

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة
الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري
النوع الأول

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي
إشراف الأستاذ نور الدين جبالي
إعداد الطالبة سميرة عليوة

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
امزيان وناس	أستاذ	باتنة 01	رئيساً
نور الدين جبالي	أستاذ	باتنة 01	مشرفاً ومقرراً
نصر الدين جابر	أستاذ	بسكرة	عضواً مناقشاً
أبي ميلود عبد الفتاح	أستاذ محاضر	ورقلة	عضواً مناقشاً
بوفولة بوخميس	أستاذ محاضر	عنابة	عضواً مناقشاً
لبنى أحمان	أستاذ محاضر	باتنة 01	عضواً مناقشاً

السنة الجامعية : 2014-2015

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

وَقُلْ رَبِّیْ زَكٰنِیْ عِلْمًا

سورة طه الآیة 114

شكر وتقدير:

الحمد لله ربي العالمين والصلاة والسلام على شرف المرسلين، سيدنا محمد الأمين خاتم النبيين والمرسلين.
انطلاقاً من قوله تعالى " رب اوزعني ان اشكر نعمتك التي انعمت عليا وعلى والدي وان اعمل صالحا ترضاه وأدخلني

برحمتك في عبادك الصالحين" سورة النمل، الآية 19

لا يسع الباحثة بعد إتمام هذا العمل المتواضع، الا ان تتقدم بخالص الشكر والتقدير والعرفان الى كل من ساهم
وقدم للباحثة يد العون والمساعدة في سبيل اخراج هذ العمل الى حيز النور، واخص بالذكر استاذي الفاضل التقدير
المشرف الأستاذ الدكتور جبالي نورالدين الذي افاض عليا بعلمه الوافر، وبملاحظاته القيمة فله مني كل العرفان
والتقدير.

الشكر موصول الى الأساتذة الأصدقاء الذين كان لهم الفضل عليا في تشجيعهم لي من اجل إتمام هذا العمل
واخص بالذكر الأستاذ "دعيش هشام"، الأستاذة "بهلول سارة اشواق"، الأستاذة "شرقي سميرة " الأستاذة "لبنى
احمان" فلكم مني تحية تقدير واحترام.

والشكر موصول كذلك الى استاذيا الكريمين الدكتور "يوسف عدوان" والاساتذة الدكتورة "مزوز بركو" على
دعمهما لي طيلة مشواري الدراسي.

كل الشكر والتقدير الى أساتذة وطلبة علم النفس بجامعة غرداية على المساعدات التي قدموها لي.

وفي هذا المقام الكريم لا يسعني الا ان أتقدم بأسمى آيات الشكر والعرفان بالجميل الى والديا الكريمين والى
اخوتي.

كما لا أنسي ان أتقدم بالشكر الجزيل الى مرضى السكري، فلولاهم لا ما تم هذا العمل، فلكم مني تحية احترام.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك

الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، من خلال الإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما هو نمط مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري النوع الأول؟

2_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري

النوع الأول؟

3 __ هل توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ابعاد الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى

السكري النوع الأول؟

4 __ هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع

الأول؟

5_ هل هناك علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري

النوع الأول؟

6_ هل هناك علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع

الأول؟

7_ هل هناك علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول؟

8_ هل هناك علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الأول؟

9_ هل هناك علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول؟

10_ هل هناك علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الأول؟

11_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع الاول؟

12_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول؟

13_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع الاول؟

14_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول؟

15_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع الاول؟

16_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول؟

واعتمدت الدراسة على عينة قوامها 102 فردا من مرضى السكري النوع الأول (53ذكرا)، (49انثى) من مختلف المستويات التعليمية، واستخدمت الأدوات التالية:

_ مقياس مصدر الضبط الصحي لـ WALSTON ومساعديه، وقد تمت ترجمته من طرف جبالي نورالدين.

_ مقياس الكفاءة الذاتية لـ Schweizer وترجمة وتعريب لسامر جميل رضوان.

_ استبيان السلوك الصحي لمرضى السكري النوع الأول من اعداد الباحثة.

واستخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات وانتهت الدراسة الى النتائج التالية:

_ سيادة الضبط الداخلي من مصدر الضبط الصحي لدى افراد عينة مرضى السكري النوع الأول.

_ وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي والخارجي (ذوي النفوذ) لمصدر الضبط الصحي بالكفاءة الذاتية، باستثناء يعد الحظ والصدفة.

_ وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الخارجي (ذوي النفوذ والحظ والصدفة) بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ والحظ والصدفة) بعامل السن، باستثناء البعد الداخلي.

_ لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومتغير (مدة المرض والسن) لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي ومتغير (مدة المرض والسن) لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد فروق جوهرية في ابعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى لعامل (الجنس والمستوى التعليمي).

_ توجد فروق جوهرية في الكفاءة الذاتية تعزى لعامل الجنس لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد فروق جوهرية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى للمستوى التعليمي.

_ لا توجد فروق جوهريّة في السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى لعامل الجنس.

توجد فروق جوهريّة في السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى للمستوى التعليمي.

ABSTRACT :

The study aimed to reveal the relationship between health locus of control, self-efficacy and health behavior in patients with type 1 diabetes

The main study problems are:

- 1- What is the dominant type of locus of control in the patients with type 1 diabetes?
- 2- Is there a correlation between the dimension of health locus of control and self-efficacy in patients with type 1 diabetes?
- 3- Is there a correlation between the dimension of health locus of control and health behavior in patients with type 1 diabetes?
- 4- – Is there a correlation between self-efficacy and health behavior in patients with type 1 diabetes?
- 5- – Is there a correlation between the dimension of health locus of control and duration of the disease in patients with type 1 diabetes?
- 6- Is there a correlation between the dimension of health locus of control and age in patients with type 1 diabetes?
- 7- Is there a correlation between self-efficacy and duration of the disease in patients with type 1 diabetes?
- 8- Is there a correlation between self-efficacy and age in patients with type 1 diabetes?
- 9- Is there a correlation between health behavior and duration of the disease in patients with type 1 diabetes?
- 10- Is there a correlation between health behavior and age in patients with type 1 diabetes?

11- Are there significant differences in the dimensions of health locus of control according to sex in patients with type1 diabetes?

12- Are there significant differences in the dimensions of health locus of control according to educational level in patients with type1 diabetes?

13- Are there significant differences in self-efficacy according to sex in patients with type1 diabetes?

14- Are there significant differences in self-efficacy according to educational level in patients with type1 diabetes?

15- Are there significant differences in health behavior according to sex in patients with type1 diabetes?

16- Are there significant differences in health behavior according to educational level in patients with type1 diabetes?

Research Sample:

The sample consists of 102 persons (Male = 53), (Female = 49) from different social, cultural and economic levels. With a mean age of (37.66 yr) with a Range of (18-60) years

Research tools;

1- Wallston ,K Form A "Health Locus of Control" to measure the perceived health locus of control , translated and prepared by djabalinordine

2- schweizer "self-efficacy", translated and prepared by samerradouane

3- Healthy behavior for patients with type1 diabetes scale, prepared by researcher.

Statistical Procedure:

Spss V.20 has been used to analyze results using the following statistical tests.

Results:

1- Main score on the internal health locus of control (IHLC) was 23.25 (sd = 4.02) ; on the powerful others health locus of control (PHLC) was 23.61 (sd=4.05) ; and on the chance health locus of control (CHLC) was 18.66 (sd = 3.68)

2- The existence of correlation between the internal, external (phlc) dimension of health locus of control and self-efficacy.

3- The existence of correlation between the internal dimension of health locus of control and health behavior.

4- The existence of correlation between self-efficacy and health behavior.

5- There is no correlation between the dimension of health locus of control and duration of disease for patients with type1 diabetes.

6- The existence of correlation between the, external (phlc,chlc) dimension of health locus of control and age.

7- There is no correlation between the self-efficacy and variable (duration of disease and age) in patients with type1 diabetes.

8- There is no correlation between health behavior and variable (duration of disease and age) in patients with type1 diabetes.

9- There are no differences in the dimension of health locus of control in patients with type 1 diabetes due to the factor of sex and education level.

10- There are differences in self-efficacy in patients with type 1 diabetes due to the factor of sex.

11- There are no differences in self-efficacy in patients with type 1 diabetes due to the factor of education level.

12- There are no differences in health behavior in patients with type 1 diabetes due to the factor of sex.

13- There are differences in health behavior in patients with type 1 diabetes due to the factor of education level

الفهرس

الموضوع	الصفحة
-شكر وتقدير.....	ب.....
-ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ج.....
-ملخص الدراسة باللغة الانجليزية.....	ز.....
-فهرس المحتويات.....	ك.....
-فهرس الجداول.....	س.....
-فهرس الاشكال.....	ق.....
-مقدمة.....	1.....

الفصل الأول: مشكلة البحث والدراسات السابقة

أولا: مشكلة الدراسة.....	6.....
ثانيا-أهداف الدراسة.....	10.....
ثالثا-أهمية الدراسة.....	11.....
رابعا-مصطلحات الدراسة.....	12.....
خامسا-الدراسات السابقة.....	13.....
سادسا-فرضيات الدراسة.....	40.....

الفصل الثاني: مصدر الضبط الصحي

- أولاً: نبذة مختصرة عن التطور التاريخي لمفهوم مصدر الضبط.....44
- ثانياً: مفهوم مصدر الضبط.....45
- 1- مفهوم مصدر الضبط عند روتر.....45
- 2- مفهوم مصدر الضبط عند سيكولوجيين آخرين.....47
- ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي.....51
- 1- الفرضيات الأساسية في نظرية التعلم الاجتماعي.....52
- 2- المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي.....53
- رابعاً: تصنيف ابعاد مصدر الضبط.....54
- خامساً: مصادر الضبط.....57
- سادساً: سمات الافراد في فئتي الضبط.....58
- 1- سمات الافراد في فئة الضبط الداخلي.....58
- 2- سمات الافراد في فئة الضبط الخارجي.....60
- سابعاً: اقسام المتغيرات المرتبطة بوجهة الضبط.....63
- 1- المتغيرات الموقفية.....63
- 2- المتغيرات المستمرة.....63
- ثامناً: مفهوم مصدر الضبط الصحي.....68

الفصل الثالث: الكفاءة الذاتية

- 71.....أولا: مفهوم الكفاءة الذاتية.
- 73.....ثانيا: نظرية الكفاءة الذاتية.
- 77.....ثالثا: طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية.
- 77.....رابعا: ابعاد الكفاءة الذاتية.
- 78.....1- قدر الكفاءة.
- 79.....2- العمومية.
- 79.....3- القوة.
- 80.....خامسا: مصادر الكفاءة الذاتية.
- 81.....1- الإنجازات الادائية.
- 88.....2- النمذجة او الخبرات البديلة.
- 88.....3- الاقناع الاجتماعي.
- 89.....4- الحالة الفسيولوجية.
- 90.....سادسا: تأثير اعتقادات او ادراكات الفرد على الكفاءة الذاتية.
- 92.....سابعاً: مقارنة بين الكفاءة الذاتية العالية والمتدنية.

الفصل الرابع: السلوك الصحي

- 98.....أولا: لمحة تاريخية عن السلوك الصحي.
- 100.....ثانيا: مفهوم السلوك الصحي.
- 103.....ثالثا: ابعاد السلوك الصحي.
- 103.....1- البعد الوقائي.
- 103.....2- بعد الحفاظ على الصحة.

103.....	3-بعد الارتقاء بالصحة.....
103.....	رابعا: العوامل المؤثرة في السلوك الصحي.....
106.....	خامسا: النظريات المفسرة للسلوك الصحي.....
106.....	1. نموذج المعتقدات (القناعات) الصحية.....
111.....	2-نظرية الفعل المبرر والسلوك المخطط.....
115.....	3. نظرية الدافع للحماية.....
118.....	4. نموذج مراحل التغيير.....
121.....	5. النظرية المعرفية الاجتماعية.....
122.....	6. نظرية دولي وشنايدر.....
124.....	7. وجهة نظر كلانس في الصحة.....
الفصل الخامس: مرض السكري	
129.....	أولا: تاريخية مرض السكري.....
130.....	ثانيا: تعريف مرض السكري.....
131.....	ثالثا: أعراض مرض السكري.....
134.....	رابعا: أنواع وأسباب الإصابة بمرض السكري.....
137.....	خامسا: العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري.....
138.....	1-مرض السكري والاكتئاب.....
139.....	2-مرض السكري والضغط النفسية.....
141.....	سادسا: شخصية المصاب بالسكري.....
141.....	سابعا: علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي.....

الفصل السادس: إجراءات وأدوات الدراسة

أولاً: التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة.....	146
ثانياً: منهج الدراسة.....	146
ثالثاً: حدود الدراسة.....	147
رابعاً: عينة الدراسة.....	147
1-عينة الدراسة الاستطلاعية.....	147
أ-خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية.....	147
ب-ادوات الدراسة الاستطلاعية.....	150
ج-الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية.....	157
2-عينة الدراسة الأساسية.....	171
أ-خصائص عينة الدراسة الأساسية.....	171
ب-أدوات الدراسة الأساسية.....	176
خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة.....	176

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة

- عرض نتائج الفرضية الأولى.....	178
- عرض نتائج الفرضية الثانية.....	179
- عرض نتائج الفرضية الثالثة.....	180
- عرض نتائج الفرضية الرابعة.....	182

182.....	- عرض نتائج الفرضية الخامسة
184.....	- عرض نتائج الفرضية السادسة
185.....	- عرض نتائج الفرضية السابعة
185.....	- عرض نتائج الفرضية الثامنة
186.....	- عرض نتائج الفرضية التاسعة
187.....	- عرض نتائج الفرضية العاشرة
188.....	- عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة
189.....	- عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة
191.....	- عرض نتائج الفرضية الثالثة عشرة
192.....	- عرض نتائج الفرضية الرابعة عشرة
193.....	- عرض نتائج الفرضية الخامسة عشرة
193.....	- عرض نتائج الفرضية السادسة عشرة
196.....	الفصل الثامن: مناقشة وتفسير النتائج
221.....	- خاتمة (استنتاج عام واقتراحات)
225.....	- قائمة المراجع
237.....	- الملاحق

الصفحة	المحتوى	رقم الجدول
93	يوضح العمليات المعرفية لكفاءة الذات العالية والامتدنية	01
94	يوضح الدافعية لكل من كفاءة الذات العالية والامتدنية	02
95	يوضح العمليات الانفعالية لكل من كفاءة الذات العالية والامتدنية	03
96	يوضح عمليات الاختيار بين كل من كفاءة الذات العالية والامتدنية	04
125	يوضح المحاور الخمسة التي تضمنها نموذج المعتقدات الصحية وإضافة فاعلية الذات حسب نظرية كلانس	05
148	يوضح خصائص العينة الاستطلاعية حسب الجنس والسن	06
149	يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير التعليمي	07
150	يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب مدة المرض	08
158	يوضح معاملات الثبات لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي في البيئة الجزائرية وذلك عن طريق معامل ألفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان	09
158	يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي والدرجة الكلية للبعد.	10
159	يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الحظ والدرجة الكلية للبعد	11
159	يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد نفوذ الآخرين والدرجة الكلية للبعد	12

160	يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي	13
161	يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد ضبط الحظ	14
161	يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين	15
163	يوضح معامل الثبات لمقياس الكفاءة الذاتية وذلك عن طريق معامل الفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان	16
163	يوضح معاملات الارتباط بين درجة البنود والدرجة الكلية للمقياس	17
165	يوضح معاملات الارتباط بين بنود العهد الاول (بعد الغذاء والصحة) والدرجة الكلية للعهد	18
165	يوضح معاملات الارتباط بين بنود العهد الثاني (بعد النشاط الحركي او البدني) والدرجة الكلية للعهد	19
166	يوضح معاملات الارتباط بين بنود العهد الثالث (أ . بعد متابعة العلاج) والدرجة الكلية للعهد	20
167	يوضح معاملات الارتباط بين بنود المحور الثالث (ب . بعد متابعة التحاليل الطبية) والدرجة الكلية للعهد	21
168	يوضح معاملات الارتباط بين بنود العهد الرابع (بعد السلوك الصحي العام) والدرجة الكلية للعهد	22
169	يوضح معاملات الارتباط بين درجة البنود والدرجة الكلية للمقياس	23
170	يوضح معاملات الثبات (الفا) لأبعاد (محاور) السلوك الصحي	24
171	يوضح معامل الثبات لاستبيان السلوك الصحي وذلك عن طريق معامل الفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان	25
172	يوضح خصائص العينة الأساسية حسب الجنس	26
173	يوضح خصائص العينة الأساسية حسب السن	27

174	يوضح توزيع العينة الاساسية حسب مدة المرض	28
175	يوضح خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي	29
178	يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول	30
179	يوضح الفروق بين ابعاد مصدر الضبط الصحي	31
179	يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول"	32
181	يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول	33
182	يوضح معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول"	34
183	يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول"	35
184	يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الأول	36
185	يوضح معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول	37
186	يوضح معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الأول	38
186	يوضح معامل الارتباط بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول"	39
187	يوضح معامل الارتباط بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الأول	40
188	يوضح قيمة "T" للفروق في ابعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف	41

	الجنس	
190	يوضح نتائج تحليل التباين الاحادي في ابعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي	42
191	يوضح قيمة "ت" للفروق في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرض السكري النوع الأول	43
192	يوضح نتائج تحليل التباين الاحادي في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي لدى مرض السكري النوع الأول	44
193	يوضح قيمة "ت" للفروق في درجة السلوك الصحي باختلاف الجنس لدى مرض السكري النوع الأول	45
194	يوضح نتائج تحليل التباين الاحادي في درجة السلوك الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى مرض السكري النوع الاول	46

الصفحة	المحتوى	رقم الشكل
62	يوضح تصنيف اتجاهات الضبط	01
74	يوضح الفرق بين فاعلية الذات وتوقعات النتائج	02
78	يوضح ابعاد الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالأداء لدى الافراد	03
80	يوضح مصادر الكفاءة الذاتية	04
86	يوضح علاقة بعض المحددات بالكفاءة الذاتية	05
107	يوضح مكونات نموذج المعتقدات الصحية	06
113	يوضح المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر	07
114	يوضح مكونات نموذج السلوك المخطط	08
117	يوضح نظرية الدافع للحماية	09
119	يوضح مراحل التغير المتضمنة في النموذج عبر النظري	10
121	يوضح مكونات مصطلح الحتمية التبادلية	11
124	يوضح مخطط لنظرية دولي و شنايدر	12
172	رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير الجنس	13

173	رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير السن	14
174	رسم بياني يوضح توزيع العينة حسب مدة المرض	15
175	رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير المستوى التعليمي	16

مقدمة:

لا يعد المرض العضوي حدثاً عضوياً فحسب، وإنما هو فوق ذلك، فهو ظاهرة معقدة ترتبط بالعديد من المتغيرات الثقافية والاجتماعية والنفسية التي تنعكس على الفرد بصورة اتجاهات وسلوك وعادات، واختزال المرض في بعده البيولوجي أنتج فهماً قاصراً وغير متكامل للظاهرة المرضية.

الأمر الذي أدى إلى إغفال جوانب مهمة في الحد من انتشار المرض عامة، والمرض المزمن خاصة، ولذلك كانت التوجهات الحديثة تحث على الاهتمام بالجوانب الوقائية، وإفردت معظم هيئات الصحة في العالم تخصصات هامة مثل الطب الوقائي، ولقد أدى زيادة الوعي بأهمية النواحي الوقائية في الحد من ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، والتي تعتبر من أهم الأسباب المؤدية للوفاة والإعاقة عالمياً وهي تشمل الأمراض التالية، لا على سبيل الحصر: أمراض القلب، السمنة، السرطان، والسكري... الخ ولقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي 57 مليون وفاة سنوياً تكون بسبب الأمراض المزمنة (**طلال محمد الناشري وآخرون، 2013**).

وقد لوحظ أن الأسباب المؤدية إلى الإصابة بالأمراض المزمنة يمكن تجنبها والبعد عنها، وهي تتلخص كالآتي: ارتفاع نسبة الكوليسترول، ارتفاع ضغط الدم، السمنة، التدخين العادات الغذائية الخاطئة، والابتعاد عن الأنشطة الرياضية بأنواعها، ونتيجة لمثل هذه السلوكيات الخاطئة والانتشار الواسع للأمراض المزمنة وفي شتى الأعمار، تزايد الاهتمام من طرف الباحثين في مختلف المجالات إلى جانب الطب الوقائي بدراسة دور الفرد وما يصدر عنه من أفعال وتصرفات وأنماط سلوكية، أما في دعم صحته وتعزيزها والمحافظة عليها أو التعجيل في الإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية.

فظهر علم كامل وتبلور لدراسة مثل هذه الموضوعات وهو علم نفس الصحة والذي يعرف بانه" الدراسة العلمية التي تتصدى للاستفادة من الجهود التطبيقية والمهنية التي تنتجها الاسهامات النظرية، والتربوية، والمهنية لعلم النفس ، بهدف تفعيل ورفع كفاءة تقديم الخدمة النفسية المتخصصة في مجالات تحسين الصحة العامة(بدنيا ونفسيا)، ودعمها والحفاظ عليها، والوقاية من الامراض، والتدخل اما بهدف تنمية أنماط من العادات والسلوك الصحي، او علاج بعض الاضطرابات النفسية، والنفسية الجسمية الناجمة عن السلوك الصحي السلبي، وتحديد المتعلقات السببية والتشخيصية الفارقة للصحة، والاختلالات الوظيفية المرتبطة بها عبر حياة الفرد كاملة، بهدف تحسين نوعية الحياة"(اميرة محمد الدق،2011).

ونظرا لان المساعدة التي يمكن تقديمها للمصابين بأمراض مزمنة مثل مرض السكري النوع الأول، الذي اوليناه بدراسة خاصة يندرج ضمن هذا التخصص (علم نفس الصحة)، فكان هذا دافعا للباحثة في البحث عن بعض المتغيرات والتي حسب اعتقادها، قد تكون او ستلعب دروا هاما في التخفيف من معاناة مرضى السكري والمرضى المزمنين بصفة عامة، اذا ما توفر لديهم معلومات ومعارف علمية صحيحة حولها، وخاصة ان هذه المتغيرات(مصدر الضبط الصحي، والكفاءة الذاتية) هي متغيرات وسيطة تساهم في تنمية وممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية من اجل الحفاظ على الصحة.

ونجد العديد من الدراسات التي تناولت متغيرات هذه البحث وفي علاقتها بالسلوكيات الصحية عند مختلف الفئات المرضية ومالها من تأثير مباشر او غير مباشر في ممارسة السلوكيات الصحية، لان هذا يتوقف على مصدر التعزيز الذي يتلقاه الفرد المريض، وفي كيفية تفسيره له، وهو ما أطلق عليه بمصدر الضبط، وهذا التصور في التفسير لسلوك الفرد كان من نتائج أبحاث "جوليان روتر" ROTTER1966 ضمن نظرية التعلم الاجتماعي.

مقدمة

وقدم "روتر" ROTTER مفهوم التحكم الداخلي للتدعيم، والتحكم الخارجي للتدعيم للإشارة الى الطريقة

التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات التي يتلقاها، بمعنى انه توقع معمم يشير الى ميل الافراد لتفسير سلوكياتهم على ضوء القوى التي تتحكم في التعزيزات التي يتلقونها، واعتقادهم فيها، ما بين ان تكون خارج ذواتهم او داخلها (معتز سيد عبد الله، دس، ص 81).

ثم عرف هذا المفهوم تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الباحثين بتطبيقه في مجال الصحة، حيث توصلت الدراسات الى ان السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته، فاعتقاد الفرد وايمانه بقدراته تحدد وتتنبؤ بسلوكه اللاحق.

وكما هو معروف فان الاعتقاد في أي موضوع سواء تعلق بالذات او بموضوع خارجي يحدد بدرجة كبيرة السلوك الذي يتبعه الفرد في الحاضر او المستقبل، كما ان اعتقاد الفرد وايمانه بقدراته الذاتية (الكفاءة الذاتية) سيعمل من خلالها على مواجهة المواقف والتكيف معها.

وتعد الكفاءة الذاتية أحد سمات الشخصية وتعكس قدرة الفرد على تحمل الصعاب، واحساسه بالكفاءة في العديد من المجالات، فهي تمثل ثقة الافراد العامة في ان لديهم المقدرة على أداء أي مهمة (نايف بن محمد الحربي، 2009، ص 323).

ويلعب مفهوم وجهة الضبط دور الوسيط المعرفي في استجابات الفرد في المواقف المختلفة، ومن ثم يعبر عن اقتناع الفرد بدرجة قدرته على التحكم في الاحداث والمواقف المختلفة التي تواجهه في الحياة، وبالتالي فان السلوكيات الصحية التي يبنتها مريض السكري ومدى اقتناعه بأدائها يتوقف على هذين المتغيرين: مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.

مقدمة

فكلما كان اعتقاد الفرد بانه المسؤول عن صحته (ضبط داخلي)، وانه قادر على مواجهة صعوبات المرض، وايمانه عالي في قدراته الذاتية، كلما كان توجهه نحو الممارسات السلوكية المطلوبة منه ايجابى. وعليه كانت دراستنا متوجهة الى تحديد بعض الخصائص النفسية حول عينة مرضى السكري النوع الأول، في معرفة نوع مصدر الضبط الصحي السائد لديهم، وفي معرفة نوع العلاقة بين هذه المتغيرات (مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية، والسلوك الصحي)، وعلاقتها ببعض المتغيرات مثل (مدة المرض، السن)، وهل هناك فروق في هذه المتغيرات تعزى (للجنس والمستوى التعليمي)، ونتائج هذه الدراسة ربما تساهم في إعطاء الباحثين والدارسين في هذا المجال رؤية خاصة بمرضى السكري النوع الأول، وفي توجيههم في بناء برامج تدريبية وعلاجية لهؤلاء المرضى كأفاق مستقبلية، من اجل إعادة توجيه اعتقاداتهم نحو مصدر ضبطهم الصحي، وتقديم تدريبات للرفع من كفاءتهم الذاتية لممارسة السلوكيات الصحية التي تعود عليهم بالفائدة على جميع الأصعدة.

الفصل الأول:

مشكلة البحث والدراسات السابقة

أولاً: مشكلة الدراسة

ثانياً: اهداف الدراسة

ثالثاً: أهمية الدراسة

رابعاً: مصطلحات الدراسة

خامساً: الدراسات السابقة

سادساً: فرضيات الدراسة

اولا: مشكلة الدراسة:

تعد الامراض المزمنة مشكلة كونية، اذ في العقود الماضية شهدت ارقامها ارتفاعا ملحوظا، خاصة في البلدان العربية فقد ادت التغييرات في انماط السلوك الغذائي والنشاط الجسمي الى حدوث تغييرات في معدلاتها وارتفاعها (محمد بن سعد الحميد 2007).

وتتسبب الامراض المزمنة سنويا في وفاة قرابة 36 مليون فرد عالميا، وتحدث 80 بالمائة من الوفيات في البلدان الفقيرة والنامية، و 9 ملايين من وفيات الامراض المزمنة هم اشخاص اعمارهم تحت سن 60 عاما، و 90 بالمائة منهم من الدول الفقيرة والنامية، ومرض السكري لوحده مسؤول عن وفيات تقدر ب 1,3 مليون وفاة.

ويعتبر داء السكري من أكثر التحديات الصحية في العالم للقرن الواحد والعشرين، حيث أصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة بحد سواء، فالمضاعفات الناتجة عنه كأمرض القلب والاعوية الدموية، والاعتلال العصبي السكري وبتنر الاعضاء، والفشل الكلوي والعمى والتي تؤدي الى العجز وانخفاض متوسط العمر المتوقع وبالتالي زيادة العبء الاقتصادي على الفرد والمجتمع ككل.

ووفقا لإحصائيات الاتحاد الدولي للسكري لعام 2010 فان 258 مليون شخص في العالم والذين تتراوح اعمارهم بين 20_79 سنة مصابين بمرض السكري اي ما يقارب 6,6 بالمائة من مجموع سكان العالم والذي يبلغ حوالي 7 مليارات نسمة، ويتوقع ان يزداد هذا العدد بحلول عام 2030 ليصبح ما يقارب 438 مليون شخص لنفس الفئات العمرية اي بنسبة 7,8 بالمائة من مجموع السكان المتوقع ان يكون حوالي 8,4 مليارات نسمة (المرجع الوطني لتتقيف مرضى السكري, 2011، ص 10).

وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية فان حوالي 80 بالمائة من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض ونصفها يحدث قبل سن السبعين عاما، ومرض السكري حسب منظمة الصحة

العالمية هو "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، ويعد الانسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم الى قلة وجود الأنسولين (جاسم المرزوقي، 2008، ص 23).

ويندرج تحت مرض السكري فئتين او نوعين منه: النوع الاول، والنوع الثاني، حيث ان هذا الاخير ينتج عندما لا يكون انتاج الانسولين كافيا للتغلب على الحالة الشاذة الكامنة المتمثلة في زيادة المقاومة لمفعوله، اما النوع الاول فهو مرتبط بحدوث نقص مطلق في الانسولين، وينجم عادة عن التدمير المناعي الذاتي للخلايا في البنكرياس، ويبدو ان عوامل بيئية وكذلك وراثية تلعب دورا في الاصابة بمرض السكري (سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، 2003، ص 96).

رغم أهمية تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الإنسان، او تأثيرها في حدوث اصابات وامراض خطيرة ومزمنة كالسكري، إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة (عثمان يخلف، 2001، ص 19).

بمعنى أن نشأة وحدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية ولو أن هناك مسببات أخرى لا تقل أهمية عن العوامل النفسية والسلوكية.

والسلوك الصحي مثله مثل السلوكيات الأخرى يكتسب نتيجة لتعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية وذلك من خلال النمذجة وتقليد العادات الصحية للأصدقاء والأقارب وكذلك من خلال آليات الملاحظة الاجتماعية كما أن السلوك الصحي يخضع لتأثيرات داخلية وخارجية ولعل أهم العوامل المؤثرة فيه هي عوامل الشخصية.

حيث أصبحت هذه العوامل تعمل كمتغيرات وسيطة في السلوك الصحي وتنفيذ البرامج العلاجية مثل مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية فاعتقاد الفرد وإيمانه بقدراته تحدد وتنبؤ بسلوكه اللاحق ،ومدى قدرته على التحكم فيه وكما هو معروف فان الاعتقاد في أي موضوع سواء تعلق بالذات أو بموضوع خارجي يحدد بدرجة كبيرة السلوك الذي ينتجه الفرد في الحاضر أو المستقبل كما أن اعتقاد الفرد وإيمانه بقدراته الذاتية يعمل من خلالها على مواجهة المواقف والتكيف معها (الكفاءة الذاتية) ومدى نجاحه في هذه الخبرات يستعمل لاحقا على تعزيز هذه السلوكيات وعلى العكس.

وتؤثر الكفاءة الذاتية أو فاعلية الذات في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف والدوافع والوجدان وانتقاء المعلومات من بيئتنا (زعطوط رمضان، 2005، ص 43). فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد في الكفاءة إلى التأثير في تقييمنا لأحداث الحياة واستقبال المعلومات بطريقة خاصة بها. كما أن الاعتقاد في الكفاءة له دور في تحديد مدى قدرة الفرد على التواصل الاجتماعي وإقامة علاقات ناجحة وتؤثر كذلك الكفاءة في طريقة تعاملنا مع الاضطرابات النفسية إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي الوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة وكلما كان الاعتقاد قوي في الكفاءة استطاع الفرد تجاوز التحديات والمواقف التي تواجهه وعملية الاستمرار في النجاح ومواجهة المواقف الخطرة (كالمرض) أو ممارسة السلوكيات الصحية، تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد، فقد يعمل الفرد نفسه على تعزيز سلوكياته بطريقة إيجابية واعزاء نجاحه في تخطي مرض أو مهمة أو ممارسة سلوك صحي إلى قدراته الذاتية وجهده المبذول (مصدر الضبط داخلي) وقد يعزو سلوكياته ونجاحه إلى قوى خارجية او راجعة للحظ والقضاء والقدر والآخرين، وهنا سيكون على عكس الحالة الأولى وهذا ما أطلق عليه " روتر " ROTTER بمصدر الضبط للإشارة إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات التي يتلقاها (معتز سيد عبد الله، ص 81).

وكما قلنا سابقا فان السلوك الصحي هو سلوك مكتسب نتيجة لتعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء عملية التنشئة الاجتماعية وانه يخضع لتأثيرات داخلية وخارجية وأهمها العوامل الشخصية والتي تعمل كوسائط في تنفيذ مثل هذه السلوكيات الصحية وتنفيذ البرامج العلاجية ومنها مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية وعليه فإننا نتساءل:

1. ما هو نمط مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري النوع الاول؟

2_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول؟

3 __ هل توجد علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول؟

4 __ هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول؟

5_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول؟

6_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول؟

7_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول؟

8- هل توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الاول؟

9_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول؟

10_ هل توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول؟

11_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس لدى مرضى

السكري النوع الاول؟

12_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى

مرضى السكري النوع الاول؟

13_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع

الاول؟

14_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى

السكري النوع الاول؟

15_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع

الاول؟

16_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى

السكري النوع الاول؟

ثانيا: أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. محاولة معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية والسلوك الصحي

لدى مرضى السكري النوع الاول

2. محاولة معرفة فيما إذا كانت هناك علاقة بين كل من أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية

والسلوك الصحي بالعوامل التالية (السن، مدة المرض) لدى مرضى السكري النوع الاول.

3. محاولة معرفة فيما إذا كانت هناك فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي ودرجة الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي باختلاف الجنس والمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول.

ثالثاً: أهمية الدراسة

نرى أن هذا البحث تكمن أهميته في انه يساهم ولو جزئياً في البحث عن العوامل التي تساهم في تنمية القدرات الذاتية والمهارات السلوكية للفرد وتغيير اعتقاده نحو الموضوعات بطريقة إيجابية لمواجهة الأحداث والمواقف المتعددة، خاصة الصحية منها.

لفت الانتباه الى ان مرضى السكري لا يحتاجون فقط للعلاج الدوائي، وانما يحتاجون لعوامل اخرى تساعدهم في التوافق مع المرض ومضاعفاته، مثل افادة هؤلاء المرضى وذويهم بمثل هذه الدراسات التي تحمل في طياتها الكثير من المفاهيم المعرفية حول (مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية، السلوك الصحي)، التي من شأنها ان تعدل في اتجاهاتهم نحو اعتقاداتهم في مصدر ضبطهم وفي طرق تنفيذهم للسلوكيات الصحية خاصة لتعليمات الاطباء.

يمكن الاستفادة من نتائج البحث في مجال وضع برامج علاجية مناسبة لمن يعاني من اختلال في مركزية الضبط عنده، لأنها من شأنها ان تساعد المرضى، وخاصة مرضى السكري من رفع كفاءتهم الذاتية لتحقيق وتنفيذ سلوكيات صحية، لتجاوز عقبات وصعوبات التكيف مع هذا المرض المزمن.

كما تكمن اهمية الدراسة كذلك في انها تثري مجال البحث في جميع المجالات العلمية، وفتح المجال امام الباحثين والدارسين من اجل المزيد من الدراسات والبحوث في هذا الموضوع.

رابعاً: مصطلحات الدراسة

1 مصدر الضبط الصحي (Health Locus of Control):

يشير مصدر الضبط الصحي إلى الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد عن سلوكياته الصحية، وإلى أي مدى يعتقد انه المسؤول عن صحته. بمعنى آخر أن مصدر الضبط الصحي يشير إلى مفهوم الفرد حول مصدر صحته، هل هو داخلي أم يتحكم فيه ذوي النفوذ (الآخرين)، أو يرجع إلى الصدفة والحظ، ومصدر الضبط متعدد الابعاد ويتكون من بعد داخلي وبعد خارجي يضم (الحظ و القدر feat and chance) وقوة الاخرين (powerful others).

1_ مصدر الضبط الصحي الداخلي: وهو اعتقاد الفرد بان العوامل الداخلية او السلوك الفردي هو المسؤول عن صحته او مرضه. (Ünsal Si—ri, Nilay Gemly, 2007, p52)

2_ قوة الاخرين: وهو اعتقاد الفرد ان صحته يؤثر فيها الاخرون كالأسرة، والأطباء المشتغلين بحقل الرعاية الصحية. (Wallston , KENNETH A. et al 1987)

3_ الحظ: وهو اعتقاد الفرد بان صحته محصلة حظ وصدفة.

2 الكفاءة الذاتية أو فعالية الذات (Self-efficacy): يعرف (BANDURA 1997) الكفاءة الذاتية بانها

معتقدات الفرد حول قدراته على تنظيم وتنفيذ الاجراءات اللازمة لتحقيق نتائج معينة، وهي كذلك معتقدات الافراد حول قدراتهم على انتاج مستويات معينة من الاداء الذي يؤثر على الاحداث المؤثرة في حياتهم وهذه المعتقدات تؤثر في خيارات الافراد وفي مسارات الفعل والاهداف التي يسعون من اجلها. (احمد يحي الزق، 2009، ص 40)

3- السلوك الصحي (health behavior): اي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض او لغرض

التعرف على المرض او تشخيصه في المرحلة المبكرة، (عثمان يخلف، ص 20، 2001).

4. السكري النوع الاول: ويتميز بوجود تحطيم لخلايا بيتا (B) في البنكرياس التي تفرز الأنسولين (فقدان

الأنسولين تماما في الدم)، بواسطة أضداد ذاتية Auto – anti bodies في الدم المصاب، ويحتاج

الشخص منذ البداية الأنسولين لكي يعيش وهو معرض للإصابة بحماض الدم (tome i)

(rapport,2012,p12)

خامسا: الدراسات السابقة:

تمثل مراجعة الدراسات السابقة نقطة مركزية في البحوث الأكاديمية، بل هي القاعدة الرئيسة لبناء جهد بحثي

رصين. وهذا بلا شك يؤكد على أن الدراسات الأكاديمية لا تُبنى من فراغ وإنما هي عملية معرفية تراكمية

تنطلق من جهود الباحثين السابقين وغايتها تحقيق تقدم وإضافة للمعرفة الإنسانية المنجزة.

وقد تم تلخيص الدراسات السابقة والتي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية على النحو التالي:

1-الدراسات السابقة المتعلقة بمصدر الضبط الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية او الديموغرافية

2-الدراسات السابقة المتعلقة بالكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية او الديموغرافية

3-الدراسات السابقة المتعلقة بالسلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية او الديموغرافية

4-الدراسات السابقة المتعلقة بمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، والسلوك الصحي

وقد تم عرض الدراسات السابقة وفقا لتسلسلها الزمني من الاقدم الى الاحدث، والتعليق عليها من حيث

الأهداف، العينة، واهم النتائج.

1. الدراسات السابقة المتعلقة بمصدر الضبط الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية او الديموغرافية:

دراسة (YOUNGER1995): والتي هدفت الى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي،

والتكيف مع الضغوط وقد اجريت الدراسة على عينة قوامها 111 فردا من المصابين باضطراب وعائي قلبي

(الشريان التاجي)، وقد طبقت على العينة كل من مقياس: التكيف مع الضغوط، ومقياس مصدر الضبط الصحي، وقد بينت النتائج وجود علاقة بين مصدر الضبط الداخلي والتكيف مع الضغوط، مما يؤكد الفرضية القائلة بوجود ارتباط بين الضبط الداخلي والتغلب على الضغوط (YOUNGER1995).

دراسة (Reynaert 1995): وهدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط والتحكم

الأیضي لدى السكريين وانطلقت الدراسة من سؤال جوهري مفاده، هل توجد علاقة جوهريّة بين مصدر الضبط الداخلي، وأفضل تحكم أیضي؟ وقد اجريت الدراسة على 61 مصابا بالسكري، 36 منهم من السكري النمط 1، و 25 مصابا بالسكري النمط 2، ودلت النتائج على وجود علاقة موجبة بين الضبط الداخلي والتحكم الأیضي السكري من النمط 1، بينما لا توجد علاقة دالة لدى السكريين من النمط 2 (reynaert1995).

دراسة (smith and tillotson 1996): هدفت هذه الدراسة الى تحديد مصدر الضبط الداخلي

للسكريين والدعم الاجتماعي للتنبؤ بالانخراط في حمية التخفيف من الوزن، لدى السكريين غير المعتمدين على الانسولين، وعددهم 465 مريضا، وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين مصدر الضبط والدعم الاجتماعي، ولم تكشف النتائج عن وجود ارتباط دال بين الضبط الداخلي وحمية تخفيف الوزن

(smith and tillotson1996)

دراسة (vinck and valk1996): والتي هدفت الى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي

وجودة الحياة، لدى 16 فردا مصاب بسرطان الرئة، ومجموعة ضابطة من الاسوياء، وقد اسفرت النتائج على وجود فروق جوهريّة بين المجموعتين على اختبار مصدر الضبط الصحي، حيث تميزت المجموعة المرضية بضبط داخلي عكس المجموعة السوية، التي اظهرت نتائج درجات مرتفعة في الضبط الخارجي، بينما لم تظهر علاقة بين مصدر الضبط الصحي وجودة الحياة (vinck and valk1996).

دراسة (kenedy et al1999): هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن تأثير تربية الاعتناء بالذات،

ومصدر الضبط الصحي لدى عينة من الاناث المكسيكيات، وتكونت العينة من مجموعتين عينة

تجريبية(60) ومجموعة ضابطة(60)، وقد استخدم مقياس مصدر الضبط الصحي، واستبيان لقياس السلوك

المرضي كقياس قبلي، وقد اجري قياس بعدي بعد ذلك، وكشفت النتائج على تغير جوهري في اتجاه

انخفاض درجات ابعاد مصدر الضبط، بما يتفق مع الفرضية المعالجة وهي كون التربية الصحية تؤثر

ايجابيا على السلوك الصحي ومصدر الضبط الصحي (kenedy et al1999).

دراسة (winstead-fry et al1999): الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو الكشف عن العلاقة بين

مصدر الضبط الصحي، والإصابة بسرطان الثدي عند الاناث، وسرطان البروستات عند الذكور وتكونت

العينة، من 78 رجلا و 79 امرأة، تم اختيارهم من الريف وقد كشفت الدراسة عن وجود فروق لصالح الاناث

على بعد مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الاخرين). (winstead-fry et al1999)

دراسة (knecket et al1999): هدفت الدراسة الى التعرف على العلاقة بين الاعتناء بصحة الفم

والاسنان لدى المصابين بداء السكري ومصدر الضبط لدى عينة من 149 مصابا بالسكري، المعتمد على

الانسولين، وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة جوهريّة دالة بين السكري والاعتناء بصحة الفم، وهو ما

يكشف دور مصدر الضبط الداخلي في التنبؤ بالسلوك الصحي لدى العينة (knecket et al1999).

دراسة (gillibrand and flynn2001): هدف الدراسة هو الكشف ووصف العلاقة بين إدراك

المصابين لمصدر الضبط الصحي لديهم والاصابة بالسكري، وذلك على عينة مكونة من 18 مريضا راشدا

بالسكري، وقد كشفت النتائج ان السكريين يتمتعون بمصدر ضبط خارجي على بعد نفوذ الاخرين، ويعود هذا

لاعتمادهم على الاطباء (gillibrand and flynn2001).

دراسة (simoni and ming 2002): حاولت الدراسة التعرف على دور مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط لدى عينة من المصابات بالإيدز، وعددهن 230 مصابة من مدينة نيويورك، وينحدرن من اصول افريقية واسبانية، تراوحت اعمارهن بين 25 و 61 سنة وقد أجبن على اختبارين: مقياس مصدر الضبط الصحي، ومقياس الصحة العامة وقد اظهرت النتائج، ارتفاع درجات المفحوصات على بعدي الاختبار، الحظ ونفوذ الاخرين، وانخفضت نتائجهن على بعد الضبط الداخلي (simoni and ming 2002).

دراسة (hobis and turpin2003): الدراسة كانت بعنوان السلوك المرضي ومصدر الضبط لدى المرضى الذين يعانون من تهيج القولون ومرض كراون، وقد اشتملت الدراسة على عينة مكونة من 53 فردا مصابا بتهيج القولون، و 50 فردا سويا، و 53 مصابا بمرض كراون، وقد دلت النتائج على ارتفاع درجات الضبط الخارجي لدى العينة المصابة بداء كرون منها لدى مجموعتي الاسوياء وتهيج القولون، بينما ارتفعت درجات الضبط الداخلي لدى الاسوياء (hobis and turpin2003).

دراسة (grunfeld et al 2003): هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط و اعراض الدوران، على عينة من المصابين باضطرابات عصبية قوامها 106 مريضا، يعانون من الدوران وبعض الاضطرابات العصبية، وقد طبقت عليهم الادوات التالية، استمارة المعلومات العامة، مقياس اعراض الدوران، اختبار مصدر الضبط الصحي، واختبار الضبط للشفاء، وقد اظهرت النتائج ارتفاع درجات المفحوصين على بعد الحظ، ودرجات منخفضة على بعدي الضبط الداخلي و تأثير الاخرين، وهو ما يعني ان المرضى يعتقدون ان الاصابة والشفاء من المرض مسألة حظ (grunfeld et al 2003).

دراسة (burckert and consolis2004): وهدفت هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين فرط الكوليسترول ومصدر الضبط الصحي، وقد اجريت الدراسة على عينة من المرضى قوامها 1398 مريضا

بفرط الكوليسترول، وقد تم استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي، وقد اظهرت النتائج ان 42,4% من العينة تحصلوا على درجات مرتفعة على بعد مصدر الضبط الداخلي، بينما غلبت نسبة ذوي الضبط الخارجي ببعديه (ذوي نفوذ الاخرين، والحظ) بنسبة 47,6%، كما ارتبط مصدر الضبط الداخلي ارتباطا سالبا مع السن، وارتباطا موجبا مع المستوى التعليمي للعينة (burckert and consolis 2004).

دراسة (van de putte et al 2005): هدفت الدراسة الى استكشاف الفروق في مستوى مصدر الضبط الصحي لدى المراهقين، الذين يعانون من تناذر التعب المزمن، مقارنة مع اقرانهم الاسوياء، وقد تكونت عينة الدراسة من 32 مراهقا و 167 من الاسوياء واوليائهم، واستخدم في الدراسة مقياس مصدر الضبط الصحي، وقد كشفت النتائج عن ارتفاع درجات الضبط الخارجي لدى المرضى واوليائهم، وهو ما يبين ان المرضى واوليائهم يعززون صحتهم أكثر الى الحظ ونفوذ الاخرين (van de putt et al 2005).

دراسة (derks et al 2005): حاولت الدراسة معرفة ما اذا وجدت لدى المصابين بسرطان التجويف الانفي والرأس، فروق في استراتيجيات التكيف ومصدر الضبط، وهل توجد علاقة بين مصدر الضبط وهذه الاستراتيجيات مع كل من الاكتئاب، و جودة الحياة، وذلك لدى كبار السن والكهول، وشملت العينة 78 فردا من كبار السن تفوق اعمارهم 70 سنة، وعينة من الكهول تراوحت اعمارهم بين 45 و65 سنة، وقد اجابت العينة على الادوات التالية: مقياس جودة الحياة، مقياس استراتيجيات التكيف، مقياس الاكتئاب ومقياس مصدر الضبط، واطهرت النتائج عن وجود فروق بين المجموعتين على كل من مقياس الاكتئاب وجودة الحياة، بينما كشفت الدراسة على ان الكهول يستخدمون استراتيجيات تكيفية اكثر ملائمة من كبار السن، بالإضافة الى توجه الكهول الى مصدر الضبط الداخلي من كبار السن (derks et al 2005).

دراسة (chung ,preveza et all 2006): والتي كانت تحت عنوان :اصابات الحبل الشوكي،

ضغط ما بعد الصدمة، ومصدر الضبط لدى المسنين، وقد هدفت الدراسة الى تحقيق في مدى الاستجابة

لاضطراب ما بعد الصدمة الناتجة عن اصابات النخاع الشوكي، والكشف عن دلالة الفروق في مستويات الضبط الصحي بين الشباب والكهول، والشيخوخ الذين اجريت لهم عملية جراحية على العمود الفقري، وقد اشتملت الدراسة على عينة قوامها 62 فردا لديهم اصابات على مستوى النخاع الشوكي، وقد قسمت هذه العينة الى، عينة الشباب التي تكونت من 23 فردا، وعينة الكهول والتي تكونت من 25 فردا، وعينة الشيخوخ والتي تكونت من 14 فردا، وقد استخدمت الادوات التالية: قائمة ضغوط ما بعد الصدمة، استبيان الصحة، ومقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الابعاد، وظهرت النتائج ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الفئات العمرية الثلاثة من حيث اعراض ما بعد الصدمة.
- يعتقد المرضى الشباب في مصدر الحظ للتحكم أكثر بكثير من المرضى في منتصف العمر، وكبار السن
- لا توجد علاقة بين اعراض اضطراب ما بعد الصدمة ونوع مركز التحكم للمرضى.
- توجد علاقة موجبة دالة لدى الشيخوخ والكهول بين مصدر الضبط الخارجي والشكوى الجسدية (chung ,preveza et all 2006).

دراسة (vuger-kovacic et al 2007): اهتمت الدراسة بالكشف عن العلاقة بين القلق، والاكتئاب ومصدر الضبط لدى المصابين بالتصلب اللوحي المتعدد (هو مرض عصبي)، وبلغ حجم العينة 457 مريضا كروايتا مصابا بالتصلب المتعدد، وقد قسمت العينة الى ثلاث مجموعات: حسب ازمان المرض: اقل من 5 سنوات، بين 5-10 سنوات، واكثر من 15 سنة، وذلك لمعرفة اثر الازمان على مصدر الضبط، وقد دلت النتائج على ان 405 مصابا، بواقع 86,5% من العينة تحصلوا على درجات مرتفعة على بعد الضبط الخارجي، وكشفت الدراسة ان هناك علاقة بين الضبط الخارجي ومدة الازمان، كما بينت نتائج الدراسة وجود علاقة موجبة بين الضبط الخارجي والقلق والاكتئاب (vuger 2007).

- دراسة (دروزة 2007): والتي هدفت الى التعرف على نوع مركز الضبط لدى طلبة الماجستير في كلية التربية في جامعة النجاح الوطنية، والتعرف كذلك الى العلاقة بين مصدر الضبط وبين عدد من المتغيرات المستقلة هي: الجنس والحالة الاجتماعية، والمهنة، وتحصيلهم الاكاديمي، وتكونت العينة من 51 طالب من طلبة الماجستير، و اشارت النتائج الى ان طلبة الماجستير يميلون الى الانضباط الداخلي اكثر من الانضباط الخارجي، كما اشارت النتائج الى عدم وجود فروق في مركز الضبط تعزى للجنس، او الحالة الاجتماعية، او المهنة، او التحصيل الاكاديمي (جمال عبد الله ابو زيتون، 2011، ص ص 120، 121).
- دراسة جبالي نورالدين (2007): والتي كانت تحت عنوان: علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، وقد هدفت هذه الدراسة الى الكشف عن النمط السائد لدى عينة جزائرية من ابعاد مصدر الضبط الصحي، والكشف عن الفرق في ابعاد مصدر الضبط الصحي بين كل من الجنسين، المستويات الثقافية، الحالة الاجتماعي ة، وكذا الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والاضطرابات السيكوسوماتية، وقد اعتمدت الدراسة على عينة قوامها 205 فردا راشدا من الجنسين، من مختلف المستويات التعليمية، وقد تم استخدام الادوات التالية، مقياس مصدر الضبط الصحي، قائمة كورنيل للاضطرابات السيكوسوماتية، وقد توصلت الدراسة ال النتائج التالية:
- احتلت اصابات الجهاز العصبي والجهاز التنفسي، والجهاز الهضمي قائمة الاضطرابات السيكوسوماتية، كما اظهرت النتائج سيادة مصدر الضبط الداخلي لدى العينة، مقارنة بالضبط الخارجي والخط.
 - وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الخارجي (بعد نفوذ الاخرين) لصالح الذكور، وفي نفس البعد وجدت فروق بين المتزوجين، وغير المتزوجين لصالح المتزوجين، كما وجدت الفروق في درجات ابعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستويات التعليمية، ففي البعد الداخلي وجدت الفروق لصالح الجامعيين،

وفي مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الاخرين والحظ) وجدت فروق لصالح الابتدائي كما اتضح هناك علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الاخرين) والعمر.

- وجود فروق جوهرية بين الجنسين في كل من الجهاز التنفسي، والدرجة الكلية صالح الذكور، بينما كانت لصالح الاناث في الجهاز الهضمي، الجلد، العصبي، التعب، تكرار المرض، القلق، والتوتر.

- وجود فروق جوهرية بين المستويات التعليمية على المقاييس التالية: الدرجة الكلية القلب، الاوعية، الجهاز الهضمي، تكرار المرض، الغضب والتوتر.

- وجود علاقة ارتباطية بين جوهرية بين درجات ابعاد مصدر الضبط الصحي ودرجات مقاييس السيوكوسوماتية في كل من: السمع، الابصار، الجهاز التنفسي، القلب والاعوية، تكرار المرض، القلق، الاكتئاب، التوتر (جبالي نورالدين 2007).

تعليق على الدراسات السابقة:

المتتبع للدراسات السابقة سيجد ان معظمها دراسات اجنبية تناولت متغير مصدر الضبط الصحي، ماعدا دراسة عربية واحدة هي دراسة جبالي نورالدين (2007)، وهذا لا يعني انه لا توجد دراسات عربية لم تتناول هذا المتغير انما فقط اتحدث عن الدراسات التي تم تناولها في هذا البحث والتي كانت أقرب الى الدراسة، ولقد حاولت الباحثة التعليق على الدراسات السابقة وفق هذا المنوال:

- **من حيث الموضوع :** يمكن تصنيف الدراسات السابقة المتعلقة بمصدر الضبط الصحي الى عدة اقسام، حيث اهتم بعضها بمصدر الضبط وبعض العوامل النفسية مثل: دراسة (yonger1995) بين مصدر الضبط الصحي والتكيف مع الضغوط، دراسة (vinck1996) بين مصدر الضبط الصحي وجودة الحياة ، ودراسة (kenedy1999) والتي تناولت هذا المتغير والاعتناء بالذات، ودراسة (derks2005) والتي بحثت في مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات التكيف، ودراسة (vuger2007) والتي بحثت في مصدر الضبط

الصحي والقلق والاكتئاب، في حين ان القسم الاخر من الدراسات تناول مصدر الضبط الصحي كوسيط او متغير مباشر في المرض مثل دراسة (جبالي نورالدين 2007) والتي تناولت مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالاضطرابات السيكوسوماتية، دراسة (hobis2003) التي تناولت مصدر الضبط الصحي والسلوك المرضي، وكذلك دراسة (buckert2004) والتي بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وفرط الكولسترول، ودراسة (chung2005) حول الاصابة بالحبل الشوكي ومصدر الضبط الصحي كذلك دراسة (reynaert1995) التي بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط والتحكم الايضي، ودراسة (winstead1999) والتي بحثت في الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والاصابة بسرطان الثدي والبروستات، اما دراسة (gillibrand2001) فتناولت مصدر الضبط وكيفية ادراكه لدى المصابين بالسكري، اما دراسة (simoni2002) فتناولت اي مصدر الضبط الصحي كمتغير وسيط لدى المصابين بالإيدز.

من حيث حجم العينة : تراوحت احجام عينات الدراسات السابقة بين الصغيرة التي لم يتجاوز عددها 100 فردا كما هو في دراسات: (vinck1996) و (hobis2003)، و (chung2005)، و (reynaert1995)، و (kenedy1999)، و (winstead1999)، و (gillibrand2001)، و (van de putte2005)، و (derks2005)، ودراسة (دروزة2007).

اما الدراسات ذات الحجم المتوسط والكبيرة نسبيا والتي تجاوزت 100 فردا نجد دراسة: (yonger1995)، و (buckert2004)، و (جبالي نورالدين 2007)، و (smith et al 1996)، و (kneckt1999)، و (simoni2002)، و (grunfeld2003)، و (vuger2007).

من حيث الفئة المستهدفة : من حيث الفئة المستهدفة للدراسة، حاولنا ان تكون كل الدراسات او على الاقل معظمها تخدم الموضوع، فكانت الدراسات القريبة جدا والتي تناولت عينة بحثنا وهي مرضى السكري تمثلت

في دراسة(reynaert1995)، ودراسة (kneckt1999)، ودراسة (gillibrand2001)، اما باقي الدراسات فقد تنوعت منها من تناول السرطان بأنواعه المختلفة مثل: دراسة (vinck1996)، ودراسة (winstead1999)، ودراسة(derks2005)، ومن الدراسات من تناول الاضطرابات السيكوسوماتية مثل: دراسة

(hobis2003)، و (yonger1995)، و (buckert2004)، و (chung2005)، و (grunfeld2003)، و (van de putte2005)، و(جبالي نور الدين 2007).

