاستراتيجيات المواجهة (المركزة على المشكل ، على الانفعال ، السند الاجتماعي) وارتباطها بمصدر الضبط فوجد ارتباط مصدر الضبط الخارجي بانخفاض استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل في حين كومباس وبانز ومالكارن ووورشام (Compas, Banez ,

المركزة على المشكل. (Zneider & al :1996, p.414) (Malcarne , Warsham,1991) فقد وجدوا ارتباط مصدر الضبط الداخلي باستراتيجيات المواجهة

فالمعتقدات المستعملة للتحكم في الوضعية المرضية لها تأثير كبير على المواجهة فملخص أبحاث فالنتينر وآخرون (Valentiner & al 1996) توصلت لنفس نتيجة دراسة كومباس والآخرين بارتباط مصدر الضبط الخارجي بالواجهة الانفعالية في حين الضبط الداخلي مرتبط أكثر بالواجهة المركزة على المشكل. (Chabrol,) (Callahan : 2004, p102) فالأشخاص الذين يعتقدون بتحكمهم وضبطهم لمرضهم يتميزون بتحكم أكثر عن الآخرين توتر أقل ومواجهة أكثر فعالية. (Schweitzer :2001,p.322)

وعلى الرغم من تأكيدات الأدبيات التي تناولت مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة ما لأهمية الضبط الداخلي والمواجهة المركزة على المشكل إلا أن السؤال الذي يطرح نفسه هل يمكن اعتمادهما كمتغيرين مهمين في تكيف المريض مع مرضه وتبنيه لسلوكات صحية عليه التقيد بها لضرورة علاجه؟ أم أن هناك متغيرات وسيطة تشكل خصائص الشخصية والتي تساهم في السلوك الوقائي . والتي تعتمد على قناعة الفرد في كفاءته وقدرته لمجابهة التحديات التي يواجهها والمتمثلة هنا في تعقيدات المرض والضغط الناجمة عنه فتوقعات الفرد والاعتقاد في كفاءته تحدد ما إذا كان سيتم البدء في المواجهة أم لا كما تحدد الجهد الذي سيبدل ومدة استمرارية مواجهة العقبات والخبرات المؤلمة ومنه فالكيفية التي يفكر ويعتقد ويشعر بها الفرد تؤثر في الكيفية التي يتصرف بها إذ تشكل هذه المعتقدات المفتاح الرئيس للقوى المحركة لسلوك الفرد والتي تختلف من شخص لآخر حسب الخصائص والسمات الشخصية فنجد الكفاءة الذاتية من المفاهيم التي لقيت اهتمام كبير من قبل الباحثين والتي ترجع إلى نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي والتي انبثقت منها الكفاءة الذاتية من قبل ألبرت باندورا ويعرفها باجارس (Pajares,1999) نقلا (عبد الله البلوي: 2009،ص23) بأنه اعتقاد الفرد

بإمكانياته الذاتية وثقته بقدراته ومعلوماته وامتلاكه المقومات العقلية المعرفية والانفعالية والحسية العصبية مما يمكنه من تحقيق المستوى المطلوب لتحقيق التوازن حيث يتم الجهد والطاقة في هذا المستوى.

ووفقا لنظرية باندورا في الكفاءة الذاتية فقد فرق الناس في كيفية إحساسهم ، تفكيرهم وتصرفاتهم من حيث الشعور والإحساس فانخفاض الكفاءة الذاتية مرتبط بالقلق والعجز والاكتئاب كما لاحظ أيضا أن هؤلاء الأفراد لديهم تدني في تقديرهم لذواتهم ولجوتهم إلى الفكر التشاؤمي حول ما لا يستطيعون انجازه بينما من كانت لديهم كفاءة ذاتية مرتفعة فكان يسهل عليهم العمليات المعرفية والأداء في العديد من الوضعيات بما في ذلك جودة اتخاذ القرارات والانجازات. (Schweitzer :1999 ,p.147)

وفي نفس السياق توصل كل من التماير و روسل ، كاو ، ليمان ، واينستين (Altmaier, Russell,) (Litt,1988;Manning & رايت و مانينغ و رايت و كل من ليت و مانينغ و رايت (Lhman, Weinstein ;1993) Wright1983) أن الأشخاص الذين لديهم معتقدات كفاءة عالية أكثر قدرة على السيطرة على الألم من أولئك الذين لديهم انخفاض في الكفاءة الذاتية وقد. وجد كل من باندورا ريز وادامس و جيوفي وتايلور وبريار (Bandura1988 , Reese, Adams ;1982 , Gioffi ,Taylor& Brouillaed 1988)

أن الكفاءة الذاتية تؤثر على ضغط الدم ومعدل ضربات القلب ومستوى الكاتيكولامينات المصل في مواجهة التحديات أو المواقف المهددة ، وهي نفس النتيجة توصل إليها اوليري وآخرون (O'leary &al 1988) أن تعزيز معتقدات الكفاءة الذاتية يخفف من ألم التهاب المفاصل ويحسن الأداء النفسي والاجتماعي الذاتي. (Schwarzer &Renner : 2000, p.489)

كما وجد كل من لينونبرينك و بينتريك (Linnenbrink&Pintrick ;2003) أن ارتفاع الكفاءة الذاتية مرتبط بإدارة المهام الصعبة وتحسين الأداء ومع ذلك فإن مستوى صعوبة مهمة تؤثر على الكفاءة الذاتية فالمهام

السهلة نسبياً تحدث شعور بالثقة في حين المهام الأكثر صعوبة يمكن أن تبدو أكثر تهديداً وتتطلب إيماناً قوياً في القدرة على الأداء. (Grossman :2008,p15)، وكما توصل والستون ووالستون 1978 نقلاً عن (Huichen :2000 ,p6) أن الكفاءة الذاتية المدركة تتأثر بمصدر الضبط الصحي والعكس بالعكس ، كما توصلت دراسة أوليري (O'leary ,1985) عن ارتباط الكفاءة الذاتية العالية بازدياد الالتزام بالنظام الصحي وخصوصاً عندما يدرك الفرد للتهديدات الصحية والنتائج المترتبة عنها والمتوقعة لاتخاذ ذلك السلوك .

(Hill Rice :2000,p.501)

ومن خلال ما تم استعراضه من دراسات سابقة تناولت الكفاءة الذاتية نصل إلى أن الناس يتوقعون سيناريو إما متفائلون أو متشائمين. بما يتماشى مع مستواهم من الكفاءة الذاتية فكلما كانت مرتفعة تحكّموا أكثر في سير المرض بطريقة أفضل ومعاناتهم تصبح أقل ومنه فالكفاءة تعتبر كمتغير وسيط بين آثار المرض والسلوكيات المنتهجة للتغلب عليها وعلى الرغم من أهمية متغيرات الدراسة في المجال الصحي سواء مصدر الضبط الصحي الداخلي أو استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والكفاءة الذاتية المرتفعة في زيادة إمكانات المرضى لتجاوز الأهموم ومتاعبهم سواء الجسدية والنفسية في المجتمعات الغربية ، غير أن السؤال الذي يطرح نفسه هل لها نفس التأثير ونفس النتائج على العينة والمرضى في دراستنا وبيئتنا هل سنصل إلى نتائج تتفق مع ما توصلت إليه دراساتهم السابقة أم أننا سنجد نتائج مختلفة كلية لارتباطها بثقافتنا وبيئتنا وتنشئتنا ومن هذا المنطلق تحاول الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي ودراسة الفروق في المتغيرات الثلاث حسب الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي وذلك بالإجابة على التساؤلات التالية :

- ما النمط السائد في أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة ؟

- ما النمط السائد في استراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة؟
- ما مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة؟
- هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والسن؟
- هل توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسن؟
- هل يختلف مصدر الضبط الصحي حسب :
 - الحالة الاجتماعية؟
 - المستوى التعليمي؟
- هل تختلف استراتيجيات المواجهة حسب :
 - الحالة الاجتماعية؟
 - المستوى التعليمي؟
- هل تختلف الكفاءة الذاتية حسب :
 - الحالة الاجتماعية؟

- المستوى التعليمي ؟

2- أهداف الدراسة : تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية :

- تحديد نوع مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة السائدين لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- التأكد من وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية .
- التأكد من وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة .
- التأكد من وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى عينة الدراسة.
- التأكد من وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والسن لدى عينة الدراسة
- التأكد من وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية والسن لدى عينة الدراسة .
- الكشف عن وجود فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب متغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لدى عينة الدراسة .
- الكشف عن وجود فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة حسب متغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لدى عينة الدراسة .

- الكشف عن وجود فروق في الكفاءة الذاتية حسب متغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لدى عينة الدراسة .

3 - أهمية الدراسة : تكمن أهمية الدراسة بداية من خلال الأهداف التي ترمي إليها من جهة ،

ومن جهة أخرى فهي تتناول متغيرات ذات أهمية في البحوث والدراسات الإكلينيكية والمتمثلة في مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية والتي تعتبر من المتغيرات المهمة التي تلعب دور كبير في تبني سلوكيات صحية فتمدنا بإطار نظري هام في علم النفس الصحة ، وحسب الباحثة فالدراسة الحالية تعتبر الدراسة العربية من الدراسات الأوائل لاقتزان المتغيرات الثلاث ومع فئة قليلة التركيز عليها وهي عينة القصور الكلوي المزمن .

- تساهم الدراسة في لفت المختصين والباحثين في مجال علم النفس والمختصين في الرعاية الصحية ما لأهمية المعتقدات الصحية سواء تعلق الأمر بمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لإعداد برامج تدريبية أو برامج وقائية لزيادة تبني الضبط الداخلي أو تعزيز الكفاءة الذاتية المرتفعة لتعزيز تكيف فعال ونشط تجاه مرضهم

- تبرز أهميتها أيضا في أهمية الشريحة التي تناولتها وهي مرضى القصور الكلوي المزمن وهي فئة تعاني من مشكلات وأزمات صحية ونفسية عديدة وتحتاج إلى عناية أكثر في جميع المجالات من أجل التأقلم والتكيف مع المرض وعلاجه.

-تكمن أهمية الدراسة أيضا فيما تسفر عنه من نتائج يمكن من خلالها توجيه المختصين والعاملين بالاهتمام بالمعتقدات الصحية من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية والعمل على رفع من مستواها.

- من أهميتها أيضا تلفت الانتباه إلى الدراسات التي تهتم بالجوانب المعرفية والاجتماعية والسلوكية لإدراك المريض لحياته في إطار ثقافته بدل التركيز على النظرة الكلاسيكية الطبية المركزة على المرض فقط.

- تؤدي نتائج الدراسة في إثراء الجدل والتساؤلات حول زيادة الفضول في دراسة متغيرات الدراسة. بمتغيرات أخرى

4- الدراسات السابقة

ما لمستته الباحثة من خلال مراجعة الدراسات السابقة العربية أو الأجنبية أنها لم تتناول متغيرات الدراسة الحالية معا أو بشكل مباشر وذلك في حدود علم الباحثة ، ولذا ارتأت الباحثة إلى تناول الدراسات الخاصة بكل متغيرين على حدا ، وفيما يلي أهم الدراسات التي تناولتها الباحثة حسب تسلسل زمني من الأقدم إلى الأحدث :

1- / الدراسات التي تناولت مصدر الضبط وعلاقته باستراتيجيات المواجهة :

- دراسة أندرسون (Anderson, 1977) : هدفت إلى فحص العلاقة بين مصدر الضبط وسلوكيات المواجهة لدى 102 من مدراء أصحاب أعمال تجارية صغيرة خلال فترة استمرت 3 سنوات ونصف في أعقاب الفيضانات ، كشفت النتائج أن الأشخاص ذوو مصدر الضبط الداخلي يستخدمون مهام أكثر مرتبطة بسلوكيات المواجهة عن ذوو الضبط الخارجي كاستخدام المواجهة المركزة على المشكل للتغلب على الخسارة ، في حين الأشخاص ذوو مصدر الضبط الخارجي يلجئون إلى استراتيجيات أكثر دفاعية عن الأشخاص ذوو الضبط الداخلي كالتحكم في الانفعالات وردود الفعل عن القلق. (Lazarus & Folkman : 1984)

- دراسة نورمان وزملاؤه (Norman ,1982): هدف الدراسة الكشف عن العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والضبط المدرك لدى عينة من 115 بالغاً (65 أنثى و 50 ذكر) من المصابين بالنوع الثاني من السكري ودلت النتائج على ارتباط موجب بين الانشغال الوجداني واستراتيجيات الهروب والقلق والاكتئاب ، كما أن المواجهة الذاتية مؤشر تنبؤي بانخفاض نسبة الاكتئاب وأن الضبط المدرك متغير معدل بين الاستجابة للكرب وكل من القلق ومستوى ارتفاع الأنسولين .(زعطوط ،2005،ص 18)

- دراسة ماركس وآخرون (Marks et al 1986): كان هدفها معرفة العلاقة بين مركز ضبط الصحة والتكيف لدى مرضى السرطان ، وكانت النتائج وفقاً لتنبؤات الباحثين تؤكد على دور مركز الضبط الداخلي في مواجهة هذا المرض القاتل مواجهة صحيحة ، بمعنى أن المرضى الذين يشعرون بإحساس التحكم والسيطرة على حياتهم ومرضهم حققوا أعلى مستويات التكيف وكانت معاناتهم من حالة الاكتئاب أقل نسبياً .(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 153)

- دراسة بريان وآخرون (Pruyn & al ,1988) والتي كان من أهدافها دراسة دور مصدر الضبط والتكيف مع المرض على عينة من 118 مريض بالسرطان ، الأشخاص الذين لديهم إدراك في الضبط الداخلي أعلى من خلال مقياس مصدر الضبط السرطان (Cancer locus of control scal) يتكيفون أحسن مع المرض عن الآخرين ، حيث أسفرت النتائج أنهم يمثلون سلوكيات أكثر صحية، يحصلون على مساندة اجتماعية ولديهم تقدير ذاتي عالي وقلق أقل. (Schweitzer : 2002, p321)

- دراسة كريسون و كيفي (Crisson et Keefe , 1988): والتي كان هدفها معرفة العلاقة بين مركز الضبط واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى الألم المزمن ، وقد طبق في هذه الدراسة مقياس مركز الضبط الصحة و مقياس استراتيجيات المواجهة على مجموعة تضمنت 62 مريضاً مصاباً بالألم المزمن وفي حالة

استشفاء وكشفت النتائج : أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ لمركز الضبط كانوا أكثر عجز للتعامل مع المهام واستخدموا إستراتيجية تحويل الانتباه وإستراتيجية المواجهة المعتمدة على الصلاة والتمني بالإضافة إلى أنهم أكثر تفاديا للمواجهة مع الألم .(Keck ,2006,p245)

- دراسة يونجر (Yonger,1995) : فكان هدفها الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتكيف مع الضغوط ، أجريت الدراسة على عينة قوامها 111 فردا من المصابين باضطراب وعائي قلبي (الشريان التاجي) وقد طبقت على العينة مقياس التكيف مع الضغوط ومقياس مصدر الضبط الصحي وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين التكيف للضغوط ومصدر الضبط الداخلي ، مما يؤكد الفرضية القائلة بوجود ارتباط بين الضبط الداخلي والتغلب على الضغوط .(جبالي : 2007 ، ص 21)

أما دراسة هالتهوف وآخريين (Haltenhof & al ,2000) :من أهدافها دراسة العلاقة بين مصدر الضبط وسلوكيات المواجهة لدى مرضى الرعاش العصبي، على عينة من 45 مريضا ، تناولت العلاقة بين سلوكيات المواجهة ومركز الضبط والاكنتاب ومتغيرات ذات صلة بالمرض ، و لقد أظهرت نتائجها وجود ارتباط وثيق بين مركز التحكم الداخلي وأسلوب المواجهة الايجابية التي يمارسها المريض للتعامل مع حالته المرضية والحفاظ على استقراره وصحته . (بخلف :2001 ، ص 97)

- دراسة لينا وآخرون (Lina et al ,2000) : هدفها الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسند الاجتماعي والتكيف النفسي لدى 152 مريض ياباني(105 ذكر ، 46 أنثى) مصاب بسرطان القناة الأنفية البلعومية في مدينة هونغ كونغ يتراوح سنهم بين 15 سنة و18 سنة ، طبق عليهم مقياس الدعم الاجتماعي ومقياس المواجهة لكارفر 1989 ومقياس الصحة العامة وقد كانت النتائج كما يلي :

- ارتباط مصدر الضبط الصحة الداخلي ايجابيا بالتكيف النفسي

- لا توجد علاقة بين كل من متغير (السن والجنس والمستوى التعليمي) واستعمال المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي

- توصلت الدراسة إلى أن مصدر الضبط الصحة الداخلي مرتبط إيجابياً بالتكيف ومصدر الضبط الصحة للخط مرتبط سلبياً بالتكيف. (Sun & Stewart :2007)

- دراسة لورا جولدستان وآخرون (Laura Goldstein ,2000) فكان هدف دراستها التحقق من فرضية أن مرضى نوبات الصرع غير نفسي المنشأ (Pseudoseizures) يواجهون مستويات أعلى من التفكك والمزيد من استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال والقابلية لتناول المنومات عن باقي الأفراد الأصحاء ، تم أخذ عينة المرضى من وحدة الطب النفسي العصبي في مستشفى مودسلي بلندن وقد تم تشخيصهم بوجود خبيرين استشاريين في المرض ، شملت العينة 30 مريض و20 شخص كعينة ضابطة غير سريرية من الأصحاء للمقارنة استخدم في الدراسة مقياس الإدراك الحسي (The Perceptual Alteration Scale) ومقياس خبرات الفصامية (التفككية) (The Dissociative Experiences Scale) ومقياس المواجهة ، ومقياس مصدر الضبط الصحي ، أظهرت النتائج :

- أن المرضى لديهم أعلى مستوى من التفكك ، واستراتيجيات مواجهة تجنبه فهم أكثر اعتقاداً في الضبط الخارجي فيما يتعلق بصحتهم ومستوى مرتفع من الاكتئاب مقارنة مع مجموعة الضابطة .

- كما أسفرت الدراسة أن كلا المجموعتين (المرضية والضابطة) استخدمت استراتيجيات البحث عن الدعم الاجتماعي كإستراتيجية أساسية .

- وجود علاقة ارتباطية بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال والتفكك لدى المرضى .

- وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ والخبرات الفصامية .

- ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى المجموعة المرضية عن المجموعة الضابطة. (Goldstein : 2000)

- دراسة اراراس وآخرين (Arraras et al ,2002) : هدف الدراسة الكشف عن العلاقة بين طرق إدارة

الألم من خلال أسلوب المواجهة ، مصدر الضبط وإدارة فعالية هذه الاستراتيجيات ومستوى الضيق والسلوكيات المرتبطة بالألم وأي المتغيرين (أسلوب المواجهة أم مصدر الضبط) يعتبر كمنبئ بمستوى الضيق .

استخدم مقياس مصدر الضبط الصحة و قائمة استراتيجيات المواجهة و مقياس الاكتئاب والقلق المرتبطان بالمستشفى ، شملت العينة 51 مريض مصاب بالسرطان ويعانون من الألم و67 مريض يعاني من الألم المزمن .

النتائج بينت :

- وجود فروق دالة في مصدر الضبط الداخلي تعزى للمرضى الغير مصابين بالسرطان مقارنة بمرضى السرطان

- اعتبرت إستراتيجية التجنب منبئ بمستوى قلق عالي.

- في حين اعتبرت إستراتيجية التجنب والمعتقدات الضعيفة في مركز الضبط الداخلي كمنبئات باكتئاب عالي.

(Arraras et al : 2002)

- دراسة داركس وآخرين (Derks & al ,2005) : هدف الدراسة الكشف عن الفروق في أساليب

المواجهة ومصدر الضبط بين المسنين والشباب والمصابين بسرطان العنق والرأس على عينة من 51 مسنا و70

شابا ، استخدم مقياس جودة الحياة ومقياس مصدر الضبط السرطان ومقياس الاكتئاب والمواجهة ، وأظهرت

النتائج أن الأعراض الاكتئابية وجودة الحياة قبل 12 شهرا من العلاج لم تختلف بين المجموعتين ، كما أظهرت

النتائج قبل 6 أشهر من العلاج أن المرضى الشباب استعملوا استراتيجيات مواجهة نشطة أكثر وكان لديهم

ضبط داخلي أكثر ، في حين المرضى المسنون استخدموا المواجهة الدينية والضبط الديني أكثر في كل المقاييس

ولقد ارتبطت مواجهة التجنب بأعراض اكتئابية أكثر وجودة حياة سيئة في كلا المجموعتين .

(Derks & al : 2005)

- دراسة بايدوغان وداغ (Baydoghan & Dag,2008): هدف الدراسة تقصي أثر العوامل الشخصية والمتمثلة في مصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة والتحكم الذاتي للتنبؤ بمستوى الاكتئاب لدى مرضى الغسيل الدموي ، تكونت عينة الدراسة من 71 مريض (43 امرأة و 28 رجل) خاضعين لغسيل الكلى بمركز أنقرة واستخدم في الدراسة مقياس بيك للاكتئاب ومقياس روتر الداخلي الخارجي لمصدر الضبط ومقياس استراتيجيات المواجهة لروزنبوم ، أسفرت النتائج على أن كبار السن من المرضى سواء النساء أو الرجال (56- 70 سنة) لديهم مستوى مرتفع من الاكتئاب ، وسيادة الضبط الخارجي ومستوى منخفض من استخدام استراتيجيات المواجهة ، واعتبر مصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة كعوامل منبئة بالاكتئاب لدى المرضى (Baydoghan & Dag ,2008).

- دراسة وليدة مرازقة (2010) : هدف الدراسة الكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان ، تكونت عينة الدراسة من 52 مريض يتراوح سنهم بين 12 إلى 56 سنة استخدم مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم ومقياس استراتيجيات المواجهة المعدل من قبل كوسون وأسفرت النتائج عن :

- ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم و استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية .

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين مرضى السرطان في متوسطات استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس ، السن و الحالة الاجتماعية . (مرازة : 2010)

-التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات

المواجهة :

لقد تنوعت الدراسات السابقة التي تناولت مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة من حيث الأهداف التي ترمي إليها ، فمنها من كانت تهدف إلى معرفة العلاقة بين استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي في دراسة كل من (Marke & al,1986 ; Crisson & Keefe,1988 ; Anderson,1977 ; Yonger,1995 ; Haltenhof & al,2000) ودراسة (وليدة امرازة ، 2000) في حين كان هدف دراسة (Laura Goldstein,2000) التنبؤ بكون من يعانون من نوبات الصرع النفسي المنشأ يواجهون مستويات أعلى من التفكير و استعمال استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال ، وفي نفس السياق هدفت دراسة (Baydogan & Dag,2008) للتنبؤ بكون كل من مصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة عوامل متنبئة بالاكتئاب أما دراسة (Derkes,2005) فكان هدفها الكشف عن الفروق في أساليب المواجهة ومصدر الضبط لدى المسنين والشباب .

أما من حيث حجم العينة فقد تباينت أحجامها بين العينة الصغيرة التي لم تتجاوز 100 كدراسة كل من (Haltinhof, 2000 ; Laura Goldstein,2000 ; Crisson et Keefe,1988) ودراسة وليدة امرازة (Badogan & Dag,2008;) وبين عينة متوسطة الحجم لم تتجاوز 200 كدراسة كل من (Anderson,1977 ; Norman,1979 ; Brian et al,1988 ; Yonger,1995 ; Arraras et al

(2002) ، كما تباينت العينات المستهدفة للدراسات فأغلبيتها كانت على المرضى المزمين ما عدا دراسة (Anderson, 1977) لدى مدراء مؤسسات تجارية .

وقد أسفرت نتائج الدراسات إلى نتائج متنوعة حسب تنوع أهداف الدراسات بحد ذاتها ومنها:

- أهمية الضبط الداخلي في تبني سلوكيات صحية عن الضبط الخارجي .
- ارتباط الضبط الداخلي باستراتيجيات المواجهة النشطة ، وأهمية الضبط الداخلي في تخفيض القلق واستجابات الكرب ، في حين ارتباط الضبط الخارجي بمستويات مرتفعة من الاكتئاب .
- ارتباط مصدر الضبط الداخلي بالواجهة الايجابية والمتمثلة في المواجهة المركزة على المشكل، بينما ارتباط الضبط الخارجي بالواجهة المركزة على الانفعال .
- غياب الفروق حسب متغير (السن والجنس والمستوى التعليمي) والواجهة.
- الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية :

- دراسة يان وآخرون (Yan et al ,2002) : كان هدف الدراسة فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي وقلق الموت لدى عينة من 282 طالب صيني من هونغ كونغ (105 ذكر، 177 أنثى) ، النتائج بينت أن الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي الخارجي كانوا أكثر ارتباطا بمستوى قلق موت أعلى ، ولم تسفر النتائج عن علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي (Huichen,2007,p54).

- دراسة تانغ و آخرون (Tang & al ,2004) : هدف الدراسة الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي والضغط النفسي لدى عينة مكونة من 159 امرأة مسنة صينية واللاتي بعانين من

أمراض جسدية مزمنة أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والكفاءة الذاتية العامة ، بينما بينت نتائج تحليل معامل الانحدار أن معتقدات التحكم الصحي لا تتفاعل مع الكفاءة الذاتية العامة ، وقد دلت النتائج أيضا أن المستوى المنخفض من الكفاءة الذاتية كانت أكبر منبئ بالضعف النفسية وارتفاع مصدر الضبط الخارجي . (Tang & al ,2004)

دراسة هالة السعيد 2006 : هدف الدراسة البحث عن أنماط السلوك الصحي في علاقته بكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي ومتغير مكان الإقامة (ريف ، حضر) وذلك لدى عينة قوامها 1000 من طلاب الجامعة بين الجنسين ، كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض أنماط السلوك الصحي (وهي ممارسة التمرينات الرياضية وكفاية النوم ومدته ، والممارسات الغذائية والوقاية الصحية نفسيا وبدنيا والنصائح والمساعدات الرياضية وتناول الأدوية النفسية ، وكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي ، في حين ارتبطت سلوكيات التدخين ارتباطا سلبا بكل من فاعلية الذات ومركز الضبط الصحي كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات ومركز التحكم الصحي للآخرين ، بالإضافة إلى ارتفاع السلوك الصحي ارتفاعا جوهريا في فعالية الذات مقارنة بالريفيين ، ولم توجد فروق بين الذكور والإناث في متغير السلوك الصحي ، ومركز التحكم الداخلي في حين ارتفعت كل من فاعلية الذات ومركز التحكم للآخرين لدى الإناث مقارنة بالذكور . (محمد الدق، 2011 ،ص321)

- دراسة سمية عليوة 2007 : هدف الدراسة الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري لدى عينة من 86 مريض واستخدم مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد الذي تم تقنيه وتكيفه على البيئة الجزائرية (جبالي نور الدين) ومقياس الكفاءة الذاتية لمرضى السكري من تصميم الباحثة ، وقد جاءت النتائج كما يلي :

- لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي والكفاءة الذاتية ، لكنها ترتبط ببعدي ذوي النفوذ والحظ
- لا توجد علاقة ارتباطية بين كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بكل من مدة المرض والسن .
- لا توجد فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.
- لا توجد فروق في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنسين والمستوى التعليمي .(عليوة:2007)
- دراسة بريان (Brian .M , 2008) : من أهداف الدراسة فحص ما إذا كانت الكفاءة الذاتية الخاصة بممارسة الرياضة ومصدر الضبط تتوسط العلاقة بين الاكتئاب والنشاط الرياضي و القلق والنشاط الرياضي ، بالإضافة إلى فحص ما إذا كانت الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط كمنبئين بممارسة التمارين الرياضية ، تكونت عينة الدراسة من 30 رجل و 91 امرأة تراوح سنهم بين (21 سنة و 81 سنة). بمتوسط عمري 44,85 وانحراف معياري 16,36 استخدم مقياس ستريكلاند للراشدين لمصدر الضبط الداخلي الخارجي و مقياس مركز الوبائي للدراسات الاكتئاب (The center of epidemiologic studies depression scale) ومقياس أعراض القلق لوفولك (Woolfolk) ومقياس الكفاءة الذاتية لممارسة النشاط الرياضي وأسفرت النتائج عن :- الكفاءة الذاتية تتوسط العلاقة بين الاكتئاب وممارسة النشاط الرياضي .
- اعتبرت الكفاءة الذاتية كأفضل منبئ للممارسة الرياضة .
- لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي وممارسة الرياضة .
- لم يعتبر مصدر الضبط الخارجي كأحسن منبئ بمدّة النشاط الرياضي .
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الخارجي والاكتئاب .
- علاقة ارتباطية عكسية بين مصدر الضبط الخارجي والكفاءة الذاتية .(Brian .M. Dow : 2008)

- دراسة نيكول كيدي (Nicole Keedy, 2009) : سعت الدراسة إلى التحقق من قيمة استخدام مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية الخاصة بالألم للتنبؤ بالنتائج الصحية الجسدية والعقلية لمرضى آلام الظهر المزمن (Chronic back pain) ، تم استخدام النسخة C من مقياس مصدر الضبط الصحي ومقياس الكفاءة الذاتية الخاص بالألم لدى عينة مكونة من 61 مريض (28 ذكر و 33 أنثى) تراوح السن بين 28 سنة و 72 سنة استكملوا فترة إعادة التأهيل لمرض الألم المزمن وأسفرت النتائج :

- تحليل الانحدار أكد أهمية مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية المرتبطة بالألم في مرحلة ما قبل المعالجة إذ تنبأت بصحة جسدية وعقلية بعد شهر من المعالجة .

- ارتفاع درجات مصدر الضبط الداخلي وانخفاض في درجات مصدر الضبط الخارجي للأطباء وارتفاع في مستوى الكفاءة الذاتية بعد شهر من العلاج.

- ارتفاع درجة الكفاءة الذاتية تنبأت بأداء أفضل وعجز أقل في شهر واحد فقط من العلاج ، واستخلص من الدراسة أهمية الكفاءة الذاتية المرتبطة بالألم ومصدر الضبط الصحي كعوامل منبئة ذات فائدة في علاج مرضى آلام الظهر المزمن. (Keedy : 2009)

- التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية :

تنوعت أهداف الدراسات السابقة إذ نجد منها من سعى للبحث عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي ومتغيرات نفسية أخرى كقلق الموت في دراسة (Yan et al, 2002) و الضغط النفسي في دراسة (Tang et al , 2004) ، بينما هدفت دراسات أخرى إلى التنبؤ بمدى مساهمة الكفاءة الذاتية والضبط الصحي في التوسط للممارسة سلوكيات صحية كدراسة كل من (Brian, 2008 ; Nicole Keedy, 2009)

في حين سعت دراسة (هالة السعيد، 2006) للبحث عن أنماط السلوك الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي .

أما من حيث حجم العينة فقد تراوحت بين العينة الصغيرة التي لم تتجاوز الـ 100 كدراسة كل من (سمية عليوة، 2007) ودراسة (Nicole Keedy, 2009) وبين دراسات متوسطة الحجم لم تتجاوز الـ 200 كدراسة (Tang, 2004 ; Brian et al, 2008) وبين عينة كبيرة الحجم في دراسة هالة السعيد التي بلغت الـ 1000، كما تباينت العينات المستهدفة بين المرضى المزمنين والتي تمثل في أغلبية الدراسات ما عدا دراسة (هالة السعيد، 2006) ودراسة (Yan et al, 2002) على عينة من الأصحاء والمتمثلة في الطلبة .

كما تنوعت الدراسات السابقة من حيث الفئات العمرية حيث تناولت بعض الدراسات فئة المراهقين ، في حين تناول البعض الأخر فئة الشباب والراشدين في حين جمعت دراسات أخرى فئة الراشدين والكهول والمسنين ، بينما تباينت نتائج الدراسات على اختلاف أهدافها إلى:

- وجود علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي .

- الكفاءة الذاتية المنخفضة ارتبطت بمصدر الضبط الخارجي ، بينما ارتبطت الكفاءة الذاتية المرتفعة بمصدر الضبط الداخلي .

- ارتباط معتقدات الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي بسلوكات الصحية.

- وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ .

- غياب الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية حسب متغير (الجنس والمستوى التعليمي)

- أهمية الكفاءة الذاتية في التنبؤ بالسلوكات الصحية لدى المرضى.

- الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة :

- دراسة سو زوم (Sosome ,1996) : هدف الدراسة فحص العلاقة بين إدراك الألم والكفاءة الذاتية

واستراتيجيات المواجهة لدى 150 امرأة حامل ، النتائج أثبتت :

- وجود علاقة ارتباطية سلبية بين ألم الوضع والكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة.

- النساء اللواتي يؤمن ويعتقدن في قدرتهن لمواجهة ألم الوضع يقاومن أفضل الألم أثناء المخاض عن اللواتي

لديهن انخفاض في معتقداتهن وكفاءتهن وقدرتهن في المواجهة .(Howharn :2008,p43)

- دراسة جانكين (Jenkin , 1997) : هدف الدراسة الكشف عن أساليب المواجهة والكفاءة الذاتية لدى

عينة من الطلبة تكونت من 135 طالب (81 ذكر و 54 أنثى) ، استخدم مقياس لاستراتيجيات المواجهة

ومقياس الكفاءة الذاتية لرايكمان (Raykman,1982) .

أسفرت النتائج إلى : أن الاستراتيجيات المواجهة الفعالة تركز على الجانب الايجابي ، والمواجهة المتمركزة على

حل المشكل و العمل الجاد لتحقيق الأهداف كانت أفضل منبئ بأن ميزت بين الكفاءة الذاتية المنخفضة

والمرتفعة .

- الطلبة في مجموعة الكفاءة الذاتية المنخفضة أقل استخداما لاستراتيجيات المواجهة ، في حين المجموعة من

الطلبة ذوو الكفاءة المرتفعة كانوا أقل نجاحا عندما استخدمت الاستراتيجيات المواجهة الفعالة بنسبة أقل بكثير

من الطلاب ذوي الكفاءة المنخفضة .(Frydenberg :2004,p7)

- دراسة نورمان (2002): هدف الدراسة الكشف عن الفروق في استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية

لدى فئتين من المرضى ، فئة تعاني من أمراض مزمنة مكونة من 137 مريض وفئة تعاني من أمراض حادة

مكونة من 134 مريضا ، النتائج أسفرت على أن المصابين بأمراض حادة يتمتعون بمستوى كفاءة ذاتية مرتفعة مقارنة بالمزمين ويستعمل المرضى المزمين استراتيجيات مختلفة في التكيف مع المرض سواء انفعالية تجنبية أو مركزة على المشكل ، كما وجد ارتباط دال بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة .

(زعطوط :2012،ص123)

- دراسة سندامونغ (Sindamong ,2004) : هدف الدراسة فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية وسلوك مواجهة ألم المخاض أثناء فترة المخاض لدى 89 أم لأول مرة ، ومحاولة التعرف عن العلاقة بين متغيري السن والمستوى التعليمي والكفاءة الذاتية وسلوك مواجهة ألم المخاض ، أسفرت النتائج عن علاقة إحصائية بين السن والمستوى التعليمي ومتغيري الدراسة ، وأوضح 14,9 من التباين لسلوك مواجهة الألم ، في حين اعتبرت الكفاءة الذاتية ذات دلالة إحصائية بالتنبؤ بسلوك المواجهة الألم خلال فترة المخاض .

(Howharn :2008 ,p 40)

- دراسة كورين (Korinne ,2006) : كان من أهداف الدراسة التحقق من مدى التنبؤ بتأثير كل من الذكاء الانفعالي وأساليب المواجهة في توقعات الكفاءة الذاتية المدركة لدى 89 طالب دراسات عليا في تخصص الاستشارة الوراثية (97 أنثى وذكر) .بمتوسط عمري 25,5 وانحراف معياري 3,8 .

تمت الدراسة باستطلاع على انترنيت شمل استبيان ديمغرافي (للتركيبة السكانية) ومقياس الذكاء الانفعالي ومقياس أساليب المواجهة النشطة ومقياس الكفاءة الذاتية وأسفرت النتائج :

- أسفر تحليل الانحدار المتعدد منبئات هامة من مجموع 49% من الاستشارة للكفاءة الذاتية: (الاحترام، التعاطف، المواجهة النشطة، المواجهة الوقائية) فالمشاركين مع كفاءة ذاتية عالية كانوا أكثر تقدما وأكثر تعاطفا ومواجهة نشطة ومواجهة وقائية.(Lucikanek :2006)

- دراسة شانتال (Chantal, 2009) : هدف الدراسة التحقق من وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة والتقييم المعرفي لدى النساء ضحايا العنف الزوجي ، تكونت العينة من 32 امرأة استخدم في الدراسة مقياس الكفاءة الذاتية خاص بالنساء المعنفات ، شبكة التقييم المعرفي مستوحى من نموذج كارلسون (Carlson, 1997) ، ومقياس المواجهة لكارفر .

أسفرت النتائج :

- إن التقييم المعرفي لنصف النساء (32/17) وجد أنهن يشعرن باليأس في وقت من الأوقات لتعرضهن للعنف اليومي من قبل الزوج.

- على مستوى الكفاءة الذاتية فالنساء يشعرن بكفاءة عالية في نواحي الحياة التي تتعلق باحتياجات خارجية مثل (الصحة والتنقل) ، ومستوى منخفض من الكفاءة الذاتية عندما تكن الاحتياجات ذات طبيعة داخلية ذاتية (فيما يتعلق بتخطيط السلامة، التعبير عن احتياجاتهن ورغباتهن)

- النتائج التحليلية للمقارنة بينت فروق في مستوى استراتيجيات المواجهة وخاصة (الإنكار) بين النساء اللواتي لديهن شعور باليأس عن اللواتي لم يشعرن به .

- وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وأسلوب المواجهة (إلقاء اللوم) .

- العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة تتعلق بمسوى التقييم المعرفي حيث كشفت النتائج عن علاقة إيجابية بين استراتيجيات المواجهة (النشطة ، التخطيط ، المواجهة المتمركزة على المشكل) والكفاءة الذاتية ونوع التقييم المعرفي ، فالنساء يستخدمن هذه الاستراتيجيات حسب مستوى كفاءتهن الذاتية وتقييمهن

المعرفي (Crète :2009)

- التعليق على الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة :

بالنسبة للدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة فهي أيضا تباينت من حيث أهدافها فمنها من ركزت على معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة في كل من دراسة (Chantal, 2009 ; Sindamong, 2004 ; Sosome, 1996) في حين ركزت دراسة (Jenkin, 1997) على كشف أساليب المواجهة والكفاءة الذاتية ، بينما كان هدف دراسة (Corinne, 2006) بالتنبؤ من خلال تأثير كل من أساليب المواجهة والذكاء الانفعالي في الكفاءة الذاتية ، وتباينت أحجام العينات بين الصغيرة والمتوسطة ، كذلك من ناحية الفئة المستهدفة للدراسة فقد تباينت بين دراسات خصت المرأة الحامل كدراسة كل من (Sindamong, 2004 ; Sosome, 1996) ودراسات ركزت على فئة الطلبة كدراسة كل من (Korinne, 2006 ; Jenkin, 1997) أما دراسة (Chantal, 2009) فقد اهتمت بفئة النساء ضحايا العنف الزوجي وقد أسفرت النتائج على :

- أن الكفاءة الذاتية المرتفعة أكثر تنبؤا بالسلوكات الصحية كدراسة (Corinne, 2006 ; Sindamong, 2004)

- اعتماد الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة على التقييم المعرفي للشخص (دراسة Chantal, 2009)

- استراتيجيات المواجهة المتمركزة على المشكل أفضل منيء بالكفاءة الذاتية ، كما أن من يتمتعون بكفاءة منخفضة أقل استخداما لاستراتيجيات المواجهة الفعالة في دراسة (Jenkin, 1997)

- وجود علاقة إحصائية دالة بين الكفاءة الذاتية والمواجهة وكل من متغيري (المستوى التعليمي والسن) في دراسة (Sindamong, 2004)

- تعليق عام على الدراسات السابقة ككل :

يتضح من العرض السابق للدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة أو الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية وأخيرا الدراسات التي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة أن الدراسات العربية في هذا المجال قليلة .

- أهمية مصدر الضبط الصحي الداخلي والكفاءة الذاتية المرتفعة والمواجهة الايجابية المركزة على المشكل في حياة الأشخاص واعتبار المواجهة المركزة على الانفعال و مصدر الضبط الخارجي والكفاءة الذاتية المتدنية ذوو تأثير منخفض في تغيير سلوكيات الخطر .

- كما تبين وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الداخلي ووجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية المرتفعة والمواجهة المركزة على المشكل ، بالإضافة إلى أهمية الضبط الداخلي للتكيف أحسن مع الأمراض المزمنة ، وبالرغم من أن الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية إلا أنها لم تتناول علاقة مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة معا.

- لم تتناول الدراسات السابقة البحث عن النمط السائد في مصدر الضبط أو استراتيجيات المواجهة أو مستوى الكفاءة الذاتية ، كما أن أغلب الدراسات السابقة تناولت عينات مختلفة من المرض المزمن (كالسرطان ، الأمراض الوعائية القلبية ، الصرع ، السكري... الخ) إلا أن فئة مرضى القصور الكلوي المزمن غائبة عن تناول ما عدا في دراسة بايدوغان وداغ (2008) ، كما أن الدراسات لم تتناول البحث والتقصي عن متغير الحالة الاجتماعية وعلاقته بمتغيرات الدراسة المتناولة في الدراسة الحالية .

-فرضيات الدراسة: بناء على مشكلة الدراسة والدراسات السابقة التي تم تناولها نصل إلى صياغة

الفرضيات التالية:

- تتوقع ارتفاع درجات مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- تتوقع ارتفاع درجات استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- تتوقع مستوى منخفض في الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة .

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية .

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية .

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن .

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والسن .

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية والسن .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي حسب الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة حسب الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية حسب الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- تحديد مصطلحات الدراسة إجرائيا:

1- **مصدر الضبط الصحي** : وهي الدرجة التي يتحصل عليها المريض فيما يتعلق بمعتقداته حول مسؤوليته (ضبط داخلي) أو غياب أي مسؤولية له عن مرضه فهي ترجع لعوامل خارجية لذوي النفوذ أو للحظ على مقياس مصدر الضبط الصحي المكيف والمقنن على البيئة الجزائرية من قبل جبالي نور الدين والذي ينقسم إلى ثلاث أبعاد :

- **مصدر الضبط الصحي الداخلي** : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الأرقام التالية : 17،1،6،8،12،13 من مقياس مصدر الضبط الصحي إلى درجة مصدر الضبط الصحي الداخلي لدى المريض.

- **مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ** : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الأرقام التالية : 2،4،10،11،15،16 من مقياس مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ لدى المريض .

- **مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ الآخرين** : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الأرقام التالية 7،5،3، 14، 18 من مقياس مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوو النفوذ لدى المريض .

2- **استراتيجيات المواجهة** : هي مجموعة من الأساليب السلوكية أو المعرفية المستعملة من قبل مريض القصور الكلوي المزمن والمهادفة إلى تخفيض حدة الضغط الناتج عن الوضعية المرضية ، وهي الدرجة التي يتحصل عليها المريض على مقياس المواجهة لكوسون والتي تأخذ فيها استجابات المريض على بنود الاختبار محور عام للمواجهة ينقسم إلى :

- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الأرقام التالية : 16،13،10،7،4،1،27،25،22،19 من مقياس استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل لدى المريض .

- استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الأرقام التالية: 2،5،8،11،14،17،20،23،26 من مقياس استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لدى المريض .

- استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الأرقام التالية : 3،6،9،12،15،18،21،24 من مقياس استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية لدى المريض .

3- الكفاءة الذاتية : تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها على مقياس الكفاءة الذاتية العامة لـ رالف شفارتزر والمغرب والمعد للعربية من قبل سامر جميل رضوان إلى درجة الكفاءة الذاتية لدى المريض

4- القصور الكلوي المزمن: يحدث فيه نقص في وظائف الكلى قد تتراوح مدته من عدة أشهر إلى أعوام وينتهي بإصابة الكلى بالضمور والتلف وهو الشكل النهائي للقصور الكلوي والذي يتطلب إخضاع المريض للغسيل الدموي .

الفصل الثاني

مصدر الضبط الصحي ومتعلقاته

تمهيد

1- تحديد مصدر الضبط

1-1 تحديد مصدر الضبط الصحي

1-2- تحديد مصدر الضبط الصحي

2- نظرية مصدر الضبط الصحي

3- تصنيف أبعاد مصدر الضبط

4- أنماط مصدر الضبط الصحي

5- العوامل المؤثرة على مصدر الضبط

5-1- مصدر الضبط ومراحل العمر

5-2- مصدر الضبط عند الجنسين

5-3 مصدر الضبط والمعاملة الوالدية

5-4 مصدر الضبط والعوامل الاجتماعية والثقافية

6- الخصائص الشخصية لذوي التحكم الداخلي والتحكم الخارجي

7- فعالية مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي

خاتمة الفصل

يعتبر مصدر الضبط من المفاهيم النفسية التي ظهرت منذ خمسينات القرن الماضي والذي لفت انتباه الباحثين في مجال علم النفس إذ تعددت الترجمات العربية للمصطلح الانجليزي **locus of control** والذي يقابله بالفرنسية **lieu de contrôle** إلى مركز الضبط ، مصدر التحكم ، وجهة الضبط أو مصدر الضبط وهذا الأخير الذي تبنته الباحثة للتداول الكبير في البحوث العربية. فهو يلعب دورا بارزا في شخصية الفرد وتقرير سلوكياته نحو المثيرات الموجودة في البيئة ، فإدراك الشخص لقدرته على التأثير في أمور حياته مرتبطة بنظرته إلى العلاقة بين سلوكه ونتائج ذلك السلوك ، إذ يرتبط مصدر الضبط بنظرية التعلم الاجتماعي التي تحاول فهم السلوك الإنساني من خلال المواقف المعقدة التي تضمن التفاعل بينه وبين محيطه ، فعندما يدرك الشخص أن سلوكه سواء الايجابي أو السلبي نتاج جهوده الشخصية فهو من الضبط الداخلي وفي المقابل عندما يرجع سلوكياته إلى عوامل الصدفة والحظ أو القدر أو الآخرين فهو من ذوي الضبط الخارجي .

ومن أشكال الضبط النوعي والذي انبثق من مصدر الضبط لروتر نجد مصدر الضبط الصحي ومن خلال هذا الفصل سنتطرق لماهية مصدر الضبط ومصدر الضبط الصحي والعوامل المؤثرة فيه ، بالإضافة إلى أنماطه وفعاليتها .

1- تحديد مصدر الضبط الصحي

لقد تم تناول مصدر الضبط من قبل العديد من الباحثين والمهتمين به في علم النفس وبالخصوص في علم النفس الصحة ما لأهميته في التنبؤ بسلوك الأشخاص ومواقفهم في مجالات الحياة المختلفة ، ومن هنا سنتناول مصدر الضبط ، ثم نتطرق إلى مصدر الضبط الصحي .

1-1- تحديد مصدر الضبط: نشأ مفهوم مصدر الضبط من خلال أعمال جوليان روتر Julian Rotter في

التعلم الاجتماعي (1954، 1957) والتي تستند إلى أعمال مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية وقد طور من قبل كل من فارييس وجيمس (phares& Gemes) حيث احتل مكانة جد هامة في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين، وينظر علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي إلى مصدر الضبط بوصفه متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث و المواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله و توجهها.

(الأحمد : 2001، 209)

ويعتبر مفهوم الضبط الداخلي و الخارجي للتعزيز أحد التوقعات المعممة، فمدى اعتقاد الفرد أنه يستطيع أن يسيطر على ما يحدث له يمكن أن يشار إليه أنه اعتقاد في السيطرة الداخلية على التعزيز، ويشار إلى الاعتقاد بسيطرة الحظ أو القدر أو الآخرين على أنه اعتقاد بالسيطرة الخارجية على التعزيز.

(فؤاده هداية :1994، ص83).