من حيث النتائج: قد تباينت نتائج الدراسات السابقة، وهذا حسب كل موضوع والمتغير الذي تناولته في

علاقته بمصدر الضبط الصحي، فمن الدراسات من اثبتت وجود العلاقة بين مصدر الضبط الصحي

والمتغير المتناول معه، وبعضها كشف عن الفروق بين المجموعات في مصدر الضبط الصحي، ومنها من

كشف عن النمط السائد لدى اغلب العينات، وسنحاول فرز هذه النتائج وفق موضوعاتها، فمن حيث اثبات

وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي واي متغير من المتغيرات النفسية الاخرى نجدا مثلا:

- دراسة(yonger1995)، اثبت وجود علاقة بين مصدر الضبط والتكيف مع الضغوط، دراسة (جبالي

نورالدين2007) اثبتت وجود علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومقاييس الاضطرابات

السيكوسوماتية، دراسة(reynaert1995)، اثبتت وجود علاقة جوهرية بين مصدر الضبط الصحي والدعم

الاجتماعي.

- هناك دراسات اظهرت نتائج عن النمط السائد لدى عينة بحثها على مقياس مصدر الضبط الصحي مثل:

دراسة(vinck1996)،كشفت عن ارتفاع في درجة الضبط الداخلي في مجموعة بحثه، دراسة (جبالي

نورالدين2007)،اظهرت نتائج دراسته ان النمط السائد لدى العينة هو الضبط الداخلي،ونفس النتيجة توصل

اليها في دراسة(دروزة 2007) ان عينته تتميز بضبط داخلي،وهناك دراسة اثبتت العكس مثل

دراسة (hobis2003)، اظهرت ارتفاع في الضبط الخارجي لدى العينة المرضية، وهذا ما اكدته دراسة (buckert2004)، حيث غلب على العينة طابع ذوي الضبط الخارجي، وهذا ما ذهبت اليه دراسة (gillibrand2001)، ان مرضى السكري يتمتعون بمصدر ضبط خارجي، وهي نفس النتيجة في دراسة (van de putte2005).

- وهناك من الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي مثل:
دراسة (winstead1999)، حيث كشفت عن وجود فروق لصالح الاناث على بعد مصدر الضبط الخارجي، وهي نفس النتيجة التي توصل اليها (simoni2002) في دراسته، بينما النتيجة التي توصل اليها (جبالى نورالدين2007) في دراسته معاكسة للدراسات السابقة حيث اظهرت فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الخارجي لصالح الذكور، بينما دراسة (دروزة 2007) اظهرت نتائج بحثه الى عدم وجود فروق في مركز الضبط تعزى للجنس، او المهنة، او الحالة الاجتماعية، او التحصيل الاكاديمي

2. الدراسات السابقة المتعلقة بالكفاءة الذاتية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية او الديموغرافية:

دراسة (Hilderth et al 1987) : حيث قام بدراسة الكفاءة لدى مجموعة من المراهقين المصابين بالسكري المعتمد على الأنسولين، وأوضحت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الكفاءة الذاتية كانوا أكثر قدرة على التحكم في المرض أما المرضى الذين سجلوا درجات منخفضة فقد عبروا عن الخوف من فقدان السيطرة على المرض والبعض شعر باليأس وعدم مساندة المجتمع له وأيضا سجل الذكور درجة أكبر على مقياس الكفاءة من الفتيات (Hilderth et al 1987).

دراسة (herrick1996): توصلت هذه الدراسة الى ان فعالية الذات لها تأثير ملحوظ في التنبؤ بكل من ممارسة الرياضة والحماية من التعرض لأشعة الشمس، والتوقف عن التدخين واتباع نظام غذائي كأنماط للسلوك الصحي (كريمة خطاب، 2011، ص 123).

دراسة (milligan et al 1997): حيث أجرى milligan و زملائه دراسة في استراليا، هدفت الى فحص العلاقة بين بعض انماط السلوك الصحي وبعض المتغيرات النفسية (فعالية الذات، وسلوك النمط أ، والاكتئاب)، واجريت الدراسة على 301 من الذكور، و 282 من الاناث، وبلغت اعمارهم 18 سنة، و اوضحت نتائج الدراسة ان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات المرتفعة وكل من اتباع النظام الغذائي الصحي والشرب المعتدل للكحول لدى الاناث، بينما وجدت هذه العلاقة بين فعالية الذات وممارسة النشاط البدني عند الذكور، ولا توجد فروق بين الجنسين في العلاقة بين فعالية الذات والتدخين (محمد الصبوة، 2007، ص 11).

دراسة (kneckt et al 1999): وهدفت هذه الدراسة الى فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكري وفعالية الذات لصحة الاسنان، كما هدفت الى فحص العلاقة بين فعالية الذات لصحة الاسنان والاذعان لعلاج السكري، والحالة الحقيقية لمرض السكري، واخيرا فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكري وممارسة السلوكيات الصحية المرتبطة بالفم والحالة الصحية للفم، وقد اجريت الدراسة على عينة قوامها 149 من مرضى السكري المعالجين بالأنسولين، منهم (62 من الاناث، 87 ذكور)، واجريت الدراسة ما بين (شهر اوت 1995 و ديسمبر 1996)، وكشفت النتائج عن ارتباط فعالية الذات لصحة الاسنان بالإذعان لعلاج السكري، وارتبطت فعالية الذات للرعاية من مرض السكري بتكرار زيارة طبيب الاسنان، كما كشفت النتائج عن ان المرضى الذين يقومون بسلوكيات صحية ايجابية، لديهم فعالية ذاتية لصحة الاسنان اكثر ممن لا يقومون بتلك السلوكيات الصحية الايجابية، و لم يرتبط السن والمستوى التعليمي ارتباطا دالا بفعالية الذات لصحة الاسنان، كما لم يرتبط ايضا بفعالية الذات للرعاية من مرض السكري، كما لم ترتبط مدة الاصابة بالمرض بفعالية الذات للرعاية من مرض السكر، كما ارتبطت فعالية الذات للرعاية من مرض السكر ارتباطا ايجابيا دالا بكل من فعالية الذات لصحة الاسنان و السلوكيات الصحية الايجابية (kneckt et al 1999).

دراسة (schwarzer et al2000): حيث قام بدراسة الكفاءة الذاتية في علاقته بالسلوك الغذائي لدى 580 شخصا على مرحلتين، على اساس نموذج مقارنة عملية الفعل الصحي، الذي يحدد السلوك الصحي في مرحلتين، لذلك قسم الكفاءة الذاتية الى كفاءة ذاتية (ما قبل النية)، وكفاءة الذاتية للمواجهة (ما بعد النية) او المقصد السلوكي ثم يتم تقويم النية السلوكية وكفاءة الذات للمواجهة كوسائط بين المتغيرات وبين السلوك الغذائي، بعد 6 اشهر من القياس الاول، ودلت النتائج على ان الكفاءة الذاتية المدركة تؤثر في المرحلة الارادية للسلوك (schwarzer et al2000).

دراسة (senecal et al2000): فقد قاموا بدراسة الالتزام بالحمية وعلاقته بكفاءة الذات مقابل تنظيم الذات وبالامتثال للتعليمات الطبية والرضى عن الحياة انطلاقا من مفاهيم نظريتي المعرفة الاجتماعية لـ Bandura ونظرية التصميم الذاتي لـ Rayn و Deci وشملت العينة على 638 مريضا بالسكري ودلت النتائج على أن كفاءة الذات وتنظيم الذات يرتبطان إيجابيات بالامتثال للحمية غير أن ارتباط الكفاءة الذاتية أقوى (senecal et al2000).

دراسة (norman2001): قام "نورمان" وزملائه باستكشاف الفروق في استراتيجيات المواجهة، والكفاءة الذاتية والضبط المدرك، لدى فئتين من المرضى، فئة تعاني من امراض مزمنة مكونة من 137 مريضا، وفئة مصابة لأمراض حادة مكونة من 134 مريضا، وتدل النتائج على ان المصابين بأمراض حادة، مرتفعو الكفاءة الذاتية مقارنة بالمزمنين، ويستعمل المرضى المزمنين استراتيجيات مختلفة في التكيف مع المرض سواء الانفعالية التجنبية، والأداتية المركزة حول المشكل او الألهائية الترفيهية او المخففة، كما ان هناك ارتباط دال بين الكفاءة الذاتية واستراتيجيات المواجهة (norman2001).

دراسة (serrano et al 2007): اوضحت هذه الدراسة ان زيادة الوزن كسلوك غير صحي سجل لدى 87 % من مرضى السكري (ن = 135)، خاصة اللذين يتسمون بانخفاض في فعالية الذات. (كريمة خطاب، 2011، ص 123).

دراسة (محمد الصبوة 2007): وتمثل الهدف الاساسي لهذه الدراسة في فحص العلاقة بين بعض انماط السلوك الصحي، وكل من فعالية الذات وتقدير الذات على عينة بلغت 565 طالبا وطالبة (266 من الذكور، 299 من الاناث)، وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع انماط السلوك الصحي الايجابي، وكل من فعالية الذات وتقدير الذات، كما وجدت علاقة ارتباطية سالبة بين بين انماط السلوك الصحي والاكتئاب، كذلك بينت النتائج ان لفعالية الذات قدرة على التنبؤ بكل من ممارسة التمرينات الرياضية وسلوك النوم وسلوك قيادة السيارات، في حين استطاع تقدير الذات التنبؤ بكل من اساءة استخدام الادوية النفسية، وسلوك النوم وسلوك قيادة السيارات، وتنبأ الاكتئاب بالتدخين وسلوك قيادة السيارات (محمد الصبوة 2007).

دراسة (كريمة خطاب 2011): حيث تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين فعالية الذات وكل من الافصاح الذاتي، والسلوك الصحي، كما تهتم بدراسة الفروق بين الذكور والاناث في هذه المتغيرات، وقد تكونت العينة من 100 راشد، موزعين على عينتين (50 ذكور و 50 من الاناث)، واشتملت ادوات الدراسة على مقياس فعالية الذات، ومقياس الافصاح عن الذات، ومقياس السلوك الصحي، وأظهرت النتائج عن وجود ارتباط دال ايجابي بين فعالية الذات والافصاح عن الذات والسلوك الصحي، كما دلت النتائج عن وجود فروق بين الذكور والاناث في اغلب متغيرات الدراسة، حيث جاء الذكور اكثر فعالية في الذات، وفي الافصاح عن الذات مقارنة بالاناث، في حين لم تظهر بينهما فروق في ممارسات السلوكيات الصحية (كريمة خطاب 2011).

التعليق على الدراسات السابقة:

من حيث الموضوع: لقد تنوعت الدراسات السابقة التي تم عرضها، من حيث الاهداف التي سعت الى تحقيقها، وتعد دراسة كل من (Hilderth et al 1987)، ودراسة (kneckt et al 1999)، (milligan et al 1997)، (محمد نجيب احمد الصبوة 2007)، (كريمة سيد محمد خطاب 2011)، اكثر الدراسات قريبا لأهداف الدراسة الحالية، حيث تناولت متغير الكفاءة الذاتية وعلاقته بالسلوك الصحي من جهة وبمصدر الضبط من جهة اخرى وبالعوامل النفسية الاخرى كتنظيم الذات ، او استراتيجيات المواجهة، الافصاح الذاتي، تقدير الذات والاكنتاب، اما باقي الدراسات فقد تناولت الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالحمية، او السلوكيات الغذائية الصحية مثل دراسة (herrick 1996)، (senecal et al 2000)، (schwarzer et al 2000)، (serrano et al 2007).

حجم العينة: تباينت احجام عينات الدراسات السابقة التي تم عرضها بين العينات الصغيرة التي لم يتجاوز عددها 100 فردا، نجد دراسة كل من، (كريمة سيد محمد خطاب 2011)، اما الدراسات التي تناولت العينات التي فاق عدد افرادها 100 نجد دراسة (milligan et al 1997)، (senecal et al 2000)، (kneckt et al 1999)، (schwarzer et al 2000)، (norman 2001)، (serrano et al 2007)، (محمد الصبوة 2007).

الفئة المستهدفة: تنوعت الدراسات السابقة من حيث تناولها للعينة او الفئة المستهدفة لفئة ابحاثها، ولكن الدراسات التي كانت اقرب من حيث تناولها للموضوع او الفئة المستهدفة الى الدراسة نجد دراسة كل من (Hilderth et al 1987)، (kneckt et al 1999)، (senecal et al 2000)، (serrano et al 2007)، والتي كانت العينة المستهدفة في ابحاثها هي مرضى السكري، اما باقي الدراسات فقد تناولت فئة مصابة بأمراض مزمنة كدراسة (norman 2001)، وباقي الدراسات تناولت فئات عادية كالراشدين، والطلبة

ونجد هذا في دراسة (milligan et al 1997)،(schwarzer et al2000)،(محمد الصبوة 2007)،
(كريمة خطاب 2011).

من حيث النتائج: لقد اظهرت الدراسات السابقة التي تم عرضها نتائج متباينة، وهذا لاختلاف مواضيعها وعيناتها، ويمكن ايجاز اهم النتائج التي توصلت اليها فيما يلي:

- وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والعوامل النفسية الاخرى وهذا في دراسة كل من (milligan et al 1997)،(herrick1996)، (kneckt et al 1999)،(schwarzer et al2000)، (senecal et al 2000)، (norman2001)، (محمد الصبوة 2007)، (كريمة خطاب 2011).

_ الكفاءة الذاتية وتنظيم الذات يرتبطان ايجابا بالامتثال للحمية، وممارسة الرياضة والسلوك الغذائي، وهذا ما اكدته دراسات، (senecal et al2000)،(schwarzer et al2000)،(herrick1996)، (milligan et al 1997)، (محمد الصبوة 2007).

_ وجود فروق بين الجنسين في متغير الكفاءة الذاتية، حيث سجل الذكور درجات مرتفعة على مقياس الكفاءة الذاتية مقارنة بالإناث، وهذا ما بينته دراسة (كريمة سيد محمود خطاب2011)، لكن دراسة (milligan et al 1997) اثبتت انه لا توجد فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية،

_ اظهرت دراسة (kneckt et al 1999)، عدم وجود ارتباط بين السن والمستوى التعليمي والكفاءة الذاتية.

3. الدراسات السابقة المتعلقة بالسلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية او الديموغرافية:

دراسة (rodolfo1984):هدفت هذه الدراسة الى معرفة امكانية التنبؤ بالسلوك الصحي

الوقائي،بالاعتماد على مركز الضبط الصحي،وبوجود او غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، على

عينة من 71 من طلبة علم النفس، وتم قياس القيم الصحية بالاعتماد على استبيان walston الذي يتضمن

9 قيم من قائمة rokeach، وتم قياس مركز الضبط الصحي باستبيان مكون من 11 بنداً، يمكنه التمييز بين

من يعتبرون انفسهم مسؤولين عن وضعهم الصحي، ويبن من يعزون ذلك الى الظروف والحظ والقوى الخارجية، واستعمل السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي، كما تم قياس سلوك العائلة الصحي، وسلوك الاصدقاء الصحي، ودلت النتائج على انه هناك علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي ومركز الضبط الداخلي وكذا على العلاقة بين البيئة (العائلة و الاصدقاء) وبين السلوك الصحي (rodolfo1984).

دراسة (keller1985): هدف الدراسة هو استكشاف العلاقة بين السلوك الصحي والسن في الفئات العمرية التالية: (20-39) و (40-59) و (60-89)، وكانت النتائج متضاربة وغير دالة، وفسرها الباحثون على اساس ان السلوك الصحي متعدد الابعاد (susan et al1999).

دراسة (waldron1995): قامت هذه الدراسة بحساب النسبة الجنسية sex ratio لانتشار السلوكيات الخطرة على الصحة ضمن المسح الوطني للصحة في الولايات المتحدة، وكشفت النتائج ان السلوك الصحي يختلف باختلاف الجنس، وان النساء اقل ميلا الى هذه السلوكيات من الرجال وهو ما يفسر نسبة الوفيات المرتفعة لدى الذكور مقارنة بالإناث، والإصرار على استعمال وسائل الرعاية الصحية من طرف النساء اكثر من الرجال، وقد يرتبط ذلك كله بالدور الاجتماعي والتصورات الاجتماعية حول الصحة والمرض (waldron1995).

دراسة (wardle ,steptoe et al1997): هدفت هذه الدراسة الى فحص سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الاوربيين، باستخدام استبيان السلوك الصحي، على عينة اشتملت على اكثر من 16000 طالب وطالبة، من 21 بلدا اوربيا، وظهرت النتائج وجود انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية، كما اظهرت وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس و الوزن، والحالة الاجتماعية، وقناعات الحمية الصحية، والقناعات الغذائية الصحية بشكل دال مع ممارسة العادات الصحية الغذائية (wardle ,steptoe et al1997).

دراسة (albright et al 2001): هدفت هذه الدراسة الى البحث في اربعة عوامل مرتبطة بسلوك الرعاية الذاتية لدى المصابين بمرض السكري النوع الثاني، وعلاقته بالعوامل الديموغرافية، والعلاقة بين الطبيب والمريض والكره، وكذا السياق الاجتماعي، على عينة من 397 مريضا بالسكري، تم متابعتهم على مدى 6 اشهر، وقد ارتبطت الرعاية الذاتية بالعمر، ورضى المريض عن علاقته بطبيبه، والكره الشخصي، والسياس العائلي، ويرتبط هذا الاخير بالسلوك الصحي والحمية، والنشاط الرياضي، والالتزام بالعلاج، وأكدت الباحثة على دور السياق الاجتماعي واشتراك العائلة في التكفل برعاية المريض المزمن (albright et al 2001).

دراسة (power et al 2001): قام power وزملائه، باستكشاف علاقة مناقشة، ومراقبة اللياقة النفسية لدى مريض السكري، بتحسين المزاج وضبط مستوى سكر الدم، ومراقبة المريض لنمط معيشتة، وضمت العينة 461 مفحوصا مراجعا للعيادة، وتم تقسيمهم عشوائيا الى فئتين: فئة تلقت علاجا عاديا، وأخرى باستعمال طريقة المراقبة، حيث يقوم المعالج في المجموعة الاخيرة بمناقشة الظروف النفسية، كما يتم قياس مستوى hba1C وهو مكون في كريات الدم الحمراء، ترتفع نسبيته اذا لم يلتزم المريض بتعليمات العلاج والحمية، ودلت النتائج على اهمية الضبط في تحسين المزاج (power et al 2001).

دراسة (powell et all2003): حيث قام powell وزملائه بدراسة على 196 مسنا يقطنون المناطق الحضرية، و 200 مسنا يقطنون الريف، بهدف قياس الفروق في السلوك الصحي والاتجاه نحو الرعاية الصحية، ودلت النتائج على عدم وجود فروق في السلوك الصحي (powell et all2003).

دراسة (belloc et breslon2003): وجد الباحثان ان الامتثال للسلوك الصحي الايجابي، ينتشر لدى المسنين، اكثر من الشباب، حيث تبين ان 17% من تجاوزت اعمارهم 75 عاما، يحترمون سبعة سلوكيات

صحية على الاقل ،مقارنة ب 16% ممن كان عمرهم اقل من 45 عاما،وتفسر هذه النتائج الفرضية القائلة باختلاف السلوك الصحي حسب السن على اعتبار ان المتغيرات الفاعلة مثل: ادراك الخطر، والقابلية للإصابة بالمرض ترتفع بارتفاع السن، لذلك نجد السلوكيات الخطرة منتشرة في فترة المراهقة ،حيث يرى الفرد فيها انه قوي ويعيد عن الاصابة بالمرض(زعطوط رمضان،2005،ص 29).

دراسة(jeffery2003): دراسته هدفت الى فحص العلاقة بين السلوك الصحي ومستوى الضغوط، وتكونت العينة من 1210 من العمال الراشدين، من الذكور والاناث، وكشفت نتائج الدراسة الى ان المستوى المرتفع من الضغوط يرتبط بزيادة تناول المواد الغذائية الدهنية، وقلة ممارسة التمرينات الرياضية، وزيادة تدخين السجائر، ويؤدي لانخفاض الكفاءة الذاتية للتوقف عن التدخين وقت التعرض للضغوط(jeffery2003).

دراسة (schorder et schwarzer2005):تناولت هذه الدراسة السلوك الصحي والتحكم الذاتي في العادات،بين مرضى القلب،وتكونت عينة الدراسة من 381 من مرضى جراحة القلب،وتم عمل تقييم للتحكم الذاتي بالعادات ومركز التحكم الصحي،قبل وبعد الجراحة بستة اشهر،وتقييم المدركات الصحية للسلوك الاجتماعي قبل الجراحة فقط،كما تم قياس اتباع نظام غذائي معين وممارسة التدريبات الرياضية،والإقلاع عن التدخين قبل وبعد الجراحة،واشارت النتائج الى ان التحكم بالعادات منبه اساسي لتنظيم السلوك الصحي لدى المرضى بدرجة اكثر اسهاما من مركز الضبط الصحي،وفي ضوء ذلك فسر التحكم الذاتي بالعادات على انه هو المسؤول عن التغير الناتج بالحالة الصحية للمرضى نتيجة اتباعهم نظام غذائي معين وممارسة التدريبات الرياضية(schorder et schwarzer2005).

دراسة زعطوط رمضان(2005):هدفت الدراسة الى استكشاف الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمينين بورقلة وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية مثل:الدعم الاجتماعي المدرك،والكفاءة الذاتية

المدركة والتدين، وقد افترض الباحث ان يكون الاتجاه نحو السلوك الصحي سلبي لدى عينة البحث، كما انه يختلف باختلاف المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية مثل: الجنس والسن والمستوى التعليمي، وكذا المرتبطة بالمرض مثل مدة الازمان وطبيعة المرض، وتكونت عينة البحث من 276 مريضا مزمنيا منهم 184 مصابا بالسكري، و128 مصابا بالضغط الدموي، وقد كشفت النتائج على ان 54% من المرضى المزمنين ذوي اتجاه سلبي نحو السلوك الصحي، كما ان اتجاه مرضى ضغط الدم سلبي مقارنة بنظرائهم المصابين بالسكري خاصة لدى الاناث كبيرات السن والاميات، كما اختلف الاتجاه نحو السلوك الصحي باختلاف المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية، حيث ارتبط الاتجاه السلبي بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، كما ارتبط الاتجاه الايجابي بصغر السن لدى المصابين بالسكري وبضغط الدم، وقد ارتبط الاتجاه نحو السلوك الصحي بكل من الدعم الاجتماعي، والكفاءة الذاتية المدركة، والتدين، غير ان ارتباط الكفاءة الذاتية بالاتجاه كان ضعيف، كما اتضح من معاملات الارتباط اختلاف العينة بين الاتجاه نحو السلوك الصحي، بكل من المتغيرات الثلاثة بين افراد العينة، باختلاف الجنس، والسن والمستوى الاجتماعي الاقتصادي ومدة ازمان المرض وطبيعة المرض، كما دلت النتائج على اهمية انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية المدركة خاصة لدى الاناث (زعطوط رمضان 2005).

دراسة الفخراني (2008): تناولت هذه الدراسة السلوك الصحي وعلاقته بتأكيد الذات لدى المسنين، وتكونت العينة من 200 مسن، من الجنسين، واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الصحي، ومقياس تأكيد الذات، وتوصلت النتائج الى وجود علاقة دالة بين بعض ابعاد مقياس تأكيد الذات وبعض ابعاد مقياس السلوك الصحي، ووجود فروق دالة احصائيا في بعض انماط السلوك الصحي المتمثلة في التدخين والتمارين الرياضية تعزى للجنس لصالح الذكور، وفي الممارسات الغذائية والنصائح والتعرض لأشعة الشمس لصالح الاناث (جولتان حسن حجازي، 2009، ص 226).

دراسة ربيع(2008):الدراسة هدفت الى التعرف على اسباب تباين قدرة مرضى القلب على الرغم من ادراكهم لمدى خطورة مرضهم على ممارسة السلوكيات الصحية الايجابية،ومعرفة الفروق في السلوك الصحي والتحكم الذاتي في العادات التي تعزى للعمر و الجنس وتكونت عينة الدراسة من 133 مريضاً من مرضى القلب المترددين على العيادات الخارجية،بقسم الباطنة والقلب ،واستخدمت الدراسة مقياس السلوك الصحي من اعداد الصبوة،ومقياس مدى ادراك المريض لطبيعة مرضه،وقائمة النزعة التفاؤلية-التشاؤمية من اعدادها،و اظهرت نتائج الدراسة ان انماط السلوك الصحي لدى مرضى القلب هي بالترتيب:الوقاية الصحية،والنصائح والمساعدة الصحية،والممارسة الغذائية و ممارسة التمرينات الرياضية،وسلوكيات التدخين،وتناول الادوية النفسية دون اذن الطبيب،كما اكدت النتائج عن عدم وجود فروق في انماط السلوك الصحي بين الجنسين،ماعدا ممارسة التمرينات الرياضية لصالح الاناث،ووجود فروق تعزى للعمر في الدرجة الكلية للسلوك الصحي لصالح الفئة العمرية تحت سن40(جولتان حسن حجازي،2009،ص226).

دراسة يوسف حسن ابو ليلي(2008):واستهدفت الدراسة معرفة السلوك الصحي في المجتمع الاماراتي،وذلك من خلال رصد وتحليل مجموعة من المؤشرات الدالة على مدى الادراك والوعي الصحي المتجسدة في مجموعة من القضايا المتعلقة بالممارسات و الاجراءات السلوكية الصحية،وعلاقتها بمجموعة من المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والثقافية،وقد اعتمدت الدراسة على منهجية المسح الاجتماعي بالعينة،وكانت صحيفة الاستبانة هي اداة جمع البيانات وتم تطبيقها على عينة عشوائية (444 مبحوثاً من الجنسين)،وشكل مجتمع الامارات المتحدة بإماراته السبع مجتمع الدراسة،وخلصت الدراسة الى نتيجة مفادها ان افراد العينة يتمتعون بوعي وسلوك صحي تمثل في ممارساتهم وإجراءاتهم الصحية والوقاية،كما بينت الدراسة ان السلوك الصحي يتفاوت وفقاً لمتغيرات الجنس،العمر،المستوى التعليمي،والحالة الاجتماعية(يوسف حسن ابو ليلي،2009).

التعليق على الدراسات السابقة المتعلقة بالسلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والديموغرافية:

الدراسات التي تناولتها الباحثة، كانت محاولة منها لتناول متغير السلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية، والديموغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي. الخ)، القريبة فقط من موضوع الدراسة، الا انها تخللتها بعض الدراسات التي لها علاقة بمتغيرات البحث (الكفاءة الذاتية، ومصدر الضبط الصحي)، وسنقوم بالتعليق على هذه الدراسات، وفق نفس المنوال الذي تناولنه في الدراسات المتعلقة بمصدر الضبط الصحي من حيث، الهدف او الموضوع، حجم العينة، والفئة المستهدفة ومن حيث النتائج.

- **من حيث الموضوع:** من الدراسات السابقة التي تناولت متغير السلوك الصحي، وعلاقته ببعض المتغيرات او العوامل النفسية، نجد دراسة كل من دراسة (albright et al 2001)، والتي تناولت السلوك الصحي والرعاية الذاتية لدى مرضى السكري، نجد كذلك دراسة (rodolfo1984)، تناولت السلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز الضبط الصحي، ودراسة (schorder et) (schwarzer2005)، ودراسة (jeffry2003)، التي تناولت العلاقة بين الضغوط و السلوك الصحي، ودراسة (schorder et al2005) بحثت في السلوك الصحي والتحكم الذاتي في العادات، ومن الدراسات العربية التي تناولت السلوك الصحي نجد دراسة (زعطوط رمضان 2005)، والتي كانت اقرب الى دراستنا، سواء من ناحية متغيرات البحث او العينة، وقد تناول في دراسته الاتجاه نحو السلوك الصحي لدى المرضى المزمنين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية مثل: الدعم الاجتماعي، الكفاءة الذاتية، والتدين، كذلك نجد دراسة (الفخراي 2008) التي تناولت السلوك الصحي وعلاقته بتأكيد الذات، اما دراسة (ربيع 2008) فهدفت الى التعرف على اسباب عدم ممارسة السلوكيات الصحية لدى مرضى القلب، ونجد كذلك دراسة (يوسف حسن ابو ليلي 2009)، وتناولت السلوك الصحي في مجتمع الامارات، هذا من ناحية، اما الدراسات التي تناولت السلوك الصحي وعلاقته ببعض العوامل الديموغرافية نجد دراسة (powell et al 1992)، قام بدراسة السلوك الصحي تبعا للمنطقة (حضر او ريف)، كذلك

دراسة (keller1985)،هدفت الى معرفة السلوك الصحي تبعاً لتغير الفئات العمرية،وفي نفس السياق نجد دراسة (Belloc et al2003).

من حيث حجم العينة: تراوحت احجام عينات الدراسات السابقة بين الصغيرة، والتي لم يتجاوز عددها 100 فرد، كما هو الحال في دراسة (rodolfo1984)، اما الدراسات ذات الحجم المتوسط والكبيرة نسبياً والتي تجاوزت 100 فرد، نجد دراسة: (albright et al 2001)، (power et al 2001)، (lennon2001)، (powell et al1992)، ودراسة (jeffry2003)، (wardle et al 1997)، (الفخراي 2008)، (ربيع 2008)، (زعطوط رمضان2005)، (يوسف حسن ابو ليلي 2009)، (Schröder et al 2005).

الفئة المستهدفة: نجد بعض الدراسات التي تناولت مرضى السكري، وهي عينة بحثنا، ونجد هذا في دراسة كل من: (albright et al2001)، (power et al 2001)، (زعطوط رمضان 2005)، وباقي الدراسات استهدفت عينات مرضية مختلفة، كمرض القلب، وارتفاع ضغط الدم في دراسة (Schröder et al 2005)، (ربيع 2008)، (lennon2001)، وباقي الدراسات تناولت عينات سوية من المسنين، الطلبة، والعمال، وهذا في دراسات كل من: (rodolfo1984)، (powell et al1992)، (keller1985)، (Belloc et al2003)، (wardle et al 1997)، (jeffry2003)، (waldron1995)، (الفخراي 2008).

من حيث النتائج: تباينت نتائج الدراسات السابقة التي تناولتها الباحثة، فمنها ما أكد وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي، والمتغيرات النفسية الاخرى: مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، التحكم الذاتي... ونجد هذا في دراسة كل من: (albright et al2001)، (power et al 2001)، (lennon2001)، (rodolfo1984)، (jeffry2003)، (Schröder et al 2005)، (الفخراي 2008)، (ربيع 2008)، (زعطوط رمضان2005)، (يوسف حسن ابو ليلي 2009).

وهناك دراسات تناولت الفروق في السلوك الصحي، باختلاف العوامل الديموغرافية: كالجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، وهذا في دراسة: (waldron1995)، (wardle et al 1997)، (powell et al 1992)، (keller1985)، (Belloc et al2003)، (زعطوط رمضان 2005)، (الفخراي 2008)، (يوسف حسن ابو ليلي 2009).

4. الدراسات السابقة المتعلقة بمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، والسلوك الصحي:

دراسة (cassidy et al 2000): بحثت هذه الدراسة في العلاقة بين اسلوب التعلم وانظمة المعتقدات الاكاديمية والتقارير الذاتية عن المهارة الاكاديمية، والانجاز الدراسي على عينة من 130 طالبا وقد اسفرت النتائج على تأكيد وجود علاقة سلبية بين درجات الضبط الخارجي، ودرجات كل من الضبط الداخلي والكفاءة الذاتية، وفي المقابل ارتبطت درجات اتجاه الضبط الداخلي بدرجات الكفاءة الذاتية (حنان بنت حمادي النهيبي الحربي، 2006، ص60).

دراسة (lennon2001): هدفت الى استكشاف العلاقة بين العوامل الديموغرافية، وبعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والطبية المرتبطة بمتابعة العلاج الطبي لدى مرضى الضغط الدموي، عند مراجعي العيادات الخارجية، وتكونت العينة من 117 مفحوصا، تبين ان 20% منهم أقرروا عدم الامتثال للعلاج الطبي، وان هناك علاقة موجبة بين الامتثال للعلاج والكفاءة الذاتية المدركة، وكذا اهمية كل من إدراك الضبط والمقاصد السلوكية كمؤشرين تنبؤيين لدراسة امتثال المرضى للعلاج (lennon2001).

دراسة (WU et al 2004): بحثت في العلاقة بين الكفاءة الذاتية واتجاه الضبط بالصحة والضغط النفسي، على عينة من 159 من المسنات الصينيات، ودلت النتائج على وجود علاقة ايجابية دالة بين اتجاه الضبط الداخلي ومعتقدات الكفاءة الذاتية، وان لكل من هذين العاملين أثره الاساسي، على الصحة النفسية

والعقلية للمشاركات، وقد تبين ان درجة معتقدات الكفاءة العامة المنخفضة ودرجة اتجاه الضبط الخارجي

العالية، تعتبر اقوى عوامل التنبؤ بالضغط (حنان بنت حمادي اللهيبي الحربي، 2006، ص 61).

دراسة (سلام هالة السعيد 2006):هدفت هذه الدراسة الى بحث انماط السلوك الصحي في علاقته بكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي،ومتغير الإقامة (حضر، ريف)،وذلك على عينة قوامها 1000 من طلاب الجامعة من الجنسين،وكشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض انماط السلوك الصحي وكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي،في حين ارتبطت سلوكيات التدخين ارتباطا سالباً بكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي،كما كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات ومركز الضبط الصحي للأخرين (PHLC)،بالإضافة الى ارتفاع السلوك الصحي ارتفاعاً جوهرياً لدى الريفيين،مقارنة بالحضرين،ولم تجد فروق بين الجنسين في متغير السلوك الصحي ومركز التحكم الداخلي،في حين ارتفعت كل من فعالية الذات ومركز التحكم للأخرين لدى الاناث مقارنة بالذكور (سلام هالة السعيد، 2006)

دراسة (cross et al 2006):

هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، بكل من الحالة الصحية، والتعرض لالتهاب المفاصل الرثوي، والتهاب العظم والمفاصل، بالإضافة الى الانفاق على العلاج،وتكونت عينة الدراسة من 70 مصاباً بالتهاب المفاصل الرثوي، و 230 مصاباً بالتهاب العظام،وكشفت النتائج على وجود علاقة موجبة بين الكفاءة الذاتية والوضعية الصحية الحسنة للمريض،والإنفاق على العلاج،بينما وجدت علاقة بين المرض وألامه،ومصدر الضبط الصحي الخارجي، لدى العينتين،والانفاق وزيارة الطبيب (cross et al 2006).

دراسة (konrad et al 2013): وكان الهدف من هذه الدراسة هو اكتشاف او تحديد العلاقة بين السلوكيات الصحية ومصدر الضبط الصحي، وتقييم العلاقة بين هذه المتغيرات لدى المرضى الذين يعانون من امراض جسدية مزمنة، وضمت العينة 300 فردا يعانون من امراض جسدية مزمنة، ومن النتائج التي توصل اليها انه هناك علاقة ارتباطيه ايجابية بين السلوك الصحي وابعاد مصدر الضبط الصحي، وكذلك وجود ارتباط سلبي بين السلوك الصحي (السلوكيات الوقائية) ، وقبول المرض، وتوصل كذلك الى وجود فروق ذات دلالة احصائية في السلوكيات الصحية تبعا للجنس (النساء يظهرن عادات غذائية صحية اكثر من الرجال) ، وتبعا للسن (السلوكيات الصحية اكثر شيوعا بين المرضى المسنين)، والمستوى التعليمي العالي يظهر انخفاضا في السلوكيات الصحية (konrad et al 2013).

التعليق على الدراسات السابقة المتعلقة بمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية والسلوك الصحي:

حاولت الباحثة ان تتناول فقط الدراسات التي لها علاقة مباشرة بهذه المتغيرات (مصدر الضبط الصحي، الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي)، لكن الملاحظ لجميع الدراسات المتناولة في هذا الفصل انها تناولت هذه المتغيرات في علاقتها مع بعضها او مع بعض المتغيرات الاخرى، وسيتم التعليق على هذه الدراسات على نفس المنوال السابق الخاص بالتعليق على الدراسات السابقة.

من حيث الموضوع: هدفت كل الدراسات الدراسات تقريبا في الكشف عن وجود علاقة ارتباطية بين كل من

مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي، ومن الدراسات التي تناولت هذا الموضوع نجد

دراسة كل من: دراسة (WU et al 2004) دراسة (cross et al 2006)، (konrad et al 2013)،

سلام هالة السعيد، (2006)، اما باقي الدراسات فتناولت جوانب مختلفة ومنها دراسة (cassidy et al

2000) والتي تناولت العلاقة بين اسلوب التعلم ومركز الضبط ط والكفاءة الذاتية، كذلك

دراسة (lennon 2001) التي تناولت العلاقة بين العوامل الديموغرافية وبعض المتغيرات النفسية

والاجتماعية(الكفاءة الذاتية،ومصدر الضبط)،والطبية المرتبطة بالعلاج، واريد التنويه الى ان دراسة(سلام هالة السعيد2006)هي الاقرب من حيث تناولها لمتغيرات الدراسة الخاصة بالبحث الحالي.

من حيث حجم العينة: اختلفت احجام عينات الدراسات السابقة فمنها التي لم يتجاوز عددها 100 فرد، كما هو الحال في دراسة (cross et al 2006) حيث شملت (70 مصابا بالتهاب المفاصل الرثوي)، اما الدراسات التي تناولت عينات فاقت اعدادها 100 فرد، نجد هذا في دراسة (cassidy et al 2000)، (lennon2001)، (WU et al 2004)، (konrad et al 2013)، (سلام هالة السعيد،2006).

من حيث الفئة المستهدفة: تنوعت العينة المستهدفة، وهذا باختلاف الموضوع المتناول من طرف كل باحث، فمعظم الدراسات تناولت فئة المرضى المزمنين مثل دراسة (cross et al 2006)، (lennon2001)، (konrad et al 2013)، وباقي الدراسات تناولت فئة المسنين مثل دراسة (WU et al 2004)، وعينة الطلبة في دراسة (cassidy et al 2000)، (سلام هالة السعيد،2006).

من حيث النتائج: نتائج الدراسات السابقة متباينة وسنحاول اختصارها في النقاط التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض انماط السلوك الصحي وكل من الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي وهذا من خلال نتائج دراسة كل من (cassidy et al 2000)، (سلام هالة السعيد،2006).

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين اتجاه الضبط الداخلي والكفاءة الذاتية وهذا حسب نتائج دراسة (cassidy et al 2000)، (WU et al 2004)، اما دراسة (سلام هالة السعيد، 2006)، كشفت عن ارتباط اتجاه الضبط الخارجي بالكفاءة الذاتية.

- يعتبر مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية كمؤشرين تنبؤيين بممارسة السلوكيات الصحية، والامتثال للعلاج وهذا ما اثبتته نتائج دراسة (cross et al 2006)، (lennon2001)، (konrad et al 2013).

- وجود فروق في متغير السلوك الصحي تبعاً للجنس والسن (konrad et al 2013)، اما دراسة (سلام هالة ال سعيد 2006) لم تجد فروق بين الجنسين في متغير السلوك الصحي ومركز الضبط الداخلي، كما توصلت نفس الدراسة الى ارتفاع في درجات الكفاءة الذاتية، ومركز التحكم للأخريين عند الاناث مقارنة بالذكور.

سادسا. فرضيات الدراسة:

بعد استعراض إشكالية البحث والإطار النظري المتعلق بمتغيرات البحث يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- 1.1. نتوقع هيمنة مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) لدى مرضى السكري النوع الاول
- 2_ توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدي مرضى السكري النوع الاول
- 3_ توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدي مرضى السكري النوع الاول.
- 4_ توجد علاقة ارتباطيه بين أ الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدي مرضى السكري النوع الأول.
- 5_ توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.
- 6_ توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.
- 7_ توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.
- 8_ توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.
- 9_ توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.
- 10_ توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

- 11_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف الجنس.
- 12_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف المستوى التعليمي.
- 13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف الجنس.
- 14_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف المستوى التعليمي.
- 15- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف الجنس.
- 16_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف المستوى التعليمي.

الفصل الثاني:

مصدر الضبط الصحي

أولاً: نبذة مختصرة عن التطور التاريخي لمفهوم مصدر الضبط

ثانياً: مفهوم مصدر الضبط

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي

رابعاً: تصنيف ابعاد مصدر الضبط

خامساً: مصادر الضبط

سادساً: سمات الأفراد في فئتي الضبط

سابعاً: اقسام المتغيرات المرتبطة بوجهة الضبط

ثامناً: مفهوم مصدر الضبط الصحي

أولاً: نبذة مختصرة عن التطور التاريخي لمفهوم مصدر الضبط

لقد كانت نشأت نظرية وجهة الضبط والتحكم الانساني على يد وينر WEINER بعد الحرب العالمية الثانية على الجنود الامريكيين لتدريبهم على استخدام العقول الالكترونية المعقدة، ولاحظ وينر ان هناك شبةا بين الضبط الانساني والضبط الالي، فالإنسان يمتلك الة يستخدمها في التحكم والضبط الذاتي لسلوكه، ويقصد بالآلة "الجهاز العصبي" فهو يمثل جهاز الضبط والتحكم الذاتي ويتمتع هذا الجهاز بالمرونة والقدرة على تغيير انماط الضبط الذاتي لسلوك الفرد، ويعمل على تنظيم الاستجابة عن طريق الفرق بين النشاط الصادر عنه وبين الهدف المراد الوصول اليه.

وفي اواخر الاربعينيات وأوائل الستينيات من القرن الماضي قام روتر ROTTER بتنفيذ العديد من الابحاث الضرورية لإرساء دعائم وجهة نظره في التعلم الاجتماعي وتوجهت هذه الابحاث بنشره كتاب في التعلم الاجتماعي وعلم النفس الاكلينيكي في عام 1954م، وفي عقد الستينات كرس "روتر" نفسه لنقصي وتوضيح وتطبيق نظريته في مجالات متعددة، وتوج في هذه الفترة بنشره لكتاب تطبيقات لنظرية التعلم الاجتماعي في الشخصية. وفي عقد السبعينات وكنتيجة لانطلاق حركة الحقوق المدنية والحرب الفيتنامية تجلى كتيب "روتر" الخاص بالضبط الداخلي والخارجي، والذي أعده في عام 1966م، الامر الذي ادى الى ان أصبح هذا المفهوم من أكثر مفاهيم علم النفس خضوعا للبحث الواسع، سواء داخل الولايات المتحدة او خارجها. (ابتسام العفاري، 2011، ص 10)

ثانياً: مفهوم مصدر الضبط:

1 مفهوم مصدر الضبط عند "روتر"

لقد نشأ مفهوم مصدر الضبط أو مركز التحكم في منتصف الخمسينات (1954) مرتبط بنظرية "روتر" ROTTER في التعلم الاجتماعي ثم قام كل من "فارس" PHARES و"وليام جيمس" WILLIAM، لبتطويره ليحتل موضعاً هاماً في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين.

ومنذ أن ظهر مفهوم مصدر الضبط الداخلي والخارجي وهو يمدنا بنتائج تساعد على دقة التنبؤ بالسلوك الإنساني في المواقف المختلفة سواء في المواقف العلمية التجريبية أو في المواقف الاجتماعية الطبيعية (سهير كامل أحمد: 2001، ص 159).

وقدم "روتر" مفهومي التحكم الداخلي للتدعيم Internal control of reinforcement والتحكم الخارجي للتدعيم External control of reinforcement للإشارة إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد مصدر التدعيمات التي يتلقاها (معتز سيد عبد الله، ص 81). بمعنى أنه توقع معمم يشير إلى ميل الأفراد لتفسير سلوكياتهم على ضوء القوى التي تتحكم في التعزيزات التي يتلقونها، واعتقادهم فيها ما بين أن تكون خارج ذواتهم أو داخلها (فتحي محمد الزيات، ج1، 2001، ص 433).

بناء على هذا الاعتقاد في وجهة الضبط بن الداخلي والخارجي يعرفه روتر "عندما يدرك الفرد التعزيز بعد أدائه العديد من الأفعال ويعتقد أن هذا التعزيز لا يتوقف على أدائه كلية، فإن هذا يدرك على أنه نتيجة للحظ والصدفة، والقدر وتحت هيمنة الآخرين الأقوياء أو بشئ غير متوقع بسبب ان هناك تعقيدات من القوى التي تحيط به وعندما يفسر المرء الحدث بهذه الطريقة فنحن نصف الفرد على أنه يعتقد في الضبط الخارجي بينما إذا أدرك الفرد أن وقوع الحدث يتوقف على سلوكه وخصائصه فإننا نصف أن هذا الفرد بأنه يعتقد في الضبط الداخلي (مدور مليكة: 2005، ص 17).

فالأفراد ذو الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الإيجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية أو بعوامل تتعلق بشخصيته مثل: الذكاء، والمهارة والكفاءة، وسمات الشخصية... أما الأفراد ذو الضبط الخارجي فيعتقدون أن التدعيمات سواء كانت إيجابية أو سلبية ترتبط في المقام الأول بعوامل خارجية مثل الحظ، الصدفة، القدر، وتأثير الآخرين أو بعوامل أخرى غير معروفة (معتز سيد عبد الله. ص ص 81, 82).

يرى "روتر" أن هذا الاعتقاد في مصدر الضبط يرجع إلى أن معظم السلوك الإنساني يحدث في بيئة اجتماعية ويتم اكتسابه بالتالي من خلال عملية التفاعل الاجتماعي مع الأفراد، فهو يرى بأن للبيئة الاجتماعية دورا بارزا في إرضاء الحاجات لدى الأفراد وتعمل على حفزهم على تعلم السلوك الذي يحقق لهم التعزيز أو يجنبهم العقاب في السياق الاجتماعي الذي يتفاعلون فيه (عماد الزغلول : 2003، ص ص 243, 244).

إن تأكيد "روتر" ضرورة تحديد السياق الاجتماعي الكلي الذي يحدث فيه السلوك كعامل مهم في التنبؤ بهذا السلوك يقارب إلى درجة كبيرة وجهة نظر "ليفين" في نظرية المجال.

وتحديدا يرى "روتر" أن السلوك هو نتاج تفاعل متغيرات الشخصية مع متغيرات الموقف الذي يتفاعل الفرد معه، فعناصر الموقف أو البيئة ليست مجرد عناصر طبيعية و إنما هي مؤشرات تعمل على إثارة التوقعات المرتبطة ببعض الأحداث لذلك تكمن أهمية البيئة في المعنى الذي يدركه الفرد ويطوره بشأنها ويتحقق هذا المعنى عن البيئة من خلال الخبرة السابقة أو التعلم وهكذا فإن المواقف تنطوي على مجموعة إشارات تثير توقعات لاحتمالات أن بعض الأنماط السلوكية يمكن أن تؤدي إلى نتائج معينة واحتمالية حدوث أو تعلم هذه الأنماط السلوكية تتوقف على عاملين هما: التوقع وقيمة التعزيز

و يشير مفهوم التوقع " Expectancy " إلى الاحتمالية التي يتصورها الفرد فيما يتعلق بحدوث التعزيز

كوظيفة للفعل السلوكي الذي يقوم به في موقع ما، ومثل هذا التوقع يتأثر بعدد من العوامل مثل الطريقة التي من خلالها يصف الفرد الأحداث وقدرته على تعميم خبراته السابقة والاستفادة منها، بالإضافة إلى إدراكه لعناصر الموقف، أما قيمة التعزيز فتشير إلى مدى التفضيل والرغبة لدى الفرد في الحصول على تعزيز معين في حال وجود أو توفر فرص متشابهة لأشكال أخرى من التعزيز.

ونورد فيما يلي بعض التعاريف حول مصدر الضبط لدى بعض السيكولوجيين وهذا بعد تقديم "روتر" تعريف مصدر الضبط انطلاقاً من نظريته في التعلم الاجتماعي:

2- مفهوم مصدر الضبط عند سيكولوجيين آخرين:

- **فارس PHARES 1957**: يعرف أنه "مدى إدراك الفرد لنتائج المهمة التي يقوم فإذا أدرك أن نتائج المهمة لا يمكن التنبؤ بها أو أنها كنزوة أو أن النتائج تعود إلى الحظ أو الصدفة فإن الفرد في هذه الحالة يكون ذا وجهة ضبط خارجية، أما إذا أدرك المرء أن نتائج المهمة التي يقوم بها تعتمد على مدى إنجازها فإنها في هذه الحالة يكون ذا تحكم داخلي (مدور مليكة، 2005 ص ص 21-22)

- **لازروس Lazrus 1966**: يعرفه بأنه "إن الفرد صاحب الضبط الداخلي يدرك كفاءته وقدرته على ضبط النتائج في عالمه الخاص وتكون لديه توقعات إيجابية فيما يتعلق بالثقة في النفس والاعتماد على الآخرين، أما صاحب الضبط الخارجي فله توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته في التحكم في نتائج الأحداث ولديه اعتقادات أنه يعمل في عالم عدائي".

- **كرندال Crandall 1973**: يعرفها كما يلي: "إن وجهة الضبط الداخلية تشير إلى تصور الأفراد للأحداث التي تحدث لهم نتيجة الجهد الخاص، بينما الأحداث السلبية تكون نتيجة القدر والحظ والصدفة، أما وجهة الضبط الخارجية هو تصور الأفراد على أنهم مسؤولون عما يحدث لهم من مآسي أما الأحداث الإيجابية فتكون نتيجة لكرم الآخرين أو من القدر أو الصدفة.

- كونولي(1980CONNOLLY):" ان وجهة الضبط هو بناء من بنى الشخصية، يعكس اعتقاد الشخص وإدراكه بالقوى المسيطرة على السلوك، وكذلك هي حوادث الحياة، ويؤدي الى نشوء توقع لدى الشخص يتعلق بمدى امكانيته بالسيطرة على حوادث الحياة (حيدر كريم سكر وآخرون، ص 71).

- موريس 1982 Mouris: وجهة الضبط تعتمد على كيفية تأثير التعزيزات في التوقع والسلوك حيث يميل ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي لأن يرو أنفسهم سادة على أقدارهم وعلى أنهم أصل تعززاتهم وما يحصلون عليه من مكافأة وبدلاً من أن يخطرأوا في لب القمار فإنهم يبحثون عن وسائل لتقوم أنفسهم وتحسين كفاءتهم ومهارتهم الخاصة ويعتقدون أن الترقية تعتمد على العمل الجاد وعلى ما يعرف الفرد من معلومات ومهارات في مجال عمله، وليس على ما يعرف من أصحاب السلطة والنفوذ، أما ذو الاعتقاد في الضبط الخارجي فيملون إلى تأكيد أن الحظ والصدفة والبروج ولعب اليانصيب ومعترفون بالتعويضات الجاذبة للحظ الحسن، كما أنهم يرون أن الترقيات تكون نتيجة الظروف الممتازة التي تناسبهم. (معمرية بشير ، 2009، ص ص10-11).

- علاء الدين كفاي 1982: عرف وجهة الضبط بانها "إدراك الفرد ان التدعيمات الايجابية والسلبية في حياته، او ما يحدث له من حوادث طيبة او سيئة، فاذا ربطها بعوامل داخلية او عوامل خارجية تتعلق بشخصه مثل الذكاء او المهارة او سمات الشخصية فهو ذو ضبط داخلي، اما إذا ربطها بعوامل خارجية عن شخصه مثل الحظ والصدفة او تأثير الاخرين او الى عوامل لا يمكن التنبؤ بها فهو ذو ضبط خارجي"(يوسف بن سظام العنزي ،2010، ص 10)

-ليفكورت1984Lefcourt: اشار إلى أن وجهة الضبط تعتبر بعدا من أبعاد الشخصية، وتؤثر في العديد من أنواع السلوك، وأن الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم والسيطرة في أموره الخاصة والعامة يسمح له

بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط ويتمتع بحياته، ومن ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها . (بن

زاهي منصور واخرون، 2012، ص 25)

-صفوت فرج 1990: يرى أن وجهة الضبط تعد بعدا من أبعاد الشخصية وتأخذ شكلا متصلا يشير إلى درجة اعتقاد الفرد أنه يمارس تحكما ذاتيا في الأحداث المختلفة ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، ويضيف بأن وجهة الضبط تفسر لماذا يتسم الفرد بالفعالية أثناء تعامله مع متغيرات الأحداث أو المواقف الخارجية، وعندما يحقق الفرد انجازه مهما يكون مقداره باعتباره محصلة عوامل الدافعية، فإنه يشعر بقدر مناسب من الرضا الذاتي ويترتب على ذلك تحديد نمط إنجازه ومستوى كفاءته، أما إذا كان الفرد من ذوي الضبط الخارجي فسوف يعتمد على المتغيرات الموقفية الخارجية متوقعا أن يحصل على ما يحصل عليه الآخرين من فرص أو حظ، وبالتالي يختلف نمط انجازه وتوقعاته ورضاه الذاتي. (البنى احمان: 2011، ص130).

_ رجاء الخطيب، 1990: تعرف وجهة الضبط على أنها إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج أو الأحداث، هل هي مسؤولية داخلية يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة وقدراته الشخصية؟ أم أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد؛ فالوجهة الداخلية هي زيادة اعتقاد الفرد بأن عمله الخاص سوف يحدث له التدعيمات القيمة إلى أبعد حد ممكن، وعوامل الضبط الداخلي هي الكفاءة والقدرة الشخصية، أما الواجهة الخارجية للضبط فهي اعتقاد الفرد أن التدعيمات التي حصل عليها تكون فوق متناول تحكمه ومجهوده الشخصي، حيث تتحكم فيها المصادفة ونفوذ الآخرين. (الجوهرة عبد الله الذواد: 2003، ص 127).

_ هدية فؤاد، 1994: تشير الى أن الفرد حينما يدرك أن هناك علاقة سببية بين الفعل والنتيجة ينشأ لديها اعتقاد في الضبط الداخلي، وبالتالي فهو يعتبر أن المهارة لها دور كبير في تعلمه أساليب السلوك

المختلفة في أي موقف، أما الشخص الذي لا يدرك وجود علاقة سببية بين الفعل والنتيجة فهو شخص يعتقد في الضبط الخارجي، لذا فهو يعتبر أن القدر أو الصدفة لهما دور كبير في تعلمه أساليب السلوك المختلفة. (جبالي نورالدين: 2007، ص40).

_ديبوا(DUBOI1994): يعرفه بأنه "متغير من متغيرات الشخصية، يتعلق بدرجة العلاقة السببية التي يربط بها الافراد بين سلوكياتهم او خصائصهم الشخصية والتعزيزات الموجبة او السالبة التي يحصلون عليها (dubois ,1994).

_ محمد محمود نجيب 2002: يرى أن مفهوم وجهة الضبط يشير إلى فئتين من الأفراد كما يلي: عندما يدرك فرد ما أن التدعيم الذي يلي أفعاله وتصرفاته الشخصية باعتباره أمرا مستقلا وغير متسق بصورة دائمة مع تصرفاته، فإنما يدركه كنتيجة للحظ والصدفة، وعندما يفسر الفرد الحدث بهذه الطريقة نقول أن لديه اعتقادا في الضبط الخارجي، أما إذا كان إدراك الفرد أن الأحداث تقع بصورة متسقة مع سلوكه الشخصي ففي هذه الحالة يكون لدى الفرد اعتقادا في الضبط الداخلي. (البنى احمان: 2011، ص131).

_تعريف لينش شيرلي (lynch shirley2002) : يعرفونه بأنه مفهوم يشير الى التوقعات الفردية العامة المتعلقة بالأحداث الخارجية وبمعنى اخر هو الاجابة على التساؤل: ما او من المسؤول عما يحدث؟ (ابراهيم محمود ابو الهدى، 2011، ص 799).

- سليمان الخضري: "إن وجهة الضبط هي إدراك الفرد لعلاقة بين سلوكه وما يقع لهم من أحداث فهم أصحاب الضبط الداخلي، أما أولئك الذين يرون أن العوامل الخارجية هي التي تتحكم في نواتج سلوكهم ومصائرهم مثل: الحظ، الصدفة، القدر، فهم أفراد الضبط الخارجي. ". (معمرية: 2009، ص11).

نخلص إلى أنه مهما تباينت هذه التعريفات فيما بينها إلى أنها تدور بشكل عام حول ميل واعتقاد الفرد في مصادر التعزيزات التي تحدث له أو التي يتلقاها وهي بدورها تؤثر على سلوكه الآتي أو المستقبلي، فإما

يدرك هذه التعزيزات على أنها نابعة من ذاته وبالتالي فإن النتائج السلوكية التي تحدث تكون تبعاً لهذا التعزيز فيوصف الفرد في هذه الحالة على أنه من الأفراد ذوي الضبط الداخلي ويتميز بالثقة، الإيجابية والمهارة والذكاء في الأداء وإما يدرك أن هذه التعزيزات أو التدعيمات على أنها خارجية وبالتالي يوصف في هذه الحالة على أنه من الأفراد ذوي الضبط الخارجي ويتميز بسلبية عامة، وقلة المشاركة في الإنتاج... إلخ.