وقد قدم روتر Rotter مفاهيم أساسية في نظريته للتعلم الاجتماعي و التي انبثق منها مفهوم مصدر الضبط الداخلي الخارجي نقلا عن (رشاد على موسى : 1989، ص ص 322 , 323) و هي :

1- الطاقة السلوكية " إنها إمكانية حدوث السلوك في موقف أو مواقف معينة كما هي محسوبة في العلاقة

بأي تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات "

فالطاقة السلوكية مفهوم نسبي، حيث أن الفرد يحسب إمكانية حدوث أي سلوك بالارتباط مع بدائل أخرى متوفرة للفرد.

2- التوقع : أنه الاحتمالية الموجودة لدى الفرد بأن تعزيرنا معيننا سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر

عنه في موقف أو مواقف معينة ويكون التوقع مستقلا بشكل منتظم عن قيمة أو أهمية التعزيز.

3- قيمة التعزيز : وهو درجة تفضيل الفرد لحدوث أي تعزيز معين ، إذا كانت إمكانات الحدوث لهذه

التعزيزات متساوية جميعا ، ويؤثر التعزيز على حدوث واتجاه و نوع السلوك .

4- الموقف السيكلوجي :يشير روتر إلى أن السلوك لا يحدث من فراغ ، فالفرد يتفاعل باستمرار مع

مظاهر بيئته الداخلية والخارجية ويحدث هذا التفاعل لعديد من أنواع المثيرات الداخلية و الخارجية بطريقة تتفق مع خبرته الفريدة.

والموقف النفسي هو ذلك الموقف الداخلي أو الخارجي الذي يحفز الفرد أو يثيره لكي يتعلم كيف يمكن

الوصول إلى أكبر اشباع في ظروف معينة .

وقد قام روتر بتطوير ست فئات من الحاجات العريضة التي تتضمن معظم السلوك النفسي المتعلم مع تعريفاتها :

✓ الحاجة إلى الاعتراف والمكانة : ويقصد به حاجة الفرد إلى التفوق وأن يكون كفتنا مثل الآخرين أو

أفضل منهم في المدرسة أو العمل أو المهنة أو النشاط الرياضي أو المكانة الاجتماعية...الخ

✓ **الحاجة إلى السيطرة :** ويقصد بها حاجة الفرد إلى التحكم في أعمال الآخرين ، بما في ذلك الأسرة والأصدقاء وأن يكون الفرد في مركز القوة وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة .

✓ **-الحاجة إلى الاستقلال :** ويقصد بها حاجة الفرد إلى أن يتخذ قراراته، وأن يعتمد على نفسه ، وأن يطور المهارة اللازمة للحصول على الإشباع وأن يصل إلى الأهداف دون مساعدة الآخرين.

✓ **-الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين :** ويقصد بها حاجة الفرد إلى فرد آخر أو أفراد آخرين يساعده على مواجهة الإحباط ويوفرون له الحماية والأمن ويساعده على الحصول على الأهداف الأخرى المرغوبة.

✓ **الحاجة إلى الحب أو العطف :** ويقصد بها حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين وحبهم وأن يحظى باحترامهم واتباهم واهتمامهم وإخلاصهم.

✓ **-الحاجة إلى الراحة الجسمية :** ويقصد بها حاجة الفرد إلى الاشباع الجسمية التي ارتبطت بالأمن وتجنب الألم والرغبة في الملذات الجسمية .

وقد لفت انتباه العديد من الباحثين السيكولوجيين مفهوم مصدر الضبط وأهميته في تبني السلوك الصحي فقد تناولوه بالدراسة و البحث وفيما يلي مجموعة من التعريفات الخاصة بهم:

ليفكورت (Lefcourt,1984) : اعتبره بعد من أبعاد الشخصية يؤثر في العديد من أنواع السلوك و أن الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم و السيطرة في أموره الخاصة و العامة يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط ، و يتمتع بحياته ومن ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها .

(الزواد : 2002، ص128).

و حسب رودان (Rodin,1986) :إدراك موقف معين ممكن التحكم فيه كتقدير ذاتي يمكن الفرد من أخذ قرار تجاهه و مواجهته. (Schweitzer & Dantzer : 2003, p 68)

أما صفوت فرج (1986) فقد عرفه : بمتغير أساسي من متغيرات الشخصية يتعلق بتفكير الفرد و أي العوامل هي الأقوى و الأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته، العوامل الذاتية من مهارة و قدرة و كفاءة أم عوامل خارجية عن نطاق الفرد كالمصادفة و الآخرين الأقوياء.

بينما ترى رجاء خطيب (1990) : أن مصدر الضبط هو إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج و الأحداث هل هي مسؤولية داخلية يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة و قدرته الشخصية ؟ أم أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد.

في حين يرى كل من هوركس و جاكسون (Horrecks& Jackson) : أن مصدر الضبط ظاهرة نفسية تعتمد على إدراك و تفسير ينبعان من الشخص نفسه و من أفعاله و كنتيجة لتأثيره و تحكمه في الظواهر المحيطة به سواء كانت داخلية أو خارجية و يتجه تفسير الفرد للأفعال مباشرة إلى كيفية استجابة الشخص .

(فاروق عبد الفتاح موسى :1988، ص212).

أما ديوبا (Dubois) فمفهومها عن مصدر الضبط : درجة تصور الفرد حول العلاقة الموجودة ما بين السلوكات أو المميزات الشخصية و التعزيزات الايجابية و السلبية التي يتلقاها.

. (Schweitzer & Dantzer : 2003 , 69)

بينما ماريا روب (Maria Rupp, 1974) فترى أن اعتقاد الفرد في سماته الشخصية هو الذي يجعله يحدد مصير التعزيزات فإذا اعتقد أن سماته الشخصية هي التي لها القدرة على التأثير في أحداث حياته فإنه يكون ذا

مصدر داخلي ، أما إذا نسب التعزيز إلى الحظ أو الصدفة مثل الحوادث المفاجئة أو الربح في اليانصيب فيكون ذا ضبط خارجي .

ويرى تيفورد (Teford 1981) أن الناس ينسبون نجاحهم الشخصي إلى القدرة والجهد (عوامل داخلية) بينما يلقون بفشلهم على الحظ السيئ أو ظروف خارجية لا يتحكمون فيها ، في حين يميلون إلى عزو فشل الآخرين إلى تصرفاتهم المتأصلة فيهم (عوامل داخلية) ويعزون نجاح الآخرين إلى الحظ والصدفة أو إلى ظروف خارجية ملائمة. (معمرية : 2012 ، ص15)

من خلال ما تناولته الباحثة من تحديد مصدر الضبط لحواليان روتر وبعض تعاريف الباحثين الآخرين نصل إلى ما يلي :

أن مصدر الضبط ينشأ من خلال موقف أو وضع تتفاعل فيه خصائص الفرد مع الحدث ، حيث يقسم الأفراد تبعاً للدرجة التي عندها يقبلون المسؤولية الشخصية عن نواتج أو مترتبات هذا الموقف خلال طرفين متباعدين هما الضبط الداخلي و الضبط الخارجي فإذا أدرك الفرد أنه مسؤول عن كل النتائج التي تحصل له فهو ذو ضبط داخلي يسعى جاهداً لتحقيق أهدافه وطموحاته عن طريق تطوير مهاراته ، أما إذا فشل في الحصول على النتائج المرغوبة ويشعر بأنها تتجاوز إمكانياته وعزى ذلك لأسباب خارجية ترجع لعوامل أخرى كالحظ أو قوى الآخرين فهو ذو ضبط خارجي . .

2- مصدر الضبط الصحي: حسب والستون (Wallston, 1978) يشير إلى الدرجة التي يعزو من خلالها

الشخص نتائج الصحة الشخصية لأفعاله وتصرفاته ، أو أنها نتاج قوى الآخرين أو الحظ أو الصدفة.

(Paul Gard : 2000, p74)

وكما عرفته فلين (Glenn) بأنه درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات أو التعبيرات مثل: أنا المسئول المباشر فيما يتعلق بصحتي ، أشخاص آخرون يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض ، بقاءى بصحة جيدة مجرد حظ . (Sanders& Suls :1989, p67)

بناء على ما ذكر فان جوهر مصدر الضبط الصحي هي المعتقدات و التي تعتبر كمجموعة من التصورات و المعارف التي يملكها الفرد حول موضوع صحته فمدى اعتقاد الفرد في تحكمه بوضعيته الصحية وأنها نتيجة أفعاله الخاصة فهو ذو ضبط داخلي ، في حين إذا اعتقد بأنه لا يملك أي قدرة فيما يتعلق بحالته الصحية بل إن المحيطين به هم الذين يتحكمون بها كالأطباء أو أفراد العائلة مثلا فهو ذو ضبط خارجي لنفوذ الآخرين أما إذا اعتقد بأن مسألة صحته أو مرضه عائدة إلى القدر أو الحظ أو الصدفة فهو ذو ضبط خارجي للحظ .

2- نظرية مصدر الضبط الصحي :

إن تركيب مصدر الضبط الصحي مستمد من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (Rotter,1954) ، فالأشخاص لديهم اتجاه أو نزعة لعزو الأحداث السارة أو الغير السارة في حياتهم إلى عوامل داخلية تبعا لإرادتهم و سلوكهم أو إلى عوامل خارجية كاللحظ ، الصدفة ، أو قوى أخرى لها تأثير كبير عليهم.

(Grimaldi : 2004 , P 24) .

تعتبر الفترة من منتصف الخمسينات وحتى أوائل السبعينات الفترة التي نشطت فيها البحوث لقياس الفروق الفردية في التوقع المعمم أو الاعتقاد في الضبط الداخلي الخارجي . (أبو ناهية: 1989، ص113).

و بذلك أسس روتر مقياس مصدر الضبط الداخلي الخارجي أحادي البعد (داخلي / خارجي)

(Internalité/ Externalité) يتكون من 29 بند أين يقيس الخصائص ثنائية القطب (biopolair)

للشخصية والذي يسمح بتقييم اختلاف الأشخاص حسب معتقداتهم و درجة تعزيراتهم، بمعنى أن كل ما يحدث لهم تحت سيطرتهم (مصدر الضبط الداخلي) أو ترجع إلى عوامل خارجية لا يستطيعون التحكم بها (مصدر الضبط الخارجي). (Schweitzer & Dantzer : 2003, p 69)

لكن العديد من المنظرين لمصدر الضبط في السنوات الأخيرة انطلقوا من فرضيتين :

- أن إمكانية الحصول على التنوُّ بسلوك أفضل في وضعيات خاصة يرجع إلى محاولة استعمال استبيان لقياس مصدر الضبط خاص لتلك الحالات .

- ما يتضح في البداية كسمة أحادية البعد بسيطة قد تشمل على أبعاد منفصلة ومختلفة لا ترتبط مع بعضها البعض. (Campbell : 1984, p79).

وبذلك وياتباع مقياس روتر طور كل من والستون و والستون ، كابلان و مايدس

(Wallston, Wallston, Kaplan, Maides ,1976) مقياس مصدر الضبط الصحي أحادي البعد

(Unidimensionnel health locus of control) يتكون من 11 بند يصحح بطريقة ليكرت.

. (Sanders & Suls :1989,p 68)

ففي دراساتهم الأولى والستون والآخرين (Wallston& all) بينوا أن مقياس مصدر الضبط الصحي يعمل

أفضل من مقياس الداخلي / الخارجي لروتر بالتنوُّ بأهمية المعلومات المتعلقة بالصحة ، وبالأخص الأشخاص الذين لديهم تقدير عالي للتعزيرات المتعلقة بصحتهم الجيدة .

. (Norman. B. Anderson :2004 ,p 217)

وفي هذه الفترة حانا ليفنسون Hannah levenson (1973, 1974, 1976) شككت في أحادية البعد حيث قامت بتطبيق مقياس روتر على العديد من العينات و أثبتت أن التنبؤ و الفهم يمكن تحسينه بدراسة القضاء والقدر.معزل عن التحكم الخارجي وقوى الآخرين ، و بالتالي قامت بتقسيم مقياسها إلى ثلاثة أبعاد سنة 1974 (داخلي ، ذوى النفوذ ،الحظ) .

ومن خلال نموذج ليفنسون ، والستون و والستون ودفليس (Wallston , wallston , Devllis,1978)
 (تبنوا فكرتها وقاموا ببناء مقياس جديد متعدد الأبعاد للصحة (Multidimensional Health Locus of Control Scale) لمعتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم يتكون من نوعين من الخيارات A وB يتضمن 18 عبارة مقسمة إلى ثلاثة أجزاء ، كل جزء مقسم بدوره إلى ست عبارات لمعرفة القياسات في الصحة العادية .
 فمقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد يقيس ثلاثة أبعاد :

- البعد الداخلي : يشير إلى اعتقاد الأشخاص بأن سلوكهم الخاص يؤثر على حالتهم الصحية.
- بعد ذوى النفوذ :يعزون صحتهم إلى الاختصاصيين في الصحة (كالأطباء ، المرضين) أو الأصدقاء أو أفراد العائلة .
- بعد الخارجي للحظ : توجهاتهم لا ترى بأن وضعيتهم الصحية متحكم بها على العكس فهم يؤمنون بأن وضعيتهم الصحية محددة بالعديد من العوامل كالحظ و الصدفة .

(Plante & Sherman :2001,p 217) .

إن نظرية مصدر الضبط الصحي تتبنى فكرة اختلاف الأفراد في كيفية نظرهم لصحتهم وسلوكياتهم الصحية فمعتقدات الأفراد حول مصادر التعزيزات المتعلقة بالصحة و ارتباطها بالسلوكيات الناتجة عنها هي التي تحدد

درجة عزو الفرد لما يحدث له سواء لنفسه أو إلى الآخرين ، لذا من المهم للوقاية من المرض وتعزيز الصحة معرفة درجة اعتقاد الناس في سيطرتهم وتحكمهم في وضعهم الصحي .

3- تصنيف أبعاد مصدر الضبط:

اعتبر الباحثين الأوائل في مصدر الضبط أمثال فرانكلين وروتر وفارس (Phares , Rotter, Franklin) أن مصدر الضبط متغير أحادي البعد ، حيث كشف روتر 1966 أن المقياس الداخلي الخارجي للضبط هو أحادي البعد وقد توصل إلى هذه النتيجة باعتماده على نتائج التحليلات العاملية التي قام بها غاري و مارش وفرانكلين (Garry , Marsh, Franklin, 1978) وظل افتراض أحادية البعد مسلم به حتى ظهر تقرير قيران وآخرين (Gurin et al, 1969) الذي كشف أن مقياس الداخلي / الخارجي يحتوى على عوامل عديدة ، أهمها الضبط الشخصي الذي يتضمن بنودا يعبر عنها بضمير الأول (أنا- نحن) والضبط الايديولوجي والذي يتضمن بنودا تستخدم الضمير الثالث (هم - هن - هو - هي) وهى تتعلق بضبط الناس على المواقف بصورة عامة .

هذا بالإضافة إلى عامل إيديولوجية السلالة أو العنصر وعامل الاعتقاد في إمكانية تعديل النظام، نتيجة لذلك ثار الجدل بين العلماء حول كون مصدر الضبط أحادي البعد أو متعدد الأبعاد. إلا أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا المفهوم أوضحت أنه متعدد الأبعاد فقد كشف (Sehnuder, Parsons 1970) عن خمسة أبعاد لمصدر الضبط أو خمس تصنيفات فرعية لمقياس روتر نقلا عن (جبالي، 2007، صص 45- 46) وهى :

- الحظ و القدر

- القيادة و النجاح

- الاحترام
- السياسة
- الأكاديمية

وقد استخلص ميرلز (Mirels 1970) عاملين هما : الضبط الشخصي و الضبط الاجتماعي السياسي .

وكشف سانجر وألكر (Sanger, Alker 1972) من خلال التحليل العاملي لمقياس روتر عن ثلاث عوامل :

الأول : الإيديولوجية الأنثوية

الثاني : الضبط الشخصي

الثالث : الإيديولوجية الأخلاقية البروتستانية

أما ليفنسون (Levenson 1973) فقد اقترحت ثلاث عوامل للضبط هي :

- الاعتقاد في الضبط الداخلي

- الاعتقاد في الآخرين ذوي النفوذ

- الاعتقاد في الصدفة

وتوصل كوليتز (Collins 1974) إلى أربعة عوامل هي :

- العالم الصعب

- العالم العادل

- العالم القابل للتنبؤ وهو الاعتقاد بأن العالم يمكن التنبؤ به وأنه غير محكوم بالعشوائية والحظ أو القدر

- العالم المستجيب سياسيا وهو يوضح عقيدة الفرد في الحساسية السياسية في بيئته.

4- أنماط مصدر الضبط الصحي

ركزت معظم الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى 08 أنماط محتملة كما يقترح والستون وآخرون (Wallston et al 1978) انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد وهذه الأنماط هي: (Sanders & Suls : 1982, p 70)

1- داخلي خالص (Pure internal): درجات مرتفعة على مصدر الضبط الداخلي و منخفض على بعد نفوذ الآخرين والحظ. كما هو موضح في الجدول 1

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*			مرتفع
	*	*	منخفض

2- نفوذ الآخرين خالص (Pure Powerful others) : درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدى الداخلي والحظ. كما هو موضح في الجدول 2

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
	*		مرتفع
*		*	منخفض

3- حظ (صدفة) خالص (Pure chance): درجات مرتفعة على الحظ ومنخفضة على بعدى الداخلي

ونفوذ الآخرين. كما هو موضح في الجدول (3) المقابل

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
		*	مرتفع
*	*		منخفض

4- خارجي مزدوج (Double external): درجات مرتفعة على بعدى الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة

على بعد الداخلي، كما هو موضح في الجدول

(4) المقابل.

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
	*	*	مرتفع
*			منخفض

5- الاعتقاد في الضبط (Believer in control) : درجات مرتفعة على بعدى نفوذ الآخرين والداخلي

ومنخفضة على بعد الحظ. كما هو موضح في

الجدول (5) المقابل

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*	*		مرتفع
		*	منخفض

6- النمط السادس (Type 6): درجات مرتفعة على بعدى الداخلي والحظ ومنخفضة على بعد نفوذ

الآخرين . كما هو موضح في الجدول (6) المقابل.

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*		*	مرتفع
	*		منخفض

7- الجيب بنعم (Yea-sayer): درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة.

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*	*	*	مرتفع
			منخفض

كما هو موضح في الجدول (7) المقابل.

8- الجيب بلا (No -sayer): درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة.

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
			مرتفع
*	*	*	منخفض

كما هو موضح في الجدول (8) المقابل.

5 : العوامل المؤثرة على مصدر الضبط

يتأثر مصدر الضبط بالعديد من العوامل، نذكر منها ما يلي :

1- مصدر الضبط و مراحل العمر : قد تبين من دراسة روهنر وآخرون (Rohner&al 1980) أن

الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الأطفال و أن الأطفال الذين يدركون أنفسهم على

أنهم مقبولون من خلال علاقتهم بالوالدين يزداد نمو الضبط الداخلي بينهم في عمر 9-11 سنة في حين

الأطفال الذين يشعرون أنهم منبوذون لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر.

في حين وجد الباحثون أن السن يعتبر عامل مهم في تطوير مصدر الضبط الصحي ، حيث أن الأطفال الأكبر

سنا أقل احتمالاً لرؤية العوامل الخارجية مسؤولة عن صحتهم ، في حين الأطفال الأصغر سنا يعتقدون العكس

(Connolly : 2012, p17)

كما كشفت نتائج دراسة لاو (Lao 1974) باستخدام مقياس روتر أن هناك زيادة دالة إحصائية في الإحساس بالكفاءة و الفعالية الشخصية (الضبط الداخلي) في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد واشتقت هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها ريشمان ومالكيكيوسكي (Rychman & Malkikioski 1975) باستخدام مقياس ليفنسون متعدد الأبعاد إلى استقرار الاعتقاد في الضبط في مرحلة وسط العمر في السن من 30 إلى 40 سنة . (أبو ناهية:1989، ص ص 187، 188).

وهي نفس النتيجة توصل إليها كل من هيكهاوسن و شولتز (Heckhawsen , Shultz,1995) حيث أظهرت دراستهم أن محاولات التحكم والسيطرة في البيئة الخارجية تبدأ منذ الطفولة وتصبح أكثر وضوحا عند الذين تتراوح أعمارهم ما بين 8-14 سنة ، في حين يصبحون أكثر توجه داخلي عندما يكبرون في السن وتبلغ ذروته في منتصف العمر .(Shultz et Shultz :2012,p361)

فمصدر الضبط الداخلي منخفض في المراحل الأولى للطفولة، ثم يزداد مع تقدم العمر ليستقر في مرحلة الرشد ومن هنا تبرز أهمية مرحلة الطفولة في تبني الضبط الداخلي وذلك بارتباطها بعوامل أخرى كالتنشئة الأسرية والعوامل الاجتماعية والثقافية السائدة في المجتمع .

2 مصدر الضبط عند الجنسين : كشفت البحوث و الدراسات التي تعرضت للفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي الخارجي عن نتائج مختلفة . فقد تبين من نتائج دراسة شاو واوהל (Shaw & Uhl 1981) على عينة مكونة من 211 طفلا من الجنسين متوسط أعمارهم 8 سنوات من طبقات مختلفة ، وجمعت البيانات بواسطة مقياس بيلر و كروميل للأطفال أنه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في الضبط الداخلي الخارجي وفي دراسة لزيرقا وآخرين (Zerga & al 1976) على 541 تلميذ في المدرسة الثانوية باستخدام مقياس روتر أن الإناث كن أكثر خارجية من الذكور وكان الفرق بينهما دالا إحصائيا .

أما دراسة لاو وآخرون (Lao & al 1977) لأبعاد الضبط الداخلي الخارجي لدى الجنسين على عينة صينية مكونة من 517 طالبا جامعيًا بواسطة مقياس ليفنسون أن الذكور حصلوا على درجات عالية في الضبط الداخلي مقارنة بالإناث .

في حين دراسة مالكارن ودروهوتا (Malcarne & Drohota) لم تكشف عن وجود فروق بين الجنسين بين مختلف الجماعات العرقية . (Connolly : 2012, p17)

من خلال ما تم تناوله من دراسات سابقة نلاحظ وجود اختلاف في نتائجها ولعلها راجعة لكون الدراسات طبقت في بيئات مختلفة ، بالإضافة لكونها تختلف من حيث العينة فكل دراسة مركزة على مرحلة عمرية معينة دون أن تشمل المراحل العمرية الأخرى بالإضافة إلى اختلاف المقاييس المستخدمة في الدراسات .

3- مصدر الضبط و المعاملة الوالدية :

خلال فترة الطفولة تلعب الأسرة دور مهم من خلال النماذج والتعزيزات التي تقدمها لأبنائها فالآباء الذين يصغون لأبنائهم و يكافئوهم و متماسكون في قراراتهم تسهل نمو مصدر الضبط الداخلي عند أبنائهم .

(Schweitzer : 2002, p231)

فالمعاملة الوالدية الايجابية التي فيها علاقة الطفل - الوالدين تعتمد بصفه أساسية على الدفء والتقبل والحماية المعقولة ، الشعور بالأمن والنقد القليل ، التفاعل الايجابي والعداء القليل ترتبط بالضبط الداخلي ، في حين أساليب الرفض والعقاب والسيطرة والنقد والعدائية والتسلطية ترتبط بالضبط الخارجي أي أنها تقرر أن وجهة موضع الضبط تكون متأثرة ببيئة الطفل الأولى بحيث يكون الدور البارز في هذه البيئة لوالدي الطفل مثل دراسة دافيس و فارييس (Davis&Phares,1969) ودراسات أخرى اتفقت مع هذه النتيجة كدراسة نويسكي وسيقال (Nowicki & Segal,1974) ومنها ما يؤكد هذه العلاقة ولكنه لا يتسق في نتائجها مع

الدراسات السابقة فبعض هذه النتائج تشير إلى أن العدائية والضغط من جانب الآباء ترتبط بالداخلية لدى الإناث مثل دراسة سولومون وآخرون (Solomon & al) وبعضها يشير إلى أن الدفء والحماية الأموية لكل من الذكور والإناث ترتبط بالخارجية مثل دراسة كروميل 1963 . (أبو ناهية، 1989، ص 60)

وقد توصل بارسل وآخرون (Parcel & al) أن الأطفال الذين يتعرضون لتجارب لإثبات الثقة والتي تتغذى من المحيط الأسري أكثر استخداما للضبط الداخلي. (Karasnigor : 2013, P74).

وهي نفس النتيجة التي توصلت إليها سيدني شولتز (Sydney Shultz) أن مصدر الضبط الداخلي ينبع من الأسر التي تعتمد الدعم الإيجابي (التعزيز الإيجابي) ولا تعتمد الأسلوب الاستبدادي التسلطي ، فالأطفال أثناء نموهم وكبرهم يستمدون من الآباء تعزيز التوجه الداخلي من خلال تشجيعهم على الاعتماد على الاستقلالية (Shultz & Shultz :2012 ;p362).

فمصدر الضبط متغير هام من متغيرات الشخصية تحدده الأساليب الوالدية ، فالوالدين بتربيتهم يغرسان التحكم الداخلي أو الخارجي لأبنائهم فكلاهما يساهمان في بناء وتشكيل معتقدات أبنائهم إما بالخضوع أو الاستسلام أو بتقوية الحرية الاستقلالية لأبنائهم التي تعزز الضبط الداخلي وتحمل مسؤولية أفعالهم .

4- مصدر الضبط والعوامل الاجتماعية والثقافية : تعددت الدراسات التي أكدت أن العوامل الاجتماعية والديمقراطية مثل الوضع الاقتصادي و الأسرة والمهنة تؤثر في مصدر الضبط ، فقد أشار روتر إلى دراسة فرانكلين (Franklin,1963) حيث توصل إلى أن الأشخاص الأكثر تحكما داخليا ينتمون إلى فئات سوسيو اقتصادية راقية كما توصل والك (Walk) إلى أن الوضعية المرغمة والمحيط القاسي يجعل من الفرد خارجي التحكم عكس المحيط الملائم والمريح لأن التحكم الداخلي يرتبط بالتوافق وبالرضى وهي نفس النتيجة التي

توصل إليها كالنون (Kalnan,1988) أن الأشخاص الذين ينحدرون من وضع اقتصادي واجتماعي منخفض

يميلون إلى الاعتقاد أكثر بأن صحتهم نتيجة للقدر والحظ. (McGee & Castle dine: 2003, p116)

وقد توصل روتر وباتل (Rotter et Battle) إلى وجود فروق بين السود والبيض في مركز تحكمهم ، وذلك أن السود يتميزون بالتحكم الخارجي عكس البيض كما أن الأفراد المنتمين إلى طبقات متدنية سواء كانوا من السود أو البيض يتميزون بالتحكم الخارجي أكثر من المنتمين للطبقة المتوسطة .

كما توصلت دراسة بوش وبارسل ودافيدسون (Bush,Parcel et Davidson,1983) أن الأطفال الذين

ينشئون في بيئة اقتصادية واجتماعية منخفضة هم أكثر عرضة للاعتقاد في العجز والضبط الخارجي ، والإيمان

بالقدرية (Karasnegor & al, 2013, p64)

أما هسيا وآخرون (Hsieh et al,1969) في دراسة بين عدة مجموعات من الطلاب في ثقافات مختلفة فوجدوا أن مجموعة الطلاب الأنجلو أمريكيين كانت الأكثر داخلية في حين أن مجموعة الطلاب الصينيين (من هونج كونج) كانت الأكثر خارجية .

كما درس رايتز و قرووف (Reitz & Groof,1974) مجموعات من العمال في الولايات المتحدة واليابان

، والمكسيك وتايلاند فوجد أن العمال في البلاد المتقدمة اقتصاديا (أمريكا واليابان) أكثر داخلية من العمال

في البلاد النامية (المكسيك وتايلاند) . (أبو ناهية:1992، ص211)

وتوصلت دراسة على جماعة من الأطفال الأمريكيين من أصل إفريقي والذين ينحدرون من عائلات ذوو دخل

مرتفع لديهم معتقدات قوية في الحظ وقوى الآخرين والسيطرة على سلوكياتهم الصحية من الأطفال الذين

ينحدرون من أسر ذوات دخل منخفض.(Connolly : 2012, p17)

فمصدر الضبط ليس مسألة شخصية فقط بل هو أيضا مسألة ثقافية فالعديد من الثقافات (بما في ذلك الثقافات الإفريقية الأصلية) لديها وجهة نظر عالمية جماعية تؤكد هيمنة المجموعة على المصالح الشخصية ، فشخص من هذه الثقافات يتكيف على افتراض الضبط الخارجي ، ووفقا لمبيتي (Mbiti,1969) فهو جزء لا يتجزأ من ثقافة الإفريقي التقليدي فوجدوه مرتبط بالجماعة ، ويتم أخذ المعرفة والموافقة من المجموعة (مصدر ضبط خارجي) فكل قراراته بما في ذلك المتعلقة بالصحة. (Alta Vandyk : 2008,p128)

فبناء على الدراسات السابقة فمصدر الضبط بعد هام من أبعاد الشخصية يتداخل مع العديد من المتغيرات فهو بعد مكتسب يتأثر بالمحيط الاجتماعي والاقتصادي والعوامل الثقافية للمجتمعات وهو يختلف من ثقافة لأخرى وبين أفراد الثقافة الواحدة نتيجة التداخل الكبير بينه وبين العوامل الخارجية عن الفرد (البيئية).

5- الخصائص الشخصية لذوى التحكم الداخلي و التحكم الخارجي :

تمت العديد من الدراسات لمعرفة الخصائص الشخصية المميزة لكل من ذوى الضبط الداخلي و الضبط الخارجي وفيما يلي أهم الخصائص المميزة لكل ضبط:

1 - الخصائص الشخصية لذوى الضبط الداخلي :

تتفق نتائج دراسات روتر، ليفكورت و ستريكلاند (Rotter 1966 ,Lefcourt & Strickland 1977) إلى أن:

أفراد الضبط الداخلي يتميزون بدلالة واضحة عن أفراد الضبط الخارجي في المجالات التالية :

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

- القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم .
 - المودة و الصداقة في علاقاتهم مع الآخرين ، فهم أكثر احتراما وحباً من قبل الآخرين وأكثر تعاوناً ومشاركة للآخرين وأكثر توكيدية تجاه الآخرين على الرغم من مقاومتهم لتأثيراتهم عليها .
 - العمل و الأداء المهني، حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذي يعملون فيه و البيئة المحيطة بهم كما أنهم أكثر إشباعاً و رضا عن عملهم وأكثر اهتماماً و اهتماماً بهذا العمل.
 - التحصيل و الأداء الأكاديمي حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي و أساليبهم في حل المشكلات كما أنهم أكثر تفتحاً و مرونة في التفكير و أكثر إبداعاً و أكثر تحملاً للمسائل و المشكلات الغامضة و أكثر توقعاً للإجابات الصحيحة.
 - الصحة النفسية و التوافق ، فهم أكثر احتراماً للذات و أكثر قناعة و رضا عن الحياة و أكثر اطمئناناً و هدوءاً و أكثر ثقة بالنفس و أكثر ثباتاً انفعالياً و أقل قلقاً و أقل اكتئاباً و أقل إصابة بالأمراض النفسية .
- (أبو ناهية:1989 ، ص 59).
- أكثر حذراً و انتباهاً لتلك النواحي المختلفة من البيئة التي تزوده بمعلومات مفيدة لسلوكه المستقبلي.
- (فؤادة هدية : 1994 ، ص 84) .
- يأخذ خطوات تتميز بالفعالية و التمكّن لتحسين حالة بيئته.
 - يعطى قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة و الأداء ويكون عادة أكثر اهتماماً بقدراته و بفشله أيضاً.

2- الخصائص الشخصية لذوى الضبط الخارجي :

يتميز الفرد ذوى الضبط الخارجي بما يلي :

- يكون لديه سلبية عامة و قلة في المشاركة و الإنتاج .
- ينخفض لديه الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة .
- يرجع الأحداث الايجابية و السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي و يفتقر إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الأحداث. (فؤاده هدية : 1994 , ص 84)
- الشعور بالدونية و النقص و عدم الثقة بالنفس و العصائية .
- لا توجد لديهم الرغبة في المثابرة أو التحمل كما يشعرون بالملل و التعب بعد فترة قصيرة من بداية أي عمل يقومون به.
- عدم الراحة و التوتر النفسي.
- التصلب في تفكيرهم حيث الالتزام بوجهة عقلية محددة.
- يفشلون في توقعاتهم للأحداث و بالتالي يتصرفون في الموقف بأسلوب غير ملائم.
- ضعف القدرة على استخلاص المعلومات أو استخدامها بأسلوب جيد و فعال.

(أبو ناهية:1987، ص 139).

في حين قدم الكن (Alkin,1993) ملخصا للنتائج التي تم الحصول عليها من البحوث العلمية المتعلقة بسمات وسلوك الأشخاص بناء على مصدر الضبط، والجدول (9) يوضح الفروق بين الأشخاص ذوي الضبط الداخلي والأشخاص ذوي الضبط الخارجي نقلا عن (Alken :1993 ,p75)

الجدول (9) خلاصة الكن للفروق بين ذوي الضبط الداخلي والضببط الخارجي

خصائص الأشخاص ذوي الضبط الخارجي	خصائص الأشخاص ذوي الضبط الداخلي
* أكثر احتمالا إلى عزو الفشل إلى صعوبة المهمة .	* أكثر ميل إلى عزو الفشل إلى نقص القدرة.
* أكثر احتمالا للقيام بمحاولات انتحارية .	* أكثر احتمالا لأن ينجحوا في برامج إنقاص الوزن.
* أكثر ميلا للخضوع .	* أكثر ميلا للقيام بما يضمن الحفاظ على صحتهم .
* أكثر عرضة للاضطرابات النفسية .	* أكثر ميلا لاستخدام حزام الأمان.
* يميلون لان يكونوا أكثر قلقا واكتئابا .	* أكثر إدراكا وأكثر استعدادا للتعلم من محيطهم
* أكثر عرضة للضغط النفسي .	* يملكون ميلا كبيرا للسيطرة.
* أكثر ميلا لتطوير أساليب دفاعية عن فشلهم في التأقلم.	* يملكون قدرات فضل على حل المشكلات .
* أكثر ميلا بأن يكونوا من الإناث.	* يقومون بانجازات أكثر .
	* أكثر ميلا لإظهار الفضول.
	* يتعاملون مع المرض بشكل أكثر فاعلية.
	* أكثر ضلاعة بالأحداث السياسية المهمة .
	* أقل استعدادا للاستسلام إلى السلطات.

	<p>* أكثر ميلا لإصدار الأحكام على الأشخاص الآخرين.</p> <p>* يحاولون بمجهود ضبط سلوكيات الآخرين.</p> <p>* يميلون إلى تحميل أنفسهم مسؤوليات أكبر.</p> <p>* أكثر ميلا إلى معرفة الظروف التي تقود إلى للصحة الجسمية والنفسية الجيدة.</p> <p>* أقل عرضة للإحساس بالتوتر الزائد.</p> <p>* أقل احتمالا إلى التعرض للحلطات القلبية.</p> <p>* أكثر احتمالا لاتخاذ إجراءات لتحسين صحتهم</p>
--	---

من خلال ما تم التطرق إليه من خصائص لذوي الضبط الداخلي أو الخارجي نستنتج أن من يتمتع بضبط داخلي أكثر احتمالا للتصرف بطرق تعزز الصحة ، إلا أننا لا يمكن أن نجزم بأن الشخص داخلي الضبط أو خارجي الضبط وإنما هما بعدين متصلين بين نهاية الضبط الداخلي ونهاية الضبط الخارجي ، وكما أشار ماك كونال (Mc McConnell ,1977) إلى أنه لا توجد أنماط نقية بين الفئتين ولا يجب أن يكون إما من فئة الضبط الداخلي أو من فئة الضبط الخارجي ، فلكل منا درجته على خط يمتد بين النهائيتين والاختلاف في الدرجة وليس النوع. (أبو ناهية : 1986 ، ص 128)

6- فعالية مصدر الضبط الصحي والمرض المزمن : من خلال المقارنة بين ذوي الضبط الداخلي والضبط

الخارجي من حيث التحكم تبين أن الداخليين أكثر ايجابية و أكثر محاولة لمواجهة الضغوط المرضية وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات و الآراء لبعض الباحثين والذين سنتطرق إليهم فيما يلي :

في دراسة لاروين وآخرين (Erwin & al,1996) لـ 95 امرأة أمريكية من أصل إفريقي يتراوح سنهم بين 25-60 سنة تم اكتشاف أن اللواتي يتمتعن بمستويات عالية من الاعتقاد في الضبط الخارجي لقوى الآخرين (في هذه الحالة المختصين في الصحة) مقارنة بين مرتفعي مستويات معتقدات الضبط الداخلي لديهم انخفاض معدلات الفحص الذاتي للتدني. (Skinner et al :2002,p180)

كما أظهرت دراسة لبول وكابلان دو نور (Poll &Caplan de Nour ,1980) على عينة من المرضى الخاضعين لتصفية الدم تراوحت أعمارهم بين (20-65 سنة) والتي كان هدفها الكشف عن مصدر الضبط الصحي أين أسفرت النتائج على ارتفاع درجات مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين مقارنة بالبعدين الآخرين (الحظ والداخلي) وانتهت الدراسة إلى أن المرضى يعتقدون بأنهم غير قادرين على التحكم في وضعيتهم الصحية. (Lucy Yardely :1997,p76)

وقد اهتمت دراسة نوري أردا وآخرون (Nuri Arda& al,2009) بفحص العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وجودة الحياة لدى المرضى المصابين بآلام الظهر المزمنة على عينة مكونة من 113 مريض تم تقسيمهم إلى مجموعتين حسب مستوى العجز 53 مريض مصاب بعجز منخفض و 60 مصاب بعجز مرتفع ، النتائج بينت ارتفاع بعد الضبط الخارجي للحظ لدى الأشخاص المصابين بعجز مرتفع ووجود علاقة ارتباطية سلبية بين مصدر الضبط الحظ ومجالات جودة الحياة الصحية وعلاقة ايجابية بين مصدر الضبط الصحي للحظ والعجز المنخفض وشدة الألم. (Nuri Arda & al ,2009)

كما تم دراسة التفاعل بين مصدر الضبط و التصورات حول التعرض للمرض لدى مراهقين هولنديين يتراوح سنهم بين 15-18 سنة من قبل هورنس وبوينك (Hoorens & Buunk,1993) ، أين قام المستجيبون بإكمال مقياس مصدر الضبط العام ومقياس السلوك الصحي إذ سئلوا عن تقدير فرصهم أو فرص الآخرين للتعرض للمرض كالايدز ومشاكل شرب الكحول وتعرضهم لأزمة قلبية قبل 40 سنة وأظهرت النتائج أن

أولئك الذين قاموا بتصنيف أنفسهم بأنهم ذوو ضبط داخلي يميلون إلى إدراك مخاطر السلوكيات على صحتهم من الذين لديهم ضبط للآخرين ذوو النفوذ علاوة على ذلك فإن السلوك الصحي للمستجيبين كان أقل خطراً، فالباحثين أشاروا إلى أن الداخليين هم أكثر عرضة للاعتقاد بأن لديهم القدرة على الحد من المخاطر التي تتعرض لها صحتهم وهم أكثر انخراطاً في السلوكيات الوقائية الصحية عن الخارجيين الذين يعتقدون أن الحظ أو القدر يلعب دوراً في تحديد حياتهم. (Heaven : 1996, p73)

وفي دراسة لسبرولس (Sproles ,1977) وجد أن مرضى غسيل الكلى ممن يتمتعون بضبط داخلي كانوا أكثر معرفة بحالتهم وأكثر طلباً للحصول على معلومات وكانوا أكثر استعداداً لحضور حصص تثقيفية من الذين لديهم ضبط خارجي. (Sanders & Suls :1988,p80)

كما وجد الباحثون المهتمون بالسلوك الجنسي الآمن أن الأشخاص الذين يتمتعون بمصدر ضبط داخلي أكثر قابلية لتغيير سلوك الخطر الجنسي العالي عن الأشخاص ذوو مصدر الضبط الخارجي.

(Van dyck : 2008, p128)

في حين أوضحت دراسة لوالستون وفاورز (Wallston& all 1987, Fowers 1994) أنه من بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مختلفة (كالتهاب المفاصل ، القصور الكلوي ، الأمراض القلبية... الخ) الذين يتميزون ببعد ذوى النفوذ و خاصة بعد الحظ يمثلون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخليين.

. (Schweitzer : 2002 , p. 320)

أما روتر 1966 وجد أن المرضى ممن يتمتعون بضبط خارجي يمثلون قلق أكثر و مشاكل تكيف و اضطرابات نفسية ، كما توصل كل من شوفيلي و أورمل (Shaufeli & Ormel,1991) إلى نفس النتيجة

، في المقابل الذين لديهم ضبط داخلي لديهم مستوى من الارتياح (الرضى) أكثر من ذوى الضبط الخارجي .
(Michel H : 2004 ,P.156) .

أما دراسة كوهين و ادوارد (Cohen & Edward) توصلوا إلى أن التحكم الداخلي يخفض الاضطرابات
الناجمة عن وضع ضاغط بينما التحكم الخارجي يضاعفها . (محمد خليفة عبد اللطيف:1998، ص. 123)

أيضا في دراسة لبروسشو وآخرين (Brosschot & al) توصلت إلى أن الأشخاص ذوى الضبط الداخلي
يرتبطون بصحة جسدية جيدة و أساليب حياة صحية و استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل .

فالدراسات أغلبيتها وجدت أن مصدر الضبط الداخلي يعتبر منبئ بتقبل جيد للتعليمات الطبية واتخاذ إجراءات
وقائية ، فالمرضى مع ضبط داخلي أكثر ثقة في فعالية التدخلات العلاجية المقترحة ، فالضبط الداخلي يعتبر
منبئ بتقبل العلاج لدى مرضى السكري . (Dreeben :2010,p.45)

فمعظم الدراسات تؤيد أن البعد الداخلي ذو نفع على الصحة الجسدية والنفسية للمرضى المزمنين و ذلك
بدون شك لأنه يخفف الجهود المؤذية للأحداث الضاغطة . أما من ناحية أساليب الحياة الصحية فالداخليين
يبدون أكثر تفضيل لتبنى سلوكيات صحية (تمارين رياضية ، تغذية متوازنة ، العلاجات الطبية ، إذعان طبي
، امتناع عن التدخين... الخ) .

وبالتالي ومن خلال الدراسات السالفة الذكر فإننا نستطيع القول أن مصدر الضبط الداخلي يبدو كورقة
راجحة فمن خلاله يستطيع الفرد تحمل مسؤولية أفعاله وسلوكياته فيما يتعلق بصحته وبالتالي يبذل مجهودات
ذاتية للحفاظ على صحته ويلجأ إلى اتخاذ إجراءات ايجابية لتحسين حياتهم ، بينما يبدو الضبط الخارجي
كإعاقة أو أقل تكيف مع الأحداث المعاشة (الضاغطة منها كالمريض) لاعتقادهم بأنهم لا يملكون المقدرة على
تغيير وضعياتهم ، إلا أن بعض الدراسات أكدت أن توقعات مصدر الضبط الخارجي لا تشجع دائما

السلوكيات الخاصة بسوء التكيف ، فمع ذلك ارتبط مصدر الضبط لذوي النفوذ مع ارتفاع معدلات استخدام الدواء في فيروس نقص المناعة البشري للرجال في دراسة لكل من ايفانس و فيراندو و روبكينس و فيشمان (Evans , Ferrando,Robkins et Fishman,2001) ومع مؤشرات للامتثال الغذائي لدى المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن في دراسة شنايدر (Schneider,1992) فهي تظهر لتعكس التفاعل بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ وجوانب العلاقة بين الطبيب والمريض والتي تؤثر على التقيد بالتعليمات الطبية (Sutton et al : 2004, p.155)

الخلاصة

إن مصدر الضبط الصحي يتمثل بالدرجة التي يعزز من خلالها الفرد نتائجه الصحية أو الشخصية لأفعاله وتصرفاته الذاتية وهنا نتحدث عن الضبط الداخلي ، أو أنه لا يدرك وجود علاقة بين أفعاله ونتائج سلوكياته وإنما هي راجعة لأمر خارجة عن سيطرته والتي تتمثل في الحظ أو الأشخاص ذوو النفوذ وهنا نتحدث عن الضبط الخارجي وقد أكد الأدب النظري أهمية الضبط الداخلي وارتباطه بخصائص إيجابية في حين ارتبط الضبط الخارجي بسلوكيات سلبية في شخصية الفرد ، وهناك العديد من العوامل الثقافية والاجتماعية التي ترسخ تبني شكل من الضبط على آخر بالرغم من أهمية معتقدات الضبط الصحي إلا أن المرضى هل يتكيفون مع حالتهم. بمعنى هل ذوو الضبط الداخلي أكثر مواجهة للمرض. بما أنه يعتمد على قناعات الفرد في سيطرته على حالته وبالمقابل هل ذوو الضبط الخارجي أقل تكيفا مع المرض وهنا نتحدث عن استراتيجيات المواجهة والتي سنتناولها في الفصل الثالث .

الفصل الثالث

استراتيجيات المواجهة

تمهيد

- 1- مفهوم استراتيجيات المواجهة
- 2- تطور مصطلح المواجهة
- 3 - التناولات النظرية لمفهوم المواجهة
 - 1-3 التناول التقليدي
 - 1-1-3 / النموذج الحيواني
 - 2-1-3 / النموذج التحليلي
- أ - دفاعات الأنا
- ب- سمات الشخصية
- 2-3 النظرية التفاعلية للضغط والمواجهة
- 4- العوامل المؤثرة في المواجهة
- 5- التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة
- 6- فعالية استراتيجيات المواجهة والأمراض المزمنة

خاتمة

تمهيد

يطور الإنسان استراتيجيات متنوعة للتعامل مع الأحداث المتتالية والمتفاوتة الأهمية (كالإصابة بمرض خطير ، فقدان شخص عزيز ، فقدان وظيفة أو خسارة مالية... الخ) لتعديل شدة الضيق الناتج عنها ، وقد تكون ردود الفعل انفعالية ، معرفية أو سلوكية ويطلق على هذه الاستراتيجيات اسم المواجهة "Coping" وهو مصطلح أخذ من الإنجليزية to cop with والذي يعني بالفرنسية faire face a وقد استخدم بكثرة في الأدبيات الفرنسية بمصطلحات مختلفة stratégie d'adaptation ، stratégie d'ajustement ، Coping ، processus de maitrise ، face processus de faire أما في الكتب العربية فقد اختلفت ترجمته فمنهم من استعمل استراتيجيات التوافق ومنهم من فضل استراتيجيات التعامل أو استراتيجيات التأقلم أو المقاومة أو استراتيجيات التدبير، أو استراتيجيات المواجهة وهذا الأخير الذي اعتمده الباحثة في دراستها كونه الأكثر تداولاً في البحوث العربية. وهذا ما سيتم تناوله في هذا الفصل بالتركيز على مفهوم استراتيجيات المواجهة وكل ما يتعلق بالإطار المفاهيمي له.

1 | مفهوم استراتيجيات المواجهة :

اختلفت تعريفات استراتيجيات المواجهة حسب التوجهات النظرية لكل باحث أو عالم ، وفيما يلي سرد لأهم التعريفات التي تناولت مفهوم المواجهة :

عرفها كل من لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman ,1984) : بأنها مجموعة الجهود المعرفية السلوكية الموجهة للسيطرة أو التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتعدى قدرات الفرد . (Dolbeault et al : 2007, p41) .

في حين عرفها كل من ستون ونيل (Stone et Neal, 1984) : بأنها مصطلح يتضمن كل الجهود السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الأفراد شعوريا لتحقيق أو خفض تأثيرات الموقف الضاغط.

(رجب عوض:2001،ص67)

وحسب فليشمان (Fliechman) فالمواجهة استجابة معرفية تخفض أو تقضي على الضيق النفسي أو الضغوطات .(بوعافية:2002،ص57)

أما لونيبي ولازاروس (Lazarus & Launier ,1987) فقد أشارا إلى أن : المواجهة هي مجموعة العمليات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنه ضاغط من أجل التحكم أو تقبل أو التقليل من حدة تأثير هذا الأخير على صحته الجسمية و النفسية. (Schweitzer : 2002 , p 289) .