ثالثاً: نظرية التعلم الاجتماعي:

لفهم دقيق وشامل لمفهوم مصدر الضبط، وتقديم المفاهيم الأساسية المتعلقة بمصدر الضبط ونشأته، يجب العودة إلى جذوره التاريخية وتفيد الدراسات التاريخية لمفهوم مصدر الضبط أنه انبثق من نظرية التعلم الاجتماعي لجوليان روتر "ROTTER" التي انبثقت هي الأخرى من أكبر نظريتين من نظريات علم النفس هما: النظرية السلوكية والمعرفية...منها على الخصوص فهي نظرية تحاول أن تكامل بين اتجاهين في علم النفس المعاصر، وهما اتجاه نظريات التدعيم أو نظريات المثير والاستجابة واتجاه نظريات المجال أو النظريات المعرفية وحسب "روتتر" فهي النظرية التي تحاول أن تتعامل مع تعقد السلوك الإنساني دون التفریط في الاستفادة من الفروض التي اختبرت تجريبياً (جبالي نورالدين، 2007، ص ص، 44، 43).

وتعد نظرية التعلم الاجتماعي من النظريات الهامة التي تفسر مصدر الضبط (الداخلي _ الخارجي) لدى الإنسان، وقدمت رؤية تفسيرية مختلفة افترضت من خلالها جوليان روتر 1966، "أن الأفراد تنمو لديهم توقعات عامة تبعاً لمدى طريقة عملهم وخصائصهم الدائمة، نسبياً تؤثر في شكل معيشتهم وطريقتهم، فهم يعتقدون بأنهم أسياد على أقدارهم، ويتحملون مسؤولية ما يحدث لهم وهؤلاء يطلق عليهم فئة التحكم الداخلي، بينما الأفراد الذين يدركون أن أسلوب معيشتهم وطريقتهم تتحكم فيها قوى خارجية، لا يستطيعون التأثير فيها، وهؤلاء يطلق عليهم فئة التحكم الخارجي (ناجي السيد، 2005، ص 60) .

وكما قلنا سابقا ان هذه النظرية تحاول ان تتعامل مع تعقد السلوك الانساني دون التفریط في الاستفادة من الفروض التي اختبرت تجريبا، واهم الفرضيات الاساسية لها هي:

1_ الفرضيات الأساسية في نظرية التعلم الاجتماعي:

_ **الفرضية الاولى:** السلوك الانساني هو دالة التفاعل بين الفرد المدرك، وبيئته المعنوية المدركة، ويترتب عن ذلك النتائج التالية:

_ ان الناس لا يتفاعلون مع المثيرات البيئية بصورة واحدة، انما تختلف انماط تفاعلهم باختلاف معنى واهمية هذه المثيرات بالنسبة لهم.

_ ان الادراك والمعرفة من المفاهيم الاساسية في نظرية روتر، حيث يستقبل الفرد بيئته ويفسر معانيها ومدلولاتها المدركة من خلال خبرات الفرد الماضية، من ناحية وتوقعاته للمستقبل من ناحية اخرى.

_ لا البيئة وحدها، ولا الفرد وحده مسؤول عن السلوك اي ان قيمة التعزيزات لا تعتمد على نمط المثير

الخارجي المعزز وخصائصه، ولكن على معناه ودلالاته المدركة، كما ان الخصائص او السمات الشخصية لا تعتبر وحدها محدد للسلوك.

_ ان حاجات الفرد احدى محددات التنبؤ بالسلوك لكنها ليست المحدد الرئيسي، فالحاجات ليست ثابتة، وانما

تتغير بتغير الحالة التي يكون عليها الفرد. (عبد الرحمن بن بريكة 2007، ص ص، 77، 76)

الفرضية الثانية: تؤثر خبرات الانسان على بعضها البعض، أي تتكون الخبرة الجديدة بالمعاني المكتسبة

والمعاني التي سبق اكتسابها تتأثر وتتغير بفعل الخبرة الجديدة ولهذه الفرضية نتيجة متلازمة معها هي: لا

يمكن للفرد ان يتحدث حقيقة عن اسباب السلوك او اسباب الاعراض المتعلقة بالسلوك كما تصفها تراكيب

الشخصية، ولكن يمكن التحدث فقط عن الظروف الحاضرة والسابقة والضرورية لحدوث السلوك (جبالي

نورالدين، 2007، ص 45).

الفرضية الثالثة: للسلوك جانب اتجاهاً، أي موجه نحو هدف فالسلوك الانساني سلوك يقوم على الدافعية وموجه نحو الهدف، ومن ثم فإن الآثار المعززة الايجابية او السلبية لحدث ما يمكن استخلاصها من حركة الشخص نحو الهدف او بعيداً عنه، ولهذه الفرضية اربعة نتائج تتلاحم بها وهي:

_ حاجات الفرد متعلمة ومكتسبة.

_ الاهداف الاولى المكتسبة من الانسان والتي تلعب دوراً كبيراً في تحديد الاهداف التالية لها كنتيجة لحالات الشباع او الاحباط، يتحكم الآخرون في جزء كبير منها.

_ ان الحدوث المنتظم للسلوك يتحدد بالتعزيز.

_ ان انماط سلوك الانسان وحاجاته واهدافه ليست مستقلة بل تنتمي الى انظمة مترابطة ويتحدد ذلك على ضوء الخبرة السابقة.

الفرضية الرابعة: لا يتحدد حدوث السلوك عن طريق الاهداف والمعززات فحسب، بل يتحدد كذلك عن طريق توقع الشخص بان هذه الاهداف والمعززات سوف تحدث فعلاً، وتضيف هذه الفرضية لتفسير السلوك الانساني العنصري التوقعي المعرفي بجانب التدعيم، حيث يعد التوقع الاداة المساعدة والهامة في دراسة السلوك.

2_ المفاهيم الاساسية لنظرية التعلم الاجتماعي:

قدم روتر اربعة مفاهيم اساسية في نظرية التعلم الاجتماعي والتي انبثق منها مفهوم (الضبط الداخلي_ الخارجي):

_ امكانية السلوك (السلوك الكامن او جهد السلوك) **behaviorpotential**: وهو احتمال ان الشخص

سوف يستجيب للموقف المعطى له من اجل تلقي التدعيم وهذه الاستجابة سوف تعتمد على توقع الشخص

للمكافأة والتدعيم وكذلك القيمة التي يأخذها الشخص من المكافأة (صالح الخثمي 2008، ص 32).

_ **التوقع (expectancy):** هو الاحتمال الذي يعتقد به الفرد ان تعزيزا معيناً سيحصل له كدالة لحدوث سلوك معين في موقف معين، فهو احتمال يعتمد على الفرد ذاته، تحدد التوقعات السابقة المعممة نتيجة لسلوك الفرد سلوكاً معيناً تبعه تعزيز، كما يحدده تاريخ التعزيزات لديه والتوقع نوعان، نوع حاص يعتمد على القدر الذي اكتسبه الفرد من الخبرات، واخر يعتمد على انتقال التعلم من مواقف اخرى يلاحظها الفرد (شهرزاد شهاب، 2010، ص 12).

. **قيمة التعزيز (reinforcement value):** هي تغير نسبي يشير الى ان الانسان يفضل شيئاً ما على شيء اخر وقيمة التعزيز لا تحدد اطلاقاً، اي انه درجة تفضيل المرء ورغبته في حصول تعزيز ما.

_ **الموقف النفسي (psychological situation):** هو البيئة الداخلية والخارجية او كليهما معاً، والتي تحفز الفرد بناء على خبراته وتجاربه السابقة كي يتعلم، كيف يستخلص اعلى مستوى من الاشباع في انسب مجموعة من الظروف، فحالة الفرد في موقف ما تؤثر على القدرة الكامنة لإمكانية حدوث سلوك ما (علججاح، 1978، ص 192).

من خلال نظرية روتر يتضح ان وجهة الضبط تبنى اساساً على التوقعات والتدعيمات فإذا أدرك الفرد ان التدعيم الذي يصادفه مرتبطاً بسلوكه فان قوة او ضعف احتمال صدور السلوك من الفرد في المواقف المشابهة يتوقف على ايجابية التدعيم او سلبيته، فالطريقة العامة المحتملة لكي يحدث السلوك في اي موقف نفسي خاص، تكون دالة على التوقع بان السلوك يقود الى التدعيم المستقل في هذا الموقف ومدى قيمة هذا التداعي. (صالح الخثلمي، 2008، ص 34).

رابعاً: تصنيف ابعاد مصدر الضبط:

يشير روتر (rotter 1966) الى اختلاف الافراد في ادراكهم لمصدر التدعيم فبعضهم يرى ان التدعيم يأتي من الخارج بينما يرى بعضهم ان مصدر التدعيم يأتي من الداخل، فقد فرق بين هاتين الفئتين فقال انه

عندما يدرك الفرد التدعيم الذي يلي افعاله وتصرفاته الشخصية بوصفهما امرا مستقلا وغير متسق بصورة دائمة مع تصرفاته فانه يدركه كنتيجة للحظ او الصدفة ،او القدر او نتيجة لتأثير الاخرين من ذوي النفوذ، او كأمر لا يمكن التنبؤ به لتعدد العوامل المحيطة به ،وعندما يفسر الفرد الحدث بهذه الطريقة فإننا نسمي هذا اعتقاد في الضبط الخارجي، اما اذا كان ادراك الفرد متسق مع سلوكه الشخصي ومع سماته المميزة والدائمة، فإننا نسمي هذا اعتقاد في الضبط الداخلي(محمد العلياني،2011،ص21).

كما صنف روتر " rotter " (1954) الأفراد في معتقداتهم الصحية الى ثلاثة اقسام هي: (محمد

العلياني،2011، ص22).

1. ذوي الضبط الداخلي، يعتقدون انهم مسؤولون عن صحتهم.

2. ذوي الضبط الخارجي: يعتقدون ان القدر مسؤول عن صحتهم ويحجمون عن التغيير.

3. ذوي ضبط الاخرين: يحجمون عن اخذ مسؤولية صحتهم ويعتقدون مسؤولية الاخرين عنها.

ولقد صنف الباحثون المهتمون بهذا المتغير النفسي المهم، الافراد بناء على مفهوم وجهة الضبط الى:

_ ذوي التحكم الخارجي (وجهة الضبط الخارجي): يعرف بأنه مجموعة العوامل التي يعتقد الشخص بأنها

المسببة لنتائج سلوكه وان الاحداث المحيطة بهم، تخرج عن سيطرتهم وهي ناتجة عن الحظ والصدفة، او

نفوذ الاخرين الأقوياء (افنان نظير دروزه،2007، ص 445).

_ ذوي التحكم الداخلي (وجهة الضبط الداخلي): وهم الذين لديهم اعتقاد ان الاحداث التي تؤثر فيهم هي

نتيجة لتصرفاتهم، وانهم مسؤولون عما يحدث لهم ومن ثم فان بإمكانهم التحكم فيها.

ولقد أسهم واينر (weiner1979) في التطوير من بعد روتر في تصنيف مكونات الضبط

(الداخلي/الخارجي) الى ثلاثة ابعاد منفصلة وهي: (محمد العلياني،2011، ص22)

1_ **المصدر او الموضع او الوجهة:** يشير الى المصدر او السبب الذي يعبر عما إذا كانت المخرجات تتوافق مع خصائص او سلوك الفرد(داخلي)، او مع متغير خارجي اخر.

2_ **الاستقرار:** يشير الى الاستقرار بين الاسباب على اساس ديمومتها، او استمراريتها فالقدرة كمثال تعتبر ثابتة نسبيا عبر الزمن بينما المجهود او الحظ او الحالة المزاجية، يمكن ان تتغير في اية لحظة.

3_ **الضبط:** يشير الى درجة تحكم الفرد في السبب، فنحن نستطيع ان نتحكم في مقدار الجهد الذي نبذله، بينما من المفترض ان لا نتحكم في حظوظنا. وفي السياق ذاته صنفا ابعاد أخرى لوجهة الضبط مثل: تصنيف(levenson1973)، تفقد اقترحت ثلاثة عوامل للضبط هي:

_ الاعتقاد في الضبط الداخلي.

_ الاعتقاد في الاخرين ذوي النفوذ.

_ الاعتقاد في الصدفة. (levenson1973).

اما (collins1974) فقد توصل الى اربعة عوامل هي:

_ العالم الصعب

_ العالم العادل

_ العالم القابل للتنبؤ وهو الاعتقاد بان العالم يمكن التنبؤ به، وانه غير محكوم بالعشوائية والحظ والقدر.

_ العالم المستحيب سياسيا وهو يوضح عقيدة الفرد في الحساسية السياسية في بيئته (جبالي نورالدين

2007، ص 54).

خامسا: مصادر الضبط:

المصادر التي يعزو اليها الافراد اسباب حصولهم على التعزيز متعددة سواء بالنسبة لفئة الضبط الداخلي او فئة الضبط الخارجي حيث إذا كان الحصول على التعزيز مضبوطا بالعالم الداخلي للفرد فان مصادره المحتملة هي ما يلي: (معمرية بشير: 2009، ص 19).

_ الذكاء والقدرات العقلية: فالفرد يعتقد انه يستطيع فهم البيئة وضبط احداثها لصالحه وهو المسؤول عما يناله من ثواب او عقاب.

_ المهارة والكفاءة والاستفادة من الخبرات السابقة للسيطرة على البيئة.

_ السمات الانفعالية والمزاجية: فالفرد يكون اعتقاد حول نفسه بأنه يتوفر على خصائص تجعله يتحكم في

الاحداث البيئية وينال التعزيزات المرغوبة وهذه الخصائص هي: الثقة بالنفس، الاكتفاء الذاتي، الطموح

المثابرة والجدية، اما إذا كان التعزيز مضبوطا بقوى خارجية فان مصادرها المحتملة هي ما يلي (بدوي:

عائشة وآخرون، ص413).

_ الحظ او الصدفة: حيث يعتقد الفرد ان العالم غير قابل للتنبؤ، او ان التأثيرات الاجتماعية غير الخاضعة

للعقل من وجهة نظره هي المسؤولة عن نتائجه.

_ القدر: فالفرد يكون اعتقاد بأنه لا يمكن ان يغير مسار الاحداث.

_ الآخرون الأقوياء فالتعزيز يكون في ايدي الآخرين، كالأباء المسؤولين والمعلمين وهؤلاء لا يستطيع ان

يؤثر فيهم لأنه ضعيف.

_ هذا المصدر مرتبط بالأول والثاني، حيث يكون الفرد اعتقادا بان العالم صعب والحياة معقدة ويصعب

فهمها، وان نصيب الفرد فيها مقدر سلفا، وهذا يجعل شروط الحصول على التعزيز بعيدة عن الضبط

الشخصي.

سادسا: سمات الأفراد في فئتي الضبط

يتم التمييز بين نوعين من الشخصيات شخصيات تربط بين ما حصلوا عليه في الحياة مع ما قدموه أي الربط بين الأسباب والنتائج أو بين المخرجات و المدخلات, فكل أنواع التعزيز الذي حصلوا عليه إيجابا أم سلبا يرجع في الأساس الأول إلى قدراتهم الشخصية وأدائهم والى ما قدموه (شعبان السيسي : 2002, ص 94)، وهؤلاء يقال أن لديهم مركز ضبط داخلي وهناك شخصيات تعزي كل ما تحصل عليه في الحياة من خير أو شر على أنه وليد الصدفة والحظ والقدر, وهؤلاء ذوى ضبط خارجي, وبالتالي فالشخصيات ذوي مركز الضبط الداخلي يحبون عملهم ويبذلون جهدا عاليا فيه ويكونوا سعداء بهذا الأداء, أما ذويمركز الضبط الخارجي فهم يحبون التوجيه من الآخرين ويستمدون سعادتهم من رضا الآخرين من ادائهم ويصلحوا كمرووسين بطبيعتهم عكس الفئة الأولى التي تزداد لديها الرغبة في الإشراف والإدارة (شعبان السيسي: 2002, ص 95) سنورد بشيء من التفصيل عن سمات الأفراد من كل فئة:

1-سمات الأفراد في فئة الضبط الداخلي:

لقد اوضحت الدراسات السابقة ان اصحاب الوجة الداخلية للضبط يتميزون بسمات شخصية متميزة على عكس ما يتسم به اصحاب الوجة الخارجية حيث تبين ان ذوي وجهة الضبط الداخلي يتميزون ب:

_ انهم أكثر اجتهادا وتفاعلا مع حالات التدعيم في المواقف التعليمية

_ القدرة العالية على تغيير مجرى التفكير في اتجاهات جديدة بسرعة وسهولة (فائقة محمد بدر، 2006، ص 18).

ويشير (صلاح الدين أبو ناهية، 1989) إلى أن نتائج الدراسات التجريبية في التراث السيكلوجي مثل دراسات (روتر، 1966-جو Joe، 1981-ليفكورت Lefcourt، 1972-سترايكلاند Strickland، 1977-جيلمور Gilmor، 1978-ستيك وويسز Stipek&Wieisz، 1981-نويكي Nowicki، 1983-

صلاح الدين أبو ناهية، 1986-1987) تتفق على أن أفراد الضبط الداخلي يتميزون بدلالة واضحة عن أفراد الضبط الخارجي في المجالات التالية: (صلاح الدين أبو ناهية، 1989، ص 59).

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

ب- القدرة على تأجيل الإشباع، ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم.

ج- المودة والصدقة في علاقاتهم مع الآخرين؛ فهم أكثر حبا واحتراما من قبل الآخرين، وأكثر تعاونًا ومشاركة للآخرين، وأكثر توكيدية اتجاه الآخرين، على الرغم من مقاومتهم لتأثيراتهم عليهم.

د- العمل والأداء المهني؛ حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذي يعملون فيه وبالبيئة المحيطة بهم، كما أنهم أكثر إشباعًا ورضا عن عملهم، وأكثر انهماكًا واهتمامًا بهذا العمل.

هـ- التحصيل والأداء الأكاديمي؛ حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي وأساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم أكثر تفتحًا ومرونة في التفكير، وأكثر إبداعًا وأكثر تحملًا للمسائل والمشكلات الغامضة، وأكثر توقعًا للإجابة الصحيحة.

و- الصحة النفسية والتوافق؛ فهم أكثر احترامًا للذات، وأكثر قناعة ورضا عن الحياة، وأكثر اطمئنانًا وهدوءًا، وأكثر ثقة بالنفس، وأكثر ثباتًا انفعاليًا، وأقل قلقًا، وأقل اكتئابًا، وأقل إصابة بالأمراض النفسية.

ويشير كذلك (احمد عبد اللطيف وحيد 2001) الى ان اصحاب وجهة الضبط الداخلي يتميزون كذلك بأنهم:

1- أكثر انتباها وحذرا لنواحي البيئة المختلفة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي (أحمد عبد

اللطيف وحيد: 2001، ص 127).

- 2- يتخذون خطوات جادة تتميز بالفعالية والتمكن لتحسين أحوال البيئة.
- 3- أكثر اهتماما بقدراتهم وبفشلهم، ويضعون قيمة كبيرة لتعزيز المهارات.
- 4- القدرة على خلق انطباع إيجابي، الطموح، والأمل بالفوز، والانشغال بكيفية التأثير في الآخرين.
- 5- يكونون متعاونون وجديين ومقدمين ومغامرين وأكثر تفاعلا في حالات التعلم.
- 6- يظهرون كفاح صريح لأجل التحصيل.
- 7- النفتح والمرونة في التفكير وأكثر إبداعا وتحملا للمسائل الغامضة والمشاكل.
- 8- أكثر ذكاء، وتميزون بعدم المسايرة.
- 9- الاعتدال في تعريض أنفسهم للخطر.
- 10- لديهم علاقات سالبة ضد القلق والكآبة وعدم احترام الذات وقليل الإصابة بالأمراض النفسية، الثقة العالية بأنفسهم.

2 سمات الأفراد في فئة الضبط الخارجي:

يعرف روتر 1966 اتجاه الضبط الخارجي بأنه "اعتقاد الفرد بسيطرة الحظ والآخرين الاقوياء عليه" وتشير مراجعة الادبيات المختلفة الى ان ذوي اتجاه الضبط الخارجي يميلون الى ارجاع نتائج سلوكهم والتدعيمات التي يحصلون عليها سواء كانت ايجابية او سلبية الى تأثير قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها ومنها الحظ والصدفة والآخرين المسيطرين على المواقف (حنان الحربي، 2006، ص 43).

وفي نفس السياق فان دراسة اليعقوب (1988) تشير الى ان الفرد ذو الضبط الخارجي يعتقد بانه واقع تحت تأثير الظروف المحيطة به، وانه غير قادر على التحكم بالأحداث التي يعايشها او يمر بها (محمد سليمان بني خالد، 2009، ص 494)

وهذا ما اكدته دراسة أبو ناهية (1994) الى ان اصحاب الضبط الخارجي يعتقدون انهم تحت رحمة الظروف وغير قادرين على السيطرة والتحكم بالأحداث التي تمر بهم، لذلك فهم يعززون الاخطاء الى العمل الشاق للغاية، لأنه ليس بإمكانهم ان يفعلوا شيئاً، لذلك يميلون الى اختيار التحديات الاسهل (جمال ابو زيتون، 2011، ص 119).

وتشير دراسة هنتراس وشارف (*heuntras and sharf*) الى ان الافراد ذوي وجهة الضبط الخارجية، أكثر مسابرة واقل ثقة بالنفس، مترددون وحذرون في تفكيرهم ولا يملكون القدرة على توجيه الذات او ضبط النفس، وأكثر قلقاً، وتسلباً وسيطرة وانانية، ولا يكثرثون كثيراً بحاجات واهتمام الاخرين. واطهرت دراسة سكوت وسيفرانس (*scott and severance*) ان الافراد ذوي الضبط الخارجي أكثر عرضة للإصابة بالوساوس المرضية والكأبة، والانطواء ولديهم شعور بالتشاؤم نحو المستقبل (ليلي المزروع، 2011، ص 19).

اما احمد عبد اللطيف وحيد فيذكر مجموعة من السمات التي يتميز بها ذو الضبط الخارجي وهي:

1- لديهم سلبية عامة، وقلة في المشاركة والإنتاج (أحمد عبد اللطيف وحيد: 2001، ص 127).

2- لديهم درجة قليلة من الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة.

3- أقل ثقة بالنفس وجراه.

4- إدراكهم للنجاح يكون منخفض.

5- أكثر كبت وأنانية.

6- قلبي الاهتمام بالآخرين والالتسام بالارتباك.

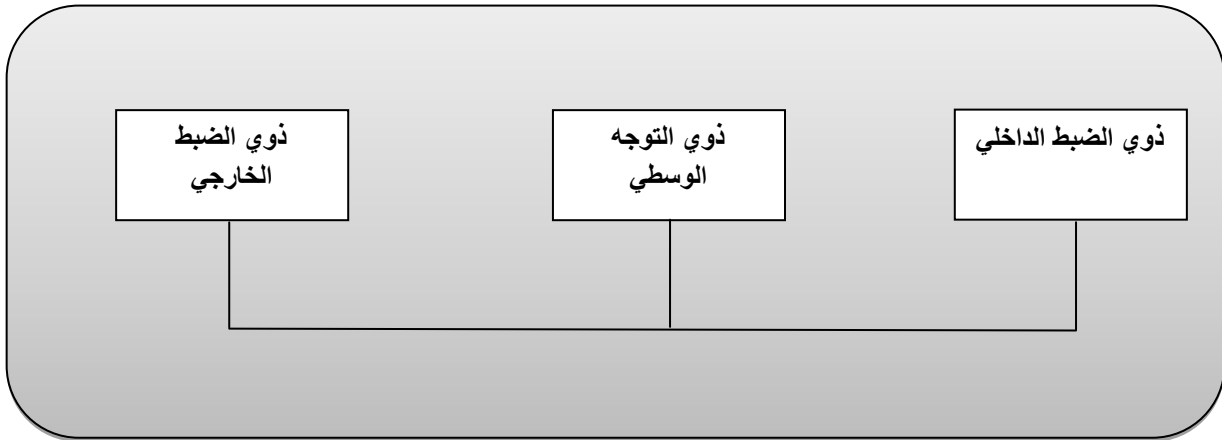
7- القلق الدائم والخوف العام والشعور بعدم الاستقرار.

8- الإجهاد وعدم الكفاءة.

9- تنقصهم الأصالة والتفكير.

10- أكثر مجازاة ومسايرة للأحداث (عبد الله يوسف ابو سكران، 2009، ص 62).

مما سبق فانه لا يمكن القول بإمكانية تقسيم الافراد الى داخليين او خارجيين بشكل تام ام مطلق، حيث يمكن النظر الى اتجاه الضبط كما افترضه "روتر" كونه متصل يمتد بين نهاية الضبط الداخلي ونهاية الضبط الخارجي، وان تقسيم الافراد الى داخليين وخارجيين في مصدر الضبط لا يعني انهم انماط مختلفة ومتميزة، ذلك ان الفرد الداخلي قد يشترك في خصائص مع الخارجيين، ولوانه بدرجة اقل، وكنتيجة لذلك يشير ابو ناهية (1994) الى وجود مجموعة ثالثة بين المجموعتين يمكن تسميتها بالوسطيين او الفرصيين (جبالي نورالدين، 2007، ص، 67، 65).



الشكل رقم(01) يوضح تصنيف اتجاهات الضبط (ابوناهاية 1994)

سابعاً: اقسام المتغيرات المرتبطة بوجهة الضبط:

يمكن تقسيم المتغيرات المرتبطة بوجهة الضبط إلى قسمين:

1- المتغيرات الموقفية:

وهي عبارة عن متغيرات تحدث في موقف محدد مثل وفاة عزيز أو مواجهة أزمة معينة، وقد تكون على مستوى فردي أو جماعي. وما يترتب على هذه المتغيرات هو زيادة معدل الضبط الخارجي لدى الفرد وذلك لشعوره بالعجز عن مواجهة تلك المواقف. ولكن بعد انتهاء الأزمة والتغلب عليها يعود المعدل إلى المستوى الذي كان عليه قبل الأزمة. (يوسف العنزي، 2010، ص54).

2- المتغيرات المستمرة:

وهي متغيرات تؤثر على وجهة الضبط (داخلية / خارجية) بصفة شبه مستمرة، وقد صنفها بعض الباحثون إلى ثلاث فئات: التنشئة الاجتماعية، حالات العجز الطويلة، التمييز الاجتماعي بين الطبقات الاجتماعية. ويعتبر كل من متغير السن والجنس من المتغيرات التي قد تؤثر على مصدر الضبط بشكل شبه مستمر، لذا يمكن تصنيفهما ضمن المتغيرات المستمرة. ويمكن إيجاز تأثير هذين المتغيرين بالإضافة إلى متغير التنشئة الوالدية والاختلافات الثقافية على مصدر الضبط كما يلي:

الجنس: أثبتت معظم الدراسات مثل دراسات (Seidenberg)، (Maccole, Jaclin)، (Helbern, Stellion, Devin) (1978) أن الذكور يكونون أكثر تحكما داخليا من الإناث وذلك بسبب الثقة العالية بالنفس ولديهم شعور بالقوة والتحكم في الأحداث وذلك لأن البيئة والمجتمع يطلب من الذكور مطالب معينة تتسم بالصرامة والقوة حيث يدفعون من الصغر لشق طريقهم ذاتيا، عكس الإناث.

وفي دراسة (علاء كفاوي 1982) في الفروق بين الجنسين في وجهة الضبط كانت الاناث أكثر ميلا لوجهة الضبط الداخلي، في حين كانت عينة الذكور أكثر ميلا لوجهة الضبط الخارجي، وقد فسر الباحث هذه

النتيجة وفقا للنمط الثقافي السائد في المجتمع المصري، ورغبة الإناث الاكيدة في اتخاذ قراراتهن، وتحديد مصائرهن بأنفسهن، وتتفق هذه النتائج مع دراسة (دويدار عبد الفتاح ح 1991) في ان عينة الموظفين كن أكثر ضبطا داخليا، عن نظرائهن من عينة الموظفين. (مايسة احمد النبال، 10،1994، ص 544)

ومن جهة أخرى كشفت دراسات أخرى عن عدم وجود فروق في وجهة الضبط بين الجنسين مثل دراسة كل من (1984 Hoston) و(صلاح الدين أبوناهاية 1987) (مدور مليكة: ص 25).

دراسة أخرى لـ (1995 Stanton): بحثت في الكشف عن الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي، حيث وجد أن هناك تغيير في بعد الصدفة من مركز الضبط الصحي (CHLC) وبعد ذوي النفوذ (PHLC) بين 13 و15 سنة وهذا فقط عند الإناث.

ودراسة (1994Nada Raja)، أجرتها على عينة من 800 شاب سنهم 18 سنة وهذه الدراسة لم تتناول تأثير السن على مصدر الضبط الصحي، لكن بحثت في الكشف عن الفروق بين الجنسين في مستوى كل من الضبط الداخلي وذوي النفوذ في مصدر الضبط الصحي، وبينت كذلك تأثير أحداث الحياة السلبية واعتقاد الأم فيما يخص توجيهه أو تكوين مصدر الضبط الصحي من خلال ارتفاع أو انخفاض مستوى الضبط الداخلي لدى الإناث، أما عند الذكور، فقد بينت هناك علاقة بين ارتفاع في المساندة الاجتماعية والإدراك الذاتي في القوة مع مستوى عالي في الضبط الداخلي (Zdenowicz, 2000 p 78).

هذه الدراسات منها ما تؤكد على أنه توجد فروق في مصدر الضبط الداخلي أو الخارجي بين الجنسين، حيث وجدت بأن الذكور مستوى الضبط الداخلي عندهم مرتفع مقارنة بالإناث وأرجعت هذا إلى الخصائص التي يتميز بها الذكر عن الأنثى وكذا بالنسبة للمسؤولية التي يتحملها سواء في الأسرة أو المجتمع، ومنها ما يؤكد العكس ان الاناث يتفوقن في الضبط الداخلي على الذكور، ومنها من لم يجد فروقا بين الجنسين.

السن:

ينمو الضبط الداخلي - الخارجي متأثراً ببيئة الطفل الأولى، بحيث يكون الدور البارز لوالدي الطفل، وهذا ما تظهره دراسات كل من (كرندال وآخرون 1956) و(نويكي وسيجال 1974) و (ويتشرون ونويك 1976)، حيث صرحت أن الضبط الداخلي ينمو حيث يكون الحب والدعم والتشجيع الابوي والدفء والحماية والتدريب على المهارات المختلفة مبكراً والاستقلالية، في حين ينمو الضبط الخارجي حيث يكون الإهمال وقلة التوجيه والنقد اللاذع والسخرية والرفض.

كما أوضحت دراسات (رونهر وآخرون 1980) أن الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الطفل، حيث أن الأطفال يدركون أنهم مقبولون من خلال العلاقة بالوالدين ينمو لديهم الضبط الداخلي في عمر 9-11 سنة، في حين أن الأطفال الذين يدركون أنهم منبوذون لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر.

وقد أوضحت دراسات كل من (بنجا 1979) و(لاو 1974) و(ريخمانوليوميكي 1975) أن وجهة الضبط تنمو مع الزيادة في العمر ليستقر في مرحلة وسط العمر (مدور مليكة، 2000، ص 27).

التنشئة الوالدية والاختلافات الثقافية:

تعني التنشئة الوالدية تلك الأساليب التربوية التي تمارسها الأسرة على أبنائها ليتعلموا كيف يصبحوا أعضاء مندمجين في أسرهم و مجتمعهم وذلك من خلال التفاعل بين الطفل والوالدين داخل الاطار الثقافي للمجتمع الذي تعيش فيه الأسرة، و بناء على التصور النظري الذي يرى أن مصدر الضبط هو محصلة للتفاعل بين خصائص الفرد والموقف الاجتماعي الذي يتواجد فيه، فإن هذا يعني أن هناك محددات اجتماعية وثقافية تنمي الاعتقاد في مصدر الضبط و توجيهه، حيث نجد أساليب التنشئة الوالدية ينمي بعضها الاعتقاد في الضبط الداخلي وينمي بعضها الآخر الاعتقاد في الضبط الخارجي.

فقد وجد الباحثون ولسون ورامي (Wilson et Ramey 1972) أن الأفراد الذين يعتقدون في الضبط الداخلي أتون غالبا من أسر تتسم بالحب والديمقراطية والنظام والمعايير المستقرة، في حين الأفراد المعتقدين في الضبط الخارجي يصفون آباؤهم بأنهم يبالغون في عقابهم بدنيا وانفعاليا ويحرمونهم من حقوق كثيرة (معمرية بشير: 1995، ص 120).

أما دراسة (صلاح الدين أبوناهاية 1989) حول العلاقات بين مصدر الضبط وأساليب المعاملة الوالدية التي أجراها على 254 طالبا وطالبة من الجامعة الإسلامية بقطاع غزة، فقد تبين منها أن الطرب والطالبات ذوي الاعتقاد في الضبط الداخلي كانوا يعاملون من والديهم بأساليب التقبل الفردية، أما الطلاب والطالبات المعتقدون في الضبط الخارجي فقد كانوا يعاملون بأساليب الرفض والإكراه والضبط من خلال الشعور بالذنب والضبط العدواني وتلقي القلق الدائم والتباعد والسلبية وانسحاب العلاقة.

أبرزت هذه الدراسة أهمية ودور أساليب المعاملة الوالدية في تنمية شعور الطفل بالاستقلالية والاندماج في المجتمع وثقته بقدراته، وبالتالي توجيهه إلى أن يكون من الأفراد ذوي الضبط الداخلي في حين أن الأساليب الوالدية التي تتسم بالعقاب والنبد والحرمان تكتسب أو تعلم الطفل الدونية والاعتمادية، وبالتالي عدم القدرة على ضبط السلوكات والعوامل التي قد تؤثر فيه، وبالتالي عدم القدرة على ضبط السلوكات والعوامل التي قد تؤثر فيه، وبالتالي توجيههم إلى أن يكونوا من الأفراد ذوي الضبط الخارجي.

أما بالنسبة للاختلافات الثقافية وأثرها على مصدر الضبط فقد تبين من نتائج دراسات عديدة أن هناك فروقا بين الجماعات في مصدر الضبط تعود إلى الاختلافات الثقافية سواء بين المجتمعات المتباينة أو بين الثقافات المتنوعة داخل المجتمع الواحد.

ففي دراسة قام بها (Mahler 1980) على عينات أمريكية وألمانية ويابانية من طلاب المرحلة الثانوية تبين أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين العينات الثلاثة في مصدر الضبط، حيث كان الأمريكيون أعلى في الضبط الداخلي من الألمانين واليابانيين.

كما وجد (Hseih 1969) أن أبناء الصينيين الذين ولدوا في الو.م.أ وصلوا إلى التعليم الثانوي كانوا أعلى اعتقادا في الضبط الداخلي مقارنة بنظرائهم من الصينيين المولودين في الصين والمقيمين بها.

كما وجد علي محمد ديب 1987 في دراسته التي أجراها على عينة مصرية من طلاب الجامعة أن الذكور أعلى في الضبط الداخلي من العينة السعودية (معمرية بشير 1995، ص 121-122).

وهناك دراسة أجريت من طرف (Wrightson and al 1997) على نساء من مختلف الخلفيات الثقافية أو العرقية ومقارنة نتائجهم المحصل عليها على مقياس مصدر الضبط الصحي على عينة تتكون من 101 من نساء جنوب آسيا والنساء ذوات الأصل القوقازي، فتوصلت النتائج إلى أن نساء جنوب آسيا كانت النتائج عندهن في مصدر الضبط الصحي عالية في بعد الصدفة وبعد ذوي النفوذ، وقد اعتمد في هذه الدراسة على متغيرات ديمغرافية كالوضع الصحية ونوعية الديانة وخلصت إلى أن التنوع الديني في آسيا، قد يساعد في تفسير هذه النتائج لكن ليس كلية (Wrightson K j 1997).

هذه الدراسات تبين أن مصدر الضبط متغير معقد ويتأثر بكثير من العوامل، وبما أنه اعتقاد متعلم فهو يتأثر بكل المتغيرات والمعطيات البيئية من أساليب تربية واختلافات ثقافية وحضارية، فالأفراد الذين ينمو لديهم الاعتقاد في الضبط الداخلي هم الأفراد الذين ينشؤون في مجتمعات تعودهم على الاستقلال الشخصي وتشجع فيهم القدرات الفردية، أما الأفراد الذين يرتفع عندهم الاعتقاد في الضبط الخارجي، فهم أولئك الذين ينشؤون في مجتمعات تعيش تحت القهر الاقتصادي والاجتماعي والسياسي والعسكري حيث يتعودون على العجز والسلبية والتبعية.

ثامنا: مفهوم مصدر الضبط الصحي

انبثق مفهوم مصدر الضبط الصحي، شأنه شأن غيره من انواع إدراك الضبط النوعي من نظرية التعلم الاجتماعي ل. ROTTER (جبالي نورالدين، 2007، ص 67)، وقد اكتشف مطورو اهد المفهوم من خلال ملاحظاتهم للذين تم تشخيص اصابتهم حديثا بالسكري وتأكيدهم الاطباء على اهمية دور المريض في الاعتناء بصحته وهو ما يفسر محاولة الاطباء على تبني المريض لمصدر ضبط داخلي وهم في ذلك الحين لا يعلمون بشيء عن نظرية ROTTER، حول مصدر الضبط. هذه الملاحظة دفعت بالباحثين الى ربط مصدر الضبط العام بالعناية الصحية، ومحاولة اقناع الاطباء المشتغلين بالصحة بتبني مفهوم ROTTER، لمصدر الضبط وتدريب المرضى عليه.

وهذا ما دفع ب WALLSTON ومعاونيه الى طرح مفهوم مصدر الضبط الصحي (احادي البعد)، بمؤتمر سان فرنسيسكو، إلا ان ابحاث LEVENSON (1973) حول مفهوم مصدر الضبط الاحادي وتأكيدها على كون مصدر الضبط متعدد الابعاد ويتكون من بعد داخلي وبعد خارجي يضم (الحظ والقدر feat and chance) وقوة الاخرين (powerful others).

1_ مصدر الضبط الصحي الداخلي: وهو اعتقاد الفرد بان العوامل الداخلية او السلوك الفردي هو المسؤول

عن صحته او مرضه. (Ünsal Si—ri, NilayGemliYr, p52)

2_ قوة الاخرين: وهو اعتقاد الفرد ان صحته يؤثر فيها الاخرون كالأسرة، والأطباء، والمشتغلين بحقل الرعاية

الصحية. (Wallston , KENNETH A. et al 1987)

3_ الحظ: وهو اعتقاد الفرد بان صحته محصلة حظ وصدفة.

فمصدر الضبط الصحي حسب WALLSTON ومعاونوه هو الدرجة التي يعتقد الفرد فيها ان صحته تتحكم فيها عوامل داخلية(ذاته)، او خارجية (الحظ والصدفة، او الآخرون من الاطباء والعاملين في حقل الصحة...الخ).

الفصل الثالث:

الكفاءة الذاتية

أولاً: مفهوم الكفاءة الذاتية.

ثانياً: نظرية الكفاءة الذاتية.

ثالثاً: طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية

رابعاً: ابعاد الكفاءة الذاتية

خامساً: مصادر الكفاءة الذاتية.

سادساً. تأثير اعتقاد وإدراكات الفرد على الكفاءة الذاتية.

سابعاً. مقارنة بين كفاءة الذات العالية والممتدنية.

أولاً: مفهوم الكفاءة الذاتية:

1. تعريف الكفاءة الذاتية:

تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي والتي باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة Healthpsychology لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك

وتستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعات الكفاءة "competencyexpectancies" وتقدير

توقعات الكفاءة "self efficacyassessent" وتوقعات الكفاءة الذاتية "self efficaccyexpectancies" في السياق نفسه.

كما أن بعض المراجع تستعمل مرادف آخر للكفاءة الذاتية وهو «الفاعلية الذاتية» self

efficacy (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 501). وفيما يلي سنورد بعض التعاريف حول الكفاءة الذاتية:

- يذكر **Egan 1982** "أن كفاءة الذات self efficacy لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتعامل مع الصعوبات ومواجهتها ومقدار الجهد الذي سيبدلونه" (عبد المنعم الدرديري, 2004، ص 209).

- ويرى **berry 1986**: "أن الفرد إذا شعر بالكفاءة والثقة أي كفاءة ذاتية عالية، فإنه من المحتمل أن يبذل الجهد والمثابرة اللازمة لإتقان العمل" (عبد المنعم الدرديري: 2004 ص 209).

- ويذكر **Shell 1989**: "أن الكفاءة الذاتية هي الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص ويطبقون مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية الموجودة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين (عبد المنعم الدريبي:2004، ص 210).

- ويعرفها **بلوتنك (PLOTNIKE1993)**: بأنها "معتقدات الفرد الشخصية فيما يتعلق بقدرته على ضبط

المواقف والسيطرة عليها في حياته" (هيام شاهين، 2012، ص 152)

- وعرفها **الينانوداناهير (hallinan and danaher 1994)**:فاعلية الذات بأنها"اعتقاد الافراد في قدراتهم

على الاداء في مجالات معينة وعلى احراز الاهداف وانجاز السلوك" (نيفين المصري، 2011، ص46).

- أما **شفاريتسر 1994 schwarzer**: "فينظر لتوقعات الكفاءة الذاتية أيضا عبارة عن بعد ثابت من

أبعاد الشخصية، وتعني القدرة في التغلب على المهمات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد وهي تدفع

الشخص لاختيار المتطلبات والقرارات المتعلقة باستراتيجيات التغلب على المشكلات، كذلك تؤثر على

الجهود المبذولة ومدى الاستهلاك المادي الذي سيبدله الفرد لمواجهة مشكلة ما. (اصلان صبح المساعيد،

2011، ص682)

- وتعرفها **اورمرود (ormrod1995)**: "بأنها اعتقاد الفرد بقدرته على القيام بسلوكات ،او الوصول الى

اهداف محددة" (عبد الناصر العزام واخرون، 2013، ص 583).

- **باندورا (Bandura1997)**: " فيعرف الكفاءة الذاتية بأنها معتقدات الفرد حول قدراته على تنظيم وتنفيذ

الاجراءات اللازمة لتحقيق نتائج معينة، وهي كذلك معتقدات الافراد حول قدراتهم على انتاج مستويات معينة

من الاداء الذي يؤثر على الاحداث المؤثرة في حياتهم وهذه المعتقدات تؤثر في خيارات الافراد وفي

مسارات الفعل والاهداف التي يسعون من اجلها. (احمد يحي الزق، 2009، ص 40).

- ويعرفها الالوسي (2001): "بأنها احكام الفرد بخصوص قدراته الذاتية، والناجمة من المحصلة الكلية لخبرات النجاح والفشل في حياته بشأن مبادرته للقيام بالسلوك". (ندى الدباج، ص 567).

- ويعرفها الناشئ (2005): "بأنها توقعات الفرد عن قدراتها في حل مشكلاته ومواجهة التحديات الجديدة التي تؤثر في درجة تفاؤله، ونظرته الايجابية بما يحفزها في اداء مهامه اليومية".

ويحدد الاعتقاد بكفاءة الذات طريقة إدراكنا للأشياء مما يدفعنا إلى السلوك بطريقة فعالة، فذوو

الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر إيجابية، وبأن الكروب امتحان وتحد لإمكانيات الفرد، فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه ويرون أن المواقف الضاغطة تدفعهم إلى التكيف الإيجابي والتغلب عليها (زعطوط رمضان: 2005, ص 45).

نستخلص من هذه التعاريف ما يلي:

- تتضمن الكفاءة الذاتية القدرة والاستعداد والجهد الذي يبذل من طرف الأفراد في التعامل مع الصعوبات.
 - الكفاءة الذاتية تتضمن المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية التي تطبق من أجل أداء مهمة.
 - تعتبر كذلك بعد ثابت من أبعاد الشخصية.
 - تتمثل كذلك في الاعتقادات التي يتمثلها أو يدركها الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء.
- وبهذا نخلص إلى أن الكفاءة الذاتية أو الفاعلية الذاتية هي صفة شخصية يمتلكها الفرد بخصوص اعتقاداته حول قدراته واستعداده لتطبيق المهارات المعرفية والسلوكية والاجتماعية التي لديه من أجل التعامل مع الصعوبات ومواجهة الأحداث والسيطرة عليها.

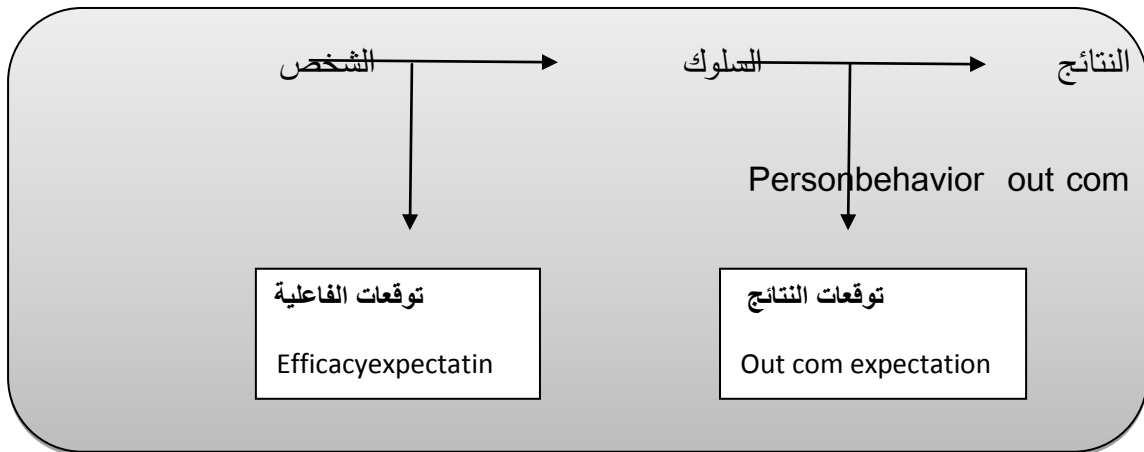
ثانيا: نظرية الكفاءة الذاتية أو فاعلية الذات

تعد نظرية باندورا Bandura 1977 للتعلم الاجتماعي Social learning theory من أكثر النظريات استعمالاً في الدراسة والبحث عن المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي (عثمان يخلف, 2001، ص 34)، ويرى باندورا أن سلوك الفرد الاجتماعي يحدث وفقاً لتوقعاته الخاصة بكل من:

- توقعات النتائج Perceived out come expectation .

- والفاعلية الذاتية Perceived self efficacy .

ويرى الفرماوي (1990) ان باندورا يفرق في نظريته بين توقعات الفاعلية الذاتية والتوقعات الخاصة بالنتائج ويبدو ذلك من خلال الشكل التالي:



شكل رقم (02) يوضح الفرق بين فاعلية الذات وتوقعات النتائج

ويعني ذلك ان توقعات الفاعلية الذاتية تسبق توقعات الفرد، عن ناتج او مخرجات السلوك، ويقرر باندورا ان كلا من الفاعلية الذاتية والتوقعات عن المخرجات ميكانيزمان يتدرجان فيما يسمى بالتقييم الذاتي self evaluation وهما معا يحددان انجاز السلوك على نحو ما، (غالب المشيخي، 2009، ص 75).

وحسب هذا النموذج يمكن أن نتوقع ممارسة السلوك الصحي عندما تتوفر قناعة لدى الفرد بأنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية المرغوب فيها ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سترجع عليه

بفائدة كبيرة

بمعنى أن اعتقاد الفرد عما يملكه من إمكانيات فاعلية الذات أو (الكفاءة الذاتية)، تمكنه من أن يمارس ضبطا قياسيأ أو معياريا لقدراته، وأفكاره ومشاعره وأفعاله وهذا الضبط القياسي أو المعياري لهذه المحددات يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنه في علاقته بالمحددات البيئية المادية والاجتماعية، والنتائج المتوقعة تكون تبعا لهذا الاعتقاد في الإمكانيات (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 501).

- ويرتبط مفهوم الكفاءة أو الفاعلية الذاتية على نحو موجب بوجهة الضبط الداخلية لروتر 1966
 1982 Rotters interna locus of control , والعزو أو التفسير السببي للنجاح والفشل لواينر
 .Weiners : Attribution theory

وقد كان ظهور هذا المفهوم على يد ألبرت باندورا عام 1977 عندما نشر مقالة بعنوان "كفاءة أو فاعلية الذات: نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك", حيث خضع هذا المفهوم للعديد من الدراسات عبر مختلف المجالات والمواقف, حيث لقي دعما متناميا وطردا من العديد من نتائج هذه الدراسات (فتحي محمد الزيات: 2001, ص 502).

وباتت كفاءة أو فاعلية الذات بؤرة اهتمام الدراسات التي تتناول المشكلات الإكلينيكية مثل: مشكلات الخوف، والإحباط، والمهارات الاجتماعية، والتحكم في الألم والتدخين، ومشكلات انخفاض مستوى الداء بوجه عام، ثم طوره باندورا عام 1986، حيث ارتبط لديه بمفهوم الضبط الذاتي للسلوك في نظريته الاجتماعية المعرفية من خلال ما نشره عن الأسس الاجتماعية للتفكير والفعل.

ومن خلال هذه النظرية طور الفكرة القائلة بأن الأفراد يملكون معتقدات believes تمكنهم من أن يمارسوا ضبطا قياسيا أو معياريا لأفكارهم ومشاعرهم وأفعالهم، وهذا الضبط القياسي، يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنهم من حيث مستواها ومحتواها وهذه المعتقدات تشكل نظاما ذاتيا self system لترميز الاحداث وتمثلها والتعلم بالتمذجة وتخطيط الاستراتيجيات البديلة، ويصبح السلوك نتاج التفاعل المتبادل بين هذا النظام الذاتي للفرد والتأثيرات الخارجية للمحددات البيئية.

وكما قلنا سابقا أن نظرية "باندورا" هي من أكثر النظريات استعمالا في الدراسة والبحث عن

المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي، وحسب النموذج الخاص به يمكن أن تتوقع ممارسة

السلوك الصحي عندما تتوفر قناعة لدى الفرد بأنه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج

الصحية المرغوب فيها، وعلى هذا الأساس يرى "باندورا Bandura" أن الفاعلية الذاتية أو الكفاءة الذاتية هي: الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل فاعلية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة (عثمان يخلف: 2001، ص 35).

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.

- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي يبذله للوصول إلى هدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.

- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات والإحباطات المتكررة.

- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.

- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوره للواقع.

ويزخر حاليا التراث السيكولوجي بالبحوث والدراسات التجريبية والإمبريقية التي تبنت نظرية الكفاءة الذاتية (فاعلية الذات) "لباندورا" كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحول العلاجية والوقائية المناسبة والفعالة للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة، ويكاد يكون هناك شبه إجماع بأن النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة العلمية حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة.

ثالثا: طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية:

الكفاءة أو الفاعلية الذاتية هي مجموعة متميزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة

لتنجح مجموعة من الوظائف المتعلقة ب: (فتحي محمد الزيات, 2001: ص 508):

- الضبط الذاتي لعمليات التفكير. *Self regulation of thoughtprocesse.*

- الدافعية *Motivation* .

- الحالات الانفعالية والفسيولوجية *Affective and physiologicalstates*:

وهي قابلية عامة أو معممة تقوم على ما يعتقد الفرد أنه يملكه أو يمكنه عمله، لا ما يملكه أو يقوم به بالفعل تحت مختلف الظروف أو السياقات.

كما أنها ذات طبيعة متعددة الأبعاد:

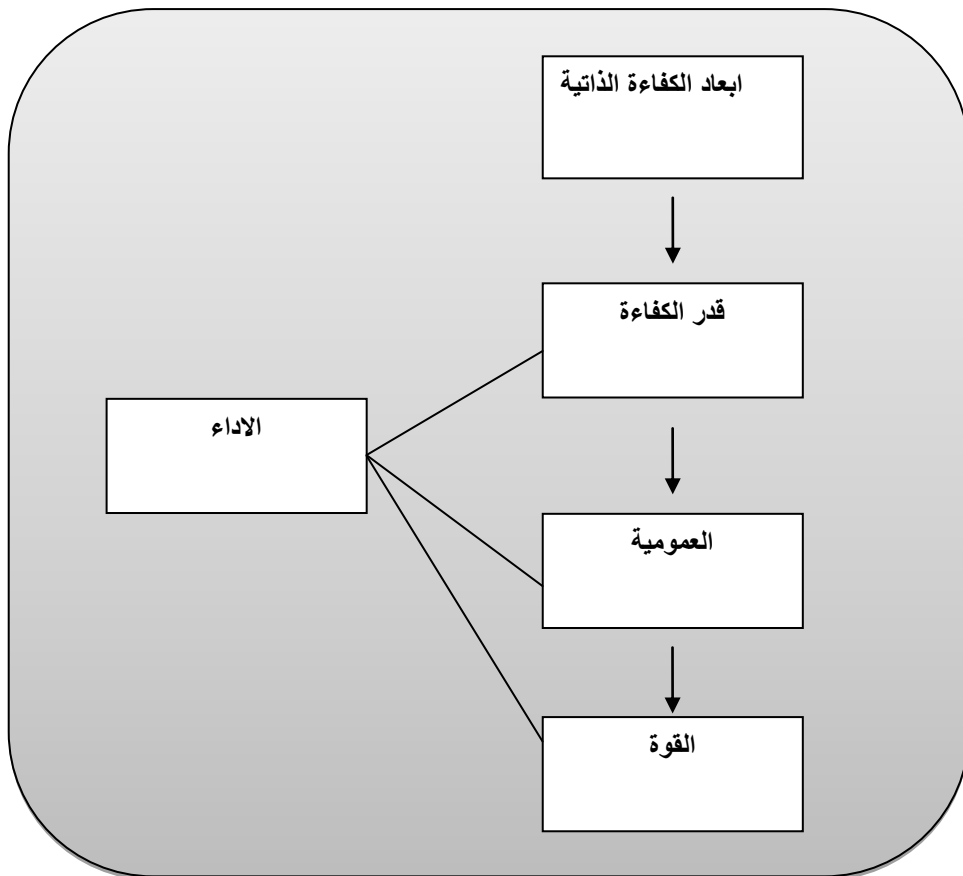
- فهي من حيث المجال تشمل: البعد العام، البعد الاجتماعي، البعد الأكاديمي.

- ومن حيث الدرجة تختلف باختلاف المستوى، درجة العمومية، القوة أو الشدة.

رابعاً: ابعاد الكفاءة الذاتية:

يحدد باندورا ثلاثة ابعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالأداء، ويرى ان معتقدات الفرد عن فاعلية ذاته تختلف تبعاً

لهذه الابعاد: (السيد حسن، ،2005، ص 37)



الشكل رقم (03) يوضح ابعاد الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالأداء لدى الأفراد

1- قدر الكفاءة *magnitude*:

ويقصد بها مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة (جولتان حجازي، 2013، ص

(420)، ويختلف هذا المستوى تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويبدو قدر الفاعلية الذاتية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة، والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها، ومع ارتفاع مستوى فاعلية الذات لدى بعض الأفراد، فإنهم لا يقبلون على مواقف التحدي، وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة والمعلومات السابقة.

ويرى فتحي الزيات (2001) أن قدر الفاعلية لدى الأفراد يتباين بتباين عوامل عديدة أهمها: مستوى الإبداع أو المهارة، ومدى تحمل الاجتهاد، ومستوى الدقة والانتاجية، ومدى تحمل الضغوط، والضبط الذاتي المطلوب، ومن المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدر من الفاعلية يمكنه من أداء ما يوكل إليه أو يكلف به دائماً وليس أحياناً (السيد حسن، 2005، ص 38).

2- العمومية *generality*:

ويشير هذا البعد إلى انتقال فاعلية الذات من موقف إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: درجة تماثل الأنشطة وسائل التعبير عن الامكانية السلوكية. معرفية. انفعالية "والخصائص الكيفية للمواقف ومنها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك. (بندر العتيبي، 2008، ص 28)

3- القوة أو الشدة:

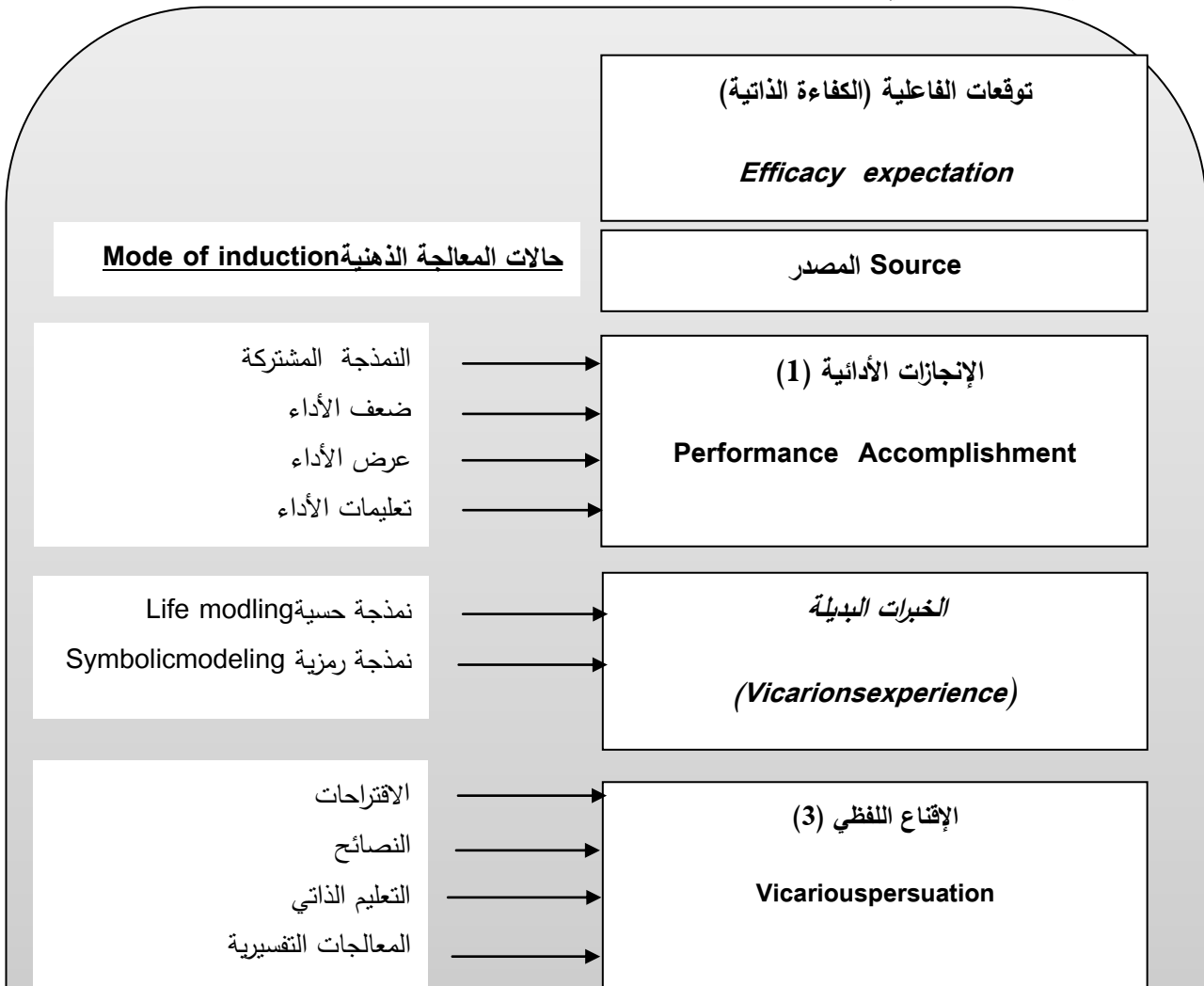
فالمعتقدات الضعيفة عن الفاعلية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه (مثلاً ملاحظة فرد يفشل في أداء مهمة ما أو يكون أداءه ضعيفاً) ولكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفاعلية ذاتهم يتأثرون في مواجهة الأداء الضعيف، ولهذا فقد يحصل طالبان على درجات ضعيفة في مادة ما، أحدهما أكثر قدرة على

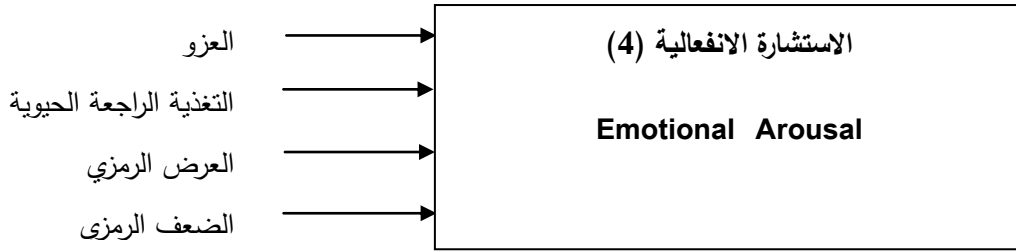
مواجهة الموقف "فعالية الذات لديه مرتفعة" والآخر أقل قدرة "فعالية الذات لديه منخفضة"، وتتحدد قوة فعالية الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة ومدى وملاءمتها للموقف.

ويمكن القول أن هذا البعد يشير أيضا إلى قوة الشعور بالفاعلية الذاتية عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي تؤدي بنجاح، (عطاف أبو غالي، 2012، ص 620)

خامسا: مصادر الكفاءة الذاتية

إن الإحساس بالكفاءة أو الفاعلية الذاتية وإدراكها ل يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا الصدد (عثمان يخلف، 2001: ص 104)، وتوجد حسب Bandura أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة أو فاعلية الذات وهي موضحة في الشكل التالي (يوسف قطامي، 2004، ص 184):





شكل رقم 04: بوضوح مصادر الكفاءة الذاتية

1 الإنجازات الأدائية Performance Accomplishment:

تشكل الخبرات النشطة السائدة ذات الدلالة في حياة الفرد أكثر مصادر المعلومات المتعلقة بالكفاءة الذاتية، نظراً لأنها تقدم الأدلة الفعلية الحقيقية على مدى إمكان سيطرة الفرد أو نجاحه فيما يسعى إليه لتحقيقه (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 511).

وتبنى النجاحات المتكررة حس قوي، وثقة في الكفاءة الذاتية للفرد بينما يضعف الفشل المتكرر هذا الحس ويخفض ثقة الفرد بقدراته ومعلوماته وخاصة إذا تحقق الفشل قبل أن يتأكد لديه على نحو راسخ شعوره بكفاءته الذاتية، وعلى هذا فتأثير الفشل يختلف باختلاف توقيت حدوثه وتكراره وديمومته، وتحتاج عملية إعادة بناء ثقة الفرد بقدراته ومعلوماته، ومن ثم كفاءته الذاتية، إلى تكرار ممارسة الفرد لخبرات النجاح، والتغلب على العقبات أو المعوقات، اعتماداً على تكرار جهد ذاتي مستمر ونشط.

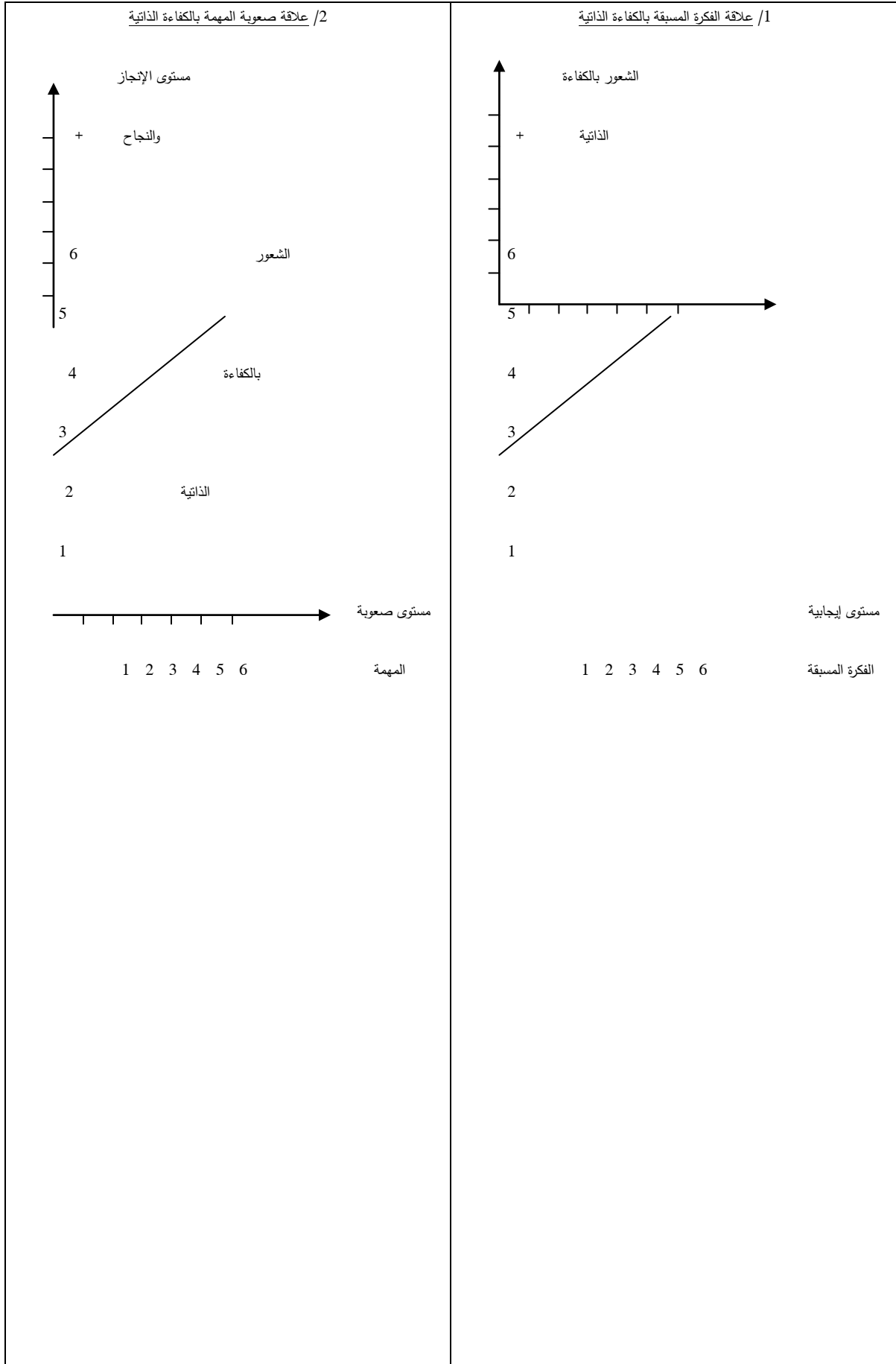
ومع أن النجاح عادة ما يرفع اعتقادات أو إدراكات الكفاءة الذاتية، كما أن الفشل المتكرر يؤدي إلى خفضها، وفي مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفاعلية من خلال نشاطهم اليومي، حيث أن الأفراد الذين تتقصم مثل القدرة على مزاوله نشاط معين، يميلون إلى الشعور بالإحساس بالفاعلية بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منتظمة ولبعض الوقت، والأشخاص الذين يحافظون مثلاً على وزن عادي أو سليم لهم القدرة على امتلاك إحساس قوي بالفاعلية نظراً لقدرتهم على ممارسة العادات

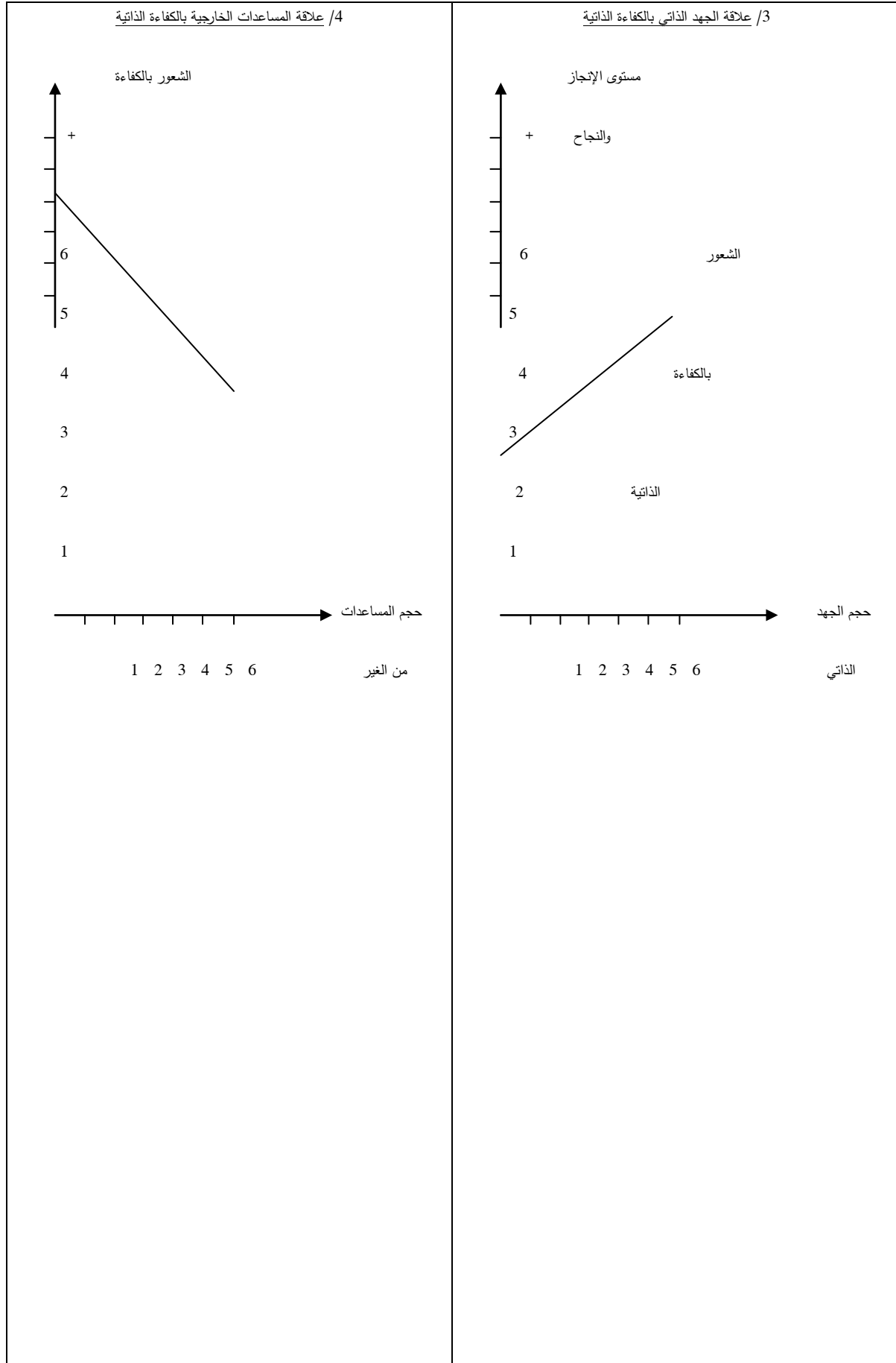
الغذائية السليمة بصفة مستمرة. وعليه تعتبر الإنجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات ذات صلة بالفاعلية (عثمان يخلف, 2001, ص 105), إلا أن أثر الإنجاز والأداء الإنجازي على اعتقادات أو إدراكات

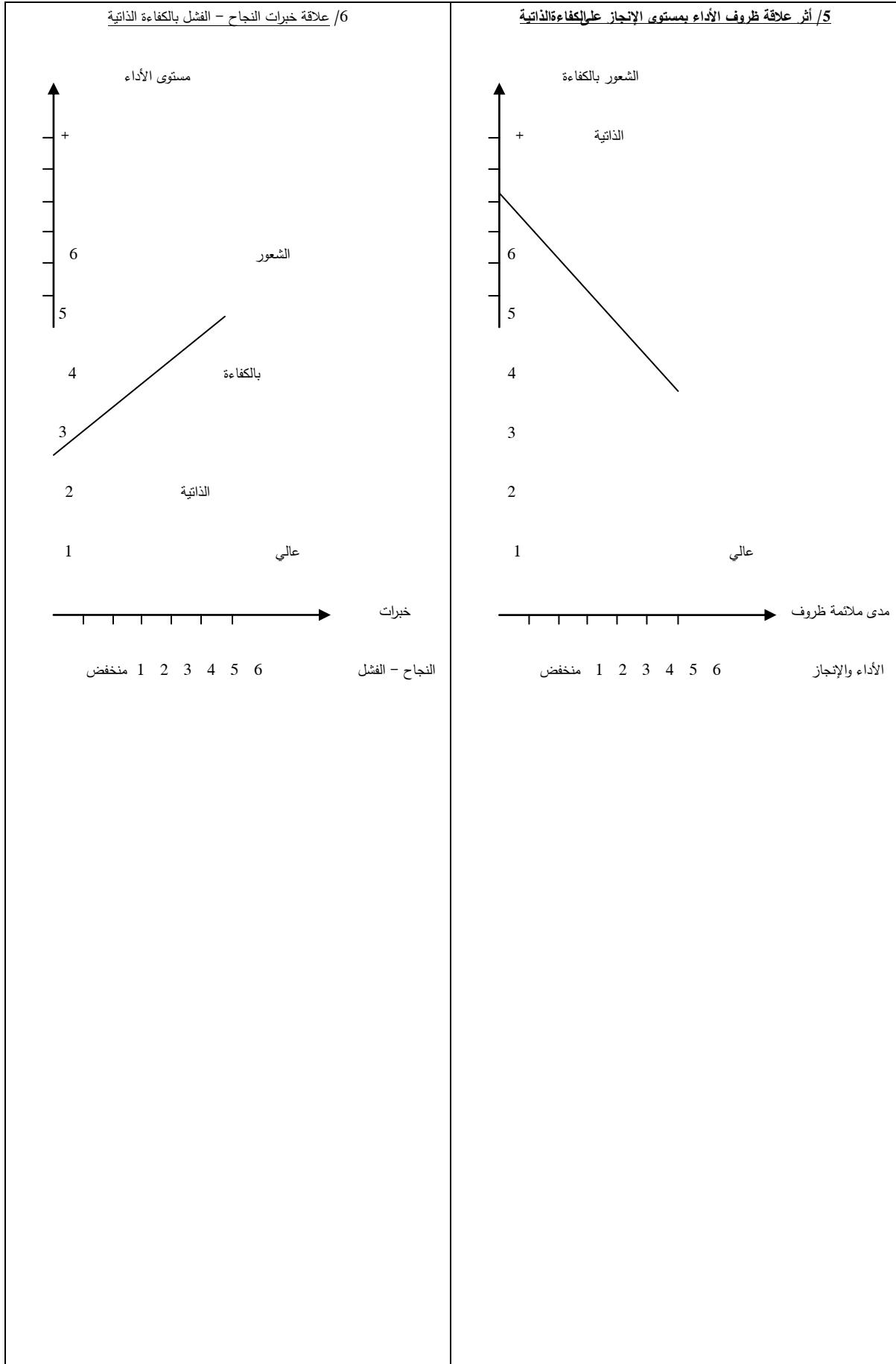
الكفاءة الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات وقيمتها المدركة ومدى تقدير المجتمع والأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات (فتحي محمد الزيات, 2001, ص 511), ويتوقف المدى المحدد لاستقرار حسن أو وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه لإنجازات على المحددات التالية:

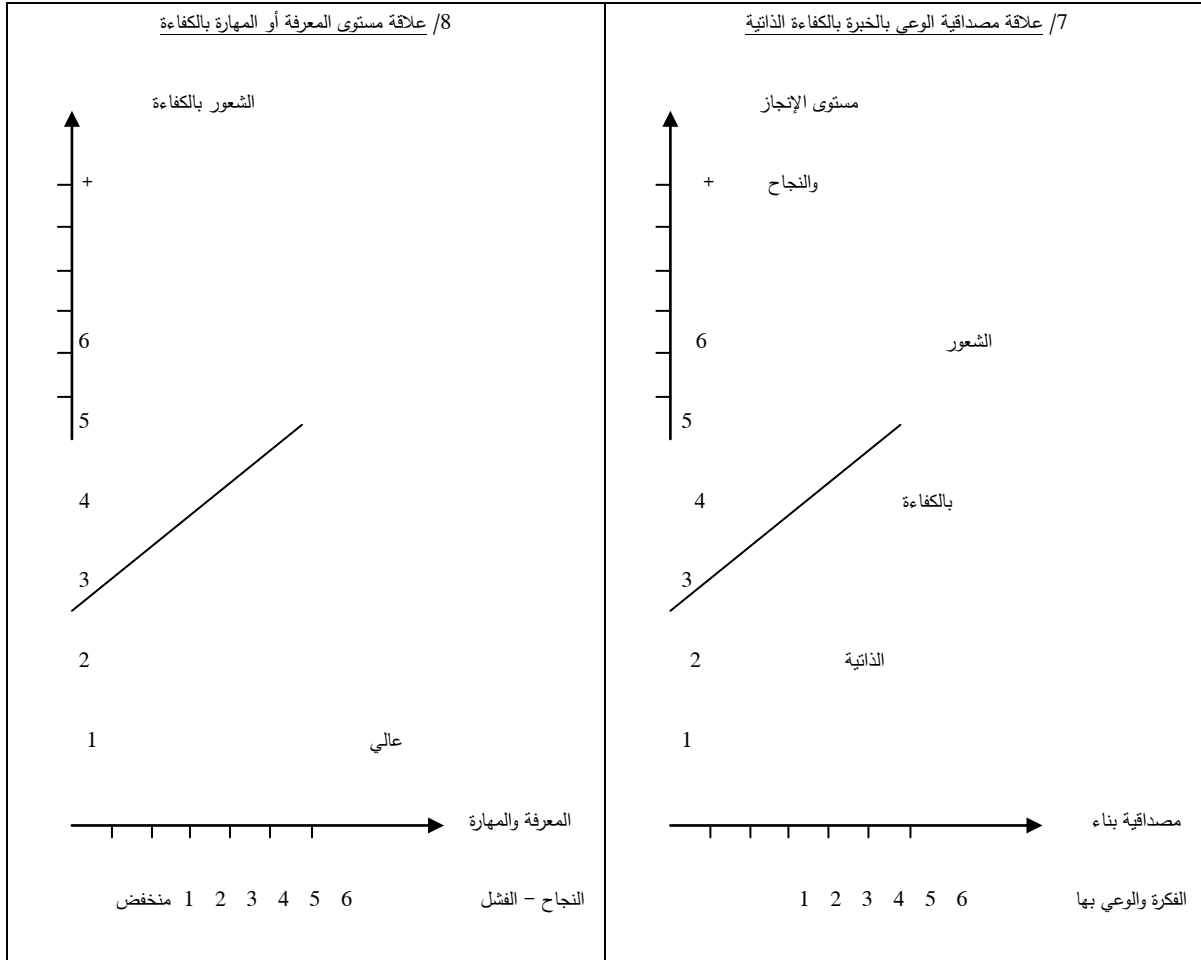
- فكرته المسبقة عن إمكاناته وقدراته ومعلوماته.
- إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف.
- الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف.
- حجم أو كم المساعدات الخارجية.
- الظروف التي خلالها يتم الأداء أو الإنجاز.
- الخبرات المباشرة السابقة للنجاح أو الفشل.
- أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها، وإعادة تشكيلها في الذاكرة.
- الأبنية القائمة للمعرفة والخصائص التي تميزها.

ويمكن تمثيل العلاقة التي تحكم الحس أو وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال هذه المحددات بيانيا على النحو التالي:









شكل رقم 05: يوضح علاقة بعض المحددات بالكفاءة الذاتية

تعليق عام على الرسم البياني:

- **الفكرة المسبقة:** كلما مالت الفكرة المسبقة عن إمكانات الفرد وقدراته ومعلوماته نحو الايجابية، كلما كان

شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية أكبر (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 515-516).

- **صعوبة المهام:** كلما كان انجاز الفرد أو مستوى أدائه لمهام أكثر صعوبة غالباً، كلما كان شعوره بارتفاع

مستوى كفاءته الذاتية أكبر، والعكس بمعنى أنه كلما مالت المهام أو المشكلات إلى السهولة كلما كان شعوره

بمستوى كفاءته الذاتية أقل.

- **الجهد الذاتي:** كلما كان مستوى أداء أو إنجاز الفرد قائماً على الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف

أكبر، وعبر مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف، كلما كان شعوره بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لديه

أكبر وهؤلاء الأشخاص يوصفون بأنهم ذوي كفاءة ذاتية عالية، وهم أكثر اصرارا عند مواجهة ما يعيق

تقدمهم ونجاحهم (معاوية محمود ابو غزال واخرون، 2010، ص290)

- **المساعدات الخارجية:** كلما كان حجم ونوع المساعدات الخارجية التي يتلقاها الفرد خلال أدائه للمهام والأنشطة أكبر كلما تضاعف شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية.

- **ظروف الأداء:** كلما كان مستوى الإنجاز أو الأداء أعلى في ظل ظروف أقل إيجابية أو ضاغطة كلما كان شعور الفرد بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية أعلى، ومعنى ذلك أن الأفراد الذين يحققون إنجازا ملموسا، رغم ظروفهم الصعبة، يكون إحساسهم بذواتهم أفضل وشعورهم بقوة كفاءتهم الذاتية أعلى.

- **خبرات النجاح والفشل:** إن تكرار خبرات النجاح عبر مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية، كما أن تكرار خبرات الفشل عبر مدى واسع ومتنوع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، (احمد العلوان ورنده المحاسنة، 2011، ص400).

- **مصادقية بناء الخبرة والوعي بها:** تؤثر مصادقية بناء الخبرة والوعي بها في ظل تكرار خبرات الإنجاز أو ارتفاع مستوى الأداء على الشعور بالكفاءة الذاتية للفرد تأثيرا إيجابيا، فيزيد الشعور بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية مع تزايد درجة المصادقية ويقل كلما استند بناء الخبرة والوعي بها على عوامل أو محددات زائفة أو أقل مصادقية.

- **طبيعة ومستوى المعرفة والمهارة:** تؤثر طبيعة ومستوى المعرفة والمهارة التي يمتلكها الفرد على شعوره بكفاءته الذاتية فيزيد شعوره بارتفاع مستوى كفاءته الذاتية بزيادة مستوى المعرفة والمهارة الذاتيتين لديه، ويقل هذا الشعور بانخفاض مستواه ومعنى ذلك أن المعرفة والمهارة الذاتيتين من العوامل القوية المدعمة للشعور بالكفاءة الذاتية.

2- النمذجة أو الخبرات البديلة:

يرى باندورا ان تقدير الذات يتأثر بالخبرات البديلة والتي يقصد بها اكتساب الخبرة من رؤية الآخرين المشابهين وهم يؤدون الأنشطة بنجاح (النماذج الاجتماعية) (كمال النشاوي، 2006، ص 475)

فعادة ما يميل الفرد إلى ملاحظة غيره من الناس لكي يستفيد من خبراتهم وإنجازاتهم، لأن ملاحظة الآخرين وتقليدهم وخاصة النماذج الإيجابية منهم يعلمنا مهارات مفيدة وينقل إلينا الإحساس بالفاعلية على أننا قادرون على تحقيق ممارسات ناجحة مثلهم، وهكذا فحسب مبدأ النمذجة فإن الناس يعرفون قدراتهم من خلال مقارنتهم بغيرهم من الناس.

وإن نجاح الآخرين وخبراتهم الناجحة تعتبر كلها مصدر تنمية للفاعلية الذاتية وعلى سبيل المثال فقد يشعر شخص ما بإحساس متزايد بفاعلية الذات فيما يخص قدرته على مزاوله برنامج نشط معين على مدى شهور إذا رأى صديق له يتمتع بإمكانية مماثلة بأنه قد ينجح في ذلك، وفي نفس الوقت فشل الآخرين في الأداء قد يقلل من فاعلية الذات بدرجة كبيرة (Albert Bandura 1994, p31).

3- الإقناع الاجتماعي:

الإقناع الاجتماعي يعزز الإحساس بالكفاءة الذاتية إذ يتم اقناع الافراد بأنهم يمتلكون مقومات النجاح لتنفيذ الأنشطة المطلوبة (سامي عيسى حسونة، 2009، ص 127) حيث يعتمد الناس في هذا الشأن على آراء الآخرين و انطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشأن قدرتهم على تحقيق إنجازات هامة في حياتهم (Albert Bandura, 1999, p4).

وتؤثر تقويمات التغذية المرتدة الإيجابية للإمكانيات الشخصية بالارتفاع على مستوى الكفاءة الذاتية، كما يؤثر السياق الاجتماعي والإطار الثقافي الحاضن المدعم لدور الجهد الذاتي للفرد على تنمية اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد.

وفي هذا الإطار يتجه الأفراد مدفوعين إلى تجنب فقد أو إضاعة إمكانات أو قدرات الحاضر أكثر مما يكونون مدفوعين إلى الاحتفاظ بهذه الإمكانيات أو القدرات أو تأمينها لتحقيق مكاسب مستقبلية من خلالها (فتحي محمد الزيات, 2001، ص 516).

4- الحالة الفسيولوجية:

تؤثر البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تأثيرا عاما أو معمما على الكفاءة الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية والحسية والعصبية لدى الفرد، وعلى هذا فهناك 3 أساليب رئيسية لزيادة أو تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية وهي:

1- تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية.

2- تخفيض مستويات الضغط والنزاعات والميول الانفعالية السالبة.

3- تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعتري الجسم.

كما تؤثر الحالات المزاجية على الانتباه، وعلى تفسير الفرد للأحداث وإدراكها، وتنظيمها وتخزينها، واسترجاعها من الذاكرة، وبصورة عامة تؤثر الحالة المزاجية الانفعالية أو الدافعية على إدراك الفرد لكفاءته أو فاعليته الذاتية وعلى الأحكام التي يصدرها (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 517).

حيث يكون تقييم الفرد ايجابيا إذا كان في حالة انفعالية او مزاجية جيدة، بينما يكون تقييمه سلبيا إذا كان في حالة مزاجية سيئة، ويرى كل من (MICHEL AND WRIGHT) ان للحالة الانفعالية تأثير في درجة فاعلية الذات المدركة والمستمدة من خبرات النجاح والفشل المستمرة، كما ان قوة الانفعال غالبا ما تخفض درجة الفاعلية، (إيلي المزروع، 2007، ص72)

سادسا: تأثير اعتقادات أو ادراكات الفرد على الكفاءة الذاتية

يرى باندورا (Bandura) أن الاعتقادات أو الإدراكات عن الكفاءة الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي هي:

1- اختيار السلوك:

تؤثر الإدراكات المتعلقة بالكفاءة الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه ويبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة والثقة والانجاز، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك، وتشير القياسات المتكررة للعلاقة بين الكفاءة أو الفاعلية الذاتية والنتائج المتوقعة والمعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية ودالة بينهما (فتحي محمد الزيات, 2001, ص 504).

حتى الأفراد الذين لديهم إدراكات بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية لديهم، مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم، يتصرفون ويمارسون في ضوء إحساسهم لمستوى كفاءة أو فاعلية الذات لديهم، وربما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة.

والأفراد الذين لديهم إدراكات بانخفاض مستوى الكفاءة أو الفاعلية 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، وفي هذا الإطار يستطرد "باندورا" أن الكفاءة أو الفاعلية الذاتية تشكل المحدد الأساسي للسلوك وهي ذات قيمة تنبؤية به، تفوق نتائجها المتوقعة (أي سلوك) ، كما أن قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من لمعرفة والمهارة التي يملكها الفرد (فتحي محمد الزيات, 2001, ص 505).

وعلى ذلك فإن تقيمتنا لإمكاناتنا أو قدراتنا الذاتية أو إدراكنا لكفاءة أو فاعلية الذات يمثل المحدد الأساسي الذي يحكم المعرفة والمهارات التي نسعى إلى اكتسابها، وكذا النتائج التي نتوقعها، ومن ثم فإن الكفاءة أو الفاعلية الذاتية هي محدد قوي للاختبارات التي يقوم بها الأفراد.

2- كم ومعدل الجهد:

تحدد الاعتقادات عن الكفاءة الذاتية كم ومعدل الجهد الذي يبذله الناس، ومدى حرصهم على مواصلة أو مثابرتهم في أداء النشاط المستهدف (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 505).

فالأشخاص الذين لديهم إدراكات عالية بقوة الكفاءة أو الفاعلية يبذلون جهود أكبر ويحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط والمثابرة.

وهذه الوظيفة لإدراكات أو اعتقادات الكفاءة أو الفاعلية الذاتية للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى الكفاءة أو الفاعلية الذاتية، يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء، الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الكفاءة أو الفاعلية الذاتية.

3- أنماط التفكير وردود الأفعال:

تحدد اعتقادات أو إدراكات الفرد لكفاءة أو فاعلية الذات لديه أنماط من التفكير وردود

الأفعال الانفعالية، فقد وجد collins 1986 أن الإحساس بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية يشكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل ونتيجته، فيميل ذوو الإحساس بقوة الكفاءة أو الفاعلية الذاتية إلى إعزاء أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته، وهذا الإعزاء أو التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح، بينما يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة (فتحي محمد الزيات: 2001، ص 506).

4-الفرد منتج للسلوك:

يبدو تأثير اعتقاد أو إدراكات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجاً للسلوك أكثر منه متنبأً به ومؤدى هذا الافتراض ببساطة:

- أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء.
- أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل.

وعلى ذلك فإن إدراكاتنا عن الكفاءة الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر وكيف نشعر وكيف نسلك أو نتصرف.

والجدير بالاهتمام هنا هي أن اعتقادات أو ادراكات الفرد حول الكفاءة أو الفاعلية الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب، ولكنه يستخدم هذه الإدراكات أو الاعتقادات بشكل إيجابي نشط وملمس كي يسلك أو يستجيب من خلالها، وهو ما أشار إليه Bandura 1977 بمفهوم مبدأ الحتمية التبادلية أو التبادلية الحتمية.

سابعاً: مقارنة بين كفاءة أو فاعلية الذات العالية والمتدنية

يمكن التمييز بين الكفاءة الذاتية المتدنية والعالية عند ملاحظة الخصائص وفق أربعة عناصر وهي:

العمليات المعرفية، الدافعية، العمليات الانفعالية، عمليات الاختيار (يوسف قطامي، 2004: ص ص 186, 187, 188).

1 العمليات المعرفية Cognitive processes

جدول رقم 01: يوضح العمليات المعرفية لكفاءة الذات العالية والمتدنية

الفاعلية الذاتية التدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ أهداف غير واضحة ومشكك بها.	1/ أهداف واقعية، مفهومة وواضحة وقابلة للتحقق، ويظهر التزاما بها.
2/ يطور حوارات ذاتية فاشلة وخاطئة حول أهدافه.	2/ يطور حوارات ذاتية ناجحة حول أهدافه.
3/ يفشل السيطرة على الأحداث.	3/ يسيطر على الأحداث المؤثرة في حياته وخاصة الغامضة
4/ أكثر شكا وشرودا، متدن الطموح والأداء.	4/ تفكير تحليلي يساعدهم على تحدي أدائهم لتلبية طموح عالي، ويواجه العوائق والصعوبات.
5/ يتشككون في إمكانية مواجهة الصعاب والمعيقات عند تحقيق أهدافهم.	5/ يتخيلون أنهم يحققون أهدافهم.

2-الدافعية Motivation

جدول رقم 02: يوضح الدافعية لكل من كفاءة الذات العالية والمتدنية

الفاعلية الذاتية المتدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ يبذلون جهدا متدنيا لتحقيق الأهداف.	1/ يبذلون جهدا عاليا لتحقيق الأهداف.
2/ لديهم أفكار متدنية عن قدراتهم مما يجعلهم يفشلون.	2/ لديهم أفكار عالية عن قدرتهم مما يجعلهم يبذلون جهودا كبيرة.
3/ مثابرة متدنية.	3/ مثابرون بدرجة كبيرة.
4/ مصادر أهدافهم وواقعتهم خارجية.	4/ مصادر أهدافهم ودافعتهم داخلية.
5/ يشكون بقدراتهم ويفشلون في بذل الجهد المناسب.	5/ لديهم قناعة ذاتية بالقدرة وبذل الجهد المناسب.
6/ يواجهون إحباطا في مواجهة المواقف الصعبة.	6/ الدوافع تعمل على تعزيز قدراتهم في مواجهة أهداف صعبة التحقيق.
7/ تدهور إمكانياتهم في ممارستهم للتدريب الذاتي.	7/ يستفيدون بدرجة عالية من مواقف التدريب الذاتي.

3- العمليات الانفعالية Affective processes

جدول رقم 03: يوضح العمليات الانفعالية لكل من كفاءة الذات العالية والامتدنية

الفاعلية الذاتية المتدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ تدني إمكانات استفادتهم من التدريب.	1/ يتدربون في السيطرة على التهديدات.
2/ تزداد لديهم درجات القلق.	2/ تدني لديهم درجة القلق.
3/ تتدنى إمكانية استفادتهم من درجات ضبط ذاتهم.	3/ يتدربون على ضبط أنفسهم بدرجة عالية.
4/ البيئة مصدر خطر وتهديد.	4/ ظروف مناسبة ويمكن السيطرة على متغيراتها.
5/ يعمل الإحباط على إفساد مستوى أدائه الوظيفي ومعاناته للتهديد.	5/ يواجهون الإحباط بفاعلية ويتفوقون على مصادرها.
6/ يفشل في مواجهة المخاوف البيئية المحيطة.	6/ يوفريئة يسيطر فيها على المخاوف المحبطة.
7/ يطور عزله بسبب فشله في مواجهة أحداث البيئة.	7/ يتفاعل مع الآخرين ويتجاوز الصعوبات البيئية.
8/ يطور اضطرابات جسدية من مثل الضغط ونقص المناعة وسرعة تطور أعراض المرض بسبب الإحباط وعدم القدرة السيطرة.	8/ يطور استراتيجيات نحو قدرته على السيطرة على الإمكانيات البيئية بالثقة بنفسه وضمان مواجهة ما يصادف، وهو متكيف سوي.

4 - عمليات الاختبار Chosingprocesses

جدول رقم 04: يوضح عمليات الاختبار بين كل من كفاءة الذات العالية والمتدنية

الفاعلية الذاتية التدنية	الفاعلية الذاتية العالية
1/ سلوكه استجابة للمتغيرات البيئية ويصعب عليه مواجهتها.	1/ سلوكه نتاج لتفاعل عملياته الذهنية الداخلية وخصائص المتغيرات البيئية.
2/ يشعر أن المواقف تتجاوز قدرته.	2/ يختار نشاطات مناسبة ويستطيع استثارة قدراته لتحقيق ما يريد.
3/ يفشل في مواجهة التحديات ويفتقر إلى مهارة الاختيار.	3/ ينجح في مواجهة التحديات ولديه مهارة في الاختيار.
4/ تضطرب اختياراته المهنية.	4/ يختار مهنة مناسبة.
5/ لديه مدى حدود من مجال الاختيار المهني.	5/ لديه مدى واسع لاختيار المهنة المناسبة.

الفصل الرابع:

السلوك الصحي

أولاً: لمحة تاريخية عن السلوك الصحي

ثانياً: مفهوم السلوك الصحي

ثالثاً: ابعاد السلوك الصحي

رابعاً: العوامل المؤثرة في السلوك الصحي

خامساً: النظريات المفسرة للسلوك الصحي

1 نمحة تاريخية عن السلوك الصحي:

إن تبلور مفهوم السلوك الصحي بمختلف أبعاده الايجابية والسلبية والنظر إليه ك جملة من الأبعاد تتجمع ضمن فئة واحدة تسمى أسلوب الحياة الصحي يعود في أساسه العلمي إلى دراسة مقاطعة الاميدا، وركزت هذه الدراسة على التعرف على تأثير أسلوب الحياة الشخصي على كل من الصحة الجسمية والمرض.

في عام 1965 قام عدد من الباحثين هم Bereslou و Belloc و Hockstim و Syme و Borkman، قاموا بدراسة الجمهور العام من الراشدين القاطنين لمقاطعة الأميدا بولاية كاليفورنيا الأمريكية حيث بلغ عددهم 6928 فردا، وتم استخدام اختبار يتكون من 23 صفحة تغطي بنوده جميع الممارسات الشخصية الصحية للفرد، كما يتضمن أسئلة أخرى عن الحالة الطبية للفرد، والأعراض والاضطرابات وحياة الأسرة، والنشاطات الاجتماعية، والتاريخ الأسري، والتعليم والدخل والاتجاهات والتوقعات كما عنيت الدراسة بمتابعة هؤلاء الأفراد لعدة سنوات تالية (أميرة محمد الدق، 2011، ص55).

كما تضمن الاختبار عدد من الممارسات الصحية هي: 1-النوم لفترة تتراوح ما بين 7-8 ساعات نوم يوميا 2-تناول وجبة الإفطار كل صباح 3-عدم تناول أطعمة بين الوجبات الأساسية 4-المحافظة على الوزن من الزيادة 5-عدم تدخين السجائر 6-الاعتدال في شرب الكحوليات أو عدم شربها مطلقا 7-ممارسة التمرين الرياضية بانتظام.

بتحليل البيانات الأساسية التي تم جمعها في 1965 وجد هؤلاء الباحثون أن الأفراد الذين اهتموا بتلك الممارسات الصحية السبعة أو بمعظمها كانت صحتهم عام أفضل ممن لم يتبعوا هذه الممارسات أو اتبعوا قليلا منها، وبمتابعة هذه العينة لمدة 5 سنوات ونصف أي حتى أواخر عام 1970 وجدوا أن عدد الوفيات في هذه العينة بلغ 371 فردا تراوحت أعمارهم بين 40 - 80 عام، وبمراجعة نتائج الدراسة التي تم التوصل

إليها في عام 1965 قام الباحثان بعمل علاقة ارتباطية بين معدل الوفيات الذي ظهر عام 1970 وأعمار هؤلاء الأفراد وعدد الممارسات التي كانوا يمارسونها - كما ظهرت عام 1965 - ووجدوا أن أقل هؤلاء الأفراد ممارسة للسلوكيات الصحية كان لديهم احتمال أكبر للوفاة خلال 5 سنوات والنصف التالية لعام 1965.

وفي متابعة أخرى أجريت دراسة عام 1973 شملت 4864 فردا من 6928 فحصوا عام 1965 وجد "بريبسلوا" و "إنستروم" فائدة أخرى لتأثير هذه الممارسات الصحية السبعة في خفض معدل الوفيات، حيث أن المتابعة بعد تسع سنوات ونصف وجدت أن الرجال الذين اشتغلوا بعدد من الممارسات يتراوح بين 0 و3 ممارسات فقط من 7، وبالنسبة للسيدات فقد كان معدل الوفيات بين اللاتي اتبعن الممارسات السبعة كلها 43% وهذا المعدل كان أقل مرتين منه لدى السيدات اللاتي اتبعن عددا من الممارسات يتراوح بين 0 و3 ممارسات فقط (أميرة محمد الدق، 2011، ص56).

وقد أثارت هذه الدراسة وعدد قليل من الدراسات كثيرا من الباحثين في الميدان فأجروا دراساتهم بعد ذلك بهدف اكتشاف العوامل الفردية المنذرة، التي تقف خلف أمراض معينة، وتقوم مقام الأسباب ومن ثم بدأ التفكير في مفهوم السلوك الصحي كتكوين واسع له مكونات وأبعاد متعددة لم يدرسوا منها منذ الستينات المبكرة من القرن 20 إلا عادات سلوكية سيئة مثل تدخين السجائر والشراب المكثف للمسكرات، حيث تبين أنها تنذر بالإصابة بأمراض عديدة صحية بدنية ونفسية كالأورام السرطانية، والاكنتئاب، والأرق وغيرها ومنذ ظهور دراسات تناولت بعض مكونات السلوك الصحي وأبعاده، بدأت أعداد الدراسات تتزايد، وتتناول مكونات وأبعاد أخرى له في علاقتها بالصحة والمرض وبالموت المفاجئ (أميرة محمد الدق، 2011 ص 57).

ثانيا: مفهوم السلوك الصحي:

لقد تفتن الإنسان منذ القدم إلى الدور الذي قد تلعبه عادات الحياة السليمة، كذلك التي تتعلق بالنظم وقت تناول الطعام والنوم وممارسة الرياضة والقيام بالنشاط البدني في الصحة الشخصية، وتكاد تؤكد جميع البحوث العلمية الحديثة التي تناولت العلاقة بين السلوك والصحة، صحة هذه الفرضية القديمة، حيث يركز منظري العلوم الصحية والبيو طبية على دور العوامل السلوكية في حدوث الأمراض المزمنة وانتشارها في المجتمعات الإنسانية (عثمان يخلف، ص 20، 2001). وفيما يلي سنشير إلى مفهوم السلوكيات الصحية أو السلوك الصحي:

- **جوشمان 1982 Gochman**: السلوك الصحي بوصفه الصفات الشخصية المميزة مثل المعتقدات أو التوقعات والحوافز والقيم والإدراكات وعناصر معرفية أخرى وتتضمن الصفات المميزة للشخصيتين حالات وسميات مؤثرة وانفعالية وأنماط السلوك الظاهرية والأفعال والعادات المرتبطة بالمحافظة على الصحة وتحسينها والشفاء من المرض (Karen Glanz. Barbara K, et autres:, page 12)

- **نولدنر (Noeldner 1989)**: يشير إلى ان المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد.

- فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية.

- **سرافينو (1994)**: يشير إلى أن مفهوم السلوك الصحي "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة" (عثمان يخلف، 2001 ص 20).

- ويعرف كل من كازل وكوب **Kasl & Cobb (1995)** السلوك الصحي بأنه أي نشاط يقوم بأدائه الفرد

الذي يعتقد في نفسه أنه معافى صحياً، بهدف الوقاية من الأمراض أو الكشف عن أعراض المرض في

مراحله المبكرة (مايسة محمد شكري، 1999، ص 563)، وتعريف السلوك الصحي على هذا النحو يشير

إلى أن هذه السلوكيات تكون موجهة نحو تحقيق هدف هو تجنب اعتلال الصحة والإصابة بالمرض.

- ويعرف نورمان (Narman 1996): بأنه كل نشاط نقوم به ويهدف إلى لوقاية من المرض أو اكتشافه

لأجل تنمية صحتنا ورفاهيتنا (زعطوط رمضان، 2005، ص 23).

- كما يعرف الصبوة: السلوك الصحي الايجابي بوصفها تلك الأفعال أو النشاطات المنتظمة المقصودة أو

غير المقصودة، التي يمارسها الأفراد أو الفرد الواحد بمساعدته في الوقاية من الإصابة بالمرض أو تمنعه

من الأذى والضرر البدني و النفسي أو تجعله يقلع عن الانحراف والشذوذ، وتساعده في الاكتشاف

المبكر للمرض والعجز والميل الشاذ، أو تساعده في التخفيف من المعانات والمرض، بحيث يتم تحسين

الحالة الصحية البدنية والنفسية وتقليل الانحراف والشذوذ والقضاء عليه، وتحميه من المخاطرة التي من

شأنها إحداث ضرر وأذى بدني أو نفسي أو كليهما، ومن الاستهداف للانحراف والشذوذ السلبي، وبالتالي

فإن معكوس هذه الأفعال والتصرفات تمثل السلوك الصحي السلبي (أميرة محمد الدق، 2011، ص

58).

-وترى تايلور **Taylor**: إلى أن السلوكيات الصحية هي السلوكات التي يتخذها الأفراد لدعم صحتهم

والحفاظ عليها وتضيف "تايلور" أن السلوكيات الصحية السلبية مهمة أيضا ليس فقط لأنها متضمنة في

المرض ولكن أيضا لأنه من السهل أن تصبح عادات صحية سليمة وفي هذا الصدد تفرق "تايلور" بين

السلوك الصحي والعادة الصحية (أميرة محمد الدق، 2011، ص 58) وتعرف العادة الصحية بوصفها

سلوكا مرتبطا بالصحة يتم ترسخه بشكل مستقر، وعادة ما يتشكل تلقائيا دون وعي، وغالبا ما تنمو هذه

العادات في الطفولة وتبدأ في الثبات عند عمر 11 أو 12 سنة تقريبا، مثل غسيل الأسنان، والنظام الغذائي

الصحي، وعلى الرغم من أن العادة الصحية قد تنمو في البداية بسبب دعمها بمدعمات إيجابية مثل إحسان الوالدين لها، فإن استقرارها بشكل نهائي ينتج عن عمليات الدعم من قبل البيئة الاجتماعية وبناء على ذلك فإنه من الصعب جدا تغيير العادة الصحية وكنتيجة لذلك، فإن التدخلات لتعديل العادة الصحية يجب أن يركز على صغار السن (أمير محمد الدق، 2011، ص 59).

- كما يعرف السلوك الصحي على انه التصرف الصحي السليم للأفراد في المواقف الصحية المختلفة فيما يتعلق بصحتهم الشخصية وصحة المجتمع ككل. ويشير تروشكه وآخرون (Troscke et al. 1985) إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي وهي: (سامر جميل رضون، 2001)
- 1 -العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات الاجتماعية إلخ).
 - 2 -العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي... إلخ).
 - 3 -العوامل الاجتماعية الثقافية على مستوى البلديات (العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية... إلخ).
 - 4 -العوامل الثقافية والاجتماعية (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية... إلخ).
 - 5 -عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية... إلخ). (عويد المشعان وآخرون، 1999، ص104).

فالسلوك الصحي هو مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية عند الفرد (مازن أحمد ، وآخرون، 2008، ص 89).

ثالثاً: أبعاد السلوك الصحي

يتضمن السلوك الصحي ثلاثة أبعاد أساسية (Sarafimo 1994):

1- **البعد الوقائي Illness prevention**: ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الإنسان

من خطر الإصابة بالمرض كالحصول على التلقيح ضد مرض معين مثلاً أو مراجعة الطبيب بانتظام

لإجراء فحوص دورية (عثمان يخلف، 2011، ص 20).

2- **بعد الحفاظ على الصحة Health Maintenance**: يشير إلى الممارسات الصحية التي من شأنها

أن تحافظ على صحة الفرد كالإقبال الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوكيات صحية أخرى منصوص بها.

3- **بعد الارتقاء بالصحة Health Promotion**: يشمل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تعمل على

تتمية الصحة والارتقاء بها إلى أعلى مستويات ممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل

منتظم ودائم

رابعاً-العوامل المؤثرة في السلوك الصحي:

السلوك الصحي مثله مثل السلوكيات الأخرى يكسب نتيجة لتعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء

عملية التنشئة الاجتماعية، وذلك من خلال النمذجة Medeling وتقليد العادات الصحية للأصدقاء والأقارب

وكذلك من خلال آليات الملاحظة الاجتماعية، كما أن السلوك الصحي يخضع لتأثيرات داخلية وخارجية

ولعل أهم العوامل المؤثرة فيه هي عوامل الشخصية، فقد عكست هذه العلاقة الوطيدة بين عوامل الشخصية

دراسة علمية أجراها كل من عثمان يخلف وعدنان فرح ويوسف عبد الله (1998). في جامعة قطر (عثمان

يخلف، 2011، ص 21) على عينة تكونت من 253 طالباً والطالبة الجامعية وكانت أهداف الدراسة

الأساسية تتمثل في:

- تحديد السلوك الصحي من ناحية أبعاد ومؤشرات هذه الأبعاد.

- تحديد مدى انتشار السلوك الصحي لدى عينة البحث.

- تحديد متغيرات الشخصية المرتبطة بأبعاد السلوك الصحي.

- تحديد مستوى الوعي الصحي العام الذي يتمتع به طلاب وطالبات جامعة قطر.

ولقد توصل الباحثون إلى نتائج تعكس بكل وضوح وجود علاقة وثيقة بين الشخصية والسلوك الصحي

إضافة إلى عامل الشخصية هناك عوامل أخرى مساهمة أو تؤثر في الممارسات السلوكية الصحية وهي:

1-العوامل الديموغرافية: تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديموغرافية فالأشخاص الأصغر سنا

والأكثر ثراء وتعلما والأقل عرضة للضغط والأكثر حصولا على المساعدة الاجتماعية يمارسون عادات

صحية جيدة، أكثر من أولئك الأشخاص الذين يعرضون لمستويات أعلى من الضغط ولديهم إمكانيات أقل،

ومثل هؤلاء الأشخاص هم من ينتمون إلى مستويات متدنية (شيلي تايلور، 2008، ص 126)

2-العمر: يتغير سلوك الفرد الصحي مع تقدم العمر، وعموما فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة

الطفولة، وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب، ثم تعود تتحسن ثانية في الأعمار المتقدمة.

3-القيم: للقيم التي يتبناها الأشخاص تأثير على العادات الصحية التي يمارسونها، فعلى سبيل المثال، يعد

النشاط الرياضي وممارسة التمارين الرياضية من قبل النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات ولكنهما

لا يعدان كذلك في ثقافات أخرى، مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف

النشاطات (شيلي تايلور، 2008، ص 127).

4- الضبط الذاتي: إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي، يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على

سلوكه، له دورة تقدير العادات الصحية التي يتبعها، فعلى سبيل المثال، وضحت الأبحاث التي قام بإجرائها

"ولستون" "Walston" ورفاقه، مستخدمين مقياس موقع الضبط الصحي في تحديد المدى الذي وفقه يعد

الأشخاص أنفسهم قادرين على التحكم بوضعهم الصحي، أو يرون أن وضعهم الصحي يتقرر بفعل تحكم الآخرين المعتقدين، أو تقرر عوامل المصادقة بشكل رئيسي، كشفوا بأن الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية، تكون لديهم قابلية أكثر لممارسة العادات الصحية الجيدة من أولئك الذين يعتقدون أنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي.

5-المؤثرات الاجتماعية: ويمكن أن تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير العادات الصحية التي يتبعها

الفرد، فالأسرة والأصدقاء والزملاء في مكان العمل يمكن أن يؤثرها جميعا فيتقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، وأحيانا يكون هذا التأثير بالاتجاه الإيجابي وفي حالات أخرى يكون بالاتجاه السلبي، فالضغوط التي يمارسها الرفاق على سبيل المثال غالبا ما تقود إلى تعلم المراهقين التدخين، ولكن الضغوط الاجتماعية قد تؤدي إلى ترك عادة التدخين في سن الرشد (شيلي تايلور، 2008، ص 127).

6-الأهداف الشخصية: ترتبط العادات الصحية والاجتماعية ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية، فإذا كان

تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا بالنسبة للفرد فإنه يكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة على أساس منتظم، مما لو لم تشكل اللياقة البدنية هدفا ذاتيا بالنسبة له.

7-الأعراض المدركة: يحدث التحكم في بعض العادات الصحية بسبب وجود بعض الأعراض التي تدعو

إلى إتباع عادات صحية معينة، فقد يتحكم المدخنون بتدخينهم بسبب الحساسية التي يسببها لهم التدخين، فالمدخن الذي يعاني من السعال في الصباح ومن آلام الحلق، قد يتوقف على التدخين بسبب اعتقاده أن التدخين هو السبب في ت تعرضه للمشاكل الصحية التي يعاني منها في تلك الفترة (شيلي تايلور، 2008، ص128).

8-العوامل المعرفية: إن ممارسة السلوكيات الصحية ترتبط بالعوامل المعرفية، مثلا الاعتقاد بأن ممارسات

صحية معينة ضرورية أو إحساس الشخص بأنه يصبح عرضة للإصابة بأمراض خطيرة إذا لم يمارس

سلوكيات معينة.

9- إمكانيات الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية: إن سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم

الرعاية الصحية، يؤثر في الممارسات الصحية التي يتبعها الفرد، فإجراء الفحوصات الطبية المنتظمة للكشف

المبكر عن أمراض السل، والتصوير الطبقي للثدي وتطعيم الأطفال الصغار من الأمراض المعدية، مثل

شلل الأطفال هي أمثلة على السلوكيات التي ترتبط بشكل مباشر، بالمؤسسات المسؤولة عن تقديم الرعاية

الصحية، وهناك أنماط سلوكية أخرى مثل: فقدان الوزن والتوقف عن التدخين، قد يتم تشجيعها بطريقة غير

مباشرة من مؤسسات الرعاية الصحية نظرا لأن كثير من الناس يتلقون من أطبائهم إرشادات ونصائح ترتبط

بأسلوب حياتهم.