في حين عرفها كل من موس وهولهان (Moos & Holahan,1987) على أنها الجهود التي تعمل على تحمل التهديد الذي يؤدي إلى الضغوط أو الى ضبطها أو تقليلها.(قاسم : 2004،ص4)

وحسب دانتشيف (Dantchev,1989) فمصطلح المواجهة يضم مجموعة متجانسة من المعارف والاتجاهات السلوكية ومصادر نفسية ودفاعات نفسية مستخدمة في نفس الوقت وبشكل ديناميكي كعنصر لإستراتيجية تكيف لمواجهة التهديدات الداخلية والخارجية. (Bouisson : 2005, p54)

أما ناكانو (Nakano ,1991) فعرفها على أنها جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة أو تخفيف تأثيرها الجسمي والانفعالي على الفرد. (قاسم: 2004، ص4)

في حين لاتاك (Latack,1992) : قدم تعريف للمواجهة يقترب في مضمونه من التعريف السابق للازاروس وفولكمان بأن: المواجهة تغيير مستمر للجهود المعرفية و السلوكية من أجل البحث عن الحاجات أو المطالب الداخلية و الخارجية التي تؤثر أو تتجاوز مصادر الشخص .

(Didier T : 2004 , p 50)

كما يرى كل من شرويدر و ستشوش و شرويدر (Shroeder et Scheuch 1990 ; Scheuch, 1986) بأن المواجهة تشتمل على عمليات معرفية و خبراتية و سلوكية و فيزيولوجية و غددية و مناعة نفسية عصبية وترتبط مع المحيط الاجتماعي للشخص المعنى في علاقة نشطة متبادلة . (سامر رضوان : 2002، ص 169) في حين باروا (Barois) قدم تعريفين مع اقتراح فكرة أن المواجهة هي أن يواجه الفرد ما تفرضه عليه الحالة ويتحكم في محيطه :

أ- استراتيجيات المواجهة هي مجموعة من الأفعال البيولوجية والسيكولوجية ذات المدى القصير أو الطويل التي تهدف لحل المشكل الناتج عن الصدمة النفسية .

ب- المواجهة هي الوجه النشط من الاستجابة للضغط بل عادة هي المعنى الايجابي للمصطلح ولكنها ليست

مرادفة للتكيف . (مصطفى عبد المعطي : 2006، ص30)

وحسب بولهان (Paulhan) نقلا عن (Bioy & Fouques : 2002, p103) فالمواجهة عملية تعديل أو محو الضيق الانفعالي الناتج عن الحدث ومعالجة مصدر هذا الضيق.

من خلال ما تم تناوله من تعريفات نجد منهم من اعتبرها كجهود معرفية ومنها من اعتبرها كعمليات تهدف لتخفيض الضغط ومنهم من اعتبرها كسياقات تقديرية لمدى الجهد الذي سيبدله الفرد عند وجود مشكلة أو عامل ضاغط ووضع استجابة خاصة لمواجهته ومنه فالمواجهة ليست سمة ثابتة وإنما هي عملية موجهة تعنى بتركيز الاهتمام على أفكار الفرد وسلوكها التي يصدرها وفق شروط خاصة ، كما أنها عملية مرنة وقابلة للتغيير حسب نوع الضغط الذي يواجهه الفرد، فهي سلسلة من التفاعلات بين الشخص والبيئة كل واحد يؤثر في الآخر في علاقة متبادلة هدفها تقليل أو تعديل الضيق الناتج عن التهديدات سواء كانت داخلية أو خارجية .

2 | تطور مصطلح المواجهة : تاريخيا يتصل مفهوم المواجهة بمصطلحين اثنين :

استراتيجيات الدفاع الذي تطور بنهاية القرن 19 من طرف التحليل التقليدي و بالتكيف الذي تطور بدوره مع النصف الثاني من القرن 19 ، معتمدا في ذلك على البيولوجيا و علم نفس الحيوان (لا سيما خلال تطور نظرية داروين) . (Schweitzer : 2002, p 335)

1-2 المواجهة و الدفاع (Coping et défense) : ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن 19 مرتبطا

بصفة محددة بتطور التحليل النفسي و علم النفس الدينامي و علم نفس الأنا.

- لاحظا فرويد وبروير (Breuer & Freud) أن بعض الأفكار المزعجة و المضطربة أحيانا منيعة أو متعذرة على الشعور، في كتاباته الأولى Freud تحدث عن مختلف الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من قبل الأشخاص لتغيير ، تبديل أو إنكار الأفكار المرفوضة ، وبعد تطور مفهوم الدفاع تطرق فرويد إلى مفهوم

الكبت مشيراً إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية وبالأخص في كتابه عام 1926 "الكف و العرض و القلق " ، وقد عرف فرويد مصطلح الدفاع بأنه تحدي الأنا للأفكار و المشاعر المؤلمة و الصراعات النفسية الحادة معتبرا الكبت واحد من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية .

- ابتداء من سنوات الستينات و السبعينات بدأ الباحثين استخدام مصطلح المواجهة بدل الدفاع وذلك بشرح ميكانيزمات الدفاع الأكثر نضجا أو تكيفا (التسامي أو الإعلاء ...) .

- أما الفترة الممتدة بين 1960 - 1980 لوحظ تداخل كبير بين المواجهة و ميكانيزم الدفاع حيث سعت بعض المحاولات للفصل بينهما كمحاولة هان (Haan , 1977) بتلخيص أهم الفروق بين المواجهة و الدفاع بالطريقة التالية :

- ميكانيزمات الدفاع هي عمليات صارمة تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تتغير حسب ما يتطلبه الموقف ترتبط بصراعات بين نفسية intrapsychique و بأحداث الحياة القديمة و تعمل على تشويه و تحريف الواقع وظيفتها الحد من القلق و إبقاؤه عند مستوى معين (للتحمل).

في حين استراتيجيات المواجهة هي عملية مرنة شعورية تختلف و تتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف ، متجهة نحو الواقع سواء (داخليا أو خارجيا) وظيفتها تسمح للفرد بتسيير و تخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة . (Schweitzer : 2002, p 355)

إن استراتيجيات المواجهة تنفصل شيئا فشيئا عن ميكانيزمات الدفاع بالتحديد لكونها شعورية إرادية لمواجهة مشاكل حالية (حديثة) .

2-2 المواجهة والتكيف (Coping et adaptation) : مصطلح المواجهة أخذ مرجعيته أيضا من نظريات التكيف و تطور النوع (l'évolution des espèces) و التي ترى بأن الفرد يمتلك رصيد من

الاستجابات و ردود الأفعال الفطرية و المكتسبة (الهجوم و الهروب) والتي تسمح له بالاستمرار والبقاء عندما يواجه مختلف التهديدات خاصة عندما يتعرض لموقف أو عدو خطير.

وحسب لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) التكيف مصطلح واسع يحوى معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضا ، إذ أنه يمثل كل ردود أفعال العضوية الحية التي تتفاعل مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك أو الانفعال أو الدافعية أو التحكم) .

- على النقيض فالمواجهة مفهوم محدود و خاص بفتة معينة من هذا التفاعل ورغم أنه يضم مختلف استجابات التوافق عند الأفراد إلا أنه يهتم إلا بردود الأفعال الخاصة بالاستجابات للمواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له، بينما يندرج تحت مفهوم التكيف ردود أفعال توافقية أوتوماتيكية متكررة في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية وسلوكية شعورية متغيرة وخاصة ، وأحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه .

3 | التناولات النظرية لمفهوم المواجهة :

لقد تم تناول مصطلح المواجهة من تيارات نظرية متعددة، ومن أهم النماذج التي تطرق إليها الباحثين :

1- **التناول التقليدي:** يندرج مصطلح المواجهة في البحث التقليدي في مجالين اثنين : أولهما التجريب الحيواني، أما الثاني فيختص بالتحليل النفسي للأنا.

1-1- **النموذج الحيواني :** حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر بالضرورة على الاستجابات السلوكية

الفطرية المكتسبة المستعملة لمواجهة تهديد حيوي. (Shweitzer & Dantzer, 1994 ,p101)

ويشير هذا النموذج إلى نوعين من الميكانيزمات التكيفية :

- ميكانيزم التجنب أو الهروب المستعمل في حالة الخوف أو الفرع .

- ميكانيزم المواجهة أو الهجوم المستعمل في حالة الغضب .

حيث أن معيار نجاح إستراتيجية مواجهة يتمثل في التحكم أو التخفيض في النشاط الفيزيولوجي الذي يترتب عنها .

حسب هذا النموذج فان استراتيجيات المواجهة تتمثل في التجنب واستراتيجيات الهجوم مما يحول دون فهم باقي الاستراتيجيات التي تندرج ضمن مفهوم المواجهة .

1-2-2- النموذج التحليلي : لقد تم تناوله من وجهتي نظر : متعلقة بدفاعات الأنا ، و سمات الشخصية .

1-2-1- دفاعات الأنا : عمل التحليل النفسي منذ نشأته على تحديد و فهم أشكال المواجهة وبشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها وسميت وسائل الدفاع الأولية ، وقد أدخل مفهوم الدفاع للمرة الأولى في عام 1894 وتم تعريفه لاحقا بأنه تسمية عامة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة الصراعات التي من المحتمل أن تؤدي للعصاب " فرويد 1926" ، في حين ابنته آنا فرويد قد وسعت مجال وظائف الدفاع لتشمل الانفعالات و المثيرات المهددة للمحيط أيضا . (سامر رضوان :2002 , 162)

لقد تم تشبيه المواجهة بدفاعات الأنا حيث عرفت على أنها جملة عمليات معرفية لاشعورية تهدف

إلى التقليل أو إزالة كل ما من شأنه أن يثير تطوير القلق. (Schweitzer & Dantzer :1994,p102)

فهي تركز على السياقات اللاشعورية في تعديل الضغوط وتسيير الصراعات (التهديدات الداخلية) وحسب

بولهان وبورجوا (Paulhan et Bourgeois,1995) فالمواجهة متصلة بالدفاع الأنا (الإنكار ، العقلنة)

هدفها تخفيض أو محو كل ما يثير القلق. (Dumont & Plancherel :2001,p59).

ولقد تم التعرف على مختلف العمليات المعرفية الموجهة للتقليل من الحصر الناتج عن الحدث الضاغط ويمكن ذكر أعمال (Vaillant 1977) التي اهتمت بتصنيف دفاعات الأنا حيث يشير إلى كل من: النفي (فالشخص يدرك ويقرر بالواقع مع نفيه لبعض عناصره السلبية أو غير المحتملة كخطورة المرض على سبيل المثال) ، العزل (الذي يعنى توقف سير الفكر مانعا فهم الشيء الذي يحدث) ، أو العقلنة (والتي من خلالها يبحث الفرد على تفسيرات متناسقة و معقولة لما يحدث)

فبالرغم من أن هذا النموذج يركز على ردود فعل الأشخاص تجاه الأحداث الضاغطة إلا أنه يبقى ناقصا لكونه يعتبر المواجهة كنظام دفاعي لإحداث التوازن الانفعالي دون البحث عن حلول المشكل الناتج عن الضغوط

1-2-2- سمات الشخصية: وهو تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات يعتبر المواجهة كسمة من سمات الشخصية وأن بعض الخصائص الثابتة للشخصية كالقمع (Bayrne 1961) ، الحتمية (Wheaton 1983) ، التحمل (Kobasa , Maddi & khan 1982) بإمكانها تهيئة الفرد للتعامل مع الوضعية الضاغطة بطريقة ما ، إلا أن الفرضية القائلة بأن التماثل في سمات الشخصية يليه حتما التماثل في التعامل مع نفس الحدث لم يثبت بعد .

- فالعديد من الدراسات بينت أن مقياس سمات الشخصية هي ضعيفة لتحديد استراتيجيات المواجهة المستخدمة (Cohen & Lazarus 1973 , Folkman & al 1986) وهذه للأسباب التالية :

✓ الطبيعة المتعددة الأبعاد للسيرورة الحالية للمواجهة : ومثال ذلك الشخص الذي يعاني من مرض جسدي ففي هذه الحالة المريض عليه أن يواجه مصادر مختلفة من الضغط : ألم ، إعاقة ، ظروف الإقامة في المستشفى و العلاج وفي نفس الوقت عليه أن يحافظ على توازنه الوجداني وصورة مقبولة

عن الذات مع السهر على عدم فقدان مصادره المالية ، و الحفاظ على علاقات حسنة مع العائلة... الخ

هذه الاهتمامات متنوعة لا يمكن التنبؤ بها بمقياس أحادي البعد مثل : سمة ما للشخصية (Moos

(&Tsu 1977

✓ الطابع المتحرك و المتغير لسيرورة المواجهة حسب لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman

1988) فان استراتيجيات المواجهة متأثرة تأثيرا بليغا بسياق الوضعيات ، وقد تبين من الدراسة بأن

نفس الشخص بإمكانه أن يوظف في بعض الوضعيات استراتيجيات معرفية للمواجهة هادفة إلى

خفض أو التقليل من الضغط ، وفي وضعيات أخرى استراتيجيات سلوكية ترمى لحل المشكل .

وحسب دراسة بيرلان وشولر (Pearlin,Shooler,1978) فان الاستراتيجيات المعرفية تكون متبناة أكثر في

حالة ما إذا كان الحدث غير متحكم فيه (مرض خطير مثلا) ، في حين أن الاستراتيجيات السلوكية تكون في

حالات أين يمكن للجهد أن يغير من الموقف (حالة فقدان منصب عمل) .

من خلال هذه النتائج يتبين أنه من الصعب تصور المواجهة من وجهة نظر ثابتة، فهي تتضمن

الاستعدادات الفردية الثابتة والأنماط السلوكية الموظفة في مختلف مواقف الضغط.

2- النظرية التفاعلية للضغط والمواجهة: (La théorie Transactionnelle du stress et

(coping

اقترحت النظرية التفاعلية للضغط والمواجهة من قبل لازاروس وفولكمان(Lazarus & Folkman ,1984)

حيث اعتبرت كمحاولات ضرورية للشخص لمواجهة الاضطرابات الواقعية والمدركة من البيئة ، فهذا النموذج

يهتم بتفاعلات الحالية بين الشخص و البيئة .معنى الجهود المعرفية و الانفعالية و السلوكية المبذولة من قبل

الأشخاص لمواجهة المواقف المؤلمة .

وحسب لازاروس : إن الضغط هو مجموعة من الردود التي تخرضها العوامل المحيطية ، ويتم خلالها تقدير الحدث الضاغط بشكل ذاتي ويشكل الحدث صدمة حين تفوق الإمكانيات الحالية للتكيف عند الفرد ولا يكمن الضغط في الفرد ذاته و لا في الحدث نفسه وإنما في العلاقة فرد - محيط. (Paulhan : 1994,p99)

فالضغط تفاعل خاص بين الشخص والبيئة والذي يقيم من قبل الشخص كتجاوز لإمكاناته والذي قد يؤدي إلى خطر على حالته الصحية . (Gustave Fisher : 2002 , p 263)

وحسب لازاروس فان الفرد ليس سلمي عندما يتعرض للمواقف والتأثيرات البيئية أو البيولوجية ولكن يصبح فعال فيما يخص حالته ، فهذه المقاربة تعطي أهمية كبرى لمحاولات تكيف الفرد مع التغيرات البيئية سواء كانت حقيقية أو مدركة. (Gaumé :2009,p53)

فهذه المقاربة تؤكد على أن الشخص لا يستطيع التغير مع الوقت لكن بفعل الحاجات الذاتية و المتطلبات الخارجية يلجأ الشخص إلى استراتيجيات لتخفيف الضغط الناتج عن المواقف التي تتجاوز إمكانياته ، فعند التعرض لمشكل ضاغط فالشخص يحدد إذا كان هناك خطر على رفايته النفسية أو الجسدية فإذا شعر بالخطر لجأ إلى فحص مصادر المواجهة التي يجابه بها الموقف .

ولكون العلاقة بين الشخص و البيئة علاقة دينامية ومتغيرة فالنظرية التفاعلية تستند على اتجاهين : السياق التقييمي المعرفي والسياق التكيفي (استراتيجيات المواجهة)

❖ **سياقات التقدير المعرفي :** فهي مرحلة مهمة وأساسية لتحديد الاحتمالات والإمكانيات للتكيف

لاحقا ، ويعرف التقدير المعرفي على أنه مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد ، حيث أن تقدير كم

التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف ، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد

وخبراته الشخصية مع الضغوط ، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف .(السيد عثمان

(2001،ص10)

ومنه فالتقدير المعرفي يتعلق بسياق يقود الفرد لاتخاذ قرار حول الضغط، هذا التقييم يعود إلى ماضي الفرد و أهدافه وقيمه. فتقييم الوضعية هي بداية المواجهة فالشخص الذي يجابه موقف عدائي يقيم بسرعة طبيعة ونتائج المحتملة لهذه الأخير فمريض الكلى يمكن أن يدرك ويقيم حالته بأشكال مختلفة كتهديد (آلام، فقدان الوظيفة الجسدية... الخ) مشكلا قلقا و خوفا أو أن يدرك كاختبار أو تحدي مترافقة بجهود ايجابية فعالة لمواجهة المرض ومقاومته .(Daulbeault et al:2007,p41)

وحسب لازاروس وآخرون (Lazarus & al,1984) يوجد شكلين للتقدير :

- التقدير الأولي: والذي يطلق عليه أيضا الضغط المدرك (stress perçu) عندما يتعرض الشخص

لخصائص الوضعية وخطورتها، مدتها ومقدار التحكم فيها. (Gaumé :2009, p53)

وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد ويعتمد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية.

(عثمان يخلف : 2001 ، ص 52)

ومنه ففي البداية يتعرف الشخص على المشكلة ويصنفها حسب ما تمثله على رفايته ، فهل تمثل تهديد بالنسبة له أو فقدان أو أنها تحدي وبالتالي يطور إمكاناته ومصادره التي يعتبرها أكثر ملائمة لمواجهة الموقف .

- التقدير الثانوي: والذي من خلاله يقدر الشخص مصادره وقدراته المتاحة للتحكم في وضعية ما

(التحكم المدرك).(Bailly et al,2013,p350)

في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى قدرة إمكانياته الشخصية على مواجهة الموقف الضاغط، وهو

أحد المحددات التي تلعب دورا في تحديد التكيف النفسي. (Arthure.M. Nezu & al : 2003, p51)

وهكذا عندما يتلاءم كل من تقديرنا لمطالب الموقف وإمكانيتنا على مواجهته لا نشعر بالضغط وعندما يعكس تقييمنا فجوة بين إمكانياتنا ومطالب الموقف أو المحيط وخاصة عندما تفوق المطالب الإمكانيات المتوفرة لمواجهة الموقف الضاغط نختبر مستوى كبير من الضغط ، لذا فان التقدير الثانوي يتأثر إلى حد كبير بعملية التحكم والتي ترتبط بالاعتقادات التي يصدرها الشخص بشأن مواجهته لمشكلة ما ومن هنا يختار الأساليب الأكثر ملاءمة والتي يتوقع منها أن تكون على مستوى من الكفاءة للتحكم في الوضعية الضاغطة .

❖ **استراتيجيات المواجهة :** في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى استعمال استراتيجيات معرفية أو سلوكية

لمواجهة الموقف الضاغط ولقد صنفت استراتيجيات المواجهة في نوعين أساسيين تكمن الأولى فيما يسمى بالفعل المباشر وتشمل اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط وتتسم بطبيعة سلوكية تعتمد أسلوب حل المشكلات ، الإستراتيجية الثانية تتمثل في ما يسمى بالفعل المخفف وهو

فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية . (يخلف :2001، ص 53)

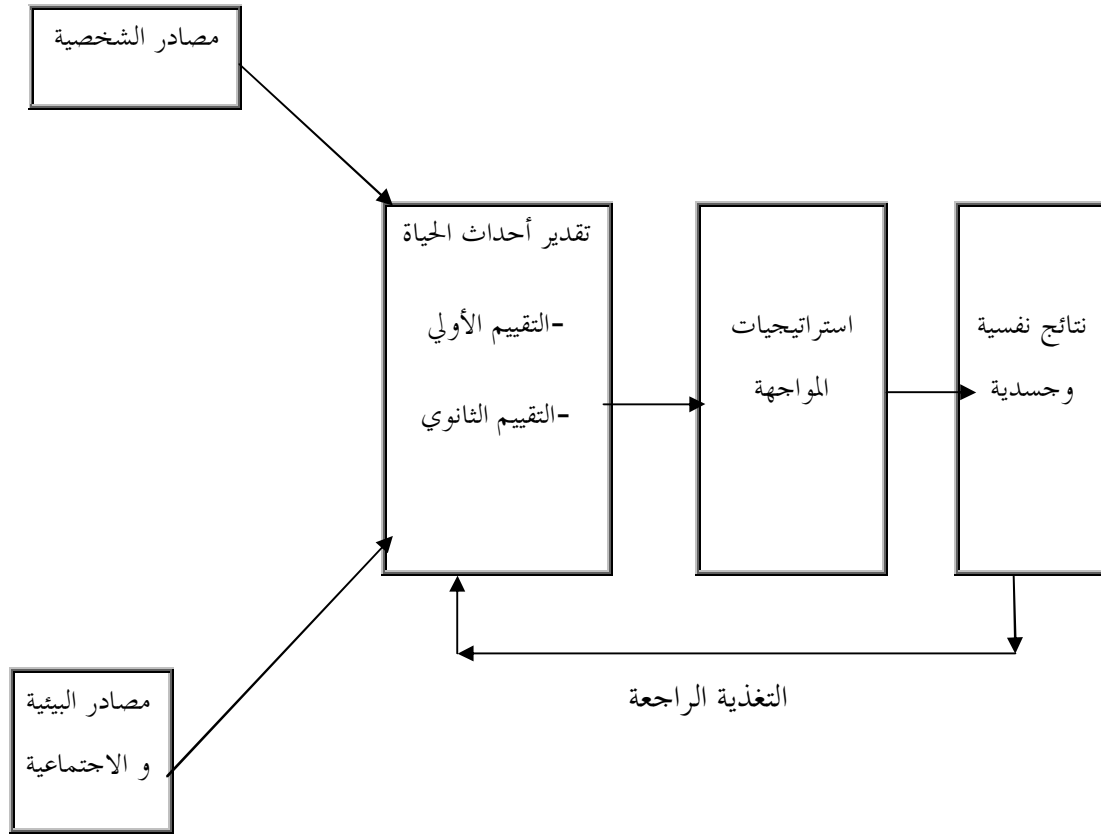
إن النظرية تنص على تعددية تغيرية بيئية *intra individuelle* وبين شخصية *inter- individuelle*

بما أنها تتحدد بظروف التقييم المعرفي والإمكانات التي يضعها الشخص على اختلاف مراحل حياته ويرى

كل (Holahan, Moos , Saefer , 1996) بأن الوضعيات أو المواقف هي التي تجبر الشخص اختيار

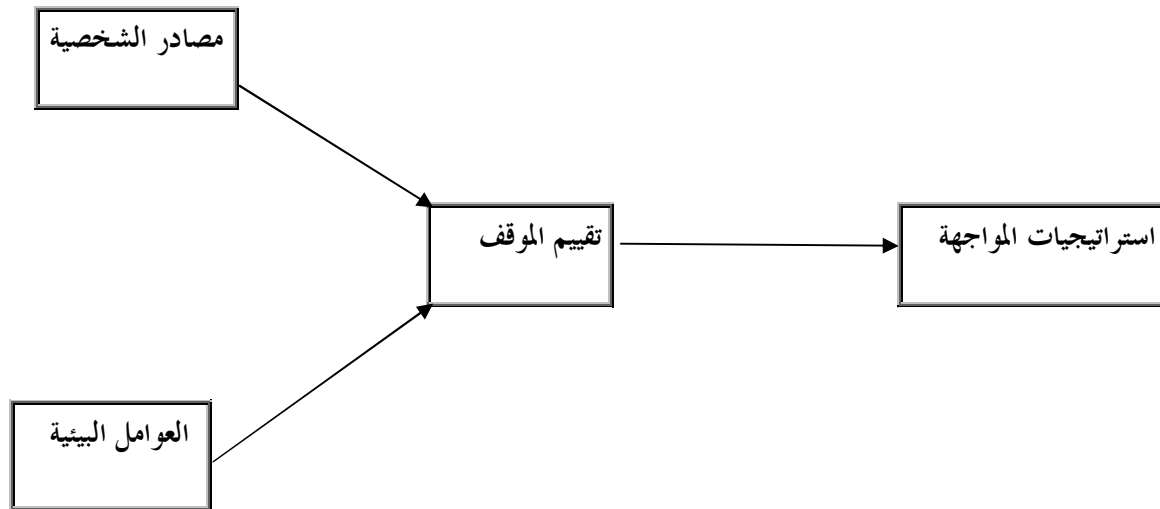
استجابات مواجهة وليس العكس. (Dumont & Plancherel : 2001 , p58)

وفيما يلي مخطط مختصر لشرح النموذج التفاعلي للمواجهة



شكل رقم (1) يوضح النموذج التفاعلي للضغط والمواجهة

4 | العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة : إن استراتيجيات المواجهة المستخدمة من قبل الفرد تهدف إلى تأمين الشعور بالرفاه الجسدي والنفسي تجاه الأحداث المهددة لكيثوته ، فاختيار إستراتيجية مواجهة هو في حد ذاته نتيجة لسلسلة من العوامل الداخلية والخارجية التي تتفاعل وتنظم ذاتها باستمرار حسب سياق معين كما يبينه المخطط التالي:



شكل (2) يمثل العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة

1- تقييم الحدث: إن الفرد والبيئة في تفاعل مستمر حسب لازاروس وفولكمان (1984) فالتقييم يمثل وسيط فمن خلاله يختار الفرد مصادر المواجهة المهمة للحفاظ على رفايته . فهو يتعلق أولاً بعملية معرفية من خلالها نفهم كل العوامل النفسية ، الجسدية ، الاجتماعية والاقتصادية التي تلعب دور مهم في تقييم الموقف ، فنفس الموقف قد يدرك من قبل شخص على أنه مهدد في حين يعتبر عدم الأهمية بالنسبة لشخص آخر وذلك راجع إلى عوامل كالسن ، التجارب والخبرات السابقة ، موارده المادية ، صلابة علاقات الصداقة و علاقاته العائلية. (Buisson :2002,p 56)

فنفس الشخص قد يعيش نفس الحدث على عدة سنوات دون تقييمها بنفس الطريقة ودون استخدام نفس الاستراتيجيات التكيف ، بالإضافة إلى أنه قد يكون الموقف ضاغط في وقت ما لدى نفس الشخص في حين في وقت آخر لا يعتبر كذلك ، وهذا ما أكدته كل من لونيبي ولزاروس (Launier et lazarus ,1978) حيث لاحظنا أن نفس الحدث الضاغط قد يدرك لدى الأفراد بطرق مختلفة فالبعض قد يشعر أنه فقدان (مادي، علائقي، روحي) فيسبب انفعالات و أحاسيس كالغضب، العجز و الحزن، في حين آخريين قد يمثل لهم تهديد فيسبب قلقا، بينما يعتبر كتحدٍ لدى البعض الآخر، ومن بين المحددات المعرفية للتقييم نجد معتقدات الشخص (نحو الذات ، العالم ، مصادره وقدراته على حل المشكل...الخ)، ودوافعه العامة (القيم، الأهداف...الخ)

(Schwarzer & Muller: 1999, p147)

2- مصادر الشخصية: تتعلق بمجموعة المصادر التي يستخدمه الفرد للمواجهة وتمثل في العوامل التالية:

- **المعتقدات الشخصية :** على سبيل المثال المعتقدات الدينية والتي يدركها الشخص على أنها عقاب الاهي عن أخطائه الماضية عند تعرضه لمرض خطير ما يسمح له الحفاظ على مزاج حسن .بالإضافة إلى سمات الشخصية كالقلق ، الميول الاكثابية فالعديد من الأبحاث (Billings et Moos,1984 ; Nezu,1986) بينوا أن الأشخاص المكتئبين أقل رغبة أو ميلا على تركيز جهودهم لحل المشكل الذي يواجهونه في حياتهم عن

الأشخاص الآخرين ، ويعبرون أيضا بقلّة ثقة في قدراتهم على التحكم بها ، فكلما أدرك الشخص قدراته على التحكم في الأحداث كلما استخدم مصادر تكيفيه أكثر وكان أكثر ثقة باستراتيجيات التأقلم وبالتالي يتصرف مباشرة على حل المشكل ، كذلك الأمر لمصدر الضبط فالأشخاص الذين يستخدمون مصدر ضبط داخلي يستعملون استراتيجيات مركزة على المشكل ، في حين من يعزّون الأحداث الضاغطة لأسباب خارجية كالحظ مثلا يستعملون استراتيجيات مركزة على الانفعال أكثر . إلا أنه إذا وجد الشخص في عملية إخفاق متكررة ويعزو هذه الأخيرة لأسباب داخلية قد تخفض لديه درجة استخدامه للمواجهة المركزة على المشكل لكونها تزيد لديه الخوف من التقييم الذاتي المرتبط بالخسارة وبالتالي لجوئه إلى المواجهة المركزة على الانفعال ، ومنه فالمصادر الشخصية تتحدد من خلال موقف خاص بينما قد تتغير كلية في موقف آخر .

(Buisson :2005 ,p56)

فالعلاقة بين المواجهة و الشخصية علاقة قوية و واضحة جدا (Costa & al , 1995)، لهذا أكد الكثير من الباحثين على أن عملية التقييم و اختيار استراتيجيات مواجهة تتحددان ولو جزئيا ببعض الخصائص و الاستعدادات النفسية و الاجتماعية الثابتة ، وليس فقط بخصائص الموقف المتغيرة الأمر الذي يفسر لماذا استجابات المواجهة تتغير من موقف لآخر . (Mc Gare,1992 ; Volrath & al, 1995)
ومن بين خصائص الشخصية التي تؤثر في المواجهة نجد :

✓ التحمل (L'endurance) : سمة من سمات الشخصية تتميز بقدره كبيرة لدى الفرد لمواجهة
الوضعية الضاغطة بالخصوص ، وترجم باستراتيجيات مواجهة نشطة تركز على الاعتقاد بقدرته
على التحكم في الأحداث ، هذه السمة وصفت من قبل كوبازا (Kobasa,1982) وتشتمل ثلاث
عوامل :

✓ الالتزام (L'engagement) يرتكز حول ما نفعل .

✓ التحدي : انه طريقة لاستقبال الوضعية المنتقدة كفرصة من خلال التغييرات الايجابية التي قد تنتج .

✓ إن التحمل يبدو كمفضل لاستراتيجيات المواجهة فله دور وقائي في الوضعيات الضاغطة .

✓ التماسك (la cohérence): انه تعبير شخصي يركز على الإحساس بالثقة في الذات انطلاقا من

تنظيم ادركات الفرد للأحداث بالإضافة لإمكاناته لمواجهتها بأي طريقة على أن يفهمها .

(Gustave F :2002 , P 121)

توجد العديد من سمات الشخصية كالعدوانية ، القلق ، الاكتئاب لها دور سلبي وتخلق استراتيجيات مواجهة

مركزة على الانفعال في حين السمات السالفة الذكر لها تأثيرات ايجابية على نفس الاستراتيجيات.

3- العوامل البيئية : إنها تلعب دور رئيسي في تقييم الموقف فالمعنى الذي يقدمه الفرد للوضعية وبالتالي

إستراتيجية المواجهة المستخدمة متعددة فنجد في المقام الأول العوامل المتعلقة بخصائص الحدث الضاغط كطبيعته

، مدته ، حدثه ، شدته أيضا خصائص الضاغط ترجع إلى مستوى تأثيره على الشخص ، خبراته السابقة .

فالبحوث العلمية ركزت على دور المساندة الاجتماعية أي كل ما يتعلق بالعلاقات الايجابية (الحب ، الصداقة

المساعدة ،النصيحة) والتي يتبادلها الشخص مع محيطه الاجتماعي والعائلي ، فكلما كانت المساندة الاجتماعية

قوية كلما كانت المساعدة فعالة في الحياة اليومية لمواجهة الضغوط ، بالحصول على معلومات على طبيعة الخطر

الحقيقي الذي يمثله ويخفف أثره على الفرد. (Buisson :2005 ,p54)

كما يمكن أن تتأثر وتتحدد عملية التقييم و المواجهة ولو جزئيا بخصائص الوضعية تجاه حدث غير مراقب أو

غير محكم . فمثلا : الشخص يعمل على التحكم في انفعالاته لو أن الوضعية محكمة فيستعمل استراتيجيات

مركزة على المشكل .

فمحددات المواجهة لا ترتبط بخصائص الشخص فقط بل إن الخصائص البيئية أو المحيطية و التفاعلية بين

البيئة و الفرد قد تؤدي إلى تنوع أساليب المواجهة من شخص لآخر . فاستعمال استراتيجيه سوءا كانت

إيجابية أو سلبية ترجع إلى عوامل متداخلة تدرك حسب تقييم الفرد لها و إعادة تقييمه للأحداث المعاشة وهذا ما يسمح بتنوع استراتيجيات لدى الأشخاص ولدى الفرد نفسه .

5 / التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة :

لقد تعددت طرق تصنيف استراتيجيات المواجهة باختلاف الإمكانيات التي تتوفر لدى الفرد في مواجهة الأحداث الضاغطة في الحياة .

فحسب ميدنايك وآخرون (Mednick et al,1975) فقد قسم ردود فعل التكيف للضغط إلى :

(1) ردود الفعل الموجهة نحو المشكل

(2) ردود الفعل الموجهة نحو الدفاع

(3) الاستجابات العصائية و الذهانية .

في حين صنفها موريس (Morris,1972) إلى :المواجهة المباشرة و المواجهة الدفاعية .

أما ماتني وآخرون (matheny & al,1986) صنفوا المواجهة إلى :

(1) المواجهة الوقائية، (2) المواجهة القتالية.

كذلك قسمها مارتين وآخرون (Martine et al ,1992) إلى : استراتيجيات المواجهة الانفعالية ، و

استراتيجيات المواجهة المعرفية . (إسماعيل : 2004 ، ص 83).

في حين قسمها كوهين (Cohen ,1994) إلى :

- التفكير العقلاني: ويشير إلى أنماط التفكير العقلانية والمنطقية التي يقوم بها الفرد حيال الموقف الضاغط بحثا عن مصادره وأسبابه.

- التخييل: وهي إستراتيجية يحاول الفرد من خلالها تخييل المواقف الضاغطة والتي واجهته فضلا عن تخييل الأفكار والسلوكيات التي يمكن القيام بها في المستقبل عند مواجهة مثل هذه المواقف الضاغطة.
- الإنكار: وهي إستراتيجية دفاعية لاشعورية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار وتجاهل المواقف الضاغطة وكأنها لم تحدث .
- حل المشكلات: وهي إستراتيجية معرفية يحاول من خلالها الفرد استنباط الأفكار والحلول الجديدة المبتكرة لمواجهة الضغوط.
- الدعابة أو المزح: وهي تتضمن التعامل مع الخبرات الضاغطة بروح المرح والدعابة .
- الرجوع إلى الدين: تشير هذه الإستراتيجية إلى رجوع الأفراد إلى الدين في أوقات الضغوط وذلك من خلال الإكثار من الصلوات والعبادات والمداومة عليها كمصدر للدعم الروحي والأخلاقي والانفعالي، وذلك في مواجهة المواقف الضاغطة. (طه عبد العظيم حسن: 2006، ص100)
- أما موس وبيلينغ (Moos et Belling, 1981) فلقد حددا ثلاث أنواع من استراتيجيات المواجهة:
- الاستراتيجيات السلوكية الفعالة: وتشمل مختلف المحاولات والجهود السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل .
- الاستراتيجيات المعرفية الفعالة: وتتمثل في الجهود المعرفية لتقدير الحدث بأنه ضاغط .
- الاستراتيجيات التجنبية: وتضم الجهود والمحاولات المبدولة لتجنب وتفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفة غير مباشرة. (ايت حمودة: 2006، ص179)

في حين اكتشفا كل من لازاروس وفولكمان (1984) من خلال النموذج التفاعلي شكلين رئيسيين للمواجهة : المواجهة المركزة على المشكل ، المواجهة المركزة على الانفعال .

في حين كوسون وآخرون (Cousson et al ,1996) بفرنسا فقد قاموا بتصنيف المواجهة إلى ثلاث استراتيجيات عامة: المواجهة المركزة على المشكل والمواجهة المركزة على الانفعال ، والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية .

وفيما يلي شرح مختصر للاستراتيجيات الثلاث لأنها تخدم الدراسة الحالية :

1- المواجهة المركزة على المشكل : (Coping centré sur le problème)

هي مجموعة الجهود السلوكية و المعرفية للفرد لتغيير أو تعديل الوضعية الضاغطة هذا الشكل من المواجهة يشمل عاملين رئيسيين : مواجهة الحدث الذي يترجم بالجهود من أجل تغيير الوضعية من جهة ، وعزل المشكل الذي يترجم بالبحث عن الوسائل (كالمعلومات ، المساعدة) والتي تسمح بتحقيق هذا الهدف من جهة أخرى. (Gustave F & Cyril T : 2004 ,p 280)

في حين بعض الباحثين ك سالس وفليتشر (Suls & Fletcher ,1985) يطلقون عليها تسمية المواجهة اليقظة (Coping vigilant) وآخرون يسمونها باستراتيجيات المقاربة ، وأيضاً المواجهة النشطة . (Schweitzer :2002 , p 122) .

فاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل تعتمد كثيراً على الجانب المعرفي و السلوكي إذ تجعل الفرد يتقبل الوضع كحدث مفروض عليه يهدد وضعيته أو أهدافه فيحاول تحليله لتحديد الاستجابات المناسبة لحله ببذل الجهود الممكنة لتعديل مصدر الضغط (كالبحث عن حل ، العمل على إيجاد مخطط عمل ...) .

2- المواجهة المركزة على الانفعال : (Coping centré sur l'émotion)

هي مجموعة الجهود التي تسعى للتخفيف وتحمل الحالات الانفعالية المثارة من الوضعية الضاغطة، توجد العديد من التعبيرات لهذا الشكل من المواجهة : التجنب (عدم التفكير في المشكل)، الإنكار، التهويل...الخ، إذ تعتبر أكثر السياقات الموجهة نحو النشاط البين النفسي، لتعديل الانفعالات الناجمة عن الضغط بالتفكير في أمور أخرى. (Bailly et al : 2013, p350)

هذا الشكل من المواجهة يطلق عليه أيضا المواجهة المخففة (Coping palliatif) بمعنى أخذ مسافة و التجنب وكل المحاولات والمسامحي لتنظيم ردود الأفعال الانفعالية و الشعور بالتحسن دون البحث عن حل المشكل. (Didier T : 2004, p51).

وقد استخرج لازاروس وفولكمان (1984) ستة فئات بعدية صغرى تدرج تحت استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال : تخفيض التهديد ، إعادة التقييم الايجابي ، اتهام الذات ، التجنب أو الهروب وحسب لازاروس (1966) فان هذا الشكل من الاستراتيجيات تؤثر على الانفعال بطرق مختلفة وتؤدي إلى إعادة تقدير الوضعية بتغير معناها و إعطائها تفسيراً آخر و بهذا الشكل يصل الفرد إلى التقليل من حدة الخطر المحقق به ، كما تكمن تدخلاتها النفسية ذات نفع لتنشيط السياقات (السيروورات) لتقبل المرض و التكيف النفسي فهدفها تخفيض النتائج النفسية و الاجتماعية للمرض أو العلاج وتعديل التغيرات السلبية الناتجة عنه .

(Gustave F : 2002 , p 280)

3- المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية (Coping centré sur le soutien sociale)

البحث عن المساندة الاجتماعية كإستراتيجية ثالثة عامة تتعلق بجهود الشخص للحصول على تعاطف ومساعدة الآخرين. فهي تتعلق بالجهود المتوفرة للشخص للبحث عن المساعدة والدعم للحصول على إنصات

ومعلومات وأيضاً مساعدة مادية فهي تقترح فعالية الشخص وليست مجرد وسيلة. فهي مرتبطة بكل ما يتعلق من علاقات ايجابية (الحب الصداقة ، النصيحة) للفرد مع وسطه الاجتماعي والأسري والعائلي ، فكلما كانت إستراتيجية المواجهة المركزة على السند الاجتماعي قوية كلما كانت كفاءة الشخص في حياته اليومية كبيرة لمواجهة الضغط بالاستعلام أكثر حول طبيعة الخطر الحقيقي الذي يمثله وبالتالي تقليص أثره على الفرد .

(BOUISSON : 2005 , P54)

وقد أشارت ممدوحة سلامة إلى أن المساندة الاجتماعية تأخذ أشكالاً وصور متعددة قد تكون المساندة انفعالية (الرعاية والثقة والتجاوب) أو تكون المساندة بالمعلومات (بإعطاء الفرد معلومات تعليمية أو مهارات تساعده في حل المشكلات) أو تتم المساندة من خلال التدعيم الأدائي (المساندة في العمل أو المساندة المالية) أو تكون مساندة بالتقدير أي تنقل للآخرين أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية وهي ما تسمى بالمساندة النفسية .(ممدوحة سلامة:1996،ص16)

6 / فعالية استراتيجيات المواجهة والأمراض المزمنة :

هل تعتبر استراتيجيات المواجهة فعالة ؟ فمصطلح الفعالية يشير إلى التأثير النفس اجتماعي للمواجهة .معنى نتائج الطريقة التي يتصرف بها الشخص لمواجهة وضعية أو موقف و تأثيراتها حول راحته الجسدية و النفسية. ففعالية المواجهة ليست تلقائية فهذه الأخيرة لا تعود فقط لشكل الإمكانيات المستعملة ، لكن أيضاً لمتغيرات سياقية التي تستطيع إيقافها أو منعها . فالباحثين الذين ركزوا على التقييم المقارن للفعالية استنتجوا أن أشكال المواجهة ليست لها نفس الفعالية فيما يتعلق بالصحة الجسدية وبالتالي من الضروري معرفة الاستراتيجيات الأكثر فعالية لتعديل العلاقة ضغط / اضطراب .

إذ أكد العديد من الباحثين أن فعالية المواجهة تبدو صعبة التقييم في الحالات الصحية أو المرضية ولكنها تستطيع أن تؤثر على الصحة الجسدية بطريقتين متميزتين فلازاروس وفولكمان (1984) أثبتوا أن المواجهة تستطيع:

* التأثير على الصحة الجسدية بتأثيرها على تواتر (fréquence) و شدة (L'intensité) ومدة ردود

الأفعال الفيزيولوجية المرتبطة بحالة الضغط وهذا في المواقف التالية :

- عندما يجد الشخص نفسه في مواجهة حدث ضاغط غير محكم ولا يستطيع التصرف نحوه أو أن مواجهته

غير ملائمة أو غير وافية بالعرض. (Gustave F & Cyril T : 2004 , p 124)

- عندما يكون لدى الفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكيات خطر وأحسن مثال على ذلك هو نمط (A)

الذي يوجد في مضمونه جملة الصفات التالية : عدم الصبر، المنافسة ، إدراك الأحداث الضاغطة كتحديات وهي تزيد من خطر الإصابة القلبية و ارتفاع ضغط الدم .

- يمكن لأشكال المواجهة المركزة على الانفعال أن تهدد الصحة الجسدية حين تعيق اتخاذ السلوكيات التكيفية

فقد تجعل الفرد لا يدرك الأعراض كما لا يحترم مواعيد العلاج (Maes & coll, 1996)

* يمكن أن تؤثر مباشرة و سلبيا على الصحة كتزايد مخاطر الوفاة أو المرض وهذا بالاستعمال المفرط للمواد

الضارة : كالكحول و التبغ أو المخدرات... الخ ، أو عندما تدفع الفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة)

كاستعمال السرعة في السياقة) ، ورغم فعالية المواجهة النشطة في تخفيض الضغط لأنه يخلق شعور بالتحكم

وتخفيض القلق ، وكما وجد كل من كارفر وشايرر وأوزو (Carver, Scheier et Ozo, 1992) أن

المواجهة المركزة على الانفعال أيضا يمكن أن تكون أكثر تكيفا لو يمنح وقت أو مهلة للتنفيس النفسي والهروب

من الضغوط المرتبطة بالوضعية الضاغطة خاصة إذا كان الشخص غير مستعد لمواجهتها ، في حين في وقت

آخر عندما يكون أكثر قوة فالشخص يواجه المشكلة بطريقة أكثر عملية وأكثر تركيزا على المشكل .

(Dumont & Plancherel : 2001, p61)

وفيما يخص إستراتيجية المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية فتأثيرها الوقائي راسخ في الأمراض القلبية والسرطانية والسكري فتأثيرها على الصحة بتبني أسلوب حياة أكثر صحة عندما تكون المساندة الاجتماعية مرتفعة، فالسند الاجتماعي يستخدم كوسيط بين تأثيرات الحياة والضغط.

وفي دراسة لشميدت (Schmidt,1988) على مرضى متواجدين بالمستشفى في انتظار تدخل جراحي ، فالمرضى الذين بحثوا عن معلومات وطوروا استراتيجيات ايجابية نشطة كانوا أقل قلقا وأقل تعقيدات بعد العملية الجراحية عن المرضى الذين لجئوا لاستراتيجيات سلبية كالاتسلاام .

(Gustave F& Cyril T : 2004, P 123).

وهذا ما أكدته دراسة نهاد محمد (1997) بعنوان طرق المواجهة الشائعة بين مرضى أورام المثانة السرطانية لعينة تكونت من 100 مريض واستخلصت هذه الدراسة عدد من طرق المواجهة لهؤلاء المرضى تمثلت في الإسقاط والانسحاب والتسليم بالقدر واستخدام أحلام اليقظة كطرق للتعايش الانفعالي ، كما أضافت أن مرضى أورام المثانة أكثر استخداما للمواجهة المركزة على المشكل مثل التوجه للطبيب وطلب المعلومات (معتز السيد عبد الله: 2004، ص 122).

كما أظهرت دراسة لشوسلر (1992) هدفت الكشف عن معاني مفهوم المرض عند المرضى المصابين بأمراض مزمنة والمرضى المصابين باضطرابات سيكوسوماتية ومعرفة الأساليب المستخدمة من قبل المرضى لمواجهة مرضهم ، كان عدد أفراد العينة 205 مريضا منهم 153 مصابين بأمراض جسمية مزمنة و52 مصابين باضطرابات سيكوسوماتية وأسفرت النتائج على أن هناك علاقة بين المفاهيم المرضية وقبول المرض والضبط الداخلي بعوامل المواجهة الجيدة مثل البناء المعرفي إذ شملت الأساليب التالية : إعطاء المعنى والتفاؤل ، أما مفهوم

المرض كعدو والمرض كعقاب فقد حددت بعوامل المواجهة الانفعالية السلبية وشملت الأساليب التالية :
الانسحاب الاجتماعي ، إظهار الغضب واتهام الذات .(عبد الله بن حميد السهلي : 2010 ، ص69)

كما أظهرت دراسة سماري فاليسدوتير (Smari & Valysdottir ,1997) والتي هدفت إلى تقييم أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمرض على عينة قوامها 120 راشد مريض بالسكري النوع الأول باستخدام قائمة مواجهة المواقف الضاغطة ، أسفرت النتائج على أن الذين يلجئون لتفضيل إستراتيجية مركزة على المشكل يتنبئون بنتيجة انفعالية ايجابية ملائمة ، في حين الذين اختاروا بصفة عامة إستراتيجية مركزة على الانفعال بينت النتائج لديهم اضطرابات تكيف انفعالي (حالات قلق واكتئاب).