خامسا: النظريات المفسرة للسلوك الصحي

1. نموذج المعتقدات (القناعات) الصحية: يعد نموذج المعتقدات الصحية أول نموذج ظهر ليشرح السلوك

الصحي، كما يعد أكثر نماذج السلوك الصحي استخداما، وكما هو واضح من اسم النموذج فإنه يركز على

تأثير العمليات المعرفية (المعتقدات) على السلوك (Kaplan, Sallis and Patterson, 1993)

P2,)

وقد بدأ هذا النموذج في الظهور عام 1950 على أيدي مجموعة من المتخصصين في علم النفس في مجال

الصحة العامة بالولايات المتحدة الأمريكية، وذلك لشرح القصور المنتشر لدى الأفراد للمشاركة في برامج

اكتشاف المرض والوقاية منه، ثم امتد نطاق هذا النموذج ليشمل استجابات الأفراد للأعراض المرضية،

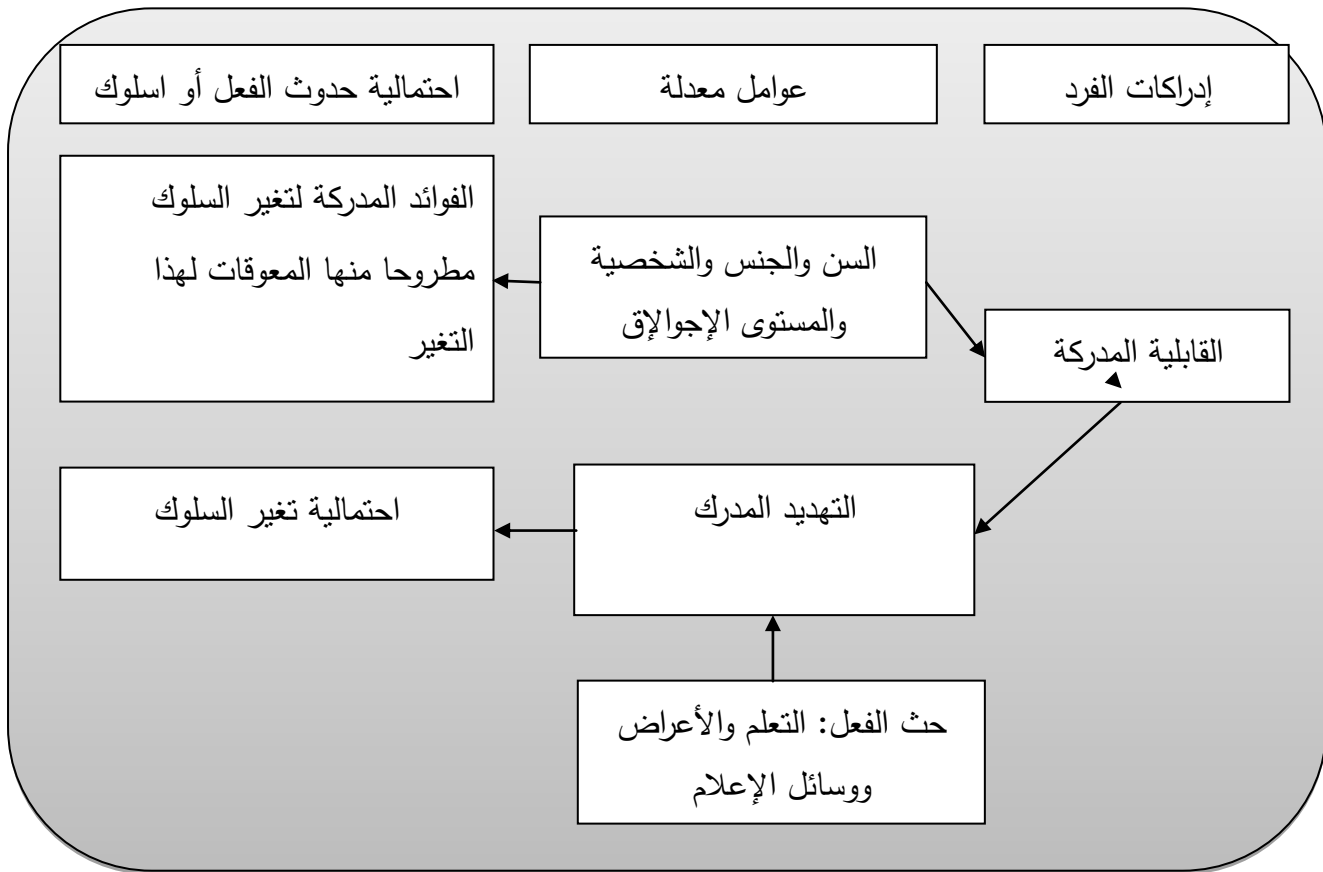
وسلوكياتهم في الاستجابة لتشخيص المرض (Victoria L, Champion, cellettesuggskiner :

P46

وقد تبلور هذا النموذج بشكل كامل على يد روز نستوك Rosenstock عام 1966 بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية من قبيل الفحوصات الدورية والتطعيمات، ثم طوره بعد ذلك بيكر Becker عام 1973، وتم تطبيقه في مجالات متعددة في علم نفس الصحة تشمل الإذعان للأوامر الطبية، وسلوكيات دعم الصحة

(Kaplan, saillis and Patterson, 1993, P52).

وفيما يلي عرض لهذا النموذج كمخطط:



شكل رقم 06: يوضح مكونات نموذج المعتقدات الصحية نقلا عن (Janz, champion and strecher,

2002, P 52).

وينص هذا النموذج على أنه توجد أربعة أنماط من المعتقدات تزيد من احتمال قيام الفرد بفعل معين

يناسب مرضاً أو ظروفًا محددة، ويمكن تناول هذه المكونات تفصيلاً كما يلي:

- **القابلية المدركة للإصابة بالمرض:** تشير القابلية المدركة لإصابة بمرض ما إلى وجود احتمال ذاتي

لدى الفرد بأنه قد يصاب بهذا المرض، وإذا ما كان قد سبق للفرد الإصابة، فإن القابلية المدركة

للإصابة تعاد صياغتها لتشمل توقع التشخيص، وتقديرات الفرد لقابلية الإصابة بهذا المرض مرة

أخر، وقابلية الإصابة بالمرض بوجه عام (أميرة محمد الدق، 2011، ص 107).

- **الخطورة المدركة للمرض:** تحتوي الإحساسات المتعلقة بخطورة المرض على تقديرات لكل من

العواقب الطبية و العيادية (على سبيل المثال: الموت، العجز، الألم) والعواقب الاجتماعية الممكنة

(على سبيل المثال: تأثيرات الحالة المرضية على العمل وعلى حياة العائلة والعلاقات الاجتماعية)

ويشير "كابلان" وزميله إلى أن القابلية للإصابة بالمرض وخطورة هذا المرض المدركة يشكلان معا

التهديد المدرك للمرض، مثال ذلك: إذا شعرت أنا أن لدي القابلية للإصابة بمرض خطير (سرطان

مثلاً) فإن دافعتي لاتخاذ فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون مرتفعة لأن مستوى التهديد

مرتفع، أما إذا شعرت بأن لدي القابلية للإصابة بمرض أقل خطورة (أنفلونزا) فإن دافعتي لاتخاذ

فعل وقائي ضد هذا المرض سوف تكون منخفضة لأنني أدرك مستوى منخفضاً من التهديد.

- **الفوائد المدركة للفعل:** إن توقع الفرد بأن لديه القابلية للإصابة بحالة خطيرة (التهديد المدرك) يقوده

للقيام بسلوك ما، كما أن اتخاذ الفرد لسلسلة خاصة من الأفعال يعتمد على معتقداته المتعلقة بتأثير

هذه الأفعال، على تقليل المرض، وهذا هو ما يسمى بالفوائد الصحية المدركة لاتخاذ الفعل، هذا

بالإضافة إلى عوامل أخرى تتضمن فوائد غير مرتبطة بالصحة (على سبيل المثال، التوقف عن

التدخين لتوفير المال، أو عمل أشعة على الثدي لإرضاء أفراد العائلة) وبالتالي فإن الشخص مهما

كان لديه مستوى أمثل من المعتقدات عن القابلية للإصابة بمرض ما أو خطورة هذا المرض، لا نتوقع

منه أن يقبل القيام بأي فعل صحي ينصح به الآخرون إلا إذا أدرك أن هذا الفعل كفاء ويمكنه القيام به، فعلى الرغم من ان الفرد قد يكون لديه اعتقاد كبير بقابليته للإصابة بمرض في القلب فإنه لو لم تكن لديه ثقة تامة بأن تغيير نظامه الغذائي سوف يقلل من الخطر، فلن يكون هناك احتمال أن يغير هذا الشخص من نظامه الغذائي (أميرة محمد الدق، 2011، ص 108).

- **المعوقات المدركة للفعل:** تؤثر المعوقات المدركة للفعل أيضا على احتمالية القيام بالفعل فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتا طويلا أو مجهودا كبيرا، فقضاء ساعة يوميا في الاسترخاء للتحكم في ضغط الدم المرتفع قد يدركه بعضنا بوصفه سلوكا غير ملائم ومن المعوقات أيضا التي تقلل من إمكانية اتخاذ سلوك ما، على سبيل المثال: أن يكون العلاج الطبي لمرض خطير معين غالي الثمن، أو أن يكون الطبيب المعالج لا يسكن في نفس المنطقة التي يسكنها المريض (Kaplan, Sallis and all, 1993, P 53) فالفرد يفكر مليا في التأثير المتوقع للفعل في مقابل إدراكاته لكون هذا الفعل قد يكون مكلف ماديا وخطيرا (أي أن له تأثيرات جانبية) وغير سار (كأن يكون الفعل مؤلما أو صعبا، أو أنه يسبب اعتلالا صحيا بسيطا) ، وإحداث الضيق. ومن أهم ما يرجح قيام الفرد بفعل وقائي معين هو أن يصل الأفراد لقرار بأن الفوائد المدركة للفعل، مثل التمتع بصحة جيدة أو خفض عوامل الخطر على الصحة، تفوق المعوقات أو التكاليف المدركة لهذا الفعل والعكس صحيح.

بالإضافة إلى العوامل السابقة فهناك عوامل أخرى قد يدركها الفرد على أنها عوامل مهددة أو مساعدة مثل المتغيرات السكانية (العمر، السن...) ومتغيرات نفسية اجتماعية (السمات الشخصية، الطبقة الاجتماعية... إلخ.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه النظرية كانت لها مساهمة كبيرة في تفسير السلوك الوقائي وفهمه كما أنها طبقت في مجالات صحية شتى كتلك التي تتعلق بالتطعيم ضد الشلل ونظافة الأسنان والوقاية من ظاهرة ارتفاع ضغط الدم والتدخين ... إلخ.

وقد توصل كل من جانز وبيكر (Janz, Becker, 1984) إلى أن معظم البحوث والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكيات الوقائية قد وجدت أدلة قاطعة تثبت وجود علاقة وطيدة بين إدراك الخطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي أنه كلما توفرت قناعة لدى الفرد حول استعداداته لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به كلما أقبل على ممارسة سلوكيات وقائية (عثمان يخلف، 2001، ص33).

تقييم نموذج المعتقدات الصحية

لقد توصلت الدراسات التي استرشدت بنموذج المعتقدات الصحية إلى نتائج متباينة (Baum, Gatchel, 1997, p37) فحينما استخدم النموذج للتنبؤ بأنماط معينة من السلوك دعمت النتائج هذا النموذج، ولكن على العكس من ذلك فإنه عند دراسة سلوكيات أكثر تعقيدا لم تدعم النتائج النموذج (Kaplan, Sallis, Patterson, 1993, p 13)

ويضيف سارفينو sarfino أنه على الرغم من النجاح الذي حققه نموذج المعتقدات الصحية، فإنه لا يخلوا من بعض جوانب الضعف، أحد هذه الجوانب: أنه لم يفسر السلوكيات الصحية التي يؤديها الأفراد بشكل اعتيادي، مثل سلوكيات غسل الأسنان، التي قد تكون بدأت ومازالت مستمرة دون اعتبار للتهديدات والفوائد الصحية، والنفقات وهناك مشكلة أخرى: هي أنه لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات هذا النموذج مثل الخطورة المدركة للإصابة، وقد استخدمت الدراسات عدد من الاستخبارات المختلفة لقياس هذه العوامل ووجدت أنه من الصعوبة المقارنة بين النتائج عبر مختلف الدراسات، والمشكلة الأخيرة هي أن هذا النموذج

يركز على اتخاذ قرار منطقي ويتجاهل عوامل أخرى، فالنموذج لم يوفر لنا تفسيراً مناسباً للميل المنتشر لدى مرضى الأزمت القلبية المؤلمة لتأجيل طلب المساعدة الطبية على نحو مشابه، فعندما يفكر الشخص المتألم أنه قد يكون مصاباً بأزمة قلبية فإنه يفترض أن ذلك لا يمكن أن يحدث له، إن تأجيل المرضى لطلب العلاج لا يمكن عزوه إلى عدم إمكانية الحصول على المساعدة الطبية وأن 75% من الوقت ينقضي بالتأجيل قبل أن يقرر المريض الاتصال بالطبيب، والنقطة المهمة هي أن نموذج المعتقدات الصحية أغفل دور الظروف التي تجعل الأفراد يعطون الأولوية لتجنب الانزعاج الذاتي الذي يحدث عند التأكد من الطبيب أنهم مصابون بمرض ما، على حساب تعريض حياتهم للخطر، والظروف التي تجعلهم يتخذون قرار أكثر منطقية، إن هذه المشكلات لا تعني أن النموذج خاطئ ولكنها تعني أنه غير كامل (Sarafino, 2002, p176).

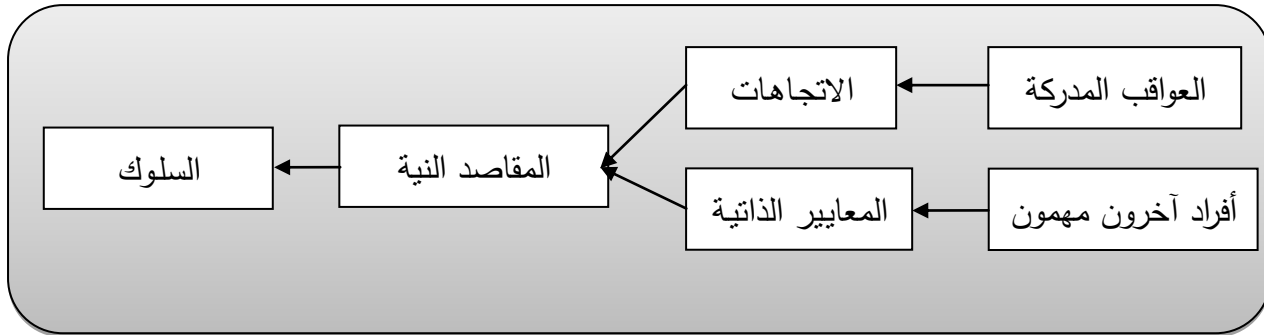
2- نظرية الفعل المبرر والسلوك المخطط:

أ. نظرية الفعل المبرر: تم تطوير نظرية الفعل المبرر على أيدي اختصاصيين نفسيين اجتماعيين هما "أيسك أجزين" Icek Ajzen و "مارتين فيشبين" Martin Fishbein بوصفها نظرية عامة تشرح العلاقات بين كل من المعتقدات والاتجاهات والمقاصد والسلوك (COLLEN A Reding, Joseph S, et all 2003 P183).

وتفترض نظرية الفعل المبرر أن هناك أسباباً ضمنية تحدد دافعية الفرد لأداء سلوك ما، هذه الأسباب مركبة من معتقدات الفرد المعيارية والسلوكية حيث تحدد اتجاه الفرد ومعياره الذاتي، بصرف النظر عما إذا كانت هذه المعتقدات معقولة أو منطقية أو صحيحة بالنسبة للمعايير الموضوعية. (Nicole Lezin) وتؤكد نظرية الفعل المبرر أن مقصد الشخص هو المحدد المباشر للسلوك وتشكل المقاصد (النية) باثنين من العوامل التالية:

الأول هو التقييم الشخصي للسلوك، أي اتجاه الشخص نحو السلوك والثاني هو إدراك الشخص للضغط الاجتماعي عليه لأداء الفعل أو عدم أدائه، أي المعيار الذاتي للشخص ويتحدد اتجاه الفرد نحو السلوك عن طريق الاعتقادات بأن هذا السلوك سوف يؤدي به إلى عواقب إيجابية أو سلبية، أما المعيار الذاتي فيتشكل عن طريق إدراك الفرد للتقييم الشخصي الذي يقيم به الفرد (أو جماعة من الأفراد) هذا السلوك ودافعية الفرد للإذعان لهذه المعايير (أمير محمد الدق، 2011، ص 114).

وبالتالي فإن هذه النظرية يمكنها التنبؤ بأن شخصا ما يرجح أن يؤدي سلوكا معيناً عندما يكون لديه مشاعر جيدة عن أداء هذا السلوك، ويشعر بضغط أو إلحاح اجتماعي عليه عند أداء هذا السلوك، وبناء على ذلك فإن الفكرة الأولى التي يفكر فيها الفرد عندما يرى شخصا ما يدخن هي: "أن التدخين يجعلك تبدو شخصا هادئا" وهذا هو المعتقد الذي سوف يحدد اتجاهه نحو التدخين، ومن المهم أن يعتقد الفرد أيضا أن التدخين سوف يسبب السرطان وأمراض القلب، ولكن هذا الاعتقاد لا يأتي إلى العقل بسهولة وقد يعتقد الفرد أن هناك أفراد آخرين سوف يصابون بهذه الأمراض إذا قاموا بالتدخين، هذا وتتناثر المعايير الذاتية بالضرورة بإلحاح للأفراد المهمين (ذوي الدلالة بالنسبة للفرد) والأفراد المهمون هم من نشعر بالسعادة معهم، ومن ثم فإنه إذا شعر شخص ما بأن عائلته، وكل أصدقائه وطبيبه الخاص لا يريدونه أن يدخن فإن آراء هؤلاء الأفراد المهمين بالنسبة له سوف يكون لها تأثير مباشر على إدراكات الإلحاحات الاجتماعية للتدخين أو عدم التدخين، فالفرد الذي يعتقد أن أفرادا مهمين بالنسبة له يرون أن عليه القيام بسلوك ما فإنه عندما يعتقد هذا الشخص بأن هؤلاء الأفراد المهمين يرون أن عليه عدم القيام بسلوك ما فإنه سوف يكون لديه معيار ذاتي سلبي، أما الشخص الذي لديه دافعية أقل للإذعان هؤلاء الأفراد المهمين فإنه سوف يكون لديه معيار ذاتي حيادي نسبي (أميرة محمد الدق، ص 115).



شكل رقم 07: يوضح المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر (نقلا عن Kaplan, Sallis et al : 1993, p53)

ب - نظرية السلوك المخطط:

كما هو الحال في معظم النظريات فإن المنظرين يستمرون في تطوير أفكارهم، وقد أجرى كل من

"أجزين" و"فيشبين" بعض التعديلات على نظريتهما، ففي عام 1958 أضاف "أجزين" مصطلح "الضبط

المدرک" كمؤثر ثالث على المقاصد بجانب كل من الاتجاهات والمعايير الذاتية، ويوضح "أجزين" أن

المقاصد تكون أكثر قوة في تشكيل السلوك عندما يدرك الأفراد أن لديهم قدرة على ضبط هذا السلوك ولأن

النظرية الأصلية (نظرية الفعل المبرر) قد صممت لشرح السلوك الإرادي فقط، فقد اقترح "أجزين" عام

1958 تغيير اسم النظرية إلى نظرية السلوك المخطط (Kaplan, Sallis and Patterson,

. 1993p54)

وتعتمد هذه النظرية جزئياً على فكرة أن الأداء السلوكي يتحدد عن طريق كل من الدافعية، والمقصد،

والضبط السلوكي معا ويحاول "أجزين" بهذه النظرية أن يبرهن أن الفرد سوف يبذل مجهوداً أكبر لأداء سلوك

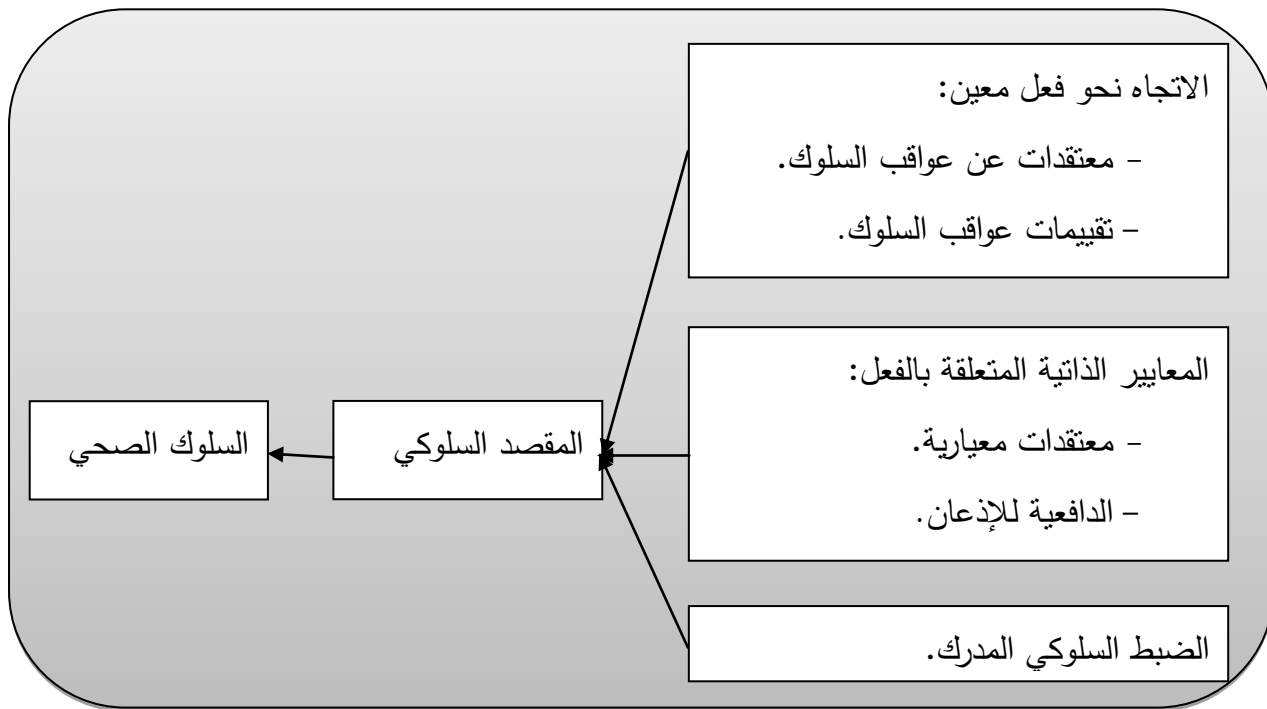
ما، عندما يكون إدراكه للضبط السلوكي مرتفعاً، حيث يتوقع أن إدراك فرد ما للضبط السلوكي بالإضافة إلى

المقصد يكون لهما تأثير مباشر على السلوك وخاصة عندما يكون الضبط المدرك هو تقييم دقيق للضبط

الحقيقي للسلوك ومن الملاحظ أن بناء الضبط السلوكي المدرك "لأجزيين" يشبه بناء فعالية الذات

(Montano and Kasprzyk, 2002 pp74.75)

وطبقا لهذه النظرية فإن نية الفرد من أجل القيام بسلوك صحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه، أي أنه على الشخص ألا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعا على انه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين (القص صليحة، 2008، ص 35).



شكل رقم 08: يوضح مكونات نموذج السلوك المخطط

(أميرة محمد الدق، 2011، ص 116)

تقييم نظرية الفعل المبرر والسلوك المخطط: استخدمت نظرية الفعل المبرر للتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية المتضمنة سلوكيات التدخين والتمرينات الرياضية، وقد تلقت هذه النظرية تأييدا كبيرا كما استخدمت بوصفها مرشدا لتطوير التدخلات العلاجية والوقائية، لكن هذا لا يعني خلوها من بعض المشاكل وإحدى هذه المشكلات مؤداها أن هذه النظرية شأنها في ذلك شأن نظرية المعتقدات الصحية، تفسر بشكل مناسب

القرارات المنطقية التي غالبا ما يأخذها الأفراد فيما يتصل بصحتهم مثل تأجيل العلاج الطبي على الرغم من وجود أعراض مبرمجة واضحة، ومشكلة أخرى هي النوايا أو المقاصد والسلوك يرتبطان بدرجة متوسطة فقط، فالأفراد لا يفعلون دائما ما يخططون لفعله، والمشكلة الأخيرة هي أن هذه النظرية غير مكتملة.

إن كلا من نموذج المعتقدات الصحية ونظرية الفعل المبرر يمداننا بتفسيرات صحيحة لأجزاء من العمليات التي تحدد ممارسة الأفراد للسلوكيات المرتبطة بالصحة، إن جوهر كل من النظر يتبين يفترض أن الأفراد يوازنون بين الفوائد والتكاليف المدركة ويسلكون وفقا لنتائج تحليلهم، وقد أشار "نيل واينشتاين" Neil Weinstein إلى أن أحد جوانب الضعف في نظريتي الفعل المبرر والسلوك المخطط يكمن في أن كلتا النظريتين تفترضان أن الأفراد يفكرون في عوامل الخطر بطريقتهم المفضلة ويعرفون ما هي الأمراض التي ترتبط بمختلف السلوكيات ويقدرّون احتمال الإصابة بمرض خطير ولكن الواقع أن الأفراد قد يعدلون من نمط حياتهم، فمثلا يقللون من شرب القهوة لأسباب غامضة تماما، مثل "أن الطبيب قال لي أن القهوة تضرني"، ولذلك فإن هاتين النظريتين لا تضعان في اعتبارهما أن الفوائد والتكاليف المتعلقة بتغيير السلوك المرتبط بالصحة قد تختلف باختلاف الواقع (أميرة ومحمد الدق، 2011، صص 117.118).

3. نظرية الدافع للحماية:

نظرية الدافع للحماية هي لـ Rogers 1983 ويقوم هذا النموذج المعرفي على المعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات للقيام بإجراءات ملائمة بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي (سامر جميل رضوان، ريشكة، 2001) ويمكننا في هذا النموذج التفريق بين أربعة مركبات وهي:

- 1 - الدرجة المدركة من الخطورة Severity المتعلقة بتهديد الصحة.
- 2 - القابلية المدركة للإصابة vulnerability بهذه التهديدات الصحية.

3 - الفاعلية المدركة responseeffectiveness لإجراء ما من أجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.

4 - توقعات الكفاءة الذاتية self-efficacy أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

وتسهم هذه المركبات في تشكيل طلائع ممارسة سلوك صحي ما، واستنادا إلى نظرية الفعل المعقول، يفترض أن مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل الممكن للسلوك الفعلي.

وكل واحدة من هذه المتغيرات تعطي مكانا لعمليات التقييم المعرفية الموافقة والتي ستصبح وسيط في تغيير الاتجاهات، والحافز تجاه الحماية هو نتيجة عمليتين معرفيتين:

1 - تقييم التهديد مقارنة بين القساوة المدركة للمرض والهشاشة المدركة بالنسبة للمرض المدروس.

2 - تقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد.

تقييم التهديد وتقييم قدرة الفرد على مواجهة التهديد يتأثران بمصادر معلومات داخلية (متغيرات الشخصية والتجارب السابقة) وبمصادر معلومات تأتي من المحيط (إقناع لفظي وتعلم عن طريق الملاحظة) ويجب الأخذ بعين الاعتبار أن تقييم التهديد يأتي قبل تقييم القدرة على مواجهة التهديد نتيجة هذه العمليات التقييمية هي قرار إتمام أو إنهاء سلوك وقائي ما (الفص صليحة: ص ص 36.37) هذه النظرية تأخذ في الحسبان متغير وسيط بين المعتقدات والسلوك وهو الحافز للحماية، والمتغير المستقل نوعيا في الدراسات على نظرية الدافع للحماية هو مقدار المقاصد السلوكية.

ولقد استعملت بتوسع للتأثير والتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية مثل:

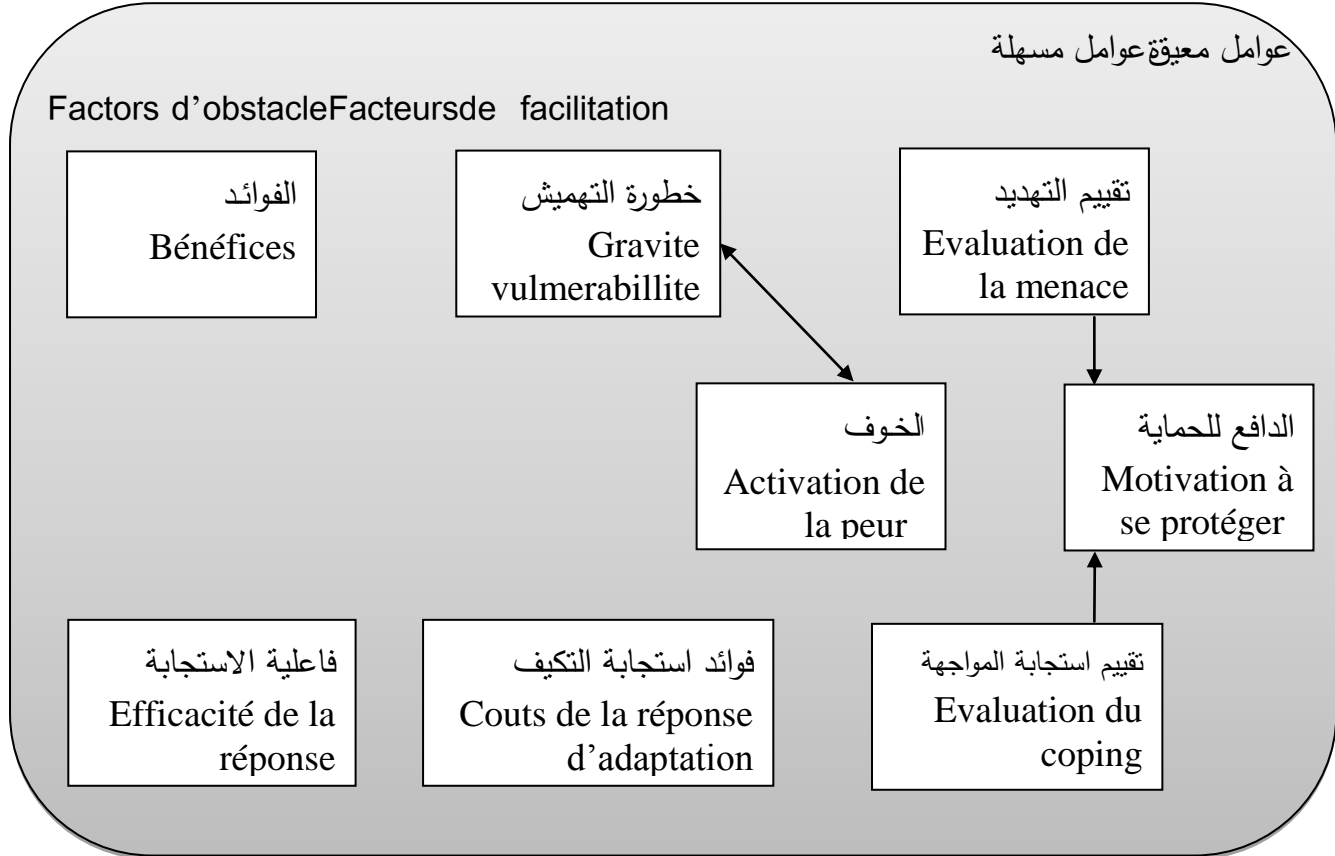
- تخفيض استهلاك الكحول - إتباع أنماط أكثر صحية

- الانضمام إلى أنظمة طبية - القيام بتمارين رياضية منتظمة

- الحماية والكشف المبكر ضد السرطان

تقييم نظرية الدافع للحماية:

لقد وجهت انتقادات لهذه النظرية من بينها افتراض عقلانية الفرد في اتخاذ قراراته، كما أن هذه النظرية لم تضع في الحسبان بعض العادات السلوكية التي تمارس بصفة واسعة بين الناس مثل غسل الأسنان.



شكل رقم 09 يوضح نظرية الدافع للحماية (1987 Rippeto et Rogers)

4. نموذج مراحل التغيير

قام كل من بروشاسكا Prochaska و كارلوديكلمنت C. Diclement و نوركروس Norcross (1992)

ببناء نموذج نظري يعنى بتحديد المراحل التي يمر الفرد من خلالها عندما يغير عن قصد سلوكا مضرا (كالتدخين مثلا، أو أكل غير صحي)، حسب نموذج مراحل التغيير فإن رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية وداخلية (عثمان يخلف، 2001، ص 38) وعملية التغيير هذه تمر بالمراحل التالية:

أ- **مرحلة ما قبل الوعي الصحي:** لا توجد في هذه المرحلة إرادة أو رغبة قوية في تغيير السلوك اللاسوي في المستقبل، بيد أن كثير من الناس في هذه المرحلة غير واعين بوجود مشكلة صحية لديهم (مثلا سلوك الإدمان على المخدرات) وبالتالي لا يفكرون في التغيير، رغم حث الأصدقاء والأقارب على ذلك.

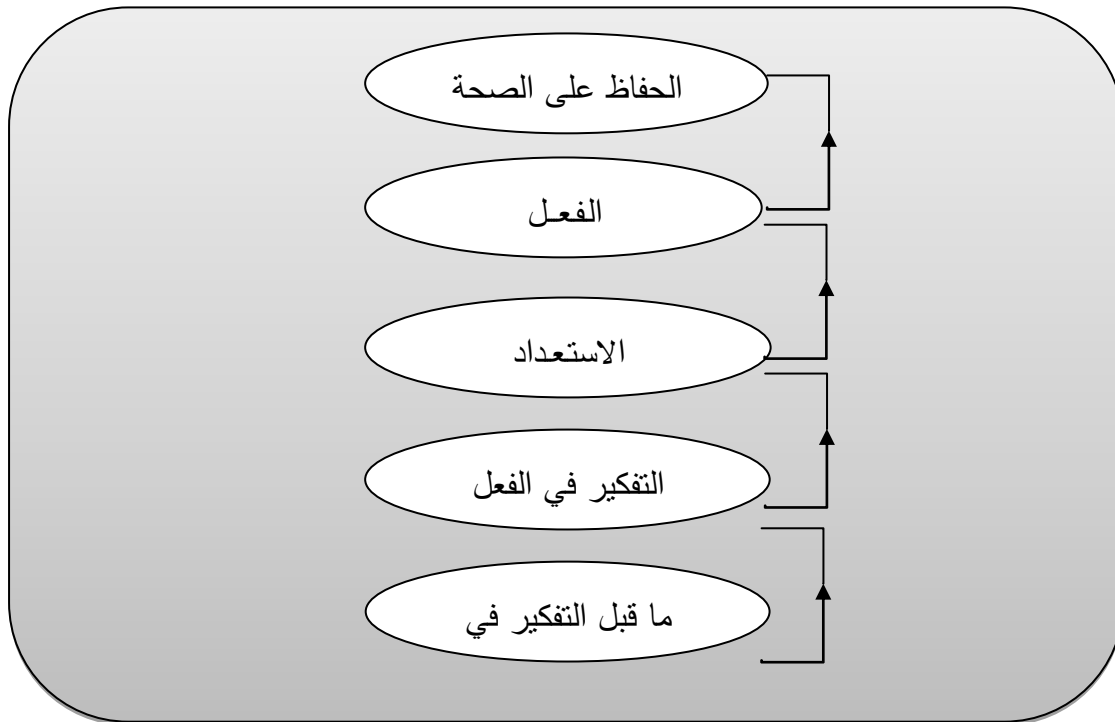
ب- **مرحلة الوعي الصحي:** في هذه المرحلة يكون الأفراد على وعي بوجود مشكلة ويفكرون فيها، ولكنهم لم يتخذوا بعد أي فعل يمكن به إحداث تغيير في السلوك، وهذه المرحلة هي التي ينوي فيها الأفراد عمل التغيير خلال الأشهر الستة القادمة، فهم يكونون أكثر وعيا بالأدلة المؤيدة للتغيير، والأدلة المعارضة له (Prochaska.J, Reading, c. and Evers K:2002 p 101)

ج- **مرحلة الاستعداد والتخطيط:** تعرف بمرحلة اتخاذ القرار وتشمل رغبة الفرد القوية في التغيير ويصاحب ذلك اتخاذ إجراءات عملية التخلي عن بعض المأكولات مثلا أو تخفيض عدد السجائر المستهلكة يوميا (شيلي تايلور، 2008، ص 175).

د- **مرحلة التنفيذ:** هي المرحلة التي يحدث فيها تعديل فعلي في السلوك (مثل الإقلاع عن التدخين وتغلب الفرد على مشكلته الصحية، وغالبا ما تتطلب هذه المرحلة إرادة كبيرة وبهذا مستمرا لإحداث أي تغيير ملموس في السلوك (عثمان يخلف، 2001، ص 39).

هـ -مرحلة الاحتفاظ: مرحلة الحفاظ على الفعل، هي المرحلة التي يحاول فيها الأفراد وقاية أنفسهم من الانتكاس فالمغريات التي تحدث هؤلاء الأفراد على الانتكاس تكون قليلة كما أن هؤلاء الأفراد يكونون أكثر ثقة في قدراتهم على الاستمرار في التغيير وعلى أساس بيانات عن فعالية الذات للأفراد وعوامل الإغراء التي يتعرضون لها فإن الاستمرار في الامتناع عن السلوك يستمر لفترة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى خمسة أعوام (Prochaska.J,Reading, Evers.K 2002, p 101) .

و -مرحلة الإنهاء: وهي المرحلة التي لا يكون فيها الأفراد مستسلمون للإغراءات وتكون لديهم فعالية ذاتية كاملة، ومهما كانت معاناتهم من الاكتئاب أو القلق أو الوحدة، أو الخوف أو أية ضغوط، فإنهم متأكدون من أنهم لن يعودوا إلى ممارسة العادات الصحية السلبية مرة أخرى، وكأنهم لم يكتسبوا هذه العادات منذ البداية (Prochaska.J,Reading, Evers.K 2002, p 101).



شكل رقم 10 يوضح مراحل التغيير المتضمنة في النموذج عبر النظري (أميرة محمد الدق، 2011، ص 122)

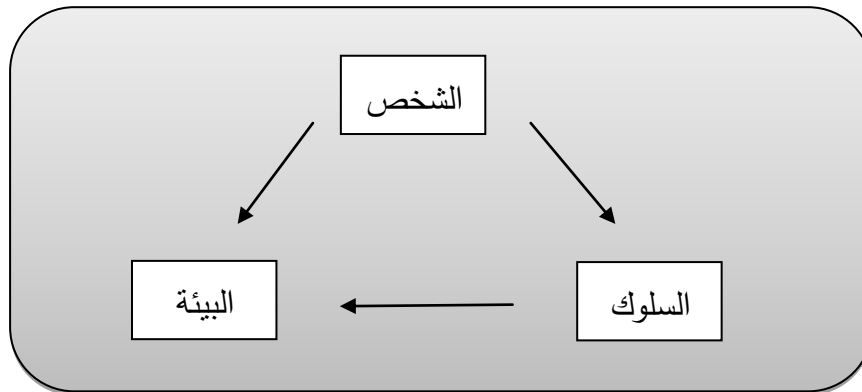
على الرغم من أن بعض الأفراد يتحركون خلال مراحل التغيير بسرعة أكبر من غيرهم وبعضهم الآخر، قد يثبت عند مرحلة معينة لفترة طويلة، فإن جميع الأفراد يتحركون خلال سلسلة التغييرات المتتابعة نفسها (Kaplan, Sallis and Patterson, 1993, p 58) ويتحرك الشخص من مرحلة لأخرى بطريقة حلزونية أكثر من خطية، وينتسك الأفراد إلى المرحلة السابقة، أو قد ينتكسون إلى مرحلة الوعي الصحي أو مرحلة ما قبل الوعي الصحي، ومن هذا المنطلق، فإن الأفراد ربما يتقدمون على فترات منفصلة خلال هذه المراحل حتى ينتهون من تغيير السلوك كلية، وبالتالي يمكن توقع الانتكاس، كما يمكن أن يعد هذا الانتكاس، كما يمكن أن يعد هذا الانتكاس كخبرات تعلم تساعد الفرد على إعادة هذه الدورة بمختلف مراحلها من جديد.

تقييم نموذج مراحل التغيير:

قد يكون هذا النموذج مهما لأسباب متعددة فهو يلفت الانتباه للعمليات التي لا بد أن يمر بها الأفراد في محاولتهم تغيير سلوكهم، سواء أقاموا بهذا التغيير بأنفسهم أم بمساعدة الآخرين ويوضح هذا النموذج أن التغيير الناجح، ربما لا يحدث من أول محاولة، أو يحدث كله مرة واحدة، كما يفسر النموذج أيضا لماذا لا ينجح بعض الأفراد في تغيير سلوكهم، ولماذا معدلات الانتكاس مرتفعة جدا وبوعي خاص في مرحلة ما قبل الوعي الصحي، أو في مرحلة الوعي الصحي لا يكونون مستعدين لأداء هذا السلوك، ويمكن استخدام هذا النموذج في دراسة سلوكيات صحية متنوعة وقد درس هذا النموذج في سلوك التوقف عن التدخين، وعلاج شرب الكحوليات ... إلخ، وتتم حاليا دراسة النموذج فيما يتصل بالسلوكيات المرتبطة بمرض نقص المناعة المكتسب (Kaplan, Sallis and Patterson, 1993, p 59) ولكن يؤخذ على هذا النموذج أنه يصعب فيه التعرف على المرحلة التي يكون فيها الفرد في وقت ما .

5. النظرية المعرفية الاجتماعية (نظرية فاعلية الذات):

اقترح ألبرت باندور عام 1977 نظرية معرفية اجتماعية تنص على أن البشر لديهم قدرة على ممارسة بعض الضبط على حياتهم، ويقترح باندورا أن الفعل البشري ينتج من تفاعل كل من السلوك والبيئة وعوامل أخرى في الشخص نفسه، وخاصة المعرفة، ويشير باندورا إلى هذا النموذج ثلاثي التفاعل بوصفه حتمية تبادلية، ويمكن تمثيل مصطلح الحتمية التبادلية عن طريق مثلث من ثلاثة عوامل، هذه العوامل هي: السلوك والبيئة والشخص، وكل عامل يؤثر في العاملين الآخرين وطبقا لهذه النظرية فإن اعتقادات الأفراد المتعلقة بقدرتهم على البدء في سلوكيات صحية (ممثلا برنامج للتمرينات الرياضية) تعد منبئا بإتمام هذه السلوكيات (Irwin M, Rosenstock, victoe j ,p 176).



شكل رقم 11: بوضوح مكونات مصطلح الحتمية التبادلية نقلا عن Brannon and Feist 2004, p74

وتحاول النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا شرح السلوك البشري والتنبؤ به باستخدام توقعات العواقب، ويمكن تقييم توقعات العواقب إلى ثلاثة أنماط هي:

- أ. التوقعات المتعلقة بالدافع البيئي نحو أداء السلوك.
- ب. التوقعات عن عواقب سلوك الفرد نفسه.
- ج. توقعات الفرد عن قدرته على أداء سلوك معين ليحدث النواتج المرغوبة.

وطبقا للنظرية المعرفية الاجتماعية، فإن هناك ثلاث معارف ترجح قيام الفرد بسلوك صحي معين وهي:

- أ. إدراك التهديد على الصحة.
- ب. وتوقع أن تغيرا سلوكيا معيناً سوف يقلل من هذا التهديد (توقعات العواقب).
- ج. وتوقع الفرد بأنه قادر على إحراز هذا التغيير في السلوك (فعالية الذات) (أميرة محمود الدق، ص

(129).

وتمدنا النظرية المعرفية الاجتماعية بإرشادات مميزة خاصة بكيفية شعور الأفراد بفعاليتهم الذاتية بالطرق التي تدعم صحتهم وصالحهم النفسي.

تقييم النظرية المعرفية الاجتماعية: على الرغم مما أخذ بعض العلماء على هذه النظرية من أن صياغتها واسعة وفضفاضة، فإن احتوائها على عدد كبير من المفاهيم يسمح للعلماء بتفسير أي ظاهرة باستخدام واحد أو أكثر من مكونات هذه النظرية قد يحسن من قدرتها على تفسير السلوك وسهولة التدخل لتغييره

(ALFRED, Mc Alister, p 181)

وهناك نظريات أخرى وضعت من أجل تغيير السلوك الصحي وهي:

6. نظرية دولي وشنايدر 1991 **Dodly and Schneider**:

وهي نظرية في تحديد اتجاهات الناس والتي تبحث في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية عن طريق:

أ - إدراك التهديد الصحي

ب - اختزال التهديد المدرك

أ. إدراك التهديد الصحي: يتأثر بمجموعة عوامل هي:

- القيم الصحية وتتضمن:

- الاهتمام بالصحة ورعايتها.

-معتقدات الشخص عن سهولة التعويض عن الأذى

-معتقدات الشخص عن نتائج المرض فيما إذا كان خطيرا فمثلا قد يغير الناس حميتهم في أي دقيقة

ليضيفوا إلى جدول تغذيتهم أغذية تحتوي على القليل من الكولسترول فيما إذا كانوا يقدرّون الصحة كثيرا

ويشعرون بتهديد إمكانية إصابتهم بأمراض القلب مع إدراكهم أن لأمراض القلب تهديد خطير وقاسي (سناء

عيسى الداغستاني، ص 92).

ب. اختزال التهديد المدرك: هو اعتقاد (الشخص) بوجود وسيلة صحية تقلل من التهديد الذي يترصده وذلك

باحتمالين:

- إن كانت الوسيلة الصحية فعالة حسب اعتقاده.

-إذا كانت سلبيات الوسيلة الصحية أكثر من إيجابياتها، وأيد ذلك روزنستوك في نظريته، فعلى سبيل المثال

الرجل الذي يشعر أنه مهدد في (إصابته بالقلب) وهو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية، وقد يعتقد

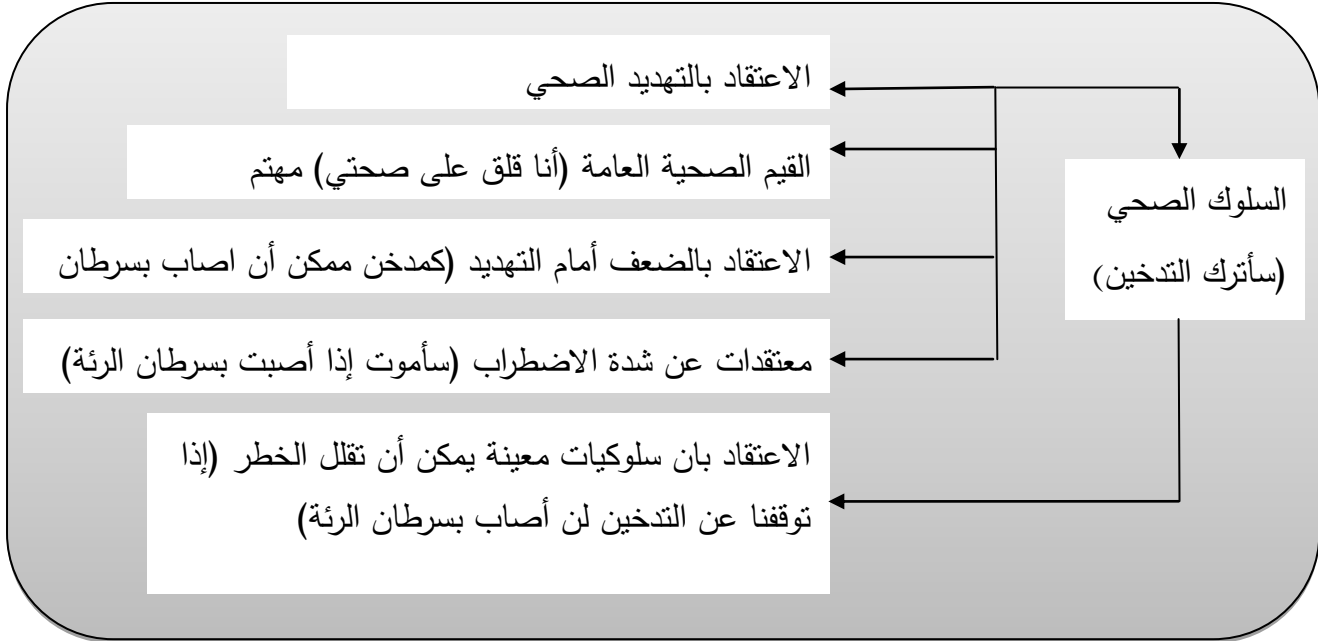
بان تغيير نوع الغذاء وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه وأن تغيير غذائه سيؤثر على مدى تمتعه

بالحياة بحيث تصبح نيته (غايته) في تغيير الغذاء مبررة وعليه يكون متأكدا بأن الريجيم يفيد في تقليل

المرض ولكنه يفتقر إلى الإيمان بأن التغيير يقلل من التهديد وسوف لن يقوم بأي تغيير وكذا ينطبق الحال

على السلوكيات لصحية التي يمارسها الأشخاص المدخنين بقصد وقف التدخين لما له من خطر على

الصحة والإصابة بأمراض القلب (سناء عيسى الداغستاني ص 39) والمخطط التالي يوضح ذلك:



شكل رقم 12: يوضح مخطط لنظرية دولي و شنايدر

- الاعتقاد بأن مراعاة معايير صحية معينة ربما يكون لها تأثير فعال في إيقاف الخطر الناجم عن

تهديد معين (إذا توقفت عن التدخين الآن، فلن أصاب بسرطان الرئة)

- الاعتقاد بأن الفائدة التي تحققها مراعاة معايير صحية معينة تفوق التكاليف (مع أنني سأجد صعوبة

في التوقف عن التدخين إلا أن الأمر يستحق العناء لتجنب خطر الإصابة بسرطان الرئة).

7. وجهة نظر كلانس في الصحة (Clance, point of view 2002):

كانت وجهة نظر كلانس في نموذج المعتقدات الصحية في خمسة محاور وهي:

1- التهديد المدرك -2- المنافع الخاصة - 3- إدراك قابلية الإصابة - 4- إدراك قسوة الإصابة - 5-

إدراك المنافع والمعوقات المدركة.

لقد أضاف كلانس إلى نموذج المعتقدات الصحية متغير آخر واعتبرها هي المسؤولة عن استعداد الناس للسلوك الصحي وهي الفاعلية الذاتية (self efficacy) وهي ثقة الفرد بقدرته على الأداء الناجح للفعل والجدول رقم (05) يوضح المحاور الخمسة التي تضمنها نموذج المعتقدات الصحية، حسب وجهة نظر كلانس، ويرى أن الشخص سيلجأ إلى فعل ذي صلة بالصحة عندما:

1. يشعر بوضع صحي سلبي مثلا الإصابة بالإيدز (HIV) وأنه بإمكانه تجنبه.

2. ويتوقع في نفس الوقت الامتثال لتوصيات التجنب (سيتجنب الرجل والمرأة) الكثير من السلوكيات

السلبية المتعلقة بالجنس (سواء عيسى الداغستاني، ص 94).

3. يعتقد أنه بالإمكان القيام بفعل صحي والاستمرار فيه بكل ثقة والجدول التالي يوضح إضافة فاعلية

الذات مع المتغيرات الخمسة لنموذج المعتقدات الصحية من قبل كلانس

الجدول رقم (05) يوضح المحاور الخمسة التي تضمنها نموذج المعتقدات الصحية

وإضافة فاعلية الذات حسب نظرية كلانس

المتغير	الاعتقاد	التطبيق
1	رأي الشخص في فرص حصوله على احترازات صحية لمرض (الإيدز)	معرفة الناس المعرضين للخطر وإلى مستويات ذلك الخطر وشخصيته الخطر. استنادا إلى ما يسمى سلوك الشخص ورفع مستوى إدراك وقابلية الإصابة بالمرض.
2	رأي الفرد في جدية الحالة ونتائجها	تحديد الحالة وسياقات مخاطرها.
3	اعتقاد المرء في فاعلية الوقاية	معرفة الواجب (كيف، أين) يبين التأثيرات

		للتقليل من مخاطر الإصابة وصدقها	الإيجابية المتوقعة.
4	المعوقات	رأي الشخص عن الكلفة المادية الملموسة والكلفة النفسية الناتجة عن فعل الوقاية.	معرفة واختزال العوقات من خلال التأكيدات ويقينية والمحفزات على مد يد المساعدة.
5	دوافع ترشد إلى الفعل	استراتيجيات لتنشيط (تفعيل) السلوك الاستعدادي.	التجهيز، كيفية عرض المعلومات، تحسين الوعي الإرشادي في كيفية أداء الفعل.
6	الفاعلية الذاتية	ثقة المرء بقدرته على الفعل.	التدريب والإرشاد من خلال أداء الفعل.

تعقيب عام عن النماذج والنظريات المفسرة للسلوك الصحي:

إن النظرية المقيدة يجب أن تتوفر فيها الشروط الآتية:

1. إنتاج دراسات ذات أهمية

2. تنظيم الملاحظات وتفسيرها.

3. مساعدة الممارسين على التنبؤ بالسلوك وتغييره.

وبالنظر إلى نموذج المعتقدات الصحية ونظرية السلوك المخطط، ونظرية فعالية الذات (النظرية المعرفية

الاجتماعية)، نجد أن جميعها أثمرت عددا كبيرا من الدراسات وهي تبشر بالنجاح في مجال الحث على

القيام بدراسات إضافية أخرى بالإضافة إلى أن هذه النماذج يمكنها أن تكون أكثر قدرة على تفسير السلوك

والتنبؤ به، فهي بوجه عام أكثر دقة من العوامل السكانية في التنبؤ بالسلوكيات المرتبطة بالصحة (أميرة

محمود الدق، ص 132).

ومن الملاحظ وجود بعض الجوانب التي اشتركت فيها معظم النظريات التي تم عرضها:

- 1 - تضمنت معظم النظريات والنماذج المفسرة للسلوك الصحي مفهوم فاعلية الذات أو مفهوم مشابه له، مما يدل على مدى أهمية هذا المتغير في دراسات السلوك الصحي.
- 2 - لم تحدد معظم النظريات طريقة معيارية لقياس مكوناتها وهو ما يحث على إجراء بحوث تهدف إلى تصميم مقاييس معيارية لهذه المكونات.

الفصل الخامس:

مرض السكري

أولاً: تاريخية مرض السكري

ثانياً: تعريف مرض السكري.

ثالثاً: اعراض مرض السكري.

رابعاً: أنواع وأسباب الإصابة مرض السكري.

خامساً: العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري

سادساً: شخصية المصاب بالسكري.

سابعاً: علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة

الذاتية بالسلوك الصحي.

أولاً: تاريخية مرض السكري

عرف مرض السكري منذ حوالي ألفي عام وأطلق عليه في القرن 2 الميلادي، كلمة diabètes mellitus، وهو تعبير لاتيني، وكلمة diabetes وتعني تمرير الشيء، وكلمة mellitus وتعني العسل، وهذا إشارة إلى ادرار كميات كبيرة من البول الحلو (مرفت مقبل، 2010، ص 28)

وكان العالم ابن سينا قد شخصه منذ عشرة قرون حيث يبخر البول السكري ليتحول إلى مادة شرايبية لزجة أو يتحول إلى بودرة سكر أبيض (حسن حميدة 2013).

وفي سنة 1848 اكتشف الطبيب "فون فلهينغ" طريقة تحليل السكر في البول، وكتب العالم الفرنسي "بوشاردا" عن كيفية الحمية الغذائية، وبرهن العالم الفرنسي "كلود برنار" أن ارتفاع السكر في الدم ناتج عن زيادة نسبة الجلوكوز فيه (إلياس الأسمر: 1996، ص 6).

ولكن الحدث المهم بالنسبة لهذا المرض، فقد أتى على يد العالمان "جون فون ميرينغ" joseph von mering و "اوسكار مينكوسكي" oskar minkowski عام 1989 دور البنكرياس في مرض السكر، عندما أزال البنكرياس بشكل تام من الكلاب، حيث ظهرت عليهم اعراض مرض السكر، وادى ذلك إلى وفاتهم في مدة وجيزة.

وفي عام 1910، اكتشف العالم "سير ادوارد شاربي شيفر" sir edward sharpey schaffer ان المرضى المصابين بالسكر يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وسماها "الانسولين" وكلمة الانسولين مشتقة من كلمة لاتينية تعرف باسم "انسولا" وتعني جزيرة، وترجع إلى كلمة جزر لانجر هانس "langerhans" في البنكرياس والتي تنتج الانسولين (محمد بن سعد الحميد، 2007).

وفي سنة 1922، استخرج العلماء الكنديون والأوروبيون مادة مهمة جدا هي "الأنسولين" وجربوها على أجسام الكلاب، بعد استئصال غدة البنكرياس منها ووجدوا أن الأنسولين يخفض من نسبة ارتفاع السكر

في الدم. ولا تزال الأبحاث العلمية في وقتنا الحاضر تصب الجهود لجعل الأنسولين الكيميائي مشابهاً للأنسولين الإنساني، ولتحسين آلة غدة البنكرياس الاصطناعية أملاً في الانتصار الكلي على هذا المرض. ويعد مرض السكر في الوقت الحاضر من أكثر الأمراض انتشاراً في العالم، وقد أظهرت الدراسات العلمية أن ما يقارب من 5_8% من الأفراد مصابون بداء السكري، وكثير من المرضى لا تظهر عليهم أعراض المرض، ولا يعرفون أنهم مصابون بالسكري، وبناءً على تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام 2006، فإن عدد المصابين بهذا المرض يقارب 171 مليون شخص على مستوى العالم، وللأسف الشديد فإن العدد في ازدياد ويتوقع أن يتضاعف بحلول العام 2030م. (محمد بن سعد الحميد، 2007).

ثانياً: تعريف مرض السكري:

لتوضيح أو تعريف مرض السكري، علينا أولاً اكتشاف ما يحدث في أجسامنا، ابتداءً من تناولنا مادة غذائية ماء، إلى غاية تحويلها إلى طاقة تستفيد منها الخلايا. يقوم جسمنا بتحويل الغذاء الذي نتناوله إلى مادة تدعى الجلوكوز (سكر احادي)، وهناك هرمون يدعى هرمون الانسولين، ويفرز بواسطة البنكرياس، وهو ضروري لعملية دخول الجلوكوز إلى خلايا الجسم، حيث يتم تحويل الجلوكوز داخل الخلايا إلى طاقة حتى تتمكن كل خلية من القيام بوظائفها. وداء السكري هو عبارة عن مرض مزمن وشائع "ناتج عن ازدياد مستوى السكر في الدم، ويحدث عندما لا يستطيع الجسم افراز كمية كافية من الانسولين، او عندما تكون كمية الانسولين الطبيعية غير فعالة، او لقلة استقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة، مما ينتج عن ارتفاع نسبة السكر في الدم عوضاً عن دخوله لخلايا الجسم (لعدم وجود كمية كافية من الانسولين) ويتم طرحه في البول عندما تتخطى كمية السكر في الدم (180ملجم) ويتم فقدان الطاقة. (المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري، 2011، ص 21).