(Schweitzer & Quintard :2002,p101)

في حين دراسة إيمان هاشم التزلي (Eman Hashem Alnazly,2011) والتي هدفت إلى دمج طرائق البحث التي تكشف عن الضغوطات التي يواجهها مرضى غسيل الكلى الأردنيين والاستراتيجيات المستخدمة في التعامل معها واختبار الارتباطات بين البيانات الديمغرافية مع الضغوطات والاستراتيجيات المستخدمة ، تم اختيار عينة مكونة من 131 مريض ومريضة من أربع وحدات غسيل الكلى في عمان ، وأظهرت النتائج أن متوسطات الضغوط النفسية والاجتماعية كانت أعلى من تلك الضغوط الفسيولوجية وكان متوسط استراتيجيات إعادة التقييم المواجهة الايجابية هو الأعلى بين استراتيجيات المواجهة ، بينما كانت إستراتيجية قبول المسؤولية ادني متوسط .(Eman Alnazly : 2011)

وفي دراسة ل غادة أبو شوشة (Abu Shosha,2011) هدفت إلى استكشاف مدركات مرضى السرطان الأردنيين للتغيرات في صورة الجسم واستراتيجيات التكيف معها ، تمت الدراسة على عينة تكونت من 22 مراهق يخضع للعلاج الكيميائي تم جمع البيانات عن طريق المقابلات الشخصية وبشكل فردي وكشفت النتائج

عن أربعة محاور رئيسة تعنى بمدركات المراهقين لصورة أجسامهم واليات التكيف ، هذه المحاور الرئيسة هي (الوعي للتدهور في التغييرات الجسدية والآثار النفسية والاجتماعية المترتبة واستراتيجيات المواجهة وتطوير آليات الدعم) وقد كشف المراهقون عن إدراكهم للتغييرات في مظهرهم الخارجي والتبعيات السلبية لهذه التغييرات على نشاطاتهم اليومية في المقابل استخدم المراهقون طرقا مختلفة للتكيف مع التغييرات الجسدية والنفسية والاجتماعية الناتجة عن العلاج الكيميائي ومن الأمثلة على هذه الطرق استخدام المرافق التثقيفية والترفيهية في المستشفى وتجنب الاختلاط بالناس والحصول على الدعم النفسي من الآخرين لتقديم خدمات صحية فعالة بناء على احتياجات واهتمامات المرضى. (Abu Shosha,2011)

في الأخير وبعد تقديم الدراسات السابقة التي اهتمت باستراتيجيات المواجهة نصل إلى نتيجة أساسية وهي رغم الأبحاث المتعددة في هذا الميدان لكننا بعيدين على تحديد المواجهة المثلى لشخص ما ، وفي عمر محدد وفي ثقافة ما وذلك لأن فعالية المواجهة ترجع لطبيعة الموقف الضاغطة والمعتقدات السائدة في المجتمع والبيئة الثقافية التي ينتمي إليها الفرد والنضج والمصادر البيو نفس اجتماعية للشخص فقد تكون إستراتيجية مواجهة فعالة وتكيفية في مرحلة أولى وغير متكيفة أو فعالة في مرحلة أخرى وبهذا نستطيع القول بأن فعالية استراتيجيات المواجهة لا تملك أي ميزة تلقائية فلا بد أن تكون محددة للعمل بمحكات التي تجعلها وظيفية وفعالة في وضعية ما وغير فعالة في وضعية أخرى أو العكس ومنه فالمواجهة تسمح للشخص بتخفيض الوضعية الضاغطة و تأثيراتها على راحته الجسدية و النفسية ولا يمكننا القول بأنها مواجهة جيدة أو ضعيفة.

خلاصة الفصل:

إن الفرد يواجه في حياته الكثير من الضغوط والظروف والخبرات المؤلمة ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب متعددة من أجل تخفيف الحصر عنه وتجعله في حالة توازن إذ تتنوع الأحداث ذاتها فنجد من يتعامل بمرونة مع ما يمر به من أحداث في حين نجد آخر يتعامل بقلق وخوف ومن هنا وجدت أشكال من المواجهة سواء المركزة على المشكل والتي تهدف إلى إيجاد حلول بمضاعفة الجهود الضرورية وذلك بوضع مخططات عمل والواجهة المركزة على الانفعال التي تسعى لتنظيم الانفعالات وتخفيف الضيق الناتج عنها بدون البحث عن تغيير الموقف ، والواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية والتي تمثل شكل من أشكال المواجهة الهادفة لتنظيم الاستجابات العاطفية إذ يتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي مع الفرد ، فهي ذات أهمية في دعم المريض لتقبل مرضه حيث تتداخل العديد من العوامل التي تؤثر فيها من عوامل تتعلق بالشخصية وعوامل موقفية بيئية ، وبالرغم من أهمية استراتيجيات المواجهة في تخفيف الضغوط والتي لا تتطلب مهارات نوعية فحسب بل تتطلب أيضا اعتقاد الفرد بأن لديه القدرة على التحكم والتعامل والسيطرة بفعالية على الأحداث والمواقف التي يتعرض لها وهنا نتحدث عن الكفاءة الذاتية والتي سنتطرق إليها في الفصل الرابع .

الفصل الرابع

الكفاءة الذاتية

تمهيد

- 1- مفهوم الكفاءة الذاتية
- 2- نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا
- 3- مصادر الكفاءة الذاتية
- 4- أبعاد الكفاءة الذاتية
- 5- تأثير المعتقدات الفرد على كفاءته الذاتية
- 6- خصائص الكفاءة الذاتية
- 7- فعالية الكفاءة الذاتية على الصحة الجسمية

خلاصة الفصل

تمهيد

حظي مفهوم الكفاءة الذاتية باهتمام الباحثين فهو من أكثر المفاهيم النظرية والعلمية أهمية في علم النفس عامة وفي علم النفس الصحة خاصة، كونه بعد من أبعاد الشخصية يتمثل في معتقدات ذاتية حول القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد ، فمعتقدات الأفراد بأنهم يستطيعون حث ذواتهم وتنظيم سلوكهم تؤدي دورا حاسما فيما إذا كانوا يفكرون في تغيير العادات الصحية الضارة أو يسعون لتأهيل نشاطاتهم . إذ أصبحت الكفاءة الذاتية من المتغيرات الرئيسية في التربية الإكلينيكية، الاجتماعية، التنموية، الصحية وسيكولوجية الشخصية عن طريق نظام التحكم الشخصي. (Wilhelm : 2008 ,p522)

وحسب نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا (Bandura, 1977) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الايجابية.

ولقد تعددت المسميات للكفاءة الذاتية باللغة الانجليزية منها : **Self- efficacy ,Sense of Efficacy** ، **Self –Efficacy Belief** ويقابلها باللغة العربية عدة مسميات : الكفاءة الذاتية ، فاعلية الذات ، فعالية الذات والمقصود منها جميعا واحد وهو مفهوم الكفاءة الذاتية لباندورا . وفي هذا الفصل سنتطرق للكفاءة الذاتية ومتعلقاتها من تعريفات والنظرية ومصادرها وأبعادها والخصائص الشخصية لمرتفعي ومنخفضي الكفاءة .

1 - مفهوم الكفاءة الذاتية

يعتبر ألبرت باندورا (Albert Bandura, 1977) من قدم مصطلح الكفاءة الذاتية في علم النفس ، فالأشخاص أحيانا يتجنبون المواقف والأنشطة التي تعتبر كتهديد لهم في حين يلتزمون بتنفيذ المهام التي يشعرون بكفاءتهم تجاهها . فالكفاءة الذاتية تعني الاعتقاد بقدرتنا على انجاز وتنفيذ ما نرغب انجازه ، هذا الاعتقاد هو أحد العناصر الرئيسة في التوافق النفسي والرفاه الجسدي (bien être physique) ووضع استراتيجيات للتقييم الذاتي لتغيير السلوك . (Mehran : 2010 , P137)

يرتبط مفهوم باندورا عن الكفاءة الذاتية بالقدرة المدركة على التوافق مع المواقف النوعية فهو يتصل بما يصدره الأفراد من أحكام تركز على قدراتهم على الفعل وهم بصدد انجاز مهمة معينة في موقف معين ، حيث تؤثر أحكام كفاءة الذات عند باندورا في اختبار أي الأنشطة نمارسها ، وكم من الجهد نبذله في الموقف ، والى أي حد نثابر على أداء المهمة ، وما هي ردود الفعل الانفعالية التي تصدر عنا حين نتوقع ما سيحدث في موقف ما أو حين نندمج في هذا الموقف ، فنحن نفكر ونشعر ونتصرف على نحو مختلف في المواقف التي نشعر فيها بالثقة في قدراتنا بالمقارنة بالمواقف التي نشعر فيها بعدم الأمان أو عدم الكفاءة ، لذلك تؤثر اعتقادات كفاءة الذات في أفكارنا ودوافعنا وأدائنا ومستوى استثارنا الانفعالية . (برافين : 2010 ، ص212)

كما يرى أن كفاءة الذات هي الحكم على قدرة انجاز نموذج سلوكي محدد ، وقد طور باندورا هذا التعريف باقتراحه مفهوم معتقدات الكفاءة الذاتية (Self efficacy beliefs) والتي تعبر عن ما يعتقد الفرد عن

قدراته وإمكانياته وتظهر في جهده ومتابرتة على أداء المهام . (Staples &Holland : 1999 , p24)

ويعرفها أيضا بأنها اقتناع الفرد بقدرته على النجاح في تنفيذ السلوك المطلوب منه لإحداث النتائج المرغوبة

(Pierre Vianin : 2006, p43).

وقد أشار باندورا 1982 للكفاءة الذاتية بأنها معتقدات الفرد المتعلقة بإمكانياته للقيام بمستويات معينة من الأداء تؤثر في أحداث حياته ، ومن ثم فهي تتضمن الأحكام المتعلقة بقدرته على تقييم قدراته بطريقة تسمح له بتحقيق مستوى معين من التحكم بأحداث ومواقف الحياة . (Chabrol & Radu : 2008, p151)

في حين عرفها جولدنستون (Goldenston ,1984) بأنها إحساس عام بقدره الشخص وفاعليته وقوته للعمل بمثابة قوة دافعة للحصول على نتائج مرغوبة .

أما ولمان (Wolman ,1989) فعرفها من خلال نتائجها فيقول أن الناس الذين يشكون في فاعليتهم الذاتية يقابلون صعوبة في مواجهة متطلبات البيئة ، و الناس ذوي الثقة الكبيرة في فاعليتهم الذاتية يمكنهم أن يواجهوا المواقف بالشكل الذي يتطلبه ، وتدفعهم المعوقات إلى زيادة الجهود وروح التحدي .

(إبراهيم ديغم : 2008 ، ص 90)

ويؤكد شال (Shell,1989) بأنها الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص ويطبقون مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية الموجودة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين . (الدرديري : 2004 ، ص 210)

أما برجر (Burger,1990) فعرفها بأنها اعتقاد الشخص بأنه يمتلك قدرة على التأثير في البيئة .

كما ترى عواطف صالح 1993 أن فاعلية الذات من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الأفراد حيث تمثل مركزا هاما في دافعية الأفراد للقيام بأي عمل أو نشاط ، فهي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط التي تعترضه في مراحل حياته المختلفة وتعرفها : بأنها الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين ، وتوقعاته عن كيفية الأداء الحسن وكمية الجهد والنشاط والمثابرة المطلوبة عند تعامله مع المواقف والتنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك.(صالح عواطف:1993،ص461).

أما شارنيس (Sherniss,1993) وفقا له فان الكفاءة الذاتية تشير إلى معتقدات الفرد فيما يتعلق بقدرته على أداء مهمة أو مجموعة مهام والتي ترجع إلى الأحكام التي يصدرها الناس حول قدرتهم على تنظيم وتنفيذ مجموعة من الإجراءات اللازمة لتحقيق الأداء المتوقع. (Chaiseigne :2008,p99)

في حين عرفها كل من محمد سعودي ومحمد بسيوي (2003) بأنها التوقعات التي يصدرها الفرد بادراكه الذاتي عن كيفية ادائه لمهمة معينة والنشاط المتضمن فيها وقدرته على التنبؤ بمجهوده اللازم لادائها .

(محمد سعودي و محمد البسيوي :2003، ص184)

ويشير كل من هاليين و دانهير (Hallian & Danaher,1994) إلى أن الكفاءة الذاتية تعني ثقة الأفراد فيما يتعلق بقدراتهم على الأداء في المجالات المتنوعة ويكون الفرد أكثر معرفة لنفسه إذا كانت لديه المقدرة على إحراز الهدف وهي تؤثر على الأهداف البعيدة والمتصلة بالمقدرة على انجاز السلوك وتعتمد إلى حد ما على قدرة الشخص ولكن ليست مرادفة لمفهوم القدرة. (Hallian&Danaher :1994,p78)

في حين باحارس (Pajares ,1996) فعرف الكفاءة الذاتية بأنها توافر الخصال والإمكانات الشخصية بما يسمح للفرد ببلوغ الأهداف وتحقيق النمو والارتقاء ، والتغلب على الأزمات والعقبات بمختلف الأساليب واستثمار كل الإمكانيات لتحقيق الهدف. (Pajares:1996,p 8)

كما عرفها الشعراوي 2000 على أنها مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكيات معينة ومرونته في هذا التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب ومدى مثابرتة للانجاز ، ويتضمن هذا المفهوم الأبعاد التالية التي أظهرها التحليل العاملي الثقة بالنفس والمقدرة على التحكم في ضغوط الحياة وتجنب المواقف التقليدية والصمود أمام خبرات الفشل والمثابرة للانجاز .

(المشيخي : 2009 ، ص 123)

وتعرف ونتش 2008 Wintch الكفاءة الذاتية بأنها معتقدات الفرد الشخصية ومدى المثابرة والمقاومة في المواقف المختلفة. (عبد المقصود و شند : 2010 ، ص 507)

ويبين جابر 1986 أن الكفاءة الذاتية أو توقعات الكفاءة الذاتية يقصد بها توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبا فيها في أي موقف معين. (المساعد:2011،ص682)

بينما بنتريش (Pintrich ,p 465) فعرّفها على أنها أحكام الأفراد حول مقدرتهم على أداء أهداف ومهام محددة من خلال قيامهم بسلوكيات في موضوعات معينة. (Pintrich : :1999,p 465)

ومنه فالكفاءة الذاتية هي قدرة الفرد واستعداده على التأثير النشط و ممارسة الضبط للتعامل بإيجابية تجاه الأحداث المختلفة بحيث تسهم بارتقاء الفرد العام والذي يتجسد في قدرته على الانجاز إذ يتعامل بمرونة مع المواقف الصعبة متحديا لها .

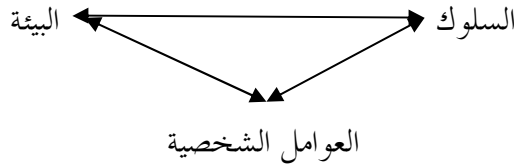
2 - نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا

تم تطوير نظرية الكفاءة الذاتية (1977،1997،2001) في إطار النظرية المعرفية الاجتماعية على يد ألبرت باندورا من خلال مقالته (الكفاءة الذاتية نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك) فهي ذات طبيعة تنبؤية انتقائية إذ تؤثر في اختيار السلوك الفعال والجهد المبذول للتصدي للصعاب ومواجهتها ،ففي النظرية الاجتماعية المعرفية ينظر إلى الأشخاص على أنهم عناصر استباقية في تنظيم معارفهم ، دوافعهم ، أفعالهم وانفعالاتهم وليسوا مجرد تفاعلات سلبية مع بيئتهم. (Lenz &Shortridge :2002,p19)

فالنظرية طورت الفكرة القائلة بأن الأفراد يملكون معتقدات تمكنهم من ممارسة الضبط لأفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم ، وحسب باندورا فان السلوك الإنساني يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاث مؤثرات هي : العوامل البيئية

والعوامل السلوكية والعوامل الذاتية وينظر إليها باندورا على أنها عملية تبادلية ثلاثية الاتجاه يطلق عليها التبادلية الثلاثية. (Clark & Zimmerman :1990 ,p372)

فمن خلالها افترض باندورا أن سلوك الشخص والبيئة والعوامل الاجتماعية تتداخل بدرجة كبيرة ومن هنا أطلق مفهومه للحتمية التبادلية (reciprocal determinism) أي التفاعل المستمر للسلوك بين الفرد والبيئة في كل الأنشطة الإنسانية ، حيث أن مفاهيم الناس وسلوكياتهم وبيئتهم بينهم نوع من الحتمية التبادلية كل مع الآخر والذي يبينه الشكل المقابل :



شكل رقم (3) يبين الحتمية التبادلية الثلاثية لباندورا

فالأفراد ليسوا مقصورين على ما تفرضه عليهم البيئة، ولا هم أحراراً تماماً في عمل ما يرغبون أن يختارون ، حيث يعد الناس أحراراً إلى حد ما ، بنفس القدر يستطيعون التأثير في ظروفهم البيئية المستقبلية من خلال تنظيمهم لسلوكهم ويتم ذلك من خلال كل العمليات المعرفية والتدعيم الذاتي ، كما أن البيئة تؤثر في الناس بقدر ما يؤثر فيها الناس ولتوضيح ذلك ، فإن النمو المعرفي للفرد ومعايير التدعيم الذاتي تتحدد على الأقل من خلال المؤثرات البيئية ، فالعلاقة بين الفرد والبيئة علاقة تفاعل متبادل حقيقية ، فالناس تشكل البيئة في حين أن البيئة تحدد المثيرات الدافعة لسلوكهم. (محمد السيد عبد الرحمن، 1998، ص 220)

ويرى باندورا أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم وتنظيم سلوكهم الاختياري وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات ، وبالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالكفاءة

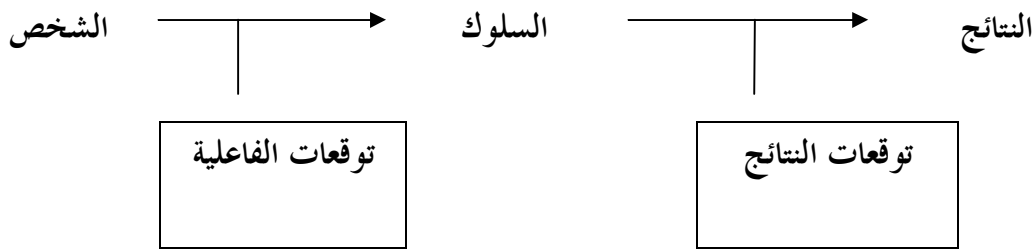
الذاتية القدرات الخلاقة والاختيار المحدد للأهداف والأحداث ذات الأهداف الموجهة والجهد المبذول لتحقيق الأهداف والإصرار على مواجهة الصعوبات والخبرات الانفعالية. (الجاسر: 2007، ص30)

وانطلق باندورا في تنظيره للكفاءة الذاتية من اعتقاده بأن التأثير المرتبط بالمشيرات يأتي من الدلالة التي تعطيها الفاعلية التنبؤية (predictive efficacy) للفرد وليس من كون المشيرات مرتبطة على نحو ألي بالاستجابات ، وقد نظر باندورا للكفاءة الذاتية على أنها أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض أو ذات ملامح ضاغطة ، وتنعكس هذه التوقعات في اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء والجهود المبذول والمثابرة ، ومواجهة مصاعب انجاز السلوك (الأنصاري ، عبد الخالق: 2010 ، 345)

فالكفاءة الذاتية تمثل وسيط هام من الدوافع والجهود المقدمة من قبل الفرد، فالشخص من اجل ذلك يسعى لتجهيز معلومات حول الأداء الذي يسعى لتحقيقه، فالكفاءة الذاتية المدركة تتوافق وتقييم الفرد لإمكانياته الشخصية. (Sahuc : 2006, p71)

وتؤكد هذه النظرية أن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية تتم وفقا لشرطين أساسيين هما :

توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج والتي تبدو من خلال الشكل المقابل :



شكل رقم (4) يبين العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج

وفيما يلي شرح مختصر لهما :

1- توقعات الفاعلية Efficacy –expectation: خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك ويعني القدرة

المدركة على أداء السلوك مثلا هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب أو الملائم.

2- توقعات النتيجة Outcome expectations : خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه ، ويعني الاعتقاد بأن

السلوك سيحقق النتائج الايجابية مثلا هل التزامي بجمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة

بأزمة قلبية (Hill Rice :2000,p497)

ومنه نستنتج أن توقعات الفاعلية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك ، ويقرر باندورا أن كلا

من توقعات الفاعلية والتوقعات عن المخرجات آليتان تدرجان فيما يسمى التقييم الذاتي وهما يحددان معا انجاز

السلوك على نحو ما.(المشيخي :2004،ص75)

فسلوحياتنا وتفضيلاتنا تتأثر بالطريقة التي تدرك بها فعاليتنا المحتملة في مواجهة ضغوط ومتطلبات البيئة ،

فالناس يميلون لأن يأخذوا على عاتقهم أداء المهام التي يستطيعون انجازها بالفعل ، بينما يتجنبون الأنشطة التي

ينظرون إليها على أنها تفوق قدراتهم ، فالأشخاص الذين يعتقدون أن لديهم فعالية ذات مرتفعة أكثر إصرارا

على مواجهة المعوقات والخبرات المنفرة ، في حين أن الأشخاص الذين يعتقدون بأن لديهم فعالية ذات

منخفضة يميلون لأن يرو مشاكلهم على أنها مخيفة ومفرزة على خلاف ما هي في الواقع ومن ثم يتراخون

ويتجنبون مواجهة هذه المشكلات ، فالكفاءة الذاتية لها دور رئيسي لأن أنواع من نتائج الأفراد تعتمد اعتمادا

كبيرا على أحكامهم حول الطريقة أو الكيفية التي ستمكنهم من أداء مهامهم

(Zimmerman :2000,p82).

ومنه فنظرية الكفاءة الذاتية تعتبر جزء هام في الجانب الصحي ، فهي تشير إلى قدرة الفرد على الحفاظ على

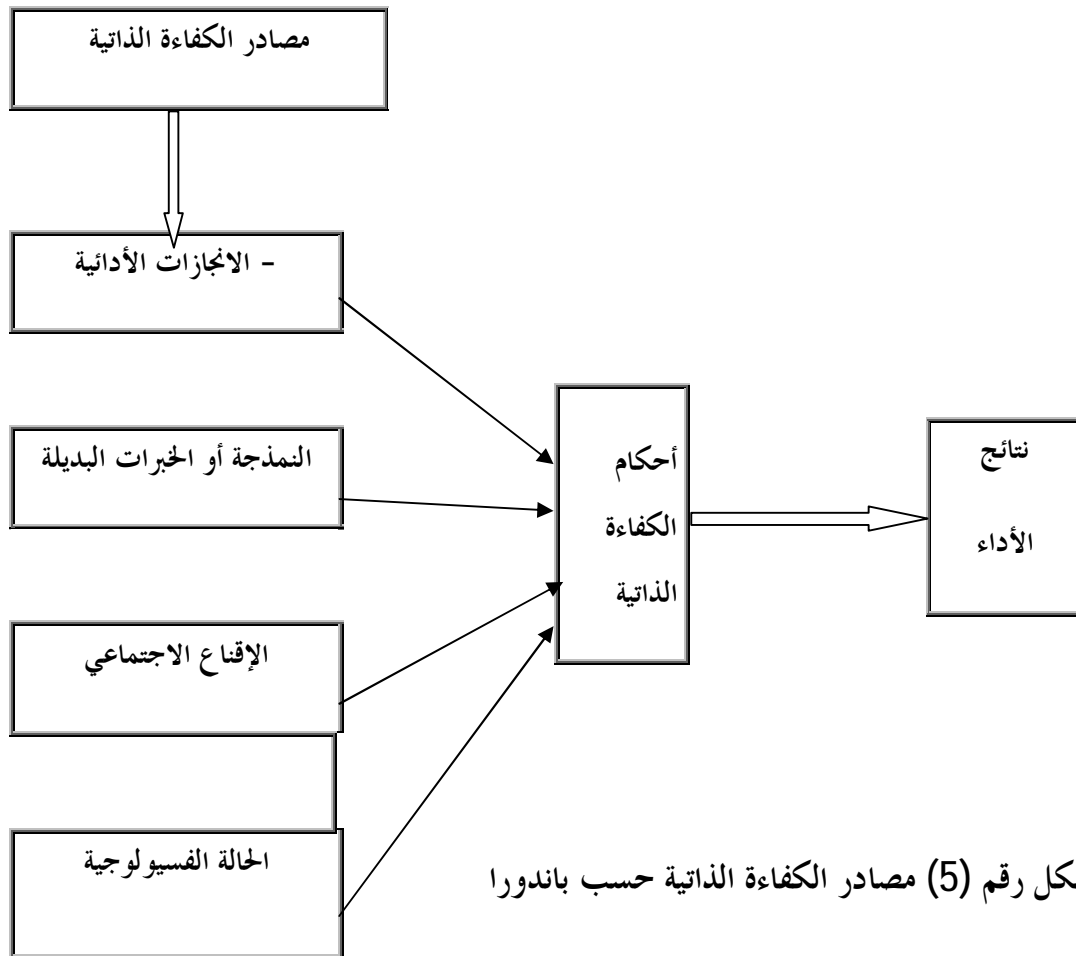
صحته ومتاعبه الجسدية والقدرة على التواصل مع الطاقم الطبي نتيجة الإحساس النابع من داخل الفرد

باعتبارها توقعات محددة ترتبط بسلوك محدد في موقف محدد ، فهي تمثل وسيطا معرفيا فتوقع الفرد لكفاءته

يحدد طبيعة السلوك الذي سيقوم به ومداه ، أي يحدد مقدار الجهد الذي سي بذله ودرجة المثابرة التي سي بذلها في مواجهة صعوبات وتعقيدات المرض ، فالذين يملكون كفاءة مرتفعة يركزون على تحليل المشكلة ويحاولون التوصل إلى الحلول المناسبة ، أما الذين يساورهم الشك في كفاءتهم فيحاولون انتباههم إلى الداخل ويغرقون أنفسهم بالهموم فيغرقهم في التفكير السلبي مما يولد التوتر والضغط .

3- مصادر الكفاءة الذاتية

إن إحساس الفرد بالفاعلية وإدراكها أو معرفتها لا يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا المجال ، ويرى باندورا (1986) أنه توجد أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة والذي يوضحه الشكل التالي :



شكل رقم (5) مصادر الكفاءة الذاتية حسب باندورا

فمصادر الكفاءة الذاتية كما تمت الإشارة إليها في المخطط (5) تؤثر على المعالجة المعرفية للمعلومات التي تؤثر في الكفاءة الذاتية عن طريق تقويتها أو إضعافها. فهي تلعب دورا محوريا في تنظيم معارف الشخص ودوافعه من خلال تنظيم مستوى توزيع الجهد والتي ترتبط بتوقعات أفعالهم ونتائجها المحتملة .

(Wilhelm Kirch,2008,p522)

ومنه فمعتقدات الفرد يمكن تقويتها أو إضعافها من خلال المصادر الأربعة المتخذة من قبل الفرد والتي ستتطرق إليها بنوع من التفصيل:

3-1 الانجازات الأدائية (Performance accomplishment): تتعلق بالتجارب النشطة فهي المصدر

الأهم والأكثر معلوماتية للكفاءة الذاتية ، لأنها تبين بشكل واضح كل ما يتعلق من معلومات جمعها الشخص لتحقيق النجاح ، فالنجاحات تبني معتقدات قوية بفعالية الشخص في حين الإخفاقات تحفضها ، خاصة إذا تعرض لها الشخص قبل أن ترسخ معتقدات الكفاءة الذاتية . (Bandura,2003,p125)

فمصدر الانجازات الأدائية يمكن الإحساس به من خلال الأنشطة العادية للإنسان وممارسته اليومية أهم مصدر للمعلومات حول فاعليته الذاتية ، حيث تشكل محاولات الإنسان للأداء الجيد والانجاز والتفوق الأساسي الذي سيبني وينمي فاعليته الذاتية ، وعليه فان تكرار الأداء الناجح في نشاط معين ينمي إحساس الفرد بالفاعلية الذاتية ويزيد من قدرته وثقته على ممارسة وأداء السلوك الملائم والمناسب ، بينما إحباطه أو إخفاقه في ممارسة السلوك يصاحبه الشعور باليأس والتشاؤم وإحساس بالعزو ، انعدام الثقة في الذات في مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفاعلية من خلال نشاطهم اليومي حيث أن الأفراد الذين تنقصهم القدرة على ممارسة نشاط معين يميلون إلى الإحساس بالفاعلية بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منظمة ولبعض الوقت ، والأشخاص الذين يحافظون مثلا على وزن عادي أو سليم لهم القدرة على امتلاك شعور أو

إحساس قوي بالفاعلية نظرا لقدرتهم على ممارسة السلوكيات و العادات الغذائية السليمة بصفة مستمرة ،
وبالتالي تعتبر الانجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات ذات صلة بالفاعلية لأنها تنبع من خبرات الفرد الحقيقية
وممارساته الأدائية الناجحة وهي بذلك تعتبر من أهم العوامل المؤثرة في فعالية الذات .

(مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 163)

2-3 النمذجة أو الخبرات البديلة (Vicarious experience):

من خلال النمذجة والتي تشير إلى مواقف الفرد والتي تعزز كفاءة الذاتية من خلال الملاحظة وتقليد النماذج
الناجحة. (Delvolvé : 2010,p243)

فملاحظة الآخرين تؤخذ كنماذج ايجابية أو سلبية تقود الناس إلى تطوير وتخزين مخططات أو صور سلوكية
والتي تسهل المرور إلى الفعل ، وبالتالي فالمعلومات التي من خلالها توفر المعلومات من النمذجة تمر عبر ثلاث
مراحل :

- أ- يأخذ الشخص على عاتقه نتائج سلوكياته المتأثرة من خلال النموذج ويصنفها كمكافأة أو عقاب .
- ب- يأخذ استدلالات مرتبطة بنتائج سلوك النموذج ويربطها بسلوكياته نفسها .
- ت- الشخص يطور إمكانياته وقدراته الخاصة ليتصرف بنفس طريقة النموذج الملاحظ .

(Chabrol& Radu : 2008, p155)

فالفرد يميل إلى ملاحظة غيره من الناس لكي يستفيد من خبراتهم وانجازاتهم ، لأن ملاحظة الآخرين وتقليدهم
وخاصة النماذج الايجابية منهم يعلمنا مهارات مفيدة وينقل إلينا الإحساس بالفاعلية الذاتية ، وعلى سبيل المثال
فقد يشعر شخص ما بإحساس متزايد بفاعلية الذات فيما يخص قدرته على مواصلة برنامج نشاط معين على

مدى شهور إذا رأى صديق له يتمتع بإمكانيات مماثلة بأنه قد نجح في ذلك ، وفي نفس الوقت فشل الآخرين في الأداء قد يقلل من فاعلية الذات بدرجة كبيرة .(عثمان يخلف ، 2001ص105)

فملاحظة سلوك الآخرين ونتائجه يعزز توقعات الفرد حول نتائج سلوكه هو الآخر ومن هنا تتشكل معتقدات الشخص باعتبار النموذج مطابق لذاته هو . فالشخص يؤثر في كفاءته عن طريق التخييل نفسه أو الآخرين في مواقف متعددة ، فبعض الصور اجترارية غير مقصودة فهذه الصور المكونة من الخبرات البديلة مع مواقف متشابهة سابقا .(Leary & June :2003,p223)

3-3 الإقناع الاجتماعي (Social persuasions):

يلعب الإقناع الاجتماعي دورا مهما لأن لديه القدرة على ترسيخ القيام بمهام محددة، وبالتالي فإنه يعزز جهود مستدامة وذات مغزى فهو على العموم يأتي من بيئة الشخص ، كما أنه يمكن أن يأتي من ذات الفرد من خلال ذاكرة إنجازاتنا الايجابية: (Bonino& Born :2008,p41)

إذ يعتبر الإقناع الاجتماعي ذا تأثير هام في تنمية الكفاءة الذاتية حيث يعتمد الناس في هذا الصدد على أفكار وآراء الآخرين وانطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشأن قدرتهم على تحقيق إنجازات هامة في أنماط حياتهم ، مثلا الطبيب الذي يحاول أن يقنع مرضاه عن التخلي عن عادة التدخين وضبط وزهم في الوحي لمرضاه بشكل غير مباشر بان لهم الفاعلية الضرورية والقدرة على تنفيذ ما نصح به وهنا يتبين أن مصدر الإقناع الاجتماعي مصدر ذو تأثير ومتغير أساسي وفاعل في تفاعل الفرد وتوافقه في الحياة . (مفتاح محمد عبد

العزیز : 2010 ،ص164)

فحسب أيقلي و شاينكن (Eagly & Chaiken,1993) أن الإقناع الاجتماعي يعتمد أيضا على ما يفكر الآخرون بنا أو ما يعتقد الآخرون في إمكانياتنا على القدرة على فعله، فهو يعتبر كمصدر للنتائج بالنسبة للكفاءة الذاتية وهو يتأثر بعوامل كالخبرة والشعور بالثقة. (Mehran :2010,p139)

4- الحالة الفسيولوجية (Psychological States)

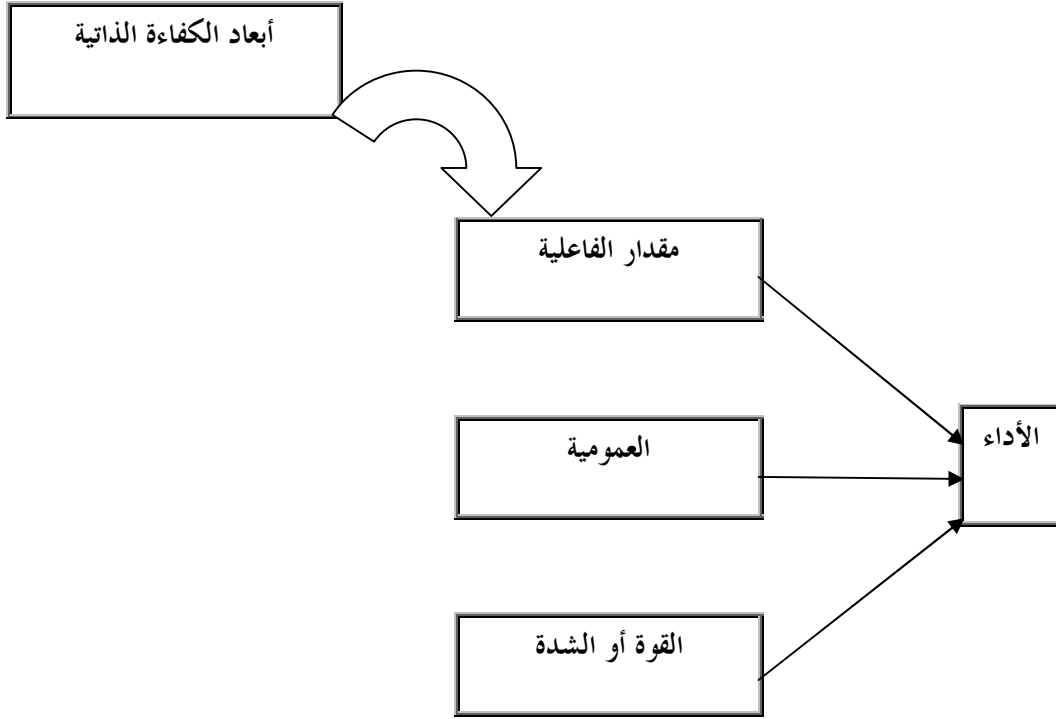
يعتمد الناس إلى حد كبير في تحديد ومعرفة مدى قدرتهم على ممارسة سلوكيات صحية معينة على مؤشرات فيزيولوجية داخلية ، وهكذا فإن عدم وجود أعراض جانبية بعد تخليه عن عادة التدخين يعتبر مؤشرا لقدرة على التخلي عن التدخين بينما وجود حالة التوتر والقلق والاستثارة الانفعالية يعكس إخفاقه في مواجهة هذا التغيير ويمهد الطريق لسوء التوافق ، عكس ذلك نجد بأن الناس الذين لا تبدو عليهم علامات الاستثارة الفسيولوجية عند تعاملهم مع موقف معين لهم إحساس متزايد بالفاعلية على مواجهة ذلك التحدي بنجاح وبالتالي هم أكثر احتمالا من غيرهم على تحقيق النجاح في ممارستهم المختلفة في الحياة. (يخلف ، 2001 ، ص83)

فالاستثارة الانفعالية الناتجة عن حالات الخوف أو القلق عندما يشعر الفرد بأنه مهدد، يمكن التحكم بها بشكل أفضل إذا كانت الكفاءة الذاتية مرتفعة. (Averill ,1973)

ويمكن القول أن الاستثارة الانفعالية يمكن تخفيضها لو أن الشخص يمكنه ملاحظة نماذج أخرى وتشجيعهم لتحقيق نتائج مماثلة، فهي متداخلة وذات تأثير إذا اقترنت بالخبرات البديلة أو النماذج الأخرى.

- أبعاد الكفاءة الذاتية

يرى باندورا أن الكفاءة الذاتية تتضمن ثلاثة أبعاد تتغير وفقها معتقدات الفرد وهي موضحة في الشكل التالي :



الشكل رقم (6) يوضح أبعاد الكفاءة الذاتية

وفيما يلي شرح مختصر للأبعاد الثلاث :

1- مقدار الفاعلية Magnitude:

يشير إلى الأداء المتوقع لانجاز مستويات مختلفة من الصعوبة. (Mellalieu & al :2009,p222)

ويقصد به مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة، ويختلف هذا المستوى تبعاً لطبيعة أو

صعوبة الموقف. (عبد الوهاب و شند: 2010، ص 508)

فهو يتحدد من خلال صعوبة الموقف ويطلق عليه أيضاً مستوى صعوبة المهمة ويؤكد باندورا 1977 في هذا

الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل مستوى

الإتقان ، بذل الجهد ، الدقة ، الإنتاجية ، التهديد ، التنظيم الذاتي المطلوب فمن خلال التنظيم الذاتي فان

القضية لم تعد أن فردا ما يمكن أن ينجز عملا معيناً عن طريق الصدفة ولكن هي أن فردا ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء. (المشيخي : 2009 ، ص 77)

2-4 العمومية Generality: ويشير هذا البعد إلى قدرة الفرد على أن يعمم قدراته في المواقف المتشابهة (Mellalieu & al : 2009 ,p 222) ، حيث أشار مادوكس (Maddux,1995) إلى أن الفرد ذو الكفاءة العالية يسعى إلى تعميم الخبرات الناجحة التي يمر بها على كافة المجالات الحياة ، فمجرد النجاح في إحدى الجوانب الهامة لديه يعزز لديه الإحساس بالثقة والقوة والإصرار على إنجاح بقية أمور حياته ، فهو يرفض أن ينجح في جانب من حياته وان يفشل في جانب آخر. (Maddux :1995 ,p239)

إلا أن درجة العمومية تختلف وتباين من فرد لآخر، كما أنها تختلف باختلاف الموقف حيث أن الفرد قد يكون ذو فاعلية في مجال ما وقد لا تظهر فاعليته في مجال آخر ، بمعنى أن ثقة الفرد في قدراته وإمكانياته تختلف من موقف إلى موقف آخر. (رزق : 2009 ، ص 19)

وفي هذا الصدد يذكر باندورا أن العمومية تتحدد من خلال الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة ، وإنما تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل درجة تشابه الأنشطة والطرق التي نعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية ، المعرفية والوجدانية ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف ، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه. (المشيخي :2009، ص 78)

3-4 القوة Stength : تشير إلى الثقة في معتقدات الأشخاص بإمكانيتهم تحقيق مستويات مختلفة من الانجازات. (Mellalieu & al : 2009,p 222)

يؤكد باندورا أن قوة الشعور بالكفاءة الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اجتياز الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح. (المشيخي :2009 ، 78)

ويعني ذلك أن الفروق الفردية في مواجهة مواقف الفشل ، وما يتبع ذلك من شعور بالإحباط لدى البعض والمثابرة والتغلب على تلك المواقف لدى البعض الآخر. (رزق، 2009 ، ص 19)

فمن خلال الأبعاد الثلاثة والتي تلعب دور كبير في تقييم وتقدير الكفاءة الذاتية وتزيد في تعزيزها تدرك أهميتها

5- تأثير اعتقادات الفرد على كفاءته الذاتية :

تشير نظرية الكفاءة الذاتية أن معتقدات الأفراد في قدراتهم على أداء سلوك معين ، هو مؤشر هام على كيفية عملها ، من حيث اختيار السلوك ومعدل الجهد والمثابرة وعلى أنماط وردود الفعل الانفعالية وبعبارة أخرى فالكفاءة الذاتية تؤثر في كيفية تفكير الأشخاص ، شعورهم ، تحفيز أنفسهم وتصرفاتهم ، وبالتالي فهي تسهم في جودة الأداء النفسي بطرق متعددة. (Bandura , 1986)

5-1 اختيار السلوك : (Choice behavior or selection processes)

يتخذ الأشخاص كل يوم قرارات بشأن الأعمال التي يكملونها أو التي يتجنبونها ، وتتأثر هذه القرارات بأحكام الكفاءة الذاتية ، فالناس يميلون إلى تجنب المهام والمواقف التي يعتقدون بأنها تتجاوز قدراتهم ، بينما يسعون لبلوغها حينما يشعرون بكفاءتهم لتنفيذها وأدائها. (Bandura 1977,1986)

حيث تؤثر الادراكات المتعلقة بالكفاءة الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه ويبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الانشغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة والثقة والانجاز ، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك ، وتشير القياسات إلى تكرار العلاقة بين الفعالية الذاتية والنتائج المتوقعة والمعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية ودالة بينها ، فالأفراد الذين لديهم ادراكات بقوة الكفاءة الذاتية مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم يتصرفون ويمارسون في حدود إحساسهم لمستويات كفاءة الذات لديهم ، وربما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة والأفراد الذين لديهم ادراكات بانخفاض مستوى الكفاءة

الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس ، والتردد في قبول المهام أو التكاليفات والقيام بالمهام التي يملكون بالفعل إنجازها . (الزيات :2001، صص 504 - 505)

وكمثال فالأشخاص المصابين بالسكري والذين لديهم إحساس متدني بالكفاءة الذاتية فان سلوكهم لإدارة المرض يتميز بالخجل فهم يتهربون من المهام الصعبة مثل مراقبة مستويات السكر في الدم ، أو الالتزام بحمية غذائية والتي يعتبرونها كتهديد أو خطر شخصي . (Hockmeyer , 1990) في المقابل الذين يشعرون بكفاءة ذاتية عالية فهم ينتهجون هذه المهام الصعبة والتحديات التي يجب إتقانها بدلا من الأخطار التي ينبغي تجنبها .

(Lenz &Shortridge , 2002 ,p14)

2-5 إنفاق الجهد وثبات الإجراءات التحفيزية : (Effort expenditure and persistence of motivational)

يحفز الناس أنفسهم من خلال تشكيل معتقدات حول ما يمكن القيام به ، وتوقع النتائج المحتملة وتحديد الأهداف والتخطيط لإدارة العمل وبالتالي دوافعهم تكون أقوى إذا كانوا يعتقدون أنهم يستطيعون تحقيق أهدافهم وتعديلها وتكييفها بناء على التقدم الذي تحرز ، فالأفراد الذين لديهم مستوى عال من الكفاءة الذاتية هم أكثر ثباتا في مواجهة الصعوبات من الذين لديهم مستوى متدني من الكفاءة ، أيضا في حالة الفشل أو الانتكاسات فان الذين لديهم انخفاض في الكفاءة الذاتية يميلون إلى التخلي أو تقليل جهدهم في حين أن أولئك الذين لديهم كفاءة مرتفعة فيضاعفون جهودهم حتى يحققوا النجاح .

(Lenz &Shortridge :2002 ,p15)

فالكفاءة الذاتية تسهم في التنظيم الذاتي *auto régulation* لتوقع النتائج والعمليات التي تنطوي عليها للسعي لتحقيق الأهداف من خلال العزو السبي ، فالعزو يؤثر في الدافعية والانفعالات والأداء (Gundlach , 2003 , martinko & Doulas) وبالتالي فالكفاءة الذاتية المرتفعة ترفع العزو الداخلي على شكل جهود

شخصية في حين الكفاءة الذاتية المنخفضة تشجع الشخص للعزو الخارجي (الحظ ، الآخرين ، البيئة) حيث تصبح مسؤولة عن النجاحات والإخفاقات (Chabrol& Radu ,2008 p154) كما أن الأفراد الذين يتميزون بكفاءة ذاتية عالية هم أكثر مثابرة في أعمالهم وجهودهم وممارستهم لسلوكيات صحية من غيرهم في وجه الصعوبات أو التحديات ، بينما الذين يعانون من ضعف أو انخفاض في القدرات والثقة بالذات هم عرضة للعجز ويستسلمون للتشاؤم واليأس وكمثال : الأفراد الذين يثقون في قدرتهم على المحافظة على وزن مناسب يقاومون بنجاح أي إغراءات في خصوص التغذية غير الصحية ، بينما الذين يعانون من نقص أو انخفاض في القدرات على ضبط وزنهم لا يقاومون وتراهم بسرعة ما يستسلمون ويتنازلون لرغباتهم بسهولة .(محمد عبد العزيز ،2010،ص 165)

3-5 أنماط التفكير أو العمليات المعرفية (Thought patterns or cognitive processes):

تؤثر الكفاءة الذاتية على أنماط التفكير التي من شأنها أن تعزز أو تضعف الأداء ، هذه العمليات المعرفية تأخذ 3 أشكال: (Bandura , 1995 ;Maibach & Murphy ,1995)

- 1- الأهداف والطموح : فارتفاع مستوى الهدف الذي يحدده الشخص يجعله أكثر التزاما وحمزا لتحقيقه
- 2- تصور سيناريوهات الأداء الايجابية والسلبية : فأولئك الذين لديهم شعور عال من الكفاءة الذاتية لديهم تصور لسيناريوهات نجاح والتي تقدم أدلة ايجابية وتدعم الأداء ، أما أولئك الذين لديهم انخفاض في الكفاءة الذاتية لديهم تصور لسيناريوهات الفشل حيث يطيلون في الحديث عن الأمور التي يمكن أن تسوء .

3- نوعية التفكير التحليلي : فالكفاءة الذاتية العالية تشجع عمليات التفكير التحليلي في ردود الفعل على

الانتكاسات والمصاعب.(Lenz & Schortidge :2002 , p 15)

وعليه فان سلوك الفرد بصفته هادفا تنظمه آراء وأفكار أو تصورات معرفية تشتمل على أهداف واضحة تتضمن خطة مدروسة لتحقيقها ، هذا فان عملية وضع الأهداف الشخصية تتأثر بشكل مباشر بإدراكنا لقدراتنا ، فكلما نما الإحساس بفاعلية الذات كانت الأهداف السلوكية الصحية التي يضعها الناس لأنفسهم عالية ومتقدمة وراقية ، وكذلك رغباتهم وقدراتهم في تحقيقها أيضا كبير جدا .

(محمد عبد العزيز، 2010، ص 165)

كذلك فالكفاءة الذاتية تشارك أيضا في تجهيز وتفعيل المعرفة الموجودة في الذاكرة من تفسير البيانات الغامضة في اتجاه موافق أو غير موافق على التوالي في تنفيذ العمل حسب مستوى الكفاءة الذاتية (مرتفعة أو منخفضة) ومنه فان القدرة على الاستمرار في التركيز على المهمات وتجنب مواجهة الفشل يعتمد على الكفاءة الذاتية أيضا والتي يمكن أن تعزز السعي وتحليل المعلومات التي تواجه مواقف معقدة ، وبالتالي زيادة فرص النجاح (Bandura,1982).

4-5 التأثيرات العاطفية أو العمليات الانفعالية: (Emotional effects or Affective processes)

إن معتقدات الأفراد في قدراتهم للمواجهة تؤثر في كيفية التأثير على مستوى التوتر والاكتئاب ، فخبراتهم في حالات التهديد أو المواقف الصعبة فضلا عن مستوى التحفيز تلعب دورا في تنظيم الحالات العاطفية بعدة طرق :

1- الأشخاص الذين يعتقدون أو يؤمنون بأنهم يستطيعون إدارة التهديدات هم أقل اكتئابا من أولئك

الذين يفتقرون إلى الكفاءة الذاتية فهم أكثر عرضة لتضخيم المخاطر.

2- الأفراد الذين يتميزون بكفاءة مرتفعة يخفض لديهم القلق والتوتر من خلال العمل على جعل البيئة

أقل تهديدا.

3- الأفراد مع إمكانية عالية للمواجهة لديهم تحكم أفضل في الأفكار المقلقة.

4- انخفاض الكفاءة الذاتية يمكن أن يؤدي مباشرة إلى الاكتئاب .

(lenz & Schortidge :2002 , p 15)

إن الكفاءة الذاتية والمزاج لديهم تأثير متبادل بطبيعة ثنائية الاتجاه bidirectionnelle ف بوي (Bouer

1992) أثبت أن خبرات النجاح والفشل مخزنة في الذاكرة وفقا للتأثير الذي أحدثته وبذلك فالمزاج الحالي

ينشط تلقائيا من خلال شبكة الترابطات العصبية للذكريات المتصلة بها .