وقدمت مفاهيم وتعريفات كثيرة لمرض السكري وكلها كانت في السياق نفسه منها:

مرض السكري هو مرض (استقلابي أيضا) مزمن Metabolic Disease يتميز بزيادة مستوى السكر في الدم Hyperglycemie نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين في الدم أو لخلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة (J.Moline: 1992,p 230).

ويعرف كذلك على انه " حالة زيادة نسبة السكر في الدم الذي، ينتج عن العديد من العوامل الوراثية المرتبطة بالبيئة" (نجيبة بكيري، 2012، ص 54).

وتعرفه منظمة الصحة العالمية بانه " حالة ارتفاع نسبة السكر في الدم اي التركيز المفرط للجلوكوز في الدم، والذي ينشأ عن كثير من العوامل الوراثية والبيئية" (ميرود محمد واخرون، 2014، ص 225). خلاصة من هذه التعاريف، فمرض السكري هو من الامراض المزمنة الشائعة في العالم، ويتميز بارتفاع نسبة السكر في الدم، نتيجة لنقص نسبي او كامل في الانسولين، او لخلل في تأثيره على الانسجة.

ثالثا: أعراض مرض السكري

أعراض مرض السكري عديدة، منها ما هو عام، ونذكر منها ما يلي: (امين رويحة، 1973، ص 13)

- 1-الإعياء والوهن (ضعف عام)، ورجفة الأطراف.
- 2-القلق والاضطراب النفسي، والأرق، وانحطاط الذاكرة.
- 3-الدوخة والغثيان، والجوع والتلثم في الكلام.
- 4-انخفاض وزن الجسم، والعطش، وألم اللسان.
- 5-كثرة التبول والشعور بالحاجة إلى التبول رغم فراغ المثانة.
- 6-إصابة الشرايين، والأوردة الصغيرة بالتصلب.
- 7-تشويش في النظر

8-زيادة قابلية الإصابة بالالتهابات الميكروبية.

9-نقص وتخلف النمو عند الأطفال.

10-الأعراض النفسية: يصاب المريض باضطرابات عصبية عديدة، كالخوف الدائم من تفاقم المرض، وسرعة الإثارة، واليأس من الحياة.

ولمرض السكري تأثيرات سيئة على جميع انواع الاعضاء والانسجة، في الجسم، لان هذه جميعا تصاب باضطرابات غذائية، للانحراف غير الطبيعي في نسبة السكر في الدم.

اما اعراض الاصابة بالسكري، كما تظهر في مختلف اعضاء الجسم فأهمها:

_ **الاعراض الجلدية:** اهمها الشعور الشديد بالحكة التي كثيرا ما تعذب بشدتها المصاب وتقلق راحته ولهذه الحكة اماكنها المفضلة وهي الاماكن التي توجد فيها ثنيات مثل: تحت الابط، تحت الثدي والشفرين عند النساء... الخ، ومن الاعراض التي تظهر في الجلد ايضا تكون فقاعات قبيحية، ودمامل وخراجات في مختلف انحاء. (مرجع سابق، ص 14)

_ **اعراض في اللثة واللسان:** ربما تكون التبدلات التي تحدث فيها عند المصابين بالسكري، اول الاعراض المرضية التي تلفت انتباه المصاب، اذ تصاب الاسنان بالتخلخل والسقوط، دون ان تصاب بالنخر، او بأي عطب، وطبيب الاسنان الماهر يستطيع ان يركز على هذه الظاهرة لتشخيص الإصابة بمرض السكري، او على الاقل للاشتباه بوجودها قبل معرفة المصاب بواقعها.

_ **اعراض على الجهاز الهضمي:**

الإسهال والإمساك سبب خلل الأعصاب اللاإرادية المنظمة لحركة الأمعاء، انتفاخ المعدة وعسر الهضم،

سلس البول لإصابة الأعصاب اللاإرادية للمثانة (محمد بن سعد الحميد .2007).

_ اعراض في الجهاز العصبي: تصاب الخلايا العصبية بالتلف نتيجة مضاعفات ناتجة عن مرض السكري وهي عبارة عن خلل بالتوازن الكيميائي داخل العصب بسبب ارتفاع نسبة السكر بالدم الذي يشكل انسدادات تحول دون وصول الأكسجين إلى الخلايا العصبية ومن أكثر الاضرار شيوعا على مستوى الجهاز العصبي هو فقدان الاحساس في اليدين، والقدمين، مما يعرضه للإصابة بالحروق والجروح في باطن القدمين. (هيام رزق وآخرون، ص34)

_ اعراض في الاوعية الدموية:

تأثر الجهاز الدوري حيث يشكو المريض السكري من زيادة عدد دقات القلب أثناء الراحة حيث يؤثر على الأعصاب اللاإرادية المتحكمة في حركة وانقباض القلب ويؤدي مرض السكري إلى تصلب الشرايين وهذا ما يؤدي إلى أمراض الشرايين التاجية والجلطة القلبية والدماغية وارتفاع ضغط الدم. (حاسم المرزوق، 2008، ص34)

_ اعراض في العينين: مرض السكري سبب رئيسي لاعتلال البصر وينتج عن إصابة الأوعية الدموية

الموجودة في الشبكية، وهو ما يسمى بمرض اعتلال الشبكية السكري، كما تظهر اشكال اخرى لتأثير السكري على العينين مثل: (عمار محمد حواري).

مما سبق نستنتج حجم الاثار التي يخلفها مرض السكري على كل عضو من اعضاء الجسم او على اي جهاز من اجهزته، وهذا يعني ان مرض السكري يخلف اثار جسدية فقط، انما تتعداها الى اثار نفسية سنحاول اختصارها لاحقا في الاكثتاب والضغط النفسية ومرض السكري بحكم الانتشار الواسع لهذه الامراض واقترانها معه.

رابعاً: أنواع وأسباب الإصابة بمرض السكري:

هناك عدة أنواع لمرض السكري، سنتناولها باختصار فيما يلي:

1-مرض السكري (النوع الأول TYPE 1 Diabetes mellities): ويتميز بوجود تحطيم لخلايا بيتا (B)

في البنكرياس التي تفرز الأنسولين (فقدان الأنسولين تماماً في الدم)، بواسطة أضداد ذاتية Auto –

antibodies في الدم المصاب، ويحتاج الشخص منذ البداية الأنسولين لكي يعيش وهو معرض للإصابة

بحماض الدم (tome i rapport, 2012,p12)

- اسباب الإصابة بمرض السكري النوع الاول: هناك عدة اسباب للإصابة بهذا النوع منها:

عوامل بيولوجية:

- **نقص الأنسولين:** يعتبر نقص الأنسولين المسبب الأساسي لداء السكري المعتمد على الأنسولين، ونقص

الأنسولين يأتي من إصابة البنكرياس إما بإصابات معدية أو بأورام حميدة أو خبيثة وقد يكون سبب هذا

النقص اضطراباً في الجينات، أو مناعة ذاتية Aotoimmunity أو اضطراباً في تكوين الأنسولين أو نقصاً

في حساسيته (نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي: 1999، ص 685).

- **الوراثة:** يلعب عامل الوراثة دوراً هاماً في هذا المرض، وقد أشارت عديد من الدراسات والأبحاث إلى أن

عامل الوراثة يؤدي دوراً مهماً في الإصابة بهذا المرض، ولقد أجريت دراسة من قبل الكلية الملكية للأطباء

الممارسين بلندن عن مرض السكري، بين الأقارب من الدرجة الأولى (أباء، أبناء، أحفادهم) على عينة

قوامها 1307 مريض، وقارنوا هذه المجموعة بمجموعة عشوائية من المجتمع مكونة من 809 من الأسوياء، وقد

كانت النتائج على جانب كبير من الأهمية، ففي حالة مرض السكر الذي تم تشخيصه قبل سن 30 من العمر

كانت نسبة الإصابة بين الأقارب تفوق 15 مرة نسبتها في المجتمع العادي، بينما في حالة تشخيص المرض

في سن السبعين فما فوق فإن النسبة انخفضت حتى وصلت إلى 1,5 مرة فقط في ظهور المرض بين

الاقارب، مما يدل على ان الوراثة تلعب دورا مهما في مرض السكر الذي يصيب صغار السن (النوع الاول)، اما كبار السن فظهور المرض يميل اكثر الى العوامل البيئية (محمد نجيب احمد الصبوة وآخرون، 2010، ص 472) كذلك أظهرت البحوث الوبائية التي أجريت على التوائم أن عامل الوراثة عامل قوي لوقوع المرض.

كما ظهر السكري المعتمد على الأنسولين له علاقة بوسمات جينية مثل مستضدات الكريات البيض البشرية (HLA) من نوع B8, B15.

. **المناعة:** هناك بعض المشاهدات التي تدل على ان بعض الأشخاص يصابون بخلل في آلية المناعة ويحتمل بانها تؤثر بإحدى الطريقتين: بطريقة مباشرة، حيث تقوم الخلايا المناعية بمهاجمة الخلايا B المفرزة للأنسولين في شل وظيفتها وتدميرها، او بطريقة غير مباشرة حيث يتمكن الفيروس من الاتحاد بالشفرة الوراثية المختصة بالمناعة وتوجيه صنع الاجسام المضادة ضد الآفات الضارة التي تغزو الجسم، وعندئذ يتمكن الفيروس من خداع هذه الشفرة الوراثية وتوجيهها توجيه خاطئ، لصنع الاجسام المضادة داخل الخلايا المناعية وللتصدي لخلايا B المفرزة للأنسولين، بدلا من التصدي لأعداء الجسم، وبذلك تشل وظيفتها، ثم تسبب تدميرها بعد ذلك بالاشتراك مع الخلايا المناعية المتخصصة في قتل الخلايا المعادية، ويمكن اكتشاف هذه الاجسام المضادة المصنعة بوجه خطأ ضد خلايا الانسولين في دم معظم المصابين بالنمط الاول، وذلك خلال سنة من ظهور اعراض المرض (محمد ابراهيم، ص34) .

2 مرض السكري (النوع الثاني TYPE 2 Diabetes mellities): يتميز بوجود مقاومة للأنسولين من قبل الأنسجة حيث لا تستجيب لها او تلتكؤ البنكرياس في افراز الانسولين. (s .aribi et)

(autres ,2005 ,p10).

-اسباب مرض السكري النوع الثاني:

ينجم النوع الثاني من مرض السكري بين تفاعل بين عوامل وراثية وعوامل بيئية، الا ان معدلات الاصابة به التي تتغير بسرعة، تشير الى ان دور العوامل البيئية دور هام على وجه الخصوص للإصابة بالمرض، وأكبر زيادات تحدث في الاصابة بمرض السكر من النوع الثاني هي تلك التي تحدث في المجتمعات التي شهدت تغيرات رئيسية في نوع الغذاء المستهلك وانخفاضات في مستوى النشاط البدني وزيادات حالات الوزن او البدانة وسنذكر فيما يلي بعضا من هذه الاسباب:

-**البدانة:** في جميع المجتمعات يرتبط الوزن الزائد او البدانة بحدوث زيادة في خطر الاصابة بمرض

السكري النوع الثاني، لاسيما عندما تكون الزيادة في الدهون المخزنة في انسجة الجسم الدهنية موزعة توزيعا، وقد ظهر أن 82 % من السكريين من بين البالغين مصابون بالبدانة. (سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، جنيف 2003، ص 97).

- **العوامل البيئية:** تعتبر هذه العوامل عوامل تساهم في حدوث المرض، وربما كان أهم هذه العوامل هو نمط الحياة life style، ويندرج تحت هذا العامل عدة عوامل كالنشاط البدني، والواجبات الغذائية، وتناول اللحوم ... إلخ (نخبة من أساتذة الجامعات 1999، ص 686).

كما ظهر بأن السكريين يتناولون وجبات أكبر حجما من غيرهم من المرضى، ومن ناحية أخرى فالوجبات التي تحتوي على أطعمة نباتية لها علاقة بمعدلات منخفضة للإصابة بالمرض، وقد تظهر الإصابة نتيجة العدوى ببعض مسببات الأمراض المعدية، مثل الإصابة بفيروس الحصبة الألمانية أو فيروس النكاف. وهناك بعض العوامل المساعدة في ظهور مرض السكري بنوعيه وهي:

-**عوامل نفسية واجتماعية:** عندما يتعرض الإنسان للبرد أو التعب أو القلق أو لخسارة مادية كبيرة يمكن أن يصاب بداء السكري، ولكن السبب الرئيسي لهذه الإصابة، يكمن حتما في الحالة النفسية بحد ذاتها، بل الاستعداد السابق للحالة والموجودة عند الشخص المصاب إذ تأتي الحالة النفسية لتزيد تقاوم الإصابة إلى حد

بعيد وليس إلى إحداثها وذلك من خلال زيادة إفراز الهرمونات مثل الأدرينالين والكورتيزون
المعاكسين للأنسولين (إلياس الأسمر: 1996، ص 10).

- **العمر:** يعتبر العمر كمتغير وبائي ومن أهمها، لأنه يؤثر على معدلات الإصابة بالمرض، إذ ترتفع معدلات الإصابة بالمرض مع زيادة العمر في النمط الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) حتى نجد أن معدل الإصابة تبلغ الذروة عند عمر 10 - 12 سنة، ثم يبدأ في الانخفاض بعد ذلك، أما السكري غير المعتمد على الأنسولين فيصيب فئات العمر التي تزيد على خمسين سنة، وترتفع معدلات الإصابة به للذروة عند سن 60-70 سنة. (نخبة من أساتذة الجامعات: 1999، ص 685)

- **الجنس:** لا توجد فروق إحصائية ذات أهمية بين معدلات الإصابة بالمرض في الذكور والإناث في معظم دول العالم.

- **المكان:** ينتشر المرض في الدول المتقدمة أكثر منه في الدول النامية، وربما كان أهم أسباب الاختلاف التباين في السمات الديمغرافية لها، والاختلاف في أسلوب الحياة وكفاءة التشخيص والتبليغ عن هذا المرض في الدول المتقدمة.

خامسا: العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري

توجد عوامل واضطرابات نفسية ذات علاقة بمرض السكري مثل: الاكتئاب، القلق، والضغط النفسية، والتوافق النفسي... الخ، كما ان ما يصيب الانسان من امراض حادة او مزمنة، او اعاقات، لا تؤثر في الناحية الجسدية فقط، انما في نواحي مختلفة منها: النفسية، والعقلية، والمعرفية، والانفعالية و الاجتماعية، وهناك دراسات تشير الى ان واحد من كل اربعة مرضى السكري يعاني من اضطرابات نفسية، واعراضها بشكل متكرر، خاصة عند الذين يعانون من عدم التحكم في مستوى السكر في الدم

لديهم (ميرفت عايش، 2010، ص38)، وسنتطرق في ما يلي الى اهم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها مرضى السكري:

1- مرض السكري والاكتئاب: يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض

الجسمية المزمنة بصفة عامة ومرض السكر بصفة خاصة، وانتشار الاكتئاب بين مرضى الامراض المزمنة يحظى باهتمام أكلنيكى واسع ،(احمد محمد الحسين هلال)، لان الاكتئاب كاضطراب نفسي احيانا يعيق التشخيص الطبي لهؤلاء المرضى ،حيث ان علاج الامراض النفسية والجسمية باستخدام الادوية قد يتداخل، والاكتئاب كمرض نفسي يحدث نتيجة بعض الاحداث المؤلمة والقلق، وتقل قدرة الفرد على مجارة الحياة اليومية وصعوبة التركيز، وسرعة الانهاك، وتزيد هذه الاعراض عند مرضى الامراض المزمنة، ولقد اوضح roth(1983) ان الاكتئاب المرتبط بمرض عضوي كالسكري تتداخل فيه الاعراض الفسيولوجية.

أما عن العلاقة النوعية بين مرض السكر والاكتئاب فقد حاول الباحثون و الإكلينيكيين في تقاريرهم المبكرة أن يحددوا ما إذا كان مرض السكر يؤدي إلى ارتفاع متزايد في الاكتئاب وقد خرجت هذه الدراسات بالعديد من المضامين الهامة بخصوص هذه العلاقة نذكر منها ما يلي :

- أن الاكتئاب قد يكون طويل المدى ، ومهدد للحياة وهو مرض يفقد الفرد القدرة على أي شيء ، وإن الاضطرابات الكئيبة يصاحبها نوع من العجز الاجتماع وتأثيرها يكون أكثر عمقاً على جودة الحياة ووجود الاكتئاب مصاحباً لمرض السكر يجعل مضاعفات المرض أكثر ويجعل الحياة أكثر قسوة .

- أن الاكتئاب المصاحب للسكر يمكن علاجه بأساليب العلاج النفسي Psycho therapy لأن استخدام مضادات الاكتئاب تعوق مفعول الأنسولين أن الاكتئاب عندما يوجد مصاحباً لمرض السكر فإنه يجعل التحكم في الجلوكوز ضعيف ، ومن الممكن أن يكون التحكم في الجلوكوز عامل هام في تطور الاكتئاب فوجود الاكتئاب يؤدي إلى حالة من الأذعان (المطاوعة) التي تصيب المريض ، وتزيد من ضعف التحكم

ومن الممكن افتراض أن هذه علاقة ثنائية الاتجاه أي أن الاكتئاب يؤثر على التحكم في السكر ، التحكم في السكر يؤثر على الاكتئاب (Jacobson 1986).

ويوضح جاكسون (1986) أيضاً أن الانتشار المتزايد للاكتئاب عند مرضى السكر إنما لا يكون بسبب الإصابة بالمرض ولكن للتأثير العام والضغط المتزايد والتوتر بسبب وجود مرض طبي مزمن وعندما نعقد مقارنات بين عينات مريضة بالسكر والأفراد ذوي الأمراض العضوية المزمنة الأخرى مثل أمراض القلب والرئة فإن معدل انتشار الاكتئاب بين مرضى السكر يكون متقارباً مع معدل وجوده عند هؤلاء المرضى.

وأيضاً أثبتت دراسة (Roy 1994) أن الاضطرابات النفسية والمشكلات الاجتماعية

تظهر أكثر بين مرضى السكر المعتمدين على الأنسولين و تبيّن ذلك من خلال مقارنة مجموعة من مرضى السكري المعتمدين على الأنسولين مع مجموعة أصحاء وتطبيق مقياس سبيك، وكان نتيجة الاكتئاب عند مرضى السكر أعلى من تلك لأصحاء.

طبيعة مرضى السكرى كمريض مزمن تجعل انتشار الاكتئاب واضطرابات نفسية أخرى

أكبر حيث يعاني المريض بوضوح بصورة مبرهنة من أعراض متنوعة ومنحنا الأنسولين وأخذ

العلاج، وإتباع نظام غذائي الأمر الذي يؤثر عليهم على المدى الطويل.

2- مرض السكري والضغط النفسية:

الضغط هي مثيرات تتطلب من الفرد ان يتكيف معها، والضغط تعيق الفرد من تحقيق اهدافه واشباع

حاجياته، وهي تؤثر على الانسان بطرق مختلفة، وتأثيرها يختلف من فرد الى اخر (محارب

ابراهيم، 1993)، وقد اجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغط بمرض السكري، حيث نظر اليها البعض

انها سبب المرض فقد أوضح موريس عطيه (1993) أن كثير من الأقوال تردد أن السكر لم يصيب كثيرا

من الناس إلا بعد صدمة فجائية في حياته كوفاة قريب عزيز أو حادث سيارة مروع أو افلاس تجارى ولكنه

يوضح أن ربط السكر بهذه الصدمات لا يكون بصورة مباشرة حيث أن الدور الأول للاستعداد الوراثي ، وأن

الأثر الأكبر لهذه الصدمات يكون في التعجيل بظهور المرض قبل أوانه أو دفعه إلى الظهور بصورة عابرة.

(موريس عطية، 1993، ص 24)، وبمتابعة هؤلاء المرضى نجد أن السكر قد يغيب تلقائياً بعد زوال

الضغوط الفجائية من عند هؤلاء الذين يستطيعون الحفاظ على لياقة أجسامهم.

وأشار MICHEAL (1998) ان الضغوط اليومية او مشاكل العمل او الضغوط الاسرية، او الاوضاع

الاقتصادية السيئة التي يتعرض لها مريض السكري، تؤثر بشكل سلبي حاد على مستوى السكر في الدم

وكلما زادت هذه الضغوط كلما زاد مستوى السكر في الدم.

ويضيف ريتشارد RICHARD (1995) الى تلك الضغوط امورا اخرى، تتولد لدى المريض نتيجة عدم تفهم

الاخرين لطبيعة مرضه وخبرته مع مرضه، وايضا خوف المريض من المضاعفات المستقبلية للمرض وهذه

الامور تشكل زيادة في الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري وتؤثر عليه سلبا.

والانفعالات النفسية تؤدي الى افراز الادرينالين والنور ادرينالين من الغدة الكظرية وهذا يرفع مستوى السكر

في الدم، وتأثيرات الانفعالات النفسية تختلف تبعا لاختلاف الضغوط التي يتعرض لها مريض السكري،

ومدى حدتها وتأثيرها على مستوى السكر في الدم مؤدية الى ظهور اعراض جسدية مختلفة منها: سرعة

نبضات القلب، سرعة التنفس وزيادة افراز العرق والعصبية لأتفه الاسباب وغيرها من المشاكل الصحية

المتربة على مرض السكري.

وتشير الدراسات الى ان مرضى السكري يجب ان يبتعدوا عن الانفعالات والضغوطات النفسية لتأثيرها

السلبى على صحتهم، وكذلك يجب على مريض السكري ان يتعايش مع مرضه ووضعه الصحي والعائلي

والاجتماعي، بالطريقة الملائمة والمناسبة لطبيعة مرضه.

سادسا: شخصية المصاب بالسكري

تشير الدراسات النفسية إلى أن شخصية مريض السكري تتصف بالسمات التالية:

- التردد مع ترك الآخرين يتخذون القرارات عوضا عنه، ونادرا ما يقوم بعمل شيء دون أخطاء أو تامل
(فيصل الزراد، 2000، ص 389)، ومعظم هؤلاء يعانون في طفولتهم الصراع بين الاستياء من الآباء والخضوع لهم، ومعظم مرضى السكر كانوا أطفالا مدللين، كما أشارت هذه الدراسة إلى أن مرضى البول السكري كانت أمهاتهم تسيطر عليهم، وهم يميلون إلى السلبية في مجال الجنس، ولذلك يكون زواجهم مخيبا للأمل في معظم الحالات، ومريض السكر يرغب في أن يعامل ويدل كطفل لا كرجل أو زوج.

وتفسر سلبية مرضى البول السكري بأنها مظهر لرغبتهم القوية في العودة إلى حالة من الطفولة المبكرة التي تتسم بحنين شديد إلى إطعام الآخرين لهم، وهذا الحنين يطلق كميات كبيرة من السكر في الدم، ولما كان الفرد عاجزا عن إشباع رغباته الطفولية الفمية فقد يطلق دون وعي، ذلك الطعام الذي يريده في مستودعات السكر في جسده.

سابعا: علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري

أن متغيري مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية أصبحا من المفاهيم أو المتغيرات الوسطية بين الفرد وسلوكه الصحي وأن توقع نتائج سلوكه العام والصحي خاصة يكون انطلاقا من معتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته، بمعنى آخر أن صحة الفرد تتوقف بالدرجة الأولى على مدى اعتقاده بأنه المسؤول عن صحته (ضبط داخلي) أو أن الحظ والصدفة وقوة الآخرين هي المسؤولة عن صحته (ضبط خارجي) هذا من جهة، ومن جهة أخرى وحسب نظرية فاعلية الذات لباندورا Bandura فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات والممارسة الفعالة لسلوكيات الصحة الايجابية أي عندما تصبح فاعلية أو كفاءة الذات متغير أساسي في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد.

وترى نظرية فعالية الذات أن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية يتم وفق شرطين أساسين هما:

توقعات الفاعلية Efficacy Expectancy وهي خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك, ويعني القدرة

المدركة على أداء السلوك مثلاً: "هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب", **وتوقع النتيجة**

Outcoma expectancy وهي خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه, ويعني كذلك الاعتقاد بأن السلوك

سيحقق النتائج الإيجابية مثلاً: "هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية"

(عثمان يخلف, 2001, ص 103), وبعبارة أخرى فإن فعالية الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ

السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة فيه تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات

التي قد يواجهها في حياته اليومية.

وكما نعلم أن المرض المزمن (السكري خاصة) من الأمراض التي يصعب الشفاء منها تماماً, فهي تبقى

ملازمة للشخص طوال حياته ويصعب تحديه, ويعتبر السكري من أكثر أمراض الاستقلاب انتشاراً خاصة

في الدول المتقدمة, وهناك تباين في معدلات الانتشار بين هذه الدول (نخبة من أساتذة الجامعات: 1999,

ص 684), حيث تتأثر معدلات الانتشار بالحالة الاقتصادية ومستوى التعليم ومدى توافر كفاءة الخدمات

الصحية, ويتراوح معدل انتشار المرض بين البالغين من 2 - 5%, ولقد لوحظ أن التغيير في أسلوب

وطريقة الحياة قد أثر على معدلات الانتشار من خلال السلوكيات غير الصحية التي يتبعها مريض السكري

في حياته, لذلك لابد وأن يهيئ نفسه وعقله وسلوكه لقبول هذه الحقيقة الواقعة وأن يشعر بالرضا والتكيف

والتوافق والتعايش مع المرض وأن تكون خطته في العلاج طويلة المدى فلا ينسى في أية لحظة من

اللحظات أنه مريض السكر, ومريض السكر يجب أن يعود نفسه على أنه طبيب نفسه أي عليه تنمية

اعتقاده في أنه المسئول عن صحته من خلال اتباع السلوكيات الصحية المقدمة إليه من طرف الطبيب

والممرض أو من طرف الاخصائيين في التغذية من أجل المحافظة على سلامته للسيطرة على وللد من

مضاعفاته، ولن يتأتى له هذا الا بإيمانه في قدرته انه بإمكانه تجاوز هذه الصعوبة ونعني بها المرض من خلال تنفيذه للسلوكيات الصحية المقدمة اليه من طرف المسؤولين عن تقديم خدمات صحية له.

الفصل السادس:

إجراءات و أدوات الدراسة

أولاً: التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة

ثانياً: منهج الدراسة

ثالثاً: حدود الدراسة

رابعاً: عينة الدراسة

1- عينة الدراسة الاستطلاعية

أ- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

ب- أدوات الدراسة الاستطلاعية

ج- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية

2- عينة الدراسة الأساسية

أ- خصائص عينة الدراسة الأساسية

ب- أدوات الدراسة الأساسية

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة

أولاً: التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة:

- 1- مصدر الضبط الصحي الداخلي: تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الارقام التالية:17،13،12،8،6،1 من مقياس مصدر الضبط الصحي، الى درجة مصدر الضبط الصحي الداخلي لدى الفرد.
 - 2- مصدر الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين): تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الارقام التالية:18،14،10،14،7،5،3 من مقياس مصدر الضبط الصحي، الى درجة مصدر الضبط الخارجي (نفوذ الاخرين) لدى الفرد.
 - 3- مصدر الضبط الصحي الخارجي (الحظ، والصدفة): تشير الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود التي تحمل الارقام التالية:16،15،11،9،4،2 من مقياس مصدر الضبط الصحي، الى درجة مصدر الضبط الصحي الخارجي (الحظ والصدفة) لدى الفرد.
 - 4- الكفاءة الذاتية: تعبر الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية على درجة الكفاءة الذاتية التي يتمتع بها افراد العينة.
 - 5- السلوك الصحي: تعبر الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس السلوك الصحي على درجة السلوك الصحي الذي يتبعه افراد العينة.
- ثانياً: منهج الدراسة:

الدراسة الحالية تسعى إلى الكشف عن العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، بالسلوك الصحي تبعا لمتغيرات الدراسة المحددة في تساؤلات وفرضيات الدراسة (السن، ومدة الاصابة) ومعرفة فيما إذا كانت هناك فروق في هذه المتغيرات تبعا (للجنس، والمستوى التعليمي) فإن المنهج الذي تم

اعتماده في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي بنوعيه الارتباطي والفارقي او المقارن لكونه الملائم لمثل هذه الدراسة.

ثالثا: حدود الدراسة: تتمثل حدود الدراسة بالإطار الزمني لتنفيذها والذي كان خلال السنة الجامعية 2013/2014، ومكان اجرائها المحدد في مدينة باتنة، وبحجم العينة والتي استهدفت 102 فردا من مرضى السكري النوع الاول، وبالقدرة التنبؤية لبنود المقاييس المستخدمة لقياس مصدر الضبط الصحي، والكفاءة الذاتية والسلوك الصحي للإجابة عن التساؤلات المطروحة في هذا البحث.

رابعا: عينة الدراسة:

1- عينة الدراسة الاستطلاعية: لدراسة الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية، تم اختيار عينة استطلاعية بطريقة عرضية، قوامها 58 فردا من مرضى السكري النوع الاول، من الجنسين، وتراوح المدى العمري للعينة ككل بين 18 و 85 سنة بمتوسط عمري قدره 53,20. وقد بلغ عدد الاناث 30 وتراوح المدى العمري لهن بين 19 و 75 سنة، بمتوسط عمري قدره 47,63. اما الذكور فقد بلغ عددهم 28 ذكرا وتراوح المدى العمري لهم بين 18 و 85 سنة بمتوسط عمري قدره 53,20 وفي ما يلي سنعرض جداول لخصائص العينة حسب متغير الجنس والسن، المستوى التعليمي، ومدة الإصابة.

أ . خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

- خصائص العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس والسن

جدول رقم(06): يوضح خصائص العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس والسن

النسبة المئوية	المجموع	إناث	ذكور	الجنس السن
22.42%	13	11	02	40 - 18
46.55%	27	12	15	63 - 41
31.01%	18	07	11	86 - 64
100%	58	30	28	المجموع
	100%	51.72%	48.28%	النسبة المئوية

نلاحظ من خلال الجدول ان 27 فردا من العينة اي بنسبة 46.55% تراوحت اعمارهم بين 41 وهي 63 سنة وتمثل أكبر نسبة بالنسبة للعينة ككل وان 18 فردا من العينة اي بنسبة 31.01% اعمارهم بين 64 و 86 سنة، وان 13 من العينة اي بنسبة 22,42% كانت اعمارهم بين 18 و 40 سنة وهي الاقل عددا بالنسبة للعينة ككل.

- خصائص العينة الاستطلاعية حسب متغير المستوى التعليمي:

جدول رقم(07): يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب مستواهم التعليمي

النسبة المئوية	المجموع	إناث		ذكور		الجنس المستوى التعليمي
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
51,72%	30	46,67%	14	57.14%	16	أمي
8,62%	05	6,66%	02	10,71%	03	ابتدائي
10,34%	06	16,67%	05	3,58%	01	متوسط
13,80%	08	10%	03	17,86%	05	ثانوي
15,52%	09	20%	06	10,71%	03	جامعي
100%	58	100%	30	100%	28	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول ان 30 فردا من العينة اي بنسبة 51,72 % مستواهم التعليمي امي وهي الفئة الأكثر تواجدا، ثم تليها نسبة الجامعيين ب 15,52%، ثم تليها نسبة الثانويين ب 13,80%، ونسبة المتوسط ب 10,34%، و اخيرا نسبة فئة الابتدائي قدرت ب 08,62% من العينة الكلية وهي العينة الاقل توجدا.

-خصائص العينة الاستطلاعية حسب متغير مدة المرض:

جدول رقم 08: يوضح توزيع العينة الاستطلاعية حسب مدة المرض (الازمان)

النسبة المئوية	المجموع	الجنس		مدة المرض بالسنوات
		إناث	ذكور	
%01,72	01	00	01	اقل من عام
%81,03	47	24	23	1 - 15
%17,25	10	06	04	16 - 30
%100	58	30	28	المجموع
	%100	%51,72	%48,28	النسبة المئوية

من الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة 81,03% من افراد العينة، تتراوح مدة اصابتهم بمرض السكري ما بين 01 و15 سنة وهي تمثل أكبر نسبة تواجد بالنسبة للعينة ككل من ناحية مدة الاصابة، وان 17,25% من افراد العينة مدة اصابتهم كانت بين 16 و30 سنة، في حين نجد ان عدد الافراد المصابين بالسكري النوع الاول وكانت اقل من سنة، نجد فردا واحدا من العينة.

ب . ادوات الدراسة الاستطلاعية:

استخدمت الباحثة في هذه الدراسة استبيان من اعداد الباحثة وهو: استبيان لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، مقياس لقياس مصدر الضبط الصحي ومقياس الكفاءة الذاتية العامة.

1. مقياس مصدر الضبط الصحي:

التعريف بالمقياس: لقد تم الاعتماد في هذه الدراسة الميدانية على مقياس مصدر الضبط الصحي الذي اعده والستون (Wallston&all, 1976-1978) ، والذي كيفه وقننه على البيئة الجزائرية جبالى نور الدين (احمان لبنى 2012، ص159)، وهو من اهم مقاييس مصدر الضبط النوعية استخدمها في مجال الصحة وعلم النفس.

ويهدف مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الابعاد الى قياس وكشف تقديرات الفرد الذاتية حول صحته، بحيث يميل الافراد الى الاعتقاد بدورهم الشخصي في مقاومة المرض (ضبط داخلي)، بينما يعتقد الاخرون في القدر وتأثير الاخرين كالأطباء وأفراد عائلاتهم في تحديد صحتهم ومرضهم. ويتكون الاستبيان من 18 عبارة، تقيس ثلاثة أبعاد كالاتي:

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

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

◀ **بعد الحظ:** العبارات الخاصة به: 2، 4، 9، 11، 15، 16.

طريقة التصحيح: وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات خمس:

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

موافق تماما (5 نقاط) غير موافق (2نقاط) غير متأكد(3نقاط)

موافق (4 نقاط) غير موافق تماما(1نقطة)

تعلیمة الاستبيان:

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض.

اقرأ كل عبارة على حدي جيدا، والمطلوب منك تحديد الاجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

ارجو ان تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة دون اجابة، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن اجابتك عن العبارة السابقة. اجب بصراحة وصدق لان هذا يخدم البحث العلمي، تأكد ان اجابتك تبقى موضع سرية.

2-مقياس الكفاءة الذاتية العامة:

التعريف بالمقياس:

تشير المراجع المتخصصة حول القياس التشخيصي لتوقعات الكفاءة الذاتية، الى وجود صعوبة في التفسير الواضح لهذا البناء من ناحية القياس النفسي له، وتتبع هذه الصعوبة من كون الامر يتعلق بقناعات فردية ذاتية وليس هناك من وسيلة ملائمة لذلك سوى الاستبانة، ومنذ 1981 يعمل شفارتسر ومجموعته في جامعة برلين الحرة في المانيا على تطوير اداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية لتتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف، عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط. وقد اشتملت هذه الاداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة و النزوعيةdispositional(سامر حميل رضوان، 1997، ص 25-51)

ويشير جيروزيليم وشفارتسر، الى ان سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات امكانات الضبط الذاتي او توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية ومواقف الانجاز، بتعبير اخر يقيس السلم مسألة التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من مشكلات الحياة.

احتوى السلم المطور في عام 1981 على 20 بندا تم تخفيضها في عام 1986 الى عشرة بنود فقط وسمي "توقعات الكفاءة الذاتية العامة"، وعلى الرغم من ان صيغة العشرة بنود تعتبر اقتصادية، إلا انه أفقد الاستبانة جزءا من ثباتها وموثوقيتها كما يرى معد الاستبانة. وقد ترجمت هذه الصيغة المختصرة الى أكثر من 15 لغة كالإنجليزية، والفرنسية، والهنغارية، والتركية والتشيكية، والصينية واليابانية، وموثوقيتها عالية، اذ يتراوح معامل الارتباط الفا كرونباخ (0,93-0,74) في قياس الثبات.

وينصح معد الاستبانة باستخدامها لدراسة متغيرات تتعلق بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتسم بصفات العمومية والتفسير، والتنبؤ بأنماط السلوك والخبرة الممكنة مثل: سلوك المتعلم، والانجاز المدرسي، وسلوك العمل، والانجاز المهني والسلوك الصحي، واللياقة البدنية والصحة النفسية.

مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر حميل رضوان:

قام الباحث بأخذ موافقة من مطوري الاستبانة، على اعداد نسخة باللغة العربية واختبارها على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي تتضمنها الاستبانة عن اللغة الالمانية الى اللغة العربية، وترجمت الصيغة الانجليزية من الاستبانة نفسها من قبل متخصص في اللغة الانجليزية، بهدف اجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، واستيضاح مدى دقة الترجمة واستيفائها للمعنى، حيث تم بنتيجة ذلك اجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات او الكلمات، بعد ذلك عرضت الاستبانة على مجموعة من المتخصصين وغير المتخصصين الذين ابدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى وإمكانية التطبيق. ولم تجر بنتيجة ذلك تعديلات جوهرية تذكر حيث اجمعت الآراء على صلاحية الاستبانة (صدق المحتوى)، ويقترح مؤلف الاستبانة عدم الترجمة الحرفية لبنود الاستبانة الى اللبئات الاخرى، والى عدم الاقتصار على المعنى السطحي له، وإنما اخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار وإعطاء المعنى الجوهري المتناسب مع كل ثقافة على حده. (سامر حميل رضوان، 1997، ص 25-51)

وتتألف الاستبانة في صيغتها الاصلية من عشرة بنود يطلب فيها من المفحوص اختيار امكانية الاجابة وفق متدرج يبدأ من (لا، نادرا، غالبا، دائما).

تصحيح المقياس: وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات أربع:

لا، نادرا، غالبا، دائما، ويتم تصحيح الإجابات كما يلي:

لا (1 نقطة) نادرا(2نقاط)

غالبا(3 نقاط) دائما(4نقاط)

ويتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و40، حيث تشير الدرجة المنخفضة على انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية العامة، والدرجة العالية الى ارتفاع في توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

تعليمة المقياس:

امامك عدد من العبارات التي يمكن ان تصف أي شخص، اقرا كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه

عام، وذلك بوضع علامة(x) امام كلمة واحدة فقط مما يلي : (لا)، (نادرا)، (غالبا)، (دائما)

ليس هناك اجابة صحيحة واجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة، اجب بسرعة ولا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة، ولا تترك اي عبارة دون اجابة.

3-استبيان السلوك الصحي:

التعريف بالاستبيان: تم تصميم هذا الاستبيان من طرف الباحثة بهدف قياس السلوك الصحي لدى مرضى

السكري النوع الاول، ولإعداد هذا الاستبيان تم الاعتماد على ما يلي:

. الاعتماد على المراجع والكتب العلمية الخاصة بالموضوع، بالإضافة الى الاطلاع على مجموعة من

الاختبارات والمقاييس الخاصة بالسلوك الصحي، والصحة العامة ومن أبرزها:

. اختبار الصحة العامة من اعداد: D.Goldberg and P. Williams 1981 تعريب هدى جعفر حسن

(قسم علم النفس جامعة الكويت 1999).

. قائمة انماط السلوك الصحي (مايسة محمد شكري)

. مقياس حول الصحة والسلوك (لسامر جميل رضوان)

. مقياس الصبوة للسلوك الصحي.

بعد اطلاعنا على هذه المقاييس اعددنا استبيان السلوك الصحي الخاص بمرضى السكري النوع الاول،

وعرضنا الصورة المبدئية للمقياس على مجموعة من اساتذة قسم علم النفس، وبعض الاطباء المختصين

بمرض السكري وذلك من اجل ابداء آرائهم، حول النقاط التالية:

. مدى مناسبة وشمولية متغيرات البيانات الاولية.

. مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات.

. مدى انتماء كل عبارة لمحورها.

وفي ضوء الملاحظات التي ابدتها الاساتذة، قامت الباحثة بإجراء التعديلات اللازمة والتي اتفق معظم

الاساتذة على تعديلها وكذا تعديل صياغة بعض العبارات ويحتوي الاستبيان في صورته المعدلة على 38 بنداً

موزعة على 4 ابعاد وهي:

1. بعد الغذاء والصحة:

البنود: 1،4،7،10،11،17،29

2. بعد النشاط الحركي او البدني:

البنود: 2،5،9،12،18،27

3. بعد الالتزام بالتعليمات الطبية:

ا. متابعة العلاج: 22،23،24،25،30،38

ب متابعة التحاليل الطبية: 14،28،31،32،33،35،36،37

4. بعد السلوك الصحي العام:

البنود: 3،6،8،13،15،16،19،20،21،26،34

ويشمل الاستبيان كذلك على متغيرات ديموغرافية السن، الجنس، المهنة، المستوى التعليمي الحالة

الاجتماعية، ومدة الاصابة(الازمان).

طريقة التصحيح: تصحح الاجابات كلها في اتجاه واحد، يمنح:

درجة(0) للبديل (لا) درجة(2)للبديل(احيانا)

درجة(1) للبديل(نادرا) درجة(3)للبديل(غالبا)

وارتفاع الدرجة يعني ارتفاع ممارسة السلوك الصحي والعكس صحيح.

تعلیمة الاستبيان: تم وضع تعلیمة للاستبيان تضمنت ما يلي:

فيما يلي مجموعة من العبارات نتحدث عن اسلوبك في ممارسة السلوك الذي يفيد صحتك، المطلوب منك، ان تقرأ كل عبارة جيدا، ثم حدد الاجابة التي تتناسب وسلوكياتك وذلك بوضع اشارة (X) داخل الخانة التي تناسبك.

ارجو ان تجيب على كل العبارات بصدق وصراحة ولا تترك عبارة دون اجابة لان هذا يخدم البحث العلمي.

ج - الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية:

1- مقياس مصدر الضبط الصحي:

الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية:

- ثبات المقياس:

قامت الباحثة بإعادة حساب ثبات المقياس على العينة الاستطلاعية، وكان قبل ذلك قد قام (جباري نور الدين، 2007) بحساب ثبات المقياس على العينة الجزائرية من خلال طريقة الاتساق الداخلي (ألفا لكرومباخ)، وطريقة التجزئة النصفية، ووجد ان المقياس يتميز بثبات عالي.

وقد جاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (09): يوضح معاملات الثبات لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي في البيئة الجزائرية وذلك عن طريق

معامل ألفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان

معامل الارتباط	معامل ألفا	البعد
0.76	0,67	الداخلي

0.43	0.37	الحظ
0.77	0.66	نفوذ الآخرين

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده.

-**صدق المقياس:** قامت الباحثة بإعادة حساب صدق المقياس على العينة الاستطلاعية بطريقتين هما: صدق التكوين والصدق التمييزي.

✓ **صدق التكوين:** وتم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند والمقياس الفرعي الذي ينتمي إليه، والجدول التالي توضح معاملات الارتباط المحسوبة.

جدول رقم (10): يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي والدرجة الكلية للبعد.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.71	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض.
0.01	0.58	أعتقد أنني متحكم في صحتي.
0.01	0.42	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض.
0.01	0.83	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي
0.01	0.71	إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض
0.01	0.56	يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسي.

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01. وقد تراوحت قيمتها بين 0.42 و0.83.

جدول رقم (11): يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الحظ والدرجة الكلية للبعد.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.05	0.22	إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه.
0.01	0.74	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة.
0.01	0.44	يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض.
0.01	0.55	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة.
0.01	0.48	أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مما بذلت لتفاديه.
0.01	0.47	القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة.

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01. وقد تراوحت قيمتها بين

0.44 و 0.74، ما عدا البند الثاني فمعامل الارتباط كان دالا عند مستوى 0,05، وبلغت قيمته 0,22.

جدول رقم (12): بوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد نفوذ الآخرين والدرجة الكلية للبعد.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البنود
0.01	0.79	المدائمة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض.
0.01	0.44	عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا.
0.01	0.39	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما.
0.01	0.70	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي.
0.01	0.70	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء الأقارب الأصدقاء...)
0.01	0.64	إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي

يتضح من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى الدلالة 0.01. وقد تراوحت قيمتها بين 0.39 و 0.70.

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

✓ **الصدق التمييزي:** بعد ترتيب درجات الأفراد على كل بعد تنازليا تم اختيار مجموعتين على طرفي

المنحنى، ويمثلان 27% لكل مجموعة، بواقع 16 فردا لكل مجموعة، وتم بعدها حساب الفروق بين

متوسطات المجموعتين العليا والدنيا. كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (13): يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة الدنيا والفئة العليا في بعد الضبط الداخلي.

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدنيا	18,75	2,64	28,34	0.01
العليا	18,75	2,64		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة الدنيا ومتوسطات الفئة العليا على بعد

الضبط الداخلي، حيث بلغت قيمة ت 28,34، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم (14): يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة الدنيا والفئة العليا على بعد ضبط الحظ

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة

0.01	38,34	1.49	14,31	الدنيا
		1.77	23,31	العليا

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة الدنيا ومتوسطات الفئة العليا على بعد ضبط الحظ، حيث بلغت قيمة (ت) 38.34، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

جدول رقم 15: يوضح قيمة (ت) بين متوسطات الفئة الدنيا والفئة العليا على بعد نفوذ الآخرين

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	مستوى الدلالة
الدنيا	18.43	3.03	24.32	0.01
العليا	28,25	1.06		

يتضح من خلال الجدول وجود فروق جوهرية بين متوسطات الفئة العليا ومتوسطات الفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين، حيث بلغت قيمة ت 24.32، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

من خلال ما سبق يتبين تمتع المقياس بأبعاده الثلاث بالصدق التمييزي وتمتعه بقابلية التمييز بين المجموعتين المتناقضتين.

2-مقياس الكفاءة الذاتية:

الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الاصلية:

ثبات المقياس:

في البيئة الألمانية: يتراوح معامل الارتباط الفا كرونباخ بين (0.74 و0.93)، مما يشير الى تمتع المقياس بثبات مرتفع.

في البيئة العربية: لبيان مدى ثبات المقياس تم تطبيقه في فترتين مختلفتين، من طرف الباحث سامر جميل رضوان، يفصل بينهما 6 اسابيع على عينة مكونة من 37 مفحوص بواقع 20 انثى، 17 ذكرا، وأسفر حساب معامل الارتباط بين درجة التطبيقين عن معامل مقداره (0,71). (سامر جميل رضوان، 1997، ص 25-

(51)

صدق المقياس:

في البيئة الألمانية:

يتربط السلم مع متغيرات عديدة ترابطات ايجابية وسلبية، فمعامل الترابط مع

الانقباض (0.49)، والانطواء (-0.64)، والعصابية (-0.42)، والامل بالنجاح (0.46)، والخوف من الفشل (-0.54)، ومع مشاعر القيمة الذاتية (0.52) والقلق العام (-0.54) ومع قلق الانجاز (-0.42)، ومع الخجل (-0.58) والفضول (0.44)، وقناعات الضبط الداخلية (0.40).

في البيئة العربية: تم حساب الصدق من طرف الباحث سامر جميل رضوان عن طريق الاتساق الداخلي،

فكانت معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية للمقياس كما يلي:

0.83/0.83/0.83/0.83/0.82/0.84/0.82/0.82/0.82/0.82/0.82 وهي جميعها دالة عند 0.01.

-الخصائص السيكو مترية للمقياس في البيئة المحلية:

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس من طرف الباحثة بطريقتين هما: معامل الثبات الفا كرونباخ، والتجزئة النصفية

جدول رقم(16) يوضح معامل الثبات لمقياس الكفاءة الذاتية وذلك عن طريق معامل الفا والتجزئة النصفية بعد تصحيحها

باستخدام معادلة سبيرمان

معامل التجزئة النصفية	الفا كرونباخ
0.86	0.90

يتضح من الجدول ارتفاع معاملات ثبات المقياس سواء بمعامل الفا كرونباخ او عن طريق التجزئة النصفية حيث تراوحت معاملات الثبات بين (0.86 و0.90)، مما يشير الى تمتع المقياس بثبات مرتفع.

صدق المقياس: قامت الباحثة بحساب صدق المقياس عن طريق الاتساق الداخلي من خلال حساب

معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس، والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم(17) يوضح معاملات الارتباط بين درجة البنود والدرجة الكلية للمقياس

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العبارة رقم 01	0.70 **	0.01
العبارة رقم 02	0.66 **	0.01
العبارة رقم 03	0.74 **	0.01
العبارة رقم 04	0.79 **	0.01
العبارة رقم 05	0.71 **	0.01
العبارة رقم 06	0.64 **	0.01

0.01	0.83**	العبارة رقم 07
0.01	0.79**	العبارة رقم 08
0.01	0.77**	العبارة رقم 09
0.01	0.76**	العبارة رقم 10

نلاحظ من خلال الجدول ان كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وتراوح معاملات الارتباط بين 0.64 و0.83، وعليه فان المقياس يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي بين البنود والدرجة الكلية للمقياس وعليه فإننا نستنتج ان المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به.

3- استبيان السلوك الصحي:

- صدق الاستبيان:

تم حساب صدق الابعاد باستخدام طريقة الاتساق الداخلي، وذلك من خلال حساب معامل الارتباط الخطي ل كارل بيرسون بين البنود والدرجة الكلية للبعد، ولقد قمنا بحساب صدق وثبات كل بعد على حدي، وذلك للتأكد أكثر من صدق البنود وثبات الاستبيان، وفي هذا المقياس ما يهم هو الدرجة الكلية للاستبيان وليس الدرجة على كل بعد (وهذا ما يخدم فرضيات الدراسة).

وقد كانت النتائج على النحو الموضح في الجداول التالية:

- صدق الابعاد:

- صدق البعد الاول (بعد الغذاء والصحة): وتمثله البنود التالية: 1،4،7،10،11،17،29

جدول رقم (18) يوضح معاملات الارتباط بين بنود البعد الاول (بعد الغذاء والصحة) والدرجة الكلية للمحور

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
--------	----------------	---------------

0,01	0.77**	العبارة رقم 01
0,01	0.56**	العبارة رقم 04
0,01	0.41**	العبارة رقم 07
0,01	0.62**	العبارة رقم 10
0,01	0.54**	العبارة رقم 11
0,01	0.69**	العبارة رقم 17
0,01	0.58**	العبارة رقم 29

نلاحظ من خلال الجدول ان كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 و تراوحت معاملات الارتباط بين 0,41 و 0,71، وهذا يعني انه يوجد نوع من الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للبعد.

-صدق الهمد الثاني (بعد النشاط الحركي او البدني): وتمثله البنود التالية: 2,5,9,12,18,27

جدول رقم(19) يوضح معاملات الارتباط بين بنود الهمد الثاني (بعد النشاط الحركي او البدني) والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العبارة رقم 02	0.92**	0,01
العبارة رقم 05	0.84**	0,01
العبارة رقم 09	0.92**	0,01
العبارة رقم 12	0.91**	0,01
العبارة رقم 18	0.71**	0,01
العبارة رقم 19	0.86**	0,01

نلاحظ من خلال الجدول ان كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وتراوح معاملات الارتباط بين 0.71 و 0.92، وهذا يعني انه يوجد نوع من الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للبعد.

-صدق البعد الثالث: وهو يتضمن بعدين فرعيين وهما:

أ . بعد متابعة العلاج: وتمثله البنود التالية: 22، 23، 24، 25، 30، 38

جدول رقم(20) يوضح معاملات الارتباط بين بنود البعد الثالث (أ . بعد متابعة العلاج) والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العبارة رقم 22	0.56**	0,01
العبارة رقم 23	0.09	غير دال عند اي مستوى
العبارة رقم 24	0.59**	0,01
العبارة رقم 25	0.43**	0,01
العبارة رقم 30	0.31**	0,05
العبارة رقم 38	0.58**	0,01

نلاحظ من خلال الجدول ان معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وهذا بالنسبة للعبارات (22، 24، 25، 38)، ودالة عند مستوى 0.05 بالنسبة للعبارة (30)، اما بالنسبة للعبارة او البند (23) فهو غير دال عند اي مستوى، وهذا يعني ان البعد يتميز بنوع من الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للبعد.

ب . بعد متابعة التحاليل الطبية: وتمثله البنود التالية: 14، 28، 31، 32، 33، 34، 36، 37

جدول رقم(21) يوضح معاملات الارتباط بين بنود البعد الثالث (ب . بعد متابعة التحاليل الطبية)

والدرجة الكلية للمحور

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العبارة رقم 14	0.66**	0,01
العبارة رقم 28	0.81**	0,01
العبارة رقم 31	0.74**	0,01
العبارة رقم 32	0.40**	0,01
العبارة رقم 33	0.75**	0,01
العبارة رقم 34	0.74**	0,01
العبارة رقم 36	0.69**	0,01
العبارة رقم 37	0.79**	0,01

نلاحظ من خلال الجدول ان كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وتراوح معاملات الارتباط بين

0.40 و 0.81، وهذا يعني انه يوجد نوع من الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للبعد.

نستنتج بالنسبة لهذا المحور (3) انه يتميز بنوع من الاتساق الداخلي.

-صدق البعد الرابع (بعد السلوك الصحي العام):

وتمثله البنود التالية: 3، 6، 8، 13، 15، 16، 35، 26، 21، 20، 19،

جدول رقم (22) يوضح معاملات الارتباط بين بنود البعد الرابع (بعد السلوك الصحي العام) والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
--------	----------------	---------------

0,01	0.71**	العبرة رقم 03
0,01	0.73**	العبرة رقم 06
0,01	0.59**	العبرة رقم 08
0,01	0.85**	العبرة رقم 13
0,01	0.70**	العبرة رقم 15
0,01	0.74**	العبرة رقم 16
0,01	0.62**	العبرة رقم 19
غير دال	0.07**	العبرة رقم 20
0,01	0.59**	العبرة رقم 21
0,01	0.76**	العبرة رقم 26
0,01	0.65**	العبرة رقم 35

نلاحظ من خلال الجدول ان معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وهذا بالنسبة للعبارات (03، 06، 08، 13، 15، 16، 19، 21، 26، 35)، تراوحت معاملات الارتباط بين 0.59 و 0.85 ودالة عند مستوى 0.05 بالنسبة للعبرة (30)، اما بالنسبة للعبرة او البنود (02) فهي غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني ان الاعداد يتميز بنوع من الاتساق الداخلي بين كل بند والدرجة الكلية للبعد.

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

صدق الاستبيان: تم حساب صدق المقياس عن طريق الاتساق الداخلي، من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس والنتائج موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (23) يوضح معاملات الارتباط بين درجة البنود والدرجة الكلية للمقياس

البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البنود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
العبارة رقم 01	0.66**	0.01	العبارة رقم 20	0.07**	0.01
العبارة رقم 02	0.73**	0.01	العبارة رقم 21	0.56**	0.01
العبارة رقم 03	0.67**	0.01	العبارة رقم 22	0.52**	0.01
العبارة رقم 04	0.47**	0.01	العبارة رقم 23	0.05**	0.01
العبارة رقم 05	0.70**	0.01	العبارة رقم 24	0.17**	0.01
العبارة رقم 06	0.66**	0.01	العبارة رقم 25	0.05**	0.01
العبارة رقم 07	0.34**	0.01	العبارة رقم 26	0.73**	0.01
العبارة رقم 08	0.53**	0.01	العبارة رقم 27	0.77**	0.01
العبارة رقم 09	0.83**	0.01	العبارة رقم 28	0.83**	0.01
العبارة رقم 10	0.64**	0.01	العبارة رقم 29	0.49**	0.01
العبارة رقم 11	0.41**	0.01	العبارة رقم 30	0.06**	0.01
العبارة رقم 12	0.73**	0.01	العبارة رقم 31	0.62**	0.01
العبارة رقم 13	0.83**	0.01	العبارة رقم 32	0.35**	0.01
العبارة رقم 14	0.73**	0.01	العبارة رقم 33	0.61**	0.01
العبارة رقم 15	0.66**	0.01	العبارة رقم 34	0.79**	0.01
العبارة رقم 16	0.65**	0.01	العبارة رقم 35	0.73**	0.01
العبارة رقم 17	0.50**	0.01	العبارة رقم 36	0.56**	0.01
العبارة رقم 18	0.69**	0.01	العبارة رقم 37	0.70**	0.01

0.01	0.50**	العبرة رقم 38	0.01	0.55**	العبرة رقم 19
------	--------	---------------	------	--------	---------------

نلاحظ من خلال الجدول ان كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0,01 وتراوح معاملات الارتباط بين 0.06 و0.83، وعليه فان المقياس يمتاز بنوع من الاتساق الداخلي بين بنوده والدرجة الكلية للمقياس، وعليه فإننا نستنتج ان المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به.

- ثبات الاستبيان:

- ثبات الابعاد: تم حساب ثبات الابعاد عن طريق الاتساق الداخلي (الفا كرونباخ)، والنتائج موضحة في

الجدول التالي:

جدول رقم (24) يوضح معاملات الثبات (الفا) لأبعاد السلوك الصحي

البعاد	معامل الفا كرونباخ
الأول	0.71
الثاني	0.92
الثالث	أ 0.21
	ب 0.87
الرابع	0.84

نلاحظ من خلال الجدول ان الابعاد الفرعية (1، 2، 3، 4) تتمتع بثبات مرتفع يتراوح بين 0.71 بالنسبة للبعد الاول (الغذاء الصحي) و 0.92 بالنسبة للبعد الثاني (النشاط الحركي) و 0.87 بالنسبة للبعد الثالث (متابعة التحاليل الطبية)، و 0.84 بالنسبة للبعد الرابع (السلوك الصحي العام)، وهو ما يؤكد ثبات الاختبار.

ثبات الاستبيان: تم حسابه بطريقتين هما: عن طريق الاتساق الداخلي (الفا كرونباخ) والتجزئة النصفية

جدول رقم(25) يوضح معامل الثبات لاستبيان السلوك الصحي وذلك عن طريق معامل الفا والتجزئة النصفية بعد

تصححها باستخدام معادلة سبيرمان

معامل التجزئة النصفية	الفا كرونباخ
0.92	0.94

يتضح من الجدول ارتفاع معاملات ثبات المقياس سواء بمعامل الفا كرونباخ او عن طريق التجزئة النصفية

حيث تراوحت معاملات الثبات بين (0.92 و0.94)، مما يشير الى تمتع المقياس بثبات مرتفع.

2. عينة الدراسة الاساسية:

اعتمدت الدراسة الاساسية على عينة عرضية، قوامها 102 فردا من مرضى السكري النوع الاول، من

الجنسين، وتراوح المدى العمري للعينة ككل بين 18 و60 سنة بمتوسط عمري قدره 37,66.

وقد بلغ عدد الاناث 49 وتراوح المدى العمري لهن بين 18 و60 سنة، بمتوسط عمري قدره 36، 75. اما

الذكور فقد بلغ عددهم 53 ذكرا وتراوح المدى العمري لهم بين 19 و58 سنة بمتوسط عمري 38,67. وفيما

يلي سنعرض جداول لخصائص العينة حسب متغير الجنس والسن، مدة الإصابة والمستوى التعليمي.

أ- خصائص عينة الدراسة الاساسية:

- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس:

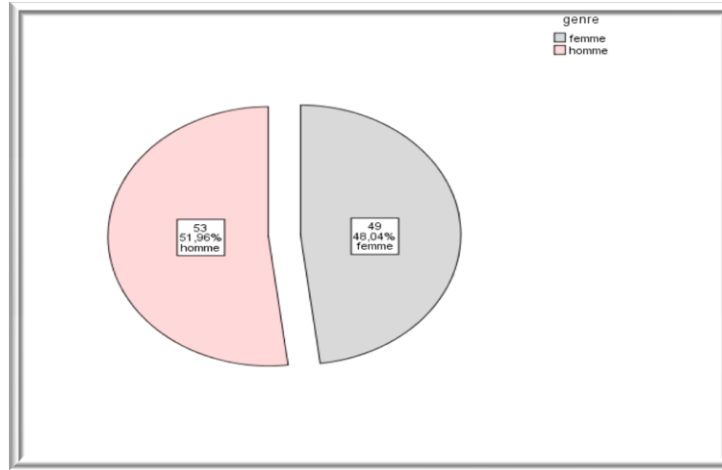
جدول رقم (26) يوضح خصائص العينة حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
51,96%	53	ذكور

اناث	49	%48,04
المجموع	102	%100

نلاحظ من خلال الجدول السابق ان عدد الذكور بلغ 53 أي بنسبة بلغت %51,96 وعدد الاناث

49 بنسبة %48,04، وهو فرق بسيط لا يؤثر على تجانس العينة.



شكل رقم (13) رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير الجنس

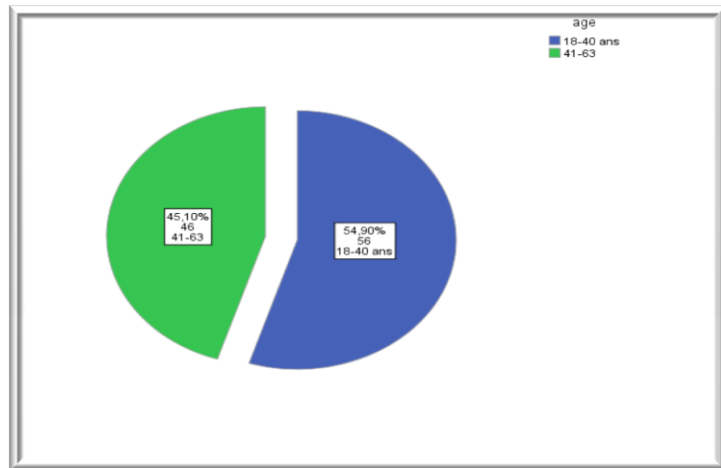
- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن:

النسبة المئوية	المجموع	إناث	ذكور	الجنس
----------------	---------	------	------	-------

السن				
40 - 18	27	29	56	54.90%
63 - 41	26	20	46	50.10%
المجموع	53	49	102	100%

جدول رقم(27): يوضح خصائص العينة الأساسية حسب متغير السن

نلاحظ من الجدول ان 56 فردا من عينة الدراسة تراوحت اعمارهم بين (40-18 سنة) وبنسبة 54.90% وتمثل أكبر نسبة بالنسبة للعينة ككل، وان 46 فردا من العينة اي بنسبة 50.10% كانت اعمارهم بين (41-63 سنة)، وهي الاقل عددا بالنسبة للعينة ككل.



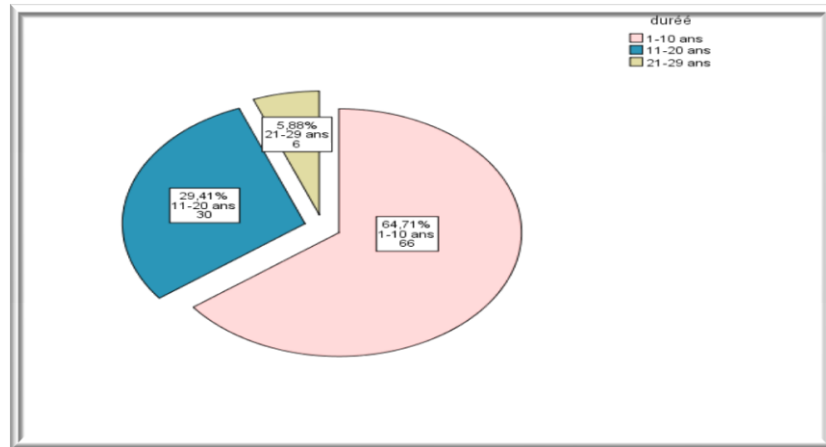
شكل رقم(14) رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير السن

- خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير مدة المرض:

جدول رقم 28: يوضح توزيع العينة الاساسية حسب مدة المرض (الازمان)

النسبة المئوية	المجموع	إناث	ذكور	الجنس مدة المرض بالسنوات
64,71%	66	30	36	1-10
29,41%	30	15	15	11-20
05,88%	06	04	02	21-29
100%	102	49	53	المجموع

من الجدول اعلاه نلاحظ ان نسبة 64,71% من افراد العينة، تتراوح مدة اصابتهم بمرض السكري ما بين 10 و1 سنوات وهي تمثل أكبر نسبة تواجد بالنسبة للعينة ككل من ناحية مدة الاصابة، وان 29,41% من افراد العينة مدة اصابتهم كانت بين 11 و20 سنة في حين نجد ان نسبة 05,88% من افراد العينة مدة اصابتهم كانت بين 21-29 سنة وهي اقل نسبة تواجد بالنسبة للعينة ككل.



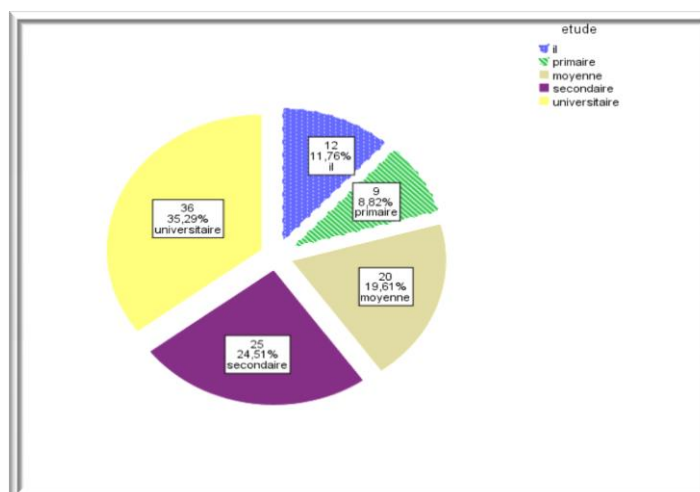
شكل رقم (15) رسم بياني يوضح توزيع العينة حسب مدة المرض

- خصائص العينة الأساسية حسب متغير المستوى التعليمي:

جدول رقم (29): بوض خصائص العينة الأساسية حسب المستوى التعليمي:

المستوى التعليمي	ن	النسبة
امي	12	11.77%
ابتدائي	09	08.82%
متوسط	20	19.60%
ثانوي	25	24.51%
جامعي	36	35.50%
المجموع	102	100%

نلاحظ من الجدول ان 36 فردا من العينة اي بنسبة 35,50% مستواهم التعليمي جامعي وهي الفئة الاكثر تواجدا، ثم تليها نسبة الثانويين ب 24,51%، ثم تليها نسبة المتوسط ب 19,60%، ونسبة الابتدائي ب 08,82%، واخيرا نسبة فئة الاميين قدرت ب 11,77% من العينة الكلية.



شكل رقم (16) رسم بياني يوضح توزيع العينة على متغير المستوى التعليمي

ب- أدوات الدراسة الأساسية: بعد حساب الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة وبعد التأكد من صلاحيتها للأجراء، اعتمدنا تطبيقها على العينة الأساسية.

خامسا: الأساليب الإحصائية المستخدمة: لقد تم الاستعانة بالحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية الإصدار العشرين (SPSS20)، لمعالجة النتائج المتحصل عليها.

الفصل السابع:

عرض نتائج الدراسة

- عرض نتائج الفرضية الأولى - عرض نتائج الفرضية التاسعة
- عرض نتائج الفرضية الثانية
- عرض نتائج الفرضية الثالثة
- عرض نتائج الفرضية الرابعة
- عرض نتائج الفرضية الخامسة
- عرض نتائج الفرضية السادسة
- عرض نتائج الفرضية السابعة
- عرض نتائج الفرضية الثامنة
- عرض نتائج الفرضية العاشرة
- عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة
- عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة
- عرض نتائج الفرضية الثالثة عشرة
- عرض نتائج الفرضية الرابعة عشرة
- عرض نتائج الفرضية الخامسة عشرة
- عرض نتائج الفرضية السادسة عشرة

1- عرض نتائج الفرضية الاولى:

يشير نص الفرضية الى: "تتوقع هيمنة مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) لدى مرضى السكري النوع الاول"

- عرض النتائج:

الجدول رقم(30) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري

النوع الاول

مصدر الضبط	س	ع
البعد الداخلي	23,25	4,02
ذوي النفوذ	23,61	4,05
الحظ والصدفة	18,66	3,68

من خلال الجدول نلاحظ:

- ان متوسطات ابعاد مصدر الضبط الصحي متقاربة جدا، حيث بلغ متوسط البعد الداخلي (23,25) وبانحراف معياري قدره (4,02)، وبعد ذوي النفوذ بلغ متوسطه (23,61) وبانحراف معياري قدره (4,05)، وبعد الحظ والصدفة بلغ متوسطه (18,66) وبانحراف معياري قدره (3,68)، وبما ان المتوسطات متقاربة جدا فهي لم توضح هيمنة بعد على اخر لذلك قمنا بتطبيق معادلة روتر لمعرفة اتجاه الضبط وهي:

نسبة الداخلي/الخارجي=مصدر الضبط الداخلي 2X / مصدر ضبط الاخرين + الحظ

وبالتعويض في المعادلة من خلال المتوسطات: نسبة الداخلي/الخارجي=46,5/42,21=1,10

وبما ان النتيجة اكبر من واحد، اذن نستنتج سيادة الضبط الداخلي لدى افراد العينة، ولمزيد من التأكد تم استخدام الاختبار اللابارامتري : اختبار فريدمان للكشف عن الفروق بين متوسطات ابعاد مصدر الضبط الصحي، وهو ما يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (31) يوضح الفروق بين ابعاد مصدر الضبط الصحي

الدالة	كا2	مستوى الرتب	ع	س	مصدر الضبط
0,01	71,81	2,25	4,02	23,25	داخلي
		2,39	4,05	23,61	ذوي النفوذ
		1,34	3,68	18,66	الحظ والصدفة

نلاحظ من خلال الجدول ان قيمة كا2 بلغت 71,81 وهي دالة لصالح اكبر متوسط وهو الضبط الداخلي.

2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

يشير نص الفرضية الى أنه توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول"

- عرض النتائج:

جدول رقم(32) يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع 1

الدالة	معامل الارتباط		
0.01	0,25**	البعد الداخلي	الكفاءة
0.05	0.19*	ذوي النفوذ	الذاتية
غير دال	-0.02	الحظ والصدفة	

من خلال الجدول نلاحظ:

- ان معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية يساوي (0,25) وهي قيمة دالة عند مستوى (0,01)، وهذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول.

-ان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية يساوي (0,19) وهي قيمة دالة عند مستوى (0,05)، وهذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول.

- ان معامل الارتباط بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية يساوي (-0,02) وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول.

3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول"

- عرض النتائج:

جدول رقم (33) يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى

مرضى السكري النوع الاول

معامل الارتباط	الدلالة		
0.23*	0.05	البعد الداخلي	السلوك الصحي
0.17	غير دال	ذوي النفوذ	
-0.09	غير دال	الحظ والصدفة	

نلاحظ من خلال الجدول

- ان معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي يساوي (0,23) وهي قيمة

دالة عند مستوى (0,05)، وهذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي

والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول.

- ان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي يساوي (0,17) وهي

قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط

الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول.

- ان معامل الارتباط بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية يساوي (-0,09) وهي

قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر

الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول.

4 - عرض نتائج الفرضية الرابعة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري

النوع الاول

- عرض النتائج:

جدول رقم(34) يوضح معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول"

السلوك الصحي		الكفاءة الذاتية
معامل الارتباط	الدلالة	
0.27**	0.01	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي يساوي(0,27) وهي قيمة دالة عند مستوى (0,01)، وهذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول.

5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

- عرض النتائج:

جدول رقم(35) يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول"

معامل الارتباط	الدلالة		
-0.01	غير دال	المدة المرض	البعد الداخلي
-0.10	غير دال		ذوي النفوذ
0.03	غير دال		الحظ والصدفة

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض يساوي (-0,01) وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

-ان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض يساوي (- 0,10) وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

- ان معامل الارتباط بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض يساوي (0,03) وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول.

6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

يشير نص الفرضية الى: "توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

- عرض النتائج:

جدول رقم(36) يوضح معامل الارتباط بين ابعاد مصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول"

معامل الارتباط	الدلالة		
0.17	غير دال	السن	البعد الداخلي
0.21*	0.05	ذوي النفوذ	
-0.23*	0.05	الحظ والصدفة	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسن يساوي (0,17) وهي قيمة

غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط

الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

-ان معامل الارتباط بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسن يساوي(0,21) وهي قيمة دالة عند

مستوى (0,05)، وهذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسن

لدى مرضى السكري النوع الاول.

- ان معامل الارتباط بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والسن يساوي ($-0,23$) وهي قيمة دالة عند مستوى ($0,05$)، وهذا يعني انه توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الأول.

7- عرض نتائج الفرضية السابعة:

يشير نص الفرضية الى : توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

- عرض النتائج:

جدول رقم (37) يوضح معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول"

مدة المرض		معامل الارتباط	الكفاءة الذاتية
الدالة			
غير دال		-0.10	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض يساوي ($-0,10$) وهي قيمة غير دالة عند ايمستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

8- عرض نتائج الفرضية الثامنة:

يشير نص الفرضية الى : توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

- عرض النتائج:

جدول رقم(38) يوضح معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الاول"

السن		الكفاءة الذاتية
الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال	-0.14	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية والسن يساوي (-0,14) وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الاول

9- عرض نتائج الفرضية التاسعة:

يشير نص الفرضية الى: توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

- عرض النتائج:

جدول رقم(39) يوضح معامل الارتباط بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول"

مدة المرض		السلوك الصحي
الدلالة	معامل الارتباط	
غير دال	-0.03	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين السلوك الصحي ومدة المرض يساوي (-0,03) وهي قيمة غير دالة عند ايمستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

10- عرض نتائج الفرضية العاشرة:

يشير نص الفرضية الى: توجد علاقة ارتباطيه بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

- عرض النتائج:

جدول رقم(40) يوضح معامل الارتباط بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول"

السن		معامل الارتباط	السلوك الصحي
الدالة			
غير دال		-0.16	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان معامل الارتباط بين السلوك الصحي والسن يساوي (-0,16) وهي قيمة غير دالة عند ايمستوى، وهذا يعني انه لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

11- عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة:

يشير نص الفرضية الى انه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط بين مرضى السكري

النوع الاول باختلاف الجنس

- عرض النتائج:

جدول رقم (41) يوضح قيمة "T" للفروق في ابعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس

الابعاد مصدر الضبط	الجنس	العدد	س	ع	قيمة T	الدلالة
البعد الداخلي	ذكر	53	23.85	3.87	1.56	غير دال
	انثى	49	22.61	4.12		
ذوي النفوذ	ذكر	53	23.81	3.60	0.52	غير دال
	انثى	49	23.39	4.52		
الحظ و الصدفه	ذكر	53	18.53	3.31	-0.17	غير دال
	انثى	49	18.67	4.07		

نلاحظ من خلال الجدول:

- متوسط درجة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي عند الذكور بلغ (23,85) وبانحراف معياري قدره(3,87)، وعند الاناث بلغ متوسط درجة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (22,61) وبانحراف معياري قدره(4,12)، وكانت قيمة "ت" المحسوبة هي (1,56)، وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول.

- متوسط درجة بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي عند الذكور بلغ (23,81) وبانحراف معياري قدره (3,60)، وعند الاناث بلغ متوسط درجة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (23,39) وبانحراف معياري قدره (4,52)، وكانت قيمة "ت" المحسوبة هي (0,52)، وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السكري النوع الاول.

- متوسط درجة بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي عند الذكور بلغ (18,53) وبانحراف معياري قدره (3,31)، وعند الاناث بلغ متوسط درجة البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (18,67) وبانحراف معياري قدره (4,07)، وكانت قيمة "ت" المحسوبة هي (-0,17)، وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي الخارجي لدى مرضى السكري النوع الاول.

12- عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف المستوى التعليمي "

- عرض النتائج:

جدول رقم (42) يوضح نتائج تحليل التباين الاحادي في ابعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	د ح	مجموع المربعات	مصدر التباين	ابعاد مصدر الضبط
غير دال	0.63	10.53	4	41.10	بين المجموعات	البعد الداخلي
		16.43	97	1593.96	داخل المجموعات	
			101	1635.37	الكلية	
غير دال	1.67	26.82	4	107.29	بين المجموعات	ذوي النفوذ
		16.03	97	1555.02	داخل المجموعات	
			101	1662.31	الكلية	
غير دال	2.18	28.35	4	113.41	بين المجموعات	الحظ و الصدفة
		12.96	97	1257.10	داخل المجموعات	
			101	137.52	الكلية	

نلاحظ من خلال الجدول:

- بالنسبة للبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، نجد ان قيمة "ف" المحسوبة تساوي (0,63)، وهي قيمة

غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في البعد الداخلي لمصدر

الضبط الصحي، تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول.

- بالنسبة لبعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي الخارجي، نجد ان قيمة "ف" المحسوبة تساوي (1,67)،

وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعد ذوي النفوذ

لمصدر الضبط الصحي الخارجي، تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول.

- بالنسبة لبعء الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي الخارجي، نجد ان قيمة "ف" المحسوبة تساوي (2,18)، وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه ل توجد فروق ذات دلالة احصائية في بعء الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي الخارجي، تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول.

13- عرض نتائج الفرضية الثالثة عشرة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف الجنس.

- عرض النتائج:

جدول رقم(43) يوضح قيمة "ت" للفروق في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع الاول

الجنس	العدد	س	ع	قيمة T	الدلالة
ذكر	53	27,08	5,83	2,86	0,05
انثى	49	23,96	5,08		

نلاحظ من خلا الجدول:

-متوسط درجة الكفاء الذاتية عند الذكور بلغ (27,08) وبانحراف معياري قدره (5,83)، وعند الاناث بلغ متوسط درجة الكفاءة الذاتية (23,96) وبانحراف معياري قدره (5,08)، وكانت قيمة "ت" المحسوبة هي (2,86)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0,05)، وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول، ولصالح الذكور لان المتوسط عندهم أكبر من المتوسط عند الاناث.

14- عرض نتائج الفرضية الرابعة عشرة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الكفاءة الذاتية بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف المستوى التعليمي .

- عرض النتائج:

جدول رقم(44) يوضح نتائج تحليل التباين الاحادي في درجة الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي لدى مرض

السكري النوع الاول

الدالة	قيمة ف	متوسط المربعات	د ح	مجموع المربعات	مصدر التباين
غير دال	2.99	89.50	4	358.03	بين المجموعات
		29.92	97	2902.83	داخل المجموعات
			101	3260.87	الكلي

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان قيمة "ف" المحسوبة تساوي (2,99)، وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة الكفاءة الذاتية، تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول.

15- عرض نتائج الفرضية الخامسة عشرة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف الجنس.

- عرض النتائج:

جدول رقم(45) يوضح قيمة "ت" للفروق في درجة السلوك الصحي باختلاف الجنس لدى مرض السكري النوع الاول

الجنس	العدد	س	ع	قيمة T	الدلالة
السلوك الصحى	53	74,00	20,91	1,01	غير دال
انثى	49	70,18	16,77		

نلاحظ من خلا الجدول:

-متوسط درجة السلوك الصحي عند الذكور بلغ (74,00) وبانحراف معياري قدره (20,91)، وعند الاناث بلغ متوسط درجة السلوك الصحي (70,18) وبانحراف معياري قدره (16,77)، وكانت قيمة "ت" المحسوبة هي(1,01)، وهي قيمة غير دالة عند اي مستوى، وهذا يعني انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الجنسين في درجة السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع.

16- عرض نتائج الفرضية السادسة عشرة:

يشير نص الفرضية الى انه: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة السلوك الصحي بين مرضى السكري النوع الاول باختلاف المستوى التعليمي.

- عرض النتائج:

جدول رقم(46) يوضح نتائج تحليل التباين الاحادي في درجة السلوك الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى

مرض السكري النوع الاول

مصدر التباين	مجموع المربعات	د ح	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة

0.01	6.30	1888.23	4	7552.94	بين المجموعات	السلوك
		299.60	97	29061.22	داخل المجموعات	الصحي
			101	36614.16	الكلي	

نلاحظ من خلال الجدول:

- ان قيمة "ف" المحسوبة تساوي (6,30)، وهي قيمة دالة عند مستوى (0,01)، وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في درجة السلوك الصحي، تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الاول.

Cheffe وذلك باستخدام اختبار post hoc test وللكشف عن طبيعة هذه الفروق تم اجراء اختبار

بعدي وقد اظهر التحليل البعدي ما يلي :

-وجود فروق ذات دلالة احصائية ودالة عند مستوى (0,05) بين مستوى الاميين والثانويين، لصالح الثانويين.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية ودالة عند مستوى (0,05) بين مستوى المتوسط والجامعي، لصالح الجامعيين.

- وجود فروق ذات دلالة احصائية ودالة عند مستوى (0,05) بين مستوى الاميين والجامعيين، وكانت لصالح الجامعيين، بينما لم يتم الكشف عن اي فروق جوهرية بين المستويات التعليمية المتبقية.

الفصل الثامن:

تفسير ومناقشة النتائج

- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الحادية عشرة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية عشرة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة عشرة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة عشرة
- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة عشرة

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة:

تم عرض نتائج الدراسة الحالية في ضوء فرضياتها في الفصل السابق، وهو ما يمكننا من محاولة تفسيرها ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والتراث النظري الداعم للدراسة.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى:

بعد عرض نتائج الفرضية الاولى، تبين ان عينة مرضى السكري النوع الاول يتبنون وجهة ضبط داخلية، حيث بلغت نسبة الداخلي الى الخارجي (1,10)، كما ان قيمة كا 2 بلغت (71,81)، وهي دالة لصالح ذوي الضبط الداخلي.

نتائج هذه الفرضية جاءت غير متوقعة لأننا افترضنا هيمنة مصدر الضبط الصحي الخارجي(ذوي النفوذ)، لدى عينة مرضى السكري النوع الاول، وهذا كما اكدته بعض الدراسات (سنتناولها لاحقا)، وتوقعنا هذا كان قائما على اساس ان المرضى من هذه الفئة ومن خلال الملاحظة الميدانية يلقون مسؤولية العلاج والشفاء على ذوي النفوذ، وهم الاطباء والممرضين والفريق الطبي القائم على رعايتهم، اي كان في رأي الباحثة شك في ان يتبنى مرضى السكري النوع الاول مصدر الضبط الداخلي وإذا رجعنا الى نتائج الجدول رقم(29) التي بينت توزيع المتوسطات لوجدناها متقاربة جدا، الى درجة قد نقدر فيها عدم سيادة اي مصدر ضبط لدى هذه العينة، وهذا بحكم التقارب بين المتوسطات خاصة بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، وبعد ذوي النفوذ للبعد الخارجي من مصدر الضبط الصحي إلا اننا بعد حساب كا 2 وبتطبيق معادلة روتر، تبين ان مرضى السكري النوع الاول يتبنون مصدر ضبط داخلي، وقد كانت نتائج هذه الدراسة متسقة مع نتائج دراسة(reynaert 1995)، حيث توصل الى انه هناك علاقة موجبة بينالضبط الداخلي و التحكم الايضي للسكري النوعالاول ودراسة (vink and valk 1996) والتي هدفت الى الكشف عن العلاقة

بين مصدر الضبط الصحي و جودة الحياة لدى 16 فردا مصابا بسرطان الرئة واخرى سوية، وتبين من خلال النتائج ان المجموعة المرضية تميزت بضبط داخلي، عكس المجموعة السوية، ونفس الشيء بالنسبة لدراسة (knecket1999)، حيث توصلت الى ان مصدر الضبط الداخلي عند مرضى السكري ينبؤ بالسلوك الصحي لدى العينة، ودراسة (burckert and consolis2004)، والتي بحثت في الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وفرط الكوليسترول، وأظهرت النتائج ان 42,4% م افراد العينة تحصلوا على درجات مرتفعة على بعد مصدر الضبط الداخلي، وقد جاءت هذه النتيجة متسقة من نتائج دراسة (جبالي نورالدين2007)، ودراسة (احمان لبنى2012)، والتي اظهرت سيادة الاعتقاد في مصدر الضبط الداخلي لدى افراد العينة.

ويمكن تفسير نتائج هذه الفرضية بالاعتماد على التفسير الذي قدمه (جبالي نورالدين) في دراسته، في ان التنشئة الاجتماعية التي تنحدر منها عينة الدراسة من بيئة يغلب عليها الطابع الاسلامي في اسلوب تنشئتها الاجتماعية لأفرادها، سواء اكان ذلك من قبل الاسرة او المؤسسات التعليمية او غيرها من مؤسسات التنشئة الاجتماعية، التي يرتادها الفرد ويتأثر بقيمها ومعتقداتها، حيث ان القيم الاسلامية تنمي الاعتقاد في مصدر الضبط الداخلي، هذا من جهة كما لا يجب ان نغفل على خاصية يتميز بها المجتمع الجزائري، من خلال قيمه وعاداته وتقاليده في تنمية اعتقاد الفرد بتحمل مسؤولياته اتجاه نفسه، وأسرته، ودوره في المجتمع الذي ينتمي اليه.

مناقشة تفسير نتائج الفرضية الثانية:

بعد عرض نتائج الدراسة تبين انه:

- توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى

السكري النوع الاول حيث ان معامل الارتباط يساوي (0,25).

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول حيث ان معامل الارتباط يساوي (0,19).

- لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الاول حيث ان معامل الارتباط يساوي (-0,02).

نتائج الفرضية الثانية والمتعلقة بالبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي وعلاقتها بالكفاءة الذاتية كانت متوقعة، لأنه من خلال التراث النظري والدراسات السابقة نجد ان الاشخاص الذي يتمتعون او يتميزون بمركز ضبط داخلي، يعتقدون ان التدعيمات الايجابية او السلبية التي تحدث للفرد في حياته، ترتبط بالدرجة الاولى الى عوامل داخلية، تتعلق بشخصيته مثل: الذكاء والمهارة، والكفاءة... الخ، وقد اكد ROTTER "روتر" ان ذوي وجهة الضبط الداخلية يكونون اكثر فاعلية، وأكثر انجاز وتحصيل اكايمي، من قرائنهم ذوي وجهة الضبط الخارجية، وتفسير ذلك ان الشخص عندما يستند في سلوكه على مهارته، فانه يستغل الفرص المتاحة، ويبذل قصارى جهده حتى يصل الى اهدافه (نايف بن محمد الحربي، 2009، ص334)، وكلما حقق نجاحا ما فانه يعتبره تعزيزا له حتى يقوم بمزيد من الجهد، لمواجهة الاحداث او المواقف بفاعلية مرتفعة.

وهذا ما اكدته معظم الدراسات، حيث اكدت ان الافراد ذوي الضبط الداخلي يتمتعون بفاعلية ذات مرتفعة، اي انه هناك ارتباط موجب بين مصدر الضبط الداخلي للصحة وفاعلية الذات، وهذا من خلال دراسة (O HEA ET AL 2009)، حيث تناول وجهة الضبط وفاعلية الذات والمخرجات المتوقعة وعلاقتها بمرض السكري من النوع الثاني، والذين يخضعون للعلاج بالأنسولين، وبينت النتائج الى انه هناك علاقة ايجابية بين فاعلية الذات العامة ومصدر الضبط الصحي الداخلي، وهي نفس النتيجة التي توصل

اليها (carifio et al 2002) في دراسته المتعلقة بفحص نوع العلاقة الارتباطية بين التفاؤل وفاعلية الذات ووجهة الضبط، وأكدت ما ذهبت اليه الدراسة السابقة.

كذلك نتائج الدراسة الحالية كانت متوافقة مع نتائج دراسة (stauser et al 2002)، والتي هدفت الى التعرف على العلاقة بين فاعلية الذات ووجهة الضبط وشخصية العمل وتوصل الباحث الى انه هناك ارتباط موجب بين وجهة الضبط الداخلية وفاعلية الذات وهي نفس النتائج في دراسة (gramstad et al 2001)، والتي هدفت الى تقصي التأثيرات السلبية والايجابية وفاعلية الذات ووجهة الضبط الصحية وقد توصلت هي الاخرى أي وجود علاقة ارتباطية بين وجهة الضبط الداخلية وفاعلية الذات وكذلك باقي الدراسات التي تناولت مصدر الضبط في علاقته بفاعلية الذات، وأكدت معظمها وجود علاقة ارتباطية بين هذين المتغيرين ونكر دراسة كل من (MANSILLA ET IZQUEIRDO 2002)، ودراسة (JUDGE ET BONO 2001).

هذا فيما يخص البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، اما النتيجة المتوصل اليها من خلال هذه الدراسة، فيما يخص ارتباط مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) بالكفاءة الذاتية، فهي كانت غير متوقعة، لان اغلب الدراسات اثبتت وجود علاقة ارتباطية سلبية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) والكفاءة الذاتية، ومن هذه الدراسات نجد دراسة (WEINMANN ET AL 2001) حيث قام بدراسة اعتقاد فاعلية الذات وتبني وجهة الضبط لدى المرضى المكتئبين، وبعد تحليل البيانات تبين ارتباط الاعتقاد بفاعلية الذات الجيدة سلبيا، مع الافراد الذين يتبنون مصدر ضبط صحي خارجي، حيث يعتقد الافراد بان الامور تجري خارج نطاق تحكمهم، وبان الاخرين اكثر قوة وفاعلية في تسيير مجريات الامور، وهذا ايضا ما توصلت اليه دراسة (WALLER ET AL 1992) والتي بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والفاعلية الذاتية، حيث خلصت نتائج الدراسة الى ان مصدر الضبط الصحي الخارجي يرتبط سلبيا مع الفاعلية الذاتية، وفي نفس سياق هذه النتائج توصلت دراسة (KRICHMAR ET LANNA 2001)، حيث

أكدت وجود علاقة ارتباطية سلبية بين وجهة الضبط الخارجية بفاعلية الذات وهي نفس ما توصلت اليه دراسة (CARRIFIO ET AL 2002).

والدراسة التي وجدنا نتائج دراستها تتفق مع نتائج الدراسة الحالية هي دراسة (سلام هالة السعيد 2006)، ودراسة الباحثة في سنة (2007)، حيث وجدت ارتباط موجب بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) والكفاءة الذاتية، ويمكن تفسير النتائج المتوصل اليها الى خصوصية العينة (مرضى السكري)، في البيئة الجزائرية حيث انهم لا يملكون ثقة وايمان كافيا باعتقادهم انهم المسؤولون عن صحتهم (ضبط داخلي) ولو رجعنا الى نتائج الفرضية الاولى حيث وجدنا تقارب كبير بين المتوسطات كادت ان تلغي سيادة مصدر ضبط على اخر الى ان معادلة روتر حسمت الاتجاه لذوي الضبط الداخلي، الا انه من خلال هذه النتيجة من الفرضية نستنتج تساوي الاعتقاد في مصدر الضبط الداخلي والخارجي (ذوي النفوذ) لدى العينة لذلك ظهر الارتباط، اي ان افراد العينة يعتقدون دائما ان النتائج المترتبة عن سلوكياتهم والاحداث التي يعيشونها متوقفة على قوة الاخرين، ونفوذهم ، فهم يؤمنون ان صحتهم مسؤول عنها الاطباء والممرضين وكل من له علاقة بصحته ويتنفيذ علاجه او حميته، و سوف ينعكس لا محالة على احساسه بكفاءته الذاتية، اي انه سيشعر بانه سلبي اتجاه ما يطلب منه من تنفيذ السلوكيات الصحية للوقاية من مضاعفات مرض السكري، في حين ومن خلال ملاحظة الباحثة اثناء تطبيق المقاييس ، ومن خلال المقابلة مع المرضى تبين انهم يؤمنون اكثر بكفاءة الذات العالية الخاصة بالطبيب والممرض، من اجل تحقيق نسبة شفاء معينة، وهذا ربما ما يفسر نتيجة هذه الدراسة ، اي وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ) والكفاءة الذاتية، اي ان عينة البحث (مرضى السكري النوع الاول) لديهم ايمان بكفاءة الذات العامة للطبيب اكثر من ايمانهم بكفاءتهم الذاتية.

اما فيما يخص الجانب المتعلق بالنتيجة المتعلقة ببعد الحظ والصدفة من مصدر الضبط الصحي الخارجي والكفاءة الذاتية، حيث لم يكن هناك اي ارتباط بين هذا البعد والكفاءة الذاتية، وهي نتيجة مقبولة ومنطقية الى حد بعيد، فالأفراد الذين يتميزون او يتبنون وجهة ضبط خارجية (الحظ والصدفة) ، يعتقدون ان العالم صعب والحياة معقدة ويصعب فهمها، وان نصيب الفرد فيها مقدر سلفا وهذا ما يجعل شروط التعزيز بعيدة عن الضبط الشخصي، وبالتالي بعيدة عن احساسه بانه يمتلك ايمان بكفاءة ذاتية لمواجهة مرضه فهو يعتقد انه مقدر له سلفا الاصابة، لذلك لا يبذل اي مجهود من اجل الوقاية او العلاج، هذا من جهة ومن جهة اخرى نجد ان عينة البحث من ذوي التعليم العالي بنسبة كبيرة وبالتالي فان الثقافة تلعب دورا في تصحيح بعض المفاهيم والاعتقادات.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

بعد عرض نتائج الفرضية الثالثة تبين انه:

- توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول حيث بلغ معامل الارتباط (0.23^*).

- لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول حيث بلغ معامل الارتباط (0.17).

- لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الاول حيث بلغ معامل الارتباط ($0.9-$).

النتائج المتعلقة بالبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي وعلاقته بالسلوك الصحي، هي نتيجة منطقية ومقبولة الى حد بعيد، وبلاستناد الى الجانب النظري نجد ان السلوك هو نتاج تفاعل متغيرات الشخصية،

مع متغيرات الموقف الذي يتفاعل الفرد معه، فعناصر الموقف او البيئة، ليست مجرد عناصر طبيعية، وانما هي مؤشرات تعمل على اثاره التوقعات المرتبطة ببعض الاحداث، لذلك تمن اهمية البيئة في المعنى الذي يدركه الفرد ويطوره بشأنها ، ويتحقق هذا المعنى من خلال الخبرات السابقة او التعلم بالملاحظة، و احتمالية حدوث او تعلم بعض الانماط السلوكية (الصحية) يتوقف على عاملين هما: التوقع وقيمة التعزيز(التدعيم)،اي ان احتمال قيام الفرد بسلوكيات صحية معينة يعتمد على النمذجة والتنشئة الاجتماعية، وتقليد العادات الصحية للأصدقاء والاقارب ،ويخضع السلوك الصحي لتأثيرات داخلية(تدعيمية)، وخارجية وهي التي تساهم بشكل كبير في ممارستها، هذا ما يمكن ان يفسر نتيجة الفرضية ،اي ان افراد العينة(مرضى السكري النوع الاول) يعتقدون في ان صحتهم هم المسؤولون عنها وان القيام بسلوكات صحية يطلبها الطبيب او الفريق الطبي هي لصالحه هون و هذا ما يشجع الفرد على ممارسة هذه السلوكات الصحية، كذلك ملاحظته للمرضى امثاله ومدى اجتهادهم في تخطي بعض العواقب والمضاعفات المتعلقة بمرض السكري هي بمثابة تدعيم ايجابي لممارسات السلوكات الصحية المطلوبة منهم ونتائج هذه الدراسة تتفق مع بعض الدراسات التي اكدت وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الداخلي والسلوك الصحي وهذا في دراسة (RODOLFO1984)،حيث هدفت دراسته الى معرفة امكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي،بالاعتماد على مركز الضبط الصحي ،و بينت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي ومركز الضبط الداخلي، وفي نفس سياق هذه النتائج نجد دراسة(سلام هالة السعيد 2006)،والتي هدفت الى دراسة انماط السلوك الصحي في علاقته بكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي ومتغير الإقامة(حضر - ريف)،حيث اسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، كذلك دراسة(KONRAD ET AL 2013)،حيث كان الهدف من هذه الدراسة تحديد العلاقة بين السلوكات الصحية ومصدر الضبط الصحي، وتوصلت النتائج الى انه هناك علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي.

من جهة اخرى فان الدراسة اثبتت عدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الخارجي (ذوي النفوذ+ الحظ والصدفة) والسلوك الصحي، والى حد علم الباحثة لا توجد دراسات سابقة نفتت او اثبتت هذه العلاقة، وعليه يمكن تفسير ه النتيجة الى ان افراد الع وسلوك صحي تمثل في ممارستهم واجراءاتهم الصحية والوقائية، كما ان هذه النتيجة هي مدعمة لنتائج الفرضية الاولى، اي ان افراد العينة يتمتعون بقدر من الوعي اتجاه مصدر ضبطهم الصحي، اي انهم المسؤولون عن صحتهم، والفريق الطبي (ذوي النفوذ) هم مجرد مساعدين لتحقيق أفضل السلوكيات الصحية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

بعد عرض نتائج الفرضية الرابعة تبين انه:

- توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول ما اسفرت عنه نتائج الدراسة مقبول ومتوقع، وهذا ما اكدته بعض الدراسات، حيث اثبتت وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية وممارسة السلوكيات الصحية، ومن هذه الدراسات نجد دراسة (lenon2001)، والتي بحثت في استكشاف العلاقة بين العوامل الديموغرافية، والاجتماعية والطبية المرتبطة بالعلاج الطبي، واطهرت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين بعض أنماط السلوك الصحي والكفاءة الذاتية والامتثال للعلاج الطبي، كذلك دراسة (سلام هالة السعيد 2006)، حيث أظهرت دراستها عن وجود علاقة موجبة بين بعض أنماط السلوك الصحي والكفاءة الذاتية، وأكدت كذلك هذه النتيجة دراسة (رمضان زعطوط 2005)، حيث وجد ارتباط بين الاتجاه نحو السلوك الصحي والكفاءة الذاتية، كذلك تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة (كريمة سيد محمود خطاب 2011)، والتي تناولت دراستها العلاقة بين فعالية الذات وكل من الإفصاح الذاتي والسلوك الصحي، واطهرت النتائج عن وجود ارتباط دال وإيجابي بين فعالية الذات والسلوك الصحي، وأيضا دراسة (محمود نجيب احمد الصبوة 2007)، حيث تناول العلاقة بين أنماط السلوك الصحي وكل من فعالية

الذات وتقدير الذات، واطهرت كذلك نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع أنماط السلوك الصحي الإيجابي وفعالية الذات، ودراسة (knecket et al 1999)، والتي هدفت الى فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكري وفعالية الذات لصحة الاسنان، وبين فعالية الصحة للأسنان والاذعان لعلاج السكري، والحالة الحقيقية لمرض السكري، وفحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكري وممارسة السلوكات الصحية المرتبطة بالفم والحالة الصحية للفم، وكشفت النتائج على ارتباط فعالية الذات لصحة الاسنان بالإذعان لعلاج السكري، وكشفت أيضا ان المرضى الذين يقومون بسلوكات صحية إيجابية لديهم فعالية ذاتية لصحة الاسنان، وهو ما توصل اليه أيضا (milligan et al 1997) في استراليا، حيث أوضحت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات واتباع النظام الغذائي الصحي.

ويمكن كذلك تفسير نتائج هذه الدراسة في ان الاعتقاد بكفاءة الذات تحدد طريقة ادراكنا للأشياء مما يدفعنا الى السلوك بطريقة فعالة او غير فعالة، وتعتبر كذلك الكفاءة الذاتية مظهر من مظاهر ادراك العلاقة بين البيئة وظروفها وبين موارد الفرد أي انها المؤشر الرئيسي في سلوك الافراد حيث يكونون في مواقف صعبة، او مواقف تتسم بالكرب، ومرض السكري من الامراض المزمنة الكاربة والتي يُعرض الفرد الى امتحان قدراته وموارده الكامنة ، لذلك تعتبر هذه النتيجة مُبررة من طرف افراد العينة ، فهم بذلك يؤمنون في ان اعتقادهم في كفاءتهم الذاتية هو السبيل في تجاوز محنة المرض من خلال ممارسة السلوكات الصحية التي تقيهم من المضاعفات الناجمة عن مرض السكري.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة:

بعد عرض نتائج الفرضية الخامسة تبين انه:

-لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

- لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الاول.

- لا توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول.

نتيجة الدراسة الحالية كانت متوافقة مع دراسة الباحثة سابقا (2007)، حيث توصلت الى نفس النتيجة وهي عدم وجود علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض، وكذلك هذه النتيجة هي متوافقة مع نتائج دراسة (عزوز اسمهان 2009)، والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، وظهرت نتائجها عن عدم وجود علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي الثلاثة بمدة المرض، كذلك دراسة (morris et al 1992)، على مرضى السرطان اين الغت الارتباط بين مدة المتابعة والتحكم في المرض ومصدر الضبط الصحي(عزوز اسمهان،2009،ص 11)،

لكن في المقابل هناك دراسة (vuger-kovacic et al 2007)، والتي اهتمت بالكشف عن العلاقة بين القلق والاكتئاب ومصدر الضبط لدى المصابين بالتصلب اللوحي، حيث كيفت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي ومدة الازمان، وهي عكس ما توصلت اليه الدراسات السابقة، والى حد علم الباحثة فان الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي وعلاقته بمدة المرض(الازمان) جد قليلة، لذلك يمكن تفسير نتيجة الدراسة والتي حسب رأي الباحثة كانت عكس ما توقعناه، حيث كان توقعي انه كلما كانت مدة المرض طويلة، سيؤثر حتما على خبرات الفرد في ادراكه لنتائج سلوكياته، فخبرات المرض ولمدة طويلة ليست كخبرات المرض لمدة قصيرة بالنسبة لمرضى السكري ، وخاصة ان هناك من افراد العينة من فاقت مدة اصابته 20سنة وهي في رأي الباحثة كفيلة بتغيير اعتقاداته نحو مصدر ضبطه الصحي، الا ان النتائج كانت مخالفة وعكس ما توقعناه تماما ، ومن خلال ما لمسناه في الجانب النظري ، فمصدر الضبط

الصحي يعتمد على طريقة تفسير او ادراك الفرد لمصادر تدعيماته التي تحدث له ،وكنتيجة لتأثر المريض بمرضه وقلة معارف (المعلومات) المريض ومدركاته حول مرضه، ربما كانت السبب في ظهور هذه النتيجة، لأنه يتطلب منه الإذعان للعلاج والمراقبة الطبية الدائمة والمستمرة لوضعه، وربما تعرض لإخفاقات سابقة اثرت على سلوكه المستقبلي في عدم تغيير اعتقاده في مصدر ضبطه الصحي، حتى لو كانت مدة المرض طويلة.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

بعد عرض نتائج الفرضية السادسة تبين انه:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الاول.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحظ والصدفة لمصدر الضبط الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الأول.

نتائج هذه الفرضية جاءت غير متسقة مع بعض الدراسات السابقة والتراث النظري لمفهوم مصدر الضبط الذي يؤكد انه مع التقدم في العمر يميل الشخص الى الضبط الداخلي وقد حدد "روتر" مركز الضبط كنتيجة للتقديرات المحتملة ذاتيا للعائد المتوقع المبني على الخبرة فانه يصبح من المتوقع ان تتغير درجات الضبط الخارجي نحو الوجة الداخلية في مسيرة الحياة أي مع التقدم في العمر(جبالي نورالدين ، 2007،ص

141)،الى ان النتائج المتوصل اليها اثبتت وجود علاقة ارتباطية بين بعد ذوي النفوذ والسن ،وعلاقة

ارتباطية سلبية مع بعد الحظ والصدفة من مصدر الضبط الصحي الخارجي، أي ان الفرد كلما تقدم في السن

كان اكثر اعتقادا في مصدر الضبط الخارجي(ذوي النفوذ)،وبعلاقة عكسية مع بعد الحظ والصدفة، وهن الدراسات التي اتسقت نتائجها مع نتائج هذه الدراسة نجد دراسة (derks et al 2005) والتي توصلت الى ان الكهول يتجهون الى مصدر الضبط الداخلي ، اما كبار السن فيتجهون الى مصدر الضبط الخارجي، وفي نفس السياق نجد دراسة (chung et al 2006)، والتي افرزت نتائجها على ان المرضى الشباب يعتقدون في مصدر الحظ والصدفة لمصدر الضبط اثر بكثير من المرضى في منتصف العمر وكبار السن، وهي نفس النتيجة التي توصلت لها الباحثة سابقا (2007)، وهذا ما اثبتته كذلك(جبالي نورالدين 2007)، حيث توصل الى انه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الخارجي(ذوي النفوذ)، و(الحظ والصدفة)، وفي دراسة (البنى احمان 2012)توصلت الى نفس النتائج ويمكن الاعتماد في تفسير نتائج هذه الدراسة على ما قدمه (جبالي نورالدين 2007)، في تفسيره لهذه النتيجة، حيث يعتقد ان النتائج كانت منطقية في البيئة العربية و الجزائرية خاصة فالحياة اليومية مليئة بالممارسات غير العادلة على كل المستويات، فالفرد يتعلم مع الزمن ان العالم غير عادل ، و ان تحقيق الأهداف(مثلا ممارسة السلوكات الصحية او الحصول على العلاج المناسب ,,الخ) لا يعود الى الكفاءة والقدرة الذاتية بل يعود الى الأقوياء وذوي النفوذ.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

من خلال عرض نتائج الفرضية السابعة تبين انه:

-لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول

نتائج هذه الدراسة كانت متفقة مع الدراسات التي اكدت عدم وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض، وهي الى حد علم الباحثة نادرة فقط تحصلنا على دراسة (kneckt et al 1999)، والتي كان هدفها فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكري، وفعالية الذات لصحة الاسنان وبعض المتغيرات التي لها علاقة بها (انظر الدراسات السابقة)،وقد تبين من النتائج انه لا توجد علاقة ارتباطية بين

الكفاءة الذاتية ، كذلك نتيجة هذه الفرضية جاءت مؤكدة للدراسة السابقة للباحثة (2007)، حيث كشفت نتائج دراستها الى عدم وجود أي علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض، وهي غير متوقعة لان في اعتقاد الباحثة ان مدة المرض تلعب دورا في خفض او رفع من الاحساس بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الأول، خاصة في المراحل الأولى عند اكتشاف المرض فهي تسبب صدمة للمريض، لذا يلجأ الى الأطباء والمختصين في مجال التغذية من اجل الوقاية من مضاعفات مرض السكري، وهذا يشكل خبرة بالنسبة للمريض، أي كلما تقدم به السن و طالّت مدة الازمان ، تكون لديه خبرة كافية من اجل مواجهة المشكلات المتعلقة بمرض السكري، الا ان النتيجة جاءت عكس توقعاتنا، ويمكن الاعتماد في تفسير هذه النتيجة بالاعتماد على ما نقشنا به نتائج الفرضية الخامسة اين وجدنا عدم ارتباط مدة المرض بالبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي ، في حين ارتبطت مدة المرض بالبعد الخارجي (ذوي النفوذ، و الحظ والصدفة)، هذا يؤكد ان عينة مرضى السكري يلقون المسؤولية على ذوي النفوذ (الأطباء، والمختصين) في العلاج ، وبالتالي فان احساسهم بالكفاءة الذاتية يمكن ان تكون متدنية لذلك لا يقومون بأدنى جهد من اجل تخطي مشكلات المرض، حتى وان طالّت مدة اصابتهم بالمرض.

في حين نجد دراسة (زعطوط رمضان 2005)، وجد من خلال دراسته انه هناك ارتباط ضعيف بين الكفاءة الذاتية ومدة المرض، وفسر هذا الارتباط الضعيف الى الصعوبات التي يعيشها مرضى السكري في السنوات الأولى لاكتشاف المرض (ازمان منخفض)، مما يجعله دائم الشك في قدراته على التحكم في سلوكه عكس ذوي الازمان المرتفع الذين اكتسبوا مهارات التحكم في الحمية ومواجهة التغيرات المفاجئة لمرض السكري.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

بعد عرض نتائج الفرضية الثامنة تبين انه:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسن لدى مرضى السكري النوع الأول.

نتائج هذه الفرضية تتفق مع نتائج (زعطوط رمضان 2005)، حيث توصل الى انه لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و السن لدى مرضى السكري، وكذلك اتفقت هذه النتيجة مع نتائج الباحثة (2007)، ونظرا لقلّة الدراسات في هذا المتغير وبالرجوع الى التراث النظري ، نجد انه كلما كانت الفكرة المسبقة عن المرض ، والمعلومات التي يتلقاها المريض عن مرضه ، وسواء كانت هذه المعلومات من طرف أخصائيين او عامة الناس تؤثر تأثيرا واضحا في اعتقاد الفرد نحو إمكانياته لتجاوز عقبات المرض ، لذلك أظهرت النتائج عدم وجود ارتباط دال بين الكفاءة الذاتية والسن، أي ان الكفاءة الذاتية لا تتأثر بعامل السن ، كذلك يمكن تفسيرها على أساس ان العلاجات المقدمة لمرضى السكري النوع الأول (من حقن انسولين، او حمية غذائية ... الخ) لا تختلف باختلاف السن فهي نفسها بالنسبة للصغار والكبار لذلك نجد ان صغار المرضى ونتيجة احتكاكهم بكبار السن اثناء تواجدهم في العيادات او الجمعيات يتبادلون الخبرات والنصائح وبالتالي تؤثر على اعتقاداتهم في كفاءتهم الذاتية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة:

بعد عرض نتائج الفرضية التاسعة تبين انه:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول

نتائج هذه الفرضية غير متوقعة، ونظرا لغياب الدراسات السابقة التي تناولت السلوك الصحي وعلاقته بمدة المرض، ما عدا الى حد علم الباحثة دراسة (زعطوط رمضان 2005)، حيث اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسته، حيث اثبتت عدم تأثر الاتجاه نحو السلوك الصحي بمتغير الازمان (مدة المرض)، وعليه يمكن تفسير نتائج هذه الفرضية بالرجوع الى التراث النظري، حيث نجد ان السلوك الصحي يتأثر بمجموعة من العوامل التي يمكن ان تساهم في ممارسته او عدم ممارسته، منها العوامل الديموغرافية، حيث تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديموغرافية، فالأشخاص الأصغر سنا والأكثر ثراء وتعلّما، والاقبل

عرضة للضغوط والأكثر حصولاً على المساعدة الاجتماعية ، يمارسون عادات صحية جيدة ، أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون لمستويات أعلى من الضغوط ولديهم إمكانيات أقل ، الخ، وبالرجوع الى خصائص العينة وهي من بيئة جزائرية ، نجد ان بعض العادات الصحية مثلا المتعلقة بممارسة الرياضة لدى الاناث مريضات السكري نادرة جدا ، نتيجة الثقافة السائدة في المجتمع وبالتالي وهي ان اكتشفت مرضها منذ البداية ، فهي تعي جيدا انها وبمرور الوقت (مرض السكري من الامراض المزمنة)، فإنها لن تمارس مثل هذه السلوكيات الصحية، كذلك بالنسبة لبعض الرجال حيث لا يمتلكون الإمكانيات المادية للوصول الى أهدافهم المتعلقة بتحقيق سلوكيات صحية تساهم في الرفع من مستواهم الصحي، كذلك يمكن ان تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء ، وزملاء العمل يمكن ان يؤثروا جميعا في تقرير العادات الصحية التي يتبعها الفرد ، واحيانا يكون هذا التأثير بالاتجاه الإيجابي، وفي حالات أخرى يكون سلبي مثلا قد نجد شخص مريض بالسكري ولمدة 10 سنوات او اكثر ، يمكن ان يصح او يُقدم معلومات سلبية عن المرض او العلاج المتبع ، والسلوكيات الصحية التي يجب ان يتبعها الشخص الذي أصيب حديثا بمرض السكري، وبالتالي هذا الأخير سيتأثر بأفكار الأول ولن يمارس السلوكيات الصحية المطلوبة منه، لأنه في نظره لم تعد بالفائدة على الأشخاص الأكثر ازمان منه(مدة المرض طويلة)، فلماذا سيقوم بها.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة:

بعد عرض نتائج الفرضية العاشرة تبين انه:

- لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي والسن لدى مرضى السكري النوع الأول.

الدراسات التي تناولت السلوكيات الصحية وعلاقتها بالسن قليلة جدا ، فتقريبا وجدت الباحثة الدراسات السابقة التي تناولت الفروق في السلوك الصحي تبعا لمتغير السن ، الا ان الباحثة قدمت هذا الافتراض بناء على

التراث النظري وبعض الدراسات التي تؤكد ان السلوكيات الصحية تتغير مع الزمن، وبالتالي فانه من المتوقع انه مع مرور السنوات ومدة الإصابة سيكتسب سلوكيات صحية جيدة ، ومن الدراسات التي وجدتها الباحثة والتي كانت عكس ما توصلت اليه نتيجة البحث ، هي دراسة (belloc et breslon 2003)، حيث وجد الباحثان ان الامتثال للسلوك الصحي الإيجابي ينتشر لدى المسنين، اكثر من الشباب حيث تبين ان 17% ممن تجاوزت أعمارهم 75 عاما يحترمون سبعة سلوكيات صحية على الأقل مقارنة ب 16% ممن كانت أعمارهم اقل من 45 سنة، وفسرت نتائج الفرضية القائلة باختلاف السلوك الصحي حسب السن، على اعتبار ان المتغيرات الفاعلة مثل: ادراك الخطر والقابلية للإصابة بالمرض ، ترتفع بارتفاع السن، لذلك نجد السلوكيات الخطرة منتشرة في فترة المراهقة، وفي نفس السياق دراسة(يوسف حسن أبو ليلي 2009)، اكدت ان السلوك الصحي يتغير بتغير العمر، ومن الدراسات التي لم تبين وجود او نفي هذه العلاقة ، نجد دراسة(keller 1985)، وكان الهدف من هذه الدراسة ،هو استكشاف العلاقة بين السلوك الصحي والسن في الفئات العمرية التالية: (20-39 سنة) ،(40-59 سنة)،(60-89 سنة)، وكانت النتائج متضاربة وغير دالة وفسرها الباحثون على أساس ان السلوك الصحي متعدد الابعاد.