(Chabrol, Radu :2008,p154)

فالإحساس بالكفاءة وإدراكها يؤثر على الاستجابات الفرد الانفعالية ، فان الذين لديهم ثقة عالية في قدراتهم

في مواجهة وتحدي تهديدات محتملة تجدهم أقل توترا وأكثر ثقة وتركيزا في أدائهم وانجازهم ، الأمر الذي يعزز

من قدرتهم وحركتهم على الجد والمثابرة في الأنشطة الصحية بينما الذين يعتقدون انه لا قدرة ولا ثقة لهم على

إدارة التهديدات يعانون من حالات التوتر والقلق والانفعالية الشديدة التي بدورها قد تؤدي إلى سوء التوافق في

الحياة .(محمد عبد العزيز ، 2010 ،ص165)

من خلال ما تم عرضه فالكفاءة الذاتية تؤثر على الخيارات التي يتخذها الأشخاص، تطلعاتهم ، ومقدار الجهد

المبدول ، للوصول إلى أهداف معينة، إلى متى يمكن أن نثابر في حالة الانتكاسات والصعوبات التي تواجهنا في

الحياة ، كيف يؤثر نمط تفكيرنا في التقليل من حدة القلق والتوتر، كيف نتمكن من جعل سلوكياتنا الصحية

أفضل كل هذا يبين لنا أن هناك سلسلة متصلة بين الصحة والمرض وأن التمتع بكفاءة عالية تجعلنا أكثر تكيفا

مع المواقف والتحديات وتجعل نظرتنا أكثر ايجابية للمستقبل .

6- خصائص الكفاءة الذاتية

تتباين خصائص الكفاءة الذاتية حسب مستوى كفاءة الذات لدى الأشخاص من كفاءة ذاتية مرتفعة أو كفاءة ذاتية منخفضة وفيما يلي المميزات الشخصية لذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة والمتدنية على التوالي :

6-1 الخصائص الشخصية لذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة :

- يتمتع الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية العالية بتسليط الضوء على الاستثمارات الشخصية .
- يخططون للنجاح أكثر .
- لديهم أهداف أكثر واقعية ووضوح.(Moé et de beni : 2001 ,p109)
- يتعلق الشعور القوي بالكفاءة الذاتية بصحة أفضل ، إنجاز عالي ومزيد من التكامل الاجتماعي
- (Schwarzer & Mueller : 1999,p 147).
- يسيطرون على الأحداث المؤثرة في حياتهم.
- مصادر أهدافهم ودافعيتهم داخلية .
- لديهم قناعة ذاتية بالقدرة وبذل الجهد المناسب .
- الدوافع تعمل على تعزيز قدراتهم في مواجهة أهداف صعبة التحقيق .
- يستفيدون بدرجة عالية من مواقف التدريب الذاتي.
- يطورون استراتيجيات نحو قدرتهم السيطرة على الإمكانيات البيئية بالثقة بنفسهم وضمان مواجهتها .
- سلوكهم نتاج لتفاعل عملياتهم الذهنية الداخلية وخصائص المتغيرات البيئية.

- يختارون نشاطات مناسبة ويستطيعون استشارة قدراتهم لتحقيق ما يريدون.
- ينجحون في مواجهة التحديات ولديهم مهارة في الاختيار.
- لديهم مدى واسع لاختيار المهنة المناسبة.
- لديهم إيمان قوي في كفاءتهم يحفز قدرتهم على حماية أنفسهم من الأفكار السلبية والاضطهاد.
- تنخفض لديهم نسبة المزاجية السلبية مثل القلق والاكتئاب . (قطامي، 2004، ص ص 187، 188)

6-2 الخصائص الشخصية لذوو الكفاءة الذاتية المنخفضة :

- ارتفاع مستوى الشعور بالغضب والاكتئاب لديهم .
- لديهم شعور بعدم قدرتهم السيطرة على أحداث الحياة. (Bonino :2008,p42)
- يفشل في السيطرة على الأحداث .
- أكثر شكا وشرودا ،متدني الطموح والأداء.
- يتشككون في إمكانية مواجهة الصعاب والمعوقات عند تحقيق أهدافهم
- مصادر أهدافهم ودافعيتهم خارجية
- يشككون بقدراتهم ويفشلون في بذل الجهد المناسب
- يواجهون إحباطا في مواجهة المواقف الصعبة
- تدني إمكاناتهم في ممارستهم للتدريب الذاتي

1- يفشل في مواجهة المخاوف البيئية المحيطة

2- يطور عزله بسبب فشله في مواجهة أحداث البيئة

يطور اضطرابات جسدية مثل الضغط ونقص المناعة وسرعة تطور أعراض المرض بسبب الإحباط وعدم القدرة على السيطرة

1- يفشل في مواجهة التحديات ويفتقر الى مهارة الاختيار

2- تضطرب اختياراته المهنية

لديه مدى محدود من مجال الاختيار المهني. (قطامي: 2004، ص ص 187، 186)

7- فعالية الكفاءة الذاتية على الصحة الجسمية :

إن الكفاءة الذاتية المرتفعة تلعب دور مهم لدى الأشخاص لتحدي العقبات والانتكاسات مما تسمح لهم بالمحافظة على صحتهم والالتزام بأهدافهم ، وكما تم التطرق إليه سابقا بأن الكفاءة الذاتية استخدمت في مجالات عدة في الصحة العقلية والجسدية والاضطرابات النفسية واختيار المهنة... الخ لما لأهميتها في تبني سلوكيات صحية وتجنب السلوكيات الضارة حيث أشارت الدراسات العديدة في هذا المجال أن الشعور القوي بالكفاءة الذاتية يتعلق بصحة أفضل وانجاز عالي ومزيد من التكامل الاجتماعي .

(Schwarzer et al : 1999, p147)

فالكفاءة الذاتية تقترح بأن الأشخاص يشعرون بكفاءتهم فقط في المواقف الخاصة أين يعززون قدرتهم للنجاح لمجهوداتهم ، وكما يرى فورتان (Fortin,1992) أن التأثيرات الوقائية للكفاءة الذاتية تخفض من الأحداث الضاغطة في الحياة ، فهي تلعب دور ممتص للصدمات (Amortisseur de Choc) أمام أحداث الحياة

الضاغطة (Suissa & Rocheleau :2007 ,p135)

كما أكدت العديد من الدراسات دور الكفاءة الذاتية في تخفيض الآلام حيث وجد كل من (Buckelew, Murray ,Hewett,John, Lefebvre,Maixner ;1995 et Salley) (Caldwelle ;1997) أن الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة لديهم مستوى ألم أقل ومرونة كبيرة وإمكانات حركية . (Nezu et al:2003 p 174)

بالإضافة إلى دراسة ايوارط (Ewart,1992) على مجموعة من مرضى القلب أين أظهرت النتائج أن الكفاءة الذاتية ساعدت على إكسابهم أنماط سلوكية صحية ساعدتهم على المحافظة على نشاطهم وصحتهم القلبية ، وهي نفس النتيجة توصلت إليها دراسة كلارك ودودج (Clarck & Dodge ,1999) والتي اهتمت بإدارة المرض والكفاءة الذاتية حيث أسفرت الدراسة أن الكفاءة الذاتية تنبأت بعدة سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة لسلوكيات صحية ايجابية تساهم في إدارة حياتهم المرضية من تلك السلوكيات التزام المريضة بالوصفة الطبية وممارسة النشاط البدني وإتباع الحمية الغذائية التي ينصح بها الأطباء .

(محمد عبد العزيز:2010، ص172)

وقد وجد كل من (Bandura , Taylor & Brouillard 1988,Reese et Adams,1982) أن الكفاءة الذاتية تؤثر على ضغط الدم ومعدل ضربات القلب ومستوى الكاتيكولامينات المصل في مواجهة التحديات والمواقف المهددة ، أما موشر (Mosher ,2010) أظهرت نتائج دراسته أن ارتفاع الكفاءة الذاتية مؤشر على القدرة على التكيف مع المرض لدى مرضى السرطان ، إضافة إلى التعامل مع الألم والكرب النفسي .(Mosher :2010,p227).

وقد اهتمت دراسة كوهلر وفيش وجرين (Kohler & Fish ,Green ,2002) إلى الوقوف على العلاقة بين فعالية الذات المدركة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى 208 من مرضى الانسداد الرئوي المزمن لدى

عينة من الراشدين وقد استخدم مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في هذه الدراسة وتم تعريفه وقياسه بوصفه مفهوماً يشمل القدرات الوظيفية والاجتماعية والجسمية بوجه عام ، وقد كشفت النتائج عن أن علاقة وظائف الرئة والأعراض المرضية بالضعف الوظيفي للرئة يمكن تقليلها عن طريق زيادة فعالية الذات المدركة لفاعلية وظائف الرئة تتوسط العلاقة بين نوعية الحياة ووظائف الرئة ، وبالتالي فإن المرضى الذين لديهم قدر ضعيل من فعالية الذات المدركة قد تكون وظائفهم أكثر ضعفاً من هؤلاء الذين يعانون من القدر نفسه من المرض ولكنهم ذوو درجة أعلى من فاعلية الذات والتي تساعدهم بدورها على تحقيق فاعلية أكبر لوظائف الرئة (محمد الدق : 2011 ، ص 194)

وفي دراسة لتساي وتشاو (Tsay & Chao, 2002) كان هدفها فحص العلاقة بين فعالية الذات المدركة والحالة الوظيفية للقلب والاكتئاب لدى عينة من المصابين بأمراض القلب المزمنة قوامها 100 مريض تراوحت أعمارهم بين 41 - 83 عاماً ، كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين الحالة الوظيفية للقلب والأعراض الاكتئابية ، كما كشفت النتائج أيضاً أن فاعلية الذات المدركة لها تأثير عكسي مباشر على الأعراض الاكتئابية .

وتوصلت دراسة سنيسال وآخرون (Senecal & al, 2000) إلى أهمية الكفاءة الذاتية إذ هدفت الدراسة لفحص الكفاءة الذاتية و التنظيم الذاتي وعلاقتها بالعناية الذاتية بالنظام الغذائي والرضا عن الحياة لدى 638 مشاركاً من المصابين بمرض السكري المزمن ، كشفت النتائج أن الكفاءة الذاتية والتنظيم الذاتي يرتبطان إيجابياً بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية والنظام الغذائي كما كانت الكفاءة الذاتية أكثر ارتباطاً بسلوكيات الإذعان مقارنة بالتنظيم الذاتي والرضا عن الحياة كما أوضحت النتائج أن الكفاءة الذاتية كانت منبعاً بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية بالنظام الغذائي . (محمد الدق : 2011 ، ص 198)

أما دراسة فايندلي وآخرون (Findley & al, 1998) هدفت لفحص الكفاءة الذاتية بوصفها منبئا مهما لزملة التعب المزمن (Chronic fatigue syndrom) وفحص مدى وجود تلف معرفي لدى مرضى زملة الإجهاد المزمن ، تكونت عينة الدراسة من 68 مريضا تمت مراسلتهم جميعا وإرسال الاستخبارات إليهم عن طريق البريد الإلكتروني ، كشفت النتائج أن الكفاءة الذاتية تعد منبئا مهما لأعراض زملة التعب المزمن ، كما ظهر أن معتقدات الكفاءة الذاتية المرتفعة ترتبط بدرجة أقل بالأعراض الجسمية والنفسية لزملة التعب المزمن .

في حين قام لوريق وآخرون (Lorig & al ,1998) بدراسة كان هدفها دراسة دور الكفاءة الذاتية كوسيط من النتائج الصحية للمصابين بالتهاب المفاصل الروماتويدي (Rheumathoid arthritis) في دراسة تجريبية شملت 144 مريض أسفرت النتائج على أن الأشخاص الذين يؤمنون بالتدخل (الوقاية) مرتبط بارتفاع كبير في مستويات الكفاءة الذاتية وانخفاض مستويات الاكتئاب والألم وذلك بسبب الكفاءة الذاتية المرتفعة. (Hill Rice : 2000, p508)

وفي دراسة لكنكت وآخرون (Kneckt & al ,1999) هدفت إلى فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية للرعاية من مرضى السكري والكفاءة الذاتية لصحة الأسنان و فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية لصحة الأسنان والإذعان لعلاج السكري وأخيرا فحص العلاقة بين الكفاءة الذاتية للرعاية من مرض السكري وممارسة السلوكيات الصحية المرتبطة بالفم والحالة الصحية للفم ، أجريت الدراسة على عينة قوامها 149 من مرضى السكري المعالجين بالأنسولين وكشفت النتائج عن ارتباط الكفاءة الذاتية لصحة الأسنان بالإذعان لعلاج السكري وارتبطت الكفاءة الذاتية للرعاية من مرض السكري بتكرار زيارة طبيب الأسنان ، كما كشفت النتائج أن المرضى الذين يقومون بسلوكيات صحية ايجابية (مثل تكرار غسيل الأسنان وزيارة طبيب الأسنان لديهم كفاءة ذاتية لصحة الأسنان أكثر ممن لا يقومون بتلك السلوكيات الصحية ايجابية ، كما ارتبطت الكفاءة الذاتية للرعاية من مرض السكري بسلوك الإذعان لعلاج السكري . (محمد الدق : 2011،ص197)

دراسة آن هاريسون (Harrison ,2004) كان لها هدفان رئيسيان هما : التعرف على العلاقات الارتباطية بين كل من درجة الإصابة بمرض التهاب مفاصل الركبة ومستوى الألم وتوازن الجسم والكفاءة الذاتية و تأثير كل من درجة الإصابة بالمرض ومستوى الألم وتوازن الجسم والكفاءة الذاتية على الوظائف الجسمية وذلك لدى 50 سيدة تراوحت أعمارهن بين 50-84 سنة كشفت النتائج على أن الكفاءة الذاتية ارتبطت عكسيا بمستوى الألم وتقرير المرضى بصعوبة أداء الوظائف الجسمية ودرجة الإصابة بالمرض ، كما ارتبطت الكفاءة الذاتية ايجابيا بالتوازن الجسمي وحالة الوظائف الجسمية وقدرة المرضى على إدارة الألم ، كما كشفت النتائج أن 42% من التغير في مستوى الوظائف الجسمية يرجع إلى الكفاءة الذاتية للوظائف وتوازن الجسم في حين 84% من تقرير المرضى بصعوبة أداء الوظائف يرجع إلى الكفاءة الذاتية ومستوى الألم .

نلاحظ من خلال استعراض الدراسات السابقة أهمية الكفاءة الذاتية في مجال الأمراض المزمنة والجانب الصحي على العموم فهي تنبئ بالسلوكيات الصحية وبتقبل العلاج وإتباع التعليمات الطبية .

خلاصة الفصل:

في نهاية الفصل نستخلص أن الكفاءة الذاتية تمثل وسيط هام من الدوافع والجهود المقدمة من قبل الفرد لتحقيق الهدف المرغوب من خلال تقييم الفرد لإمكاناته الشخصية وثقته في تنفيذ النتائج المطلوبة ، فنظرية باندورا تعتمد بشكل كبير على أحكام الفرد ومعتقداته عن مهاراته السلوكية من حيث التعامل بنجاح مع أحداث الحياة ، ولا تأتي هاته الفئات من اللاشيء وإنما تتداخل العديد من المصادر المتعلقة بالإنجازات الأدائية والخبرات البديلة والحالة الفسيولوجية والتي تؤثر في اعتقادات الفرد في اختياره للسلوك عن طريق الجهود المعرفية والتحفيزية والعمليات الانفعالية فالكفاءة الذاتية ذات تأثير ايجابي على الشخص في حين الكفاءة المتدنية نجد العكس ، وبالتالي فالكفاءة الذاتية مهمة في تبني الفرد لقرارات صحية ، فهل مرضى القصور الكلوي والذي سنتطرق إليه بالتفصيل في الفصل الخامس تساعدهم كفاءتهم في تقبل المرض والتعايش معه ؟

الفصل الخامس

القصور الكلوي المزمن

تمهيد

- 1- الكلية ووظائفها.
 - 2- تعريف القصور الكلوي المزمن
 - 3- أسباب القصور الكلوي المزمن
 - 4- أعراض القصور الكلوي المزمن
 - 5- مضاعفات القصور الكلوي المزمن.
 - 6- علاج القصور الكلوي المزمن.
 - 6-1 العلاج الدوائي
 - 6-2 تصفية الدم
 - 6-2 الغسيل البريتوني
 - 6-3 زراعة الكلى
- خلاصة الفصل.

تمهيد

يعد القصور الكلوي المزمن من الاضطرابات الخطيرة لأن عجز الكلى من التخلص من كميات كافية من البول سيؤدي إلى تراكم الفضلات المتخلفة عن العمليات الأيضية ، والمواد الفائضة من الأملاح غير العضوية والماء في الجسم فيسبب حالة من الإزعاج وعدم الارتياح لدى المرضى لتقبل العيش مع وضعية مرضية مضنية تسبب إعاقة الفرد من القيام بمهامه المعتادة في حالة الصحة ، وفي هذا الفصل سنتطرق للكلى ووظائفها بالإضافة للقصور الكلوي المزمن وكل ما يتعلق به من أسباب ومضاعفات وطرق علاج .

1- الكلى ووظائفها:

1-1 الكلى : للإنسان كليتان تقعان خلف الغشاء البريتوني في الجهة الخلفية من البطن على جانبي العمود الفقري ، بين الفقرتين الثانية عشر الصدرية والثالثة القطنية والكلى اليمنى منخفضة قليلا عن اليسرى وذلك لوجود الكبد أعلى الكلى اليمنى .

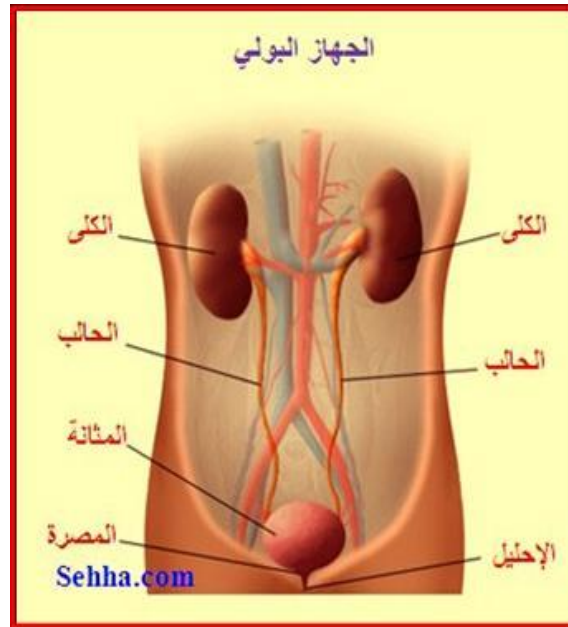
تزن كل كلية من 125 إلى 170 غرام في الرجل البالغ ومن 115 إلى 155 غرام في المرأة البالغة، ومقاييس الكلية الواحدة 12 سم × 7 سم عرضا × 2.5 سم سمكا في المتوسط وتشبه الكلية حبة الفاصوليا.

(Costrini : 1991 , p 50)

وهي ذات لون بني داكن وهي بحجم قبضة اليد وكل كلية مكونة من مليون وحدة تصفية (وحدات التصفية Nephron) وهي عبارة عن تراكيب من فلاتر وأنابيب وأوعية دموية وظيفتها الأساسية تنقية ما يضح إليها من الدم . (السويداء:2010،ص15)

وتتماز وحدات التصفية أو النيرونات بالفاعلية العالية لتنقية الدم بعزل الماء والأملاح الزائدة من مجرى الدم والمواد السامة أيضا مثل البولينا والتي تقوم الكلى بتصفيتها عن طريق قنوات خارجية تسمى الحالبان ،هذان الأخيران يحملان البول إلى خزان وهو المثانة والتي يتجمع فيها البول لحين تفرغه بانقباض عضلات المثانة واسترخاء العضلة العاصرة الموجودة عند مخرج المثانة إلى قناة مجرى البول الذي تفرغه إلى الخارج عند عملية التبول. (Mellal :2010,p210)

والشكل المقابل يوضح الجهاز البولي للإنسان



الشكل (7) يبين الجهاز البولي للإنسان

2-1 وظائف الكلية : إن الوظيفة الأساسية للكلية هي الحفاظ على ثبات التركيب الدقيق للسائل خارج

الخلايا ، وفيما يلي أهم وظائف الكلية :

✓ التحكم في مستوى الماء: إذ يشكل الماء ما يقارب 50 إلى 60% من الجسم الحي ، ولكي يقوم

الجسم بالوظائف الأساسية على الوجه المطلوب يجب أن يحتوي على الكمية المتوازنة من الماء للإنسان

يستهلك كميات مختلفة من السوائل ولكن لا بد من المحافظة على كميتها داخل الجسم ضمن المستوى الطبيعي ، لذلك تتخلص الكلى من الماء الزائد عن حاجة الجسم .

✓ تزيل الفضلات والأملاح الزائدة عن حاجة الجسم : للمحافظة على تركيز المواد العضوية وحموضة الدم والأملاح في مستويات دقيقة ، كثيرا من فضلات الطعام سامة للجسم فالكلية تؤدي دورا كبيرا في طرد السموم بشكل مستمر ، كذلك يتم التخلص من الفضلات كالبولينا والكرياتين والسموم الأخرى وهذه الفضلات تتكون بعد حرق الجسم للبروتينات ، كذلك تتخلص الكلية من الأملاح والمعادن الزائدة عن حاجة الجسم في البول وأهم هذه الأملاح والمعادن (الصدوديوم ،البوتاسيوم ،الكالسيوم، الفوسفات).

✓ الكلى تنتج هرمونات : تصنيع هرمون ارثروبويتين (Erythropoietine) وهو الهرمون المنشط لتكاثر كريات الدم الحمراء في نخاع العظام .

✓ كذلك تحول الكلية فيتامين د إلى الشكل الفعال النشط ويحتاج الجسم إلى فيتامين د لأنه يحافظ على قوة العظام كما يحافظ على نشاط الغدة جارة الدرقية بشكل متزن. (السويداء:2010،ص18)

✓ وأخيرا هناك مادة تالثة تكونها الكلى في جدران الشرايين الواردة الملاصقة للكبيبة هي مادة الرنين (Renin) وهو يساعد في السيطرة على ضغط الدم ضمن المعدل الطبيعي. (صبور:1994، ص36)

2- تعريف القصور الكلوي المزمن :

هو فقدان الحرية الاستقلالية المستخدمة من قبل كلية سليمة ، إذ يعتبر النتيجة الإلزامية لكل الأمراض الكلوية التي تمس الكلى عن طريق فساد أو تلف متقدم في وظيفتها الإفرازية . (Binfeld : 1998 , p 75) .

- انه انخفاض عدد النيفرونات الوظيفية هذا الانخفاض سريع و غير معوض للنشاط الافرازى للكلية نتيجة تلف العديد من النيفرونات أيا كان مستوى سيرورة الخلل في الترشيح الكبيبي (انخفاض استصفاء الكرياتينين و اليوريا) . (Gilles B & al : 1994, p 377)

وبالاعتماد على معدل الترشيح الكبيبي (Filtration glomérulaire) الطبيعي حوالي 110 مل /د، فان القصور الكلوي المزمن يقسم إلى خمس مراحل موضحة في الجدول التالي (Yannick le Meur et al :1998,p27

المراحل	ترشيح الكرياتينين مل/د	مستوى القصور الكلوي
المرحلة الأولى	90 إلى 60	قصور كلوي طفيف
المرحلة الثانية	60 إلى 30	قصور كلوي معتدل
المرحلة الثالثة	30 إلى 15	قصور كلوي حاد
المرحلة الرابعة	15 إلى 10	قصور كلوي متقدم
المرحلة الخامسة	>10	قصور كلوي نهائي

3/ أسباب القصور الكلوي المزمن

إن أسباب القصور الكلوي المزمن متعددة فكل الأمراض التي تصيب الكلية قد تتطور نحو قصور كلوي مزمن ومن أهم الأسباب نجد:

- التهاب الكلية الكبيبي (Glomérulonéphrites) : هو مرض ينتج عن ردود فعل الأجسام المضادة لمولد المضادات (Antigène- Anticorps)، مما يؤدي إلى حدوث التهاب قوى في الكبيبات وهذه الالتهابات قد تحدث انسدادا كاملا أو جزئيا لعدد كبير من الكبيبات مسببا زيادة القابلية النفاذية في أغشيتها فيتسع المجال لكميات كبيرة من البروتين للخروج وعندما يحدث تمزق في الغشاء فان كميات كبيرة من خلايا

الدم الحمراء قد تعبر إلى رشيحات الكبيب وفي الحالات الشديدة يحدث انغلاق كلوي كامل. إن التهاب الكلية الكبيبي الحاد يحدث في العادة بسبب الإصابة بالبكتيريا العقدية .

*النخر الأنبوبي (Nécrose Tubulaire) : الذي يتضمن تحطم الخلايا الظهارية أو حدوث صدمة حادة في الدورة الدموية من أكثر أسباب الانغلاق الكلوي الحاد شيوعاً أمراض سكري الكلى والكلية متعددة الكيسات. (تايلور:2008 ، ص 99)

- التسمم الناتج عن طريق بعض الأدوية في حالة عدم معالجتها و التي تسبب قصور كلوي .

- أمراض القنوات الإفرازية (كالمثانة ، الاحليل (مجرى البول)) .

- الأمراض الوراثية و التشوهات .

- الأمراض الوعائية الثانوية.

- قصور كلوي من أصل مبهم (غامض) غير معروف مما يؤدي إلى تلف عدد كبير من النيفرونات أو يتحطم بشدة مما يعيق عمل النيفرونات المتبقية من أداء وظائفها الطبيعية .

(Cinquembre : 2004 , p 142)

- ارتفاع ضغط الدم الغير متحكم به. (Sholtis Brunner & al : 2004 , p 440)

فضغط الدم هو القوة الدافعة التي تضخ الدم للجسم وضغط الدم نوعان انقباضي حين ينقبض القلب

وانبساطي حين يسترخي القلب ، المعدل الانقباضي الطبيعي هو 120 والمعدل الانبساطي الطبيعي هو 80

ويشخص ارتفاع ضغط الدم إذا كان الضغط أعلى من 90/140 ملم زئبقي ، إن أي زيادة في مستوى ضغط

الدم يجعل عمل القلب أصعب ، ومع مرور الوقت يحصل تضيق وزيادة في سماكة جدران الأوعية الدموية في

جميع أنحاء الجسم ويتسبب ذلك بتلفها ، وبالتالي فان الأوعية الدموية للكلى تتأثر أيضا وتتوقف عن عملها فتصبح الكلى غير قادرة على إزالة المواد الضارة .(البهلكي :2010،ص15)

- ارتفاع مستوى الكالسيوم.

- مرض السكري : عند الإصابة بداء السكري وهو ارتفاع مستوى السكر في الدم بشكل دائم يحصل تصلب في الشرايين والشعيرات الدموية وتغير في تركيبة الوحدة الكلوية مما يؤدي إلى فقدان هذه الوحدات الكلوية لقدرتها على التنقية فتتسرب المواد البروتينية من الدم وعندما يظهر الزلال في البول وتدهور وظيفة الكليتين يحدث الفشل الكلوي تدريجيا .(البهلكي :2010،ص16)

- عيوب خلقية بالكلى (Malformation du rein) : كالكليتان الضامرتان خلقيا ، الكلى المزوجة .

- مرض انسدادى بالمسالك البولية: الحصى، عيب خلقي بحوض الكلى، تلف الحالبين، الأورام، ضيق عنق المثانة، ضيق مجرى البول.(صبور: 1994 ،ص22)

4- أعراض القصور الكلوي المزمن

قد لا يشعر المريض بالأعراض إلا بعد فترة طويلة إذ أحيانا كثيرة يشخص القصور بطريقة عرضية فجائية عن طريق فحوصات طبية ، كتحليل ارتفاع ضغط الدم الشرياني (وجود بروتينات في البول ، أو وجود الدم في البول) بيلة دموية) وخلال الإطار الملاحظ للأمراض الأخرى أين القصور الكلوي المزمن يبدأ بالتعقيدات ، إذ أن القصور الكلوي لا يسبب أعراضا إلا في المراحل المتقدمة :

- لون شاحب، فقر الدم، حكة تصيب الجلد.

- تبدلات في الجهاز التنفسي من تنفس سريع و عميق و خاصة أثناء الزفير ، التهاب رئوي نتيجة زيادة السوائل في الجسم وتورم القدمين إذ تصل السوائل إلى الرئة فيشعر المريض ضيق في التنفس.
- أعراض قلبية : تتمثل في ارتفاع الضغط الشرياني ، اضطراب في نظم القلب سببه في أكثر الأوقات زيادة كمية البوتاسيوم في الدم ، وذمة في الأطراف السفلى سببها ضعف القلب و نقص البروتين .
- في الجهاز الهضمي يظهر غثيان و قيء و تقرحات في باطن الفم (مع نزيف هضمي) والتي لا تتجاوب مع العلاجات الهضمية، الآلام الباطنية التي قد تكون خفيفة أو شديدة ، خروج رائحة كريهة من الفم تشبه رائحة البول نتيجة لارتفاع نسبة اليوريا .
- في الجهاز الدموي يترافق القصور مع فقر الدم ونزيف بجميع أشكاله من الأنف (رعاف) من المعدة (قيء الدم)
- في الجهاز العصبي يظهر تخدر الأعضاء مع تميلها حتى يصل إلى نوبات الكزاز ، ويعتبر نقص الكالسيوم من أهم المسببات لهذه الأعراض العصبية .
- في الجهاز العظمي تصبح العظام لينة قابلة للكسر بسهولة مع التهابات عظمية متكررة لا تستجيب هذه الأعراض بسهولة للفيتامين.
- في الجهاز الكلوي قد تكون الأعراض البولية بارزة أو متنحية عند إجراء الفحوص المخبرية تظهر النتائج التالية :

* زيادة في اليوريا و الكرياتينين .

* ارتفاع كمية الصوديوم في البول .

* ارتفاع كمية البوتاسيوم في الدم .

* نقص كمية كالسيوم الدم و زيادة الفوسفات .

* ازدياد كمية المغنيزيوم . (السماك : 1998 ، ص 1128)

5- مضاعفات القصور الكلوي المزمن :

تبدأ التعقيدات في القصور الكلوي المزمن عندما يكون مستوى الترشيح الكبيبي أدني من 15 مل / د.

* فقر الدم : (Anémie) يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من فقر الدم فهو ناتج عن انخفاض في إنتاج

الكريات الحمراء الكلوية مما يترتب عنه اضطرابات وعائية قلبية .

* اختلال استقلاب الفوسفو كالسيوم (Désordre du Métabolisme phosphocalcique) : إن

الاختلالات الملاحظة في القصور الكلوي المزمن معقدة وهي ناتجة عن :

- نقص الكالسيوم نتيجة عجز في فيتامين D النشط

- فرط الفوسفات في الدم ناتج عن انخفاض قدرة الكلية في طرح الفوسفات وتعتبر هذه الاضطرابات

الاستقلابية صعبة التحكم

* حمض (Acidose) : قلة قلووية (قاعدية الدم) و الأنسجة وذلك نتيجة إنقاص قدرات عزل أو طرح

الايونات H من قبل الكلية .

* فرط البوتاسيوم في الدم (hyper kaliémie) .

* تعقيدات أخرى والتي تظهر متأخرة أو بطيئة ، والتي لا ترى إلا إذا كان مستوى الترشيح الكبيبي أدنى من

15 مل / دقيقة وهي :

- احتلال التغذية (Dénutrition).

- اضطرابات هضمية من شكل سوء التغذية (غثيان وقيء) .

- التهاب الشغاف التبولني (une péricardite urémique) .

- اعتلال الجهاز العصبي الطرفي من شكل (التهاب الأعصاب) (Neuropathie périphérique)

والتي تلاحظ عند تقدم القصور الكلوي المزمن. (type de polynévrite)

- غيبوبة يوريمائية (تسمم الدم بالبولة) Coma urémique .

- كما يعاني المرضى من انخفاض في المناعة مسؤولة عن صعوبات كثيرة فقد يتعرضون إلى التهاب الكبد .

(Berrebie : 2003 , p 78)

- زيادة الانتانات .

- ضعف جنسي لدى الرجال وانقطاع الطمث عند النساء وتسمم الحمل . (البهلكي، 2010، ص30) .

6- علاج القصور الكلوي المزمن :

لا يوجد علاج نهائي للقصور الكلوي المزمن إلا إذا تمت عملية الزرع والتي تتطلب مراقبة مستمرة وتناول

العديد من الأدوية المكملة ، إلا أن العلاجات المتوفرة تهدف إلى معالجة الأعراض وتصحيح الاضطرابات

الشواردية (électrolytiques) والهرمونية .

- الاهتمام بارتفاع ضغط الدم بإعطاء خافضات للضغط (Antihypertenseurs)

- تصحيح الاضطرابات الشواردية وبالتحديد فرط بوتاسيوم الدم (l'hyperkaliemie)

- الوقاية من فقر الدم .

- إنشاء نظام غذائي قليل الملح وفقير من البوتاسيوم للحد من احتباس الماء ومكافحة تشكل وذمة

(l'œdème) وارتفاع ضغط الدم .

- المراقبة الدورية لمستوى شوارد في الدم والبول .

- التقيد بجرعات الماء.

- العناية بالبشرة بسبب الحكمة. (Le Gal :2010 ,p335)

وفيما يلي نتناول أهم طرق علاج القصور الكلوي

1- العلاج الدوائي: سنتطرق من خلال الجدول الموالي إلى قائمة الأدوية التي يتناولها مريض القصور الكلوي

ودورها وأهميتها بالإضافة للأعراض الجانبية لها والاعتبارات الواجب إتباعها : (نقلا عن محمد بيومي ، بن

صالح الوكيل ،2011،ص ص 35-37)

اسم الدواء	دوره وأهميته	الأعراض الجانبية	الاعتبارات الواجب إتباعها
حقن الاريثروبيتين Erythropoietin	يعالج الأنيميا المصاحب للفشل الكلوي . حيث انه يحفز إنتاج خلايا الدم الحمراء بواسطة نخاع العظام ويقلل الاحتياج لنقل الدم	ارتفاع ضغط الدم ، صداع ، تشنجات إذا ارتفعت نسبة الهيموجلوبين سريعا ، تجلطات في الفستولا	وهي حقن تعطى في نهاية الغسيل تحت الجلد أو إبرة الغسيل وينصح بقياس الضغط باستمرار . وقياس نسبة الهيموجلوبين بالدم باستمرار كل أسبوعين

يفضل أخذه في المساء ولا يؤخذ مع علاج الفوسفور	غير معروف أن له آثار جانبية	لعلاج وللوقاية من نقص الفيتامينات لتعويض نقص الفيتامينات خلال الغسيل	نفروفيت Nephrovit أو ب كمبلكس Vit.B Complex
لا بد من أخذه مع الطعام مصا أو بلعا قياس نسبة الفوسفات والكالسيوم	الإحساس بوخز في الأطراف و زيادة في نسبة الكالسيوم القيء والغثيان والإمساك انتفاخ البطن وكثرة الغازات	يؤخذ لرفع نسبة الكالسيوم وخفض نسبة الفوسفات وهذا يساعد على تكوين العظام	كالسيوم كربونات Calcium Carbonate
قياس هرمون الغدة جار الدرقية قبل بدء العلاج	فرط وزيادة في نسبة الكالسيوم ، جفاف الفم ، الإمساك والحكة	هو فيتامين د النشط وهو علاج لانخفاض الكالسيوم وعلاج فرط الغدة الجار درقية. يحافظ على امتصاص الكالسيوم من الجهاز الهضمي ودخول الكالسيوم إلى العظام	روكالترول Recaltrol
متابعة تحاليل تخثر الدم ومتابعة التجلطات في الفلتر	نزيف، نقص في الصفائح الدموية، سقوط الشعر	علاج ووقاية التجلطات. يمنع تخثر الدم خلال جلسة الغسيل الدموي	هيباران Heparin
متابعة وجود أي نزيف من الجسم وإبلاغ الممرضة بذلك	ممكن أن يحدث نزيف من الجهاز الهضمي أو الحرقان في المعدة وغثيان	مضاد للتخثر و يساعد على عدم حدوث التجلطات في الفستولا أو القسطرة	الأسبرين Aspirine
لا بد من اخذه في الليل قبل النوم	دوخة وصداع وجفاف الفم وقلة في الشهية والإمساك أو إسهال	يعالج أعراض الحساسية والحكة	بينادريل Benadryl أو فرالقان

			vellergan
لا بد من أخذه في الليل بعد وجبة العشاء	دوخة وصغير الصدر عند التنفس وجفاف الفم والغثيان	لعلاج القلق النفسي والحكة الشديدة وحافظ للحرارة ويقلل الحكة	اتراكس Atarax
قياس ضغط الدم قبل الجلسة ويفضل قبل أخذ العلاج	الصداع ، تورم الأطراف ، إعياء عام والإحساس بالسخونة واحمرار الوجه والغثيان	علاج الضغط الدم المرتفع	املور Amlor
متابعة وجود أي أعراض جانبية التي ذكرت	صداع ، اضطراب في النوم ، دوخة الم في البطن ، اضطراب بسيط في نبضات القلب	علاج ومنع قرحة المعدة والاثني عشر	رانيتدين Ranitidin
مراقبة باستمرار كريات الدم البيضاء والحمراء والهيموجلوبين والصفائح الدموية	وهن ودوخة وقلة الشهية وفقر الدم وارتفاع في درجة الحرارة وانخفاض الوزن	علاج الالتهاب الكبدي ج	انترفيرون Interferon
يعطى مع الدواء المسهل مرة إلى عدة مرات يوميا وتأخذ بعد ساعتين من تناول العلاجات الأخرى	إمساك ، غثيان ، انسداد في الأمعاء ، عدم القدرة على امتصاص الأدوية	يعمل على تخفيض نسبة البوتاسيوم في الجسم	الكالسيوم Calcium
يعطى في نهاية الغسيل عن طريق الوريد أو حبوب مرتين إلى ثلاث مرات يوميا ويجب أن يكون على بطن خالية وبعيدا عن حبوب الكالسيوم	إمساك وغثيان	علاج فقر الدم ورفع الهيموجلوبين	الحديد

وبما أن القصور الكلوي قد يمتد لسنين عديدة أين يتطلب بدء الغسيل الكلوي أو زراعة الكلى ، مع العلم أن

الغسيل لا يعالج الفشل الكلوي ولكنه يعوض الجسم عن بعض وظائف الكلى ، ويلزم الاستمرار في عملية

الغسيل ما لم تتم زراعة كلية ، إذ يعتقد العديد من المرضى أن البدء بالغسيل يسمح له بالتخلص من جميع القيود السابقة في كمية السوائل ونوعية الغذاء ، وهذا مفهوم خاطئ إذ أن الغسيل يعوض أقل من 15% من وظيفة الكلية ، ولذلك فإن الحماية الغذائية للمريض تلعب دورا مهما إلى جانب الغسيل (البهلكي،2010،ص22).

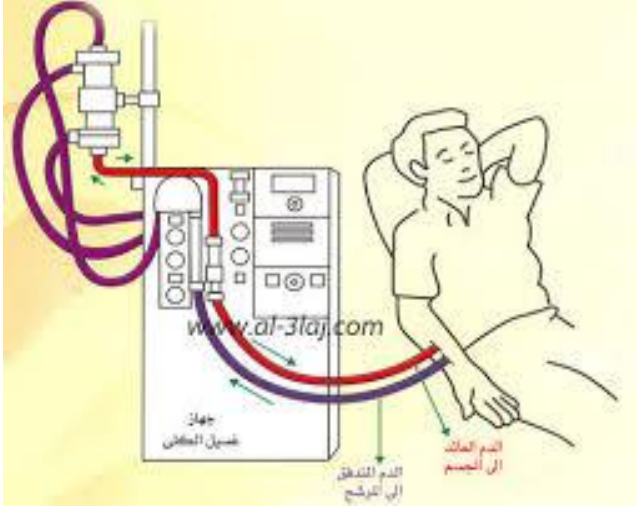
وهناك نوعين من التنقية أو الغسيل سنتطرق إليهم فيما يلي:

6-2- الغسيل الدموي (hémodialyse): وهو ضخ الدم من خلال الكلية الصناعية، حيث يتم هناك

رشح السموم والأملاح الزائدة في الجسم إلى سائل التنقية.

والكلية الصناعية هي أسطوانة تحتوي على أغشية تفصل بين الدم وسائل الغسيل. وسائل الغسيل عبارة عن ماء منقى ومعالج بإضافة بعض الأملاح والمعادن ، وتحتوي أغشية الكلية الصناعية على فتحات صغيرة جدا تعبر من خلالها السموم والأملاح الزائدة من الدم ، ويتم إعادة الدم المنقى إلى الجسم ، أما سائل الغسيل المحمل بالسموم فيتم ضخه إلى التصريف . في كل مرة يعبر الدم من خلال الكلية الصناعية يتم فيها إزالة كمية صغيرة من السموم ، لذلك تستمر هذه العملية لمدة ثلاث إلى أربع ساعات لإزالة كمية أكبر من السموم ، كذلك يتم سحب الماء والأملاح الزائدين عن حاجة الجسم أثناء عبوره من خلال الأنابيب فانه يكون عرضة للتجلط ، لذلك يتم إضافة مسيلات الدم ويعتبر الهبران (Heparin) من أكثر الأدوية استخداما لهذا الغرض .

ويجب أن تتم عملية الغسيل الدموي ثلاث مرات أسبوعيا على الأقل.

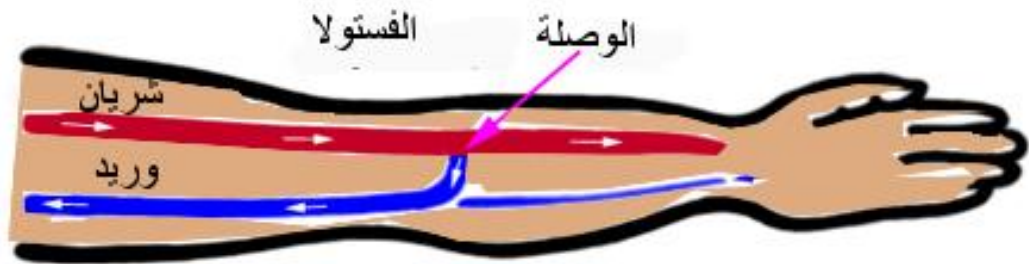


والشكل (8) يوضح غسيل الدم .

ويتم وصل المريض بجهاز الغسيل الدموي عن طريق الوعاء الدموي الطبيعي (الفستولا **Fistule**) وهي عبارة عن وصل الوريد بالشريان في الساعد أو العضد وتحتاج العروق من 4 إلى 8 أسابيع حتى تلتئم ، لذلك ينصح بإجراء عملية الوعاء الدموي الطبيعي عند تدهور معدل الترشيح الكلوي دون مستوى 20 مل للدقيقة والوعاء الدموي الطبيعي هو أقل عرضة للالتهابات الجرثومية أو لحدوث التجلطات الدموية الداخلية.

(السويداء:2010،ص42)

والشكل (9) يوضح الفستولا وكيفية وصل الشريان بالوريد



- بالإضافة للوعاء الدموي الصناعي فهناك طريقة أخرى وهي الوعاء الدموي الصناعي (**Graft**) ويلجأ إليها

الجراح عندما تكون الأوعية الدموية لدى المريض صغيرة فيصعب وضع الوعاء الدموي الطبيعي ، لذلك فانه

بالإمكان وضع أنبوب صناعي بين الشريان والوريد ، ويمكن أن يتم استخدام ذلك بعد 2 إلى 4 أسابيع من العملية ، وتستمر فترة عمل الوعاء لفترة أقل من الوعاء الدموي الطبيعي .

والشكل (10) يوضح الوعاء الدم الصناعي .



3-6- الغسيل البريتوني أو الصفاقي (Dialyse péritonéal):

طريقة أخرى لإزالة السموم والسوائل الزائدة خارج الجسم لكن من غير أن يضخ الدم إلى خارج الجسم

يوجد في البطن غشاء يسمى الغشاء البريتوني ، هذا الغشاء يحيط بالأعضاء وأعضاء البطن الأخرى .

يعمل هذا الغشاء تماما كالكلية الصناعية ، لذلك يتم وضع السوائل في تجويف البطن حيث تنتقل السموم

والأملاح من الدم إلى سائل الغسيل البريتوني الموجود في تجويف البطن .

يتم وضع أنبوب بلاستيكي عبر الجلد إلى تجويف البطن عن طريق عملية جراحية صغيرة ، تحتاج القسطرة

إلى بين 2-4 أسابيع لكي يلتئم الجرح ومن ثم يتم استخدام هذه القسطرة لإدخال وإخراج سائل التنقية من

تجويف البطن ، حيث يوضع السائل النقي في البطن وبعد 6 ساعات يتم سحب السائل المحمل بالسموم من

تجويف البطن ويوضع سائل نقي مرة أخرى وتتم تكرار هذه العملية أربع مرات يوميا ويستطيع تجويف البطن

استيعاب كميات مختلفة تتراوح بين لتر إلى ثلاثة لترات عند البالغين حسب طول الشخص وتمتاز هذه الطريقة

بأنها لا تستلزم استخدام أجهزة معقدة وتعطي حرية أكثر في الحركة والتنقل. (السويداء: 2010، ص45)

والشكل المقابل يوضح الغسيل البريتوني



6-4- زراعة الكلى (Grefe): تتم زراعة الكلى للمريض الذي وصل إلى المرحلة النهائية من الفشل

الكلي والذي أصبح لا يستجيب للعلاج التحفظي لهذا المرض ، ويفضل ألا يكون مصابا بمرض في المسالك البولية يعوق خروج البول ،خاليا من الأمراض الخطيرة بالجهاز العصبي والجهاز الدوري ويشترط أن يكون من نفس فصيلة الدم للمتبرع بالكلى وخاليا من الأجسام المضادة الموجهة لكلية المتبرع ، سليما من الأورام والسرطانات و سلامة الجهاز المناعي للمريض .

إن زراعة الكلى بين الأحياء فان الكلية المثلى هي كلية من توم مثل ، ثم تأتي الكلية من أقرباء الصف الأول (الوالد أو الوالدة ، الابن أو البنت) ثم من أحد أقرباء الدرجة الثانية أو الثالثة أو الرابعة لأنه كلما كانت القرابة وثيقة كلما كان احتمال توافق الأنسجة كبيرا، وتتقي كلية القريب الذي تتقارب فيه أنسجة الجسم مع أنسجة المريض المستقبل ، ثم تأتي الكلية من متبرع غريب عن المريض إذا توافقت أنسجته مع أنسجة المستقبل

بدرجة كبيرة. (صبور، 1994،ص93)

تجرى العملية عن طريق زراعة الكلية الجديدة جراحيا في الجهة اليمنى أو اليسرى في منطقة الحوض وتوصيل شرايينها وأوردتها بشرايين وأوردة المريض ، ثم توصيل حالب الكلية إلى مثانة المريض .

(البهلكي ،2010،ص20)

تعتبر نسبة نجاح زراعة الكلى عالية ، ففي حالة الكلية المزروعة من الأقارب تصل هذه النسبة إلى 95 % في السنة الأولى ، أما في حالة الكلية من متبرع غريب فان نسبة النجاح تبلغ 85% في السنة الأولى ومن الصعب معرفة مقدار فترة استمرار الكلية المزروعة اعتمادا على عوامل متعددة ، وفي بعض الأحيان قد يمتد عمل الكلية إلى 20 عاما أو أكثر وفي حالة فقدان الكلية المزروعة وظائفها فانه بالإمكان العودة إلى الغسيل الدموي أو البيريتوني ، كذلك بالإمكان إجراء عملية زراعة الكلى أكثر من مرة اعتمادا على حالة المريض الصحية .

- أما الأدوية المانعة لرفض الكلية المزروعة فهي متعددة ويمكن استخدامها لمنع عملية رفض الجهاز المناعي لجسم المريض للكلية المزروعة ويحتاج الجسم من اثنين إلى ثلاث أدوية حسب الحالة الصحية للمريض ومن الأدوية: السيكلوسبورين (Cyclosporine) و التاكرولمس أو البروقراف (Tacrolimus ou Prograf) بالإضافة للكورتيزون وهي أدوية مثبطة لمناعة الجسم الطبيعية حتى لا ترفض الكلية المزروعة .