ومن الدراسات التي تناولت اختلاف درجات السلوك الصحي باختلاف العمر نجد دراسة(ربيع 2008)، والتي كان الهدف منها التعرف على أسباب تباين قدرة مرضى القلب على الرغم من ادراكهم لمدى خطورة مرضهم على ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية، وكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق في السلوك الصحي تعزى للعمر لصالح الفئة العمرية تحت سن الأربعين، ونجد كذلك دراسة (konrad et al 2013)، والتي اكدت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي تعزى لعامل السن (السلوكيات الصحية أكثر انتشارا بين المسنين).

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل اليها بناء على نتائج الفرضية التاسعة، حيث أكدنا ان هناك عوامل ديموغرافية مساهمة في اتباع سلوكيات صحية او في عدم اتباعها، كذلك المؤثرات الاجتماعية(الاسرة، الأصدقاء، والزملاء في العمل) تتدخل في تقرير العادات الصحية، وبالاستناد كذلك الى التراث النظري نجد ان من بين العوامل المؤثر في تغيير السلوكيات الصحية نجد(العمر)، حيث يتغير السلوك الصحي مع تقدم الفرد في العمر، حيث تكون العادات الصحية جيدة في مرحلة الطفولة ، وتتدهور في مرحلتي المراهقة والشباب ، ثم تعود لتحسن ثانية في الاعمار المتقدمة، هذا من جهة، ومن جهة أخرى وبالرجوع الى عبنة البحث(مرضى السكري النوع الأول)، توحى ضمنا ان العادات الصحية البسيطة لم تكتسب في الصغر لكي تترسخ وتصبح معتقد يؤمن به الطفل لاحقا في رشده، لذلك وجدنا ان السن(أطفال او راشدين)،لم يؤثر نهائيا في السلوكيات الصحية لدى المرضى.

كذلك يمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى نظري (دولي وشنايدر 1991)، ومحاولة تطبيقها على هذه الفرضية، نجد ان النظرية تعتمد على تحديد اتجاهات الناس في كيفية ممارستهم للسلوكيات الصحية وهذا عن طريق: إدراك التهديد الصحي واختزال التهديد المدرك، وسنوضح هذا في المثال التالي:

فكثلا الفرد الذي يشعر انه مهدد في (اصابته بمرض السكري) وهو في مرحلة الاستعداد لتغيير الحمية الغذائية، وقد يعتقد ان تغيير نوع الغذاء (مثلا الانقاص من الحلويات... الخ) وحده لن يقلل من التهديد الذي يواجهه ، وان تغيير غذاءه سيؤثر على مدى تمتعه بالحياة ، بحيث تصبح نيته(غايته) في تغيير الغذاء مبررة، وعليه يكون متأكد بان الريجيم يفيد في تقليل المرض ولكنه يفتقر الى الايمان بان التغيير يقلل من التهديد وسوف لن يقوم باي تغيير، سواء كان طفل او راشد ، وهذه الاعتقادات تتأثر بالبيئة والمحيطين به(النظرية المعرفية الاجتماعية)، فالطفل يلاحظ ويقلد سلوكيات الكبار ويستدخل ما هو سلبي وما هو إيجابي ، وعنكا يلاحظ طفل مصاب بالسكري راشدين مصابين بنفس المرض ولا يقومون بسلوكيات صحية،

فهو سيتأثر بهم ولن يقوم باي تغيير في سلوكه لاحقا، ربما يكون في رأي الباحثة هذا تفسير مقبولا لنتيجة الفرضية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الحادية عشرة:

بعد عرض نتائج الفرضية الحادية عشرة تبين انه:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ابعاد مصدر الضبط الصحي تعزى للجنس لدى مرضى السكري النوع الأول.

تتفق هذه النتيجة مع بعض الدراسات التي الغت الفروق بين الجنسين في ابعاد مصدر الضبط الصحي ولعل اول دراسة في هذا الشأن هي دراسة (rotter1966)، وقد اقر بان الفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي - الخارجي كانت ضئيلة، ولم تصل الى حد الدلالة (جبالي نورالدين 2007، ص 56)، كذلك دراسة (lifshitz 1978)، لم تكشف عن وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط، وهذا ما دعمته دراسة (finchan et barling 1978)، حيث اكد انه ليس للجنس أي تأثيرات جوهرية على ابعاد مصدر الضبط، كذلك دراسة (sills 1994)، والذي بحث في العلاقة بين اتجاه الضبط والرضا الوظيفي لدى طلاب الدراسات العليا في جنوب افريقيا، من خلفيات عرقية مختلفة، حيث توصل الى عدك وجود فروق بين الجنسين في اتجاه الضبط (حنان بنت حمادي سليم اللهبي الحربي، 2006، ص 70)، ومن الدراسات العربية نجد دراسة (ابوناھية 1984)، (المومني 1995)، ودراسة (الصماني 1999)، حيث اكدت كلها عدم وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط، ونجد دراسة (جبالي نورالدين 2007)، ودراسة (لبنى احمان 2012)، توصل الى نتيجة عدم وجود فروق بين الجنسين في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، وبعد الحظ والصدفة ، الا انه وجد فروق بين الجنسين في بعد ذوي النفوذ من مصدر الضبط الصحي الخارجي، ودراسة (سلام هالة السعيد 2006) اكدت عدم وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط، وهي

نفس النتيجة التي توصلت اليها الباحثة (2007)، ويمكن تفسير الغاء الفروق بين الجنسين في ابعاد مصدر الضبط الصحي في هذه العينة (مرضى السكري النوع الأول)، يخضع لعوامل مختلفة من أهمها الظروف الثقافية للمجتمع وأساليب التربية المعتمدة ، والمعتقدات المرتبطة بالأدوار المناسبة لكل جنس، وفي العصر الحالي لم تعد المجتمعات تشجع وتدعم الدور الذي يؤديه الرجل في الحياة الاجتماعية بل تعدها الى المساواة بين الجنسين في كل الأمور والادوار، وتحلي كل شخص بكل مسؤولياته اتجاه نفسه واتجاه الاخرين، وبالتالي تساوي الفرص بين الذكور والاناث في جميع المسؤوليات ، وكذلك خروج المرأة للعمل اثر كثيرا في اعتقاداتها حول تقديرها لذاتها ، وتحملها لمسؤولياتها مثلها مثل الرجل، أي ان الثقافة المحلية (البيئية الجزائرية)، لم تعد تدعم فقط الرجل على تحلي بعض الصفات التي تؤهله لتحمل المسؤوليات، بل تخطاها الى تدعيم المرأة في تحمل مسؤولياته اتجاه نفسها واسرتها والمجتمع الذي تنتمي اليه .

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية عشرة:

بعد عرض نتائج الفرضية الثانية عشرة تبين انه:

من خلال تحليل التباين الأحادي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ابعاد مصدر الضبط الصحي عند مرضى السكري النوع الأول باختلاف المستوى التعليمي.

نتائج هذه الفرضية جاءت غير متوقعة لان البحوث والدراسات السابقة اثبتت ان مصدر الضبط يتأثر

بالمستوى التعليمي للأفراد فذوي الضبط الداخلي غالبا ما ينتمون الى المستويات التعليمية العالية، مثل

دراسة (shamseddeen et al 2006)، ودراسة (smith 2003)، ودراسة (schot et al

(1975)، ودراسة (burcket et al 2004)، حيث توصلت كلها الى وجود ارتباط سالب بين مصدر الضبط

الداخلي والمستوى التعليمي (جبالي نورالدين، 2007، ص 141) ، كذلك في الدراسات العربية نجد دراسة

(المومني والصمدي 1995)، حيث اكدت اثر الجنس والمستوى التعليمي في مفهوم الذات ووجهة الضبط،

ومن جهة أخرى نجد من الدراسات التي اكدت عدم وجود فروق في ابعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لاختلاف المستوى التعليمي، وهي دراسة (دروزة 2007)، ودراسة الباحثة (2007).

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ان عينة البحث لديهم كفاءة وثقة في الاطباء والاختصاصيين في المجال الصحي، اكثر من اعتقادهم في انهم المسؤولون عن صحتهم بالرغم من اختلافهم في المستويات التعليمية، حيث نجد في هذه العينة ان نسبة 35,30% من الجامعيين مقارنة بالمستويات الأخرى ، وكان متوقعا ان تكون الفروق لصالحهم، الا انها أنت عكس المتوقع، أي ان جميع افراد العينة رغم اختلافها في المستوى التعليمي لا يؤثر في اعتقادهم نحو مصدر ضبطهم الصحي، ربما لان التنشئة الاجتماعية لديهم يشان تحمل المسؤولية وتبعية النتائج عن تصرفاتهم، هم فقط المسؤولون عنها أي لا دخل للمستوى التعليمي في تحديد هذه الاعتقادات.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة عشرة:

تبين بعد عرض نتائج الفرضية الثالثة عشرة انه

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في درجة الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الأول لصالح الذكور.

نتائج هذه الفرضية مقبولة ومتوقعة وجاءت منسجمة مع بعض الدراسات الأجنبية التي اكدت وجود فروق في الكفاءة الذاتية باختلاف الجنسين، ومنها دراسة (hilderth 1987)، حيث قام بدراسة الكفاءة الذاتية لدى مجموعة من المراهقين المصابين بالسكري، وظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية لصالح الذكور، كذلك دراسة (taylor et al 1990)، حيث بحث في العلاقة بين القدرة على اتخاذ القرار في الجانب المهني وعلاقته بفاعلية الذات، وبينت النتائج وجود فروق في فاعلية الذات بين الجنسين ولصالح

الذكور (تليف بن محمد الحربي، 2009، ص 347)، كما اثبتت دراسات كل من (Lewellyn 1989)، (Pajares199)، (Schwarzer 2000) وجود فروق في الكفاءة الذاتية باختلاف الجنس (حنان بنت حمادي سليم اللهبي الحربي، 2006، ص 66)، ومن الدراسات العربية نجد دراسة (كريمة سيد محمود خطاب 2011)، والتي بحثت في فعالية الذات والافصاح الذاتي وعلاقتها بالسلوك الصحي، وتوصلت النتائج الى تأكيد الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية لصالح الذكور، وفي نفس السياق نجد دراسة (عائشة البلوشي 2002)، (الغول 1993)، ودراسة (محمد 1998) وكلها اكدت الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية ولصالح الذكور (حنان بنت حمادي سليم اللهبي الحربي، 2006، ص 67).

يمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى خصائص العينة، وان ما توضحه هذه النتيجة ان الذكور والاناث يختلفون في ردود افعالهم ازاء الكثير من المواقف الاجتماعية، كما انهم يختلفون في كثير من سماتهم الشخصية وفي تقديرهم لكفاءتهم الذاتية، فكل له اعتقاده الخاص في قدراته الذاتية في تجاوز مضاعفات المرض، كذلك نجد ان المجتمع او البيئة المحلية (الجزائرية)، تتبنى أساليب مختلفة في التنشئة الاجتماعية للذكور والاناث، ويتبع ذلك بتمييز رسمي او غير رسمي بين الجنس في مجالات الحياة المختلفة.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة عشرة:

بعد عرض نتائج الفرضية الرابعة عشرة تبين انه:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية تعزى للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الأول.

نتائج هذه الفرضية جاءت متناقضة مع بعض الدراسات التي تؤكد حدوث ارتفاع في مستوى الكفاءة الذاتية انطلاقاً من الصف السابع وما يليه، حيث وجد (shell1995) ان الكفاءة الذاتية المدركة عند طلبة الصف العاشر اعلى منها عند طلبة الصف السابع (احمد يحي الزق،2009، ص 43).

كما وجد (Pajares et al 1999)، ان الكفاءة الذاتية تتراجع في الصف السابع عما كانت عليه في السادس لتعود في الارتفاع في الصف الثامن، الامر الذي يشير الى ان الكفاءة الذاتية المدركة تتأثر بالمستوى الدراسي للمتعلم هذا من جهة، ومن جهة أخرى نجد دراسات اكدت الفروق في الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي مثل دراسة (Multon et al 1991) ، والتي تناولت العلاقة بين معتقدات الكفاءة الذاتية والانجاز، حيث تبين انه هناك تأثير للمرحلة الدراسية على معتقدات الكفاءة الذاتية (حنان بنت حمادي سليم اللهبي الحربي،2006، ص 71).

ودراسة (عبد القادر 2002)، بعنوان فعالية الذات وعلاقتها باتخاذ القرار لدى المراهقين من الجنسين، وتوصلت الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في المرحلتين (الإعدادية والثانوية) في فعالية الذات (غالب محمد علي المشيخ،2009، ص 128).

ودراسة (حنان بنت حمادي الحربي، 2006)، والتي كانت بعنوان معتقدات الكفاية العامة والأكاديمية واتجاه الضبط وعلاقتها بالتحصيل الدراسي ، وأكدت على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الكفاءة الذاتية باختلاف المستوى التعليمي، وهي نفس النتيجة التي توصلت اليها الباحثة (2007)، ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية بالاعتماد على مناقشة نتيجة الفرضية الثانية عشرة والتي اكدت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في ابعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي، فهذين المتغيران (مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية) مرتبطين ببعضهما، كما وجدناه من نتيجة الفرضية الثانية، أي ان اعتقادهم في

مصدر ضبطهم الصحي يؤثر على اعتقاداتهم وادراكاتهم في الكفاءة الذاتية لذلك الغيت الفروق في هذه الفرضية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة عشرة:

بعد عرض نتائج الفرضية الخامسة عشرة تبين انه:

_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الصحي باختلاف الجنس لدى مرضى السكري النوع الأول.

نتيجة هذه الفرضية جاءت متوافقة مع بعض الدراسات التي تؤكد عدم وجود الفروق بين الجنسين في

السلوك الصحي ، ومناقشة لبعض الدراسات الأخرى التي تؤكد وجود الفروق بين الجنسين في السلوك

الصحي، ومن بين الدراسات التي جاءت نتائجها متسقة مع نتيجة هذه الفرضية نجد دراسة (سلام هالة

السعيد2006)، والتي تناولت أنماط السلوك الصحي وعلاقتها بكل من فعالية الذات ومركز الضبط الصحي

وبينت النتائج انه لا توجد فروق بين الجنسين في السلوك الصحي، وكذلك دراسة (ربيع 2008) والتي

تناولت أسباب تباين قدرة مرضى القلب على الرغم من ادراكهم لمدى خطورة مرضهم على ممارسة

السلوكيات الصحية الإيجابية، وفي نفس السياق دراسة (كريمة سيد محمد خطاب 2011) والتي تناولت

الكشف عن العلاقة بين فعالية الذات وكل من الإفصاح الذاتي والسلوك الصحي ، وأسفرت النتائج على عدم

وجود فروق بين الجنسين في درجة السلوك الصحي بين الجنسين ومن الدراسات الأجنبية نجد دراسة

(Powell et al 2003)، والتي أجريت دراسته على 196 مسناً يقطنون المناطق الحضرية، و 200 مسناً

يقطنون الريف، ودلت النتائج على عدم وجود فروق في السلوك الصحي، اما الدراسات التي كانت مناقضة

لنتائج هذه الفرضية نجد دراسة (Waldron 1995) و توصلت الى ان السلوك الصحي يختلف باختلاف

الجنس، ودراسة (Konrad et al 2013) والتي بحثت في العلاقة بين السلوكيات الصحية ومصدر

الضبط الصحي ، وتوصل الى وجود فروق بين الجنسين في السلوكيات الصحية، ومن الدراسات العربية نجد دراسة (الفخراي 2008) حيث توصل الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في بعض أنماط السلوك الصحي المتمثلة في التدخين والتمرينات الرياضية تعزى للجنس لصالح الذكور، وفي الممارسات الغذائية والنصائح والتعرض لأشعة الشمس لصالح الاناث، كذلك دراسة (يوسف حسن أبو ليلي 2008)، حيث بينت ان السلوك الصحي يتفاوت وفق متغير الجنس.

ويمكن تفسير هذه النتيجة حسب رأي الباحثة في مدى وعي العينة (مرضة السكري النوع الأول) من الجنسين بضرورة ممارسة السلوكيات الصحية المطلوبة منهم لتفادي مضاعفات هذا المرض المزمن ، وهذه السلوكيات لا تقتصر مثلا على الذكور دون الاناث لان العلاج والنصائح المقدمة تشمل الفئتين مع بعض لذلك نجد نتيجة هذه الفرضية مقبولة الى حد ما، كذلك من الأمور التي يمكن ان تدعم ممارسة الجنسين للسلوكيات الصحية، هي توفر مؤسسات الرعاية الصحية حاليا مثل قاعات الرياضة على اختلافها، ويتم تشجيع هذه المؤسسات والسلوكيات الصحية عبر وسائل الاعلام المختلفة، وكذلك لان كثيرا من المرضى يتلقون من اطبائهم إرشادات ونصائح ترتبط بهذه الممارسات الصحية.

مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة عشرة:

تبين بعد عرض نتائج الفرضية السابعة عشرة انه:

_ توجد فروق في السلوك الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى مرضى السكري النوع الأول.

نتائج هذه الفرضية مقبولة الى حد بعيد، حيث اكدت ان السلوكيات الصحية تتأثر بالمستوى التعليمي، أي انه كلما مان الفرد متعلما كلما كان وعيه وفهمه للسلوكيات المطلوبة منه من طرف الطبيب مفهومة وقابلة للتنفيذ.

حسب علم الباحثة فان الدراسات التي تناولت السلوك الصحي، والمستوى التعليمي جد قليلة، ووجدنا فقط دراستين كانت نتائجهما متسقة مع نتائج هذه الفرضية، ومن الدراسات الأجنبية نجد دراسة (Konrad et al 2013)، حيث اكدت وجود فروق في السلوك الصحي باختلاف المستوى التعليمي، ومن الدراسات العربية نجد دراسة (يوسف حسن أبو ليلي 2008)، حيث وجد ان السلوك الصحي يتفاوت باختلاف المستوى التعليمي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع الى خصائص العينة، حيث كما كان مبين في جدول توزيع افراد العينة حسب مستواهم التعليمي، نجد ان نسبة المتوسط 19,60%، والثانويين 24,51%، ونسبة الجامعيين 35,30%، وبإجراء مقارنة بسيطة نجد ان افراد العينة مستواهم التعليمي عالي، وهذا ربما اثر في النتائج، كذلك كلما كان الفرد غير متعلم كلما كانت فرصة ايمانه في البدع والخرافات كبيرة، وقد يعتمد في علاجه على تلك الخرافات بصورة أساسية، وهذا ما يؤثر على حالته الصحية، كما ان ثقته في نفسه ستكون ضعيفة، كما ان العوامل الثقافية السلبية كالتقاليد والايمان بالقدرية تؤثر كثيرا في الافراد ذوي المستوى التعليمي المحدود، وتجعلهم متمسكين بما يعتقد فيه الإباء والاجداد ويلغون بالتالي قدراتهم الذاتية في مواجهة أي موقف في حياتهم ، كما ان اعتقادهم في القدرية يجعلهم او يدفعهم الى التواكل دون ان يقوموا بدور إيجابي للوقاية من المرض او علاجه، في حين نجد ان الافراد ذوي المستوى التعليمي العالي ، يرفضون كل هذه الأفكار ويؤمنون بقدراتهم الذاتية في تجاوز وحل المشكلات المختلفة التي تواجههم في الحياة.

خاتمة (استنتاج عام واقتراحات):

لقد كان الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على نوع العلاقة بين كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، وقد كشفت الدراسة عن جملة من النتائج وهي:

_ سيادة الضبط الداخلي من مصدر الضبط الصحي لدى افراد عينة مرضى السكري النوع الأول.

_ وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي والخارجي (ذوي النفوذ) لمصدر الضبط الصحي بالكفاءة الذاتية، باستثناء بعد الحظ والصدفة.

_ وجود علاقة ارتباطية بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين البعد الخارجي (ذوي النفوذ والحظ والصدفة) بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ توجد علاقة ارتباطية بين ابعاد مصدر الضبط الصحي الخارجي (ذوي النفوذ والحظ والصدفة) بعامل السن، باستثناء البعد الداخلي.

_ لا توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومتغير (مدة المرض والسن) لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد علاقة ارتباطية بين السلوك الصحي ومتغير (مدة المرض والسن) لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد فروق جوهرية في ابعاد مصدر الضبط الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى لعامل (الجنس والمستوى التعليمي).

_ توجد فروق جوهرية في الكفاءة الذاتية تعزى لعامل الجنس لدى مرضى السكري النوع الأول.

_ لا توجد فروق جوهرية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى للمستوى التعليمي.

_ لا توجد فروق جوهرية في السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى لعامل الجنس.

توجد فروق جوهرية في السلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول تعزى للمستوى التعليمي.

وبناء على هذه النتائج يمكن ادراج بعض الاقتراحات:

- نتائج هذه الدراسة كانت متفقة ومتسقة مع بعض الدراسات، وغير متسقة مع دراسات أخرى، وعليه

تدعو الباحثة المهتمين بهذا التخصص المزيد من البحث والتقصي في هذه المسألة، باستخدام

عينات أكبر وأكثر تمثيلاً وفي أكثر من منطقة، لكي تكتمل الصورة الواقعية امامنا بخصوص هذه

الفئة (مرضى السكري)

- نتائج هذه الدراسة يمكن تساهم ولو جزئياً الباحثين في هذا المجال من اجل دراسات مستقبلية لوضع

برامج تدريبية وعلاجية لمرضى السكري النوع الأول بالاعتماد على متغير مصدر الضبط الصحي

والكفاءة الذاتية في تنفيذ السلوكيات الصحية الموضوعة كخطة علاجية.

- ضرورة تنمية الباحثين والاحصائيين النفسانيين المتواجدين على مستوى المستشفيات الاعتقاد في

مصدر الضبط الصحي الداخلي لمرضى السكري لأنه يؤثر بدوره في الكفاءة الذاتية وبالتالي في

تنفيذ السلوكيات الصحية.

- عقد ندوات علمية بين الباحثين النفسانيين والأطباء وتزويدهم بمثل هذه النتائج ومالها من تأثير على السلوك الصحي للمريض.

- اجراء مزيد من الدراسات والبحوث حول هذه المتغيرات وعلى عينات مرضية أخرى (غير مرضى السكري)، لوضع تصور عام حول شخصية المرضى المزمنين في الجزائر.

المراجع العربية:

1-القران الكريم

2-ابتسام بنت هادي بن احمد الغفاري،2011،العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى

في الشخصية لدى عينة من طالبات جامعة ام القرى بمكة المكرمة، مذكرة

ماجستير تخصص شخصية وعلم النفس الاجتماعي، جامعة ام القرى ، المملكة العربية السعودية.

3-ابراهيم محمود ابو الهدى،2011،دراسة سيكومترية كينيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة

ووجهة الضبط لدى عينة من المعاقين بصريا والمبصرين، مجلة كلية التربية،

جامعة عين شمس، الجزء 3، العدد 35، 789-822.

4احمد العلوان ورنده المحاسنة،2011،الكفاءة الذاتية وعلاقتها باستخدام استراتيجيات القراءة لدى

عينة من طلبة الجامعة الهاشمية، المجلة الاردنية في العلوم التربوية، المجلد 7،

العدد 4، 399-418

5-أحمد عبد اللطيف وحيد، 2001، علم النفس الاجتماعي، ط1، دار الميسرة للنشر، عمان

6-احمد محمد الحسين هلال: العوامل النفسية المرتبطة بمرض السكري، اطفال الخليج ذوي

الاحتياجات الخاصة

7-احمد يحي الزق،2009،الكفاءة الذاتية الاكاديمية المدركة لدى طلبة الجامعة الاردنية في ضوء

متغير الجنس والكلية والمستوى الدراسي، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 10، العدد 2 ، 37-58

8-اصلان صبح المساعد،2011،التفكير العلمي عند طلبة الجامعة وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة

في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الاسلامية، سلسلة الدراسات الانسانية، المجلد

19، العدد 1، 679- 707

9-افنان نظير دروزه:2007،العلاقة بين مركز الضبط ومتغيرات اخرى ذات علاقة لدى طلبة

الدراسات العليا في كلية التربية في جامعة النجاح الوطنية، مجلة العلوم الاسلامية، سلسلة

الدراسات الانسانية، المجلد 15، العدد1، 443-464

10-الجوهرة عبد الله الذواد:2003،وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات

الجامعة السعودية والمصريات دراسة عبر ثقافية، دراسات عربية في علم النفس، مج1،

العدد 3.

11-السيد محمد ابو هاشم حسن ،2005،مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء

- نظرية باندورا، مركز بحوث كلية التربية، المملكة العربية السعودية، 1-90
12. المرجع الوطني لتتقيف مرضى السكري، 2011، ط1، المملكة العربية السعودية
- 13- القص صليحة، 2008، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة الأكثر انتشارا لدى نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل، تازولت، دراسة ميدانية في علم الأوبئة السلوكية، مذكرة ماجستير، جامعة باتنة
- 14- إلياس الأسمر، 1996، السكري: ما هو؟ أسبابه، عوارضه، والعلاج، ط1، بيروت
15. أميرة محمد الدق، 2011، انماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي المزمن، ط1، الدار الهندسية، القاهرة
- 16- امين رويحة، 1973، داء السكري، اسبابه، اعراضه، طرق مكافحته، ط1، دار القلم، بيروت، لبنان.
- 17- بدوي عائشة واخرون، مركز الضبط وعلاقته بمهارات التعامل مع الضغوط المهنية، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل، 409-428
- 18- بشير معمري، 1995، الفروق والعلاقات في مصدر الضبط والعصابية لدى طلاب جامعة وهران، رسالة ماجستير جامعة وهران.
- 19- بشير معمري، 2009، مصدر الضبط والصحة وفق الاتجاه السلوكي المعرفي، ط1، المكتبة المعرفية، باتنة،
- 20- بندر بن محمد حسن الزيايدي العتيبي، 2008، اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلاب بمحافظة الطائف، مذكرة ماجستير، جامعة ام القرى، المملكة العربية السعودية.
- 21- بن زاهي منصور واخرون، 2012، مركز الضبط (الداخلي والخارجي) في المجال المدرسي، المفهوم وطرق القياس، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد 7، 23-34
- 22- جبالي نور الدين، 2007، علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، دراسة ميدانية، أطروحة دكتوراه، جامعة باتنة
- 23- جاسم محمد عبد الله المرزوقي، 2008، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر. ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الشارقة.
- 24- جمال عبد الله ابو زيتون، 2011، مركز الضبط وعلاقته بالذكاء الانفعالي لدى طلبة الدراسات

العليا في كلية العلوم التربوية في جامعة ال البيت، مجلة العلوم التربوية والنفسية، مجلد12،

العدد4، 115-143

25-جولتان حسن حجازي:2009، قلق الموت وعلاقته بالسلوك الصحي لدى مرضى القلب في

محافظة غزة،مجلة كلية التربية، جامعة الازهر، الجزء3، العدد 143،.215-226

26-جولتان حسن حجازي،2013، فاعلية الذات وعلاقتها بالتوفيق المهني وجودة الاداء لدى معلمات

غرف المصادر في المدارس الحكومية في الضفة الغربية، المجلة الاردنية في العلوم

التربوية، المجلد 9، العدد4، 419-433

27-حسن حميدة، 2013، مرض السكري، صحيفة الراكوبة

28-حنان بنت حمادي سليم اللهبيي الحربي،2006، معتقدات الكفاية العامة والاكاديمية واتجاه

الضبط وعلاقتهاما بالتحصيل الدراسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية الاكاديمية لدى

عينة من طلاب وطالبات جامعة ام القرىرسالة ماجستير، جامعة ام القرى، المملكة العربية

السعودية

29-حيدر كريم سكر واخرون، ما وراء الذاكرة وعلاقته بوجهة الضبط لدى طلبة الجامعة، مجلة

البحوث التربوية والنفسية، العدد33، 66-101.

30-زعطوط رمضان، 2005، علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية

الاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة، رسالة ماجستير جامعة ورقلة

31-سامر جميل رضوان، ريشكة:2001 السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، دراسة ميدانية

مقارنة بين طلاب سوريين وألمان 2013/09/10

32-سامي عيسى حسونة، 2009، الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم لدى معلمي المرحلة الاساسية

الدنيا قبل الخدمة، مجلة جامعة الاقصى، سلسلة العلوم الانسانية، المجلد13،العدد2،

122-149

33-سلام هالة السعيد،2006، السلوك الصحي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والديموغرافية لدى

عينة من الشباب، رسالة ماجستير، جامعة طنطا

34-سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية،2003، النظام الغذائي والوقاية من الامراض

المزمنة،جنيف

35-سناء عيسى الداغستاني، ديار عوني المفتي: المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم

- الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العددان 26، 27، ص 78-142
- 36- سهير كامل أحمد، 2001، اسس تربية الطفل بين النظرية والتطبيق، دار المعرفة الجامعية، الازارطة.
- 37- شعبان علي حسين السيسى، 2002، علم النفس (اسس السلوك الانساني بين النظرية والتطبيق)، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- 38- شهرزاد محمد شهاب، 2010، موقع الضبط وعلاقته بمتغير الجنس وسنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى، دراسات تربوية، العدد 10، 11-14
- 39- شيلي تايلور، 2008، علم النفس الصحي، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع
- 40- صالح بن سفير بن محمد الخثلمي: 2008، وجهة الضبط والانذفاعية لدى المتعاطين وغير المتعاطين للهروبين، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
- 41- صلاح الدين أبو ناهية، 1989، العلاقة بين الضبط الداخلي الخارجي وبعض اساليب المعاملة الوالدية في الاسرة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة علم النفس، العدد 10
- 42- طلال محمد الناشري واخرون: 2013، دراسات عن السلوك الصحي في المجتمع السعودي، وزارة الصحة، مديرية الشؤون الصحية بمحافظة جدة، إدارة الصحة النفسية والاجتماعية
- 43- عبد الرحمن بن بريكة، 2007، العلاقة بين الوعي بالعمليات المعرفية، ودافع الانجاز المدرسي لدى طلبة المدارس العليا للأستاذة، اطروحة دكتوراه، بوزريعة، الجزائر.
- 44- عبد المنعم أحمد الدرييري، 2004، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، ج2، عالم الكتب، القاهرة.
- 45- عبد الله يوسف ابو سكران، 2009، التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط الداخلي الخارجي للمعاقين حركيا بقطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية غزة، غزة.
- 46- عبد الناصر احمد العزام، 2013، مصعب حسين طلافحة، مستوى التفكير ما وراء المعرفي وعلاقته بالكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من طلبة المرحلة الاساسية العليا في ضوء بعض المتغيرات، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 14، العدد 4، 577-612
- 47- عثمان يخلف، 2001، علم النفس الصحة (الاسس النفسية والسلوكية للصحة)، دار الثقافة، الدوحة.
- 48- عطاق محمود ابو غالي، 2012، فاعلية الذات وعلاقتها بضغط الحياة لدى الطالبات

المتزوجات في جامعة الاقصى،مجلة الجامعة الاسلامية، للدراسات التربوية والنفسية، المجلد

20، العدد1، 654-619

49 عطية،موري1993،الداء السكريوكيفنتعايشمعه،دارالشواف،الرياض

50- علي حسين حجاج ترجمة، ومراجعة عطية محمود هنا ،1978، نظريات التعليم، دراسة مقارنة،

الجزء الثاني، سلسلة كتب ثقافية شهرية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت

51- عماد الزغلول ،2003،نظريات التعلم، ط1، دار الشروق، عمان.

52- عمار محمد حواري، العين وامراض السكري،أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة

53- عويد سلطان المشعان وعبد اللطيف محمد خليفة:1999، تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب

بين طلاب جامعة الكويت، مجلة مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت، جامعة الكويت،

54- غالب بن محمد علي المشيخي،2009، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى

الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، اطروحة دكتوراه، جامعة ام القرى

55- فائقة محمد بدر ،2006، وجهة الضبط وتوكيد الذات، دراسة مقارنة بين طلاب الجامعة

المقيمين في المملكة العربية السعودية وخارجها، مجلة دراسات عربية في علم النفس، مج 5،

العدد 1

56- فتحي محمد الزيات ،2001، علم النفس المعرفي، ج1، ط 1، مصر، دار النشر للجامعات

57. فيصل محمد خير الزراد، 2000،الامراض النفسية الجسدية، ط 1، دار النفائس، بيروت

58- كريمة سيد محمود خطاب2011، فعالية الذات كمحدد نفسي لكل من الافصاح عن الذات

وانماط السلوك الصحي، لدى عينة من الراشدين، دراسات عربية في علم النفس، مج10،

العدد1، يناير، 119_154

59- كمال احمد النشاوي:2006، فعالية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب كلية

التربية النوعية، مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة، كلية

التربية النوعية، جامعة المنصورة،470-500

60- لبنى احمان، 2011، دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين

الضغط النفسي والمرض الجسدي، اطروحة دكتوراه، جامعة باتنة.

61- ليلي بنت عبد الله المزروع، 2007، فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء

الوجداني لدى عينة من طالبات جامعة ام القرى، مجلة العلوم الاجتماعية والنفسية، المجلد

8، العدد 4، 67-89

62-مازن عبد الهادي أحمد وآخرون، 2008، السلوك الصحي واتجاهاته لدى الرياضيين، مجلة علوم

التربية الرياضية، العدد السابع، المجلد الأول، 86-121

63-مايسة احمد النيال، 1994، مصدر الضبط وعلاقته بقوة الانا والعصابية والانبساط لدى عينة من

طلبة وطالبات الجامعة بدولة قطر، حواية كلية التربية، جامعة قطر، العدد10، 539-569

64-مايسة محمد شكري، 1999، أنماط السلوك الصحي كأساليب لمواجهة مواقف المشقة، مجلة

دراسات نفسية، مجلد 9، العدد 4

65-محارب، ناصر إبراهيم. 1993، الضغوط النفس اجتماعية والاكتئاب بعض جوانب جهاز

المناعة لدى الإنسان: تحليل جمعي للدراسات المنشورة ما بين (1981-1991)، مجلة

الثقافة النفسية، العدد 6، مجلد2، دار النهضة العربية

66محمد بن سعد الحميد، 2007، مرض السكر، اسبابه ومضاعفاته وعلاجه، ط1، الرياض،

المملكة العربية السعودية.

67-محمد بن سعيد بن سعد العلياني، 2011، وجهة الضبط والاسلوب المعرفي والعجز المتعلم لدى

طلاب المرحلة المتوسطة ذوي صعوبات التعلم، رسالة ماجستير، جامعة الطائف، المملكة

العربية السعودية.

68-محمد سليمان بني خالد، 2009، مركز الضبط وعلاقته بمستوى التحصيل الأكاديمي لدى طلبة

كلية العلوم التربوية في جامعة ال البيت، مجلة العلوم الاسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية،

المجلد 17، العدد 2، 491-512

69-محمد صلاح الدين ابراهيم، دس ن، السكر، اسبابه، مضاعفاته، علاجه، مركز الاهرام للترجمة

والنشر، القاهرة.

70-محمد نجيب احمد الصبوة 2007، بعض المتغيرات المعرفية والمزاجية المنبئة بممارسة السلوك

الصحي الايجابي والسلبي لدى عينة من طلاب جامعة الكويت، دراسات عربية في علم

النفس، مج 6، ع1، 1-48

71-محمد نجيب احمد الصبوة وآخرون، 2010، الفروق بين مرضى السكر من الاطفال والاصحاء

- من الجنسين في الغضب، والاكتئاب والسعادة ونوعية الحياة، المؤتمر الاقليمي الثاني لعلم النفس، رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية. 469-509
- 72-مدور مليكة، 2005، وجهة الضبط وعلاقتها بأنماط التفكير، رسالة ماجستير بانتة.
- 73-مرفت عبد ربه عايش مقبل، 2010، التوافق النفسي وعلاقته بقوة الانا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير .
- 74-معاوية محمود ابو غزال وآخرون، 2010، العدالة المدرسية وعلاقتها بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الاساسية في محافظة اريد، مجلة جامعة دمشق، مجلد26، العدد 4، 285-317
- 75-معتز سيد عبد الله، د س ن، بحوث في علم النفس الاجتماعي، ج1، دار غري للطباعة، القاهرة.
- 76-ميرود محمد وآخرون، 2014، الاثار النفسية والدراسية للإصابة بداء السكري من النوع الاول على المراهق المتمدرس، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، ع15. 223-233
- 77-ناجي داود اسحاق السيد، 2005، بعض المتغيرات النفسية وعلاقتها بالإنجاز العدوانى لدى لاعبي منتخبات جامعة المنيا دراسة مقارنة، رسالة ماجستير، جامعة المنيا.
- 78-نايف بن محمد الحربي وآخرون: 2009، فاعلية الذات وعلاقتها بوجهة الضبط في ضوء عدد من المتغيرات لدى عينة من طالبات كلية التربية للبنات بالمدينة المنورة، المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل، العلوم الإنسانية والادارية، المجلد 11، العدد2
- 79-نجيبة بكيري، 2012، أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الاعراض النفسية للسكريين المراهقين، اطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر، بانتة.
- 80-نخبة من أساتذة الجامعات في العالم العربي، 1999طب المجتمع، أكاديميا للنشر والطباعة، لبنان.
- 81-ندى عبد باقر الدباج، اساليب المواجهة وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة كلية التربية الاساسية، المجلد 19، العدد 79، 559-602
82. نيفين عبد الرحمن المصري، 2011، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي لدى عينة من طلبة جامعة الازهر بغزة، رسالة ماجستير، جامعة الازهر، غزة
83. هيام رزق وآخرون، دس ن، أسرار التخلص من السكري، دار الهدى للطباعة والنشر، الجزائر

84- هيام صابر صادق شاهين، 2012، فاعلية الذات مدخل لخفض اعراض القلق وتحسين التحصيل

الدراسي من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، العدد 4، 147-

201

85- يوسف بن سطاتم العنزي، 2010، الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير

المنتكسين على المخدرات، اطروحة الدكتوراه، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

86- يوسف حسن ابو ليلي، 2009 مظاهر السلوك الصحي في مجتمع الإمارات، مجلة شؤون

اجتماعية، جمعية الاجتماعيين والجامعة الأمريكية في الشارقة، دولة الإمارات العربية

المتحدة، الشارقة، العدد 102

87. يوسف قطامي، 2004، النظرية المعرفية الاجتماعية، ط1، دار الفكر، الأردن

المراجع الأجنبية:

88-Albert Bandura 1994, social cognitive theory of personality, new yourk ,in, l, pevin, and O, john(ed) hand book of personality, guilford press p31 -24

89-Albright, T. L. et al. (2001). Predictors of Self Care Behavior in Adults with Type 2 Diabetes : An RnesT Study, Fam. Med. , 33, (5) ,354-360

90-Alfred L, Mc Alister, cheryl perry and GUy,s, parcel; how individuals environment and health Behaviors intract in Glanz, K rimer B and levis health behavior and health education theory, research and practice (4^{ed}) p 181 San Francisco: jossey – Bass

91- aribi et autres, 2005 : guide de diabétologie , comite medical national de diabetologie, p1

92_ Baum, A , Gatchel, R, and Krantz, D, (1997) : introduction to Health psychology, 3rd ed, Newyork : MC graw-Hill.

93- Collen A, R eding, Joseph S and all 2003: Health behavior Models: the international Electronic Journal of Health education, , (special issue 180-193

94- Derks , W et al (2005) . Differences in coping style and locus of control between older and younger patients with head neck cancer, clinical otolaryngology & allied Sciences, 30 (2), 186-192

95-Carifio, J. & Rhodes, L., (2002): "Construct validities and empirical Relationships between optimism hope, self – efficacy, and locus of control, work, vol 19, pp 125-136

96- chung M.C et al (2006). Spinalcords injury, posttraumatic stress, and locus of control among the elderly, a comparison with young and middle-aged patients. Psychiatry,

69(1), 69-80

97- cosolis, S.M & Buckerte . (2004). Lieu de contrôle relatif à la sente et représentations du cholestérol. Encéphale, vol30.N4.pp331-341

98-Cross, M.J et al (2006). Patient self-efficacy and health locus of control, relationships with health status and arthritis –related expenditure, Rheumatology (oxford); 45(1), 92-96

99- De Valck C , J Vinck1996. locus de santé de contrôle et la qualité de vie des patients atteints de cancer du poumon. Patient educ.couns juillet ; 28(2) ; 179-

100- dubois ; 1994.la norme dinteranalite et le libéralisme, presses universitaires de Grenoble, Grenoble

101-Gillibrand, W. & Flynn M. (2001). Forced externalization of control in people with diabetes, Journal of advanced nursing 34(4) 501-510

2102-Gramstad, A. & Iversen, E. & Engelsen, B., (2001): "The impact OF Affectivity dispositions, self-efficacy and locus of control on psychosocial adjustment in patients with epilepsy," Epilepsy Research, Vol.46, No.1, pp.53-61

103-Grunfeld, .E.A et al, (2003) Using locus of control measures with patients experiencing vertigo, Psychology, Health & medicine , 8 (3) , 335-342

104-Hildreth Youkilis Grossman ,et al (1987) :Auto-efficacité dans les adolescentes et les garçons avec insulino-dépendant diabète sucré ,Americandiabètes association

105-Hobbis,C.A. , Turpin , G. & Read ,N.W. (2003). Abnormal illness behavior and locus of control in patients with functional bowel disorders.British journal of Heath psychologie ,8.393-408

106- Irwin M, Rosenstock, victoe j, stretcher and Marshall M: social learning theory and health belief model,

<http://heb.sagepub.com/content/15/2/175.short:04/11/2014/16:50>

107-Jacobson,A.M,Hauser,S.T(1986): Psychological adjustment withrecently diagnosed diabetes mellitus, Diabetes Care, vol.9, No.4,pp323-328.

108-Janz, champion and strecher,v 2002,the health believe model IN Karen Glanz. Barbara K, Rimer et autres: Helth behavior and Helth education, theor, Research, and practice^t edition, san Francisco3, jossey bass

109- Jeffery, R. N. (1989).Risk behaviour an health: contrasting individual and population perspectives, American Psychologist, 44, (9), 1194-1202

110- Judge, T. & Bono, J., (2001): "Relationship of core self- evaluations traits self-esteem, generalized self – efficacy,locusof control, and emotional stability with Job

- satisfaction and Job performance* : A meta-analysis": Journal of applied psychology vol 86 , No. 1 , pp .80- 92.
- 111-Kapalan, Sallis and Patterson,1993, *Health and human behavior*New York: MC GrawHill
- 112-Karen Glanz. Barbara K, Rimer et autres: *Health behavior and Health education, theory, Research, and practice*, 4th edition, san Francisco, jossey bass)
- 113-Knecht, M.C et al (1999)*Locus de croyances de contrôle prédire le comportement de santé bucco-dentaire et le diabète et l'état de santé*,57(3),127-131
- 114- knecht et al 1999, *L'auto-efficacité comme une variable commune dans le comportement de santé bucco-dentaire et le diabète adhésion* ,. Eur J Oral science 1999 avril; 107 (2): 89-96
- .115-Kennedy, C.A.et al,(1999) .*Influence of self-care education on illness behaviors and health locus of control of Mexican American women*. Women Health, 28(3),1-13
- 116- KENNETH A. WALLSTON, BARBARA STRUDLER WALLSTON,and al 1987; *Perceived Control and health*, current psychological research and health;current psychological researcher reviews/spring vol 6.NO 1,5-25.
- 117-konrad Janowski et al 2013 :*Liée à la santé Comportement, profil de la Santé Locus de contrôle et acceptation de la maladie chez les patients souffrant de maladies somatiques chroniques*, journal.pone,dol :10 .1371.PUBLIE .10 MAIS
- 118- Lennon, C.C. et al. (2001). *Identification of psychosocial factors with influence patient adherence with antihypertensive medication*, Int. J. Pharm. Pract., 9, R8
- 119-Levenson, Hanna (1973). *Multidimensional locus of control in psychiatric patients*, Journal of Consulting and Clinical Psychology. 41(3) 397-404
- 120- Moline j: 1992,*manuel de sémiologie médicale,Paris,masson* p 2120-
- 121-Montan.O.B, and Kasprzyk K.D (2002): *the theory of reasoned action and the theory of planned behavior*, in Glanz, K. Riner, B, and levis F (eds) health behavior and health education the ory, the ory, research, and ractice (3th ed) (pp 67.98) San Francisco, jossey-Bass
- 122-Nicole Lezin : *theory of reasoned action (TRA)*/ <http://recapp.etr.org/recapp/index.cfm>
- 123-Norman, E. et al(2001):*Coping, efficacy, and perceived control in acute vs chronic illness, personality and individual differences*, volume 30,issue 4,617-625
- 124-O 'Hea, E., et al., (2009): "*The interaction of locus of control, self – efficacy, and outcome expectancy in relation to H b A1C in medicallyUnderserved individuals with type 2 diabetes*", Journal of Behavioral Medicine, Vol .32, No. 1, pp.106-117.

- 125-Power, F. et al. (2001). Monitoring of psychological wellbeing in outpatients with diabetes, Diabetes Care, 24, (11), 1929-1935
- 126-Powell, L. M. et al. (2003). Religion and spirituality: Linkage to physical health. American Psychologist, 58, (1), 36-52
- 127-Prochaska, J., Readding, c. and Evers. K (2002) the transtheoretical model and stages of change in Glanz, K. Rimer .B and Iwis F (eds) health behavior and health education theory. Theory, research and practice (4^{ed}) p 101, San Francisco: jossey – Bass
- 128-Reynaert, C. et al (1995). Locus of control and metabolic control, Diabetes et métabolisme , 21(3), 180-187.
- 129-Rodolfo, A. et Richard, H. (1984). Health, locus of control values, and the behavior of family and friends: An integrated approach to understanding preventive health behaviour, Basic and Applied Social Psychology, 5,(4), 283-2913-
- 130-Roy, M, and Roy, A (1994): Excess of depression symptoms and life events among diabetics, comparative psychiatry, vol.35, No. 2, pp 129-131.
- 131- Sarafino, Edward (2002), Health psychology: biopsychosocial interaction (4th ed) WWW.WILEY.COM ,new York: john willey and sons, inc.
- 132- Schwarzer, R. et al. (2000). Social cognitive predictors of health behavior: action self-efficacy and coping self-efficacy, Health psychology, 19, (5), 487-495
- 133-schorder ke, schwarzer, r (2005) : habitual self-control and the mangement of health behavior among heart patients, soc sci med, 60(4) :859-875
- 134 -Senécal, C. et al. (2000). Motivation and self-dietary self-care in adults with diabetes: areself-efficacy and autonomous self-regulation Complementary Or competing constructs. Health Psychology, 9, (5), 452-457
- 135-Simoni , Jane & Ming , Ng (2002). Abuse, Health locus of control and perceived Health among HIV –Positive women , Health psychology ;JAN 21(1) , 89-93
- 136-Strauser, D. & Ketz, K. & Keim, J., (2002): "The relationship between selfefficacy, Locus of control and work personality Journal of Rehabilitation, vol. 68.No.1, pp.20-26.
- 137- susan M et al (1999) : health promotion in old age ;in order annual review of nursing research, volume 17, new yourk, ny 10012
- 138- Tillotson, L.M. & Smith, M.S .(1996.) Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. Diabetes Educ, 22(2), 133-9,
- 139-tome i rapport 2012 : évaluation de la prise en charge du diabète, inspection générale

des affaires sociales ,033p, avril, p12

140- 2007, A comparative analysis of internal-external locus of control among hospital personnel in turkey and Its Managerial Implications on Health Sector, Humanity & Social Sciences Journal 2 (1): 51-62, Marmara

University, Istanbul-Turkey

141-Valck C , J Vinck1996, locus de santé de contrôle et la qualité de vie des patients atteints de cancer du poumon Patient; Educ. Couns , juillet; 28 (2): 179-86.27-

142-Van de Putte , E.M. et al (2005). Chronic Fatigue syndrome and health control in adolescents and parents Arch Dis Child,90 (10) 1020-1024.

143-Victoria L, Champion, cellette sugg skinner : the health belief Model Health behavior and health education, theory and research, and practice)IN Karen Glanz. Barbara K, Rimer et autres: Health behavior and Health education, theory, Research, and practice, 4th edition, San Francisco, Jossey Bass, page12)

144-Vuger –Kovacic ,D et al (2007) . Relation between anxiety , depression and locus of control of patient with multiple sclerosis , Mult Scler vol 13(8) ,1065-1067.

145- Wardle, J., et Steptoe, A. (1991). The European Health and Behaviour Survey: Rationale, methods, and results from the United Kingdom, Social Science and Medicine. 33, 925 –936.

146- Waldron,1983; Les différences de sexe dans la maladie incidence, le pronostic et la mortalité: Enjeux et preuves, Social Science & Medicine ;Volume 17, Numéro 16 , Pages 1107-1123

147-Weinmann, M. & Bader, J. & Endress, J. & Hell, D., (2001): "self- Efficacy beliefs and locus of control orientation in depressed Inpatients" Zeitschrift für klinische psychologie und psychotherapie, vol.30, No.3., pp.153-158.

148-Winstead –Fry, P. et al (1999).The relationship of rural person's multidimensional health locus of control to knowledge of cancer , cancer Nurs ,22(6) , 456-462

149- Wrightson K j wardle j1997 :cultural variation in health locus of control, ethnicity and health, vol 2, issue1/2

150-Wu, A. & Tang, C. & Kwok, T(2004): "self- efficacy, health Locus of control and psychological distress in elderly Chinese women With chronic Illnesses", Aging and Mental Health, vol.8, No.1. , pp.21-28

151-Younger , J. Marsh K. J. & Grap M. J.(1995) The Relationship of Health locus of control and cardiac rehabilitation to mastery of illness-related stress, journal of advanced nursing, volume 22, issue2, page294-299

الملحق الأول

مقياس مصدر الضبط

استبيان لقياس مصدر الضبط الصحي

Health Locus of Control Questionnaire

السن المهنة:

الجنس ذكر (....) انثى (.....)

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

الحالة الاجتماعية: متزوج () اعزب () مطلق () ارمل ()

مدة المرض.....

التعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدثن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض.

اقرأ كل عبارة على حدي جيدا، والمطلوب منك تحديد الاجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك

بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

ارجو ان تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة دون اجابة، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض

النظر عن اجابتك عن العبارة السابقة. اجب بصراحة وصدق لان هذا يخدم البحث العلمي، تأكد ان

اجابتك تبقى موضع سرية.

غير موافق تماما	غير موافق	غير متأكد	موافق ق	موافق تماما	العبارات
					1 . سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض
					2 . إذا قدر لي ان أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض
					3 . المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض
					4 . اغلب ما يؤثر على صحتي يعود الى الصدفة
					5 . عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا
					6 . اعتقد أني متحكم في صحتي
					7 . لأسرتي دور كبير في اصابتي بالمرض او بقائي سليما
					8 . لا الوم إلا نفسي عند اصابتي بالمرض
					9 . يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض
					10 . يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي
					11 . حظي السعيد هو الذي جعلني اتمتع بصحة جيدة
					12 . تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي
					13 . إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض
					14 . يرجع شفائي من المرض الى العناية التي القاها من

					(الاطباء، الاقارب، الاصدقاء ...)
					15. اعتقد انني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه
					16. القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة
					17. يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني
					18. اتباع ارشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي

جزء خاص بالمختص

<u>IHLC</u>	<u>PHLC</u>	<u>CHLC</u>

الملحق الثاني

مقياس توقعات الكفاءة

الذاتية

مقياس توقعات الكفاءة الذاتية

General Self-Efficacy- Scale

Bay: RalfSchwarzer

Translator in Arabic :SamerRudwan

السن: الجنس:

المستوى التعليمي: الحالة

الاجتماعية:.....

مدة المرض:.....المهنة:.....

التعليمات

امامك عدد من العبارات التي يمكن ان تصف أي شخص، اقرا كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك

بوجه عام، وذلك بوضع علامة (x) امام كلمة واحدة فقط ممايلي: لا نادرا غالبا دائما

ليس هناك اجابة صحيحة واجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة، اجب بسرعة ولا تفكر كثيرا

بالمعنى الدقيق لكل عبارة، ولا تترك اي عبارة دون اجابة

دائما	غالبا	نادرا	لا	العبارات
				1 . عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف اسعى اليه فإنني قادر على ايجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغايا
				2 . إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإنني سأنجح في حل المشكلات الصعبة
				3 . من السهل عليا تحقيق اهدافي ونواياي
				4 . اعرف كيف اصرف مع المواقف غير المتوقعة
				5 . اعتقد بانني قادر على التعامل مع الاحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي
				6 . اتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية
				7 . مهما يحدث فاني أستطيع التعامل مع ذلك
				8 . أجد حلا لكل مشكلة تواجهني
				9 . إذا ما واجهني امر جديد فاني اعرف كيفية التعامل معه
				10 . امالك افكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني

الملحق الثالث

استبيان السلوك الصحي

استبيان السلوك الصحي

لمرضى السكري النوع الاول

السن: المهنة:

الجنس: ذكر (.....) انثى (.....)

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

الحالة الاجتماعية: متزوج () اعزب () مطلق () ارمل ()

مدة المرض:

التعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن أسلوبك في ممارسة السلوك الذي يفيدك في

صحتك. أجب عنها بوضع علامة (x) تحت كلمة (لا) أو (نادرا) أو (أحيانا) أو (غالبا). وذلك حسب

انطباق مضمون العبارة عليك.

لا	نادرا	احيا نا	غالبا	العبارات
				1 . أبذل جهدي من أجل تناول وجباتي بطريقة منتظمة
				2 . أهتم بممارسة رياضي المفضلة
				3 . أمارس الأنشطة التي تجعلني في حالة استرخاء
				4 . اتناول وجبات غذائية تحتوي على جميع العناصر الغذائية بما فيها السكريات
				5 . أقوم بممارسة تدريبات اللياقة البدنية بانتظام
				6 . أحافظ على نفسي من التعرض للحوادث
				7 . أتناول وجبات غذائية متوازنة مع جرعة الدواء (الانسولين) والنشاط البدني
				8 . أنام عددا كافيا من الساعات
				9 . أبذل جهدي للمحافظة على أوقات محددة لممارسة التدريبات الرياضية
				10 . ازور اخصائي التغذية من اجل اعداد الوجبات الغذائية الصحية
				11 . أتناول كثيرا من المشروبات الطبيعية التي تشعرني بالهدوء
				12 . اقوم بالتمارين الرياضية للوصول والمحافظة على الوزن

				المثالي للجسم
				13. اقوم بالأشياء التي تشعرني بالحيوية والنشاط
				14. اتابع نسبة السكر قبل وبعد ممارسة التمارين الرياضية
				15. أشارك مع أصدقائي في النشاطات الترفيهية
				16. ألائم برنامج السكري مع نمط حياتي المعتاد
				17. أتجنب تناول المشروبات التي تحتوي على الكافيين (شاي، قهوة، كولا)
				18. أحاول أن يكون وزن جسمي في المعدل المناسب
				19. يزداد اهتمامي بنظافتي الشخصية وحسن مظهري
				20. اقوم بتنظيف اسناني باستمرار
				21. أتابع برنامج السكري عندما يطرأ تغيير على الروتين اليومي
				22. افحص قدمي باستمرار
				23. اخذ حقن الانسولين
				24. احافظ على اوقات اخذ جرعات الانسولين

				25. التزم بجرعة الانسولين التي يصفها الطبيب
				26- اقوم بالنشاطات التي استمتع بها في نفس الوقت الذي اعتني فيه بمرضي(السكري)
				27 . اقوم بالتمارين الرياضية اكثر من مرة في الاسبوع
				28 املك معلومات كافية حول الادوية التي استعملها

				لمرضي(السكري)
				29. تناول وجبات الغذائية في نفس التوقيت كل يوم
				30. اقص اظافر قدمي بالطريقة الصحيحة
				31 أقوم بفحص(تحليل)دمي عندما اكون بعيد عن المنزل
				32. اراقب نسبة السكر في دمي يوميا
				33. اتصل بأخصائي الصحة حول مشاكل القدمين كلما استدعى الامر ذلك
				34 . اراقب السكري حتى اتمكن من قضاء وقت مع العائلة والأصدقاء
				35 املك معلومات كافية عن الفحوصات المخبرية عندما يتعلق الامر بمرض السكري
				36 . أسأل اخصائي الصحة حول ادارة رقابة السكري
				37 . اتناقش مع الاطباء فيما يتعلق بمضاعفات السكري
				38. احرص على الالتزام بكل توجيهات الطبيب