(السويداء : 2010، ص 54)

ويبقى المريض يتناولها مادامت الكلية المزروعة في جسمه تعمل.

من محاسن هذه العملية أنها تحسن من مستوى حياة المريض مقارنة بعملية الغسيل الكلوي الذي يجب أن يرتبط بجهاز الإنفاذ ثلاث مرات أسبوعياً فيستطيع بذلك السفر بحرية أكبر ويزيد من قدرته على العمل والإنتاج ويستعيد قدرته أو قدراته الجسدية والجنسية وتحسن حالته النفسية، بالإضافة أنها تقلل من حدوث أمراض

القلب والشرايين وتقلل من القيود المفروضة على الأكل والشرب ، وفي الجدول الموالي سنوضح مقارنة بين زراعة الكلى والغسيل الدموي والغسيل البريتوني نقلا عن (البهلكي: 2010، ص30) .

الغسيل البريتوني	الغسيل الدموي	الزراعة	
يتم عمل قسطرة الغسيل البريتوني في تجويف البطن ونبقي القسطرة لفترة طويلة	قسطرة في الوريد أو الجمع بين وريد وشريان أو الجمع بين وريد وشريان عن طريق توصيلة بلاستيكية صناعية	لا يوجد غسيل ووصلة للغسيل	التوصيلة
ملائم لجميع الأعمار	ملائم لجميع الأعمار	ملائمة لجميع الأعمار	العمر
أكثر من مرة يوميا	تتراوح من 3-4 مرات أسبوعيا	تجري مرة واحدة في العمر وقد تجري أكثر من مرة	عدد المرات
يستطيع المريض السفر والتنقل ولكنه يحتاج للحصول على كمية كافية من سائل الغسيل وتخزينها .	يستطيع المريض السفر والتنقل مع إيجاد مراكز غسيل جيدة تستقبله وتجري عملية الغسيل	يستطيع المريض السفر والتنقل بحرية اكبر	السفر والتنقل
توجد هنالك صعوبات للنساء اللواتي يرغبن بالحمل	توجد هنالك صعوبات للنساء اللواتي يرغبن بالحمل	تستطيع المرأة الحمل بعد مرور سنة إلى سنتين على عملية الزراعة بعد استشارة الطبيب	الحمل
استقلالية في الحركة والتنقل	التزام المريض بالإقامة القريبة من مركز الغسيل - التقيد بجدول محدد أسبوعيا والإحساس بالإرهاق	تحسن النشاطات اليومية	النشاطات
ارتباط المريض بأوقات الغسيل	ارتباط المريض بأوقات جلسات الغسيل	حياة اجتماعية أفضل	الحياة الاجتماعية
فيتامينات وعلاج الضغط ومقويات الدم	فيتامينات وعلاجات الضغط ومقويات الدم	علاجات منع الرفض مدى الحياة وقد تسبب أعراض جانبية	العلاجات

التغذية والسوائل	حرية في تناول الأطعمة والسوائل بشكل طبيعي مع مراعاة الحمية من السكريات والدهون	إتباع حمية غذائية وتحديد للسوائل المسموح بشربها	اتباع حمية غذائية وتحديد للسوائل المسموح بشربها
------------------	--	---	---

الختام

إن القصور الكلوي من الأمراض المزمنة والخطيرة على صحة الفرد لأنه مرض يتطلب الاستشفاء والتصفية لمدة ثلاث إلى أربع أيام بالأسبوع، بالإضافة إلى تعقيدات العلاج وضرورة التزام المريض بتعليمات الأطباء ، كونه يسبب عبئا جسديا ونفسيا لذا لا بد من وعي المريض وزيادة قناعاته في قدرته السيطرة على حالته ومن هنا يتبادر إلى أذهاننا السؤال التالي هل مصدر الضبط الصحي أو معتقدات الكفاءة الذاتية تزيد من قدرة المريض تجاوز مشكلاته الصحية بتبنيه استراتيجيات مواجهة للتكيف مع حالته أم لا وهذا ما سنحاول الإجابة عليه من خلال الدراسة الميدانية .

الجانب التطبيقي

الفصل السادس : اجراءات الدراسة الميدانية

الفصل السابع: عرض وتحليل نتائج الدراسة

الفصل الثامن : مناقشة نتائج الدراسة

الفصل السادس :

إجراءات الدراسة الميدانية

- 1- منهج الدراسة.
- 2- حدود الدراسة
- 3- عينة الدراسة.
- 3-1 العينة الاستطلاعية
- 3-2 العينة الأساسية
- 4- الأدوات المستخدمة في الدراسة
- 4-1 مقياس مصدر الضبط الصحي
- 4-2 مقياس استراتيجيات المواجهة
- 4-3 مقياس الكفاءة الذاتية
- 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة من المنهج المتبع ، حدود الدراسة و العينة المستخدمة وخصائصها ، ووصف أدوات الدراسة من حيث إجراءات صدقها وثباتها وكيفية تصحيحها ، كما تم التعرض إلى الطرق الإحصائية المستخدمة للإجابة على تساؤلات الدراسة.

1 / منهج الدراسة :

بما أن الدراسة الحالية تسعى للكشف عن العلاقة الكامنة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية ، ومعرفة العلاقة بين المتغيرات الثلاث حسب متغير السن بالإضافة إلى البحث عن الفروق بين هاته المتغيرات وفق (الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي) ، فإن المنهج الذي تم اعتماده من قبل الباحثة هو المنهج الوصفي الارتباطي و المقارن لأنه يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة والعلاقة في الظاهرة نفسها ، أيضا يقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة الحالي بغرض الوصول إلى نتيجة واضحة .

(ملحم سامي :2000،ص325)

2 / حدود الدراسة :

تمثلت حدود الدراسة الميدانية بالإطار الزمني الذي تمت فيه خلال السنة الجامعية 2012-2013 ، أما مكان إجرائها فقد تمت في المستشفيات التالية (مستشفى الهاشمي التوهامي باتنة ، مستشفى سعادنة عبد النور سطيف ، ومستشفى الزهراوي بالمسيلة) ، وبجزم العينة التي تم اختيارها من المجتمع الأصلي والتي شملت 250 مريض خاضع لغسيل الكلى .

3 / عينة الدراسة :

اشتملت الدراسة على عينتين : عينة استطلاعية وعينة أساسية للإجابة على فرضيات الدراسة .

أ - العينة الاستطلاعية: إن الدراسة الاستطلاعية من أهم خطوات الدراسة الميدانية والتي تساعد الباحث في الوقوف أمام الصعوبات والمشاكل التي قد تواجهه أثناء قيامه بالدراسة الأساسية وقد تم اختيار 30 فرد من الجنسين ، تراوح المدى العمري بين 25 و 65 سنة. بمتوسط عمري قدره 29,37 وبانحراف معياري قدر ب 8,65 وهذا من منطلق تحقيق أهداف الدراسة الاستطلاعية والمتمثلة فتمايلي :

- التعرف على المجتمع الأصلي للدراسة والذي سوف تأخذ منه عينة الدراسة سواء الاستطلاعية أو الأساسية.
- الاحتكاك المباشر بعينة الدراسة لمعرفة خصائصها.
- التطبيق الميداني لأدوات الدراسة للتأكد من صلاحيتها من حيث وضوح وسلامة الصياغة اللغوية للبنود وكذا وضوح التعليمات لعينة الدراسة.
- التأكد من صحة الأدوات المستخدمة في الدراسة بحساب صدقها وثباتها قبل استخدامها في الدراسة الأساسية.

ب - العينة الأساسية :

تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 250 مريض (119 أنثى ، 131 ذكر) يتراوح المدى العمري من 20 - 60 سنة. بمتوسط عمري قدر ب 38,44 وبانحراف معياري 12,04 . وسيتم فيما يلي إيجاز خصائص العينة .

● خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

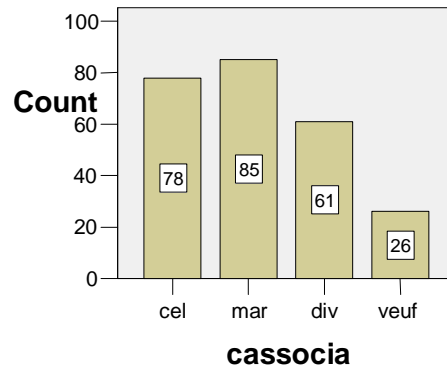
جدول رقم (13)

يبين خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	العدد	الحالة الاجتماعية
%31.2	78	أعزب (عزباء)
%34.0	85	متزوج (ة)
%24.4	61	مطلق (ة)
%10.4	26	أرمل (أرملة)
%100	250	المجموع

ولتوضيح أكثر توزيع العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية ، لجأت الباحثة إلى الرسم البياني الموضح في الشكل

التالي :



الشكل (12)

يتضح من الجدول ومن الرسم البياني تباين النتائج في الحالة الاجتماعية فنجد أن أكبر نسبة للمتزوجين بعدد

85 ونسبة مئوية 43% ، تليها نسبة العزاب ب 31.2% وبعدد 78 فرد، ثم نجد المطلقين بعدد 61 فرد

بنسبة 24.4% ، لتأتي نسبة الأرامل بنسبة أقل بعدد 26 فرد ونسبة مئوية تقدر ب 10.4% ،

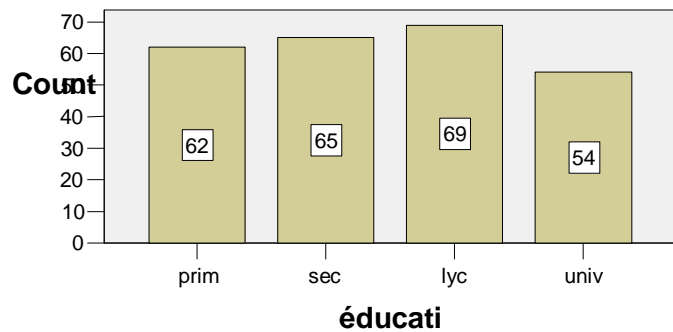
• خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

جدول رقم (14)

يبين خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	المستوى الدراسي
%24.8	62	الابتدائي
%26.0	65	المتوسط
%27.6	69	الثانوي
%21.6	54	الجامعي
%100	250	الإجمالي

يتضح من الجدول تقارب في النسب المئوية لمختلف المستويات فنجد أقل نسبة هي للجامعي ب 54 شخص ونسبة مئوية 21.6% وليس بعيدا عن القيمة نجد الابتدائي بنسبة مئوية 24.8% وبعده 62 فرد أي بفارق 3 أشخاص بنسبة 1.2% ، في حين نجد مستوى المتوسط بعدد 65 ونسبة مئوية 26% ، أما أعلى قيمة فللمستوى الثانوي بعدد 69 شخص ونسبة مئوية 27.6% ، وكما نلاحظ فإن النسب متقاربة جدا مما يبين تجانس العينة في المستوى التعليمي، والشكل (13) يبين توزيع العينة حسب المستوى التعليمي.



الشكل (13)

• خصائص العينة حسب متغير السن

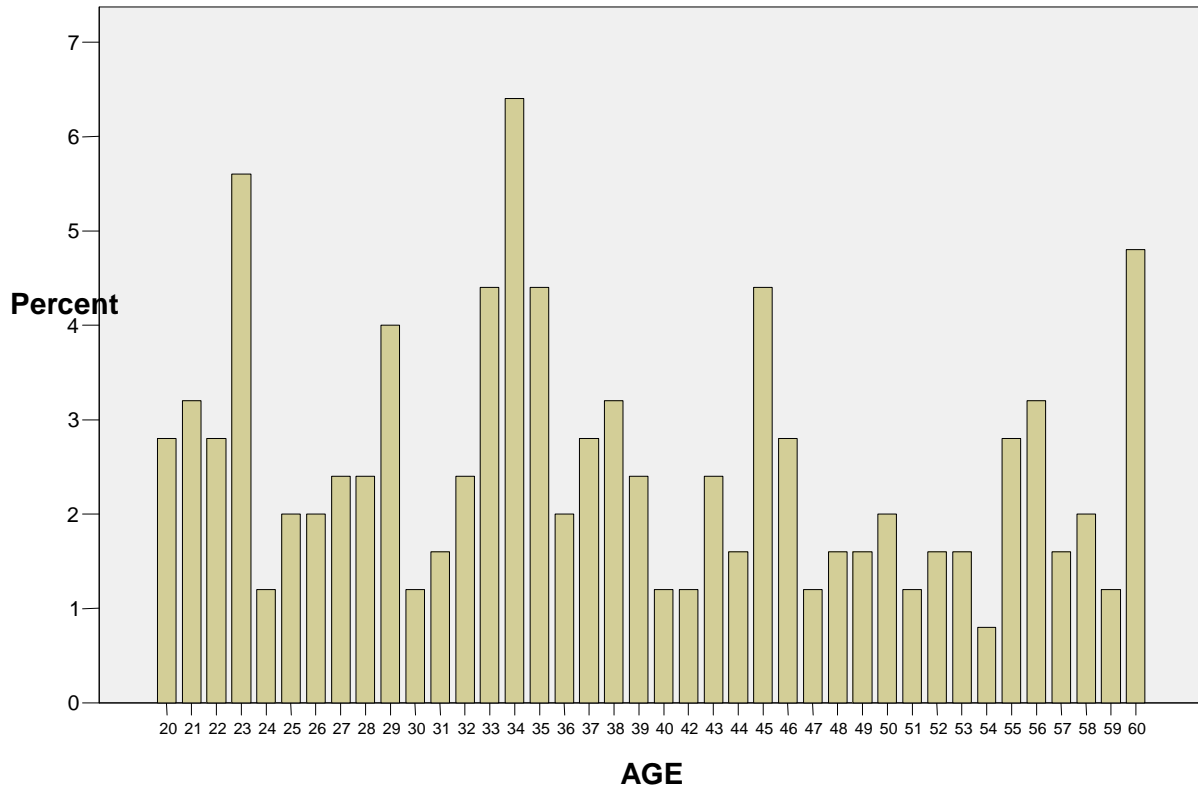
جدول رقم (15)

يبين خصائص العينة حسب متغير السن

النسبة المئوية	العدد	السن
60,4%	151	40-20 سنة
39,6%	99	60-41 سنة
100%	250	الإجمالي

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتضح لنا أن النسبة المئوية كانت أعلى بالنسبة للمرحلة العمرية (20-40 سنة) بعدد 151 فرد ونسبة مئوية 60,4%، في حين نجد الفترة بين (41-60 سنة) بعدد 99 ونسبة مئوية 39,6%، إذ أن أصغر سن هو 20 وأكبر سن 60 والشكل المقابل يبين توزيع العينة.

AGE



يتضح من الشكل 14 أن المرضى الذين بلغ سنهم 34 يمثلون 6,5% من أفراد العينة ، ثم يليهم الأفراد الذين بلغ سنهم 23 سنة ب 5,7% ، أما المرتبة الثالثة نجد الأفراد الذين يبلغ سنهم 60 سنة ب 5% ، في حين نجد أن الأفراد الذين بلغ سنهم 54 أقل نسبة ب 0,60% يليهم الأفراد الذين يبلغ سنهم ، 24، 40، 59، 30، يمثلون نسبة 1,02% ، وبهذا نجد أن عينة الدراسة تتوزع بين فئة الشباب والكهول والراشدين .

رابعا - الأدوات المستخدمة في الدراسة :

اعتمدت الدراسة على ثلاث مقاييس :

✓ مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لوالستون وآخرون (Wallston & al) والذي كيفه وقننه على البيئة الجزائرية جبالي نور الدين (2007) .

✓ مقياس استراتيجيات المواجهة لفلورانس كوسون (Florence Cousson, 1996) والمترجم والمعد للعربية من قبل الباحثة .

✓ مقياس الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر (Ralf Schwarzer) الذي كيفه وقننه على البيئة العربية سامر جميل رضوان.

أ- وصف مقياس مصدر الضبط الصحي و خصائصه السيكمترية

لقد صمم المقياس كلا من باربارا وكينيث والستون (1974 ، 1978) ، حيث قاما بإعداد هذه الأداة لقياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم ، ويعرف المقياس باسم (Multidimensionnel health locus of control) ، وهو من أهم المقاييس النوعية المتعلقة بالضبط والتي استخدمت بكثرة في علم النفس الصحة ، كيفه وأعدده للعربية وللبيئة الجزائرية (جبالي نور الدين ، 2007) ، يتكون من 18 عبارة ، تقيس ثلاثة أبعاد كالأتي :

* البعد الداخلي : العبارات الخاصة به 1، 6، 8، 12، 13، 17.

* بعد ذوى النفوذ : العبارات الخاصة به 3، 5، 7، 10، 14، 18 .

* بعد الحظ العبارات الخاصة به 2، 4، 9، 11، 15، 16. (انظر الملحق)

وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات خمس :

موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي :

✓ 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماما

✓ 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق

✓ 3 نقاط إذا كانت الإجابة غير متأكد

✓ نقطتين إذا كانت غير موافق.

✓ نقطة إذا كانت الإجابة غير موافق تماما

❖ - الخصائص السيكومترية للاستبيان :

- حساب صدق المقياس : قامت الباحثة بحساب صدق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من 30 فردا

بطريقتين : صدق التكوين والصدق التمييزي .

- صدق التكوين : وتم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند و المقياس الفرعي الذي ينتمي

إليه، و الجداول التالية توضح معاملات الارتباط المحسوبة.

جدول رقم (16)

يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي و الدرجة الكلية للبعد

الدلالة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	البنود
0.01	0,76	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض
0.01	0,54	أعتقد أنني متحكم في صحي
0.01	0,63	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض
0.01	0,69	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحي
0.01	0,67	إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض
0.01	0,71	يمكنني المحافظة على صحي إذا اعتنيت بنفس

✓ نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 وقد تراوحت قيمتها بين 0,54 و 0.76 .

جدول رقم (17)

يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ و الدرجة الكلية للبعد

الدلالة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	البنود
0.01	0,69	إذا قدر لي أن امرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه
0.01	0,72	أغلب ما يؤثر على صحي يعود إلى الصدفة
0.01	0,68	يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض
0.01	0,59	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة
0.01	0,71	أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه
0.01	0,64	القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0,01 وقد تراوحت قيمتها بين 0.59 و 0.72

جدول رقم (18)

يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد ذوى نفوذ الآخرين والدرجة الكلية للبعد

الدلالة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	البنود
0.01	0,55	المدائمة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادى المرض
0.01	0,64	عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا
0.01	0,75	لأسرتي دور كبير في اصابتى بالمرض أو بقائي سليما
0.01	0,62	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحي
0.01	0,56	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء , الأقارب , الأصدقاء...)
0.01	0,73	إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحي

- نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 وتراوح قيمتها بين 0.55 , 0.75.

مما سبق يتبين أن المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به.

- الصدق التمييزي : بعد ترتيب درجات الأفراد على كل بعد تصاعديا ، تم اختيار مجموعتين على طرفي المنحنى ويمثلان 27 % لكل مجموعة ، وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا . كما هو موضح في الجداول التالية :

جدول رقم (19)

يبين قيمة ت بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي .

الدلالة	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	الفئة
0.01	19,47	4,01	19,70	العليا
		3,75	10,50	الدنيا

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد ضبط الحظ ، حيث بلغت قيمة (ت) 19,47 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 .

جدول رقم (20)

قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين

الدلالة	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	الفئة
0,01	16,54	5,51	25,36	العليا
		3,13	15,01	الدنيا

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد ضبط الحظ ، حيث بلغت قيمة (ت) 16,54 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 .

جدول رقم (21)

قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد الحظ

الدلالة	قيمة ت	الانحراف	المتوسط	الفئة
0.01	17,91	3,28	21,36	العليا
		4,57	9,50	الدنيا

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد ضبط الحظ ، حيث بلغت قيمة (ت) 17,91 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 .

من خلال ما سبق يتضح أن المقياس يتمتع بالصدق التمييزي بأبعاده الثلاث ، وتمتعه بقابلية التمييز بين المجموعتين المتناقضتين .

- حساب الثبات : تم حساب الثبات من خلال طريقة الاتساق الداخلي (ألفا كرومباخ) وطريقة التجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان.

الجدول رقم (22)

يوضح معاملات الثبات عن طريق معامل ألفا لأبعاد مصدر الضبط الصحي و التجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان .

معامل الارتباط	معامل ثبات ألفا	البعد
0.69	0.65	الداخلي
0.82	0.79	الحظ (الصدفة)
0.76	0.84	نفوذ الآخرين

نلاحظ من خلال الجدول أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده.

ب - مقياس استراتيجيات المواجهة (Coping):

قام كل من لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman ,1982) بمقابلات عيادية وإحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في التعامل مع المواقف المختلفة حيث توصلوا إلى إيجاد تباين كبير في الاستراتيجيات المعتمدة انطلاقاً من نتائج التحليل العاملي المأخوذة لعينة كبيرة الحجم ، وقد وجدنا نمطين من استراتيجيات المواجهة وهما :

- المواجهة المركزة حول الانفعال و المواجهة المركزة حول المشكل.

ويستعمل هذان الشكلان في أغلب المواقف الضاغطة، إذ تتغير المستويات الخاصة بكل شكل حسب نوعية تقدير الموقف الضاغطة.

وفي مقابل ذلك هناك أعمال لكل من سالس وفليتشر (Suls et Fletcher, 1985) حيث انطلقا من تحليل البحوث السابقة الخاصة بالمواجهة والتي أجريت في فترة ما بين 1960 و 1985، وتوصلا من خلالها الباحثان إلى شكلين من المواجهة وهما : المواجهة المتجنبة (Coping évitant) و المواجهة اليقظة (Coping vigilant) وانطلقا من هذه الأعمال تم إنشاء سلم عدة بهدف تقييم المواجهة حسب النمطين الموضوعين من طرف (Lazarus et Folkman) من بينها (The Ways of coping check-list) (1984)، يتألف من 64 بندا ولصدق هذا المقياس تم تطبيقه على 100 امرأة و 48 رجل تتراوح أعمارهم ما بين 40 و 65 سنة وذلك كل شهر لمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة لنوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة ذلك الضغط، ويحتوي على ثمانية سلم فرعية تحتوي كل منها على عدة بنود حسب ما كشفته نتائج التحليل العاملي :

- حل المشكل ، روح المقاومة وتقبل المواجهة ، أخذ الاحتياطات أو تصغير التهديدات ، إعادة التقييم الايجابي ، التأنيب الذاتي ، الهروب والتجنب ، البحث عن الدعم الاجتماعي ، التحكم في الذات . في حين قام فيتاليانو وآخريين (Vitaliano et al , 1985) باختصار النسخة لخمس عوامل هي : حل المشكل ، التأنيب الذاتي ، إعادة التقييم الايجابي ، البحث عن الدعم الاجتماعي ، التجنب .

وفي فرنسا تم تبني النسخة المختصرة لفيتاليانو وآخرون والتي قدمت أحسن نوعية سيكومترية وذلك بالتحليل العاملي لإجابات 468 راشد فرنسي (247 امرأة و 221 رجل) بمتوسط عمري 27 سنة من 42 بند تم عزل 3 عوامل واضحة :مواجهة مركزة على المشكل و مواجهة مركزة على الانفعال و البحث عن المساندة الاجتماعية فقد كانت معاملات الثبات الداخلي أكثر رضا (0,71 إلى 0,82) ، ومعاملات الصدق بقيت لمدة أسبوع فاصل على التوالي (0,75 , 0,84 , 0,90) لنجد في الأخير النسخة النهائية لفلورانس كوسون من 27 بند. (Schweitzer , 2001 , p 368) .

وهي النسخة التي اعتمدت عليها الباحثة في الدراسة .

- **ترجمة المقياس** : قامت الباحثة بالترجمة الأولية لبنود المقياس من الفرنسية إلى العربية وقد عرضت الترجمة على مجموعة من أساتذة علم النفس الذين يتحكمون في اللغة الفرنسية من جامعة باتنة . وبعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قامت الباحثة بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها وأعيدت صياغة العبارات مرة أخرى .
(عزوز، 2009)

وتدور بنود الاستبيان على محور عام من 3 أبعاد :

* **المواجهة المركزة على المشكل** وتضم 10 بنود وهي : 1- 4 - 7 - 10 - 13 - 16 - 19 - 22 - 25 - 27 .

* **المواجهة المركزة على الانفعال** وتضم 9 بنود وهي : 2 - 5 - 8 - 11 - 14 - 17 - 20 - 23 - 26 .

* **المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية** وتضم 8 بنود وهي : 3 - 6 - 9 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 . (انظر الملحق 2)

وتتم الإجابة على بنود الاستبيان وفق اختيارات 4 :

من 1 إلى 4 نقاط ، ماعدا البند 15 يتم تقييمه بالعكس .

✓ 4 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا جدا.

✓ 3 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا

✓ نقطتان إذا كانت الإجابة إلى حد ما.

✓ نقطة إذا كانت الإجابة ب إطلاقاً.

❖ - الخصائص السيكومترية للاستبيان :

1 - حساب الصدق : تم حساب الصدق بطريقتين : صدق التكوين و الصدق التمييزي

- صدق التكوين : تم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط الخطى لكارل بيرسون بين كل بند والدرجة

الكلية لكل بعد وقد كانت النتائج موضحة في الجداول التالية :

جدول رقم (23)

يبين معامل الارتباط بين بنود بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والدرجة الكلية للبعد

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
وضعت خطة عمل واتبعتها	0.58	0,01
كافحت للحصول على ما أريد	0.89	0,01
تغيرت بشكل ايجابي	0.71	0,01
عاجت الأمور واحدة بواحدة	0.85	0,01
ركزت على جانب ايجابي قد يظهر فيما بعد	0.73	0,01
خرجت أقوى من هذه الوضعية	0.78	0,01
غيرت أموراً لتكون النهاية حسنة	0.59	0,01
حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة أو آن اتبع الفكرة الأولى	0.47	0,01
وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة	0.59	0,01
عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك	0.73	0,01

من خلال الجدول يتضح لنا بأن معاملات الارتباط بين كل بند وبعده دالة عند مستوى 0.01 حيث تراوحت بين 0.4 و 0.83 .

جدول رقم (24)

يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الدرجة الكلية

للبعد

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
تمنيت لو أن الوضعية تختفي أو تنتهي	0.69	0,01
تمنيت لو استطيع تغيير ما حدث	0.57	0,01
تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة	0.76	0,01
تمنيت لو أن معجزة تحدث	0.92	0,01
شعرت بالذنب	0.84	0,01
فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى اشعر بتحسن	0.72	0,01
حاولت نسيان كل شيء	0.79	0,01
تمنيت لو استطيع تغيير موقفي	0.57	0,01
وبخت وانتقدت نفسي .	0.61	0,01

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول نجد أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 ، حيث تراوحت قيمتها بين 0.57 و 0.92 .

جدول رقم (25)

يبين معامل الارتباط بين بعد البحث عن المساندة الاجتماعية و الدرجة الكلية للبعد

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
حدثت شخصا عما أحسست به	0.62	0,01

0,01	0.67	التمسست مساعدة اختصاصي وقمت بما نصحني به
0,01	0.87	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها
0,01	0.73	تكلمت مع شخص لأستعلم أكثر عن الموضوع
0,01	0.57	احتفظت بمشاعري لنفسي
0,01	0.69	تكلمت مع أحد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة
0,01	0.82	حاولت أن لا انزعج
0,01	0.69	لقد تقبلت تعاطف أحدهم وتفهمه

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بند وبعده دالة عند مستوى 0,01 ، حيث تراوحت قيمتها بين 0.57 و 0.82.

نستنتج مما سبق أن الاستبيان يتميز بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به.

- حساب صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الفئة العليا ومتوسطات مجموعة الفئة الدنيا باستخدام اختبار ت لدلالة الفروق بين المتوسطات .

جدول رقم (26)

يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس استراتيجيات المواجهة

الدلالة	قيمة ت	الفئة الدنيا		الفئة العليا		أبعاد استراتيجيات المواجهة
		الانحراف المعياري	المتوسط	الانحراف المعياري	المتوسط	
0,01	6,62	3,10	10,32	3,19	17,20	المركزة على المشكل

0,01	6,73	4,67	17,12	4,52	27,24	المركزة على الانفعال
0,01	6,24	3,65	9,26	3,51	16,33	المركزة على المساندة الاجتماعية

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد المواجهة المركزة على المشكل إذ بلغت قيمة ت $6,62$ وهي قيمة دالة عند مستوى $0,01$ ، بالإضافة إلى وجود فروق بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد المواجهة المركزة على الانفعال إذ بلغت قيمة ت $6,73$ وهي قيمة دالة عند مستوى $0,01$ ، وقد بلغت قيمة ت لبعد المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية $6,24$ وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة $0,01$. وهذا يدل على أن المقياس يتميز بقدره تمييزية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة في الأبعاد الثلاثة للمقياس ، مما يعكس تمتع المقياس بصدق عال .

- حساب ثبات المقياس :

تم حساب الثبات بطريقتين هما : معامل ألفا كرومباخ و التجزئة النصفية

الجدول رقم (27)

يوضح معاملات الثبات عن طريق معامل ألفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان لاستراتيجيات المواجهة .

معامل الارتباط	معامل ثبات ألفا	البعد
0.71	0.70	المواجهة المركزة على المشكل
0.43	0.53	المواجهة المركزة على الانفعال
0.58	0.62	المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية

نلاحظ من خلال الجدول أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مقبول على كافة أبعاده .

- **مقياس الكفاءة الذاتية العامة** : عمل سفارتزر ومجموعته سنة 1981 في ألمانيا بجامعة برلين الحرة على تطوير أداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية تتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف ، وقد اشتملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة ، ويشير سفارتزر إلى أن سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات الضبط الذاتي أو توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية ، ومواقف الانجاز قناعات أي بتعبير آخر يقيس التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من المشكلات الحياتية ، كان الاستبيان المطور سنة 1981 يحتوي على 20 بنداً تم تخفيضها إلى 10 بنود سنة 1986 وسمي بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة ، وقد ترجمت الصيغة المختصرة للاستبيان إلى أكثر من 15 لغة منها (الإنجليزية ، التركية ، العبرية ، الصينية ، الهنجرية) ، وينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بمجالات بحث مختلفة لأنها تتصف بصفات العمومية والتغير والتنبؤ بأنماط السلوك الصحي ، والانجاز المهني والصحة النفسية . (سامر رضوان: 1997)

- **استبيان توقعات الفعالية الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان**:

قام الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري المقياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها واختبارها على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها الاستبيان عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، وترجمت الصيغة الإنجليزية بالمقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الإنجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، واستيضاح مدى دقة الترجمة واستيفائها المعنى، حيث تم بعد ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات، بعد ذلك

عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين وغير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى، وإمكانية التطبيق، ولم تجري نتيجة ذلك تعديلات جوهرية تذكر، حيث أجمعت الآراء على صلاحية الاستبيان.

وصف المقياس:

يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من "لا، نادراً، غالباً، دائماً" ويتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

✓ لا نقطة واحدة

✓ نادراً نقطتان

✓ غالباً 3 نقاط

✓ دائماً 4 نقاط

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الفعالية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع توقعات الفعالية الذاتية العامة، وتتراوح مدة تطبيق الاختبار بين 3 إلى 7 دقائق ويمكن إجراء التطبيق بصورة فردية أو جماعية.

- الخصائص السيكومترية للمقياس :

- صدق المقياس : في البيئة الألمانية فان المقياس ارتبط مع متغيرات عديدة ارتباطات ايجابية وسلبية ، فمعامل الارتباط مع الانبساط (0.49) والانطواء (-0.64) والعصائية (-0.42) ، والقلق العام (-0.54) ، ومع الخجل (-0,58) وقناعات الضبط الداخلية . أما في البيئة العربية فقد قام الباحث سامر جميل رضوان

بحساب صدق الاتساق الداخلي فكانت معاملات ارتباط البنود مع الدرجة الكلية للمقياس كما يلي على الترتيب: 0.83 ، 0.83 ، 0.83 ، 0.83 ، 0.82 ، 0.84 ، 0.82 ، 0.82 ، 0.82 ، 0.82 ، وهي جميعها قيم دالة عند 0.01 .

_ ثبات المقياس : في النسخة الألمانية تراوح معامل الارتباط ألفا كرومباخ (0.74 ، 0.93) وبالتالي تمتعه بنسبة ثبات مرتفعة، أما في البيئة العربية قام الباحث سامر رضوان بتطبيقه في فترتين مختلفتين، يفصل بينهما 6 أسابيع على عينة مكونة من 37 مفحوص بواقع (20 أنثى، 17 ذكر) وأسفر حساب معامل الارتباط بين درجة التطبيقين على معامل ثبات مقداره 0.71 ، أما معامل الارتباط العام فبلغ 0.86 .

- الخصائص السكومترية للمقياس في البيئة المحلية : تم حسابه بطريقتين : طريقة الاتساق الداخلي وصدق المقارنة الطرفية .

- حساب صدق الاتساق الداخلي: حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس والجدول التالي بين النتائج :

جدول رقم(28)

يبين معاملات الارتباط بين بنود درجات الكفاءة الذاتية والبعد الكلي للمقياس

الدلالة	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	البنود
0.01	0.67	عندما يقف شخص في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فاني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي
0.01	0.58	إذا ما بذلت من الجهد كفاية فاني سأنجح في حل المشكلات الصعبة
0.01	0.86	من السهل عليا تحقيق أهدافي ونواياي
0.01	0,61	اعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة

0.01	0.75	اعتقد باني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي
0.01	0.60	أتعامل مع الصعوبات ببدوء لأني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية
0.01	0.70	مهتما يحدث فاني أستطيع التعامل مع ذلك
0.01	0.76	أجد حلا لكل مشكلة تواجهني
0.01	0.57	إذا ما واجهني أمر جديد فاني اعرف كيفية التعامل معه
0.01	0.73	امتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني

يتضح من خلال النتائج المبينة في الجدول أن معاملات الارتباط كلها دالة عند مستوى دلالة 0.01 وقد تراوحت القيم بين 0.57 و 0.86 .

ـ حساب الصدق التمييزي : بعد ترتيب درجات الأفراد على كل بعد تصاعديا تم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الفئة العليا ومتوسطات مجموعة الفئة الدنيا باستخدام اختبار ت لدلالة الفروق بين المتوسطات .

جدول رقم (29) يبين قيمة ت بين الفئة العليا والفئة الدنيا في الكفاءة الذاتية

الدلالة	قيمة ت	الفئة العليا		الفئة الدنيا		الكفاءة الذاتية
		المعيارى	المتوسط	المعيارى	المتوسط	
0.01	17,53	3,15	13,87	4,47	26,26	

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا إذ بلغت قيمة ت 17,53 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01 مما يعكس تمتع المقياس بصدق عال لقدرة التمييزية بين مرتفعي ومنخفضي الدرجة في الكفاءة الذاتية

- الثبات : تم حسابه بطريقتين هما : معامل ألفا كرومباخ وقد بلغت قيمته 0,94 وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات المقياس والتجزئة النصفية وقد بلغت 0,82 مما يدل أن المقياس يتمتع بثبات عال .

سادسا - الأساليب الإحصائية المستخدمة

لقد تم معالجة النتائج الإحصائية للدراسة باستعمال الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار SPSS 15

لحساب العلاقات والفروق بين المتغيرات، وقد استخدمت الاختبارات التالية لما يتناسب مع فرضيات البحث:

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للحصول على خصائص أبعاد مصدر الضبط الصحي وأبعاد استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية.

- معامل الارتباط الخطي كارل يرسون لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة بالإضافة إلى معرفة إذا كان هناك ارتباط بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة وهل هناك ارتباط بين المتغيرات الثلاث السابقة الذكر ومعامل السن .

- اختبار (ت) للعينات المستقلة بهدف حساب الصدق التمييزي لأدوات الدراسة.

- معامل ألفا كرومباخ لحساب ثبات الأدوات المستخدمة في الدراسة .

- اختبار تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين المجموعات حسب الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي في مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية .

- اختبار شيفيه لمعرفة اتجاه الفروق فيما يتعلق بالمستوى التعليمي لكل من مقياس مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة.

- معادلة سبيرمان براون وذلك بهدف تصحيح طول معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية

- النسب المئوية لتحديد خصائص العينة من حيث السن والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي ومستوى الكفاءة الذاتية .

- اختبار اللابارامتري فريدمان للكشف عن الفروق بين متوسطات أبعاد مصدر الضبط الصحي وأبعاد استراتيجيات المواجهة .

خاتمة الفصل:

لقد تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى المنهج المستخدم وحدود الدراسة والعينة وخصائصها ، بالإضافة التعريف بأدوات الدراسة وحساب خصائصها السيكمترية إذ تأكدنا من صدقها وثباتها في البيئة المحلية وأخيرا استعراض الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة لنتقل في الفصل القادم لعرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات والإطار النظري .

الفصل السابع:

معرض نتائج الدراسة

- معرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة..
- معرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشر
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة عشر
- معرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة عشر

بعدهما تطرقنا في الفصل السابق إلى الإطار المنهجي الذي اعتمدت عليه الدراسة ، سوف نتطرق في هذا الفصل لعرض النتائج الإحصائية المتعلقة بفرضيات الدراسة و الكشف عن العلاقة القائمة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن ، بالإضافة إلى الكشف عن العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية وعلاقتهم بالسن و الفروق حسب متغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي حسب المتغيرات الثلاث وذلك بعرض النتائج التي تم التوصل إليها وتحليلها .

عرض وتحليل نتائج الدراسة :

1: عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى: " تتوقع هيمنة مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ لدى عينة الدراسة "

وللتحقق من الفرضية فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للأبعاد الثلاث لمصدر الضبط

جدول (30)

يبين نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

أبعاد مصدر الضبط الصحي	المتوسط	الانحراف المعياري
الداخلي	16,39	5,53
الخارجي لذو النفوذ	18,92	6,88
الخارجي للحظ	17,05	5,86

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نجد أن أكبر متوسط لبعدهم الخارجي لنفوذ الآخرين حيث بلغ 18,92 وبانحراف معياري 6,88 يليه البعد الخارجي للحظ بمتوسط حسابي 17,05 وبانحراف معياري 5,86 لنجد في الأخير البعد الداخلي بمتوسط حسابي 16,39 وبانحراف معياري 5,53 .

وللتأكد من الفرضية تم تطبيق معادلة روتر لمعرفة اتجاه الضبط وهي :

نسبة الداخلي/الخارجي=(مصدر الضبط الداخلي*2)/(الحظ + ذوي النفوذ)

وبالتعويض في المعادلة نجد $0.91=35.97/32.78$ وهي نتيجة أصغر من 1 إذن هيمنة الضبط الخارجي .
و لمزيد من لتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختبار فريدمان للكشف عن الفروق بين متوسطات أبعاد مصدر الضبط الصحي والذي يوضحه الجدول .

جدول رقم (31)

يوضح الفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي

الدالة	كا	متوسط الرتب	ع	س	أبعاد مصدر الضبط الصحي
0,01	32,26	1,80	5,53	16,39	الداخلي
		2,28	6,88	18,92	الخارجي لنفوذ الآخرين
		1,92	5,86	17,05	الخارجي الحظ

نلاحظ من خلال الجدول قيمة كا بلغت 32,26 وهي دالة لصالح أكبر متوسط وهو الضبط الخارجي لذوي النفوذ وبالتالي بالفرضية تحققت .

ثانيا : عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية : "نتوقع هيمنة استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لدى عينة الدراسة"

وللتحقق من الفرضية فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات المواجهة

جدول (32)

يبين نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية

الانحراف المعياري	المتوسط	استراتيجيات المواجهة
6,70	18,94	المركزة على المشكل
7,27	21,23	المركزة على الانفعال
5,91	18,62	المركزة على المساندة الاجتماعية

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نجد أن أكبر متوسط للمواجهة المركزة على الانفعال حيث بلغ 21,23 وبانحراف معياري 7,27 يليه المواجهة المركزة على المشكل بمتوسط حسابي 18,94 وبانحراف معياري 6,70 لنجد في الأخير المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية بمتوسط حسابي 18,62 وبانحراف معياري 5,91.

وللتأكد من صحة الفرضية تم استخدام الاختبار اللابارامتري (اختبار فريدمان للكشف عن الفروق بين متوسطات أبعاد استراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة) .

جدول رقم (33)

يوضح الفروق بين أبعاد استراتيجيات المواجهة

الدلالة	كا	متوسط الرتب	ع	س	استراتيجيات المواجهة
0,01	44,57	1,85	6,70	18,94	المركزة على المشكل
		2,33	7,27	21,23	المركزة على الانفعال
		1,82	5,91	18,62	المركزة على المساندة الاجتماعية

نلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول بأن قيمة كا بلغت 44,57 وهي دالة لصالح أكبر متوسط وهي لاستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال وبالتالي فالفرضية تحققت .

3: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة : تتوقع مستوى منخفض في الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب النسب المئوية استنادا إلى دلالة درجات المرضى على مقياس الكفاءة الذاتية والنتائج مبينة في الجدول التالي:

جدول (34) يبين النسب المتوية لمستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة

كفاءة ذاتية مرتفعة (25-40)		كفاءة ذاتية منخفضة (0-25)		العينة
النسبة المتوية	العدد	النسبة المتوية	العدد	
28%	70	72%	180	250

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول يتبين لنا أن مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة منخفضة إذ بلغت

نسبتها 72%، في حين أن نسبة قليلة من العينة تمتعت بكفاءة ذاتية مرتفعة وقد بلغ عددهم 28%

وللتأكد من صحة النتائج فقد تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الكفاءة الذاتية والجدول التالي يبين النتائج.

جدول (35) يبين نتائج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستويات الكفاءة الذاتية

كفاءة ذاتية مرتفعة	كفاءة ذاتية منخفضة	
10,09	24,69	المتوسط الحسابي
3,10	4,15	الانحراف المعياري

من خلال النتائج المبينة في الجدول (34) نجد أن الكفاءة الذاتية المنخفضة هي السائدة لدى عينة الدراسة

بمتوسط حسابي 24,69، في حين بلغ المتوسط الحسابي للكفاءة الذاتية المرتفعة (10,09) ومنه نصل إلى

أن الفرضية تحققت .

4 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط

الصحي والكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة"

وللتأكد من الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية

الجدول رقم (36)

يبين معاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة

الضبط الخارجي للحظ	الضبط الخارجي للنفوذ	الضبط الداخلي	معاملات الارتباط	الكفاءة الذاتية
0.51	0.59	0.60	الدلالة	
0.01	0.01	0.01	العينة	
250	250	250		

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نجد أن معاملات الارتباط بين مصدر الضبط الداخلي والكفاءة الذاتية بلغت قيمته **0.60** ، في حين بلغ معامل الارتباط بيرسون بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ والكفاءة الذاتية **0.59** ، و معامل الارتباط بين مصدر الضبط الخارجي للحظ **0.51** وهي قيم دالة إحصائياً في مستوى دلالة **0.01** وبالتالي فالفرضية تحققت بوجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية .

5 : عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة : "توجد علاقة ارتباطيه بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة

الذاتية لدى عينة الدراسة."

وللتأكد من الفرضية تم حساب معاملات الارتباط بين أبعاد استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية

الجدول رقم (37)

يوضح معاملات الارتباط بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة.

المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية	المواجهة المركزة على الانفعال	المواجهة المركزة على المشكل	معاملات الارتباط	
0.51	0.59	0.60	الدلالة	
0.01	0.01	0.01		

250	250	250	العينة	الكفاءة الذاتية
-----	-----	-----	--------	-----------------

من خلال النتائج المبينة في الجدول نجد أن معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والكفاءة الذاتية هو 0.66 وهي دالة عند مستوى 0.01 ، كذلك نجد أن معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الكفاءة الذاتية هو 0.56 وهي أيضا قيمة دالة عند مستوى 0.01 ، أما معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية هي 0.63 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0.01 وبالتالي فالفرضية تحققت بوجود علاقة ارتباطيه بين استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية .

6: عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة: "توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و السن لدى عينة الدراسة "

وللتأكد من الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن

يوضح الجدول (38)

معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن

مصدر الضبط الخارجي للخط	مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ	مصدر الضبط الداخلي		
0.13	0.11	0.39	معاملات الارتباط	السن
غ دال	غ دال	غ دال	الدلالة	
250	250	250	العينة	

من خلال نتائج الجدول: بلغ معامل الارتباط بين مصدر الضبط الداخلي والسن 0.39 ، في حين بلغ معامل الارتباط بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ والسن 0.11 وهي قيم غير دالة إحصائيا، بينما بلغ معامل

الارتباط بين مصدر الضبط الخارجي للحظ والسن 0.13 وهي أيضا قيمة غير دالة إحصائيا وبالتالي فالفرضية لم تتحقق.

7 : عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة والسن لدى عينة الدراسة".

وللتأكد من الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين استراتيجيات المواجهة والسن

الجدول رقم (39)

يبين معاملات الارتباط بيرسون بين استراتيجيات المواجهة والسن

المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية	المواجهة المركزة على الانفعال	المواجهة المركزة على المشكل	السن	
0.06	0.10	0.14		معاملات الارتباط
غ دال	غ دال	غ دال		الدلالة
250	250	250	العينة	

يتضح من النتائج المبينة من الجدول عدم وجود علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والسن حيث بلغ معامل الارتباط بيرسون 0.14 وهي قيمة غير دالة إحصائيا ، كذلك نلاحظ غياب العلاقة الارتباطية بين المواجهة المركزة على الانفعال والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية والسن إذ بلغ معامل الارتباط على التوالي (0.06، 0.10) وهي قيم غير دالة إحصائيا ومنه فالفرضية لم تتحقق.

8: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة: "توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية والسن لدى عينة الدراسة"

وقد تم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية والسن لتأكد من صحة الفرضية

الجدول رقم (40)

يبين نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية والسن

الكفاءة الذاتية		
0.106	معامل الارتباط	السن
غ دال	الدلالة الإحصائية	
250	العينة	

يتضح من خلال النتيجة المبينة في الجدول أن معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسن بلغ 0.106 وهي قيمة غير دالة إحصائياً ومنه فالفرضية لم تتحقق.

9: عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة باختلاف الحالة الاجتماعية".

وللكشف عن الفروق إن وجدت بين أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA.

جدول رقم (41)

يبين نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA للفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والحالة الاجتماعية.

الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
غ دال	0.764	23.482	70.447	3	داخل المجموعات	مصدر الضبط الداخلي
		30.719	7556,917	246	بين المجموعات	
			7627,364	249	المجموع	
		104.738	314.213	3	داخل	مصدر الضبط

غ دال	2.242				المجموعات	الخارجي لنفوذ الآخرين
		46.721	11493.343	246	بين المجموعات	
			11807.556	249	لمجموع	
غ دال	0.803	27.670	83.011	3	داخل المجموعات	مصدر الضبط الخارجي للحظ
		34.465	8478.413	246	بين المجموعات	
			8561.424	249	لمجموع	

من خلال النتائج المبينة في الجدول نلاحظ عدم وجود فروق بين المجموعات في أبعاد مصدر الضبط الصحي الثلاث، حيث بلغت قيمة ف 0,764 لمصدر الضبط الداخلي وهي قيمة غير دالة إحصائياً ، كما بلغت قيمة ف لمصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ ومصدر الضبط الخارجي للحظ على التوالي (2.242، 0.803) وهما قيمتان غير دالتان إحصائياً ومنه فالفرضية لم تتحقق.

10: عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة".

وللكشف عن صدق الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعات إن وجدت.

جدول رقم (42)

يبين نتائج تحليل التباين الأحادي في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى أفراد العينة .

الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
0.05	72.278	1191.117	3573.352	3	داخل المجموعات	مصدر الضبط الداخلي
		16.480	4054.012	246	بين المجموعات	
			7627.364	249	المجموع	

0.05	65.224	1743.686	5231.059	3	داخل المجموعات	مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين
		26.734	6576.497	246	بين المجموعات	
			11807.556	249	لمجموع	
0.05	44.478	1003.592	3010.777	3	داخل المجموعات	مصدر الضبط الخارجي للحظ
		22.564	5550.647	246	بين المجموعات	
			8561.424	249	لمجموع	

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق بين المجموعات حول أبعاد مصدر الضبط الصحي: حيث بلغت قيمة في المحسوبة لمصدر الضبط الداخلي 72,278 وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى 0,05 ، كما بلغت قيمة في لمصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين 65,224 ، كما بلغت قيمة في لمصدر الضبط الخارجي للحظ 844,47 وهما قيمتان دالتان عند مستوى دلالة 0,05 .

وللكشف عن توجه الفروق بين المستويات التعليمية لأبعاد مصدر الضبط الصحي فقد تم استخدام اختبار شيفيه للمقارنات البعدية والجدول يبين النتائج : جدول (43)

نتائج اختبار شيفيه والمتوسطات الحسابية للمستويات التعليمية في بعد مصدر الضبط الداخلي

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
	م=13,30	م=14,06	م=19,76	م=21,46
مصدر الضبط الداخلي	ابتدائي	-	-	-
	متوسط	-	-	-
	ثانوي	6,749*	5,872*	-
	جامعي	9,140*	8,262*	2,390*

من ملاحظة النتائج المبينة في الجدول نجد أن التحليل البعدي أظهر وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة 0,05 بالنسبة للضبط الداخلي بين ذوي المستوى التعليمي الثانوي والابتدائي والثانوي والمتوسط لصالح الثانوي ، كون المتوسط الحسابي للمستوى الثانوي أكبر من المستوى الابتدائي والمتوسط ، بالإضافة لوجود فروق بين المستوى التعليمي الجامعي والابتدائي والجامعي والمتوسط والجامعي والثانوي لصالح الجامعي كون المتوسط الحسابي الأعلى للمستوى الجامعي 21,46 .

جدول (44)

: اختبار شيفيه في المستويات التعليمية والمتوسطات الحسابية لبعده مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
	م = 25,00	م = 22,15	م = 13,58	م = 15,53
مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ	ابتدائي	-	-	-
	متوسط	-	-	-
	ثانوي	8,578*	6,62*	-
	جامعي	11.419*	9,461*	-

- من خلال النتائج المبينة في الجدول : أظهرت وجود فروق جوهرية دالة عند مستوى دلالة 0,05 بالنسبة للضبط الخارجي لذوي النفوذ بين المستوى التعليمي الابتدائي والثانوي لصالح الابتدائي والمتوسط والثانوي لصالح المتوسط، بالإضافة لوجود فروق بين المستوى التعليمي الابتدائي والجامعي لصالح الابتدائي والمتوسط والجامعي لصالح المتوسط .

جدول (45)

: يبين نتائج اختبار شيفيه في المستويات التعليمية والمتوسطات الحسابية لبعده مصدر الضبط الخارجي للحظ

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
	م = 21,46	م = 19,76	م = 14,04	م = 13,30
مصدر الضبط الخارجي للحظ	ابتدائي	-	-	-
	متوسط	-	-	-
	ثانوي	6,461*	5,706*	-
	جامعي	8,156*	7,401*	-

- أما بالنسبة لبعده الحظ فقد كشفت النتائج عن وجود فروق دالة عند مستوى 0,05 بين كل من المستوى الابتدائي والثانوي وبين المستوى الجامعي والابتدائي لصالح المستوى الابتدائي ووجود فروق بين المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط وبين المستوى الجامعي والمتوسط لصالح المستوى المتوسط .

11: عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات

المواجهة المعتمدة لدى عينة الدراسة باختلاف الحالة الاجتماعية"

وللكشف عن صدق الفرضية تم حساب اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA

جدول رقم (46)

يوضح نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين أبعاد استراتيجيات المواجهة الحالة الاجتماعية

الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
غير دال	0.193	8.744	26.231	3	داخل المجموعات	المواجهة المركزة على المشكل
		45.382	11163.869	246	بين المجموعات	

			11190.100	249	المجموع	
غير دال	0.395	13.920	41.761	3	داخل المجموعات	المواجهة المركزية على
		35.280	8678.895	246	بين المجموعات	المساندة الاجتماعية
			8720.656	249	لمجموع	
غير دال	2.209	115.227	34.681	3	داخل المجموعات	المواجهة المركزية على
		52.166	12832.863	246	بين المجموعات	الانفعال
			13178.544	249	لمجموع	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول يتبين لنا غياب الفروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة ، حيث بلغت

قيمة ف لبعد المواجهة المركزية على المشكل، المواجهة المركزية على الانفعال والمواجهة المركزية على المساندة

الاجتماعية على التوالي (0.193، 2.209، 0.395) وهي قيم غير دالة إحصائيا ومنه فالفرضية لم تتحقق.

12: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية عشر : "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات

المواجهة باختلاف المستوى التعليمي لدى أفراد العينة"

وللتأكد من صدق الفرضية تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA.

الجدول رقم (47)

نتائج تحليل التباين الأحادي في ابعاد استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي عند عينة الدراسة

الدلالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
0.05	68.79	21.86	5105.234	3	داخل المجموعات	المواجهة المركزية على المشكل
		33.57	6084.866	246	بين المجموعات	
			11190.100	249	المجموع	
		1414.260	4242.780	3	داخل	المواجهة

0.05	77.69				المجموعات	المركزة على المساندة الاجتماعية
		18.203	4477.876	246	بين المجموعات	
			8720.656	249	لمجموع	
0.05	57.33	1807.631	5422.892	3	داخل المجموعات	المواجهة المركزة على الانفعال
		31.527	7755.652	246	بين المجموعات	
			13178.544	249	لمجموع	

نلاحظ من خلال النتائج الظاهرة في الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المستويات التعليمية ، حيث بلغت قيمة ف للمواجهة المركزة على المشكل 68,79 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,05 كما بلغت قيمة ف لبعدها المركزة على المساندة الاجتماعية 77,69 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,05 ، أما بعدد المواجهة المركزة على الانفعال فقد بلغت قيمة ف 75,33 وهي قيمة دالة أيضا إحصائيا عند مستوى دلالة 0,05 .

وللكشف عن اتجاه الفروق فقد تم حساب الاختبار البعدي شيفيه للمقارنات البعدية والمتوسطات الحسابية للمستويات التعليمية في أبعاد استراتيجيات المواجهة والنتائج مبينة في الجداول التالية :

جدول (48)

: يبين نتائج اختبار شيفيه والمتوسطات الحسابية للمستوى التعليمي في بعد المواجهة المركزة على المشكل

جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	المستوى التعليمي	
م = 25,98	م = 20,89	م = 15,61	م = 14,11		
-	-	-	-	ابتدائي	استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل
-	-	-	-	متوسط	
		*5.283	*6.786	ثانوي	
-	*5.083	*10.366	*11.869	جامعي	

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نجد وجود فروق في المستويات التعليمية حيث نجد فروق بين المستوى التعليمي الثانوي والابتدائي لصالح الثانوي والثانوي والمتوسط لصالح الثانوي، كذلك وجود فروق في المستوى التعليمي الجامعي والابتدائي والجامعي والمتوسط والجامعي والثانوي لصالح الجامعي.

- جدول (49)

: يبين نتائج اختبار شيفيه والمتوسطات الحسابية للمستوى التعليمي في بعد المواجهة المركزة على الانفعال .

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
	م=15,90	م=17,86	م=23,97	م=27,90
استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال	ابتدائي	-	-	-
	متوسط	-	-	-
	ثانوي	*8.068	*6.109	
	جامعي	*12.004	*10.046	*3.936

يتضح لنا من خلال النتائج المبينة في الجدول وجود فروق بين المستوى التعليمي الثانوي والابتدائي والثانوي

والمتوسط لصالح الثانوي، ووجود فروق بين المستوى التعليمي الجامعي والابتدائي والجامعي والمتوسط

والجامعي والثانوي لصالح الجامعي.

- جدول (50)

يبين نتائج اختبار شيفيه والمتوسطات الحسابية للمستوى التعليمي في بعد المواجهة المركزة على المساندة

الاجتماعية

المستوى التعليمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي
	م=24,94	م=20,65	م=15,47	م=14,25
استراتيجيات المواجهة	ابتدائي	-	-	-
	متوسط	-	-	-

		*5.088	*6.307	ثانوي	المركزة على المساندة الاجتماعية
-		*9.468	*10.686	جامعي	

من خلال النتائج المبينة في الجدول نجد أن هناك فروق في المستوى التعليمي الثانوي والابتدائي لصالح الابتدائي ووجود فروق بين المستوى الجامعي والابتدائي لصالح الابتدائي، كذلك وجود فروق بين المستوى التعليمي المتوسط والثانوي و المستوى التعليمي المتوسط والجامعي لصالح المستوى المتوسط.

13: عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة عشر: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية

باختلاف الحالة الاجتماعية لدى عينة الدراسة)

وللكشف عن صدق الفرضية تم إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA

جدول رقم (51)

يوضح الفروق في الكفاءة الذاتية حسب الحالة الاجتماعية

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
غ دالة	0,949	66,731	200,193	3	داخل المجموعات	الكفاءة الذاتية
		70,343	17304,371	246	بين المجموعات	
			17504,564	249	المجموع	

يلاحظ من خلال الجدول غياب الفروق بين المجموعات حول الكفاءة الذاتية، حيث بلغت قيمة ف 0,94

وهي قيمة غير دالة إحصائية، وبالتالي فالفرضية لم تتحقق .

14: عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة عشر: "توجد فروق في الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي

لدى مرضى القصور الكلوي المزمن"

وللكشف عن الفروق تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي. ANOVA.

جدول (52)

يبين تحليل التباين الأحادي للكشف عن الفروق بين المستويات التعليمية في الكفاءة الذاتية

الدلالة	قيمة ف	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
0.05	364,78	4763,960	14291,881	3	بين المجموعات	الكفاءة
		13,060	3212,683	246	داخل المجموعات	الذاتية
			17504,564	249	المجموع	

يلاحظ من خلال النتائج المبينة في الجدول وجود فروق في المستوى التعليمي بين المجموعات حول الكفاءة

الذاتية حيث بلغت قيمة ف $364,78$ وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى $0,05$ وللكشف عن طبيعة

الفروق بين المجموعات تم إجراء اختبار بعدي **Post hoc test** وذلك باستخدام اختبار شيفيه وقد تم

حساب المتوسطات الحسابية لمعرفة في أي اتجاه الفروق والجدول التالي يبين النتائج :

جدول (53)

اختبار شيفيه للكفاءة الذاتية في المستويات التعليمية

جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	المستوى التعليمي	
$32,50 = م$	$23,50 = م$	$15,35 = م$	$12,33 = م$	ابتدائي	
-	-	-	-	متوسط	
		$8,25^*$	$11,26^*$	ثانوي	

-	8,89*	17,40*	20,16*	جامعي	الكفاءة الذاتية
---	-------	--------	--------	-------	-----------------

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتبين لنا وجود فروق في المستويات التعليمية في الكفاءة الذاتية بين المستوى التعليمي المتوسط والابتدائي لصالح المتوسط ، والمستوى الثانوي والابتدائي والثانوي والمتوسط لصالح الثانوي ، وبين المستوى التعليمي الجامعي والابتدائي والجامعي والمتوسط والجامعي والثانوي لصالح الجامعي .

- الفصل الثامن:

مناقشة النتائج

- مناقشة نتائج الفرضية الأولى
- مناقشة نتائج الفرضية الثانية
- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة...
- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
- مناقشة نتائج الفرضية السادسة
- مناقشة نتائج الفرضية السابعة
- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة
- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة
- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة
- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر
- مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر
- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشر
- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة عشر

- مناقشة وتفسير النتائج :

يتناول هذا الفصل عرضاً لمناقشة ما توصلت إليه الدراسة من نتائج، وذلك في ضوء الأدب النظري و الدراسات السابقة، وفيما يلي عرض لهذه المناقشة.

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى : والتي تنص على هيمنة مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ

لدى عينة الدراسة والتي جاءت نتائجها بسيادة الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين فقد جاءت متناسقة مع دراسة (مرازقة، 2010) وهي نفس النتيجة قد توصلت إليها العديد من الدراسات والتي كانت مجمل عينتها المرضى المزمنين كدراسة بول وكابلان (Poll, Kaplan , 1980) والتي تمت على عينة من مرضى الخاضعين لتصفية الدم وبينت نتائجها ارتفاع درجات الضبط الخارجي لذوي النفوذ .

(Yardley, 1997, p76)

وفي السياق ذاته أسفرت دراسة (Baydogan & Dag, 2008) عن سيادة الضبط الخارجي لدى عينة من مرضى الغسيل الدموي ، ونفس النتيجة توصلت إليها دراسة جيلبيراند وفلين (Gillibrand & Flynn, 2001) لدى عينة من مرضى السكري وقد أسفرت النتائج أنهم يتمتعون بمصدر ضبط خارجي لذوي نفوذ الآخرين لاعتمادهم على الأطباء. (جبالي، 2007، ص21)

ورغم أن نتائج هاته الدراسات جاءت متنسقة مع نتائج الدراسة الحالية إلا أن هناك دراسات أخرى كانت والتي كانت تهدف إلى (Vinck & Valck, 1996) نتائجها عكس الدراسة الحالية كدراسة فانك وفالك (دراسة العلاقة بين جودة الحياة ومصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابين بسرطان الرئة ومجموعة ضابطة من الأسوياء والتي أسفرت نتائجها عن سيادة الضبط الداخلي لدى المجموعة المرضية في حين تميزت المجموعة (وهي نفس النتيجة توصلت إليها دراسة (جبالي Vinck & Valck, 1996) السويدية بضبط خارجي). (2007، والتي كانت من أهدافها الكشف عن النمط السائد لدى العينة الجزائرية في أبعاد مصدر الضبط

الصحي و معرفة العلاقة بين الاضطراب السيكوسوماتي ومصدر الضبط الصحي وقد توصلت النتائج إلى سيادة (التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين Nuri ;Arda,2009 الضبط الداخلي ، كذلك نجد دراسة نوري أردا) مصدر الضبط الصحي وجوده الحياة لدى المرضى المصابين بآلام الظهر المزمن والتي أسفرت عن ارتفاع درجات المرضى في بعد الخارجي للحظ ورغم الاختلاف في النتائج المتوصل إليها من خلال استعراض الدراسات السابقة إلا أن نتائج الدراسة الحالية والتي انطلقت من فرضية سيادة الضبط الخارجي لذوي النفوذ تحققت حسب توجه الباحثة وذلك لعدة أسباب مرتبطة بالعينة من جهة وصعوبات المرض والعلاج من جهة أخرى وبالعودة للجانب النظري المتعلق بمصدر الضبط الصحي والذي أكد أن الذين يتميزون بضبط خارجي يجدون صعوبة في مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها ويشعرون بالعجز المتزايد مع مرور الوقت ، وهذا ما ينطبق على مرضى الغسيل الكلوي فاعتقادهم بعدم قدرتهم التحكم في صحتهم كونهم مجردون من الملكية والتحكم في أجسامهم بسبب الآلة وبقية العلاجات الأخرى فشعورهم بأنهم مسلوبو الشخصية لكون الداخل شيء سري وعزيز لكنه يظهر باستمرار بدوران الدم خارج الجسم ، بالإضافة إلى صعوبة المهام التي يواجهونها فيما يتعلق بالعلاج من (حمية غذائية ، محدودية المشروبات ... الخ) فكلها تؤدي إلى تغيير في نمط حياتهم وما يرافقهم من تعقيدات المرض عزز لديهم الضبط الخارجي لذوي النفوذ لارتباطهم الدائم بالطاقم الطبي من أطباء وممرضين يسهرون على عملية الغسيل وبالتالي فهم أقل تفاؤلاً فيما يخص نجاح العلاج الذي يستفيدون منه وأكثر قلقاً لارتباط حياتهم بهذا المعاش الصعب والذي لن يتغير فهو مرهون بألة التصفية ، ولا حل جذري له فهو ليس كالأمرض المزمنة الأخرى التي تتطلب تناول أدوية معينة طويلة الحياة وإنما تواجد مستمر بالمستشفى فالأسبوع محدد بثلاث أو أربع جلسات تصفية ، بدون أن نغفل دور البيئة التي يعيش فيها المريض ودور التنشئة والثقافة المجتمعية وما لدورهم في ترسيخ معتقدات الأفراد نحو الضبط الخارجي فثقافتنا لا تعزز التفكير المستقل والحر بل الخضوع والاستسلام وما تمليه سياستنا من بيروقراطية كلها تعكس التحكم الخارجي .

2 : مناقشة نتائج الفرضية الثانية : والتي تنص على هيمنة استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال لدى

عينة الدراسة وقد جاءت نتائج الدراسة غير متسقة مع العديد من الدراسات كدراسة (امرازقة، 2010)

والتي توصلت إلى سيادة المواجهة المركزة على المشكل ، ودراسة لورا جولدستان (Laura Goldstein)

(2008,) التي بينت سيادة المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية ، أيضا نجد دراسة (إيمان التزلي، 2011)

والتي هدفت للكشف عن الضغوط التي يواجهها مرضى غسيل الكلى الأردنيين والإستراتيجيات المستخدمة في التعامل معها ، وقد كشفت النتائج أن المواجهة الايجابية والتي تركز على إعادة التقييم هي السائدة لدى العينة

(Eman Alnazly,2011) ، ونفس النتيجة توصلت إليها نهاد محمد (1997) والتي هدفت إلى دراسة

طرق المواجهة الشائعة بين مرضى أورام المثانة السرطانية لعينة تتكون من 100 مريض والتي كشفت أن

المرضى أكثر استخداما للمواجهة المركزة على المشكل .(معتر السيد عبد الله :2004، ص122) غير أن

دراسة (محمد بني خالد ،2011) والتي هدفت إلى وصف استراتيجيات المواجهة لدى المرضى كبار السن مع

أمراض مزمنة الأكثر شيوعا والتي أسفرت أن الاستراتيجيات الأكثر استخداما هي النمط المعتمد على الدعم

والنمط العاطفي .(Mohamed Khaled,2011) ، بالإضافة إلى دراسة بيرلان وشولر (Pearlين &)

(Schooler,1978) اللذان توصلا إلى كون المواجهة الانفعالية تكون متبناة أكثر في حالة ما إذا كان الحدث

غير متحكم به كالمريض الخطير للتقليل من ضغطه (Schweitzer :2001,p68)

وهو نفس التوجه لكل من روث وتيري (Roth et Terry,1994) واللذان استنتجا أن الاستراتيجيات

الأكثر فعالية يستخدمها الشخص في المواقف المتحكم بها أو ضبطها ، في حين استراتيجيات التجنب أكثر

استخداما في الوضعيات المدركة على أنها غير متحكم بها إلا أنها تساعد على الحصول على اتزان نفسي

وتخفيض القلق .(Michelle Dumont :2001,p61)

وفي السياق نفسه أكد كل من اندلر و باركر والدوين (Endler et Parker 1990 , Aldwin 1994)

نقلا عن (Shankland :2009,p94) أن المواجهة المركزة على المشكل أكثر فعالية في المواقف المتحكم بها ،

في حين المواجهة المركزة على الانفعال هي أكثر فعالية في حالة المواقف الغير متحكم بها كالمريض المزمّن .

وفي دراسة لفولكمان ولازاروس (1980) والتي هدفت إلى معرفة أساليب مواجهة الأحداث اليومية على مدى سنة كاملة لدى عينة من الأفراد تكونت من 100 ذكر وأنثى تتراوح أعمارهم بين (40-50 سنة) وجدوا أن 98% من أفراد العينة استخدموا أسلوب المواجهة المركزة على المشكل وأسلوب المواجهة المركزة على الانفعال وبينت النتائج أن الذين لديهم مشكلات صحية من الجنسين استخدموا أسلوب المواجهة المركزة على الانفعال. (العززي: 2004، ص 78)

ومما سبق نجد اختلاف في النتائج المتوصل إليها من قبل الباحثين ، فلم تتفق النتائج في أي نوع من المواجهة الأكثر استخداما إلا أننا بالرجوع لنتيجة الفرضية الأولى بسيادة الضبط الخارجي لذوي النفوذ فهي تعزز لدى العينة لجوئهم إلى مواجهة انفعالية أكثر وهذا ما أكدته دراسة أندرسون (Anderson,1977) أن ذوو الضبط الخارجي يلجئون إلى إستراتيجية انفعالية أكثر ، وهي نفس النتيجة توصل إليها لازاروس وفولكمان أن الشخص عند تعرضه لموقف صعب التحكم مرهق فان المواجهة الانفعالية أكثر استخداما إذ تسمح للفرد بحماية الذات والتقليل من المشاعر الاكتنائية. (Schweitzer :2001,p77)

ويمكن تفسير النتيجة من خلال تقييم الفرد للوضعية المعاشة ، فعملية التقييم هي الأساس في تبني الفرد لإستراتيجية على حساب إستراتيجية أخرى فهي تتأثر بالعوامل البيئية كطبيعة التهديد والقابلية للتحكم في الموقف ، وحسب لازاروس وفولكمان (1984) ونقلا عن بوسونغ (Bossong :2001,p41) أن الشخص يواجه الموقف من خلال تقييم الخطر ، ويعتمد تقييم الخطر على تقييم الموقف ودراسة المصادر التي يمكن من خلالها مواجهة الموقف ، وكما ذكرنا سابقا فصعوبة المعاش النفسي للمريض تساهم في لجوئه إلى تقييم حالته الصحية بتبنيه مواجهة انفعالية لتنظيم ردود أفعاله للشعور بالتحسن دون حاجته للبحث عن حل جذري للمشكلة وهنا نتحدث عن المرض وتعقيداته فكونه يدرك صعوبة الحصول على متبرع كلي وخوفه الشديد من فقدان أحد أفراد عائلته إذا كان متبرعا كل هاته الهواجس والتي استشفتها الباحثة خلال المقابلات

التي تمت مع المرضى وان كانت قصيرة كونها اعتمدت على إجاباتهم على المقاييس ومنه فالمرضى يسعى إلى تعديل التغيرات السلبية الناتجة عن الوضعية المرضية بلجوثه إلى مواجهة انفعالية للتخفيف من الحالة النفسية الصعبة وهذا ما أكده أغلب الباحثون على أن الأشخاص يستخدمون استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال في المواقف الغير متحكم بها. (Aldwin ,1994,Endler & Parker,1990)

3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة : والتي تنص على الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة وقد جاءت النتيجة بمستوى منخفض من الكفاءة الذاتية لدى العينة وهي عكس نتيجة دراسة نيكول كيدي (Nicole Keedy,2009) والتي أسفرت عن مستوى مرتفع من الكفاءة الذاتية لدى مرضى آلام الظهر المزمن ، وهي نفس النتيجة توصلت إليها دراسة زعطوط (2012) التي أسفرت نتائجها عن مستويات مرتفعة في الكفاءة الذاتية لدى مرضى السرطان ، في حين نجد دراسة اكين (Akin,2008) على عينة من 141 مريضة تركية مصابة بسرطان الثدي والخاضعات للعلاج الكيميائي حيث أسفرت النتائج انخفاض الكفاءة الذاتية خلال مدة العلاج (زعطوط :2012،ص160) وهي دراسة نتائجها متسقة مع نتيجة الدراسة الحالية وتفسر النتيجة بكون المرضى لديهم اعتقاد في عدم قدرتهم التعامل مع مرضهم فالقصور الكلوي المزمن مرض خطير ومهدد لحياة المريض وعدم توقع حالته الصحية نتيجة تعقيدات المرض يخفض من درجة الكفاءة الذاتية كون المرضى يدركون المرض كتهديد وأنهم لا يمتلكون أي مقدرة في تحقيق أهدافهم وهي التحكم في صحتهم وهذا حسب التوجه النظري للكفاءة الذاتية لباندورا فالعقبات الصحية التي يواجهونها يعزونها إلى نقص قدراتهم وضعف جهودهم في المواقف الصعبة مما يؤخر إحساسهم بالكفاءة الذاتية ، وبالرجوع إلى نتيجة الفرضية الأولى بسيادة الضبط الخارجي لذوي النفوذ لدى عينة الدراسة يدعم النتيجة فتقييم المريض لإمكاناته تؤثر سلبا على كفاءته ، إذ أن شعور المريض أن مرضه يتجاوز إمكاناته وقدراته تجلت بأفكار غير فعالة وعدم العمل على تنظيم ادراكاته لتغلب على الأعراض الجسدية أو النفسية للقصور الكلوي وكما يرى مادوكس

(Maddux,2005,p285) أن الإحساس المنخفض بالكفاءة الذاتية يصدر عن أبنية معرفية ذات أثر غير

فعال في تقوية الإدراك الذاتي للفعالية .

4 - مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

والتي بينت وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده الثلاث والكفاءة الذاتية .

✓ فبالنسبة لمصدر الضبط الداخلي وارتباطه بالكفاءة الذاتية فالدراسة متسقة مع دراسة كل من تانغ (Tang,2004) و دراسة جيلبيراند (Gillibrand,2006) واللذان أكدتا وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الداخلي والكفاءة الذاتية ، وحسب النتيجة فهي منطقية كون من يتبنى مصدر الضبط الداخلي تكون لديه مسؤولية اتخاذ قراراته وأن سلوكياته نابعة عنه ، وكما نعلم أن الكفاءة الذاتية لا تتعلق بتوقعات الكفاءة فقط وإنما بتوقعات النتائج فتفسير المريض لجهوده المبذولة للحفاظ على استقرار صحته والنتائج المطلوبة تزيد من كفاءته الذاتية ، فكلما كان الاعتقاد في التحكم الذاتي كانت الكفاءة الذاتية مرتفعة.

وهذا ما أكدته شنيويند (Schneewind ,1995) أن الأشخاص ذوو مصدر الضبط الصحي الداخلي لديهم

مستوى كفاءة ذاتية مرتفعة . (Lenz &Schortridge,2002,p13)

✓ أما فيما يتعلق بمصدر الضبط الخارجي (لذوي النفوذ و الحظ) وعلاقته بالكفاءة الذاتية فالدراسة متسقة مع نتائج دراسة (هالة السعيد،2006) و دراسة (عليوة ،2007) وكما أشرنا سابقا بأن الضبط الخارجي يكون أكثر عندما تتجاوز الآلام قدرات الشخص وخاصة مرض مزمن كالقصور الكلوي المزمن إذ أن نظرة المريض لمرضه على أنه مزمن ولا حل له وصعوبته تجعله يبحث عن طرق لتخفيف معاناته دون البحث عن الحلول المناسبة كونه لا يملكها ، فمعتقداته تكمن في القدرية وأن المرض من قضاء الله لا بد له

أن يتقبله، بالإضافة بمدر كاته حول مرضه أنها تحت سيطرة الطاقم الطبي طوال مدة المتابعة لكون مشاريعه تصبح محدودة لاتصاله بعملية التصفية الدائمة ، كل هذه العوامل تؤثر في خفض كفاءة الشخص لأما تتوسط الضغوط المعاشة و حياة الفرد فقناعة المريض بقيامه بسلوك معين يؤدي إلى نتيجة حتمية من إتباعه لتوصيات الأطباء ستؤدي إلى نتيجة التحكم في حالته الصحية وعدم انتكاسته ومنه فنظرة المريض وكفاءته الذاتية هي التي تحدد تبني سلوك صحي أو لا فالأشخاص ذوو الكفاءة المنخفضة دافعتهم ومصادر أهدافهم خارجية ويشعرون بعدم قدرتهم على تجاوز المواقف الصعبة ، فاعتقاد المريض بأن حالته الصحية سوف تتحسن أو تتطور نحو الأفضل تعتمد بنسبة كبيرة على كفاءة الذاتية والتي تحمل في طياتها توقعات الكفاءة وتوقعات النتيجة فمثلا المريض يتم التعبير عن توقع النتائج في عبارات مثل (عندما التزم بحمية غذائية يضعف خطر حدوث مضاعفات سلبية على صحي) إلا أنه من أجل توجيه التصرف لا يكفي ذلك فلا بد من توقعات للنتائج فعلى المريض أن يرى نفسه قادرا على البدء بسلوك بشكل هادف والتي يعبر عنها في عبارات مثل (أنا واثق من أي قادر على الالتزام بحمية غذائية وبالتالي التحكم بمرض) وكما يرى جابر عبد الحميد (1999) أن من لديهم كفاءة ذاتية منخفضة يندر أن يرجعوا الفضل في نجاحهم إلى أنفسهم.(جابر عبد الحميد :1999،ص444) ومنه فانخفاض الكفاءة الذاتية مرتبط بمعتقدات المرضى بالضبط الخارجي للآخرين أو الحظ نتيجة شعورهم باليأس والإحباط وهذا ما لاحظته الباحثة في الميدان لدى عينة الغسيل الكلوي فالعديد منهم لا يلتزمون بنصائح الأطباء ولا يتقيدون بتعليمات الطاقم الطبي .

5: مناقشة نتائج الفرضية الخامسة : كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد استراتيجيات

المواجهة والكفاءة الذاتية فهناك من الدراسات التي أكدت العلاقة ومنها من نفت وجودها، ومن بين الدراسات التي أثبتت وجود علاقة دراسة نورمان (Norman,2002) والتي كانت من بين أهدافها

الكشف عن الفروق في استراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى عينة من المرضى المزمنين مكونة من 137 مريض وفئة ثانية من المرضى المصابين بأمراض حادة مكونة من 134 مريضاً وكشفت النتائج عن استخدام المرضى المزمنين لاستراتيجيات مختلفة للتكيف مع المرض سواء انفعالية تجنبية أو استراتيجيات مركزة على المشكل كما وجد ارتباط دال إحصائياً بين الكفاءة الذاتية وبين استراتيجيات المواجهة (Norman,2002) فاستراتيجيات المواجهة التي يلجأ إليها الشخص تختلف بطبيعة الموقف الضاغط ، وهنا نجد أن الأشخاص الذين يدركون أن الموقف متحكم فيه وخاضع لتحكمهم على الأغلب يتبعون استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل ، غير أن دراسة (ولسن وآخرون ،2003) لم تسفر عن علاقة بينهما وهي نتيجة غير منطقية كون من يملكون توجه نحو المواجهة المركزة على المشكل يملكون إحساساً قوياً بالكفاءة الذاتية المرتفعة ، فمعتقدات المريض فيما يخص قدرته على تنسيق وتوجيه قدراته في حالته المرضية والتي تمثل تحدياً للوضع الصحي ، فهي لا تقتصر على توقعاته المتعلقة بسلوكاته وإنما تتعلق بما سيفعله لتجاوز وضعيته الصحية الصعبة ، مما ينبئ و يقوي قدرة المريض على تبني استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل فالنظرة الإيجابية التي يتميز بها من لديهم مواجهة متمركزة على المشكل تساهم في زيادة إحساسهم بالمقدرة على مواجهة التحديات الصعبة وحمايتهم من الضغوط .

- أما بالنسبة لوجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال والكفاءة الذاتية فهناك دراسة (Olson & al,2003) فقد توصلت لوجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال. (Carolyn A.Green, 2007, p21)

وكما ورد في الجانب النظري أن المواجهة المركزة على الانفعال تعمل على تعديل الانفعالات الناجمة عن الضغوط والحن ، وبالتالي تقلص التوتر الناتج عن التهديد فهي كعامل مساعد وارتباطها بالكفاءة الذاتية ليس ارتباطاً سلبياً وإنما فهي تزيد من كفاءة الشخص على مواجهة المرض وآلامه وكما وجدنا من تحقق الفرضية

الأولى التي بينت سيادة المواجهة المتمركزة على الانفعال فاعتقاد المرضى أن المشكلة تتجاوز إمكاناتهم وقدراتهم تجعل المرضى يلجئون إلى محاولة تعديل الانفعالات الناجمة عنها ، فالمشكلة نفسها لن تتغير ولن تتحسن إلا بعملية الزرع ومنها تزيد من كفاءة الذاتية للفرد لتقبل الوضعية الصحية الصعبة .

- في حين وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية والكفاءة الذاتية والتي جاءت ايجابية فكما وجد موثس وآخرون (Mothes et al,2005) أن المساندة الاجتماعية عامل مهم للراحة النفسية ومقدرة عالية كونها إستراتيجية مواجهة وارتباطها بالكفاءة الذاتية أين تنبأت بانخفاض القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان .(Gaumé :2009,p68) وهذا ما أكده فيتاليانو وآخرون نقلا عن (تايلور ،2008،ص434) أن المشاكل الصحية تقود الناس إلى البحث عن السند الاجتماعي ، فالعلاقات الايجابية والتفاعلات الداعمة من قبل المقربين للشخص من أفراد عائلته أو الأسرة مصدر أساسي بشعور الفرد بكفاءته الذاتية و هي النتيجة التي توصل اليها كوپمان (Koopman,1998) عندما قام بدراسة العلاقة بين التوافق الانفعالي مع السرطان في مراحل المتقدمة والشعور بالألم وبين الدعم الاجتماعي على عينة من 102 امرأة تعاني من انتشار السرطان الرئوي ، وقد دلت النتائج على ارتباط دال بين كروب الحياة وبين الدعم الاجتماعي ، فكلما كان الدعم الاجتماعي قويا وفاعلا كان تحمل الألم لدى أفراد العينة مقبولا .(زعطوط :2012،ص60) وكما نعلم أن الثقافة الجزائرية وعاداتها وتقاليدها تؤكد أهمية العلاقات العائلية فالحديث مع أفراد الأسرة عن مشاعر المريض حول مرضه ومشاركتهم معاناته تلعب دور كبير في تخفيف النتائج السلبية للمرض والعلاج ، وهنا لا نتحدث عن المساندة العائلية فقط بل تدخل المساندة المعلوماتية من قبل الأطباء والساهرين على صحة المريض كلها تعمل على تعديل التعبيرات السلبية الناتجة عن تغيير نمط حياتهم وتضعف من كفاءتهم الذاتية وهذا ما تميزت بهم عينة الدراسة من مستوى منخفض في الكفاءة الذاتية ، إلا أننا يمكن القول بأن تبني إستراتيجية على أخرى ليست بالضرورة أن إحداها فعالة عن الأخرى وإنما ما يخفف العبء عن

المريض ويساعده على التأقلم والتكيف مع وضعه الصحي هو الفعال سواء مواجهة مركزة على المشكل أو الانفعال أو السند الاجتماعي كلها استراتيجيات تساعد المريض على التأقلم وتقبل مرضه.

16 : مناقشة نتائج الفرضية السادسة : قد كشفت النتيجة غياب العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي

والسن وقد جاءت الدراسة غير متسقة مع الدراسات السابقة فبالعودة للجانب النظري والذي أكد على وجود علاقة بين مصدر الضبط والعمر فمصدر الضبط الداخلي يزداد مع الزيادة في العمر وهو ما توصل إليه كل من لاو و ريشمان ومالكيكيوسكي (Lao 1974, Rychman & Malkikioski 1975) . (ابوناھية ، 1989 ، ص 187) وكما وجد هاشمان (Hachman, 1986) في دراسته أن مع التقدم في العمر فان مصدر الضبط الصحي للمرء يصبح أكثر خارجي ، ونفس النتيجة توصلنا إليها كل من والستون و وودوورد (Wallston & Woodward, 1987) أن كبار السن أكثر ميلا للضبط الخارجي عن صغار السن ، فهم يفضلون اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة من المهنيين الصحيين . (David Haber :2013,p111) ، أيضا نجد دراسة بيكرت وكونسوليس (Buckert & Consolis, 2004) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وفرط الكولسترول لدى عينة قوامها 1398 مريض و من بين أهدافها دراسة العلاقة بين السن ومصدر الضبط الصحي وقد أسفرت النتيجة عن وجود علاقة ارتباطية سلبية بينهما . (Buckert & Consolis, 2004, p334) أي أنه كلما ازداد العمر كلما انخفض الضبط الداخلي وقد توصلت دراسة جبالي (2007) عن وجود علاقة بين مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين والسن ، بالإضافة إلى دراسة (أحمان لبني ، 2013) والتي من أهدافها معرفة الفروق بين الأفراد الأكبر سنا والأصغر سنا في مصدر الضبط الصحي وأسفرت النتائج أن الأفراد الأكبر سنا أكثر اعتقادا في الضبط الخارجي لذوي النفوذ في حين غياب الفروق في البعدين الآخرين حسب السن . (أحمان ، 2013) ، في حين دراسة شونغ وبريفزا وآخرون (Chung & Préveza et al , 2005) والتي هدفت إلى التحقيق في مدى الاستجابة لاضطراب

ضغط ما بعد الصدمة الناتجة عن إصابات على مستوى النخاع الشوكي وقد شملت العينة 23 شابا و 25 كهلا و 14 شيخا وقد توصلت النتيجة إلى أن المرضى الشباب يعتقدون في مصدر الضبط الخارجي للحظ أكثر بكثير من المرضى في منتصف العمر وكبار السن. (Chung & al :2005 ,p69-80)

فكما نلاحظ فالدراسات السابقة اختلفت نتائجها بين وجود علاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي سواء كان الداخلي أو الخارجي وارتباطه بالسن إلا أن نتائج الدراسة الحالية لم تثبت وجود علاقة ويمكن تفسير النتيجة بالرجوع إلى طبيعة العينة فجميع الدراسات السابقة اختلفت عينتها بين الأمراض المزمنة والتي تتطلب تناول أدوية معينة حتى وان كانت مدى الحياة ، إلا أن عينة الغسيل الكلوي فهي مرتبطة بالمستشفى دائما فلا تستطيع السفر أو القيام بمهام أخرى ومنه فلا دخل للسن بتبني الفرد ضبطا داخليا أو خارجيا كون الأصغر سنا أو الأكبر سنا معاناتهم هي هي لا فرق بينهم فحياتهم مقترنة بالزراعة وإيجاد مترع للتخلص من الآلام والمعاناة المنحجرة عن المرض .

7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة : والتي جاءت نتائجها بغياب العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والسن ، فالتراث النظري الذي تناول هذا الجانب منهم من وجد علاقة ومنهم من كانت نتيجتهم كنتيجة الدراسة الحالية ، ومن بين الدراسات التي أثبتت وجود علاقة دراسة باسكمان وآخرين (Baskman et al ,1991) والذين توصلوا من خلال سلسلة من الدراسات التجريبية أن الأفراد الأصغر سنا يستعملون استراتيجيات مواجهة فعالة أكثر من متوسطي العمر ومتقدمي العمر ، وهذا ما أكدته فاييلنت (Vaillant,1986) إذ وجد أن التغير في استراتيجيات المواجهة من المراهقة إلى سن الرشد واضح ولكن في المراحل العمرية الموالية فالتغير يكون طفيف جدا. (Zneider et al, 1996 :p493) وفي دراسة نقلها عن (Jean François,) (2005 :p51) أن الشباب لا يستعملون إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل في حين يستعملها الراشدين أكثر، بينما المسنين فيستخدمون المواجهة المركزة على المشكل والانفعال معا.

كما توصل شولر وبيبرلن (Schooler et Pearlين , 1978) في دراسته على عينة غير إكلينيكية للكشف عن استراتيجيات المواجهة ، وجدت أن المسنين يستعملون المواجهة المركزة على المشكل بنسبة أكبر مقارنة بالأصغر سنا (Billings et Moos,1981,p135) ، أما لازاروس وفولكمان (1987) في دراستهم وجدوا علاقة ارتباطية بين المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية والسن ، إذ أن الشباب يستعملونها أكثر مقارنة بالأكبر سنا الذين يتحملون المسؤولية ويفكرون أكثر بمنطق ، أما الدوين (Aldwin,1991) في دراسة على عينة من الأشخاص تكونت من 228 شخص أعمارهم بين 18- 78 سنة وجد أن الأشخاص الأكبر سنا في العينة يلجئون إلى استعمال استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال أقل من الأصغر سنا . (واكلي ،2013،ص230)

وكما توصل كل من لازاروس وفولكمان (1987) أن الرجال والنساء في منتصف العمر يميلون إلى استخدام استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل ،بينما المسنين فأكثر استخداما للمواجهة المركزة على الانفعال.

(Ogden,2008,p271)

ورغم اختلاف نتائج الدراسات السابقة التي لم تصل إلى نتيجة موحدة فيما يتعلق بارتباط استراتيجيات المواجهة والسن إلا أن الباحثة كانت تعتقد أن السن يعتبر عامل مهم في اختيار الفرد لإستراتيجية على حساب أخرى وكما يرى كل من وونغ و كالوباك (Wong & Kaloupek,1986) نقلا عن (تايلور، 2008، ص429) أن فترة التعرض للضغط تفرز هل ستكون إستراتيجية المواجهة في التعامل مع الحدث ناجحة أم لا فالأفراد الذين يتعاملون مع الضغط عن طريق التقليل من أهميته أو تجنبه يظهرون نوعا من التعامل الفعال مع التهديدات قصيرة المدى ولذا فان من هم أصغر سنا وقد تعرضوا للإصابة بالمرض قد لا تجدي استراتيجياتهم المركزة على المشكل كونهم لم يصلوا إلى مستوى من النضج والوعي يسمح لهم التركيز على مرضهم وبالتالي البحث عن الحلول لذا فهم إما يلجئون إلى استراتيجيات تعتمد على الجانب الانفعالي أو البحث عن السند

الاجتماعي وهو الأهم بالنسبة لعمرهم أما الأشخاص الأكبر سنا فهم يلجئون إلى إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكل كونهم يملكون خبرات أكبر مع الحياة وبالتالي نضجهم ووعيهم أعلى من صغار السن ، إلا أن النتيجة جاءت معاكسة لتوقعات الباحثة فالسن لا يعتبر عامل في تبني مرضى الغسيل الكلوي لإستراتيجية مواجهة على حساب أخرى ويمكن تفسير النتيجة للتشابه الكبير في طبيعة الظروف المرضية والعلاجية لدى عينة الدراسة والمعتقدات الثقافية السائدة حول المرض في المجتمع، وتأثير المستوى التعليمي والثقافي للفرد ، وكذلك نمط الاستجابات السابقة التي يستخدمها أمام الظروف الضاغطة.

8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة : والتي تنص على وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسن لدى العينة ،وقد جاءت نتيجة الدراسة بغيابها ولقد اختلفت نتائج الدراسات السابقة فمنها من كشف عن وجود علاقة بينهما ومنها من لم يثبت وجودها ومن الدراسات التي أثبتت غياب العلاقة دراسة كل من (سمية عليوة،2007) ودراسة (محمد السيد عبد الرحمان ،1998) والتي كانت تهدف إلى البحث عن العلاقة بين كفاءة الذات والمتغيرات المرتبطة بالتدخين ومنها سن الانخراط في التدخين وقد توصلت الدراسة إلى فروق جوهرية بين المدخنين الأصغر سنا والأكبر سنا في بعد الكفاءة الذاتية لصالح الأصغر سنا .(محمد السيد عبد الرحمان ،1989) ، بالإضافة إلى دراسة كنيكت وآخرون (Kneckt et al ,1999) والتي كانت من بين أهدافها فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكري وفعالية الذات لصحة الأسنان ودراسة علاقتها بالسن ، وقد أسفرت النتيجة عن غياب علاقة ارتباطية بين السن وفعالية الذات لصحة الأسنان فلم يعتبر السن كعامل منبئ بالسلوك الصحي .(Kneckt & al ,1999)

ومن بين الدراسات التي جاءت عكس نتائج الدراسات السابقة نجد دراسة سندامونغ (Sindamong,2004) والتي أسفرت نتائجها عن علاقة ارتباطية بين السن والكفاءة الذاتية ، ورغم اختلاف النتائج الدراسات السابقة والتي لم تتسق نتائجها مع بعض ، إلا أنه يمكن تفسير نتيجة الدراسة الحالية

بمايلي : رغم توزيع العينة بين فئة الشباب والكهول والشيخوخ إلا أنها أثبتت غياب العلاقة ويمكن تفسير النتيجة بالرجوع إلى النتائج الفرضيات السابقة فالكفاءة الذاتية مرتبطة باستعداد الفرد على ممارسة الضبط والتعامل بإيجابية تجاه مختلف الأحداث وبالتالي تشعر الفرد بالقدرة على الارتقاء بالصحة وكما يرى باندورا (Bandura,1977) أن اعتقادات الفرد تحدد نوع الأنشطة التي سيقوم بها أو التي سوف يتعد عنها فهي عبارة عن أحكام لا تتصل بما ينجزه الفرد فقط وإنما بالحكم على ما يستطيع انجازه . وهنا نتحدث عن مرض مزمن فلا دخل للسن في تفكير ومعتقدات الفرد فكل المرضى لديهم نفس النظرة ونفس التوجه نحو مرضهم وبالتالي فلا دخل للسن في تبني المريض لإستراتيجية على حساب أخرى فالعمر بالسنوات قد لا يكون العامل الأهم والأكثر تأثيراً بقدر أهمية التعامل مع المرض والصعوبات المتعلقة بخصائصه والضغوط الناتجة عنه فمصدر المشكل الصحي نفسه ونتائج المرض نفسها وبالتالي مهما كان سن المريض فاعتقاداته اتجاه المرض هي نفسها

9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة : لم يكشف اختبارات عن وجود فروق جوهرية في أبعاد مصدر الضبط

الصحي حسب الحالة الاجتماعية ، وقد جاءت النتيجة غير متسقة مع نتائج دراسة (جبالي، 2007) ودراسة ستروبي (Stroebe,1987) التي بينت فروق في الضبط الخارجي لدى الأرامل والذين كانت علاقتهم بالشريك علاقة مبنية على ثقة كبيرة بينهما . (Marie.F. Bacqué :1997 ,p70) ، بينما تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (عليوة، 2007) و دراسة (مرازقة، 2010) وبالعودة للجانب النظري أنه من بين الحاجات التي يتضمنها الفرد والتي تدخل ضمن إطار نظرية التعلم الاجتماعي لروتر والتي انبثق منها مصدر الضبط أن الحاجة إلى الراحة الجسمية تعزز بحاجة الفرد إلى الاشباع الجسمية والتي ترتبط بالأمن والرغبة في الملذات الجسمية ، ومنه فمريض الغسيل الكلوي والمتزوج قد يعاني من العجز الجنسي والمشاكل الجنسية مع شريكه وهذا ما ذهب إليه عبد المنعم حنفي (1992) أن المريض نتيجة خضوعه للغسل الكلوي تنقص قدراته الجسمية والجنسية تدريجياً وهذا ما يؤثر على حياته الزوجية مما يعزز لديه الشعور بالنقص وعدم القدرة

في التحكم في مجريات حياته وبالتالي لجوءه إلى ضبط خارجي لتخفيف العبء عليه بإلقاء اللوم في مرضه على أفراد أسرته مثلاً أو أنه حدث خطأ طبي أو بالإيمان بالقدرية وأن المرض مكتوب وقدر من الله ، في حين قد نجد الفئات الأخرى من عزاب أو مطلقين أو أرامل في نفس الوقت لافتقادهم للسند العاطفي من فقدان الشريك قد تؤدي بالضرورة إلى ضبط سواء داخليا أو خارجيا وهذا حسب توجه الباحثة واعتقادها إلا أن نتيجة الفرضية لم تتحقق ، ومن هنا نجد أن المرض وتعميداته لم تؤثر في رؤية العازب أو المتزوج أو الأرملة أو المطلق في ضبطه سواء داخليا أو خارجيا وهنا يمكن القول أن الضبط الصحي غير مرتبط بالحالة الاجتماعية لدى عينة المرضى .

10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة: فقد جاءت نتيجة الدراسة بوجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد

مصدر الضبط الصحي حسب المستوى التعليمي وجاءت النتيجة حسب توقع الباحثة فمصدر الضبط الداخلي جاءت متناسقة مع دراسة فاست مان وماتيويس (Faustman & Mathew 1980) أين دلت النتائج على وجود ارتباط موجب بين التحصيل العالي والضبط الداخلي ، وهي نفس النتيجة التي توصل إليها (الديب 1985) بوجود فروق في مركز الضبط بين الأفراد تعود إلى اختلاف مستوى ثقافتهم ودرجة تعليمهم الأكاديمي ، وكان من أهم النتائج التي أشارت إليها الدراسة أنه كلما انخفض مستوى مؤهلات الفرد العلمية انخفضت معها درجاتهم في الضبط الداخلي ومالوا أكثر نحو الضبط الخارجي .(أمل الأحمد ، 2001، ص 220) بالإضافة لدراسة شيفرد (Shepherd et al : 2006,p318) أين التحصيل العلمي العالي مرتبط بالضبط الداخلي ، فالنتيجة جاءت لصالح المستوى التعليمي الجامعي على حساب المستويات الأخرى وهي نتيجة منطقية فمن خصائص الضبط الداخلي أن الأشخاص ذوو التحصيل العالي وارتفاع مستوى تعليمهم يساهم في تنوع أساليبهم في حل المشكلات ، كما أنهم أكثر تحملا للمشكلات الغامضة كالمرض كونهم يتصفون بالنضج العقلي والعاطفي .

أما فيما يتعلق ببعدي الضبط الخارجي سواء ذوي النفوذ أو الحظ فقد جاءت النتيجة لصالح المستويات المتدنية من التعليم (الابتدائي والمتوسط) فقد وجدت فروق بين المستوى الابتدائي والمتوسط والابتدائي والثانوي والابتدائي والجامعي لصالح المستوى الابتدائي وبين المستوى المتوسط والثانوي والمتوسط والجامعي لصالح المتوسط وهي نتيجة أيضا منطقية فمن خصائص ذوو الضبط الخارجي أنهم يفشلون في توقعاتهم للأحداث وبالتالي يتصرفون في الموقف بأسلوب غير ملائم فهم أكثر خضوعا للآخرين (كالأطباء ، الأسرة) ولديهم تصلب في تفكيرهم حيث الالتزام بوجهة عقلية محددة ، ومنه فالمستوى المنخفض من التعليم يعزز لدى الفرد التمسك بآراء وأفكار مقربيه من أفراد عائلته والطاغم الطبي وبالتالي وجود عوامل أخرى كالنشئة وثقافة المجتمع التي لا تعزز الاستقلالية والحرية في التفكير والتي يفترده المريض ذو المستوى المنخفض يجعله يعزو ما يحدث له للآخرين .

11- مناقشة نتائج الفرضية الحادية عشر : النتائج أوضحت غياب الفروق في استراتيجيات المواجهة

حسب الحالة الاجتماعية إذ لم يكشف اختبارت عن وجود فروق ، ولغياب الدراسات التي تناولت الفروق في الحالة الاجتماعية ما عدا دراسة (مرازقة،2010) والتي جاءت نتائجها متسقة مع نتائج الدراسة الحالية وكما نعلم بأن الزواج يجعل مسؤولية الحياة متقاسمة بين الزوجين وانخفاض الشعور بالتهديد نتيجة السند العاطفي والمعنوي فتقل المضاعفات النفسية والاجتماعية لدى الزوجين وبالتالي مواجعتهم لضغط المرض يختلف عن توجه الأرامل أو العزاب أو المطلقين نتيجة غياب هذا الدعم الأساسي والمهم لدى المريض ، وقد أسفرت نتائج دراسة لسيمستر (Symister,2003) على عينة من 86 مريضا مصابا بالقصور الكلوي أين تم قياس الدعم الاجتماعي وكذا تقدير الذات والأعراض الاكتئابية وعرف الدعم الاجتماعي إجرائيا بالتفاعل بين الزوجين ودلت النتائج عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي المبني على التفاعل الجيد بين الزوجين وقلة الأعراض الاكتئابية .(زعطوط :2012،ص 64) وهذا كان توجه الباحثة أيضا إلا أنه يمكن تفسير النتيجة بالرجوع

إلى أن استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الأفراد في مواجهة مواقف الحياة الضاغطة مختلفة من شخص لآخر ، وبالعودة للأدب النظري على كون استراتيجيات المواجهة تستخدم في المواقف التي تتجاوز إمكانات الفرد والتي ترجع إلى درجة تقييم الفرد لهاته الإمكانيات لتجاوزها ، ومنه فاستخدام إستراتيجية على أخرى بناء على درجة اعتقاد المريض بكونها تخفف من حدة ضغط المرض والألم الناجم عنه بغض النظر عن كون الشخص عازبا أو أرملا كان أو مطلقا أو متزوجا فكل الحالات متشابهة وتعايش بنفس الظروف المرضية وبالتالي فلا دخل للحالة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى .

12- مناقشة نتائج الفرضية الثانية عشر: كشفت النتائج عن وجود فروق بين المستويات التعليمية حسب

أبعاد استراتيجيات المواجهة

فاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل أسفرت النتائج عن فروق بين المستويات التعليمية الأربع الابتدائي والمتوسط والثانوي وبين المستوى الجامعي لصالح المستوى الجامعي وهي نتيجة منطقية كون من يتمتعون بمستوى تعليمي عالي لديهم القدرة على تحليل المواقف الضاغطة وتقييمها من حيث إمكانية التحكم فيها ، فكلما كان المستوى التعليمي عالي كانت إستراتيجية مواجهته مع أحداث الحياة أحسن وهي نتيجة تؤكد ما توصلت إليه نتيجة الفرضية التاسعة بسيطرة الضبط الداخلي لدى الجامعيين فكما سبق الإشارة أن هناك علاقة ارتباطية بين الضبط الداخلي والمواجهة المركزة على المشكل فالمستوى العالي يجعل الفرد أكثر قدرة على تنظيم وتطوير مهاراته واتخاذ قراراته فيما يتعلق بصحته مما يجعله قادرا على تحديد المشكلة ووضع الخطط لإيجاد الحلول وبالتالي تعميم الحلول على المواقف الجديدة التي ستواجهه في الحياة ومنها الجانب الصحي والمرضى للفرد .

- **المواجهة المركزة على الانفعال** فقد أسفرت النتائج عن فروق بين المستويات التعليمي الثانوي والابتدائي والثانوي والمتوسط لصالح المستوى الثانوي وبين المستوى الجامعي و الابتدائي والجامعي والمتوسط والجامعي والثانوي لصالح الجامعي وبالعودة لنتيجة الفرضية الثانية أين أثبتت سيادة المواجهة المركزة على الانفعال ومن هنا نجد أن الجامعيين حتى وان كانت خبراتهم كبيرة فيما يتعلق بمستوى نجاحاتهم أو إخفاقاتهم إلا أنهم يلجئون إلى مواجهة انفعالية لتخفيف المعاناة النفسية الناجمة عن المرض وبالتالي البحث عن الراحة الانفعالية أكثر.

- **المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية** فقد أسفرت النتائج عن وجود فروق بين المستوى الثانوي والابتدائي والجامعي والابتدائي لصالح الابتدائي وبين المستوى الثانوي والمتوسط والمتوسط والجامعي لصالح المتوسط أي أن المرضى ذوو المستويات التعليمية الدنيا لديهم ثقافة الخضوع والالتزام بأفكار وأراء الآخرين ومنهم تمسكهم بالسند العائلي أو السند المعلوماتي من قبل الأطباء فالفرد ذو المستوى التعليمي المتدني يتمسك بما يعتقد فيه الآباء والأجداد ، وبالتالي يلغون قدراتهم الذاتية في مواجهة أي مواقف في حياتهم ويستسلمون للتواكل دون أن يقوموا بدور ايجابي للوقاية من المرض أو علاجه. فالمرضى يميل إلى تبني إستراتيجية على حساب أخرى وفقا للمشكل الذي يواجهه ووفقا لشخصيته ومستوى تعليمه وضبطه .

13- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة عشر: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية حسب الحالة

الاجتماعية ، والفرضية لم تتحقق وهذا عكس توقعات الباحثة إلا أن النتيجة جاءت متسقة مع دراسة (عليوة، 2007) ، إلا أننا يمكن تفسير النتيجة إلى أن الكفاءة الذاتية غير ثابتة ويتم اكتسابها عن طريق تجارب الحياة المختلفة ، ويمكن إعادة تعلمها من خلال التفاعلات الاجتماعية المختلفة مع الآخرين وتحفيزهم ومساندتهم وبالتالي كان توجه الباحثة بوجود فروق تعزى للمتزوجين على حساب الأراامل والمطلقين نتيجة ضغط فقدان الشريك وذلك لغياب السند والدعم إلا أن النتيجة أثبتت أن الحالة الاجتماعية لا دخل لها في

المرض فالكفاءة الذاتية لدى الفئات الأربعة لا نفرق بينها لأنهم يعيشون معاناة واحدة وهي الوضعية الصحية الصعبة .

14- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة عشر: كشفت النتيجة عن فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي وهي نتيجة متسقة مع دراسة (عليوة، 2007) ودراسة (الزق، 2009) التي هدفت إلى معرفة مستوى الكفاءة الذاتية لدى طلبة الجامعة الأردنية في ضوء المستوى التعليمي ، تألفت عينة الدراسة من 400 طالب وطالبة ، أشارت النتائج إلى وجود فروق في مستوى الكفاءة الذاتية يعزى للمستوى التعليمي العالي . (العلون، المحاسنة، 2011، ص 402)

أي أنه كلما تميز المستوى التعليمي بالارتفاع ارتفعت درجة الكفاءة الذاتية وتنخفض بانخفاض المستوى التعليمي ، فذوو المستوى التعليمي العالي ينشغلون بأداء مهامهم ويضعون أهدافا ليحققونها فهي تعتبر كتحد لهم ويضعفون جهودهم لمواجهة الإخفاقات وبالتالي فإن الجانب المرضي وخاصة في غسيل الكلى فالمرضى ذوو المستوى العالي يواجهون المرض بثقة كبيرة في قدرتهم ممارسة التحكم في مرضهم باعتمادهم الالتزام بنصائح الأطباء ورغبتهم الاستمرارية في مواجهته إذ أن الكفاءة الذاتية تتوسط العوامل النفسية والعادات الصحية أو المحققة من ظروف المرض فهم ينظرون لصعوبات المرض كتحديات ويثابرون للمحافظة على صحتهم واستقرارها فإحساسهم بكفاءة ذاتية تعد محدد هام لنجاحهم في تجاوز ألامهم . فمريض الغسيل الكلوي ذو المستوى التعليمي العالي يعمل على التقيد بتعليمات الطبيب وإنجاح علاجه كونه يسعى دائما إلى تعميم نجاحه والقيام بالمطلبات المفروضة عليه من قبل الأطباء ، وكما نعلم أن الكفاءة الذاتية تتميز بالعمومية حيث أن الأفراد ذوو الكفاءة العالية يسعون إلى تعميم الخبرات الناجحة التي يمرون فيها على كافة مجالات حياتهم ، وبالتالي في جانب معين وخاصة الجانب التعليمي الأكاديمي يعزز لديهم الإحساس بالثقة والقوة على تخطي أمور الحياة الصعبة ، وبالتالي فالجامعي لديه تفكير مستقل في تفسير سلوكياته الصحية أو المرضية

تختلف عن تفسير الشخص ذو المستوى الابتدائي أو المتوسط لكون المتعلم يبحث عن كيفية المحافظة على صحته وبالتالي فهو يبحث عن التوعية الصحية من خلال النشرات الصحية ، عكس المستوى المتدني الذي يتمسك بما يعتقد الآباء أو الأجداد نتيجة الثقافة التي تهيمن على حياة الأسرة والمجتمع فيتأثر بهما ويمتص منهما التقاليد والعرف بل حتى الأساطير والخرافات وبالتالي يلغي قدراته الذاتية ويستسلم للتواكل دون أن يقوم بدور ايجابي لمواجهة المرض .

- **خاتمة :** هدفت الدراسة الحالية للكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى المرضى المزمنين ممثلين بمرضى القصور الكلوي المزمن وعلاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية كالسن والبحث عن الفروق حسب متغير الحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي. ويمكن تلخيص نتائجها فيما يلي :

✓ يعتبر مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ النمط السائد لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين للغسيل الكلوي وذلك راجع لصعوبة المرض وتعقيدات علاجه وارتباطه بالطاقم الطبي كونهم مجبرين على حضور حصص التنفيسية بدون انقطاع مما عزز لديهم الضبط الخارجي.

✓ النمط السائد في استراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة هي المواجهة المركزة على الانفعال وذلك راجع إلى عدم قدرة المريض التحكم في صحته ولشعوره بالعجز في إيجاد حل شامل ونهائي للغسيل خلف لدى العينة اللجوء إلى مواجهة انفعالية لتخفيف ضغط المرض .

✓ تمتع عينة الدراسة بمستوى منخفض للكفاءة الذاتية وهي ترجع لمعتقدات المريض وقناعاته بصعوبة المرض مما شكك في قدراتهم وبالتالي انعكس على بذلهم للجهد مسببا إحباطا وشعورا بعدم القدرة على السيطرة على أحداث حياتهم .

✓ غياب العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية و متغير السن لدى العينة والراجعة دائما لتعقيدات المرض إذ لا دخل للسن سواء كان المريض شابا أو كهلا أو شيخا فالكل يعيش الحالة المرضية نفسها وتعقيداتهما.

✓ وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية ، ومن هنا نجد أن أبعاد مصدر الضبط سواء الداخلي أو الخارجي ببعديه (ذوو النفوذ أو الحظ) ارتبطت بالكفاءة الذاتية وهذا يدل على أن معتقدات المرضى ترتبط بمدى قدرتهم التحكم في الموقف أو لا هو الذي يعزز لديهم وجود علاقة ما .

- ✓ وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة إذ أن الكفاءة الذاتية تعزز لدى المريض استخدام استراتيجيات لمعايشة المرض سواء مركزة على المشكل أو الانفعال أو السند الاجتماعي .
- ✓ غياب الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية و متغير الحالة الاجتماعية لدى العينة والتي ترجع دائما للمعاش الصعب للمرض سواء على المستوى الجسدي أو النفسي
- ✓ وجود فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب المستوى التعليمي ، إذ يتمتع ذوو المستوى التعليمي العالي بمصدر الضبط الداخلي بينما ذوو المستوى المتدني فينسبون مرضهم للآخرين إذ يفشلون في توقعاته للأحداث فهم أكثر خضوعا للأطباء أو الأسرة . .
- ✓ وجود فروق في أبعاد استراتيجيات المواجهة حسب المستوى التعليمي ، إذ يتمتع المرضى ذوو المستوى التعليمي العالي باستراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل لكونهم يملكون القدرة على تحليل المواقف وتقييمها من حيث إمكانية التحكم فيها أو تعديلها ، ونفس النتيجة بالنسبة للمواجهة المركزة على الانفعال إذ وجدنا أن ذوو المستوى التعليمي العالي يستخدمونها أكثر وترجع إلى تخفيف المعاناة النفسية الناجمة عن المرض ومنه تعديل الانفعالات للتكيف مع المرض في حين المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية فكانت لصالح ذوو المستوى المتدني فهم أكثر تقبلا وخضوعا لأفكار وآراء الآخرين بالتمسك بالسند المعلوماتي من قبل الأطباء او السند العائلي .
- ✓ وجود فروق في الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي والتي جاءت لصالح المستوى التعليمي العالي فالمرضى ذوي المستوى العالي يواجهون المرض بثقة كبيرة إذ ينظرون لصعوبات المرض كتحديات ويتأبرون للمحافظة على صحتهم واستقرارها بالتقيد بتعليمات الطبيب وإنجاح علاجهم .

- آفاق الدراسة والتوصيات :

بناء على النتائج ندرج مجموعة من التوصيات والاقتراحات:

- ✓ تساهم نتائج الدراسة في مساعدة الباحثين الأكاديميين أو التطبيقيين المهتمين بهذه الفئة لإعداد برامج تدريبية لتعزيز معتقدات الشخص الايجابية سواء لتبني الضبط الداخلي أو معتقدات الكفاءة الذاتية المرتفعة توزع في المستشفيات والعيادات الخاصة لما لهم من أهمية في جعل المريض يدرك مدى مسؤوليته فيما يتعلق بصحته ودوره الفعال في التحكم بوضعيته الصحية لمعالجة المعوقات التي تحول دون تمتع العينة المحلية بضبط داخلي أو كفاءة مرتفعة .
- ✓ محاولة إعادة الدراسة بالتركيز على البحث عن العوامل النفسية أو الاجتماعية التي تعزز الضبط الخارجي أو المواجهة المركزة على الانفعال لدى مرضانا.
- ✓ دراسة دور مصدر الضبط الصحي بالالتزام بالعلاج لدى مرضى الغسيل الكلوي .
- ✓ ضرورة الاهتمام بزيادة الحملات التحسيسية التوعوية لصالح مرضى القصور الكلوي للتقيد بالعلاج وضرورة تبني أسلوب حياة خاص بهم لتفادي تعقيدات المرض نظرا لقللة الاهتمام بهذه الشريحة وهي فئة تعاني من أزمات صحية ونفسية عديدة تحتاج إلى عناية أكثر في جميع المجالات.
- ✓ إن نتائج الدراسة تبرز أهمية المقاربات النظرية المتناولة لذا ينصح بإدراج المساقات النظرية والتخصصات في علم النفس المهمة حاليا كعلم النفس الاجتماعي الصحي وعلم النفس المناعي العصبي وعلم النفس الصحة في تكوين النفسانيين العياديين .
- ✓ تساهم نتائج الدراسة في فتح الباب للعمل على بناء مقاييس خاصة سواء تعلق الأمر باستراتيجيات المواجهة أو الكفاءة الذاتية أو مصدر الضبط الصحي على غرار المقاييس النوعية الخاصة بفئات معينة وهنا نركز على المرضى الخاضعين لتصفية الدم وفي بيتنا .

- ✓ القت الدراسة الضوء على فهم طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي واستراتيجيات
المواجهة مما يلفت انتباه الباحثين بدور المتغيرات في تفسير المرض العضوي بالرجوع لدور العوامل
الاجتماعية النفسية للمريض بدل التفسير الطبي البحت .
- ✓ قلة الدراسات العربية في هذا المجال مما يدعو إلى لفت الباحثين بإعادة دراسة المتغيرات السالفة الذكر
وربطها بمتغيرات أخرى كالصحية أو جودة الحياة المتعلقة بالصحة .

المر اجع

المراجع

- ايت حمودة حكيمة (2006) : دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحية النفسية والجسدية ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر
- ابارفرين لورانس (2010) : علم الشخصية ، ترجمة عبد الحليم محمود السيد ، أيمن محمد عامر وآخرون ، المشروع القومي للترجمة ، القاهرة ، الجزء الأول .
- أحمان لبني (2012) : دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي ، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي ، جامعة باتنة .
- الجوهرية عبد الله الزواد (2002) : دراسات عربية في علم النفس ، العدد 3 ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- اليأس حاجوج (2006) : كيف يعمل جسم الإنسان وأمراضه ، المعهد البيليوغرافي ، ألمانيا ، مكنتبات النشر العبيكان ، المملكة العربية السعودية ، ط 1 .
- الأنصاري هيفاء عبد الحسين ، عبد الخالق احمد محمد (2010) : التدين وعلاقته بفعالية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية ، دراسات نفسية ، مج 22 ، ع 1 ، يناير ، 149-180 .
- الأحمد أمل (2001) : بحوث ودراسات في علم النفس ، ط 1 ، الرسالة للطباعة والنشر ، بيروت .
- المشيخي غالب محمد علي (2009) : قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف ، أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس .
- العتزي سليمان تركي أمل (2004) : أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفس جسدية ، دراسة مقارنة رسالة ماجستير منشورة .
- الزيات فتحي مصطفى (2001) : علم النفس المعرفي مداخل ونماذج ونظريات ، ط 1 ، الجزء الثاني ، دار النشر للجامعات ، مصر .

- العلوان أحمد ، المحاسنة رندة (2011) : الكفاءة الذاتية في القراءة وعلاقتها باستخدام استراتيجيات القراءة لدى عينة من طلبة الجامعة الهاشمية ، المجلة الأردنية في العلوم التربوية ، مجلد 7 ، عدد 4 ، 399-418.
- المساعيد أصلان صبح (2011) : التفكير العلمي عند طلبة الجامعة وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة في ضوء بعض المتغيرات ، مجلة الجامعة الإسلامية ، المجلد 19 ، العدد 1 ، 679-707.
- الجاسر البندري عبد الرحمن (2008) : الذكاء وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول -الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة أم القرى .
- الطراونة (2005): اثر برنامج إرشادي جمعي عقلائي انفعالي معرفي في تحسين مستوى دافعية الانجاز وفعالية الذات المدركة والمعدل التراكمي لدى طلبة جامعة مؤتة ذوي التحصيل المتدني ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية .
- المحسن سلامة (2006) : الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الانجاز والتوافق والتحصيل لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة اليرموك ، الأردن .
- البهلكي رؤيا (2010): الفشل الكلوي وخيارات العلاج ،مؤسسة خدمات التنقيف الصحي مستشفى الملك فيصل التخصصي لمركز الأبحاث ، المملكة العربية السعودية .
- الدرديري عبد المنعم محمد (2004): دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي ، ج 2 ، ط 1 ، عالم الكتب القاهرة .
- إسماعيل بشرى (2004) : ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية ، ب ط ، المكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
- بدر فائقة (2006) : كفاءة الذات المدركة وعلاقتها بالقدرة الكتابية والتحصيل الدراسي لدى ذوات صعوبات التعلم من طالبات المرحلة المتوسطة ، دراسات نفسية ، 16(3) ، 395-428.
- تايلور شبلي (2008) : ترجمة وسام درويش بريك وآخر ،علم النفس الصحي ،الطبعة الأولى ،دار حامد للنشر والتوزيع الأردن .

- جبالي نور الدين (2007) : علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي ، أطروحة دكتوراه دولة غير منشورة في علم النفس العيادي ، جامعة باتنة ، الجزائر .
- جابر عبد الحميد (1999) : استراتيجيات التدريس والتعلم ، ط1 ، دار الفكر العربي ، القاهرة .
- حسن مصطفى عبد المعطي (1994) : ضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها ، ط1 ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، مصر .
- رجب عوض رثيفة (2001) : ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة ، بدون طبعة ، مكتبة النهضة المصرية ، مصر .
- رشاد عبد العزيز موسى (1988) : سيكولوجية الفروق بين الجنسين ، ب ط ، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع ، القاهرة .
- زعطوط رمضان (2005) : علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة ورقلة .
- زعطوط رمضان (2012) : نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة دكتوراه علوم غير منشورة في علم النفس الاجتماعي ، جامعة ورقلة ، الجزائر .
- سامر جميل رضوان (1997) : توقعات الكفاءة الذاتية البناء النظري والقياس ، مجلة شؤون اجتماعية ، العدد 55 ، السنة الرابعة عشر ، الشارقة .
- سامر جميل رضوان (2002) : الصحة النفسية ، الطبعة الأولى ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، الأردن .
- سامي محمد ملحم (2000) : مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، ط1 ، دار المسيرة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
- سامر جميل رضوان (2010) : اثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق ، دراسة ميدانية على طلاب كلية التربية التطبيقية بسلطنة عمان ، دراسات نفسية ، مركز البصيرة والاستشارات والخدمات التعليمية ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع العدد 3 ، الجزائر .

- صلاح الدين ابوناھية (1987) : الفروق في الضبط الداخلي -الخارجي لدى الأطفال والمراهقين والشباب والمسنين من الجنسين بقطاع غزة ، مجلة دراسات تربوية ،المجلد الثامن ، الجزء التاسع ،رابطة التربية الحديثة، القاهرة .
- صلاح الدين ابوناھية (1989) : العلاقة بين الضبط الداخلي الخارجي وبعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة ، مجلة علم النفس ،العدد العاشر ،الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- صلاح الدين ابوناھية (1989) : تقنين مقياس الضبط الداخلي الخارجي للاطفال والمراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة ،مجلة علم النفس ،العدد التاسع ،الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- صبور محمد صادق (1994) : أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها ، ط1 ، دار الشرق ، القاهرة
- صالح عواطف حسين (1993) : الفاعلية الذاتية وعلاقتها بضغط الحياة لدى الشباب الجامعي ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، العدد 23 .
- طه عبد العظيم حسن (2006) : إدارة الضغوط النفسية والتربوية ، ط1 ، دار الفكر ، عمان ،
- عبد الله بن حميد السهلي (2010) : أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير مرضية ، رسالة دكتوراه منشورة في علم النفس . تخصص إرشاد نفسي .
- عبد الكريم السويداء (2010) : المرشد الشامل لمرضى الفشل الكلوي ، وهج الحياة للنشر والتوزيع ، ط1 ، المملكة العربية السعودية .
- عبد الله البلوى محمد نواف (2009) : اثر برنامج تدريبي قائم على التحصين ضد الضغط وإدارة الوقت في خفض ضغوط العمل وتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى المعلمين في منطقة الجوف في السعودية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية.
- عبد المحسن إبراهيم ديعم (2008) : الفاعلية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط المتغيرات محكية للتمييز بين الأمل والتفاؤل ، دراسات عربية في علم النفس ،مج 7، ع1.

- عبد المقصود عبد الوهاب أماني ، سميرة محمد شند (2010) : جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين ، المؤتمر السنوي الخامس عشر ، مركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس .
- عليوة سمية (2006) : مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة بسكرة .
- فؤادة محمد علي هدية (1994) : دراسة مصدر الضبط الداخلي الخارجي لدى المراهقين من الجنسين ، مجلة علم النفس ، العدد 32 ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- فاروق عبد الفتاح موسى (1988) : علاقة مستويات الذكاء بالتحكم الداخلي لدى المراهقين من الجنسين بالمملكة العربية السعودية ، مجلة جامعة الملك فهد للعلوم التربوية ، المجلد الأول ، مركز النشر العلمي جامعة الملك فهد بن عبد العزيز .
- قطامي يوسف (2004) : النظرية المعرفية الاجتماعية ، ط1 ، دار الفكر ، عمان ، الأردن .
- محمد عبد الرؤوف السماك (1994) : الموسوعة الطبية ، المجلد 6 ، الشركة الشرقية للمطبوعات ، بيروت .
- منال زكريا حسين و محمد سعد محمد ، خالد عبد المحسن بدر (2010) : كفاءة الذات العامة المدركة كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية حياة العمل والاحترق النفسي لدى عينة من النساء العاملات ، مجلة دراسات نفسية ، مج 20 ، ع 2 ابريل
- معتز السيد عبد الله (2004) : دراسات عربية في علم النفس ، المجلد 3 ، العدد 1 ، دار غربي ، القاهرة .
- محمد عبد السميع رزق (2009) : استراتيجيات التعلم المنظم ذاتيا وفاعلية الذات لدى المتفوقين دراسيا والعاديين من طلاب الجامعة ، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، العدد 71 ، الجزء الأول ، سبتمبر .
- معاوية محمود أبو غزال شفيق فلاح علاونة (2010) : العدالة المدرسية وعلاقتها بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الأساسية في محافظة اربد ، دراسة تطويرية ، مجلة جامعة دمشق ، المجلد 26 ، العدد 4
- مفتاح محمد عبد العزيز (2010) : مقدمة في علم نفس الصحة ، دار وائل للنشر ، عمان ، الأردن ، الطبعة 1 .
- مدحت عبد الحميد أبو زيد (2003) : العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية ، الجزء الخامس ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية .

- ممدوحة سلامة (1996): مقدمة في علم النفس ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- محمد الدق أميرة (2011) : أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي (س) المزمن في ضوء فاعلية الذات الصحية والحالة العقلية ، ط1 ، ابتراك للطباعة والنشر والتوزيع ، القاهرة .
- محمد مزيان (1999) : مبادئ في البحث النفسي التربوي ، ط1 ، دار الغرب للنشر والتوزيع ، الجزائر .
- محمد بيومي ماجدة ، جمال بن صالح الوكيل (2011) : إرشادات طبية لمرضى الغسيل الكلوي ، الجمعية السعودية لأمراض وزراعة الكلى وجامعة الملك سعود ، المملكة العربية السعودية .
- محمد محمود سعودي ، محمد محمد بسيوني (2003) : اثر تفاعل كل من فاعلية الذات والتغذية الراجعة في التحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب كلية التربية جامعة الأزهر ، مجلة البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية جامعة الأزهر ، العدد 114 ، الجزء 1 ، ص ص 181-271 .
- معمريه بشير (2012) : مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي ، دراسة ميدانية ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع ، الجزائر .
- منار سعيد يعقوب بني مصطفى (2008) : القدرة التنبؤية للتكيف الزواجي والكفاءة الذاتية في مستوى ضغوط الأمومة لدى الأمهات العاملات في قطاع التعليم في محافظة جرش ، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الإرشاد النفسي ، الجامعة الأردنية ، الأردن .
- مصطفى عبد المعطي (2006) : ضغوط الحياة وأساليب مواجهته ، ط1 ، مكتبة الزهراء ، القاهرة .
- مرازقة وليدة (2010) : مصدر الضبط الالم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة باتنة .
- نسيمة مزاور (2006) : إستراتيجية المقاومة ومرض السرطان ، دراسة مقارنة بين المصابين وغير المصابين ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

- واكلي بديعة(2013): استراتيجيات المواجهة لدى المكتئب ، رسالة دكتوراه علوم غير منشورة في علم النفس العيادي ،
جامعة سطيف ،الجزائر .

- يخلف عثمان (2001) : علم نفس الصحة، الطبعة الأولى، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، قطر .

المراجع باللغة الأجنبية

- Arraras .J.I & al (2002): Coping style, locus of control, psychological distress and pain related behaviours in cancer and others diseases, psychology health and medecin, Vol 7, N2.

- Andrew Baum , Stanton Newman , John Weinman , Robert West , Chris McManus (1997) : Cambridge handbook of psychology, health and medicine , Cambridge university press ,New York ,USA.

- Arthur M; Nezu , Christine Maguth Nezu, Pamela .A. Geller (2003): handbook of psychology, health psychology, volume 9, Irving .B. Weiner, Canada.

-Alkhaldeh. Omar Abdulhamed (2009): Self efficacy, Self management and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus, this dissertation was submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of philosophy in nursing, university of Jordan.

-Alnazly Eman hkamis hashem(2011): Stressors and ways of coping among Jordanian patients undergoing hemodialysis , this dissertation was submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of philosophy in nursing,university of Jordan

- Alken, L, R (1993): personality theories research and application, prentice hall, New York, USA.
- Alta Vandyk (2008) : HIV / AIDS care and conselling , a multidisciplinary approach , 4th edition ,Pearson Education , South Africa.
- Bandura .Albert (1982) : Self efficacy modernism in human American psychologis,37.
- Bandura .Albert (1997) : Self efficacy :the exercise of control,W H freeman ,New york .
- Bandura .Albert (2003): auto efficacité le sentiment d'efficacité personnelle, traduit par lecomte jaque, 1er edition, Boeck, France .
- Baydogan Misli & Dag Ihsan(2008) : prediction of depressiveness by locus of control ,learned resourcefulness and sociotropy-autonomy in hemodialysis patients,Turkish journal of psychiatry,19(1).
- Buisson Jean (2005) : Psychologie de vieillissement et vie quotidienne , social education , Marseille , France.
- Bani khaled Mohamed Hazza (2011) : coping strategies of older Jordanian adult with chronic illness , this dissertation was submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of philosophy in nursing,university of Jordan.

- Brian.M,Dow(2008): Self efficacy and locus of control as mediating variables for the relationship between depression anxiety and exercise ,alliant international university ,los angeles,California.
- Broom Annabel & Llewellyn Sue (1995) : health psychology , processes and applications, Chapman and Hall,USA.
- Buckerte et Consolis ,S.M(2004) : lieu de contrôle relatif a la santé et représentation du cholestérol, Encéphale,vol30 , No 4 .pp331-341
- Bailly Frédérique Alexandre et Denis Bourgeois, Jean Pierre Gruere, Nathalie Raulet, Croset Christine Roland Lévy(2013) : Comportements humains et managements, 4eme Edition, pearson, France
- Bonino Silvia & Michel Born (2008) : Vivre la maladie ,ces lien qui me rattachent a la vie , traduction de l'italen par Barbara lembo ,1^{er} edition , Boeck université ,Bruxelles ,Belgique .
- Buffet Isabelle Wijers (2012) : Acteur de sa vie d'évlopper l'empowerment mieux être au travail et dans sa vie, 1^{er} edition , public Book, France.
- Billings, Moos.R (1984): Psychological theory and research on depression ,clinical psychological review,n2.
- Berghmans Claude , Bayad Mohamed (2014) : Regards croisés sur la gestion du stress professional , Harmattan , Paris ,France .

- Binfeld John (1988): L'univér medico – chirurgical , première édition , GEP ,
Italie
- Bouvard Martine (2002) : Questionnaires et échelles d'évaluation de la
personnalité ,2 ième édition , Masson , Paris.
- Bioy Antoine &Fouques Damien (2002) : Manuel de psychologie du soin , Bréal
,France.
- Christensen .j.Alan and René Martin , Joshua Morrison Smyth (2004) :
Encyclopedia of health psychology, Pleunum publishers , New York ,USA.
- Chung et al(2005) : Spinal cord injury , post traumatic stress and locus of control
among the elderly, a comparison with young and middle –aged
patients,psychiatry,vol 69,no1,pp69-80.
- Chasseigne Gérard (2008) : Cognition, santé et vie quotidienne, stress,
conceptions, mesures, implications professionnelles, EPU, Publication
universitaire, volume2.
- Carolyne .A.Greene (2007) : The role of control beliefs and coping in the
relationship between socioeconomic status and health , Massachusetts , Boston ,
requirement for the degree of doctor of philosophy
- Chabrol Claude, Miruna Radu (2008) : psychologie de la communication et
persuasion, théories et applications, 1 er édition, Boeck, Bruxelles.

- Clark .N. & Zimmerman .B.J.(1990) : Asocial cognitive view of self regulated learning about health , health educational , Vol 5, N 3,pp371- 379.
- Chasseigne Gerard (2008) : cognition ,santé et vie quotidienne , stress conceptions ,mesures ,implication professionnelle , science humaine et social , vol 2 ,France.
- Cross .M.J, March .L.M&, H.M.Lapsly, E.Byrne and P.M.Brooks (2006): Patient self efficacy and health locus of control, Relationship with health status and arthritis related expenditure, Oxford university press, vol 45, pp 92- 96.
- Cochman David S (1997) : Handbook of health Behavior research , provider determinants ,springer , New York
- Cinqualbre Jaques (2004) : Greffe d'organes , Masson , Paris
- Costrini Nicolas , William M Thomson (1991) : Manuel de thérapeutique médicale , 22ieme édition , Office des Publication universitaire , Alger
- Didier Truchot (2004) : Epuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions, Dunod, Paris
- David Halur (2013) : health promotion and aging , practical applications for health professionals , 6 th edition ; Springer publishing company , united states .
- ?Debra,j.Vandervoot et al (1997) : Some correlates of health locus of control among multicultural individuals, current psychology,vol 16,No 2,pp167-168

- De Valck.C et Vinck.j(1996): health locus of control and quality of life in lung cancer patients , Educ Couns,Vol28,No 2,pp 86-179.
- De Soir Erik & Daubechies Frédéric (2012) : Stress et trauma dans les services de police et de secours , Edition Maklu , Anvers Apeldoorn.
- Dolbeault .S, Sarah Dauchy , Silla .M.Consoli , Brédart .A (2007): psycho oncologie, John libbey Euro text, Paris ,France.
- Dreeben Olga (2005): patient education in rehabilitation, Jones and Barlett publishers international ,London ,UK.
- Derks .W. & al (2005): Differences in coping style and locus of control between older and younger patient with head and neck cancer, clinical otolaryngol and allied science, Black well publishing, Vol 3, N2.
- Dumont Michelle, Bernard Plancherel (2001) : Stress et adaptation chez l'enfant, Press de l'université du Québec
- Frédérique Bacqué.Marie(1997): Deuil et santé , edition Odile Jacob ,paris, France.
- Freedenberg Erica (2004): Thriving , surviving or going Under coping with every daylives , volume in stress and coping education ,USA.
- Gard Paul (2000): a behavioral approach to pharmacy practice, 1st published, Black well science, USA.

- Gaumé Catherine (2009) : Les déterminants de la santé subjective dans les pays baltes au cours des années 1998, thèse de doctorat, Press universitaires de Louvain.
- Gochman .S.David (1988) : health behavior ,pleunum Press, New York ,USA.
- George Campbell (1984) : Heath education and youth ,first published, the Flamer press , ,London
- Glenn Sanders, Jeverly Suls (1989) : Social psychology of health and illness , Lawrence erlbaum associates , New York
- Gilles Bouvenot, Devulder Bernard, Guillevin I, Jaques Charpin, Maurice Laville (1994) : Pathologies médicale, Masson, paris.
- Grosman Sharon(2008) : chronic disorganization , self efficacy and coping as predictors of depressive symptoms in women , theses of doctor of philosophy ,Dham university ,New York , USA.
- Grimaldi André et Julie Cosserat (2004) : la Relation medecin – malade, 4ième édition, Elsevier SAS, paris
- Gustave Nicolas Fisher (2002) : Traité de psychologie de la santé , Dunod,Paris
- Gustave Nicolas Fisher et Cyril Tarquinio (2006) : Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé ,Dunod ,Paris
- Goldstein .H.Laura , Catherine Drew, John Mellers,Sara Mitchell – O'malley,David .A. Oakley (2000) : Dissociation , hypnotizability , coping style

and health locus of control : characteristics of pseudo seizure patients, seizure
london,vol 9,pp 314 -322.

-Ghada Mohamad Hussein Abu shosha(2011): Jordanian adolescent cancer patients perceptions of body image changes and coping strategies, this dissertation was submitted in partial fulfillment of the requirement for the doctor of philosophy in nursing, university of Jordan.

- Henri Chabrol, Stacey Callahan (2004) : Mécanismes de défense et coping, Dunod , Paris

-Hobbis,I.C et al(2003): Abnormal illness behavior and locus of control in patients with functional bowel disorders, british journal of health psychology ,No8,pp 393-408.

-Hallinan, P& Danaher (1994): The effects of contract grades on self efficacy and motivation in teacher education courses, Educational research .36(1).p p 75- 83.

- Hill Rice Virginia (2000): Handbook of stress, coping and health, implications for nursing research theory and practice, sage publication, USA.

- Isabelle Wijers buffet(2012) : Acteur de sa vie d'évopper l'empowerment mieux être au travail et dans sa vie, Public Book, France,1^{er} edition.

- Julian Barling E, Kevin Kelloway& Michael .R.Frone (2005): Handbook of work stress, sage publication, USA.

- Keck, Shery D.A (2006): Pain locus of control and quality of life index scores in chronic pain patient, a thesis for the degree master of science in nursing, university of north Carolina .
- Lazarus Richard & Folkman Susan (1984) :stress appraisal and coping ,Springer Publishing Company ,New York, USA.
- Lillian Sholtis Brunner et Diane Barghman , Doris Smith Suddarth ,Joann .C. Hackley (2002) : Soin infirmiers – médecin et chirurgie, traduit par Marie Claude Désorcy, Boeck Université, Belgique
- Linda .D.Cameron (2003): The self regulation of health and illness behavior , first published , Routledge, London .
- Lyons .C.Antonia, Chamberlain Kerry (2005) : Health psychology a critical introduction ,1st published ,Cambridge university press , New York ,USA.
- Lenz .R.Elizabeth, Shortridge-baggeh .Lilli (2002) : Self efficacy in nursing research and measurement perspectives , Springer publishing company ,New York .
- Lee Cikanek Korinne (2006) : Emotional intelligence and coping skills as predictors of counselor and coping skills as predictors of counselor ,self efficacy with genetic counseling, thesis of doctor of philosophy , university Minnesota.
- Mc Gee .Paula& Castledine George (2003) : Advanced nursing practice, 2em edition, Black Well publishing, USA.

- Maddux .E.james (1995) : Self efficacy ,adaptation and adjustment theory research and application ,Pleunum press ,New York.
- Mellal Ahmed : application pratique de l'anatomie humaine, EPU edition , tome 1,
- Merhan, Firouzeh(2010): psychologie positive et personnalité, activations des ressources, Masson Elsevier, Paris, France.
- Norman B Anderson (2004) : Encyclopedia of health & Behavior , SAG , United State , volume1
- Norman .A.Kasnegor , Leonard Epstein , Suzanne Bernett Johnson ,Summer .J.Yaffe (2013) : Development al aspects of health compliance , Behavior psychology press , Lawrence Elbaum Associates, USA.
- Nuri Arda , Sengul Yasmin and Bilge Kara (2010): the relationship between health locus of control and quality of life in patients with chronic low back pain ,Turkish Neurosurgery,vol 20,N2.pp 180-185.
- Ogden Jane (2008) : psychologie de la santé, adaptation Française Olivier Des Richard, première édition, Boeck université, Belgique
- Pintrich .P.R (1999) : The role of motivation in promoting and sustaining self – regulated , learning international journal of educational research ,vol 31,pp459-470.

- Peter Tâte (2005) : Soigner aussi sa communication, traduit par Françoise Anthourad Trémolière, Boeck université, Belgique
- Pervin John (2005): la personnalité de la théorie à la recherche, Boeck université, Bruxelles.
- Paulhan Isabelle (1994) : les stratégies d'ajustement ou coping in introduction à la psychologie de la santé ,
- Pajares.F.(1996) : current directions in self research , self efficacy , paper presented at the annual meeting of American educational research , New York ,April ,8-12.
- Richard Lazarus, Folkman S (1984): stress appraisal and coping ,Springer publishing company ,New York ,USA
- Schweitzer Marilou Bruchon et Robert Dantzer (1994) : Introduction à la psychologie de la santé , Première édition ,Press universitaire de France .
- Schweitzer Marilou Bruchon (2002) : psychologie de la santé (modèles , concepts et méthodes , Dunod , Paris
- Schweitzer Marilou Bruchon et Bruno Quintard (2001) : Personnalité et Maladies, stress, coping et ajustement, Dunod, Paris
- Shelley Taylor (2003) : Health psychology, fifth edition, Mac – Graw Hill, New York

- Stephen D; Mellalieu & Sheldon Hanton (2009): Advances in applied sport psychology, Routledge, New York, USA, first published
- Su. Huichen (2007) : the relationship among nutrition self efficacy , health locus of control and nutritional status in the Taiwanese elderly ,Aliant international university ,los Angeles.
- Schwarzer Ralf & Britta Renner (2000): Social cognitive predictors of health behavior: action self efficacy and coping self efficacy, health psychology, 19(5) 487-495
- Schwarzer Ralf, Aleksandra Luszczynska (1999) : Assessment of perceived general self efficacy on the internet : data collection in cyber space , overseas publishers association , Malaysia.
- Skinner .H.John , Jeanne .A.Teresi ,Douglas Holmes (2002): Multicultural measurement in older populations ,Springer publishing company.USA.
- Schultz P Duane, Sydney .E.Schultz (2012) : Theories of personality ,Tenth edition , Cengage learning , USA
- Shepherd .S. &al (2006): Locus of control and academic achievement in high school student .98(2)
- Shankland Rébecca(2009) : Pédagogies nouvelles et compétences psychosociales de l'apprentissage a l'école a l'entrée dans l'enseignement superieur , Harmattan, Paris, France.

- Suissa Amnon .J. et Gina Rocheleau (2007): pourquoi l'alcoolisme n'est pas une maladie, edition Fides, Québec
- Sahuc Caroline (2006) : comment motive votre enfant (que faire en tant que parent ? ,Eclairage, Québec.
- Thomas .G .Plante and Allen C Sherman (2001): Faith hand Health , Guildford press – New York
- Tang.S.k, Wu.A.M, Kwok .T. (2004): Self efficacy, health locus of control and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses, Aging & mental health, January (8)1, 21-28.
- Valck .C. & Vinck.J.(1996): Health locus of control and quality of life in lung cancer patients, patient educ couns, vol 28,N2,pp86-179.
- Wilhelm Kirch (2008): Encyclopedia of public health, Springer, New York, USA.
- William Berrebie (2003) : Néphrologie, 4ième edition, Estem Paris
- Yannick LeMer (1998) : insuffisance rénale chronique au diagnostic a la dialyse, Doin , France.-
- Zneider, Mshe, Norman.S. Endler(1996) : Handbook of coping :theoru ,research ,application,new york .

- Zimmerman (2000): self efficacy, an essential motive to learn contemporary ,
educational psychology, vol25, N1, pp82- 91.



مقياس مصدر الضبط الصحي (الملحق الأول)

الاسم (اختياري) : السن:

الحالة الاجتماعية: أعزب ()، متزوج ()، مطلق ()، أرمل ()

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

التعليمة : فيمايلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض ، اقرأ كل عبارة على جيدا والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة () داخل الخانة التي تناسب سلوكك .

ارج وان تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة دون إجابة ، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجاباتك عن العبارات السابقة . اجب بصراحة وصدق لان هذا يخدم البحث العلمي ، تأكد أن إجابتك تبقى موضع سرية .

العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1 سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض					
2 إذا قدر لي أن امرض فاني لا استطيع فعل شيء لتفادي المرض					
3 المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض					
4 أغلب ما يؤثر على صحي يعود إلى الصدفة					
5 عند شعوري بوعكة صحية ازور فورا طبيبا مختصا					
6 اعتقد أنني متحكم في صحي					
7 لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما					
8 لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض					
9 يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض					
10 يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحي					
11 حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة					

					تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحي	12
					إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض	13
					يرجع شفائي من المرض إلى الرعاية التي ألقاها من (الأطباء ، الأقارب ، الأصدقاء)	14
					اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	15
					القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	16
					يمكنني المحافظة على صحي إذا اعتنيت بنفسني	17
					إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحي	18

مصدر الضبط الداخلي	مصدر الضبط الخارجي ذوو النفوذ	مصدر الضبط الخارجي للحظ

مقياس استراتيجيات المواجهة (الملحق الثاني)

الاسم اختياري : السن :

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

الحالة الاجتماعية : متزوج () ، أعزب () ، مطلق () ، أرمل ()

حدد شدة التوتر التي سببتها الوضعية : منخفض () ، متوسط () ، مرتفع ()

من بين هذه الاستراتيجيات بين أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة المشكلة ، ضع علامة () في المكان المختار :

	العبارات	إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				
2	تمنيت لو أن الوضعية اختفت أو انتهت				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت للحصول على ما أريد				
5	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
6	التمست مساعدة اختصاصي وقيمت بما نصحني به				
7	تغيرت بشكل ايجابي (إلى الأحسن)				
8	تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة				
9	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها				
10	عاجلت الأمور واحدة واحدة				
11	تمنيت لو أن معجزة تحدث				
12	تكلمت مع شخص لاستعلم أكثر عن الموضوع				

				ركزت على جانب ايجابي قد يظهر فيما بعد	13
				شعرت بالذنب	14
				احتفظت بمشاعري لنفسي	15
				خرجت أقوى من هذه الوضعية	16
				فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى اشعر بتحسن	17
				تكلمت مع احد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة	18
				غيرت أموراً لتكون النهاية حسنة	19
				حاولت نسيان كل شيء	20
				حاولت أن لا انعزل	21
				حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة ا وان اتبع الفكرة الأولى	22
				تمنيت لو استطيع تغيير موقفي	23
				لقد تقبلت تعاطف احدهم وتفهمه	24
				وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة	25
				وبحث وانتقدت نفسي	26
				عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك	27

مواجهة مركزة على المشكل	مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية	مواجهة مركزة على الانفعال

مقياس الكفاءة الذاتية العامة

الاسم اختياري : السن :

المستوى التعليمي :

الحالة الاجتماعية :

تعليمات : أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص ، اقرأ كل عبارة وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام ، وذلك بوضع دائرة حول كلمة واحدة مما يلي كل عبارة منها وهي : لا ، نادرا ، غالبا ، دائما .

ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة وليست هناك عبارات خادعة ، اجب بسرعة ولا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة ، ولا تترك أي عبارة دون إجابة .

أحيانا	غالبا	نادرا	لا	العبارة	
				عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فاني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي	1
				إذا ما بذلت من الجهد كفاية ، فاني سأنجح في حل المشكلات الصعبة	2
				من السهل عليا تحقيق أهدافي ونواياي	3
				اعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة	4
				اعتقد باني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي	5
				أتعامل مع الصعوبات بمهوء لأني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية	6

				7	مههما يحدث فاني استطيع التعامل مع ذلك
				8	أجد حلا لكل مشكلة تواجهني
				9	إذا ما واجهني أمر جديد فاني اعرف كيفية التعامل معه
				10	امتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني

