



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر - باتنة -

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية

قسم علم النفس و علوم التربية

الكفاءة الذاتية و علاقتها بالإلتزام للعلاج
و جودة الحياة المتعلقة بالصحة
لدى مرضى قصور الشريان التاجي

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ الدكتور:

نور الدين جبالي

إعداد الطالبة الباحثة:

صليحة عدودة

لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة الأصلية	الدرجة العلمية	الإسم و اللقب
رئيسا	جامعة باتنة -1-	أستاذ محاضر	يوسف عدوان
مقرا	جامعة باتنة -1-	أستاذ	نور الدين جبالي
عضوا مناقشا	جامعة بسكرة	أستاذ	نصر الدين جابر
عضوا مناقشا	جامعة قسنطينة	أستاذ	زوهير بوسنة
عضوا مناقشا	جامعة المسيلة	أستاذ	اليامنة اسماعيلي
عضوا مناقشا	جامعة باتنة -1-	أستاذ محاضر	حنيفة صالحى

السنة الجامعية: 2015/2014 م

قال الله تعالى:

"وإذا مرضت فهو يشفيني"

(سورة الشعراء: 80)

رب إني مسني الضر و أنت أرحم الراحمين"

(الأنبياء : 83)

*"Si j'ai la conviction que je peux le faire, je vais sûrement acquérir
la capacité de le faire même si je ne l'ai pas au début"*

(Mahatma Gandhi)

« Il me prescrit mille médicaments .

Mais l'heure de la consultation seule est venues .

Celle de l'obéissance ne viendra que plus tard »

(Marcel Proust)

*« Les malades mentent souvent lorsqu'ils disent qu'ils prennent
leurs médicaments ».*

(Hippocrate)

شكـر و تقـدير

(و إذ تآذن ربكم لئن شكرتم لأزيدنكم)

(إبراهيم: 7)

أتوجه بالشكر الجزيل إلى الله العلي القدير الذي وفقني و ساعدني في إنجاز هذه

المذكرة بإعطائي القوة و الصبر و الإرادة،

و بعده أتقدم بخالص الشكر و التقدير إلى الأستاذ الدكتور جبالي نور الدين على

موافقته الإشراف على هذا العمل، و الذي لم يبخل بتوجيهاته و إرشاداته، و كان

سندا لي في إنجاز هذا البحث.

إلى كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة سواء من قريب أو بعيد.

و أخيرا، أرف شكري الخالص لكل أفراد عائلتي على مساندتهم لي طيلة مشواري

الدراسي،

و خاصة والدي الكريمين أطال الله في عمرهما، اللذان أنحني احتراما و عرفانا لها

بالفضل و الجميل

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية و كل من الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و قد تم عرض التراث الأدبي، بما في ذلك أهم النظريات و النماذج المفسرة لمتغيرات الدراسة، و لتحديد إشكالية الدراسة تم طرح التساؤلات التالية:

1. ما مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
2. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
3. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
4. هل توجد فروق دالة إحصائيا في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
5. هل توجد فروق دالة إحصائيا في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
6. هل توجد فروق دالة إحصائيا في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
7. هل هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بأنماط الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
8. هل هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

وشملت الدراسة عينة قوامها 129 فردا، تراوحت أعمارهم بين 16-80 سنة، و تم الإعتماد على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لـ رالف شفا رتزر (Ralf Schwarzer)، من ترجمة سامر جميل رضوان، و مقياس الإلتزام بالعلاج من تصميم الطالبة، و مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36، الذي تمت ترجمته إلى اللغة العربية، و قد تم التأكد من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة، و أستخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات و الفرضيات.

و أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

1. يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بكفاءة ذاتية مرتفعة.
2. لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الكفاءة الذاتية و محاور الإلتزام بالعلاج (الإلتزام بتناول الأدوية، الإلتصال الفعال مع الطبيب، الحمية الغذائية، التدخين) لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

3. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة (القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الاجتماعي، الصحة النفسية، الطاقة، الصحة المدركة) لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و يستنتى من هذه النتيجة المحور الخاص بالوظائف البدنية، و بالقيود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، حيث بينت الدراسة أنه لا توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية و هذه المتغيرات.
4. لا توجد فروق دالة إحصائياً في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).
5. لا توجد فروق دالة إحصائياً في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).
6. لا توجد فروق دالة إحصائياً في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، و يستنتى من هذه النتيجة المحور الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية فيما يخص الجنس، و الفرق لصالح الذكور.
7. لقد استبعد الفرض الذي مفاده أن للكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية للإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و ذلك لأن العلاقة بين المتغيرين لم تصل إلى مستوى الدلالة.
8. ليست هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

Résumé de l'étude:

La présente étude aborde la relation entre l'auto-efficacité, l'observance thérapeutique et la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de la maladie coronarienne.

Une présentation de la littérature qui a abordé les éléments théoriques et modèles explicatifs des variables de l'étude a été réalisée et afin de cerner la problématique de la recherche, nous avons énoncé les questionnements suivantes:

1. Quel est le niveau d'auto-efficacité chez les patients atteints de la maladie coronarienne ?
2. Y a-t-il une corrélation significative entre l'auto-efficacité et l'observance thérapeutique chez les patients atteints de la maladie coronarienne ?
3. Y a-t-il une corrélation significative entre l'auto-efficacité et la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de la maladie coronarienne ?
4. Y a-t-il des différences significatives dans l'auto-efficacité chez les patients atteints de la maladie coronarienne selon les variables suivantes : âge, sexe, niveau d'études et durée de la maladie ?
5. Y a-t-il des différences significatives dans l'adhésion thérapeutique chez les patients atteints de la maladie coronarienne selon les variables suivantes : âge, sexe, niveau d'études et durée de la maladie ?
6. Y a-t-il des différences significatives dans la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de la maladie coronarienne selon les variables suivantes : âge, sexe, niveau d'éducation et durée de la maladie ?
7. Y a-t-il une capacité d'auto-efficacité à prédire l'observance thérapeutique chez les patients présentant une maladie coronaire ?
8. Y a-t-il une capacité d'auto-efficacité pour prédire la qualité de vie, liée à la santé chez les patients atteints de la maladie coronarienne ?

L'étude a concerné un échantillon de 129 sujets, âgés de 16 à 80 ans en s'appuyant sur le questionnaire de l'auto-efficacité générale de Ralf Schwarzer, le questionnaire de l'observance thérapeutique réalisée par l'étudiante ainsi que le questionnaire de la qualité de vie liée à la santé « SF36 », qui a été traduit à arabe.

L'étude a débouché sur les conclusions suivantes :

1. les patients atteints de la maladie coronarienne jouissent d'une auto-efficacité élevée.
2. Il n'y a pas de corrélation significative entre l'auto-efficacité et l'observance thérapeutique (la prise des médicaments, la communication

efficace avec le médecin, l'alimentation, l'arrêt du tabagisme) chez les patients atteints de la maladie coronarienne.

3. Il existe une corrélation significative entre l'auto-efficacité et la qualité de vie liée à la santé (les limites physiques, la douleur physique, le fonctionnement social, la santé mentale, l'énergie, la santé consciente) chez les patients atteints de la maladie coronarienne. Ce résultat exclu l'axe des fonctions physiques, les limitations causées par des troubles émotionnels, où l'étude a démontré qu'il n'y a pas de relation entre l'auto-efficacité et ces variables.

4. Il n'y a pas de différences significatives dans l'auto-efficacité chez les patients atteints de la maladie coronarienne selon les variables suivantes : âge, sexe, niveau d'éducation et durée de la maladie.

5. Il n'y a pas de différences significatives dans l'observance thérapeutique chez les patients atteints de la maladie coronarienne selon les variables suivantes : âge, sexe, niveau d'éducation et durée de la maladie.

6. Il n'y a pas de différences significatives dans la qualité de vie liée à la santé chez les patients atteints de la maladie coronarienne selon les variables suivantes: âge, sexe, niveau d'éducation et durée de la maladie. Ce résultat exclu les limitations liées à la santé physique avec une différence en faveur des hommes.

7. l'hypothèse a écarté l'effet que l'auto-efficacité a la capacité prédictive à l'observance thérapeutique dans la mesure où la relation entre les deux variables n'a pas atteint le niveau significatif.

8. Il n'y a pas de capacité d'auto-efficacité pour prédire la qualité de vie liée à la santé chez ces patients.

فهرس المحتويات	
أ	- آيات قرآنية
ب	- شكر وتقدير
ج	- ملخص الدراسة
ز	- فهرس المحتويات
م	- فهرس الجداول
ع	- فهرس الأشكال
1	- مقدمة
الجانب النظرى	
الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة	
6	أولاً: الإشكالية
10	ثانياً: أهداف الدراسة
11	ثالثاً: أهمية الدراسة
12	رابعاً: التعريف الإجرائى لمتغيرات الدراسة
12	1. الكفاءة الذاتية
12	2. الإلتزام بالعلاج
12	3. جودة الحياة المتعلقة بالصحة
13	4. مرض قصور الشريان التاجى
13	خامساً: الدراسات السابقة
13	1. دراسات تتمحور حول الكفاءة الذاتية.
14	2. دراسات تتمحور حول الإلتزام بالعلاج.
19	3. دراسات تتمحور حول جودة الحياة المتعلقة بالصحة.
23	4. دراسات تتمحور حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج.
33	5. دراسات تتمحور حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة.
35	6. تعليق على الدراسات السابقة
38	سادساً: فرضيات الدراسة
الفصل الثانى: الكفاءة الذاتية	
40	تمهيد
40	أولاً: مفهوم الكفاءة الذاتية
40	1. تعريف الكفاءة الذاتية
41	2. المفاهيم المرتبطة بالكفاءة الذاتية

42	1.2 الفرق بين الكفاءة الذاتية العامة و الموقفية أو الخاصة
43	2.2 الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية
43	3.2 الفرق بين الكفاءة الذاتية المدركة و تقدير الذات
44	4.2 الفرق بين الكفاءة الذاتية و مفهوم الذات
45	5.2 الفرق بين مفهوم توقعات كفاءة الذات و مفهوم توقعات العواقب
47	ثانيا: نظرية الكفاءة الذاتية
50	ثالثا: طبيعة و بنية الكفاءة الذاتية
51	رابعا: التحليل التطوري للكفاءة الذاتية
51	1. نشأة الشعور بالسيادة الشخصية
52	2. المصادر العائلية لفاعلية الذات
52	3. اتساع فاعلية الذات من خلال تأثيرات جماعة الرفاق
52	4. المدرسة كقوة لغرس فاعلية الذات
53	5. نمو فاعلية الذات من خلال الخبرات الإنتقالية للمراهقة
53	6. فاعلية الذات الخاصة بمراحل الرشد
54	7. إعادة تقدير فاعلية الذات مع التقدم في العمر
55	خامسا: خصائص الكفاءة الذاتية
57	سادسا: أبعاد الكفاءة الذاتية
57	1. قدر الكفاءة الذاتية
58	2. العمومية
58	3. القوة أو الشدة
58	سابعا: مصادر الكفاءة الذاتية
60	1. الإنجازات الأدائية
61	2. النمذجة أو الخبرات البديلة
63	3. الإقناع اللفظي
64	4. الحالة الفسيولوجية و النفسية
66	ثامنا: تأثير اعتقادات الفرد على كفاءة إمكاناته الذاتية
66	1. اختيار السلوك
66	2. كم و معدل الجهد
67	3. أنماط التفكير و ردود الأفعال
68	4. الفرد منتج للسلوك
68	تاسعا: الكفاءة الذاتية و الأمراض المزمنة
68	عاشرا: الكفاءة الذاتية و علاقتها بالألم المزمن
70	إحدى عشر: الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج
72	إثني عشر: إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية

73	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج	
75	تمهيد
75	أولاً: مفهوم الإلتزام بالعلاج
77	ثانياً: نظريات الإلتزام بالعلاج
77	1. نظرية المعتقدات الصحية
81	2. نظرية فيشبين في السلوك المبرر و المخطط
84	3. نموذج الإذعان الصحي
86	4. نموذج تبني الاختيار الحذر
87	5. نموذج (برسيد) التربية الصحية
88	6. النموذج القيمي للعلاجات الوقائية
97	ثالثاً: العوامل المحددة للإلتزام بالعلاج
91	1. عوامل مرتبطة بالمريض
92	2. فهم الوصفات و العلاج
93	3. عوامل متعلقة بالبرنامج العلاجي
94	4. العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب / مريض
98	5. الخصائص الديموغرافية والسوسيو اقتصادية
101	رابعاً: عدم الإلتزام الخلاق
102	خامساً: التنشيطية، تصنيف الذات، و عدم الإلتزام
103	سادساً: مراحل الإلتزام بالعلاج
103	البعد الأول: مراحل التغيير
103	1. مرحلة ما قبل التفكير في الفعل
104	2. مرحلة التفكير في الفعل
104	3. مرحلة الإعداد للفعل
104	4. مرحلة الفعل
104	5. مرحلة الحفاظ على الفعل
105	6. مرحلة الإنهاء
105	البعد الثاني: عمليات التغيير
108	سابعاً: قياس الإلتزام بالعلاج
108	1. طريقة القياس الكمي المباشر
108	1.1 المعايير البلاسماتيكية أو البولوية للدواء
108	2.1 الملاحظة المباشرة للعلاج
109	3.1 ملاحظة الأعراض العلاجية

109	2. طرق القياس الكمية و النوعية الغير مباشرة
109	1.2 احترام المواعيد الطبية
109	2.2 حساب الأقراص المتبقية من الدواء و مدى المواظبة عليه
110	3.2 حساب الحاويات المفتوحة من الأقراص
110	4.2 تقييم جودة الحياة
110	5.2 ملاحظة المريض
110	6.2 المقابلة مع المريض
111	7.2 الاستفتاءات أو المقاييس
111	8.2 طريقة السيرة الذاتية
111	ثامنا: معالجة عدم الإلتزام بالعلاج
113	خلاصة
الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة	
116	تمهيد
116	أولاً: تاريخية و تطور مفهوم جودة الحياة
116	1. المقاربة الفلسفية
117	2. المقاربة النفس اجتماعية
117	3. المقاربة السياسية و الإقتصادية
117	4. المقاربة الطبية
120	ثانياً: مفهوم جودة الحياة
120	1. صعوبة تعريف جودة الحياة
121	2. تعريف جودة الحياة
123	3. تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة
125	ثالثاً: نظريات جودة الحياة المتعلقة بالصحة
125	1. نظرية رأس المال البشري
126	2. نظرية هالدي
126	3. نموذج أباي و اندروز
127	رابعاً: خصائص جودة الحياة
128	خامساً: مكونات جودة الحياة
128	1. المكونات الموضوعاتية
128	2. المكونات الذاتية
130	سادساً: مجالات جودة الحياة
130	1. المجال البدني
130	2. المجال النفسي
131	3. المجال الإجتماعي

131	4. الرضا عن الحياة
132	5. السعادة
132	سابعاً: أهمية دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن
135	ثامناً: مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي
137	1. المقاييس العامة
138	2. المقاييس المتخصصة
140	تاسعاً: محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة
140	1. المحددات الخاصة بالصحة العامة
145	2. المحددات الخاصة بمرضى قصور الشريان التاجي
147	عاشراً: تحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي
148	خلاصة
الفصل الخامس: مرض قصور الشريان التاجي	
150	تمهيد
150	أولاً: تشريح القلب
151	ثانياً: جهاز الدورة الدموية
152	ثالثاً: تعريف مرض قصور الشريان التاجي
152	رابعاً: أشكال مرض قصور الشريان التاجي
152	1. الذبحة الصدرية
152	1.1 تعريفها
153	2.1 أعراض الذبحة الصدرية
154	2. احتشاء عضلة القلب
154	1.2 تعريفها
154	2.2 أعراض احتشاء عضلة القلب
155	خامساً: أسباب مرض قصور الشريان التاجي
157	سادساً: الخصائص النفسية للمصاب بقصور الشريان التاجي
157	1. عصاب القلب
159	1.1 نمط الشخصية -أ- و مرض قصور الشريان التاجي
160	2.1 العدائية و علاقتها بأمراض القلب
161	3.1 الإكتئاب النفسي و دوره في نشأة أمراض القلب
162	2. آليات تأثير الشخصية على النشاط القلبي الوعائي
162	1.2 فرضية التفسير النفسي الفسيولوجي
163	2.2 فرضية الإستعداد النفسي الإجتماعي
163	3.2 فرضية السلوك الصحي

163	سابعا: الفحوصات اللازمة لتشخيص مرض قصور الشريان التاجي
163	1. تخطيط القلب الكهربائي أثناء الراحة
163	2. تخطيط القلب المجهود
164	3. تخطيط القلب بالمجهود مع استخدام مواد مشعة
164	4. فحص القلب بالموجات فوق الصوتية (الايكو)
164	5. القسطرة القلبية
164	ثامنا: علاج مرض قصور الشريان التاجي
164	1. الإجراءات الوقائية
165	2. العلاج الدوائي
165	3. العلاج عن طريق القسطرة
165	4. عملية زرع شرايين جراحيا
166	5. العلاج النفسي
168	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية	
170	تمهيد
170	أولا: منهج الدراسة
171	ثانيا: الدراسة الاستطلاعية
171	1. أهداف الدراسة الإستطلاعية
171	2. حدود الدراسة الإستطلاعية
171	1.2 الحدود المكانية
171	2.2 الحدود الزمنية
171	3.2 الحدود البشرية
172	3. أدوات الدراسة الإستطلاعية
172	1.3 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة: لـ "Schwarzer & Jerusalem"
173	2.3 مقياس الإلتزام بالعلاج
173	1.2.3 خطوات إعداد المقياس
176	3.3 مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة " Sf-36 "
176	1.3.3 التعريف بالمقياس
177	2.3.3 خطوات ترجمة المقياس
179	4. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس
194	ثالثا: الدراسة الأساسية
194	1. حدود الدراسة الأساسية

194	1.1 الحدود المكانية
194	2.1 الحدود الزمانية
194	3.1 الحدود اليشورية
196	2. أدوات الدراسة
197	2. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
197	خلاصة
الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة	
199	تمهيد
199	أولاً: عرض النتائج
213	ثانياً: تفسير و مناقشة النتائج
243	ثالثاً: إسهامات الدراسة
243	1. الإسهامات النظرية
243	2. الإسهامات العملية
244	رابعاً: اقتراحات الدراسة
246	خلاصة
247	قائمة المراجع
الملاحق	
	1. استمارة ملء المعلومات
	2. مقياس الكفاءة الذاتية العامة
	3. مقياس الإلتزام بالعلاج
	4. مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة « SF36 »
	5. قائمة الأساتذة المحكمين
فهرس الجداول	
100	1. ملخص النتائج لمحددات الإلتزام بالعلاج
173	2. البدائل الخاصة بمقياس الكفاءة الذاتية
174	3. التعديلات المقترحة من قبل المحكمين لمقياس الإلتزام بالعلاج
175	4. محاور و مؤشرات مقياس الإلتزام بالعلاج
176	5. البدائل الخاصة بمقياس الإلتزام بالعلاج
177	6. محاور و مؤشرات مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة
178	7. البدائل الخاصة بمحور الوظائف البدنية و كيفية تنقيطها
178	8. البدائل الخاصة بمحور القيود المرتبطة بالصحة البدنية و كيفية تنقيطها
178	9. البدائل الخاصة بمحور الأم جسدي و كيفية تنقيطها
178	10. البدائل الخاصة بمحور الأداء الإجتماعي و كيفية تنقيطها

178	11. البدائل الخاصة بمحور الصحة النفسية و كيفية تنقيطها
179	12. البدائل الخاصة بمحور القيود المرتبطة بالصحة النفسية و كيفية تنقيطها
179	13. البدائل الخاصة بمحور الطاقة و كيفية تنقيطها
179	14. البدائل الخاصة بمحور الصحة المدركة العامة و كيفية تنقيطها
180	15. حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية
180	16. حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الذاتية
181	17. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية
182	18. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الكفاءة الذاتية
182	19. معامل ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام بالعلاج
183	20. حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الإلتزام بالعلاج
184	21. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور تناول الأدوية
184	22. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الإتصال الفعال مع الطبيب
185	23. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور التغذية
185	24. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور التدخين
186	25. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا للإلتزام بتناول الدواء
186	26. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا للإلتزام مع الطبيب
186	27. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور التغذية
187	28. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور التدخين
187	29. معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة
188	30. حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة
188	31. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الوظائف البدنية
189	32. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور القيود المرتبطة بالصحة البدنية
189	33. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الألم الجسدي
189	34. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الأداء الإجتماعي
190	35. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الصحة النفسية
190	36. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
190	37. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الطاقة
191	38. معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الصحة المدركة
191	39. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الوظائف البدنية
191	40. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور القيود المرتبطة بالصحة البدنية
192	41. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الألم الجسدي
192	42. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الأداء الإجتماعي
192	43. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الصحة النفسية

193	44. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
193	45. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الطاقة
193	46. نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الصحة المدركة
195	47. خصائص العينة حسب العمر
195	48. خصائص العينة حسب الجنس
195	49. خصائص العينة حسب المستوى التعليمي
196	50. خصائص العينة حسب مدة المرض
199	51. مستوى الكفاءة الذاتية
199	52. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بتناول الأدوية
200	53. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتصال الفعال مع الطبيب
200	54. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و التغذية
200	55. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و التدخين
201	56. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الوظائف البدنية
201	57. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و القيود المرتبطة بالصحة البدنية
201	58. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي
202	59. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الأداء الإجتماعي لدى مرضى قصور الشريان التاجي
202	60. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الصحة النفسية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
202	61. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
203	62. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و محور الطاقة لدى مرضى قصور الشريان التاجي
203	63. العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الصحة المدركة لدى مرضى قصور الشريان التاجي
203	64. دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب العمر
204	65. دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب الجنس
204	66. دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي
204	67. دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب مدة المرض
205	68. دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب العمر
205	69. دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب الجنس
206	70. دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب المستوى التعليمي
207	71. دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب مدة المرض
208	72. دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر
209	73. دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس
210	74. دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي
211	75. دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض
213	76. نتائج تحليل الإنحدار لمعرفة مدى قدرة الكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة

فهرس الأشكال

46	1. النموذج النظري للقيمة - التوقع لشفارتسر
48	2. نموذج الحتمية التبادلية
49	3. يوضح الفرق بين فاعلية الذات و توقعات النتائج
57	4. أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا
59	5. مصادر الكفاءة الذاتية
80	6. بعض السمات البارزة لنموذج المعتقدات الصحية
81	7. نموذج السلوك المبرر
84	8. بعض السمات البارزة لنموذج السلوك المخطط
85	9. يوضح مكونات نموذج الإذعان الصحي ل Heiby et Coll
87	10. نموذج التربية الصحية لجرين
89	11. النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Walsh & Mcphee
151	12. القلب و الأوعية الدموية الرئيسية
165	13. توسيع الشريان بالبالون

مقدمة:

شهدت السنوات الأخيرة زيادة ملحوظة في نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، ففي الولايات المتحدة الأمريكية يعاني حوالي 50% فردا من حالة من حالات المرض المزمن، و يصل ما يصرف على الرعاية الطبية للمصابين بهذه الإضطرابات المزمنة إلى ثلاثة أرباع ميزانية الخدمات الصحية، كما تشير الأرقام إلى أن 90% من الزيارات الطبية المنزلية، و 83% من الوصفات الطبية، و 80% من أيام الإقامة بالمستشفيات، و 66% من الزيارات للأطباء، و 55% من الزيارات لأقسام الطوارئ، هي من نصيب المرضى المزمنين، و هذه الحالات غير محصورة بكبار السن، فهناك ما يزيد عن ثلث هذه الحالات تتراوح أعمارهم ما بين 18 و 44 سنة، و لديهم على الأقل مرض مزمن واحد (شيلي تايلور، 2008، ص 619).

و في هذا الصدد تعتبر أمراض القلب على رأس هذه الأمراض المزمنة المهددة للحياة التي سماها الأطباء في مؤتمرهم بباريس سنة 1979 بالآفة الإجتماعية الكبرى (Shabé, S et al, 2001 p 11)، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن عدد ضحايا أمراض القلب في ازدياد مستمر، و يعتبر مرض الشريان التاجي المسبب لها في النصف الثاني من القرن العشرين إلى الآن، وهو عبارة عن تضيق في الشرايين التاجية بسبب الرواسب الدهنية أو العصيدية، مما يؤدي إلى حاجة عضلة القلب الشديد للأكسجين، الأمر الذي يؤدي إلى الذبحة الصدرية، كما لاحظت كذلك سنة (2007) أن 80% من أسباب أمراض القلب و الأوعية تعود إلى عوامل سلوكية منها طريقة الغذاء و نقص الممارسة الرياضية و التدخين، و عدم الإنتظام في تناول الدواء... إلخ (جمعية الصحة العالمية، 2007).

و بالرغم من أن المرض المزمن بما في ذلك قصور الشريان التاجي يشكل انكسارا حادا في صيرورة العافية، و صدمة للمريض تغير مسار حياته، إلا أن النموذج الطبي الخطي هو الذي بقي سائدا و مهيمنا في فهمنا للصحة و المرض فقد دأب الأطباء على التركيز على علامات الأمراض و أعراضها بدل الإهتمام بمشاعر المريض و معاشته للمرض، إلا أن المساهمة الرئيسة لعلم النفس الصحي في تطبيقاته الصحية و الطبية كان لها الأثر الواضح في التدليل على قصور النموذج الطبي الكلاسيكي المتمركز على المرض و تعويضه بالنموذج الحيوي النفسي الإجتماعي، هذا الأخير الذي يستند في الممارسات الإكلينيكية، و في التعامل مع المرضى بمجموعة من المضامين، فأولا، يركز النموذج في عملية التشخيص على ضرورة مراعاة الدور الذي تلعبه العوامل النفسية و الإجتماعية في تقييم حالة الفرد الصحية و المرضية، مما يقدم دلالة حول أفضلية المنحى الذي يهتم بمشاركة فريق مؤلف من ميادين علمية عدة في عملية التشخيص.

و من جهة ثانية يؤكد النموذج بأن التوصية باستخدام طريقة معينة في العلاج يجب أن تسند على فحص العوامل الحيوية و النفسية و الإجتماعية للمريض، و باتباع هذا التوجه يصبح من السهل تقديم

العلاج الذي يتلاءم مع وضع المريض الخاص، و الذي يتبنى نظرة شمولية تراعي الوضع الصحي للمريض من مختلف الجوانب، و بذلك تكون التوصية باتباع أسلوب في العلاج يمكن أن يكون ملائماً لعلاج أكثر من مشكلة واحدة و في الوقت نفسه، و هذا بالطبع يؤكد مرة ثانية مدى ملاءمة اتجاه العمل ضمن فريق (Saeed H. Wahass, P.O, 2015, p2)، و يركز النموذج صراحة على أهمية العلاقة بين المريض و المعالج، فالعلاقة الجيدة بين المريض و المعالج تستطيع أن تحسن من استخدام المريض للخدمات، و من فعالية العلاج، و تزيد من سرعة الشفاء (شيلي تايلور، 2008، ص 59).

و وفقاً لهذا النموذج أصبح لزاماً على فريق الرعاية الصحية دراسة التأثيرات البيولوجية والنفسية والإجتماعية على أداء المريض، فتصورات المريض الصحية والتهديد المدرك للمرض فضلاً عن الحواجز الإجتماعية أو الثقافية للمريض يبدو أنها عوامل ضالعة لإحتمالية المشاركة في تعزيز الصحة أو سلوكيات العلاج مثل تناول الدواء أو اتباع نظام غذائي سليم والإنخراط في النشاط البدني (DiMatteo M.R & al, 2007, p522)، لا سيما و أنه أصبح ينظر إلى أسلوب الحياة، و بصورة متزايدة، على أنه سبب رئيسي من أسباب مرض قصور الشريان التاجي، فالتدخين مثلاً يعتبر عامل سببي قوي للإصابة، إذ أنه يسبب 30 % من كل الوفيات في الفئة العمرية بين 35-69 سنة لدى الدول المتطورة، و تبلغ نسبة المدخنين الذين يموتون بأمراض القلب ثلاثة أضعاف مقارنة بغير المدخنين، و بإجتماعه مع عوامل الخطر الأخرى الخاصة بأمراض القلب كارتفاع الكوليسترول يؤدي إلى زيادة مخاطر أمراض الشرايين التاجية، ارتفاع الضغط الشرياني، الإختناق الصدري، انسداد شرايين الدماغ، تصلب شرايين الساقين (Shabé, S et al,2001 p 148).

و بالنسبة لعامل التغذية فقد أثبتت الأبحاث و الدراسات العلمية أهمية التغذية و الإحتياجات الغذائية الصحية اللازمة للنمو و مساعدة الأنسجة على القيام بوظيفتها على أكمل وجه و للوقاية من المرض و المحافظة على الصحة، فالغذاء يمكن أن يكون سبباً لحياة الإنسان أو هلاكه، فاتباع نظام غذائي غير متوازن و مفرط يؤثر على شرايين القلب (فطامي نايفة و آخرون، 1997، ص71)، و بالتالي فإن توصيات الأطباء المتعلقة بالإلتزام بالحمية الغذائية تهدف إلى التقليل من مستوى الكوليسترول، و تشمل تعليمات الحمية عادة التوقف عن التدخين، و التقليل من الوزن، و تقادي تناول الكحول بكمية كبيرة، إضافة إلى بعض التمارين الرياضية التي لا تحسن من أداء القلب و الشرايين فحسب، و إنما تساعد على الشفاء النفسي و منع حدوث الإنكاسات في المستقبل (شيلي تايلور، 2008، ص 734).

إن الإلتزام بهذه التوصيات يؤدي في اغلب الأحيان إلى تحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة، لا سيما فيما يتعلق بوضعيات المرضى مراعية في ذلك مختلف جوانب حالاتهم المتعلقة بعلاجهم، بإعاقاتهم، و العديد من وضعياتهم الغير مريحة، و أخيراً للمحافظة على رفاهيتهم الجسدية و النفسية و الإجتماعية (Gustave – Nicolas Fisher , 2006, p 155) فجودة الحياة المتعلقة بالصحة هي كل ما يشبع

حاجات الفرد و دوافعه على المستوى النفسي أو الروحي أو العقلي أو الجسدي مشتملة على مختلف النواحي الصحية أو الإجتماعية أو النفسية، فالصحة هي حالة السلامة البدنية و العقلية و الإجتماعية و العاطفية و النفسية و ليست مجرد انعدام المرض أو الإعاقة (ناريمان محمد جمعة و وجيهة ثابت العاني، 2006، ص164).

إن مؤشرات جودة الحياة من شأنها أن تبين لنا المشكلات التي تصاحب الأمراض و معالجتها، كما أن من شأنها أن تساعد على صياغة قرارات و سياسات تتعلق بمدى فاعلية المعالجة، و الموازنة بين الكلفة و الفعالية، و من هذا المنطلق فإن تعديل هذه العوامل لن يتم بنجاح دون التعاون التام من قبل المريض، و اتخاذ المبادرة بنفسه لتنمية إمكانياته و تطوير معتقداته الخاصة بالكفاءة الذاتية التي تساعده على الإلتزام بالعلاج و تحسين جودة حياته، فالكفاءة الذاتية تعد من المفاهيم النفسية التي حظيت باهتمام كبير من قبل الباحثين في مجال علم النفس و الصحة النفسية، و ذلك لإعتبارهم بأن الكفاءة الذاتية نتاج للقدرة الشخصية في إنجاز المهام، و هي من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الأفراد، و مركزا هاما في دافعيتهم للقيام بأي عمل أو نشاط، حيث تقوم بدور أساسي في توجيهه و تنشيط السلوك البشري.

فالكفاءة الذاتية المدركة تؤثر على كل من رغبة المرضى في بدء التغيير السلوكي، و استمرارية هذا التغيير، فقد أثبت باندورا (Bandura, A) أن تغيير السلوك ايجابا أو سلبا يتخلله تغيرات في اعتقادات الفرد بأن لديه القدرة على أداء فعل يعينه على تحقيق النتائج المرغوبة، كالتقيد بالتوصيات الطبية لتجنب حالات الإنتكاسة، أو مضاعفات المرض.

كما أن محاولة الوصول إلى أفضل مستوى من جودة الحياة، أو إدامة المحافظة على جودة الحياة المتعلقة بالصحة بمختلف مجالاتها (الجسمية و النفسية و الإجتماعية...) ليس بالأمر الهين، إذ أن هناك عوامل كثيرة تؤثر على جودة حياة مرضى قصور الشريان التاجي، هذه المتغيرات تتمثل أساسا في الاكتئاب و القلق و وجود أمراض أخرى أو الأمراض الكامنة، كما أن هناك عوامل أخرى تتعلق بالمحددات البيئية و الاجتماعية للصحة، و عليه فمن المهم النظر في هذه العوامل من أجل التخطيط لرعاية المرضى، و خاصة التخطيط لبرامج إعادة التأهيل القلبي، و هذا يتطلب تعاون فعلي من قبل المرضى عن طريق تأثير المتغيرات المعرفية مثل الشعور بالسيطرة، أو الكفاءة الذاتية، مما يجعل هذا المتغير فاعلا بصفته متغيرا و سيطا لتحقيق أقصى قدر ممكن للتكيف مع المرض، لا سيما إذا تعلق الأمر بمرض مزمن قد تكون نهايته مميتة.

و بناءا عليه فالدراسة الحالية تهدف إلى البحث عن علاقة الكفاءة الذاتية بالإلتزام بالعلاج و جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و لكون أن الأبحاث و الدراسات السيكولوجية في هذا الميدان تعتبر من الدراسات الحديثة نسبيا في الوطن العربي، لذلك ارتأت الطالبة إلى تقديم تصور نظري لمتغيرات البحث حيث ضم الفصل الأول طرح موضوع الدراسة من حيث تحديد الإشكالية، أهداف

الدراسة، أهميتها، التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة، سرد بعض الدراسات السابقة و التعقيب عليها، لنصل من خلال ما تم ذكره إلى صياغة الفرضيات.

في حين اشتمل الفصل الثاني على متغير الكفاءة الذاتية من حيث تعريفها و التفرقة بينها و بين المصطلحات المرتبطة بها، نظرية الكفاءة الذاتية، خصائصها، أبعادها، مصادرها، الكفاءة الذاتية و الأمراض المزمنة، الكفاءة الذاتية في علاقتها بالألم المزمن و الإلتزام بالعلاج، ثم إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية، أما الفصل الثالث فضم الإلتزام بالعلاج متطرقين في ذلك إلى: مفهوم الإلتزام بالعلاج، نظريات الإلتزام بالعلاج، العوامل المحددة للإلتزام بالعلاج، عدم الإلتزام الخلاق، التنشيطية - تصنيف الذات - و عدم الإلتزام بالعلاج، مراحل الإلتزام بالعلاج، قياس الإلتزام، معالجة عدم الإلتزام بالعلاج.

أما الفصل الرابع فتناول جودة الحياة المتعلقة بالصحة متضمنا في ذلك تاريخية و تطور مفهوم جودة الحياة، مفهوم جودة الحياة، نظريات جودة الحياة، خصائص جودة الحياة، مكونات جودة الحياة، مجالات جودة الحياة، أهمية دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن، مفاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة، تحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، ثم الفصل الخامس الذي احتوى على مرض قصور الشريان التاجي إذ حاولنا في هذا الفصل أن نبين البنية التشريحية للقلب، جهاز الدورة الدموية، ماهية هذا المرض، أشكاله، أعراضه، الأسباب، و كذا الخصائص النفسية للمصاب بقصور الشريان التاجي، ثم العلاج مركزين خصوصا على العلاج النفسي.

أما الجانب الميداني للبحث، فيضم فصلين، يتناول الفصل السادس إجراءات الدراسة الميدانية من حيث المنهج المستخدم، الدراسة الإستطلاعية و أهدافها، حدودها، أدواتها، الخصائص السيكومترية لأدوات القياس، في حين تطرقت الطالبة في الدراسة الأساسية إلى حدودها المكانية و الزمنية و البشرية، الأدوات المستخدمة في الدراسة و الأساليب الإحصائية المعتمدة، لنصل من خلال ذلك إلى الفصل السابع الذي ضم في طياته عرض النتائج و تفسيرها، و مناقشتها، و أخيرا إلقاء الضوء على إسهامات الدراسة النظرية و العملية لنختتم بمجموعة من الإقتراحات.

الجانب النظري:

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة.

أولاً: الإشكالية.

ثانياً: أهداف الدراسة.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

رابعاً: التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

1. الكفاءة الذاتية.

2. الإلتزام بالعلاج.

3. جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

خامساً: الدراسات السابقة.

1. دراسات تتمحور حول الكفاءة الذاتية.

2. دراسات تتمحور حول الإلتزام بالعلاج.

3. دراسات تتمحور حول جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

4. دراسات تتمحور حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام
بالعلاج.

5. دراسات تتمحور حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة.

6. تعليق على الدراسات السابقة.

سادساً: فرضيات الدراسة.

الإشكالية:

إذا كانت الأمراض المعدية تشكل السبب الرئيسي للوفيات في العالم حتى أوائل القرن الماضي، فإن أمراض القلب و الشرايين تعتبر في القرن الحالي من أكثر الأمراض انتشارا و تشكل أعلى نسبة وفيات في العالم، فبالرغم من التطور العلمي السريع و الأبحاث العلمية الواسعة في المجال الطبي عامة و أمراض القلب خاصة في الخمسين سنة الماضية، إلا أن السيطرة على هذه الأمراض تبقى ضئيلة بنسبة 30 % من المطلوب في معظم دول العالم، بل على العكس نجد أن نسبة حدوثها في ازدياد (مصطفى البرغوثي، 2008، ص9).

فقد صرحت منظمة الصحة العالمية سنة 2012 أن هناك 17.5 مليون حالة وفاة جراء الأمراض القلبية الوعائية، مما يمثل 31% من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم، من ضمنهم 7.4 مليون حالة وفاة بسبب مرض الشريان التاجي (OMS, 2015)، فحسب الإحصائيات لسنة 2008 فإن هذا الأخير لا يزال السبب الرئيسي للوفاة في الدول ذات الدخل المرتفع، فهو مسؤول عن 1.33 مليون حالة وفاة سنويا، أي ما يعادل 16.3 % من مجموع الوفيات التي وقعت في العالم، كما ينظر إليه على نحو متزايد باعتباره أهم أسباب الوفاة في الدول المنخفضة و المتوسطة الدخل، و من المتوقع أن يرتفع عدد ضحاياها سنة 2015 إلى 20 مليون حالة وفاة (Geraldine, A, L , 2010, p1).

أما في الجزائر فقد أشارت الجمعية الجزائرية لطب القلب سنة 2014 أن هذه الأخيرة تشكل أول سبب للوفيات في الجزائر و عبر مختلف دول العالم، إذ أنها تقتل أكثر من مختلف أنواع السرطانات و من حوادث المرور، إذا ما علمنا أن الجزائر تسجل سنويا ما بين 80 إلى 100 ألف حالة جديدة لمختلف أمراض القلب و الشرايين من بين 18 مليون مصاب تحصيلهم مختلف دول العالم، أي ما يمثل 52 % من مجموع الوفيات (الجمعية الجزائرية لطب القلب، 2014)، و نظرا لإنتشارها الواسع و المتزايد، و تأثيرها على فئة الشباب و الراشدين فقد حظي البحث في أسبابها و طرق علاجها و الوقاية منها بأولوية عالية في مجال علم نفس الصحة.

إن مرض قصور الشريان التاجي هو عبارة عن مرض ينشأ عن ترسب الكوليسترول و مواد أخرى على الجدران الداخلية للشرايين، و هذه المواد تشكل صفائح تعمل على تضيق الشرايين، إذ أن وجود هذه الصفائح يقلل من تدفق الدم عبر الشرايين، و يؤثر في تمرير المواد الغذائية من الشعيرات الدموية إلى الخلايا، مما يسبب تدمير الأنسجة و تلف جدران الشرايين، مما يؤدي إلى تجلط الدم الذي يمكن أن يسبب انسدادا في الأوعية الدموية و تضيقا يعيق تدفق الدم.

و من مسببات هذا المرض الإستعداد الوراثي المثبت بوضوح، و كذا ارتباطه بعوامل خطيرة أخرى ذات صلة بأسلوب حياة الفرد كالإسراف في الكحول الذي تجددت صناعاته و انتشرت ليصبح كباقي المشروبات، إذ يعد تعاطيه مسؤول عن أكثر من (100000) حالة وفاة تحدث في كل عام (شيلي

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

تايلور، 2008، ص 280)، زد على ذلك التدخين الذي يعتبر كعامل سببي قوي، حيث أن استهلاك التبغ في الدول المتطورة سبب 30% من كل الوفيات في الفئة العمري بين (35-69 سنة)، و قد وجد (Veliest et al, 1986) أن الأشخاص المصابين بمرض الشريان التاجي، الذين يقلعون عن التدخين تكون نسبة الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت أقل عن أولئك الذين يواصلون التدخين، و يعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية (Shabé, S, 2001, p 12).

و بالتالي فإن التكيف مع هاته الأمراض المزمنة ليست عملية سهلة، إذ أن أهم مشكلة تواجه محاولات إدارة أمراض القلب التاجية تتمثل بارتفاع مستويات عدم الإلتزام بالعلاج بصورة منتظمة، إذ يتطلب الأمر تغييرات رئيسية في نمط الحياة، فعندما لا يتبنى المرضى السلوكيات و المعالجات التي يوصي بها القائم بالرعاية الصحية، فهذا يعني عدم الإلتزام " **Non adherence** " و تتراوح تقديرات عدم الإلتزام ما بين 15% و 93% من مجموع المرضى، ففي برامج العلاج بالمضادات الحيوية قصيرة المدى، و هي من أكثر الوصفات شيوعا، يقدر أن ثلث المرضى على الأقل لا يتقيدون بها بشكل كاف، كما أن 50% - 80% من المرضى لا يلتزمون بمواعيدهم التي يتم تحديدها لغايات تعديل سلوكياتهم الوقائية، و ما نسبته 20% - 80% من المرضى ينسحبون من برامج تعديل أسلوب الحياة، التي يتم إعدادها خصيصا من أجل معالجة بعض سلوكيات الخطر مثل التدخين أو البدانة، و من أصل 750 مليون وصفة جديدة تحرر كل سنة، هناك حوالي 520 مليون منها لا يتم الإلتزام بها جزئيا أو كليا (شيلي تايلور، 2008، ص 551).

إن سلوكيات الخطر المذكورة أنفا يظهر أثرها خاصة عند تدهور جودة الحياة المتعلقة بالصحة، هذا المفهوم الأخير لم يكن ينظر إليه على أنه مسألة ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبيا، و لسنين عديدة ظلت جودة الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة و بوجود المرض دون أي اعتبار للعواقب النفسية و الإجتماعية الناجمة عن المرض و العلاج، و الواقع أن المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييمات المريض أو محيطه الأسري المتعلقة بجودة الحياة، ففي دراسة مشهورة قام بها (Jachuch & al ; 1982) حول فرط ضغط الدم وجدوا أنه على الرغم من أن 100% من الأطباء ذكروا أن جودة حياة مرضاهم تحسنت مع الإلتزام بالعلاج و تناول المنتظم لدواء ضغط الدم، إلى أن نسبة من أيد ذلك من المرضى لم تتجاوز 50% ، و لم يؤيده أي من المحيطين بالمريض، إضافة إلى ذلك تشير العديد من الأبحاث كتلك التي قام بها (Ritto ; Drulley ; Moore ;Danks and Smacker ; 1996) إلى أن المرضى يدركون بعض الأمراض و معالجتها على أنها قدر أسوأ من الموت، و ذلك لأنها تهدد جوانب أو نشاطات حيوية و مهمة في حياتهم، و في ضوء مثل هذه الدراسات أصبح يفترض الآن أن لجودة الحياة عناصرها التي تشمل الوظائف الجسمية، و الوضع النفسي، و الوظائف الإجتماعية، و الأعراض ذات الصلة بالمرض و العلاج.

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

و ما هو ملاحظ أن تدهور جودة حياة الفرد إنما راجع إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض حول مرضه و طريقة تعامله معه مما يضعف التزامه بنظام العلاج، و يعرضه للمخاطر الصحية، كما أن تدهور جودة الحياة الناجم عن عدم الالتزام بالعلاج قد يأخذ منحى آخر كالأثار الجانبية السلبية للأدوية مثل: عدم القدرة على التركيز، الغثيان، مما يفسر أن العديد من مرضى الإضطرابات القلبية الشريانية غير مستعدين لمقايضة ايجابيات الأدوية بآثارها الجانبية المزعجة.

إن السيطرة على هذه العوامل يتوقف على تعاون المريض و التزامه بالعلاج و الجهود الرامية إلى تحسين جودة حياته، و هذا لا يتأتى إلا بالإحساس بالسيطرة أو الكفاءة الذاتية، و عليه فالإطار النظري للدراسة الحالية يقوم على نموذج الكفاءة الذاتية، و يبني هذا النموذج على تصور مفاده أنه إذا كان لنا أن نتكيف مع البيئة المحيطة بنا، فعلى أن نتعامل معها بكفاءة و فعالية، و أن جميع سلوكياتنا مدفوعة بتحقيق هذه الكفاءة الذاتية، و أطلق شفارتزر على هذه العملية "الدافعية للجدارة" ووفقا لهذا النموذج فإن ذوي المستويات المرتفعة من كفاءة الذات يظهرون كفاءة معرفية مرتفعة و استراتيجيات مرنة و فعالة في إدارة التحديات البيئية، و يركزون على الفرص المحتملة للكسب، و ينظرون إلى الصعوبات على أنها تحديات، و يثابرون لتحقيق و إنجاز أهدافهم.

إن الإحساس بكفاءة الذات يعد محددًا مهما لنجاح الفرد أو فشله في مختلف المهام التي يضطلع بها، و في غياب إحساس كهذا، فإن البرامج التأهيلية لن تحقق أي نجاح يذكر، و عليه فالإحساس بالكفاءة الذاتية يعتبر من الأمور الحساسة، خاصة فيما يتعلق بالشفاء و العلاج و التقيد بمرحلة التأهيل، إذ أنه أصبح واضحا أن معتقدات المريض حول المرض ترتبط بدرجة عالية من الثقة بمدى نجاح العلاج، فقد وجدت هليسون و زملاؤها "Helgeson & al ; 1999" أن مرضى القلب الذين استجابوا لعلاج مرضهم بتفاؤل و حافظوا على تقديرهم لذواتهم و ثقفتهم بأنفسهم و الإحساس بالسيطرة على المرض تدنت مستويات خطورة تعرضهم لحادث جديد، كما كان تكيفهم النفسي للمرض أكثر إيجابية، و بالتالي فإن أهمية الكفاءة الذاتية تكمن في مساعدة المريض على الإلتزام بالعلاج كأخذ الدواء بانتظام مع احترام الجرعات و الأوقات المخصصة لذلك و احترام المواعيد الطبية، الإبتعاد عن سلوكيات الخطر كالتدخين و الكحول....إلخ و كذلك تحسين جودة الحياة.

فألية الكفاءة الذاتية لها دورا مؤثرا على جودة الحياة فيما يخص الوساطة سواء بين تأثير العوامل النفسية الإجتماعية على الأنظمة الحيوية المتصلة بتعديل الوظائف الجسمية أو على العادات الصحية الواقية من المرض أو المخففة من الظروف المسببة لهذا المرض، فمن المعروف مثلا أن العملية الجراحية التي تجرى لتوسيع الشريان التاجي تحسن من القدرات الجسمية للفرد، و لكن أحيانا ما ينتج عنها تحسن ضئيل لدى بعض المرضى، بل قد ينتج عنها تدهور في الأداء الإجتماعي و الجسمي، و لقد وجد أن إدراك الفرد لكفاءته الجسمية قبل إجراء هذه العملية الجراحية يعتبر مؤشرا جيدا لقيام المريض

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

بالنشاطات الإجتماعية و الجسمية اليومية، و هناك من الأدلة ما يشير إلى أن خبرة السيطرة أو الكفاءة الذاتية ربما تطيل الحياة، فقد بينت دراسة (Kaplan, R,M, 1994) أن مرضى القلب الذين كانت توقعاتهم فيما يتعلق بالكفاءة الذاتية كبيرة، عاشوا مدة أطول من الذين كانوا يفتقرون لمثل هذه التوقعات، كما أشارت دراسة (Cormwell, 1977) إلى أن محاولات تعزيز مشاعر السيطرة عند مرضى القلب تركت أثارا ايجابية.

و لم يبتعد ألبرت باندورا " Bandura.A ;1977 " عن هذا الإتجاه فقد أشار بأن الفرد يدرك مختلف المواقف من خلال طريقته و أسلوبه في تناولها و معالجتها، و أن طريقتنا في معالجة الأحداث المحيطة بنا تلعب دورا أساسيا في بناء شعورنا بفاعليتنا إزاء معالجة هذه المواقف، فذوي الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل و مشاعرهم أكثر إيجابية و بأن الكروب امتحان و تحد لإمكانيات الفرد فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه، و يرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الإيجابي و التغلب عليها.

و قد أوضحت مجموعة من الدراسات التي قام بها " Bandura.A " أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية الذات و الممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي الصحي للفرد، فإدراك الأفراد لكفاءتهم الذاتية يؤثر على الخطط التي يعدونها مسبقا، فالذين لديهم إحساس مرتفع بكفاءة الذات يرسمون خططا ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية لتحسين جودة الحياة، بينما يميل الآخرون الذين يحكمون على أنفسهم بعدم الفاعلية إلى رسم خطط فاشلة مما يجعل مستوى جودة الحياة لديهم متدنية.

و عليه نجد أنه من الطبيعي أن الكفاءة الذاتية تشكل حيزا كبيرا من المشكلات الصحية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، إذ أن تنشيط هذا المورد الهام يعد من الأشكال العلاجية الأساسية للأمراض القلب، و ذلك أن العلاج الجسمي بمفرده غير كافيا.

و على هذا الأساس انصبت جهود العلماء لإيجاد العلاقة بين كفاءة الذات بكل من الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة كدراسة (Gerbertet & al ; 1988)، (Helgeson & al ; 1999) و كذلك دراسة (Fitzsimons & al , 2000) و (Tsay ; S. Chao ; Y, 2002) و (Wyer, S,J,) (2001) و غيرها من الدراسات التي تناولت دور الكفاءة الذاتية في الإلتزام بالعلاج و تحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة من خلال تغيير السلوكيات المضرة بالصحة، و خاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية كعدم اللإمتثال للتوصيات الطبية.

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

و بناء على ما سبق نخلص إلى صياغة التساؤلات التالية:

1. ما مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
2. هل توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
3. هل توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
4. هل توجد فروق في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
5. هل توجد فروق في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
6. هل توجد فروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
7. هل هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بالإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
8. هل هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

ثانيا: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
2. الكشف عما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
3. الكشف عما إذا كانت هناك علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
4. الكشف عن الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).
5. الكشف عن الفروق في مستوى الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).
6. الكشف عن الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).

7. الكشف عما إذا كانت هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بأنماط الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

8. الكشف عما إذا كانت هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي .

ثالثا: أهمية الدراسة:

في ضوء مشكلة الدراسة و التساؤلات التي تطرحها و المحددات النظرية و المنهجية لها، نجد أن الدراسة الحالية تكتسب أهميتها من أهمية الموضوع الذي يتصدى لدراسته، حيث أنها تسعى لمعرفة مستوى الكفاءة الذاتية في علاقتها بكل من الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و لاشك أن هذا الموضوع ينطوي على أهمية كبيرة سواء ما تعلق ذلك بالجانب النظري أو التطبيقي:

1. أهمية نظرية:

تدعيم التراث الأدبي إذ أن هذا البحث يصبح موضوعا ذا أهمية لما يليق به من أضواء أكثر تفصيلا على هذه الدراسة، الأمر الذي ربما يؤدي لإثارة آفاق جديدة و إبراز أسئلة و مشكلات عديدة قد تتيح فرصا لحلها و مناقشتها من قبل المختصين المهتمين بهذا الموضوع فالمتغيرات التي تم ذكرها في البحث تعد من المواضيع الحديثة نسبيا في الوطن العربي، فأهمية الكفاءة الذاتية تتجلى في انعكاسها الإيجابي على صحة الأفراد من خلال وظائفها المتعددة، كالمساعدة على الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، فكما نعلم أن مرضى قصور الشريان التاجي يرتبط بإجراء تغييرات نوعية في أسلوب الحياة كالإستهلاك المنتظم لتناول الأدوية، و الإلتزام بحمية غذائية خاصة، و كذا الإبتعاد عن التدخين و الكحول، و غير ذلك من السلوكيات التي تتطلب وجود قوى شخصية كامنة للمحافظة على موارد صحتنا، و ضمان حالة استقرار التغيير لتجنب مختلف أنواع الإنكاسة.

فمعرفة العلاقات بين متغيرات البحث قد تسهم في زيادة الفهم و الوعي بتأثير كل منها في الآخر، و من ثم يساعد كل من السيكولوجيين في رفع مستوى الصحة النفسية لمرضى قصور الشريان التاجي، و زيادة فاعليتهم و كفاءتهم الشخصية و نجاحهم في معاشة المرض، و على ذلك تعتبر الكفاءة الذاتية من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية حيث أنها تمثل مركزا هاما في دافعية الفرد للقيام بأي عمل أو نشاط.

و الطالبة إذ تتقدم بهذه الأطروحة العلمية تتناول واحدا من الموضوعات حديثة الطرح على المستوى النفسي بشكل خاص، و المتمثلة أساسا في جودة الحياة المتعلقة بالصحة، هذا الأخير الذي يعد الهدف الأسمى نحو مستقبل أفضل لمرضى قصور الشريان التاجي، فالدراسة الحالية تعد تدعيما للنموذج الحيوي النفسي الإجتماعي في دراسة ظواهر الصحة و المرض و هو منهج تكاملي حديث يتجاوز النماذج الطبية الكلاسيكية المركزة على المرض إلى الإهتمام بالجوانب الإنفعالية و المعرفية و الروحية و

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

الإجتماعية و إدراك المريض لحياته في سياق ثقافته، و في هذا الصدد، فالكفاءة الذاتية المدركة تعد من الأبعاد الهامة في مجال تحسين جودة الحياة، والتي يعد مستوى التدني فيها من الجوانب التي تتناقض مع وصول الفرد الى المستوى الايجابي والمرضي والذي يؤهله للحياة بطريقة منتجة.

2. أهمية تطبيقية:

تصميم مقياس الإلتزام بالعلاج للكشف عن أنماط الإذعان أو عدم الإذعان للنصيحة الطبية، لا سيما إذا كان المرض في مراحله الأولى، و عليه فإن مثل هذه الاختبارات النفسية لها دور في رصد سلوكيات الخطر و بالتالي تجنب التعرض لمضاعفات المرض، كما أن أهمية تصميم هذا المقياس تتجلى في القيام بإجراءات عملية لمحاولة تجنب العوامل المرسبة من قبيل الاستخدام غير الصحيح للأدوية أو العجز عن السيطرة على المرض.

ترجمة مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF36 V2) على البيئة الجزائرية.

كما أن الدراسة الحالية تساعد على تطوير التدخلات المقدمة في مراكز الرعاية الصحية لتحسين العادات الصحية للمرضى، و ذلك من خلال توفير خدمات صحية تركز على دراسة دور التفاعل بين كل من العوامل الحيوية، و النفسية و الاجتماعية في تشكيل الصحة.

رابعاً: التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1. الكفاءة الذاتية:

و يقصد بها أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول و مواجهة المصاعب و إنجاز السلوك، و يستدل بها في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية لرالف شفارتز "Schwarzer.R" ترجمة سامر جميل رضوان.

2. الإلتزام بالعلاج:

الإلتزام بالعلاج هو نمط من أنماط السلوك الصحي يتجلى في حرص المريض على الممارسة الفعلية للتوصيات الطبية، و يستدل به في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الإلتزام بالعلاج المصمم من طرف الطالبة، و قد تم تحديد أنماط الإلتزام بالعلاج في أربعة محاور أساسية تجلت في: " الإلتزام بتناول الأدوية، الإلتصال الفعال مع المريض لما يتضمنه ذلك من احترام مواعيد الفحص و حرص المريض على سؤال طبيبه عما آلت إليه حالته الصحية، الإلتزام بالحمية الغذائية، الإقلاع عن التدخين و تجنب التدخين السلبي".

3. جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة "1993" بأنها انطباع الفرد اتجاه حياته ضمن النسق و المعايير الثقافية في مجتمعه و مستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه و توقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

فيما يخص عملية الدمج و التكامل بين جوانب صحة القرد الفيزيولوجية و النفسية و مستوى عدم الإعتمادية و العلاقات الإجتماعية، و علاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية ، و يستدل بها في الدراسة الحالية من خلال الدرجة الكلية المتحصل عليها من سلم مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة المقدم من طرف منظمة الصحة العالمية (SF 36 V 2) ، و الذي يضم ثمانية محاور تتمثل في: " الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الإجتماعي، الصحة النفسية، الإضطرابات الإنفعالية، الطاقة، الصحة المدركة.

مرض قصور الشريان التاجي:

هو عبارة عن تضيق في الشرايين التاجية بسبب الرواسب الدهنية أو العصيدية، مما يؤدي إلى حاجة عضلة القلب الشديد للأكسجين.

خامسا: الدراسات السابقة:

فيما يلي عرض لبعض من الدراسات التي فحصت الكفاءة الذاتية في علاقتها بكل من الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لذوي الأمراض المزمنة عموما بما في ذلك مرضى قصور الشريان التاجي، حسب ترتيبها الزمني، و تجدر الإشارة إلى أنه قد تم عرض هذه الدراسات من خلال خمس محاور رئيسية:

المحور الأول: الدراسات الخاصة بالكفاءة الذاتية في علاقتها ببعض الأمراض.

المحور الثاني: الدراسات الخاصة بالإلتزام بالعلاج لدى عينات متباينة.

المحور الثالث: الدراسات الخاصة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة في علاقتها ببعض الأمراض.

المحور الرابع: الدراسات التي فحصت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج لدى عينات متباينة.

المحور الخامس: الدراسات التي فحصت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينات متباينة.

المحور الأول: الدراسات الخاصة بالكفاءة الذاتية.

دراسة أليستر و آخرون (Alastair & al, 1991)

و التي أجريت على 273 من الشباب المرضى بالسرطان، الذين يعانون من مواقف الحياة الضاغطة بسبب المرض، و التي استخدم فيها مقياس الفاعلية الذاتية و بروفيل الحالات المزاجية و مقياس ضغوط الحياة، و قد أوضحت الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفاعلية الذاتية و مواقف الحياة الضاغطة، بالإضافة إلى أن الفاعلية الذاتية يتم تدعيمها بالممارسة و التدريب من خلال الأسرة و الأصدقاء، و زملاء الدراسة عن طريق المشاركة الإجتماعية (كمال أحمد الإمام النشاوي، 2006، ص 480).

دراسة فريش (Freach, 2000):

قام فريش و آخرون باستكشاف العلاقة بين إدراك كفاءة الذات و بين سلوك الوقاية من الصداع، على عينة من 329 مريضا ممن يعانون من صداع خفيف، و لاحظ أن مرتفعي الكفاءة الذاتية يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم و إعاقتهم أقل (زعطوط رمضان، 2014، ص 56).

دراسة تساي و شاو (Tsay ; S. Chao ; Y, 2002):

كان هدفها فحص العلاقة بين فعالية الذات المدركة، و الحالة الوظيفية للقلب، و الإكتئاب لدى عينة قوامها 100 مريض من المصابين بأمراض القلب المزمنة ، تراوحت أعمارهم ما بين 41 إلى 83 عاما، كان 61.4 منهم ذكورا، و قد كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين فعالية الذات المدركة و الحالة الوظيفية للقلب، و علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين الحالة الوظيفية للقلب و الأعراض الإكتئابية، كما كشفت النتائج أيضا أن كفاءة الذات المدركة لها تأثير عكسي مباشر على الأعراض الإكتئابية، و آخر غير مباشر على هذه الأعراض من خلال تأثيرها على الحالة الوظيفية للقلب.

دراسة آن هاريسون (Harisson ; A,2004):

كان لهذه الدراسة هدفان رئيسيان هما:

1. التعرف على العلاقات الإرتباطية بين كل من درجة الإصابة بمرض التهاب مفاصل الركبة و مستوى الألم، و توازن الجسم، و فعالية الذات.
2. تأثير كل من درجة الإصابة بالمرض، و مستوى الألم، و توازن الجسم، و فعالية الذات على الوظائف الجسمية.

و ذلك على 50 سيدة، تراوحت أعمارهن بين 50 إلى 84 سنة، كشفت نتائج الدراسة عن أن فعالية الذات ترتبط ارتباطا عكسيا بمستوى الألم، و تقرير المرضى بصعوبة أداء الوظائف الجسمية، و درجة الإصابة بالمرض، كما ارتبطت فعالية الذات ايجابيا بالتوازن الجسمي و حالة الوظائف الجسمية، و قدرة المرضى على إدارة الألم "Pain management"، كما كشفت نتائج الدراسة عن أن 42% من التغير في مستوى الوظائف الجسمية يرجع إلى فعالية الذات للوظائف و توازن الجسم، في حين أن 74% من تقرير المرضى بصعوبة أداء الوظائف يرجع إلى فعالية الذات للوظائف و مستوى الألم (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 195-196).

المحور الثاني: الدراسات الخاصة بالالتزام بالعلاج.

دراسة سيمن و سيمن (Seeman and Seeman, 1983):

تناولت العلاقة بين مركز ضبط الصحة و الميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية، حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل استعدادا و ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية، مثل:

- ❖ مراجعة الطبيب.
 - ❖ إجراء الفحوص الطبية الدورية.
 - ❖ اتباع القواعد الصحية التي يوصي بها الطبيب او المستشار الصحي.
 - ❖ أقل تفاؤلاً فيما يخص نجاح علاج يستفيدون منه.
 - ❖ يعتقدون بأنهم أقل صحة من ذوي التحكم الداخلي.
- بينما لوحظ أن ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلاً إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية و إجراءات صحية أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي، كما أكدت نتائج هذه الدراسة بأن سلوك التدخين يرتبط ببعد التحكم الخارجي للصحة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 153).

دراسة جربرتي (Gerbertet & al ; 1988):

و قد هدفت هذه الدراسة إلى محاولة قياس مدى الإلتزام باستخدام عقار الثيوفيلين (Theophylline) من قبل مجموعة من المرضى المصابين بأمراض القلب (Chronic Obstructive Pulmonary Disease – COPD) ، و وجد أن الأرقام و النسب تباينت بين تقارير الأطباء (78%)، و ما أظهرته لوائحهم (62%)، و ما بينته التسجيلات المصورة لزيارات المرضى (69%)، و تقارير المرضى (59%)، و الجدير بالذكر أن الدراسة لم تقس ما إذا كان المرضى يتناولون الدواء بصورة صحيحة أم لا (أحمد حسنين أحمد، 2011، ص 78).

دراسة سفاج و أرمستونج (Savage, R & Armstrong, 1990)

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن آثار أسلوب فحص الأطباء العامين على رضا المريض و التزامه بالعلاج سواء الفحص الموجه (المركز على الطبيب) أو المركز على الحوار (المركز على المريض – التبادل)، و قد أجريت الدراسة في عيادة طبية بلندن حيث أن كل طبيب يتابع أربعة مرضى يوميا لمدة 4 أشهر، و يكونون مختارين بطريقة عشوائية، و من خصائص المرضى المختارين أن تتراوح أعمارهم ما بين 16-75 سنة، و أن لا تكون لديهم مشكلة خطيرة قد تؤدي بحياتهم، و أن لا يكون حضورهم من أجل أسباب إدارية أو وقائية، و أن لا يكون هذا المشروع يفقد توازن المرضى أو يؤذيهم.

إجمالاً فإن 359 مريضاً كانوا مدعوون للمشاركة في الدراسة، و مجموع 200 مريضاً أتموا كل التقييمات و أدمجوا في تحليل المعطيات، و قد أنجزت مجموعة من البطاقات لتوجيه كل مريض إلى أحد أسلوبي الفحص (الموجه أو المتبادل)، إذ أنه عندما يدخل المريض لقاعة الفحص يستقبل و يطلب منه وصف و كتابة مشكلته، و بعد ذلك يتمعن الطبيب العام البطاقة لتحديد نوع الفحص الملائم.

مثال: حكم الطبيب حول هدف الفحص: يمكن أن كون " هذا مشكل خطير / لا أظن أن هذا مشكل خطير " (نموذج توجيهي) أو "لماذا حصل هذا من وجهة نظرك " (نموذج تبادلي)، أما من حيث

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

التشخيص فيمكن للطبيب أن يقول " تعاني من ... " (أسلوب توجيهي) أو " في رأيك ماذا جرى لك؟ " (أسلوب تبادلي)، أما فيما يخص الرأي الطبي حول العلاج: الطبيب يمكنه القول " إنه من المهم أن تأخذ هذا الدواء " (أسلوب توجيهي) أو " ماذا تنتظر مني أن أفعله؟ " (أسلوب تبادلي).

أظهرت النتائج بأنه و لو أن الأفراد أظهروا مستويات مرتفعة من الرضا بعد الفحص فيما يخص الفهم، الشرح من طرف الطبيب، مشاعر المساعدة، إلا أن هذه الأحكام كانت مرتفعة لدى المرضى الذين تلقوا أسلوب فحص توجيهي، هذا الفرق وجد أيضا بعد أسبوع عندما فحص الباحثون دور خصائص المريض حول الرضا (إذا كان له مشكل بدني، أعطيت له وصفة، خضع للفحوصات)، و قد أشارت النتائج بأن الأسلوب التوجيهي أدى إلى مستويات مرتفعة من الرضا لدى المرضى الذين يفحصون نادرا، و الذين لديهم مشاكل بدنية و الذين لم يخضعوا لفحوصات و الذين لم يتلقوا وصفات (Jane Ogden, 2008, pp 81-82).

دراسة تدلو (Tedlow & al, 1996):

أجريت هذه الدراسة على 182 من المكتئبين، الذين أكملوا برنامج علاج بعقار الفلوكستين Flouxetine، من المترددين على العيادة الخارجية، و كان هدفها المقارنة بين الذين أكملوا البرنامج العيادي و الذين لم يكملوه، إذ بلغ عددهم 28 مريضا من الفئة نفسها، و ذلك على عدد من المتغيرات هي: كيفية قضاء وقت المعيشة، و القابلية المرضية، و درجة الحساسية للقلق، و الإكتئاب و القلق و العدائية، و مستوى القدرة على حل المشكلات، و درجة نوعية الحياة.

و قد أظهرت النتائج أن الذين أكملوا البرنامج قد تحسنت حالتهم بشكل دال مقارنة مع من لم يكملوا البرنامج، و خاصة فيما يتعلق بالقدرة على حل المشكلات و درجة نوعية الحياة (العارف بالله محمد الغندور د،س، ص39).

دراسة ماكدونلد، ميزاكل و آخرون (Mc – Donald ; Miszczakl et al, 2000)

أجريت الدراسة على عينة تكونت من 90 فردا مسنا كان معدل العمر 71.7 عاما يعانون من اعتلالات صحية شتى و طبقت عليهم عدة مقاييس صحية، منها مقياس مركز ضبط الصحة و مقياس الصحة العامة و مقياس خاص بمدى التزام المريض بالإرشادات الطبية، و توصلت الدراسة إلى نتائج عدة منها أنها دلت على وجود علاقة ايجابية بين مركز التحكم الداخلي و التزام المريض بالقواعد الصحية السليمة، بحيث أن المتغير الأول تنبأ بالمتغير الأخير بل يتحكم فيه، كما دلت النتائج على وجود علاقة بين مستوى صحة الأفراد و مركز ضبط الصحة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص154).

دراسة وودورد (Woodward, 2001):

تناولت الدراسة أثر الكفاءة الذاتية على تناول ملح الطعام، و شملت الدراسة 194 فردا (78 ذكورا و 107 إناثا) تراوحت أعمارهم ما بين 20 إلى 69 سنة، و قد تم اعتبار تركيز الملح في البول كمحك

للسلوك الفعلي، و قد دلت النتائج على أن ارتفاع كفاءة الذات يرتبط باستهلاك منخفض للملح (زعطوط رمضان، 2005، ص 44).

دراسة وير و آخرون (Wyer, S.J, 2001):

طبق وير و زملاؤه نظرية السلوك المخطط على عملية دعوة المرضى لحضور برامج لإعادة التأهيل، فقد تم إشراك سبعة و ثمانين مريضاً في الدراسة، و قسموا إلى مجموعتين، إحداهما مجموعة ضابطة، و هي التي تتلقى العلاج كالمعتاد، و الأخرى تجريبية، حيث تتلقى رسالتين صممتا باستخدام مبادئ نظرية السلوك المخطط (سيتم التطرق إليها في نظريات الإلتزام بالعلاج)، و قد أرسلت الرسالة الأولى بعد ثلاثة أيام من الإصابة بمرض القلب، و تحتوي على دعوة لحضور برنامج إعادة التأهيل لمرضى القلب، أما الرسالة الثانية فقد أرسلت بعد ثلاثة أسابيع من قبول المرضى لدعوة حضور برنامج التأهيل:

الرسالة: المقدمة "مثل الكثير من المرضى الذين أصيبوا بنوبة قلبية، سوف تخبر بمكان برنامج إعادة تأهيل مرضى القلب".

الرسالة: التحكم الذاتي "أثناء هذا البرنامج سوف تقدم لك النصيحة و المعلومات حول أفضل سبل الشفاء من الإصابة بالأزمة القلبية، و ستترك لك حرية المتابعة إذا كنت ترغب في الشفاء بأسرع وقت ممكن، و قد أثبتت التجربة أن بذل المرضى أي مجهود لتحقيق الشفاء يصاحبه تحقيق نتائج أسرع".

الرسالة: المعيار الذاتي "يوصي الأطباء و الممرضون بضرورة حضور الأفراد المصابين بمرض قلبي برنامج إعادة التأهيل".

و تصاغ هذه الرسالة بمثل هذه الطريقة لتجعل المرضى يشعرون بأنه من المعتاد حضورهم لبرنامج إعادة التأهيل بعد الإصابة بمرض القلب.

الرسالة: الإتجاه "و ذلك لأن الذين يحضرون هذا البرنامج تزداد فرصتهم في الشفاء بشكل أسرع و أفضل من أولئك الذين لا يحضرون، و بالإضافة إلى ذلك، أظهرت الأبحاث أن الحضور يمكن أن يقلل من الإستهداف للوفاة بأزمة قلبية ثانية".

و قد صيغ هذا الجزء الأخير من هذه الرسالة بهذا الشكل للتأثير الإيجابي في اتجاه المرضى نحو البرنامج.

و قد وجد الباحثون من خلال تتبع نسب الإقبال على برنامج إعادة تأهيل مرضى القلب أن هؤلاء المرضى في المجموعة التجريبية كانوا أكثر قبولا بشكل واضح لدعوة برنامج إعادة التأهيل، و كذلك أيضا كانوا أكثر حضورا في البرنامج، و استخلصوا من ذلك أن نظرية السلوك المخطط تعمل بمثابة مرشد لإقناع المرضى بقبول عرض إعادة التأهيل، و لتشجيعهم على الحضور بعد قبولهم الدعوة، و قد خلص وير و زملاؤه (Wyer) أن نظرية السلوك المخطط تزيد من دافع هؤلاء المرضى الذين لم يقرروا

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

بعد الحضور، و تزيد كذلك من احتمال التنفيذ لدى المرضى الذين قرروا الحضور (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص ص 68-69).

دراسة بات و آخرون (But, A & al, 2005):

أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (354) من مرضى الكبد الفيروسي "س" المزمن الذين تم تحويلهم من قبل القائمين على رعايتهم لعيادة خاصة لأمراض الكبد لمعرفة السبب في عدم استجابتهم لعلاج الفيروس الكبدي، تراوحت أعمار هذه العينة بين 22 إلى 77 عاما، 98.5 % منهم ذكور، و 80 % منهم لا يعالجون، و قد كشفت نتائج الدراسة أن السبب الأكثر ذيوعا لدى 24 % من أفراد العينة هو عدم الإذعان لمتابعة زيارة الطبيب، و كان السبب لدى 14 % من العينة هو أن إنزيمات الكبد مازالت في المستوى الطبيعي، أما تزامن الإصابة بالفيروس الكبدي "س" مع مشكلات طبية أخرى فكان سببا في عدم استجابة 11 % من عينة المرضى للعلاج، في حين كان تقاوم أمراض الكبد سببا لدى 7 % من المرضى، بالإضافة إلى أن 6.4 % من المرضى كانوا يؤجلون العلاج إلى أن يتم لهم إجراء عملية لزراعة الكبد، و لم يكن السبب معروفا لدى 5 % من المرضى، كما كان 2.4 % من المرضى يؤجلون العلاج، أما النسبة الباقية من المرضى فكانوا ينتظرون تحسين عقار الإنترفيرون، و قد كانت سنوات التعليم لدى معظم المرضى الذين لا يعالجون أقل من 12 سنة، كما كان المرضى الذين يرفضون العلاج أو يرفضون متابعة الزيارات الطبية يشربون الكحوليات، أو يتعاطون المخدرات (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 189-190).

دراسة وليد صويلح و ريم عرفات (Waleed S & Reem A, 2006):

الهدف من الدراسة هو تقييم وجهة نظر الجمهور الفلسطيني في الدواء بشكل عام، و ذلك أن التأثير العلاجي للدواء يتأثر بشكل كبير بمدى الانضباط الدوائي للمريض، و الذي بدوره يتأثر بمفهوم و رأي المريض في الدواء، و قد كانت الدراسة مسحية مبنية على استبيان تم توزيعه بشكل عشوائي على عينة قوامها 573 فردا، و قد تم إدخال البيانات التي تم جمعها بواسطة برنامج SPSS.

بينت النتائج أن 79.9 % من أفراد العينة اعتبروا بأن الدواء شئى ايجابي و يساعد على الشفاء و 15.4 % اعتبروا الدواء شر لا بد منه، و 4.7 % اعتبروا الدواء شئى سلبي، و أشارت النتائج أيضا أن الناس الذين لديهم عناية بصحتهم يعتبرون الأدوية أكثر ايجابا من الذين لا يوجد لديهم عناية بصحتهم، كما أنه يوجد فرق في وجهة نظر الناس في الدواء بناء على نوع الدواء الذي يستعملونه، فمثلا المرضى الذين يستعملون أدوية الربو و الضغط و الأمراض النفسية ينظرون إلى الدواء بشكل سلبي أكثر من غيرهم، كما أن الثقافة الدوائية لها تأثير ايجابي على وجهة نظر الناس في الدواء حيث أن هذه النظرة الإيجابية تزيد في الانضباط الدوائي، و بالتالي في النتائج الإيجابية للعلاج (Waleed S & Reem A. , 2006, P 21)

دراسة (فريال ناجي عزيز و آخرون 2007):

الهدف من الدراسة هو معرفة التزام مرضى السكري بطريقة العلاج للذين يراجعون المركز التخصصي للغدد الصم و السكري في بغداد، و تقييم أي ترابط بين الإلتزام و المتغيرات السريرية الوبائية المختلفة للمريض.

و قد تم تصميم دراسة مقطعية شملت 340 مريض مصاب بالنوع الثاني من السكري، و قد تم جمع المعلومات من المرضى بواسطة نموذج استبائي معد لهذا الغرض، و كذلك من ملفات المرضى في المركز، ثم حساب درجة الإلتزام باستخدام نموذج معد للحساب بعد عرضه على مجموعة من الأساتذة و المتخصصين في الميدان.

و كشفت نتائج هذه الدراسة أن هناك فقط 22 من 340 (6.47%) مريض مع الإلتزام الممتاز، و 62 (18.24%) مريض مع الإلتزام الجيد و 256 (75.29%) مع الإلتزام المقبول و السيئ، و قد كان هناك ارتباطات هامة إحصائيا من الإلتزام مع العمر و الجنس، عدد الأطفال، مستوى التعليم، دليل كتلة الجسم، التدخين، مدة المرض، و وجود مضاعفات للمرض، و لم يكن هناك ارتباطات هامة من الإلتزام مع المهنة و امتلاك بيت سكني، و عليه فقد خلصت الدراسة بأن أغلب مرضى السكري (75.29%) كان عندهم التزام مقبول و سيئ، و هذا ما قد يؤدي بهم إلى نسبة عالية و خطيرة من المضاعفات، و تنتج عبئا أكبر على النظام الصحي (فريال ناجي عزيز و آخرون، 2007، ص 3).

المحور الثالث: الدراسات الخاصة بجودة الحياة المتعلقة بالصحة:

دراسة نيفز و آخرون (Nieves, C et al, 1991):

هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين أساليب المواجهة الفعالة و بين جودة الحياة المدركة لدى الأفراد لذوي إصابة النخاع الشوكي، و قد شملت عينة الدراسة 40 مريض مقيم في اثنين من دور التأهيل و الرعاية و 20 من المشاركين كان لديهم شلل نصفي، بينما العشرين الآخرين كان لديهم شلل رباعي، و كان المشتركين كلهم من الرجال الذين مر على إصابتهم عامين، و قام المشاركون بإكمال استبيان عن أساليب المواجهة، كما تم الحصول على معلومات ديموغرافية من مقياس جودة الحياة. و قد أشارت نتائج الدراسة إلى أن المرضى ذوي الإستراتيجيات الفعالة لأساليب المواجهة كانت معدلات جودة الحياة لديهم مرتفعة جدا (فوقية أحمد السيد عبد الفتاح و آخرون، 2006، د ص)

دراسة ويليامز و زملاؤه (Williams & al, 1992):

إذ تتبع ويليامز و زملاؤه حوالي 1400 مريض يعانون من مرض الشريان التاجي لمدة 9 سنوات في المتوسط، و وجدوا أن المرضى الذين كانت درجاتهم أعلى على مقياس الدعم الإجتماعي (كالمتروجين و القادرين على منح الثقة للشريك العاطفي) أظهروا نسبا أقل من الوفيات بصورة دالة أثناء فترة المتابعة، و قد ظلت هذه العلاقة قائمة حتى بعد ضبط المتغيرات الديموغرافية و عوامل الخطورة

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

الطبية، و عليه يتضح من خلال هذه الدراسة أن الدعم الإجتماعي قد يعمل كنوع من "الحماية" أو "العزل" ضد أية نتائج صحية وخيمة (تيموثي ج. ترول، 2007، ص277).

دراسة رزافي و دلفو (Razavi, D & Delvaux, N, 1994):

الهدف من الدراسة هو مقارنة ثلاثة أنواع من التدخلات العلاجية الخاصة بمرضى السرطان على جودة حياتهم، و قد أجريت الدراسة على عينة قوامها 463 امرأة مصابات بسرطان الثدي تم استئصال ثديهن، و قد أظهرت النتائج بأن العلاج المدعم بالعلاج الكيميائي، و العلاج الهرموني يحافظ على جودة الحياة بدرجة أكبر مقارنة بالعلاج الكيميائي لوحده بدون علاج إضافي، كما أن مدة الحياة تكون أطول في ظل غياب التسممات في هذا النوع من العلاج (Gustave , N, F , 2006, p 157).

دراسة هيريك (Herrick , S, E & al, 1994):

قام هيريك بإجراء دراسة على مجموعة من المصابين بإصابات الحبل الشوكي، و ذلك بغرض التعرف على الآثار التي يمكن أن يحدثها المرض و تداعياته المرضية من قبيل التهابات مجرى البول المتكرر و قرح الفراش على إفساد نوعية الحياة لديهم على اعتبار أن هذه الأعراض المرضية يمكن أن تكون عاملا مهددا للحياة، و قد أشار القياس القبلي لهؤلاء الأفراد إلى أن نوعية الحياة لديهم كانت منخفضة، و ذلك استنادا إلى درجات الإختبار المطبق لنوعية الحياة، و بعد إجراء أحد البرامج التأهيلية على تلك المجموعة، اتضح أن قدرتهم على حل المشكلات بناء على التقييم الشخصي لديهم أصبحت مرتفعة مما أدى بدوره إلى تحسين درجاتهم على اختبار نوعية الحياة (العارف بالله محمد الغندور د،س، ص 37).

دراسة فينك (Vinck , J, R & al, 1996):

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين جودة الحياة و مصدر الضبط الصحي لدى 16 فردا من المصابين بسرطان الرئة و مجموعة ضابطة من الأسوياء، و قد أسفرت النتائج على وجود فروق جوهرية بين المجموعتين على أبعاد اختبار مصدر الضبط الصحي، حيث تميزت المجموعة المرضية بضبط داخلي عكس المجموعة السوية التي أظهرت نتائج درجات مرتفعة في الضبط الخارجي بينما لم تظهر علاقة دالة بين مصدر الضبط الصحي و نوعية الحياة (جبالي نور الدين، 2008، ص 23).

دراسة فيتزسيمون (Fitzsimons & al , 2000):

هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و ذلك باستخدام مقياس النموذج المختصر "36" للمسح الصحي (Short Form-36 Health Survey)، و قد بينت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات الإعتلال و شدة الذبحة الصدرية، و وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القدرات الوظيفية و درجة الذبحة الصدرية، كما أظهرت نتائج الدراسة انخفاضا في بعض المجالات لدى المرضى المسجلين في قائمة الإنتظار منذ 6 أشهر إلى عام للتدخل لترقيع

الشريان التاجي، و عليه فقد خلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية لديهم مشاكل جسدية و نفسية جسيمة، و خاصة الذين ينتظرون إجراء عملية جراحية للقلب (**Geraldine A**) (**L** , 2010, p4)

دراسة رجيديور (Regidor, E & al, 1999):

و ذلك بغرض فحص الفروق بين الصحة المدركة و مستوى التعليم لدى السكان الراشدين في اسبانيا، و قد اعتمد الباحثون في الحصول على البيانات على الإستجابات الخاصة بالمسح القومي لإستخدام العقاقير الذي تم إجراؤه عام 1996، كما تم تحليل هذه البيانات باستخدام المسح الصحي رقم 36 (**sf -36 Health Survey**) الذي يغطي ثمانية أبعاد، منها إدراك الصحة الشخصية بما في ذلك الصحة العقلية، كما يشتمل المسح أيضا على تحليل للوظائف الإجتماعية.

و قد أوضحت النتائج أن الضعف في مستوى الإدراك الصحي مرتبط بانخفاض مستوى التعليم، و لا يستثنى من هذه النتيجة إلا النساء من مستوى التعليم الثاني اللاتي كانت لديهن مستويات أعلى في مختلف الأبعاد الصحية مقارنة بالنساء في المستوى التعليمي الثالث، كما ظهرت أكبر الفروق في المستوى التعليمي لدى كل من الرجال و النساء في الصحة العقلية و الصحة العامة لدى الأشخاص في السن من "25-44 سنة"، و في الوظائف الجسمية و الصحة العامة في السن من "45-64 سنة"، أما في فئة السن من "65 فما فوق" فقد كانت أكبر الفروق التي وجدت في الوظائف الجسمية و الحيوية لدى الرجال، و آلام الجسم و الدور العاطفي الإنفعالي لدى النساء (العارف بالله محمد الغندور، د،س، ص64).

دراسة أميري (Emery ;C. 2003):

هدفت الدراسة إلى تقييم أداء الأفراد للتمرينات الرياضية بشكل مباشر على الوظائف المعرفية، و التمتع النفسي لدى عينة قوامها 28 من مرضى الإلتهاب الرئوي المزمن، متوسط أعمارهم 66.6 عاما بانحراف معياري 6.5 عاما، حيث أتم المشاركون برنامجا مكثفا للتمرينات الرياضية لمدة 10 أسابيع، حيث كانوا يمارسون هذه التمرينات في جلسات يومية (خمسة أيام أسبوعيا)، و تستمر الجلسة لأكثر من أربع ساعات يوميا، و تحتوي كل جلسة على 45 دقيقة من التمرينات الجسمية، و 20 دقيقة من التمرينات الرياضية العنيفة، و تم إعطاء المشاركين نظاما للمتابعة، كما تم تقييم كل من وظائف الرئة و استمرارية أداء التمرينات الرياضية، و الوظائف المعرفية، و التمتع النفسي، و تم هذا التقييم مرة قبل البرنامج و أخرى بعده مباشرة، و ثالثة بعد مرور عام على انتهاء البرنامج.

و قد كشفت نتائج هذه الدراسة أن إزعان المرضى لبرنامج التمرينات الرياضية بشكل منتظم على مدار عام من المتابعة قد ساعدهم في المحافظة على المكاسب التي حققوها خلال برنامج التمرينات الرياضية المكثف في حين انخفض الأداء الجسدي، و الأداء المعرفي، و التمتع النفسي لدى من لم يحافظوا

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

على ممارسة التمرينات الرياضية بانتظام، كما لم يحسن الإستمرار في نظام التمرينات الرياضية من حالة الوظائف الجسمية و المعرفية و لكنه فقط حافظ عليها من التدهور (أميرة محمد الدق، 2011، ص199).

دراسة دركس (Derks, W et al, 2005)

حاولت الدراسة معرفة ما إذا وجدت لدى المصابين بسرطان التجويف الأنفي و الرأس فروق في استراتيجيات التكيف و مصدر الضبط، و هل توجد علاقة بين مصدر الضبط و هذه الإستراتيجيات مع كل من الإكتئاب و جودة الحياة، و ذلك لدى كبار السن و الكهول، شملت الدراسة 78 فردا من كبار السن تفوق أعمارهم 70 سنة، و عينة من الكهول تراوحت أعمارهم بين 45 و 60 سنة، و قد أجابت العينة على الأدوات التالية: مقياس جودة الحياة، مقياس استراتيجيات التكيف، مقياس الإكتئاب و مقياس مصدر الضبط.

لم تكشف الدراسة عن وجود فروق بين المجموعتين على كل من مقياس الإكتئاب و جودة الحياة، بينما كشفت الدراسة على أن الكهول يستخدمون استراتيجيات تكيفية أكثر ملاءمة من كبار السن، بالإضافة إلى توجه الكهول إلى مصدر الضبط الداخلي من كبار السن (جبالي نور الدين، 2008، ص32).

دراسة توفيق درادكة و طارق الحبيب (Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T, 2005)

الهدف من الدراسة هو معرفة مستوى جودة الحياة لدى الفصاميين من النمط الثاني، و قد طبقت الدراسة على عينة قوامها 211 من الفصاميين في عيادتين خارجيتين في "إربد" بالمملكة الأردنية الهاشمية، و في الرياض بالمملكة العربية السعودية، و استخدم الباحثان الإستبيان Self- SRQ-24 Reporting Questionnaire الذي يملأ من قبل المريض نفسه و سلم قياس جودة الحياة لدى الفصاميين، كما درسا متغير الجنس و الحالة العائلية و العمل و التعليم و الأعراض الذهانية و غير الذهانية.

و قد أدلت النتائج بأن 27% من أفراد العينة كانت لديهم جودة حياة عالية و 19.4% منهم يعتقدون أن صحتهم العامة ممتازة أو جيدة جدا في حين أن 30% أقرروا بأنهم قد حققوا آمالهم، و لم تكن هناك علاقة دالة بين الجنس و الحالة العائلية من جهة، و بين جودة الحياة من جهة أخرى، في حين كان الارتباط دالا بين المستوى التعليمي و المهنة و بين جودة الحياة، كذلك أظهرت النتائج أن جودة الحياة كانت أفضل لدى المرضى الذين يعانون من أعراض ذهانية طفيفة و الذين لا يعانون من أعراض ذهانية على الإطلاق، إذ كان ربع أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة معقولة على الرغم من مرضهم

(Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T, 2005, P 898).

دراسة المحمد و جورجيس (2005):

قام المحمد و جورجيس بدراسة جودة الحياة لدى المصابين بالربو في الأردن، و هدفت الدراسة إلى تقييم جودة حياة المرضى الراشدين و التعرف على المؤشرات و الجوانب البيئية و الجسمية و النشاطات اليومية و الأدوية و العلاجات و علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية و الإجتماعية و الإقتصادية، بلغت العينة 100 مريضا من مراجعي قسم الطوارئ و العيادات الخارجية، و أشارت النتائج إلى تأثير جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى في جوانبها الجسمية و النفسية و الإجتماعية (زعطوط رمضان، 2014، ص 39).

المحور الرابع: الدراسات التي فحصت العلاقات الإرتباطية بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج:

دراسة ماير و هندرسون (Meyer & Henderson, 1974):

إذ أجريا دراستين بارزتين تتضمنان مجتمعان هما: مشروع سنغافورة للثلاث مجموعات في أمريكا، و مشروع شمال كارليا في فنلندا، و قد استخدمت كل من الدراستين حملات نصح ومعلومات من خلال وسائل اتصال الجمعي حول مخاطر أمراض القلب، وأسلوب الحياة كالأكل و التدخين، و قد أدى مشروع شمال كارليا إلى انخفاض جوهري في التدخين، وفي مستوى الكولسترول، و في ضغط الدم الانبساطي، و قارن برنامج ستانفورد بين:

- عدم وجود أي تدخل مخطط.

- استخدام التعليم فقط.

- التعليم و تعليمات التحكم الذاتي في ضغط الدم، و الوزن و التدخين، بالإضافة إلى نصائح محددة حول التغذية.

و كانت نتائج التعليم و التعليمات ممتازة، إذ تحقق انخفاض مقداره (30%) من مخاطر أمراض القلب مقارنة بانخفاض مقداره (10%) لدى مجموعة التعليم فقط، و كان الانخفاض الذي بلغ (30%) من عوامل الخطر لمرض القلب مصحوبا بانخفاض في مخاطر بعض الأمراض الأخرى المتعلقة مثلا بالجلطة المخية "Stroke" واضطراب التنفس، و على المستوى الفردي أظهرت نتائج التدريب على المهارات السلوكية مع الإرشاد الفردي المستمر، مقارنة بزيارة واحدة للطبيب تحسنا جوهريا في الوزن و التغذية و مستوى الكولسترول و مستوى الدهون و التدخين (أديب محمد الخالدي، 2006، ص ص 470-471).

دراسة شمبليس و موري (Champlis & Murry, 1979):

إذ قاما بمعالجة مخبريه لثمان و ستين امرأة كن في المتوسط يملكن 31 وزنا زائدا حيث أعطيت كل النساء بلاسيبو (Placebo)، إذ زعم أن هذا الدواء يحث عمليات الإستقلاب، و يساهم من خلال ذلك على

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

تخفيض الوزن بصورة غير مباشرة، و إلى جانب ذلك قُدمت النصائح للسيطرة على الوزن، بعد أسبوعين فقدت النسوة 1.8 رطلاً.

وقد تم عند ذلك إعلام نصف النسوة عن حقيقة البلاسيبو، و سمن محاضرة حول ضبط الذات، و قد هُنن لأنهن تمكن ظاهريا على أساس من قوة إرادتهن من خفض وزنهن ذلك أن الدواء ما كان إلا دواء غير ذي فائدة، لقد كان ذلك إعادة عزو "Reattribution" النجاح من خلال الدواء إلى النجاح من خلال توقعات الكفاءة، ومن هنا تمت مواصلة التجربة لمدة أسبوعين آخرين، حيث مثلت النساء اللواتي تم الشرح لهن شرط توقع الكفاءة، في حين مثلت النساء اللواتي لم يتم إخبارهن مجموعة الدواء الكاذب.

في نهاية التجربة ظهرت فقط لدى النساء اللواتي مثلن شرط توقع الكفاءة نقصان في الوزن، إلا أنه كان هناك تأثير متبادل بين مصدر الضبط و المعالجة " Treatment "، فقد أثرت طبقاً لذلك المعالجة بتوقع الكفاءة فقط عند النساء اللواتي يملكن قناعة ضبط ذاتية، وهذا ما يتوافق مع النظرية المعرفية الاجتماعية، وذلك أن قناعات الضبط تُعتبر كواشف لتوقعات النتيجة، و توقعات النتيجة تُعد مكملاً ضرورياً لتوقعات الكفاءة، ثم فحص 146 امرأة زائدة الوزن مرتين بفاصل نصف سنة، و قد ظهر أن توقعات الكفاءة النوعية استطاعت التنبؤ بسلوك التغذية اللاحق و تخفيض الوزن فقط عندما كانت هناك شروط أخرى متوفرة بنفس الوقت فقد اختارت النساء غذاء أكثر صحة، على سبيل المثال عندما تم إخبارهن مسبقاً أنهن متعرضن لخطر ارتفاع ضغط الدم، و عندما اتضح لهن خطورة ضغط الدم المرتفع و اعتبرن أنفسهن بنفس الوقت أنهن يستطعن تناول تنظيم الغذاء، و قد انخفض الوزن عند أولئك اللواتي يدركن خطراً عالياً على الصحة، و بنفس الوقت وثقن بإمكانات تصرفهن الذاتية (رالف شفارتزر، 1994 ، ص 88).

دراسة طومسون (Thompson & al,1990):

هدفت إلى دراسة تأثير الإتصال الفعال بين المريض و القائم بالرعاية الصحية في التقليل من عدم الإلتزام، إذ طلب من النساء اللاتي شاركن بالدراسة أن تضع كل منهن قائمة من ثلاثة أسئلة ترغب بتوجيهها لطبيبتها أثناء زيارتها له، و بالمقارنة مع مجموعة ضابطة، وجد أن النساء اللواتي أعددن قوائم الأسئلة مسبقاً وجهن للطبيب أسئلة أكثر، كما أنهن كن أقل قلقاً من زميلاتهن في المجموعة الضابطة، و في دراسة أخرى أضافت الباحثة و زملاؤها بعداً آخر، و هو أن تتلقى بعض النساء المشاركات في الدراسة من أطبائهن تشجيعاً على توجيه الأسئلة، فوجد الباحثون أن النساء في كلتا المجموعتين أكثر من توجيه الأسئلة التي رغبن في توجيهها، كما أظهرن شعوراً أكبر بالسيطرة الشخصية، و بالرضا عن زيارتهن للعيادة (أحمد حسائين أحمد، 2011، ص 78).

دراسة هيلر و كريس (Heller & Krauss, 1991):

و التي أجريت في نيويورك بهدف التحقق من صحة افتراض أن الكفاءة الذاتية المكتسبة يمكنها أن تنبئ بصلاحية انتقال مرضى الإدمان من مرحلة إزالة السمية "Detoxification" إلى مرحلة الرعاية اللاحقة "After Care" .

و قد بلغ قوام عينة الدراسة (63) مدمنا ذكرا من ذوي الإدمانات المتعددة في أحد مستشفيات علاج الإدمان بنيويورك، و قد تلخصت أدوات الدراسة في مقياسين هما: مقياس الرعاية اللاحقة و يتكون من (17) مفردة، و مقياس الكفاءة الذاتية المكتسبة المؤهلة للرعاية اللاحقة و يتكون من (30) مفردة، و لقد اقتضت إجراءات الدراسة أن يقوم كل مريض من أفراد العينة بتقويم ذاتي لمفردات المقياسين اللذين يحتويان على وصف للسلوكيات الواجب توافرها و اتباعها للانتقال من مرحلة إزالة السمية و هي المرحلة الأولى في العلاج إلى مرحلة الرعاية اللاحقة و هي المرحلة النهائية في العلاج من الإدمان، و ذلك على أن يحتوي هذا التقويم على أمرين هما:

- مدى أهمية السلوك المطلوب للانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة.

- ومدى قدرة كل مريض على الالتزام بهذا السلوك أو تعذر الامتثال له أو إمكان الاستغناء عن هذا السلوك أو الاستغناء عن المفردة التي تمثله في المقياس.

و لقد أسفرت النتائج عن أهمية توفر الكفاءة الذاتية لإمكان الانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة رغم أن النتائج لم تكن جوهرية أو مرتبطة بشكل دال.

دراسة سنترل (Cantrell.B et al ,1993):

و التي أجريت على عينة قوامها (43) مدمنا للكحول بهدف دراسة العلاقة بين كفاءة الذات و الإرتكاس الكحولي و ذلك من خلال برنامج علاجي وقائي من الإرتكاس لمدة ثلاثة أسابيع، و لقد استخدم الباحثون استبانة الثقة الموقفية لقياس كفاءة الذات في المواقف ذات الخطورة العالية للإرتكاس الكحولي و ذلك قبل بدء العلاج و بعده.

و لقد أسفرت النتائج عن زيادة معدل الكفاءة الذاتية و فعاليتها بعد تلقي العلاج، و لقد ظهر ذلك في شعور المرضى بزيادة الثقة بأنفسهم، و ثمة اعتقاد قد نمى لديهم بأنهم يمكنهم أن يتفاعلوا و يتصرفوا بكفاءة و يستجيبوا بفعالية في أي موقف خطورة.

و لقد أسفرت نتائج المتابعة التي استمرت لمدة عام عن استمرار تلك الفعالية الذاتية لديهم، و ما أكد ذلك هو عدم ارتكاسهم حتى بعد عام من العلاج، كما أن نشاطاتهم الخارجية قد اضطرت و زادت بشكل ايجابي و أن قلة قليلة منهم فقط قد تورطت في بعض مواقف التعاطي نظرا لبعض العوامل مثل: الانفعالات غير السارة، و الإحباطات، و توصي الدراسة بأهمية برامج الوقاية من الإرتكاس الكحولي و التركيز على عامل الكفاءة الذاتية (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص ص 393- 395).

دراسة ميتاق وشفارتزر (Mittag & Schwartzer, 1993):

إذ قام الباحثان بفحص استهلاك الكحول لدى عينة من الرجال الذين وجدوا عملا في ألمانيا الغربية، و أولئك الذين ظلوا بلا عمل، كما قاما بفحص كفاءتهم الذاتية في التعامل مع مشكلات الحياة، و ذلك من خلال فحص إجاباتهم على الفقرات التالية "عندما أتعرض لمأزق ما فإنني أستطيع الاعتماد على إمكانياتي الذاتية للتعامل مع المشكلة بفعالية"، على افتراض أن الأفراد الذين يمتلكون إحساسا عاليا بالكفاءة الذاتية أقل عرضة للضغط، مما يجعلهم أقل ميلا لاستهلاك الكحول تحت ظروف الضغط، مقارنة بأولئك الذين لديهم إحساس متدن بالكفاءة الذاتية.

وتوصل الباحثان بأن الرجال الذين يتمتعون بشعور قوي بالكفاءة الذاتية، كانوا أقل ميلا لتناول كميات كبيرة من الكحول، ووجدا أن الكفاءة الذاتية كانت مهمة بشكل خاص في الاستجابة للضغوط الناتجة عن البطالة، و تبين أن الرجال العاطلين عن العمل و لديهم مستوى متدن من الكفاءة الذاتية كانوا يتناولون كميات أكبر من الكحول من أي مجموعة أخرى (شيلي تايلور، 2008، ص 299).

دراسة ميدل (Muddle et al,1995):

أجرى مادل و آخرون دراسة طولية تناولت العلاقة بين أبعاد كفاءة الذات الثلاثة (الصعوبة، التعميم، القدرة) و استخدموا ثلاثة مقاييس مختلفة يقيس كل واحد منهم بعدا من أبعاد كفاءة الذات الثلاثة، وقد توصلت نتائجها إلى أن:

- توقعات كفاءة الذات في شأن الامتناع عن التدخين تنبأت بالإقلاع عن التدخين على المدى المتوسط و البعيد.

- و تنبأ بعد الصعوبة لمفهوم كفاءة الذات بالامتناع عن التدخين على المدى القصير.

- بينما تنبأ بعد القدرة لكفاءة الذات بالإقلاع عن التدخين على المدى الطويل.

- و كان لبعدي التعميم و القدرة لكفاءة الذات أكبر قوة تنبئية في شأن الامتناع عن التدخين بعد

العلاج على المدى الطويل (عثمان يخلف ، 2001 ، ص ص 110-111).

دراسة (محمد السيد عبد الرحمن، 1998):

و تهدف هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين كفاءة الذات و المتغيرات المرتبطة بسلوك التدخين مثل العوامل المؤدية لزيادة معدل التدخين أو خفضه، و سن الإنخراط في التدخين و كثافة التدخين، و عدد مرات الإمتناع الفاشلة، و مدة الإمتناع عنه، و تكونت عينة الدراسة من مجموعتين من الذكور:

- **عينة المدخنين:** و قوامها 72 مدخنا تتراوح أعمارهم ما بين 14-38 عاما من طلاب المراحل

الثانوية و الجامعية و الدراسات العليا.

- **عينة غير المدخنين:** و عددهم 144 فردا تتراوح أعمارهم ما بين 14-36 عاما، و العينتان

متجانستان عمريا و تعليميا و مهنيا.

و طبقت على المجموعة الأولى كل من:

- قائمة التقرير الذاتي لسلوك التدخين : إعداد الباحث.

- مقياس كفاءة الذات للمدخنين: إعداد الباحث.

في حين طبق على المجموعتين مقياس الكفاءة العامة للذات إعداد كل من روبرت تبتون، و إيفرت

ورثنجتون (Tipton,R.M. & Worthington E).

و أسفرت الدراسة عما يلي:

1. وجود فروق جوهرية بين المدخنين و غير المدخنين في الكفاءة العامة للذات، و الفروق في

صالح غير المدخنين.

2. وجود فروق جوهرية بين المدخنين الأصغر سنا و الأكبر سنا في بعد كفاءة الذات في مواجهة

الإحباطات الداخلية و في الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و الفروق في صالح المدخنين

الأصغر سنا في حين لا توجد فروق بين المجموعتين في بعد الاستجابة للضغوط الخارجية و الكفاءة

العامة للذات.

3. وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة التدخين (1-5 سنوات فأكثر) في بعد كفاءة

الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية، و في كل من الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و

مقياس الكفاءة العامة للذات، و الفروق لصالح المدة الأصغر.

4. وجود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف كثافة التدخين (خفيف – متوسط - كثيف) و

الفروق في صالح ذوي التدخين الخفيف (1-10 سجائر).

5. و جود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة الامتناع (أقل من شهر، و شهر فأكثر) في كل

من كفاءة الذات للاستجابة للضغوط الخارجية و الدرجة الكلية للكفاءة الذاتية للمدخنين، و في كفاءة الذات

العامة، و الفروق في صالح مجموعة الممتنعين عن التدخين لمدة طويلة بينما لا توجد فروق بين

المجموعتين في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003،

ص 389).

دراسة ميلاند و آخرون (Meland : E, Meland ;J, Laerum ;E , 1999) :

قامو بدراسة فحصوا فيها العلاقات بين تغير عوامل خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية

الدموية، و المنبئات المرتبطة بها لدى المرضى (سواء أكانت هذه المنبئات متغيرات سكانية، أو الحالة

الإنفعالية، أو فعالية الذات)، و مهارات التواصل لدى الأطباء – و التي تم تقييمها من خلال المرضى – و

كان من أهداف الدراسة أيضا تحديد العوامل المرتبطة عياديا بالنجاح في تغيير عوامل خطر الإصابة

بأمراض القلب و الأوعية الدموية.

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

و قد أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها 110 من المرضى بأمراض القلب و الأوعية الدموية، و كشفت نتائجها عن أهمية فعالية الذات في عملية تغيير السلوك، كما كانت فعالية الذات منبئاً بسلوك التوقف عن التدخين، و زيادة التمرينات الرياضية، و لكن لم تتمكن أسئلة فعالية الذات المرتبطة بالتمرينات الرياضية من تفسير مدى تكرار التمرينات الرياضية، و لم تؤثر تمرينات التواصل لدى الأطباء على سلوكيات المرضى، أو على تغير عوامل الخطر لديهم، و تؤكد نتائج الدراسة أن فعالية الذات تعد عاملاً مهماً في تعديل عوامل الخطر و تغيير السلوك.

دراسة ماريكا كنيكت و زملاؤها (Knecht ; M, Syrjala ; A, 1999):

هدفت هذه الدراسة إلى:

1. فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكر و فعالية الذات لصحة الأسنان.
2. فحص العلاقة بين فعالية الذات لصحة الأسنان و الإذعان لعلاج السكر و الحالة الحقيقية لمرض السكر.

3 فحص العلاقة بين فعالية الذات للرعاية من مرض السكر و ممارسة السلوكيات الصحية المرتبطة بالفم و الحالة الصحية للفم.

و قد أجريت الدراسة على عينة قوامها 149 من مرضى السكر المعالجين بالأنسولين (منهم 62 سيدة ، و 87 رجلاً)، و أجريت الدراسة في الفترة مابين شهر أغسطس 1995 و ديسمبر 1996.
و كشفت نتائج الدراسة عن ارتباط فعالية الذات لصحة الأسنان بالإذعان لعلاج السكر، و ارتبطت فعالية الذات للرعاية من مرض السكر بتكرار زيارة طبيب الأسنان، كما كشفت النتائج عن أن المرضى الذين يقومون بسلوكيات صحية إيجابية مثل: (تكرار غسل الأسنان، و زيارة طبيب الأسنان) لديهم فعالية ذاتية لصحة الأسنان أكثر ممن يقومون بتلك السلوكيات الصحية الإيجابية، كما ارتبطت فعالية الذات للرعاية من مرض السكر بسلوك الإذعان لعلاج السكر ارتباطاً إيجابياً، و لم يرتبط السن و مستوى التعليم ارتباطاً دالاً بفعالية الذات لصحة الأسنان، كما لم يرتبط أيضاً بفعالية الذات للرعاية من مرض السكر، كما لم ترتبط مدة الإصابة بالمرض بفعالية الذات للرعاية من مرض السكر، كما ارتبطت فعالية الذات للرعاية من مرض السكر ارتباطاً إيجابياً دالاً بكل من فعالية الذات لصحة الأسنان، و السلوكيات الصحية الإيجابية (المتمثلة في كثرة تكرار زيارة طبيب الأسنان، و تكرار غسل الأسنان)، و ارتبطت فعالية الذات لصحة الأسنان ارتباطاً إيجابياً بالإذعان لعلاج السكر (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 196-198).

دراسة مارتينز (Martinez et al, 1999):

إذ قام الباحثون بتعيين مجموعة من الأفراد للمشاركة مع مجموعة تقوم بالتدريب على بعض التمارين، و طلب منهم التلاعب بمشاعرهم المتعلقة بإحساس الكفاءة الذاتية في أثناء الأداء، و ذلك عن طريق تزويدهم بتغذية راجعة متناقضة حول مستوى جودة أدائهم أو ضعفه. و قد أشارت النتائج بأن المجموعة التي وضعت في ظروف ولدت لديها شعورا بالكفاءة الذاتية كان لديها مستوى أعلى من الكفاءة الذاتية المدركة من المجموعة الضابطة، و أن هذه المدركات ارتبطت مع التحسن في المزاج و الصحة النفسية (شيلي تايلور، 2008، ص 202).

دراسة شفارترز و رينر (Schwarzer ; R, Renner ;B, 2000):

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثيرات فعالية الذات، و توقعات العواقب، و إدراكات الخطر على المقاصد السلوكية، و أسلوب التغذية الوقائي، و ذلك على عينة قوامها 580 من الراشدين، متوسط أعمارهم 43 سنة بانحراف معياري 7 سنوات، كان 48% منهم من الذكور. و قد كشفت النتائج أنه كلما كانت فعالية الذات أقوى، كانت سلوكياتهم الغذائية أفضل، كما كانت فعالية الذات و توقعات العواقب منبئين بالمقصد السلوكي، في حين لم تتمكن إدراكات الخطر من التنبؤ بالمقصد السلوكي.

و بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين تضم إحدهما ذوي الوزن الزائد، و تضم الأخرى ذوي الوزن المنخفض، و وجد أن معتقدات فعالية الذات تؤثر على ذوي الوزن الزائد عند تغيير سلوكياتهم، في حين كان للمقصد السلوكي و توقعات العواقب تأثيرا أكبر على ذوي الوزن الأقل عند تغيير سلوكياتهم (أميرة محمد الدق، 2011، ص 202).

دراسة بوث (Booth et al,2000):

قام كل من بوث و آخرون (Booth et al,2000) من خلال دراسة ميدانية أجروها في استراليا على عينة عشوائية مكونة من 499 شخصا مسنا و تم قياس نشاطهم الرياضي إضافة إلى قياس كفاءة الذات و متغيرات نفسية و اجتماعية أخرى، و لقد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة العالية للذات كانوا أكثر نشاطا و حيوية من غيرهم (عثمان يخلف، 2001، ص 114).

دراسة شيفمان و آخرون (Shiffman, S & al, 2000):

هدفت إلى فحص التأثيرات الفعالة لفعالية الذات على كل من التوقف عن التدخين و الإبتكاسة، حيث استخدم 214 مدخنا أجهزة الحاسب الآلي المحمولة لتسجيل تغيرات فعالية الذات لديهم بشكل يومي على مدى أربعة أسابيع بعد التوقف عن التدخين، و ذلك بعد متابعتهم لمدة أسبوعين قبل التوقف، و كان متوسط أعمار المشاركين 42.22 سنة بانحراف معياري 10.10 سنة.

كشفت النتائج أن مستوى فاعلية الذات ظل مرتفعا و ثابتا حتى قبل بداية التوقف عن التدخين بيوم واحد، في حين انخفض هذا المستوى بعد ذلك و أصبح أقل ثباتا، و قد تنبأت القياسات اليومية للفاعلية الذاتية ببداية التوقف عن التدخين قبل بداية التوقف بيوم واحد، كما تنبأت فاعلية الذات اليومية بخطر الإبتكاسة أيضا، حيث وجد أن هناك احتمالا كبيرا لإبتكاسة المشاركين ذوي فاعلية الذات المنخفضة (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 202-203).

دراسة آدمز و سكوت (Adams & Scott, 2002):

استهدفت الدراسة الكشف عن دور نموذج المعتقد الصحي في التنبؤ بأحد السلوكيات الصحية المهمة و هو الإلتزام بتناول الأدوية الموصوفة لدى عينة من الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات عقلية حادة، و استخدمت لهذا الغرض مقاييس لقياس كل مكون من مكونات نموذج المعتقد الصحي و كذلك الإلتزام بتناول الأدوية لدى (39) فردا يتلقون العلاج في المستشفى، (27) منهم يعانون من اضطرابات وجدانية و (12) منهم من الفصام.

و قد أظهرت النتائج أن الأفراد الأكثر التزاما أو الملتزمين جزئيا يختلفون بفرق دال احصائيا في إدراكهم لشدة المرض و معتقداتهم الصحية بشأن إمكانية السيطرة على الإضطراب و اهتمامهم بما بعد الإستشفاء، و هكذا فإن مكونين من مكونات النموذج (الشدة المدركة و الفوائد المدركة) قد فسرت (43%) من التباين في سلوك الإلتزام بتناول الأدوية (سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المفتي (2010، ص110).

دراسة كوبو و ديلوريو (Kobau ; R. Dilorio ;C, 2003):

قاما الباحثان بدراسة هدفت إلى وصف معتقدات فعالية الذات و توقعات العواقب اتجاه كل من العلاج و النوبة الصرعية، و سلوكيات إدارة نمط الحياة، و ذلك على عينة من مرضى الصرع، منهم 56.5 % إناثا (متوسط أعمارهن 41.2 سنة بإنحراف معياري 10.9 سنة)، و 56.5 ذكورا (متوسط أعمارهم 38.8 سنة بإنحراف معياري 9.2 سنة).

كشفت نتائج الدراسة عن أن 75 % من عينة الدراسة لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لسلوكيات الإذعان للوصفات العلاجية، كما أن أكثر من 90 % من العينة لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لتناول العلاج في مكان وجود الأسرة نفسه، و أكثر من 88 % لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لذكر اسم علاجهم و عدم إخفائه، و 86 % لديهم فعالية ذاتية لتذكر مواعيد الجرعة الخاصة بعلاج النوبة الصرعية، بالإضافة إلى أن 45 % لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات للحصول على عدد ساعات نوم يتراوح ما بين 8-9 ساعات كل ليلة، و 42 % لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لأداء التمرينات الرياضية، لمدة ثلاثة ساعات أسبوعيا، و 38 % فقط لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لممارسة تمارين

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

الإسترخاء لتقليل الضغوط، بالإضافة إلى أن 32% من العينة كان لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لوقف النوبة الصرعية بطريقتهم الخاصة.

أما بالنسبة لتوقعات عواقب تناول أدوية علاج النوبة الصرعية، فقد توقع 73% من أفراد العينة أن ثقتهم سوف تكون أكبر في ألا يصابو بنوبة صرعية، و أكثر من 69% توقعوا أن أسرهم لن يخافوا عليهم من حدوث النوبة الصرعية، و حوالي 62% توقعوا أن خوفهم من النوبة الصرعية سوف يقل، كما توقع 20.4% حدوث كثير من الآثار الجانبية للعلاج، كما توقع 37% أن تمرينات الإسترخاء يمكن أن تخفض من عدد النوبات الصرعية (أميرة محمد الدق، 2011، ص 196).

دراسة نورمان و برين (Norman, P & Brain, K , 2005):

اهتم كلا الباحثين في دراستهما بوجه خاص بمحاولة فهم المنبئات النفسية و الإجتماعية لسلوك الفحص الذاتي للثدي بين السيدات المستهدفات لمرض سرطان الثدي، و في سبيل ذلك تم عمل استبيانين على عينة قوامها (833) سيدة تتراوح أعمارهن ما بين 17 و 77 سنة (متوسط أعمارهن 41 سنة)، بحيث تم تطبيق الإستبيان الأول قبل ذهابهن إلى العيادة، أما الثاني فتم تطبيقه بعد تسعة أشهر من حضورهن للعيادة، و تضمن الإستبيان مقياس المخاوف من مرض سرطان الثدي، و ذلك من خلال تركيزه على تقدير القلق من هذا المرض بشكل خاص، كما طلب من السيدات تقرير عدد مرات قيامهن بسلوك الفحص الذاتي للثدي، و أخيرا تم تطبيق الإستبيان الثاني لقياس المكونات المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية التي تتعلق بسرطان الثدي بما في ذلك مقياس الكفاءة الذاتية.

و هذه بعض الأمثلة:

❖ **القابلية المدركة للإصابة:** ما مستوى الإستهداف من وجهة نظرك؟ ما فرص الإصابة بسرطان الثدي؟

❖ **الخطورة المدركة للمرض:** إذا أصبت بسرطان الثدي، فحياتي كلها ستتغير، و إذا كنت مصابة بالفعل بسرطان الثدي، فأرى أنه مرض أكثر خطورة من الأمراض الأخرى.

❖ **الفوائد المدركة للفعل:** الوسائل التي تكشف سرطان الثدي مبكرا تعطيني قدرا أكبر من راحة البال.

❖ **المعوقات الإنفعالية المدركة:** ايجاد سلوك الفحص الذاتي للثدي يمثل مشقة إنفعالية و احراجا.

❖ **معوقات الكفاءة الذاتية المدركة:** أنا واثقة من قدرتي على فحص الثدي، و أفضل أن أترك الطبيب يفحص الثدي.

و على أساس استجابة أفراد العينة لهذه الأسئلة، تم تصنيف السيدات إلى ثلاث مجموعات: فاحصات الثدي ذاتيا بدرجة نادرة، فاحصات الثدي ذاتيا بشكل أقرب للمناسبة، فاحصات الثدي ذاتيا بشكل مفرط، و تشير "نادرا" إلى أداء السلوك ما بين ثلاث أو أربع مرات في السنة، أما "مناسبة" فتشير إلى

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

أداء سلوك الفحص الذاتي للثدي شهريا أو كل نصف شهر، في حين تدل "مفرط" على أدائه أسبوعيا أو يوميا.

و تبعا لذلك، فقد وجدت الدراسة أن هناك اختلافات في أبعاد نموذج المعتقدات الصحية باختلاف المجموعات الثلاث لسلوك الفحص الذاتي للثدي: النادر، و المناسب، و المفرط، فالسيدات اللاتي يمارسن سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل نادر، اتسمن بانخفاض الكفاءة الذاتية و المعوقات النفسية، و رأت فوائد منخفضة لممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي مقارنة بالسيدات اللاتي يؤدين هذا السلوك بعدد مناسب أو مفرط.

كما وجدت الدراسة أيضا أن ارتفاع مستويات الخطورة المدركة للمرض و المخاوف من سرطان الثدي تؤدي إلى ممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي بشكل مفرط، لمحاولة الإكتشاف المبكر لسرطان الثدي، و هذا مع العلم بأن هؤلاء السيدات يملن نحو انخفاض الدقة، مما قد يؤدي إلى فقدان كتل أثناء الفحص، كما استخلص الباحثان أن المعوقات المدركة تمثل أقوى المنبئات بممارسة سلوك الفحص الذاتي للثدي.

و على أساس هذه النتائج، سلط الضوء على التطبيقات العملية الناجمة عن دراستهما، فالحاجة ليست إلى تأكيد الفوائد الإيجابية لأداء سلوك الفحص الذاتي للثدي شهريا، بل إلى تطوير طرق معالجة المعوقات التي ذُكرت من قبل السيدات في هذه الدراسة، و لا سيما معوقات الكفاءة الذاتية، من حيث زيادة ثقة السيدة في أداء سلوك الفحص الذاتي للثدي بفعالية (هناك أحمد محمد شويخ، 2012، ص ص 64-65).

دراسة هان (Han & al, 2005)

درسوا التفاعل مع الأطباء لدى مريضات سرطان الثدي، و هي دراسة وصفية على عينة من 352 مريضة، درسوا فيها متغيرات مثل الكرب و الكفاءة الذاتية الإنفعالية و الدعم الإجتماعي، و وجدوا ارتباطا دالا بين انخفاض الكفاءة الذاتية الإنفعالية أو الوجدانية و بين القدرة على التفاعل مع الأطباء و المرضيين (زعطوط رمضان، 2014، ص 56).

دراسة (هالة السعيد 2006):

و هدفت إلى بحث أنماط السلوك الصحي في علاقتها بكل من فعالية الذات، و مركز الضبط الصحي، و متغير مكان الإقامة (ريف و حضر)، و ذلك على عينة قوامها 1000 من طلاب الجامعة من الجنسين، كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض أنماط السلوك الصحي و هي ممارسة التمرينات الرياضية، و كفاية النوم و مدته، و الممارسات الغذائية، و الوقاية الصحية نفسيا و بدنيا، و النصائح و المساعدات الرياضية، و تناول الأدوية النفسية، و كل من فعالية الذات و مركز الضبط الصحي، في حين ارتبطت سلوكيات التدخين ارتباطا سالبا بكل من فعالية الذات و مركز الضبط الصحي،

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين فعالية الذات و مركز التحكم الصحي للآخرين، بالإضافة إلى ارتفاع السلوك الصحي ارتفاعا جوهريا لدى الريفيين مقارنة بالحضرين، في حين كان الحضريون أعلى جوهريا في فعالية الذات مقارنة بالريفيين، و لم توجد فروق بين الذكور و الإناث في متغير السلوك الصحي، و مركز التحكم الداخلي، في حين ارتفعت كل من فعالية الذات، و مركز تحكم الآخرين لدى الإناث مقارنة بالذكور (أميرة محمد الدق، 2011، ص 207).

دراسة (جبالي نور الدين و عدودة صليحة، 2012):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة (التغذية، الرياضة، التدخين، الكحول) لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و شملت الدراسة عينة قوامها 40 فردا من الجنسين 21 ذكرا و 19 إناثا، و قد اعتمدت الدراسة على مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرافل شفارتزر (Ralf Schwarzer) و استبيان أسلوب الحياة من إعداد الباحثة.

و قد أسفرت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية و الرياضة، و علاقة ارتباطية عكسية بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين و الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي (جبالي نور الدين و عدودة صليحة، 2012، ص 151).

المحور الخامس: الدراسات التي فحصت العلاقات الارتباطية بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة

المتعلقة بالصحة:

دراسة لكوريس و آخرون (Kores ; R ; C et al ; 1990):

و التي طلب فيها من مجموعتين من مرضى الألم المزمن أن يقدروا مدى قدرتهم على المشاركة في خمسة أنشطة (المشي، الحمل، التغلب على الألم، العمل، الأنشطة العائلية) أثناء المشاركة في برنامج العلاج متعدد الأبعاد للألم، و وجد أن الأفراد الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة في الفعالية الذاتية أظهروا أوقات أطول في الجلوس، و الوقوف، و أخيرا تحسن في قدرتهم على العمل، و المشاركة في الأنشطة، و استخدام منخفض للأدوية، و استمر هذا التحسن لمدة 3-11 شهرا من المتابعة، و ذلك مقارنة بالمجموعات المنخفضة في الفعالية الذاتية (أحمد حساتين أحمد، 2011، ص 78).

دراسة سينييسال و ز ملاؤه (Senecal : C et al 2000)

أجروا دراسة هدفت إلى فحص فعالية الذات و التنظيم الذاتي في علاقتهما بالعناية الذاتية بالنظام الغذائي، و الرضا عن الحياة لدى 638 مشاركا من المصابين بمرض السكر المزمن، منهم 313 سيدة، تراوحت أعمارهم ما بين 20 إلى 70 عاما.

كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن فعالية الذات و التنظيم الذاتي يرتبطان إيجابيا بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية بالنظام الغذائي، كما كانت فعالية الذات أكثر ارتباطا بسلوكيات الإذعان مقارنة

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

بالتنظيم الذاتي، و الرضا عن الحياة، كما أوضحت النتائج أن فعالية الذات كانت منبئاً بسلوكيات الإذعان لأنشطة العناية الذاتية بالنظام الغذائي (أميرة محمد الدق، 2011، ص 198).

دراسة كوهلر و فيش و جرين (Kohler,C.Fich ;L. Green ;P ; 2002):

التي هدفت إلى الوقوف على العلاقة بين كفاءة الذات المدركة و نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى 208 من مرضى الإنسداد الرئوي المزمن الراشدين، و قد استخدم مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة في هذه الدراسة و تم تعريفه و قياسه بوصفه مفهوماً يشمل القدرات الوظيفية و الإجتماعية و الجسمية و الإدراكات الجسمية بوجه عام، و قد كشفت نتائج الدراسة عن أن علاقة وظائف الرئة و الأعراض المرضية بالضعف الوظيفي للرئة يمكن تقليلها عن طريق زيادة كفاءة الذات المدركة لفاعلية هذه الوظائف، كما كشفت النتائج عن أن كفاءة الذات المدركة لفاعلية وظائف الرئة تتوسط العلاقة بين نوعية الحياة ووظائف الرئة، و بالتالي فإن المرضى الذين لديهم قدر ضئيل من كفاءة الذات المدركة قد تكون وظائفهم أكثر ضعفاً من هؤلاء الذين يعانون من القدر نفسه من المرض و لكنهم ذو درجة أعلى من كفاءة الذات المدركة، و التي تساعدهم بدورها على تحقيق فعالية أكبر لوظائف الرئة (أميرة محمد الدق، 2011، ص 194).

دراسة هيلجيسون (Helgeson & al ; 1999)

و قد هدفت إلى دراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج على عينة من مرضى القلب و تأثير ذلك على تحسين جودة الحياة، و قد وجد الباحثون أن مرضى القلب الذين استجابوا لعلاج مرضهم بتفاؤل و حافظوا على تقديرهم لذواتهم و ثقفتهم بأنفسهم و الإحساس بالسيطرة على المرض تدنت مستويات خطورة تعرضهم لحادث جديد، كما كان تكيفهم النفسي للمرض أكثر إيجابية، و بالتالي فإن أهمية الكفاءة الذاتية تكمن في مساعدة المريض على الإلتزام بالعلاج كأخذ الدواء بانتظام مع احترام الجرعات و الأوقات المخصصة لذلك و احترام المواعيد الطبية، الإبتعاد عن سلوكيات الخطر كالتدخين و الكحول....إلخ و كذلك تحسين جودة الحياة (شيلي تايلور، 2008، ص 202).

دراسة كريلتر (Kreilter, S, 2007)

و قد هدفت دراسته إلى استكشاف العلاقة بين الضغط النفسي و الكفاءة الذاتية و نوعية الحياة لدى مرضى السرطان، و ذلك باختيار نموذج تفاعلي يعتمد على متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك و الكفاءة الذاتية، و تكونت العينة من 60 مريضاً، و فرق الباحثون بين الكرب الصحي و الكرب الإجتماعي، و دلت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، و أن الكفاءة الذاتية المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك، و بالتالي ترفع من مستوى جودة الحياة، و كذلك فإن جودة الحياة تتأثر سلباً بالكرب الإجتماعي (زعطوط رمضان، 2014، ص 41).

دراسة (Van Weert, 2007):

احتوت الدراسة على عينة قوامها 63 مصابا بالسرطان، تناولت العلاقة بين كل من الكفاءة الذاتية و الدعم الاجتماعي المدرك و بين جودة الحياة قبل و بعد التأهيل الذي دام 15 أسبوعا، و قد دلت النتائج على أن الدعم الاجتماعي و الكفاءة الذاتية يمكنهما تفسير 17% إلى 47% من التباين في جودة الحياة (زعطوط رمضان، 2014، ص 57).

سادسا: تعليق على الدراسات السابقة:

مما سبق يتضح لنا أن معظم الدراسات تناولت متغير كفاءة الذات من حيث: الأهمية، و التأثير، و التدبر العلاجي، و لقد أجمعت تلك الدراسات على أهمية ذلك المتغير للإلتزام بالعلاج و تحقيق أفضل مستوى من جودة الحياة و الإرتقاء بالصحة إلى أعلى المستويات، مع بيان أهمية التدخلات المعرفية السلوكية التي ينتمي إليها، و بالتالي ينظر إلى الكفاءة الذاتية بوصفها متغيرا أساسيا من متغيرات الشخصية يتعلق بعقيدة الفرد حول مرونة إمكاناته الذاتية.

و تتفق نتائج الدراسات السابقة على أن الأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة يتميزون بدلالة واضحة عن الأفراد ذوي الكفاءة المنخفضة في مجالات متعددة منها: الصحة النفسية و التوافق، و الصحة الجسدية، و الصحة الاجتماعية، فهم أكثر احتراما للذات و أكثر قناعة و رضا عن الحياة و أكثر اطمئنانا و هدوءا، و أكثر ثقة بالنفس، و أكثر ثباتا انفعاليا و أقل اضطرابا و قلقا، و أقل اكتئابا و أكثر انجازا و أحسن صحة، و أكثر ايجابية، هذه المميزات تتحقق عندما يمارس الفرد التحكم و السيطرة الذاتية على حياته و صحته بشكل مباشر و صريح، و تلعب معتقدات الفرد حول كفاءته دورا أساسيا في الحفاظ و و الرقي بصحته (الجسدية، النفسية، الاجتماعية، الفكرية) و التعامل مع أي مرض قد يصيبه، و ذلك من خلال تنفيذه لسلوكيات صحية سليمة تمكنه من الإهتمام بذاته و تزيد من شعوره بإحساس التحكم الذاتي و السيطرة على صحته الشاملة و حياته العامة.

فقد أوضحت الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة كالسكري و السرطان و أمراض القلب و مرض الصرع، مدى تأثير الكفاءة الذاتية على الصحة الإنسانية في أسلوب تعامل المريض مع مرضه و مدى التزامه بالقواعد الصحية السليمة، و هذا ما أجمعت عليه نتائج الدراسات التي تم سردها كدراسة (Champlis & Heller & Krauss, 1991) (Murry, 1979) و (Heller & Krauss, 1991) و (Cantrell.B et al, 1993) (و Muddle et al..., 1995) و (Martinez & al, 1999) ودراسة (محمد السيد عبد الرحمن، 1998) و غيرهم الذين أكدوا على فعالية التحكم المعرفي في السلوكيات الصحية و الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية المدركة في عملية القضاء على أكثر العادات الفردية المدمرة لصحة الإنسان و المجتمع و انعكاسها على ممارسة العادات الصحية السليمة كالإقلاع عن التدخين مثلا أو ضبط الوزن و ممارسة الرياضة، تناول الأدوية، و... إلخ على المدى الطويل.

الفصل الأول: طرح موضوع الدراسة

العديد من الدراسات السالفة الذكر كدراسة (Adams & Scott, 2002) و (Norman, P & Brain, K , 2005) و (Meland, E, 1999) أبدت نتائجها بوضوح إلى أن الكفاءة الذاتية تعتبر عامل تنبؤي قوي للإلتزام بالعلاج و ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية، و ليس هذا فحسب بل تتعدى ذلك لتتنبأ بأعراض الأمراض المزمنة و مستوى الألم كما ورد في دراسة (Kohler,C.Fich ;L. ; 2002) و دراسة (Tsay ; S. Chao ; Y, 2002).

كذلك نجد أن دراسة (Kores; R ; C et al ; 1990) و (Helgeson & al ; 1999) و (Van Weert, 2007) تطرقت إلى موضوع دراستنا مباشرة، و التي خلصت إلى أن أهمية الكفاءة الذاتية تكمن في مساعدة المريض على الإلتزام بالعلاج و كذلك تحسين جودة الحياة.

إن المؤشرات التي استخلصتها الكثير من الدراسات كدراسة (Herrick, S, E & al, 1994) و (Tedlow, J, R & al, 1996) تشير إلى أن الإضطرابات العضوية يمكن أن تخلق لدى المرضى إحساسا باليأس و تتسبب في إفساد نوعية الحياة، إلا أن التدخل المقصود من قبيل إخضاع الفرد للبرامج العلاجية و الإرشادية المتخصصة يمكن أن تحدث تغييرا في إدراك الفرد للمرض و من ثم زيادة حدة الإستبصار بالحالة المرضية، و بالتالي القدرة على حل ما يواجهه من مشكلات، الأمر الذي ينعكس على جودة حياة المرضى، و دفعها من الجانب السيئ إلى الجانب الأكثر كفاءة، فالنتائج الخاصة بهذه الدراسات تشير بوضوح إلى أنه يمكن تغيير جودة الحياة لدى الفرد ليس فقط بتغيير الظروف الخارجية المليئة بالضغوط، و إنما أيضا بإحداث التغيير الذاتي للفرد، لتصبح القضية في مجملها العام تعزيز الإدراكات الشخصية فيما يخص مشاعر الكفاءة الذاتية لمواجهة المرض، و تحقيق أقصى قدر ممكن من الرضا عن الحياة.

- اعتماد بعض الدراسات السابقة على متغير الكفاءة الذاتية كمنهج علاجي لتحسين الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة كالدراسة التي تطرق إليها (Cantrell.B et al ,1993).

- تعددت الأدوات المستخدمة لإستقصاء البيانات والمعلومات الخاصة بالدراسة، فبعضها كانت أحادية الأداة، و البعض الآخر استخدم أدوات عديدة وفقا لطبيعة الموضوع و المتغيرات المراد دراستها.
- تنوع العينات المستخدمة في الدراسة من حيث:

- نوع المرض: "سرطان، ربو، أمراض قلبية، صرع، اكتئاب، فصام..."،

- نوع السلوكيات الصحية المدروسة: "التدخين، الكحول، الرياضة، التغذية، تناول الأدوية..."،

- اختلاف العوامل الديموغرافية: فحسب الجنس نجد أن بعض الدراسات اهتمت بدراسة الجنسين

ذكور و إناث مثل دراسة (هالة السعيد 2006)، و بعض العينات كانت حكرًا على الذكور مثل دراسة (محمد السيد عبد الرحمن، 1998)، و عينات أخرى شملت عينة الإناث مثل دراسة نورمان و برين (Norman, P & Brain, K , 2005)، أما من حيث السن فقد كنا هناك تباين واضح فبعض الدراسات

اهتمت بالشريحة العمرية من (20-70) كما في دراسة (Senecal : C et al 2000)، و أخرى درست الراشدين كما هو وارد في دراسة (Schwarzer ; R, Renner ;B, 2000)، إذ كان متوسط أعمار العينة (43) سنة، و الشيوخ كما في دراسة (Mc – Donald ; Miszczakl et al, 2000) بمعدل عمري مقداره (71.7)، و نلاحظ أن أغلب أفراد العينة كانوا أكثر من 20 سنة.

- **اختلاف العوامل الاجتماعية، التعليمية، الإقتصادية:** إلا أنها كانت نادرة باستثناء دراسة (Regidor, E & al, 1999) و (Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T, 2005) و (المحمد و جورجيس، 2005).

- **اختلاف حجم أفراد العينة:** إذ تراوحت بين (16) كما في دراسة (Vinck , J, R & al, 1996) و (1400) كما هو الحال في دراسة ويليامز و زملاؤه (Williams & al, 1992).

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسات السابقة كانت متلائمة مع طبيعة الموضوع، أغلبها استخدم كل من الوسط الحسابي والتكرارات و النسب المئوية كدراسة (Kobau ; R. (2003) و معامل الارتباط لبيرسون مثل دراسة (Dilorio ;C, 2003) و معامل الارتباط لبيرسون مثل دراسة (Kohler,C.Fich ;L. Green ;P ; 2002)، إضافة إلى ذلك استخدام كل من الإنحدار كدراسة (Shiffman, S & al, 2000)، و اختبار "ت" و غير ذلك من الأساليب الإحصائية.

- اعتمدت بعض الدراسات على بعض النماذج النظرية المفسرة للسلوك الصحي و التي تطرقت إلى متغير الكفاءة الذاتية كمكون رئيس مثل دراسة نورمان و برين (Norman, P & Brain, K, 2005) التي تبنت نموذج المعتقدات الصحية و دراسة (Wyer, S,J, 2001) التي تبنت نموذج السلوك المخطط.

بناء على ما تم سرده نجد بأن الكثير من الدراسات السابقة تتسق مع دراستنا الحالية سواء ما تعلق بمتغيرات الدراسة و أبعادها، أو اختيار العينة (مرض مزمن)، المنهج (الوصفي)، و غير ذلك من أوجه التشابه، إلا أنه لم تتمكن من الوقوف على دراسات كافية تناولت موضوع دراستنا في المجتمع الجزائري بصفة خاصة و الوطن العربي بصفة عامة و ذلك في حدود علم الطالبة، إذ أن معظم الدراسات أجنبية، و كما نعلم أن متغيرات دراستنا محددة ثقافياً، و عليه فلا يمكن تعميم نتائج تلك الدراسات على بيئتنا دون اختبار الفروض و تصميم أو تكييف مقاييس تتماشى و خصوصية مجتمعاتنا و ثقافتنا.

و على هذا الأساس جاءت الدراسة الحالية لتؤكد أو تنفي ما قد تم التوصل إليه في بعض الجوانب التي تم التطرق إليها في الدراسات السالفة الذكر، فهي تهدف إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و التزام العلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و بذلك تكون هاته الدراسات قد ألفت الضوء المباشر لأهمية متغيرات الدراسة الحالية، و أنارت الطريق لصياغة مستبيرة لفرضياتها.

سابعاً: الفرضيات:

1. نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
2. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
3. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
4. توجد فروق دالة إحصائياً في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
5. لا توجد فروق دالة إحصائياً في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
6. لا توجد فروق دالة إحصائياً في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟.
7. هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بأنماط الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.
8. هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي؟.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

تمهيد.

أولاً: مفهوم الكفاءة الذاتية.

ثانياً: نظرية الكفاءة الذاتية.

ثالثاً: طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية.

رابعاً: التحليل التطوري للكفاءة الذاتية.

خامساً: خصائص الكفاءة الذاتية.

سادساً: أبعاد الكفاءة الذاتية.

سابعاً: مصادر الكفاءة الذاتية.

ثامناً: تأثير اعتقادات الفرد على كفاءة إمكاناته الذاتية.

تاسعاً: كفاءة الذات و الأمراض المزمنة.

عاشراً: الكفاءة الذاتية و علاقتها بالألم المزمن.

إحدى عشر: الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج.

إثني عشر: إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي لألبرت باندورا "Bandura.A"، والتي باتت تحظى في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم نفس الصحة « Health psychology » لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك و ترقية الصحة، إذ أن معتقدات الأفراد بأنهم يستطيعون ضبط سلوكياتهم و التحكم فيها و تنظيمها تؤدي دورا حاسما فيما إذا كانوا يفكرون في تغيير العادات الصحية الضارة أو يسعون لتأهيل نشاطاتهم، حيث أن إدراك الفرد بأنه غير كفء يقف عائفا أمام وقايته لصحته.

و عليه سنتطرق في هذا الفصل إلى تعريف الكفاءة الذاتية، الفرق بينها و بين المفاهيم المرتبطة بها، نظرية الكفاءة الذاتية، طبيعتها و بنيتها، التحليل التطوري للكفاءة الذاتية، أبعادها، خصائصها، مصادرها، تأثير اعتقادات أو ادراكات الفرد على كفاءة امكانته الذاتية، الكفاءة الذاتية و الأمراض المزمنة، الكفاءة الذاتية و علاقتها بالألم المزمن، إضافة إلى الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج، و أخيرا إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية.

أولاً: مفهوم الكفاءة الذاتية:

1. تعريف الكفاءة الذاتية:

تستخدم المراجع المتخصصة مفاهيم توقعات الكفاءة و تقدير توقعات الكفاءة و توقعات الكفاءة الذاتية في السياق نفسه، كما أن هناك بعض البرامج تستخدم مفهوم الفاعلية الذاتية و الفعالية الذاتية كمترادف للكفاءة ، وفيما يلي عرض لبعض من هذه التعاريف:

يعرفها **دوفان و واكر (Dovan & Walker, 1997)** بأنها: "القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب، و من ثم التأثير في العمليات و مجريات الأمور لإحداث التغيير و التطور".

فيما يعرفها **رادوج و وينكينغ (Bharadway and Wilkening,1997)** بأنها : "الإمكانية و القدرة على التأثير النشط و ممارسة الضبط عبر مظاهر البيئة، و الإيجابية اتجاه الأحداث المختلفة و هي مظاهر تسهم في شعور الفرد بالقدرة على الإنجاز و تقدير الذات".

و يذكر **(Shell,M,1989)** أن الكفاءة الذاتية هي : "الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص و يطبقون مهاراتهم المعرفية و والسلوكية و الاجتماعية على أداء مهمة معينة، ويعبر عنها بأنها صفة شخصية في القدرة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين " (**عبد المنعم أحمد الدردير، 2004، ص 115-116**).

ويرى **(Mayr, 1996)** أن الكفاءة الذاتية تعني: "قناعة الفرد بمدى وجود القدرة لديه على أداء سلوكيات معينة " (**محمود كاظم محمود، 2009، ص4**).

في حين أن الكفاءة الذاتية عند (Shunk,H,1983): " تتعلق بالأحكام على مدى الجودة التي يستطيع بها المرء أن ينظم و يستخدم مجريات الأحداث في المواقف التي تحتوي على عناصر جديدة ".
و يعرف المرء إسماعيل (1990) الشخص الكفاء بأنه : " الشخص المناسب ذو الأهلية الذي يستطيع تحقيق الهدف (إنجاز المطلوب) بعزيمة و بحزم و تأكيد و لا يدع مزيدا يمكن تحقيقه، و يضيف إلى ذلك أن الشخص الكفاء يكون عادة ذا حيوية مجتهدا فطنا يقظا " (عبد المنعم أحمد الدردير، 2004، ص ص 115-116).

و يعرفها العدل عادل (2001) بأنها " ثقة الفرد الكامنة في قدراته خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة و غير المألوفة " (رامي اليوسف، 2013، ص 333).
و يرى شفارنزر (Schwarzer, 1994): " أن معتقدات الكفاءة الذاتية كبعد ثابت من أبعاد الشخصية، تتمثل في قناعات الفرد الذاتية حول قدرته في التغلب على المشكلات الصعبة و متطلباتها التي تواجهه " (عائدة بيروتي و نزيه حمدي، 2012، ص 285).

و قد تحدث (Bandura.A,1977) عن مفهوم الكفاءة الذاتية و قد عنى بها : " أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول و مواجهة المصاعب و إنجاز السلوك (Bandura, A, 1977, P 191)، بمعنى آخر فإن الكفاءة الذاتية تشير إلى الاعتقادات المفترضة التي يمتلكها الفرد حول قدراته ".
و ينسب كلا الباحثين الأخيرين الكفاءة الذاتية وظيفية موجبة للسلوك تقوم على التحضير أو الإعداد للتصرف و ضبطه، و التخطيط الواقعي له (عماد الزغول، 2003، ص 139)، كما أن هذا المصطلح يشير إلى معتقدات الفرد حول مقدرته على تنظيم المخططات العملية المطلوبة و تنفيذها لإنجاز الهدف المراد، و هذا يعني أنه إذا اعتقد الفرد أنه يمتلك المقدره على إنجاز الأهداف المطلوبة فإنه يحاول جعل هذه الأشياء تحدث فعلا، بمعنى أن الفاعلية الذاتية تشير إلى الإعتقادات الإفتراضية التي يمتلكها الفرد حول مقدراته (عبد الله محمد أبو تينة و هدى أحمد الخلايلة، 2011، ص ص 222 – 223).

و عليه فإن معظم التعاريف السابقة أجمعت على أن الكفاءة الذاتية تتعلق بالإدراكات و المعتقدات التي يتصورها الفرد عن فعالية ذاته في الإنجاز و في تحطي العقبات و الأزمات و المحن، و مقاومة المثيرات التي تحذو به نحو السلوك غير المرغوب، و من ثم فالطالبة تعرف الكفاءة الذاتية على أنها: " معتقدات مرضى قصور الشريان التاجي حول قدراتهم على التكيف مع المرض من خلال الإلتزام بالعلاج و تنفيذ التوصيات الطبية، و سعيهم الدؤوب لتحسين جودة حياتهم رغم العوائق التي يفرضها المرض".

2. المفاهيم المرتبطة بالكفاءة الذاتية:

ميز الكثير من علماء النفس بين مفهوم الكفاءة الذاتية المدركة، و غيرها من المفاهيم النفسية، التي قد ترتبط معها أو تشابهها، و من هذه المفاهيم نورد ما يلي:

1.2 الفرق بين الكفاءة الذاتية العامة و الموقفية أو الخاصة:

على الرغم من أن باندورا (Bandura.A) لم يقد بالتفريق بين توقعات الكفاءة الذاتية العامة و الخاصة عندما قدم البناء للمرة الأولى، و إنما قام بالتعريف الإجرائي لتوقعات الكفاءة الذاتية الخاصة مستخدماً لوصف كلا الشكليين من توقعات الكفاءة الذاتية مصطلح "الكفاءة الذاتية المدركة" Perceived self-efficacy ، و الفرضية الكامنة وراء ذلك تتمثل في أنه في مجرى الحياة تكتسب قناعات الضبط الذاتية صفة سمات الشخصية، حيث تتغير مرونتها و ثباتها بصفة مختلفة في مواقف المتطلبات المختلفة، غير أن وجود أشخاص يحملون كفاءة خاصة بالنسبة لمجموعة كبيرة من القضايا دفعت أيضاً افتراضية إمكانية جمع عدد كبير من هذه الكفاءات الخاصة في بناء عام و ثابت (Schwarzer ;1994) ، و عليه نجد أن مصطلح الكفاءة الذاتية خضع لتطويرات متعددة، فقد رأى باندورا (Bandura, 1977) الكفاءة الذاتية على أنها متغيرة موقفية، و أن توقعات الكفاءة الذاتية النوعية أو الخاصة المختلفة لا ترتبط ببعضها، و وجد أن رفع الكفاءة الذاتية يخفض من الرهانات، إلا أن رفع الكفاءة الذاتية النوعي أو الخاص في هذا المجال لم يكن له تأثير على المجالات الأخرى كالرياضة على سبيل المثال.

و في الوقت الراهن عادت الكفاءة الذاتية المعمة التي ينظر لها على أنها بناء عام و تمثل سمة شخصية بالنسبة للإنسان لتكون موضوعاً لدراسات عديدة حديثة.

و يعرف شفارتسر (Schwarzer) الكفاءة الذاتية العامة بأنها عبارة عن بعد شخصي ثابت يعبر عن القناعة الذاتية بالتمكن من مواجهة المطالب الصعبة استناداً إلى التصرفات الذاتية، و ترتبط الكفاءة الذاتية إيجابياً بسمات كالتفاؤلية و مشاعر القيمة الذاتية و الضبط الداخلي و دافعية الإنجاز، و سلبا مع سمات القلق و الإكتئابية و العصابية، و يمكن التنبؤ بهذه المحكات عبر مساحات زمنية طويلة، و يؤكد هذا التعريف على أن الأمر يتعلق بمتغيرة مستمرة عبر الزمن إلى حد ما، و التي على الرغم من ثباتها إلا أنها ليست غير قابلة للتعديل، و من هنا نستنتج أنه من المفيد العمل مع هذه المتغير للحكم على سلوك شخص ما أو حتى للتنبؤ به أمبريقياً.

و يفرق لوزتسنسكا (Luszezynska et al, 2005) بين الكفاءة الخاصة و العامة على النحو التالي: "الكفاءة الذاتية العامة هي اعتقاد المرء بقدرته على مواجهة تشكيلة واسعة من المطالب المرهقة أو الصعبة، في حين تكون الكفاءة الذاتية الخاصة مقتصرة على مهمات محددة".

بالمقابل فقد وسع شيرر و مادوكس (Sherer & Maddux , 1982) بناء الكفاءة الذاتية النوعية أو الخاصة بتعريف الكفاءة العامة بأنها تلك المجموعة من التوقعات التي يحملها الفرد إلى المواقف الجديدة، و يريان أن الكفاءة الذاتية العامة تؤثر على الكفاءة الخاصة، فالكفاءة الذاتية العامة تعرف كمركب مهم جداً من كل النجاحات و حالات الفشل المهمة التي يتم عزوها للذات، إنها سمة عامة، مستقرة نسبياً، و متغيرة عبر الزمن بتراكم تجارب الفشل و النجاح، فهي تحدد ثقة الفرد العامة و قابليته للنجاح، التي تؤثر

بشكل ملحوظ على توقعات الكفاءة الذاتية في المواقف الخاصة (سامر جميل رضوان ، 2010 ، ص 10-11).

و إجمالاً يمكن القول بأن توقعات الكفاءة الذاتية العامة تشتمل على المواقف العامة التي يمكن لأي شخص أن يمر بها، في حين تشتمل توقعات الكفاءة الذاتية الخاصة على مجالات خاصة من المشكلات التي يمكن أن تواجه أشخاصاً محددين أو مجموعات خاصة كالمدخنين و ذوي الوزن الزائد...إلخ.

2.2 الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية:

يميز شفارتزر (Schwarzer, 1993; 1994) بين "توقعات الكفاءة الذاتية" و "التفاؤلية"، و يرى أن باندورا (Bandura.A) قد استخدم مصطلح "القناعات الذاتية التفاؤلية" عوضاً عن "الكفاءة الذاتية المدركة"، و يرى أن هذا البناء الذي اقترحه باندورا في عام 1977 (Bandura.A) لتوقعات الكفاءة يعبر عن "تفاؤلية وظيفية تحتل فيها الموارد الإيجابية مركز الاهتمام" و تشكل جزءاً ضرورياً من توقعات الكفاءة، و هو يختلف عن التفاؤلية النزوعية التي تقوم عليها توقعات النتائج الهامة لشاير و كارفير (Schaier & Carver, 1985) التي تعرضت لانتقادات متعددة، فالاعتقاد بأن أمور الحياة ستسير بصورة جيدة من تلقاء نفسها عبارة عن توقعات عامة تختلف عن الثقة بالإمكانات الذاتية و بقدرة المرء على القيام بسلوك معين، و يقترح شفارتزر (Schwarzer) مفهوماً دقيقاً يرى فيه بأنه معقد و غير عملي يتمثل في "توقعات الكفاءة الذاتية التفاؤلية المعممة النزوعية" للفصل بين توقعات الكفاءة الذاتية و التفاؤلية النزوعية عند (Schaier & Carver) (سامر جميل رضوان ، 1997 ، د ص).

3.2 الفرق بين الكفاءة الذاتية المدركة و تقدير الذات:

يشير باندورا إلى أنه غالباً ما يستخدم مفهومي الكفاءة الذاتية المدركة و تقدير الذات بشكل متبادل أي أن أحدهما يمكن أن يحل محل الآخر، و على ذلك يتم تقديمهما لوصف الظاهرة نفسها، لكن في الواقع أن كلا منهما يشير إلى شئى مختلف تماماً عن الآخر، ففعالية الذات المدركة تعنى بالأحكام التي تدور حول قدرة الأفراد، في حين ان تقدير الذات يعنى بالأحكام عن قيمة الذات، و لا توجد علاقة خلط بين معتقدات الفرد عن قدراته، و ما إذا كان راضياً عن نفسه أم لا، فقد يحكم الأفراد على أنفسهم بأنهم من المستحيل أن تكون لديهم الكفاءة للقيام بنشاط معين دون أن يقلل ذلك من تقديرهم لذواتهم، لأنهم يرون أن قيمة ذواتهم ليست وفقاً على القيام بهذا النشاط (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 139-140).

و يشير عبد القادر صابر سفينة (2003) إلى أن تقدير الذات يدور حول حكم الفرد على قيمته بينما مفهوم فاعلية الذات يدور حول اعتقاد الفرد في قدرته على إنجاز الفعل في المستقبل و أن تقدير الذات يعني بالجوانب الوجدانية و المعرفية معاً، و أما فاعلية الذات فهي غالباً معرفية و أن مفهوم تقدير الذات و فاعلية الذات بعدان هامان لمفهوم الذات، لأنهما يساهمان في صياغة مفهوم الفرد عن نفسه (مفهوم الذات)، و أيضاً يؤثر كل منهما على الآخر، فالأفراد الذين يدركون أنفسهم على أنهم ذو قيمة و مؤثرين و

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

ناجحين (تقدير ذات مرتفع) بشكل عام سوف يتنبأ لهم باحتمالات النجاح في المهام حيث أن هذه الإحتمالات تكون مرتفعة (فاعلية ذات مرتفعة) عن أولئك الذين يرون أنفسهم أقل كفاءة و تأثيراً و نجاحاً و قيمة (تقدير ذات اجمالي منخفض).

و يرى غالب بن محمد علي المشيخي، (2009) أن تقدير الذات يهتم بقياس ذات الشخص الحالية بينما فاعلية الذات تهتم بقياس نجاح الفرد المستقبلي، و أن مفهوم تقدير الذات أحد الأبعاد المكونة لمفهوم فاعلية الذات (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص ص 68-69).

4.2 الفرق بين الكفاءة الذاتية و مفهوم الذات:

على الرغم من أنه قد يبدو للوهلة الأولى أن الفرق بين مصطلحي مفهوم الذات و فاعلية الذات فرقا ضئيلاً، إلا أنهما مكونان يصفان ظاهرتين مختلفتين، حيث يشير مصطلح مفهوم الذات إلى تقييم ذاتي شامل يتضمن الأراجاع الذاتية المتنوعة و المعتقدات، مثل آراء الفرد حول قيمة ذاته و معتقداته العامة عن كفاءته، في حين أن معتقدات فاعلية الذات تتضمن أحكاماً خاصة عن القدرة الشخصية على تنظيم مجموعة من الأفعال و تنفيذها للوصول إلى الهدف المنشود، ففاعلية الذات تركز بشكل خاص على المهام أو النشاطات التي يرى الفرد أنه قادر على أدائها أكثر من التركيز على التقييم العام لمدى جودة أداء الفرد لشئ ما بوصفه أحد متطلبات تقييم مفهوم الذات، و يجب الإشارة في هذا الصدد إلى أن مفهوم الذات قد يتضمن فيما يتضمن فاعلية الذات، و لكنه أيضاً لا يقتصر على ذلك بل يمتد أيضاً ليشمل مفردات متصلة بتقدير الذات و الإدراكات العامة للكفاءة (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 139-140).

و ترى عواطف صالح (1994): أن فاعلية الذات ترتبط بمفهوم الذات نظراً لأن الذات هي مركز الشخصية الذي تتجمع حوله كل النظم الأخرى، فالذات المبدعة هي القادرة على تحقيق الذات من خلال فاعلية الذات المدركة لدى الفرد.

و يرى باجارس "Pagars, F, 1996" أن هناك الكثير من الخلط بين "مفهوم الذات" و مصطلح "فاعلية الذات" فهناك الكثير من الباحثين من يستعملون المصطلحين كمترادفين، و آخرون يصفون "مفهوم الذات" على أنه شكل معمم لفاعلية الذات، و يختلف المفهومان في الآتي:

✓ "فاعلية الذات" تهتم بالإعتقادات في القابلية الشخصية، فهي أحكام الفرد على قدرته على أداء المهام المعطاة له أما "مفهوم الذات" فهو يحتوي على هذه الأحكام و أيضاً على المشاعر حول ما تستحقه الذات من تقدير فيما يتعلق بهذا الأداء.

✓ إذا كان "مفهوم الذات" يهتم بتقييم ما تستحقه الذات من تقدير، فإنه يعتمد في ذلك على كيفية تقييم الثقافة السائدة في المجتمع للخصائص التي يمتلكها الفرد و حكمها على مدى ملاءمة سلوك هذا الفرد للقواعد السلوكية المسموح بها، أما أحكام "فاعلية الذات" فهي ترتبط بأحكام الفرد على قدراته الشخصية.

✓ ليست هناك علاقة ثابتة بين اعتقادات الفرد حول ما يستطيع أو ما لا يستطيع أداءه، و بين احترامه أو عدم احترامه لنفسه، فمثلا قد يعتقد فرد أنه يملك فاعلية ذات رياضيات قليلة جدا، و رغم ذلك لا يشعره هذا بعدم الإحترام لذاته، و قد يعود ذلك إلى أنه لا يعتبر التفوق في هذا المجال شيئا هاما بالنسبة له، و على ذلك ففي مثل هذه الحالة لا يكون لدى الفرد "مفهوم ذات"، و إنما يكون لديه "فاعلية ذات".

✓ أحكام "فاعلية الذات" ترتبط بمهام محددة داخل ميدان محدد، كما أن لديها حساسية عالية للتأثر بالإختلافات القليلة حتى داخل المهمة الواحدة، فمثلا "فاعلية ذات قيادة السيارة" تختلف من القيادة داخل المدينة إلى القيادة على الطريق السريع، أما أحكام "مفهوم الذات" فهي أكثر عمومية حيث ترتبط بميدان محدد و ليس بمهمة محددة، كما أن هذه الأحكام أقل حساسية للتأثر بالإختلافات.

✓ "مفهوم ذات الفرد" يتكون من خلال مدى نجاح هذا الفرد في تحقيق مطالبه، فإذا كانت هذه المطالب قليلة فإن تحقيق الفرد للقليل من النجاح يؤدي إلى شعوره بمستوى عال من مفهوم الذات، و بالمقابل قد يعاني الفرد من مفهوم ذات ضعيف لأنه يضع لنفسه متطلبات عالية يصعب عليه تحقيقها، و من هنا يتضح أن "مفهوم الذات" العالي لا يؤدي بالضرورة إلى التنبؤ الجيد بنوعية الإنجاز في المهام المعطاة، و لكن "فاعلية الذات" العالية يكون لديها احتمال أكبر أن تؤدي إلى هذا التنبؤ (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص ص 67-86).

5.2 الفرق بين مفهوم توقعات كفاءة الذات و مفهوم توقعات العواقب:

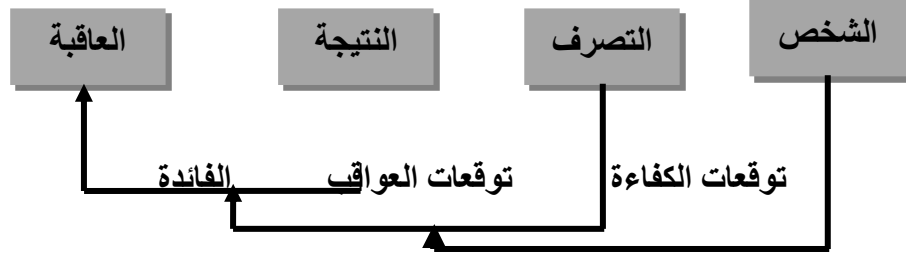
فالأولى هي إيمان الفرد بقدرته على أداء السلوك المطلوب لتحقيق النواتج، أما الثانية فهي تقديره أن هذا السلوك سوف يؤدي إلى نواتج معينة (سامي عيسى حسونة، 2009، ص 126)، فتوقعات النتائج أو العواقب و توقعات الفعالية مصطلحان مختلفان لأن الأفراد يمكنهم أن يعتقدوا بأن أفعالا معينة سوف ينتج عنها عواقب محددة، و لكن السؤال هنا يكون عما إذا كانوا يستطيعون أداء هذه الأفعال أم لا؟ (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 139-140).

و تجدر هنا الإشارة إلى أن شفارتسر (Schwarzer) قد وسع نموذج الكفاءة الذاتية العامة لباندورا، ففي حين أن الكفاءة الذاتية و توقعات النتيجة مستقلتان عن بعضهما عند باندورا (Bandura.A) و رتبهما بالتسلسل وراء بعضهما، فقد أضاف شفارتسر العاقبة "Concequence" التي تأتي بعد النتيجة "Outcome"، و من ثم الفائدة "Instrumentality" كتوقع جديد، و الفائدة بالنسبة له هي توقعات النتيجة – العاقبة "Outcome – Concequence – Expectancy"، أو هي مكون من ذخيرة المعرفة.

إلا أن الإرتباطات بين التوقعات المنفردة مازالت غير مفسرة إلى مدى بعيد بالنسبة له، لأنه من الصعب جدا فحص الإستعارفات منفردة، و يفترض شفارتسر (Schwarzer) نظريا أنه يمكن ترتيبها

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

هرميا، و طبقا لذلك إذا كانت الفائدة بداية، التي تبني عليها توقعات العاقبة موجودة فإن توقعات الكفاءة تستند عندئذ على ما يبدو على توقعات العواقب، و يوضح الشكل التالي هذه الارتباطات:



شكل (1): النموذج النظري للقيمة - التوقع لشفارتسر

و يوضح شفارتسر (Schwarzer) هذا النموذج من خلال مثال حول التعلم من أجل الإمتحان، فمن أجل تجاوز امتحان ما (عاقبة)، لابد للمرء أن يمتلك معرفة محددة (نتيجة)، و يطلق شفارتسر (Schwarzer) على هذا الارتباط "توقعات النتيجة - العاقبة أو الفائدة"، و يقصد بتوقعات العاقبة إمكانية تعلم المادة بغض النظر عما إذا كان الشخص يعد نفسه قادرا على تعلم المادة، فما يعتقد الشخص بأنه قادر عليه هو توقعات الكفاءة، و موضوع توقعات العاقبة هو تعلق التصرف بالنتيجة، أما توقعات الكفاءة فهي تعلق الشخص بالتصرف.

و بمقارنة نموذج باندورا (Bandura.A) الذي يميز فيه بين توقعات الكفاءة الذاتية و توقعات النتيجة مع النموذج الجديد لشفارتسر فإنه يمكن الإفتراض بأنهما متناقضان: فبالنسبة لباندورا فإن التوقعات مستقلة عن بعضها و تتموضع على شكل تعاقبي، في حين تتموضع بشكل هرمي عند شفارتسر، و يمكن توضيح ذلك على الشكل التالي: لا تستبعد التوقعات الضئيلة للعواقب وجود كفاءة ذاتية مرتفعة، لمجرد أنها مترتبة هرميا في هذا النموذج، إلا أنه يفترض أن تكون توقعات العاقبة موجودة قبل أن تنشأ توقعات الكفاءة عموما، أما سبب ذلك فيرجع إلى أنه لا يوجد تصرف من دون نتيجة، و لاتوجد نتيجة من دون عاقبة، فليس هناك من شخص يفعل شيئا ما لمجرد أنه يريد أن يقوم بتصرف معين، و إنما لأنه يأمل بنتيجة ما، فقبل توقعات الكفاءة لابد و أن تكون توقعات العواقب موجودة و التي تبني عليها عندئذ توقعات الكفاءة، و على الرغم من ذلك توجد حالات تكون فيها توقعات العواقب ضئيلة و توقعات الكفاءة عالية، و هو ما يصفه ستادلر (Stadler) في نموذجه مربع التوقع بأنه اللاجدوى النسبية (سامر جميل رضوان، 2010، ص ص 11-13).

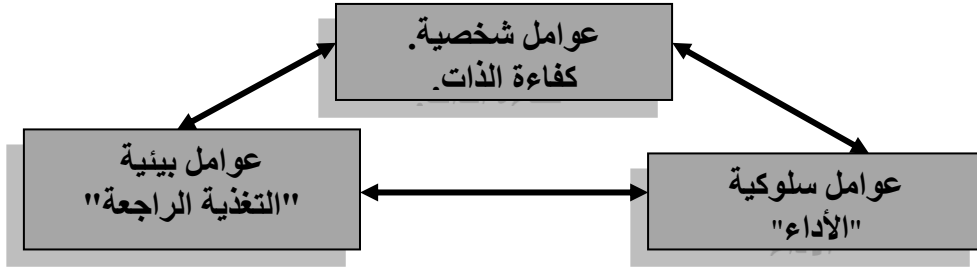
ثانيا: نظرية الكفاءة الذاتية:

لقد ظهر مفهوم الكفاءة الذاتية على يد باندورا (Bandura.A) عندما نشر مقالة له بعنوان كفاءة الذات نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك، حيث خضع هذا المفهوم للعديد من الدراسات عبر مختلف المجالات و المواقف، و لقي دعما متناميا و مطردا من العديد من نتائج هذه الدراسات، ثم طور هذا المفهوم بحيث ربطه بمفهوم الضبط الذاتي للسلوك في نظريته المعرفية الإجتماعية (سالي طالب علوان، 2012، ص228)، فقد أكد باندورا 1986 في كتابه "أسس التفكير و الأداء" بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك و مختلف العوامل المعرفية و الشخصية و البيئية، و فيما يلي الإفتراضات النظرية و المحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الإجتماعية:

1. يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز و التي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، و تطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال و الإختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج و الإتصال بين الأفكار المعقدة و تجارب الآخرين.
2. إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي، كالتنبؤ أو التوقع، و هي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز.
3. يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم، و عن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية، و التي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، و يقومون بتقييم سلوكهم بناء على هذه المعايير، و بالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع و يرشد السلوك.
4. يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين و نتائجها، و التعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الإعتقاد على التعلم عن طريق المحاولة و الخطأ، و يسمح بالإكتساب السريع للمهارات المعقدة، و التي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.
5. أن كل من الطرق السابقة (القدرة على عمل الرموز، التفكير المستقبلي، التأمل الذاتي، التنظيم الذاتي، و التعلم بالملاحظة) هي نتيجة تطور الميكانيزمات و الأبنية النفسية – العصبية المعقدة، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية و التجريبية لتحديد السلوك و تزويده بالمرونة اللازمة.
6. تتفاعل كل من الأحداث البيئية و العوامل الذاتية الداخلية (معرفية و انفعالية و بيولوجية) و السلوك بطريقة متبادلة، فالأفراد يستجيبون معرفيا و انفعاليا و سلوكيا إلى الأحداث البيئية، و من خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي، و الذي بدوره يؤثر ليس فقط على البيئة و لكن أيضا على الحالات المعرفية و الإنفعالية و البيولوجية (بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي، 1428هـ، ص ص 24-25) ، و يعتبر مبدأ الحتمية التبادلية Reciprocal

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

Determinism من أهم افتراضات النظرية المعرفية الإجتماعية، و الشكل رقم (2) يوضح مبدأ الحتمية المتبادلة (أحمد يحي الزق، 2006، ص264).



شكل (2): نموذج الحتمية المتبادلية

و بالرغم من أن هذه المؤثرات ذات تفاعل تبادلي إلا أنها ليست بالضرورة تحدث في وقت متزامن، أو أنها ذات قوة متكافئة، و تهتم نظرية فاعلية الذات بشكل رئيسي بدور العوامل المعرفية و الذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة (Mailys Rondier, 2004, p 2) ، التابع للنظرية المعرفية الإجتماعية، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الإنفعال و السلوك، و تأثير كل من السلوك و الإنفعال و الأحداث البيئية على المعرفة، و تؤكد نظرية الفاعلية الذاتية إلى معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، ففاعلية الذات لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد و إنما كذلك بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها، و يرى باندورا أن الأفراد يقومون بمعالجة و تقدير و دمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم، و تنظيم سلوكهم الإختياري، و تحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات.

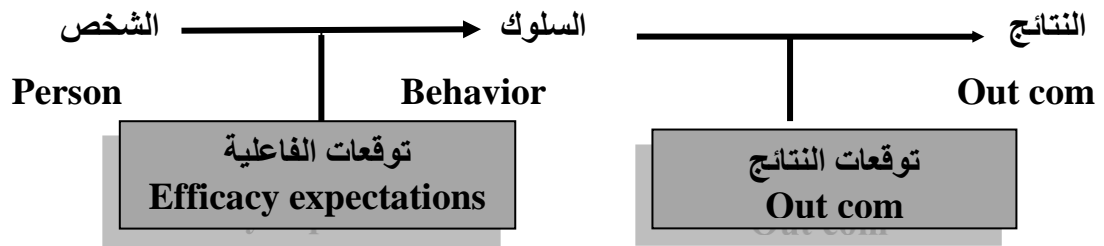
و بالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالفاعلية الذاتية القدرات الخلاقة، و الإختيار المحدد للأهداف، و الأحداث ذات الأهداف الموجهة، و الجهد المبذول لتحقيق الأهداف، و الإصرار على مواجهة الصعوبات، و الخبرات الإنفعالية (بندر بن محمد حسن الزيايدي العتيبي، 1428هـ، ص 25).

و بناء عليه نجد أن باندورا (1977) في تنظيره للفاعلية الذاتية قد انطلق من اعتقاده بأن التأثير المرتبط بالمثيرات يأتي من الدلالة التي تعطيها الفاعلية التنبؤية "Predictive efficacy" للفرد، و ليس من كون هذه المثيرات مرتبطة على نحو آلي بالإستجابات، و قد نظر باندورا للفاعلية الذاتية على أنها أحكام الفرد او توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض أو ذات ملامح ضاغطة "Stress full"، و تنعكس هذه التوقعات في اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و المجهود المبذول و المثابرة و مواجهة مصاعب إنجاز السلوك.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

و تقوم نظرية الفاعلية الذاتية على الأحكام التي يصدرها الفرد و على مدى قدرته على تحقيق الأعمال المختلفة المطلوبة منه عند التعامل مع المواقف المستقبلية و معرفة العلاقة بين هذه التعليمات و الأحكام الفردية و السلوك التابع لها و الناتج عنها، و هذه الأحكام تعتبر محددات السلوك لدى الفرد في المواقف المستقبلية.

و يرى "الفرماوي حمدي علي" أن باندورا يفرق في نظريته بين توقعات الفاعلية الذاتية، و التوقعات الخاصة بالنتائج، و يبدوا ذلك من خلال الشكل التالي:



شكل (3): يوضح الفرق بين فاعلية الذات و توقعات النتائج

و يعني ذلك أن توقعات الفاعلية الذاتية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك و يقرر "باندورا" (1986) أن كل من الفاعلية الذاتية و التوقعات عن المخرجات ميكانيزمان يتدرجان فيما يسمى بـ "التقييم الذاتي"، و هما يحددان معا إنجاز السلوك على نحو ما.

و يضيف "باندورا" 1982 أن فاعلية الذات المرتفعة و المنخفضة ترتبط بالبيئة فعندما تكون الفاعلية مرتفعة و البيئة مناسبة يغلب أن تكون النتائج ناجحة، و عندما ترتبط الفاعلية المنخفضة ببيئة غير مناسبة يصبح الشخص مكتئبا، حين يلاحظ أن الآخرين ينجحون في أعمال صعبة بالنسبة له، و عندما يواجه الأشخاص ذوو الفاعلية المرتفعة مواقف بيئية غير مناسبة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة، و قد يستخدمون الإحتجاج و التنشيط الإجتماعي أو حتى القوة لإثارة التغيير و لكن إذا أخفقت جهودهم فسوف يستخدمون مسارا جديدا، و حين ترتبط فاعلية الذات المنخفضة مع بيئة غير مناسبة فتنبؤ بعدم الإكتراث و الإستسلام لليأس.

و يشير "جابر عبد الحميد جابر" 1990 إلى أن باندورا قد توصل في نظريته عن فاعلية الذات إلى تحقيق توازن بين مكونين أساسيين لبناء النظرية و هما: "التأمل الإبداعي" و "الملاحظة الدقيقة"، و بذلك فهو يختلف عن كل من "فرويد" و "يونج" و "أدلر" (Freud , Jung, Adler) حيث نجدهم قد وضعوا نظرياتهم بناء على ملاحظاتهم و خبراتهم الإكلينيكية، كما أنه يختلف عن كل من "دولارد" و "ميلر" و "سكينر" (Dollard, Miller, Skinner) لأن نظرياتهم أقيمت على دراسات و تجارب أجريت على الحيوان، بينما نظرية فاعلية الذات تقوم على بيانات مستمدة بعناية من دراسة الإنسان.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

و يذكر "باجارس" "Pajares, F 1996" أن "باندورا" حدد عدة حالات يمكن من خلالها تعميم أحكام الفاعلية الذاتية عبر النشاطات المختلفة و هي:

- ❖ عندما تتطلب المهمات المختلفة نفس المهارات الفرعية، فمن الممكن في هذه الحالة توقع أن أحكام الفرد حول قدرته على إظهار المهارات الأساسية، يعني أنه يستطيع أن يؤدي مهامًا مختلفة.
- ❖ إذا كانت المهارات المطلوبة لإتمام نشاطات مختلفة، مهارات متلازمة أي يتم اكتسابها معًا، فإنه إذا اعتقد الفرد أنه يستطيع أداء أحد هذه الأنشطة فهو بالتالي يستطيع أداء باقي الأنشطة.
- ❖ أيضًا هناك ما يسمى "تحول الخبرات" Transforming Experiences و هو نتيجة لتحقيق شئ صعب، فهذا الإنجاز القوي يقوي اعتقادات الفرد في فاعليته الذاتية عبر مساحات متنوعة و غير مترابطة من النشاطات (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص ص 74 - 76).

ثالثًا: طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية هي مجموعة متميزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف المتعلقة ب:

❖ الوعي بالذات: Self-awareness وتتضمن الكفاءات الذاتية:

➤ الوعي الانفعالي Emotionalawareness

➤ الدقة في تقدير الذات Accurateself-assessment

➤ الثقة في الذات Self-condidence

❖ تنظيم الذات: Self-regulation ، و يتضمن الكفاءات التالية:

➤ التحكم أو الضبط الذاتي Self-control

➤ الجدارة بالثقة (الموثوقية) Trustworthiness

➤ الضمير الحي Conscienttiousness

➤ القدرة على التكيف Adaptability

➤ التجديد Innovation

❖ الدافعية: Motivation، و تتضمن الكفاءات التالية:

➤ الدافع للإنجاز أو التحصيل Achivementdrive

➤ الالتزام بالوعود و التعهدات Commitment

➤ المبادرة Initiative

➤ التفاؤل (Optimism) (عبد المنعم أحمد الدردير، 2004، ص 26).

و يرتبط التصنيف النظري لتوقعات الكفاءة الذاتية بنظرية العزو « Attribution theory » بصورة وثيقة، فالفرد الذي لديه كفاءة ذاتية عالية في مجال معين، فهو في الغالب يعزو سبب فشله في هذا

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

المجال إلى عامل الجهد المبذول، أما أولئك الذين لديهم مستوى كفاءة ذاتية منخفض فهم في الغالب يعززون فشلهم إلى ضعف قدراتهم الذاتية، من ناحية أخرى تعتبر توقعات الكفاءة الذاتية ذات أهمية بالنسبة للسيروورات الدافعية و تطور الإرادة في تصرف ما، ففي طور الدافع تقوم توقعات الكفاءة الذاتية بتوجيه اختيار المتطلبات و القرارات فيما يتعلق بإستراتيجيات التغلب، وفي طور الإرادة تؤثر توقعات الكفاءة الذاتية على الجهود المبذولة، و مدى الاستهلاك المادي والمعنوي الذي سيبدله الفرد، و مدى التحمل عند التغلب على مشكلة ما.

يوضح باندورا (Bandura.A) أن طبيعة الكفاءة الذاتية تتضمن قدرة إنتاجية تنظم فيها المهارات المعرفية و الاجتماعية عبر مسار متكامل من السلوك الملموس للتعامل مع عدد كبير من الأهداف، و أن الاهتمام لا يكون حول المهارة التي يمتلكها الشخص بل على الحكم حول ما يستطيع الفرد فعله من خلال قدرته في التغلب على الصعوبات المتعلقة بأداء مهمة أو موقف محدد، و من هنا تعتبر الكفاءة الذاتية محددة بطبيعتها، فيشير باندورا (Bandura.A) بأن الأحكام على الكفاءة الذاتية تؤثر على خيارات السلوك الذي يقوم به الفرد مثل اكتساب سلوك جديد أو إعاقه سلوك موجود.

فالكفاءة الذاتية هي ذات طبيعة متعددة الأبعاد :

- ❖ فهي من حيث المجال تشمل: البعد العام، البعد الاجتماعي، البعد الأكاديمي.
- ❖ و من حيث الدرجة تختلف باختلاف: المستوى، درجة العمومية، القوة أو الشدة (فتحي محمد الزيات، 2001، ص 508).

رابعاً: التحليل التطوري لفاعلية الذات:

يرى باندورا أن الفترات المختلفة للحياة تقدم أنماطاً للكفاءة الذاتية من أجل الأداء الناجح، و يختلف الأفراد بشكل جوهري في الطريقة الفعالة التي يديرون بها حياتهم، و تشكل المعتقدات حول الفاعلية الذاتية مصدراً مؤثراً خلال دورة حياة الفرد من الميلاد إلى مرحلة متقدمة من العمر، و فيما يلي ذكر لهذه السيرورة بالتفصيل:

1. نشأة الشعور بالسيادة الشخصية:

إن الطفل الصغير يولد بدون أي شعور بمفهوم الذات، و بالتالي فإن الذات يجب أن تؤسس بطريقة اجتماعية من خلال الخبرات المنقولة بواسطة البيئة، و ينتقل الشعور بالسيادة الشخصية من إدراك العلاقات العرضية بين الأحداث إلى فهم أسباب وقوع الأحداث، و أخيراً إلى إدراك القدرة على إنتاج الأحداث، و هذا بدوره يؤدي إلى الشعور بالفاعلية الذاتية، كما يساهم كل من اكتساب الطفل للغة، و معاملة الأسرة للطفل كشخصية مستقلة في نشأة الشعور بالسيادة الشخصية.

2. المصادر العائلية لفاعلية الذات:

حيث أن الأطفال لا يستطيعون أن يؤديوا أشياء كثيرة، و عليه فإن الخبرات الناجحة في التدريب على التحكم الشخصي تكون مهمة لتنمية الكفاءة الاجتماعية المبكرة، فلكي يحصل الأطفال على المعرفة الذاتية المتعلقة بقدراتهم على توسيع مجالات الأداء فإنهم يطورون و يختبرون قدراتهم الجسدية و كفاءاتهم الاجتماعية لفهم و إدارة المواقف العديدة التي تواجههم يوميا.

إن الوالدين الذين يستجيبان لسلوك أطفالهما، و الذين يجدان فرصا للأفعال الفعالة، و يسمحان للأطفال بحرية الحركة من أجل الإستكشاف، و يشجعان الأطفال على أن يجربوا الأنشطة الجديدة، و يعضدان الجهود المبكرة يعملان على تسهيل تطوير فاعلية الذات لدى أطفالهما، حيث ترتبط فاعلية الذات لدى الأطفال بالقدرة على إنجاز المهام و إدراك التأثيرات الهادفة.

و كما يقول " جيكس Gecas " أن معرفة الشخص بأنه يمكن أن ينجز سلوكا هادفا و يتعرف على نتائج هذا السلوك بشرط أن يكون نتيجة لمبادرته الخاصة يؤدي ذلك إلى أن يكون كائنا فعالا.

إن خبرات الفاعلية الأولية تكون متمركزة في الأسرة، و لكن مع نمو العالم الإجتماعي للطفل فإنه يزيدها بسرعة، فالتفاعل المبكر مع الآخرين شئ مهم، حيث أنه يقدم إلى الطفل فرصة أن يكون نشطا و يدرك الإستجابات المناسبة التي تقوده إلى تنمية شعوره بفاعلية ذاته، فالطفل هكذا ينتقل إلى مرحلة جديدة، حيث يقيم فاعليته الشخصية بناء على خبراته الذاتية، فنجد أن الأقران لهم دور ايجابي مهم في تنمية المعرفة الذاتية للأطفال بقدراتهم.

3. اتساع فاعلية الذات من خلال تأثيرات جماعة الرفاق:

يستطيع الأطفال من خلال علاقتهم بالأقران زيادة معارفهم الذاتية عن قدراتهم، حيث أن الأقران يقدمون نماذج لأساليب التفكير و السلوك الفعال، و يميل الأطفال في عملية اختيار الأقران إلى اختيار الأفراد الذين يشاركونهم الإهتمامات و القيم المشتركة، و هذا من شأنه أن يعزز الفاعلية الذاتية في مجال الإهتمامات المشتركة، و الأطفال الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم غير فاعلين اجتماعيا ينسحبون اجتماعيا، و يدركون فاعلية متدنية بين أقرانهم، و يملكون شعورا منخفضا بقيمة الذات.

4. المدرسة كقوة لغرس فاعلية الذات:

من خلال الفترة التكوينية لحياة الطفل، فإن وظائف المدرسة تمثل الوضع الأساسي لتهديب و تقوية الكفاءة المعرفية، حيث أن المدرسة هي المكان الذي ينمي فيه الأطفال كفاءتهم المعرفية و مهارات حل المشاكل بصفة جوهرية، من أجل المشاركة بفاعلية في المجتمع المتسع، فهم بصفة مستمرة يختبرون و يقيمون و يقارنون بطريقة اجتماعية معارفهم و أساليب تفكيرهم، فلكي يكتسب الأطفال المهارات المعرفية فإنه يجب عليهم أن ينموا و يطوروا شعورهم بفاعليتهم العقلية.

5. نمو فاعلية الذات من خلال الخبرات الإنتقالية للمراهقة:

إن كل فترات النمو تأتي و كأنها تحديات جديدة للتكيف مع الفاعلية، و حيث أن المراهقين يقتربون من مطالب الرشد فإنهم يجب عليهم أن يتعلموا تحمل المسؤولية كاملة في كل مجالات الحياة، و هذا يتطلب منهم أن يكتسبوا العديد من المهارات الجديدة، و يتعاملوا بإتقان مع الطرق الخاصة بمجتمع الراشدين، و يتعلموا كيف يتعاملون مع تغيرات سن البلوغ الإنفعالية و الجنسية، و أيضا مهمة اختيار عمل الحياة المقبل، كل هذا يجب أن يطرح خلال هذه الفترة.

إن المراهقين يزيد شعورهم بالفاعلية بواسطة تعلمهم كيف يتعاملون بنجاح مع القضايا الشائعة المحتملة، و التي لم يمارسوها من قبل، مثل تعاملهم مع أحداث الحياة الملائمة، حيث أن عزلهم عن المواقف الصعبة يعمل على جعل الفرد يكتسب الطرق السيئة للتعامل مع الصعوبات المحتملة، كما أن نجاح المراهقين في إدارة الصعوبات ينمي قوة اعتقادهم في قدراتهم، و إمكانيتهم، فالمراهق الذي يملك القدرة على إدارة التغييرات الأنوية التي تحدث في آن واحد للأدوار الإجتماعية التربوية و البيولوجية يملك شعورا قويا بفاعلية ذاته (بندر بن محمد حسن الزيايدي العتيبي، 1428هـ، ص ص 37-39).

و هذا ما أشار عليه "ألبرت باندورا" سنة 1977 إذ أكد على أهمية هذه المرحلة في تنمية الفاعلية الذاتية في التعامل مع المثيرات السيكولوجية الإجتماعية، حيث يؤثر النضج في البراعة الجسدية، و يكون لها أثر واضح على التخطيط الذاتي للكفاءة في المجال الجسماني و السيكولوجي، و لذلك يرى كل من (Eccles & Midgley) أنه يجب على المراهقين إعادة تنظيم حسهم بالفاعلية الإجتماعية، و العلاقات الإجتماعية، حيث يشعر المراهقون بفقدان التحكم الشخصي، و يصبحون أقل ثقة بأنفسهم و أكثر حساسية بالقيم الإجتماعية، مع انخفاض في درجة الدوافع الذاتية، كما أشار كل من كونولي و هليير و ليد (Connolly, Wheeler and Ladd) إلى أن معتقدات المراهقين في فاعليتهم في النواحي الأكاديمية و الإجتماعية يكون داعما لمشاعرهم العاطفية، إضافة إلى ذلك فإن العلاقات الشخصية تدعم الشعور بالرضا، و هذا بدوره يجعل المراهق أكثر قدرة على تحمل الضغوط، و الإجهاد فترتفع نتيجة لذلك فاعليتهم الإجتماعية (ليلى المزروع، 2007، ص 71).

6. فاعلية الذات الخاصة بمراحل الرشد:

الرشد هو الفترة التي تمكن الناس من التعامل مع العديد من المطالب الجديدة، كالعلاقات الوالدية و المجالات المهنية، حيث أن مهام السيادة المبكرة و الشعور القوي بفاعلية الذات يعد شيئا مهما لإنجاز الكفاءات و النجاحات المؤكدة.

إن بداية المجال المهني الإنتاجي يعد تحديا تحوليا في مرحلة الرشد المبكرة، حيث يوجد العديد من الطرق التي من خلالها تساهم اعتقادات فاعلية الذات في التطور المهني و النجاح في الأغراض المهنية، و من خلال المراحل التمهيدية فإن فاعلية الذات المدركة لدى الناس بشكل جزئي تحدد لهم كيف يطوروا

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

الأساس المعرفي الخاص بهم و إدارة الذات، و وجد أيضا أن هناك تأثيرات للمهارات التفاعلية الشخصية على المجالات المهنية، كما لوحظ أيضا أن الاعتقاد في القدرات يكون مؤثرا في طرق الحياة المهنية التي يختارها الراشد، بل أن زيادة الشعور بفاعلية التنظيم الذاتي يعد أفضل أداء وظيفي، و في السنوات المتوسطة من هذه المراحل فإن الناس يستقرون في الأعمال الروتينية التي ترسخ شعورهم بالفاعلية الشخصية في المجالات الرئيسية للأداء، و مع ذلك فإن التغيرات التكنولوجية و الإجتماعية المتسارعة تتطلب التكيف اللازم عند إعادة التقييم الذاتي للقدرات، كما تظهر تحديات المنافسين الأصغر سنا، فالمواقف التي تتطلب المنافسة تفرض تقييم ذاتي للقدرات عن طريق المقارنة الإجتماعية مع المنافسين الأصغر سنا.

7. إعادة تقدير فاعلية الذات مع التقدم في العمر:

إن قضية فاعلية الذات لدى المسنين تقوم على إعادة التقدير، و التقديرات الخاطئة أحيانا لقدراتهم، و حيث أن الكثير من القدرات البيولوجية تتناقص مع التقدم في السن فإن ذلك يتطلب إعادة تقييم لفاعلية الذات المتصلة بالأنشطة، التي تتأثر بالقدرات البيولوجية بشكل كبير، و بالرغم من ذلك فإن الزيادة الحاصلة في المعلومات و الخبرات تعوض بعض الخسارة في القدرات البيولوجية، كما أن كبار السن إذا قاموا باستغلال كافة مؤهلاتهم و بذلوا الجهد اللازم فإنهم يستطيعون أن يتفوقوا على صغار السن، و عن طريق الاندماج الفعال في الأنشطة فإن فاعلية الذات المدركة تستطيع أن تساهم في تطوير كافة الوظائف الإجتماعية و المعرفية و الجسدية.

و لا يمكن تحديد نمط ثابت يفسر النقص في معتقدات فاعلية الذات مع التقدم في العمر، حيث يحدث هذا النقص نتيجة شبكة معقدة من الأبعاد السلوكية، و المستويات التعليمية، و الإقتصادية، و الإجتماعية المختلفة، و تساهم المقارنة الإجتماعية في التغيرات التي تحدث في فاعلية الذات المدركة، فأولئك الذين يقارنون أداءهم بأشخاص في مثل عمرهم لا يشعرون بانخفاض في الفاعلية الذاتية، بعكس أولئك الذين يقارنون أداءهم بأداء من هم أصغر منهم سنا، و التناقص في فاعلية الذات يزداد بشكل كبير من جراء المعتقدات الثقافية السلبية أكثر من التقدم البيولوجي في السن، و الأفراد الذين يمتلكون شكوكا فيما يتعلق بفاعليتهم الذاتية لا يقلصون من مدى أنشطتهم و حسب، بل يقللون من جهودهم المعتاد أيضا، و النتيجة تكون خسارة فادحة في الإهتمامات و المهارات، و يؤدي كل من التقاعد و فقدان الإخوة و الأصدقاء إلى تغيرات مهمة في الحياة تتطلب مهارات إجتماعية تؤدي إلى الأداء الإيجابي و السعادة الشخصية، فإدراك عدم الفاعلية الإجتماعية يزيد من حساسية كبار السن اتجاه الضغوط و الإكتئاب بطريقة مباشرة و غير مباشرة، عن طريق إعاقة تطور المساندة الإجتماعية التي لها دور في مواجهة ضغوط الحياة.

و عادة ما تفرض الأدوار التي تحدد لكبار السن من قبل المجتمع معوقات إجتماعية ثقافية في وجه تطوير فاعلية الذات المدركة، في حين أن المجتمعات التي تؤكد على مؤهلات التطور الذاتي أكثر من

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

التركيز على النقص الناتج عن التقدم في السن يعيش فيها كبار السن حياة منتجة و هادفة (بندر بن محمد حسن الزيايدي العتيبي، 1428هـ، ص ص39-40).

خامسا: خصائص الكفاءة الذاتية:

هناك خصائص عامة لكفاءة الذات و هي:

- ❖ مجموعة الأحكام و المعتقدات و المعلومات عن مستويات الفرد و إمكاناته و مشاعره.
 - ❖ ثقة الفرد في النجاح في أداء عمل ما.
 - ❖ وجود قدر من الإستطاعة سواء كانت فسيولوجية أو عقلية أو نفسية بالإضافة إلى توافر الدافعية في المواقف.
 - ❖ توقعات الفرد للأداء في المستقبل.
 - ❖ أنها لا تركز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد و لكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أدائه مع ما يتوافر لديه من مهارات، ففاعلية الذات هي " الإعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة " .
 - ❖ هي ليست سمة ثابتة أو مسقرة في السلوك الشخصي، فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص، و لكن أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه و أنها نتاج للقدرة الشخصية.
 - ❖ أن فاعلية الذات تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة و مع الآخرين، كما تنمو بالتدريب و اكتساب الخبرات المختلفة.
 - ❖ أن فاعلية الذات ترتبط بالتوقع و التنبؤ و لكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد و إمكاناته الحقيقية، فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بفاعلية ذات مرتفعة و تكون إمكاناته قليلة.
 - ❖ تتحدد فاعلية الذات بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف، كمية الجهد المبذول، مدى مثابرة الفرد.
 - ❖ أن فاعلية الذات ليست مجرد إدراك أو توقع فقط، و لكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد و تحقيق نتائج مرغوب فيها.
- و من خلال هذه الخصائص يمكن إخضاع فاعلية الذات الإيجابية للتنمية و التطوير، و ذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية المناسبة، و هناك عدة مظاهر لفاعلية الذات يتصف بها الشخص الفعال و منها:

1. الثقة بالنفس و بالقدرات:

لعل من أهم صفات الشخص الواثق من نفسه قدرته على تحديد أهدافه بنفسه، و الواثق من نفسه يقوم بأصعب الأعمال ببسر بالغ، و الفرد الفعال لديه القدرة على أن يثق فيما يسعى إليه، و من ثم يصبر و يثابر على تحقيقه، و الثقة بالنفس هي طاقة دافعة تعين صاحبها على مواجهة شتى المواقف الجديدة.

2. المثابرة:

المثابرة سمة فعالة تعين الفرد على إخراج طموحاته من داخله إلى حيز الوجود، و المثابرة تعني الإستمرارية و انتقال الفرد من نجاح إلى نجاح، و الشخصية الفعالة نشطة حيوية لا تفتقر همتها مهما صادفها من عقبات و مواقف محبطة.

3. القدرة على إنشاء علاقات سليمة مع الآخرين:

تعتمد فاعلية الفرد على تكوين علاقات قوية سليمة مع الآخرين، فالشخص الفعال تكون لديه القدرة على إنشاء علاقات سليمة مع الآخرين بما له من سمات المرونة و الشعور بالإنتماء، و الذكاء الإجتماعي هو السلاح الفعال لدى الفرد في هذا المجال، و كلما كانت علاقات الفرد قوية مع الآخرين كلما كان توافقه أفضل و خاصة توافقه الإجتماعي، و عدم وجود علاقات سليمة مع الآخرين من شأنه ان يصيب الفرد بالشعور بالعزلة الإجتماعية.

4. القدرة على تقبل و تحمل المسؤولية:

تحمل المسؤولية أمر له قيمته، فلا يقدر على حملها إلا شخص يكون مهياً انفعاليا لتقبل المسؤولية، و يبذل عند أداء واجبه مستخدماً كل طاقاته و قدراته، و يقدر على التأثير في الآخرين، و يتخذ قراراته بحكمه، و يثق الآخرون فيه و في قدرته على تحمل المسؤولية، و في كونه شخص يمكن الإعتماد عليه مستقبلاً، و يختار الأهداف المناسبة القادر على تحمل مسؤوليتها و تنفيذها، و يتصف بالواقعية فيما يتعلق بقراراته أو ظروف بيئته، و يحكم سلوكه الإلتزام الخلقى، و الشخص السوي هو الذي يعتبر نفسه مسؤولاً عن أفعاله و تصرفاته و لديه القدرة على تحمل المسؤولية التي تساعده و تمكنه من الخروج عن حدود خبرته إلى الإستفادة من خبرة الآخرين بما يحقق التواصل بينه و بين أفراد مجتمعه.

5. البراعة في التعامل مع المواقف الجديدة:

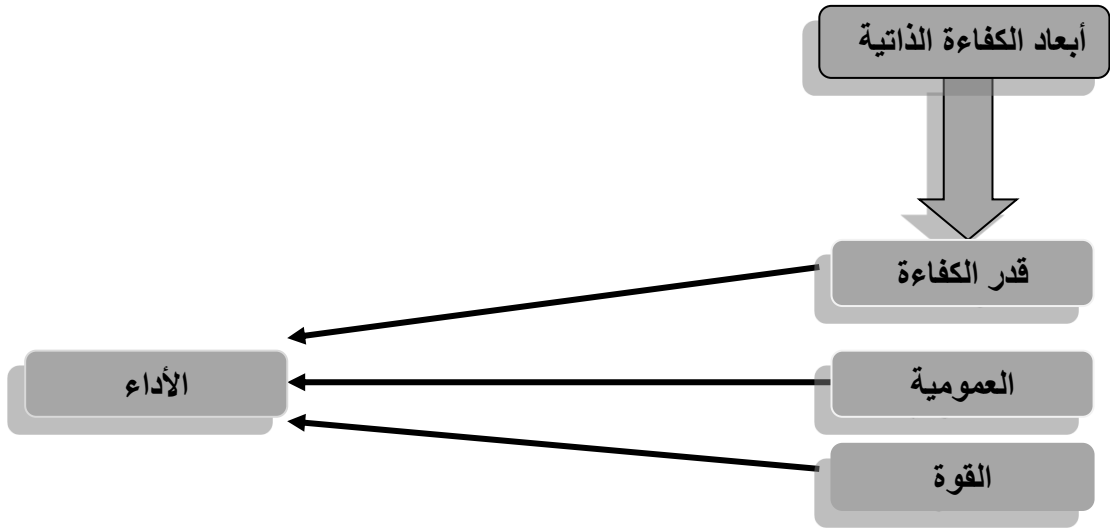
و هي من مظاهر فاعلية الذات المرتفعة فالفرد ذو الفاعلية المرتفعة يستجيب للمواقف الجديدة بطريقة مناسبة، و يعدل من نفسه و أهدافه وفق ظروف البيئة، مرناً و ايجابياً و قادر على مواجهة المشكلات غير المألوفة، فيدرك ببصيرته الأسلوب الأمثل لحل المشكلات، و يتقبل الأساليب و الأفكار الجديدة في أداء الأعمال.

بينما سمات ذوي فاعلية الذات المنخفضة:

- ❖ يخلون من المهام الصعبة.
- ❖ يستسلمون بسرعة.
- ❖ لديهم طموحات منخفضة.
- ❖ ينشغلون بنفائصهم، و يهولون المهام المطلوبة.
- ❖ يركزون على النتائج الفاشلة.
- ❖ ليس من السهل أن ينهضون من النكسات.
- ❖ يقعون بسهولة ضحايا للإجهاد و الإكتئاب (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص ص 86-89).

سادسا: أبعاد الكفاءة الذاتية:

يحدد باندورا ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالأداء و يرى أن معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تختلف تبعا لهذه الأبعاد و يبين الشكل رقم (4) أبعاد الكفاءة الذاتية و علاقتها بالأداء لدى الأفراد:



شكل رقم (04): أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا (محمد أبو هاشم حسن ، 2005 ، ص 37).

1. قدر الكفاءة الذاتية Magnitude:

و يقصد بها مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات و المواقف المختلفة، و يختلف هذا المستوى تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف (عطاف محمود أبو غالي، 2012، ص 620)، و يبدو قدر الكفاءة الذاتية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقا لمستوى الصعوبة و الاختلافات بين الأفراد في توقعات الكفاءة، و يمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة، و متوسطة الصعوبة، و لكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها، و مع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

مواقف التحدي، و قد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة و المعلومات السابقة (محمد أبو هاشم حسن ، 2005 ، ص 38).

و يرى فتحي الزيات (2001) أن قدر الكفاءة الذاتية لدى الأفراد يتباين بتباين عوامل عديدة أهمها: مستوى الإبداع أو المهارة، و مدى تحمل الإجهاد، ومستوى الدقة، والإنتاجية، و مدى تحمل الضغوط، و الضبط الذاتي المطلوب، و من المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدر من الكفاءة يمكنه من أداء ما يوكل إليه أو يكلف به دائما و ليس أحيانا (أماني عبد المقصود عبد الوهاب و سميرة محمد شند، 2010، ص 508).

2. العمومية Generality:

و يشير هذا البعد إلى انتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة (رفقة خليف سالم، 2009، ص 139)، و تتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية و التي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية:

- ❖ درجة تماثل الأنشطة.
- ❖ وسائل التعبير عن الإمكانية (سلوكية - معرفية- انفعالية).
- ❖ الخصائص الكيفية للموقف و منها: خصائص الشخص، أو الموقف محور السلوك.

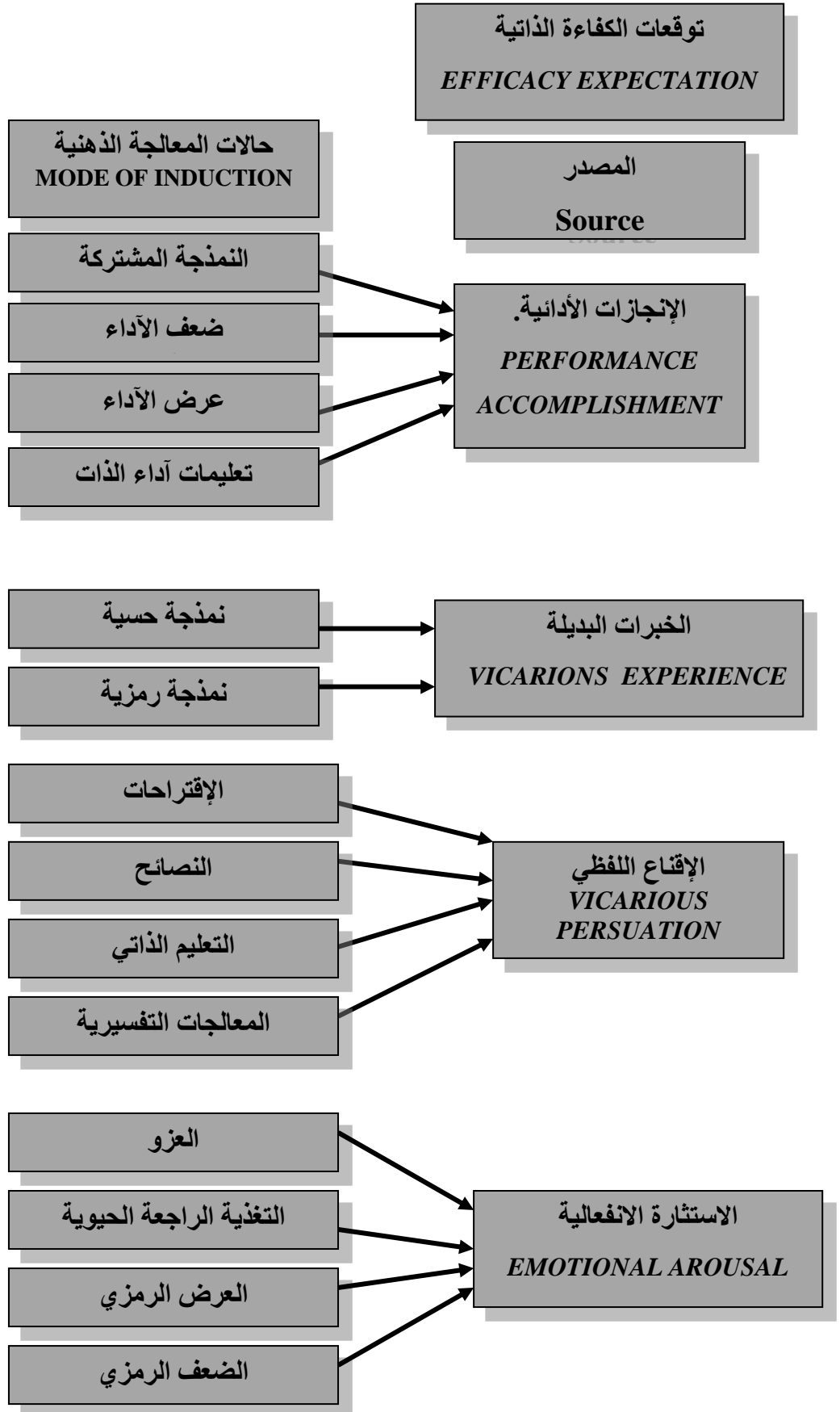
3. القوة أو الشدة Strength :

فالمعتقدات الضعيفة عن الكفاءة الذاتية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه (مثل ملاحظة فرد يفشل في أداء مهمة ما، أو يكون أداؤه ضعيفا فيها)، و لكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بكفاءة ذواتهم يتأبرون في مواجهة الأداء الضعيف، و تتحدد قوة الكفاءة الذاتية لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، و مدى ملاءمتها للموقف.

و يشير أيضا هذا البعد إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، و يندرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوي جدا إلى ضعيف جدا (محمد أبو هاشم حسن ، 2005 ، ص ص38-39).

سابعا: مصادر الكفاءة الذاتية:

إن الإحساس بالكفاءة أو الفاعلية الذاتية وإدراكها لا يأت من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا الصدد، وتوجد حسب باندورا أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الكفاءة الذاتية، ويبين الشكل رقم (5) هذه المصادر وعلاقتها بأحكام كفاءة الذات و السلوك أو الناتج النهائي للأداء (Bandura.A ,1977,p195).



شكل (5): يبين مصادر الكفاءة الذاتية

1. الإنجازات الأدائية Performance Accomplishment:

و هو المصدر الأكثر نجاعة لخلق إحساس متين بالكفاءة الذاتية فنتائج الأفعال، و تفسيرات الفرد لهذه النتائج تلعب دورا بارزا في مستوى إدراك الفرد لكفاءته، و عموما فإن خبرات النجاح تدعم الكفاءة الذاتية، و الفشل يقلل منها (Bandura.A, 1977, p195).

إن المظاهر السلبية للكفاءة مرتبطة بالإخفاق، و تأثير الإخفاق على الكفاءة الشخصية يعتمد جزئيا على الوقت و الشكل الكلي للخبرات في حالة الإخفاق، و تعزيز كفاءة الذات يقود إلى التعميم في المواقف الأخرى و خاصة في أداء الذين يشكون في ذاتهم من خلال العجز و اللافعالية الشخصية، و الإنجازات الأدائية يمكن نقلها بعدة طرق من خلال النمذجة المشتركة حيث تعمل على تعزيز الإحساس بالكفاءة الذاتية لدى الفرد.

فالخبرات و الإنجازات الأدائية السابقة لها تأثيرات كبيرة على كفاءة الذات لدى الفرد، و خاصة تلك التي تحقق للفرد فيها النجاح (Bandura.A, 2003, p 125) و لهذا يشير جابر عبد الحميد (1990) إلى مايلي :

- ❖ إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى كفاءة الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو العمل.
 - ❖ إن الأعمال التي يتم إنجازها بنجاح من قبل الفرد معتمدا على نفسه تكون أكثر تأثيرا على كفاءة ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين.
 - ❖ إن الإخفاق المتكرر يؤدي في اغلب الأحيان إلى انخفاض كفاءة الذات، و خاصة عندما يعلم الشخص أنه قد بذل أفضل ما لديه من جهد (محمد أبو هاشم حسن ، 2005 ، ص 41).
- في مجال الصحة السلوكية يحصل الناس على معلومات ذات صلة بالفاعلية من خلال نشاطهم اليومي، حيث أن الأفراد الذين تنقصهم مثلا القدرة على مزاولة نشاط معين يميلون إلى الشعور بالإحساس بالكفاءة بعد مشاركتهم في ذلك النشاط بصفة منتظمة و لبعض الوقت، و الأشخاص الذين يحافظون مثلا على وزن عادي أو سليم، لهم القدرة على امتلاك إحساس قوي بالكفاءة نظرا لقدرتهم على ممارسة العادات الغذائية السليمة بصفة مستمرة (عثمان يخلف، 2001، ص 105)، و بالتالي تعتبر الإنجازات الأدائية أهم مصدر للمعلومات ذات صلة بالفاعلية لأنها تتبع من خبرات الفرد الحقيقية و ممارساته الأدائية الناجحة، و هي بذلك تعتبر من أهم العوامل المؤثرة في فعالية الذات (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 163).

إن أثر الإنجاز أو الأداء الإنجازي على اعتقادات أو ادراكات الكفاءة الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات و قيمتها المدركة و مدى تقدير المجتمع و الأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الإنجازات، و

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

يتوقف المدى المحدد لاستقرار حس أو وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه للإنجازات على المحددات التالية:

- ❖ فكرته المسبقة عن إمكانياته و قدراته و معلوماته.
- ❖ إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف.
- ❖ الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف.
- ❖ حجم أو كم المساعدات الخارجية.
- ❖ الظروف التي من خلالها يتم الأداء أو الإنجاز.
- ❖ الخبرات المباشرة السابقة للنجاح أو الفشل.
- ❖ أسلوب بناء الخبرة أو الوعيها، و إعادة تشكيلها في الذاكرة.
- ❖ الأبنية القائمة على المعرفة و الخصائص التي تميزها (فتحي محمد الزيات، 2001، ص 511).

2. النمذجة أو الخبرات البديلة Vicarious – Experience :

يعتبر المصدر الثاني الأكثر أهمية بعد الإنجازات الأدائية، و ذلك باعتباره يمنح الفرصة للفرد بتعلم و اكتساب إستراتيجيات مواجهة متينة (Coping) من خلال الملاحظة دون اللجوء إلى التجربة الشخصية (Bandura, A. 1994)، ذلك لأنه إذا لاحظ الشخص أن هناك أشخاصا مثله ينجحون و يحققون بجهودهم المتواصلة نتائج ايجابية فعالة، فإنه حينئذ يقوي اعتقاده بأن لديه القدرات التي تؤهله للقيام بذلك، كذلك فملاحظة فشل الآخرين تثير الشكوك حول قدرته في التمكن و إتقان أنشطة كانت موضع فشل الآخرين، فوجود نماذج ذات كفاءة يبني كما يزيد من الإعتقاد في فعالية الذات بما ينقله ذلك من معارف و مهارات لمعالجة المطالب البيئية المتنوعة (ممدوحة سلامة، 2008 ص118).

فالنمذجة يمكن أن تشكل اتجاها فعالا لتغيير العادات الصحية المولدة للمرض، و في إحدى الدراسات التي قام بها (Sarason ;I et al, 1991) أوضحت نتائجها أن طلبة المدرسة الثانوية الذين شاهدوا آخرين يتبرعون بالدم، كانوا أكثر ميلا إلى القيام بذلك السلوك (Sarason ;I et al, 1991, p21)، و قد استخدمت أساليب مختلفة للنمذجة بما في ذلك العرض الذي يقوم به المعالج، و عروض الفيديو، أو أشرطة التسجيل الصوتية، أو النمذجة الواقعية بواسطة أفراد آخرين في المجموعة، و عندما تستخدم النمذجة لوحدها فإنه يمكن أن تؤدي إلى بعض التحسن في السلوك المستهدف، إلا أن هناك شكوكا حول مدى استمرار المزايا لما بعد موقف التدريب، و انتقالها للمواقف التفاعلية الواقعية، و قد استخدمت النمذجة عموما بوصفها جزء من الحزمة الشاملة للتدريب على المهارات الاجتماعية، و اقتفاء لأعمال (Bandura, 1977) شدد أغلب الباحثين على الحاجة إلى استخدام نماذج من نفس عمر و جنس و مكانة العملاء حتى يمكن تحقيق أقصى تعلم، كما ذكر أيضا أن إيضاح أداء النموذج يؤدي إلى مرتبات إيجابية، و ليس سلبية، يزيد من احتمالية التقليد (صفوت فرج، 2000، ص 297).

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

و مع أن الخبرات من خلال الآخرين أضعف من الخبرات المباشرة، إلا أن الخبرة من خلال الآخرين يمكن أن تنتج تغيرات دائمة ذات دلالة من خلال تأثيرها على الأداء، فالناس الذين يقتنعون من خلال الآخرين بأنهم غير فعالين، يميلون إلى السلوك بطرق غير مؤثرة، و بذلك يتولد في الواقع دليل عدم فاعلية مؤكد، بالمقابل فإن تأثيرات النموذج التي تحسن فاعلية الذات يمكن أن تقلل من تأثير الخبرة المباشرة للفشل و ذلك من خلال التحمل للفشل المتكرر.

و يرى "باندورا" 1977 أن الأشخاص لا يثقون في نموذج الخبرة كمصدر أساسي لمعلومات مستوى فاعلية الذات، و رغم ذلك فكثير من التوقعات تشتق من الخبرات البديلة، و رؤية أداء الآخرين للأنشطة الصعبة يمكن أن تنتج توقعات مرتفعة مع الملاحظة و الرغبة في التحسن و المثابرة مع الجهود و دراسة أنفسهم بالنسبة لإستطاعة الآخرين و القدرة على الإنجاز و التحسن في الأداء، و الخبرات البديلة و الثقة عملية استدلالية تفيد في رفع مستوى فاعلية الذات، و الإقتناع بتوقعات الفاعلية بواسطة النمذجة فقط احتمال ضعيف و أكثر عرضة للتغير.

إن ملاحظة الآخرين و هم ينجحون ترفع من مستوى فاعلية الذات لدى الفرد، و ملاحظة شخص آخر و بنفس الكفاءة و هو يفشل في أداء عمل ما، تؤدي إلى خفض مستوى الفاعلية، و عندما يكون النموذج مختلفا عن الملاحظ تؤثر المثيرات البديلة أدنى تأثير على الفاعلية، و تكون الخبرات البديلة أكبر تأثيرا عندما تكون الخبرة السابقة للأفراد عن النشاط المطلوب قليلة، و آثار النمذجة بصفة عامة ليست في قوة الأداء الشخصي من حيث تأثيره في زيادة مستوى فاعلية الذات لدى الفرد، بينما يكون لها آثار قوية في خفض الفاعلية.

و يرى "غالب بن محمد علي المشيخي، 2009" أن ميل الفرد إلى ملاحظة الآخرين الذين لهم تقدير و كفاءة و اهتمام اجتماعي يساهم في رفع فاعلية الذات مما يؤدي إلى تحقيق نتائج أفضل (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص ص 80-82).

و التعلم بالملاحظة تتحكم فيه أربع عمليات فرعية و هي:

1.2 عملية الإنتباه: فهي تحدد الملاحظة الإنتقائية في ضوء تأثير النمذجة، و هي المعلومات المستخلصة من الأحداث المشاهدة، و هناك العديد من العوامل التي تؤثر على اكتشاف و فحص النماذج في البيئة الإجتماعية و الرمزية، و منها العمليات المعرفية، و التصورات السابقة، و قيم الملاحظ، و التكافؤ الفعال، و الجاذبية، و القيم و الأنشطة الملاحظة، و مع ذلك فإن الأفراد لا يتأثرون كثيرا بالأنشطة التي يتم نسيانها.

2.2 عملية الذاكرة: و تقوم بتحويل و بناء المعلومات التي تتعلق بالأحداث، ليعاد تمثيلها في الذاكرة على هيئة قواعد و تصورات، و تتولى التصورات السلوكية إنتاج القواعد التي تعمل على بناء الأحداث المناسبة للظروف المتغيرة، و قد تؤدي التصورات المسبقة و الحالة الإنفعالية إلى الأحداث

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

المناسبة للظروف المتغيرة، و قد تؤدي التصورات المسبقة و الحالة الإنفعالية إلى استحضر تأثيرات متحيزة على الأنشطة التي يقوم بها الفرد.

3.2 عملية إنتاج السلوك: يعاد السلوك عادة في ضوء المعلومات المقارنة بالنموذج التصوري للإنجاز، فهناك ارتباط بين الفعل و التصورات المسبقة، و كلما امتلك الفرد العديد من المهارات الفرعية كلما كان من السهل استخدام هذه النماذج التصورية لإنتاج سلوك جيد.

4.2 العملية الدافعية: تفرق النظرية المعرفية الإجتماعية بين التعلم و الأداء، لأن الأفراد لا يقومون بكل ما تعلموه، و يتأثر أداء السلوك الناتج عن الملاحظة بثلاثة انواع من الدوافع المحفزة و هي: النتائج المباشرة، و الخبرات البديلة، و الإنتاج الذاتي، فالأفراد يميلون إلى أداء السلوك الناتج عن النمذجة إذا كان يؤدي إلى نتائج قيمة مباشرة و ليس العكس، حيث أن نجاح الآخرين يعطي الفرد دفعة للقيام بسلوك مماثل، بينما الإخفاق و السلوكيات ذات العواقب الوخيمة تؤدي إلى كف السلوك، و المعيار الشخصي يوفر مصدرا آخر للدافعية حيث أن التقييم التفاعلي الذي يملكه الفرد لسلوكه ينظم الأنشطة الناتجة عن التعلم بالملاحظة، إذ يسعى الفرد إلى الأنشطة التي تحقق الرضا الشخصي، و تعطي الإحساس بالأهمية.

إن تأثير الخبرات البديلة على فاعلية الذات لا يتضمن فقط تعرض الأفراد لنماذج، فالنماذج تعمل من خلال شبكة معقدة من العمليات المعرفية، و النظرية المعرفية الإجتماعية توفر إطارا تصوريا لكيفية استخدام كل من عمليات الإنتباه و الذاكرة، و إنتاج السلوك، و الدافعية لتعزيز الفاعلية الذاتية عن طريق الخبرات البديلة (بندر بن محمد حسن الزياي العتيبي، 1428هـ، ص ص 30- 31).

3. الإقناع اللفظي Verbal Persuasion:

فمعتقدات الكفاءة الذاتية تتأثر بالإقناع الذي يتلقاه الفرد من بعض الأشخاص الموثوق بقدرتهم على أداء مهمة ما (أحمد العلوان و رنده المحاسنه، 2011، ص 400)، و يمكن أن يكون الإقناع اللفظي داخليا، و يأخذ شكل ما يطلق عليه "الحديث الإيجابي مع الذات" (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص 82).

و يضيف باندورا (Bandura.A) أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو واسع جدا مع الثقة فيما يملكونه من قدرات و ما يستطيعون إنجازه، و أنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي و الأداء الناجح في رفع مستوى الكفاءة الشخصية و المهارات التي يمتلكها الفرد (فتحي محمد الزيات، 2001، ص ص 516-517).

و قد عدل باندورا الإقناع اللفظي سنة (1982) إلى الإقناع الإجتماعي، حيث أن الآخرون في بيئة التعلم (المعلمون، الزملاء، الأقران، الوالدين...) يمكنهم إقناع المتعلم لفظيا عن قدراته على النجاح في مهام خاصة (أماني عبد المقصود عبد الوهاب و سميرة محمد شند، 2010، ص 511)، فمثلا الطبيب

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

الذي يحاول أن يقنع مرضاه عن التخلي عن عادة التدخين و ضبط وزنهم، يوحي لمرضاه بشكل غير مباشر بأن لهم الفاعلية الضرورية و القدرة على تنفيذ ما نصح به، و هنا يتبين أن مصدر الإقناع الإجتماعي مصدر ذو تأثير و متغير أساسي و فاعل في تفاعل الفرد و توافقه في الحياة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص 163-164)،

و في هذا الصدد يؤثر السياق الاجتماعي، و الإطار الثقافي الحاضن المدعم لدور الجهد الذاتي للفرد على تنمي اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد، و في 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 ص 516-517).

و بالرغم من أن هذا المصدر ضعيف المعلومات عن معتقدات الفرد عن فاعلية ذاته، إلا أنه يمكن أن يلعب دورا هاما في تنمية معتقدات فاعلية الذات لدى الفرد، و يمكن أن يؤثر هذا المصدر بصورة غير مباشرة من خلال تأثيره في فاعلية التغذية الراجعة (غالب بن محمد علي المشيخي، 2009، ص 82).

4. الحالة الفسيولوجية و النفسية:

و تمثل المصدر الأخير للحكم على كفاءة الذات، حيث أن استجابات الفرد و سلوكياته الإنفعالية اتجاه المواقف تلعب دورا هاما في فاعلية الذات، فالأمزجة، الحالات الإنفعالية، التفاعلات العضوية، و مستويات الضغوط يمكنها أن تؤثر في مشاعر الفرد حول قدراته الشخصية في موقف معين، و من ثم فإن هذا المصدر يشير إلى العوامل الداخلية التي تحدد للفرد ما إذا كان يستطيع تحقيق أهدافه أم لا، و ذلك مع الأخذ في الاعتبار بعض العوامل الأخرى مثل الكفاءة الشخصية، و صعوبة الموقف، و المجهود الذي يحتاجه الفرد، و المساعدات التي يمكن أن يحتاجها للأداء، و يشير باندورا (1977) إلى أن القلق عامل مؤثر في فاعلية الذات، و العلاقة بينهما عكسية، كما أن قوة الإنفعال غالبا ما تخفض درجة الفاعلية الذاتية (أماني عبد المقصود عبد الوهاب و سميرة محمد شند، 2010، ص 508).

تؤثر البنية الفسيولوجية و الانفعالية أو الوجدانية تأثيرا عاما على الكفاءة الذاتية للفرد، و على مختلف مجالات و أنماط الوظائف العقلية المعرفية و الحسية و العصبية لدى الفرد، و على هذا فهناك ثلاث أساليب رئيسية لزيادة أو تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية و هي:

❖ تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية.

❖ تخفيض مستويات الضغط و النزعات و الميول الانفعالية السالبة.

❖ تصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم.

كما تؤثر الحالات المزاجية على الانتباه، و على تفسير الفرد للأحداث و إدراكها، و تنظيمها و تخزينها، و استرجاعها من الذاكرة، و بصورة عامة تؤثر الحالة المزاجية الانفعالية أو الدافعية على

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

إدراك الفرد لكفاءته أو فاعليته الذاتية و على الأحكام التي يصدرها(فتحي محمد الزيات، 2001 ، ص 516-517).

و يمكن من خلال الحالة الفسيولوجية أن يتمكن الناس إلى حد كبير من تحديد و معرفة مدى ثقتهم و قدرتهم على ممارسة سلوكيات صحية معينة، فعدم وجود أعراض جانبية للفرد بعد تخليه مثلا عن عادة التدخين يعتبر مؤشرا لقدرته و إرادته عن التخلي عن التدخين، بينما وجود حالة التوتر و القلق و الإستثارة الإنفعالية يعكس إخفاقه او فشله في مواجهة هذا التغير و يتجه بالفرد إلى سوء التوافق، عكس ذلك نجد أن الأفراد الذين لا تظهر عليهم علامات الإستثارة الفسيولوجية عند تعاملهم أو مواجهتهم مع موقف معين لهم إحساس متزايد بالفاعلية على مواجهة ذلك التحدي بنجاح، و بالتالي هم أكثر احتمالا من غيرهم على تحقيق النجاح في ممارستهم المختلفة في أساليب الحياة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص164).

وأخيرا يرى "باندورا" 1988 أن:

❖ مصادر الكفاءة الذاتية و المتمثلة في " الإنجازات الأدائية، و الخبرات البديلة، و الإقناع اللفظي أو النصائح، و الحالة النفسية أو الفسيولوجية" يستخدمها الأفراد في الحكم على مستويات الكفاءة لديهم.

❖ كلما كانت هذه المصادر موثوق بها، كلما زاد التغير في إدراك الفرد لذاته كإنسان قادر على السيطرة على حل المشكلات، و هكذا فإن المعلومات المبنية على الأداء الاجتماعي الفعلي للفرد من شأنها أن تكون أكثر تأثيرا للكفاءة الذاتية من المعلومات القائمة على الإقناع من خلال الطرق الخاصة بالتفسير المنطقي للمشكلات أو المقترحات.

❖ إن هذه المصادر ليست ثابتة دائما و لكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الشخص على قدراته سواء كانت متصلة بالإنجازات الأدائية أو الخبرات البديلة أو الإقناع اللفظي أو الحالة النفسية و الفسيولوجية، و أن نظرية التعلم الاجتماعي تسلّم بأن هناك ميكانيزم عام في الإنسان يمكنه تغيير السلوك، و أن كفاءة الذات هي أفضل منبئ بالسلوك الشخصي (محمد أبو هاشم حسن، 2005، ص 45).

نخلص مما سبق، إلى أن كفاءة الذات ليست سمة ثابتة لدى الأفراد بل إنها قابلة للتغيير و التعديل استنادا إلى مصادرها التي يمكن الإعتماد عليها في عمل برامج لتقوية اعتقادات الفرد في كفاءته الذاتية، بحيث تركز هذه البرامج على خبرات النجاح، و توجه الفرد لأن يضع لنفسه أهدافا واقعية، و تدعم من حالته المزاجية الإيجابية، و تقنع الفرد بأن لديه مقومات للنجاح، و بالتالي رفع فعالية الذات للفرد في التغلب على المعوقات التي تحول دون القيام بأنماط السلوك الصحي الإيجابي و عدم القيام بأنماط السلوك الصحي السلبي.

ثامنا: تأثير اعتقادات الفرد على كفاءة إمكاناته الذاتية:

يرى باندورا 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 و يبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة و الثقة و الإنجاز، و يتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك، و تشير القياسات التكرار للعلاقة بين الكفاءة الذاتية و النتائج المتوقعة و المعرفة والمهارات إلى وجود ارتباطات عالية و دالة بينها. حتى الأفراد الذين لديهم إدراكات بقوة الكفاءة الذاتية لديهم، مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم، يتصرفون ويمارسون في ضوء إحساسهم لمستوى كفاءة الذات لديهم، و ربما يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة.

و الأفراد الذين لديهم إدراكات بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة، ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس، و التردد في قبول المهام أو التكاليفات، و القيام بالمهام التي يملكون بالفعل إنجازها، و في هذا الإطار يستطرد باندورا أن الكفاءة تشكل المحدد الأساسي للسلوك، و هي ذات قيمة تنبؤية به، تفوق نتائجها المتوقعة (أي سلوك)، كما أن قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من المعرفة و المهارة التي يملكها الفرد.

و على ذلك فإن تقييمنا لإمكاناتنا أو قدراتنا الذاتية أو إدراكنا لكفاءة الذات يمثل المحدد الأساسي الذي يحكم المعرفة و المهارات التي نسعى إلى اكتسابها، و كذا النتائج التي نتوقعها، و من ثم فإن الكفاءة الذاتية هي محدد قوي للاختيارات التي يقوم بها الأفراد (فتحي محمد الزيات، 2001، ص ص 504-506).

2. كم و معدل الجهد:

يميل الأفراد ذوو الإحساس المرتفع بالفاعلية الذاتية إلى بذل جهود أكبر عند محاولتهم إنجاز مهمات معينة، و هم أكثر إصرارا عند مواجهة ما يعيق تقدمهم و نجاحهم، أما الأفراد ذوو الإحساس المنخفض بالفاعلية الذاتية فيبدلون جهدا أقل في أداء المهام، و يتوقفون بسرعة عن الإستمرار في العمل عند مواجهة عقبات تقف أمام تحقيق المهمة (معاوية محمود أبو غزال و شفيق فلاح علاونة، 2010، ص ص 290).

و هذه الوظيفة لإدراكات أو اعتقادات الكفاءة الذاتية للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية، يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء، الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الكفاءة (فتحي محمد الزيات، 2001، ص ص 504-

506)، فكلما كان الشعور و الإحساس بالفاعلية الذاتية كبيرا بذلت جهود كبيرة لتحقيق النجاح و الإنجاز في الأداء، حيث نجد أن الأفراد الذين يتمتعون أو يتميزون بفاعلية ذاتية عالية هم أكثر مثابرة في أعمالهم و جهودهم وممارستهم لسلوكيات صحية من غيرهم في وجه الصعوبات أو التحديات، بينما الذين يعانون من ضعف و انخفاض في القدرات و الثقة بالذات هم عرضة للعجز و يستسلمون للتشاؤم و اليأس، فمثلا الأفراد الذين يتقون في قدراتهم على المحافظة على وزن مناسب يقاومون بنجاح أي إغراءات في خصوص التغذية غير الصحية، بينما الذين يعانون من نقص أو انخفاض في القدرات على ضبط وزنهم لا يقاومون توتراتهم بسرعة، و سرعان ما يتنازلون لرغباتهم بسهولة.

و يلاحظ أيضا أن الإحساس بالفاعلية و إدراكها يؤثر كذلك على استجابات الفرد الإنفعالية، حيث يحدد مستوى التوتر أو الإكتئاب الذي قد ينجم جراء تعرض الإنسان لمواقف ضاغطة و صعبة، فإن الذين لديهم ثقة عالية في قدراتهم في مواجهة و تحدي تهديدات محتملة نجدهم أقل توترا و أكثر ثقة و تركيزا في أدائهم و إنجازهم الأمر الذي يزيد من قدرتهم و حركتهم على الجد و المثابرة في الأنشطة الصحية، بينما الذين يعتقدون أنه لا قدرة و لا ثقة لهم على إدارة أي تهديدات قد يواجهونها تراهم يعانون من حالات التوتر و القلق و الإنفعالية الشديدة التي بدورها قد تؤدي إلى سوء التوافق في الحياة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 165).

3. أنماط التفكير و ردود الأفعال:

تحدد اعتقادات أو إدراكات الفرد لكفاءة الذات لديه أنماط من التفكير و ردود الأفعال الإنفعالية، فقد وجد (Collins ;1986) أن الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية يشكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل و نتيجته، فيميل ذوو الإحساس بقوة الكفاءة 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.

4. الفرد منتج للسلوك:

يبدو تأثير اعتقاد أو إدراكات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متنبأ به و مؤدى هذا الافتراض ببساطة :

❖ أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء.

❖ أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد و التراجع عن المحاولة لتجنب الفشل.

و على ذلك فإن إدراكاتنا عن الكفاءة الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر و كيف نشعر و كيف نسلك أو نتصرف، و الجدير بالاهتمام هنا هي أن اعتقادات أو إدراكات الفرد حول الكفاءة الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب، و لكنه يستخدم هذه الإدراكات أو الاعتقادات بشكل إيجابي نشط و ملموس كي

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

يسلك أو يستجيب من خلالها، و هو ما أشار إليه (Bandura ; 1977) بمفهوم الحتمية التبادلية أو التبادلية الحتمية (فتحي محمد الزيات، 2001، ص ص 504-506).

تاسعا: الكفاءة الذاتية و الأمراض المزمنة:

لابد أن يتركز علاج المرض المزمن على الإدارة الذاتية Self – management للظروف الفسيولوجية على مدى الحياة أكثر من التركيز على العلاج، و هذا يتطلب عدة مهام منها خفض الألم، و الحفاظ على أداء الوظائف في حالة تزايد العجز الجسمي، و تنمية مهارات الإدارة الذاتية، إن الهدف من ذلك كله هو تأجيل تقدم المرض و تحسين جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بمرض مزمن.

إن الشعور بكفاءة الذات يمكن أن ينشط مدى واسعاً من العمليات الحيوية Biological processes التي تتوسط العلاقة بين الصحة و المرض لدى الإنسان، و يخضع كثير من هذه التأثيرات الحيوية لمعتقدات كفاءة الذات عند مواجهة الضغوط الحادة و المزمنة في الحياة اليومية.

لقد وُجد أن كفاءة الذات تؤثر على ضغط الدم و معدل ضربات القلب، كما وجد أن رفع معدلات كفاءة الذات المدركة لدى مرضى التهاب المفاصل الذين تضمن علاجهم برامج سلوكية معرفية ينتج عنها خفض الألم و الإلتهاب و تحسن في الوظائف النفسية الإجتماعية.

و تعد كفاءة الذات المدركة منبئاً بالعجز الوظيفي Functional disability بغض النظر عن مستوى الألم أو مدة الإصابة بالمرض، إن المستوى المرتفع من الكفاءة الذاتية يعزز من فائدة آليات مواجهة المرض، و التي تقلل بدورها من العجز الوظيفي، إن مختلف أشكال الأمراض المزمنة تسبب مشكلات متشابهة خاصة بكيفية التحكم في الألم، و التغلب على المعوقات الناتجة عن التلف الجسمي، و الحفاظ على كفاءة الذات، و التدريب على ضبط الخدمات العلاجية كنموذج عام يمكن تطبيقه في علاج مختلف الأمراض المزمنة، و بالفعل قد أثمرت هذه الخدمات العلاجية فوائد صحية تعود على الأفراد الذين يعانون من أمراض كأمراض القلب أو الرئتين أو السكتة الدماغية أو أمراض المفاصل (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 150-151).

عاشرا: الكفاءة الذاتية و علاقتها بالألم المزمن:

لقد لقي مفهوم الكفاءة الذاتية اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن، و أجريت دراسات عديدة تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الألم، و أشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن معتقدات الكفاءة الذاتية ارتبطت بانخفاض الإكتئاب، و الضغوط، و العجز، و الألم لدى مرضى الألم المزمن.

كما اظهرت بعض الدراسات أن مرضى الألم يتباينون في كفاءتهم الذاتية و أن هذا التباين يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الكفاءة الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم، و الكدر النفسي، و النتائج الطبية السلبية، و عتبات مرتفعة للألم، و تحمل أكثر للألم، ففي دراسة طويلة استمرت سنتين قام بها (Brekke , M et coll. 2001) بالنرويج على

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي (polyarthrite rhumatoïde) توصل إلى أن الكفاءة الذاتية ترتبط ايجابيا مع تدابير الحالة الصحية مثل الألم والتعب، أي أن مستويات أعلى من الألم والتعب كانت مرتبطة مع انخفاض الكفاءة الذاتية (Barlow J. 2010, p 4).

كما وجد أن الفعالية الذاتية تتنبأ بمستوى الأداء الطبيعي لدى مرضى ألم أسفل الظهر المزمن، وأن التحسن في الفعالية الذاتية ارتبط بالتحسن في الألم، والعجز، والحالة المزاجية، وكذلك ارتبط بالنتائج قصيرة المدى، وطويلة المدى لتدريبات مهارات التغلب، والتدريبات المعتمدة في البرامج التعليمية للمساعدة الذاتية.

علاوة على ذلك فإن الفعالية الذاتية تؤثر أيضا على التنبؤ ببعض النتائج العلاجية بعد تدخلات الجراحة، فقد أشارت بعض الدراسات الإستطلاعية على عينة من المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية في العظام أن المرضى الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الفعالية الذاتية قبل العمليات الجراحية كانوا أسرع في الشفاء كما أنهم أظهروا تحسناً علاجياً لفترات زمنية طويلة، كما وجد أن التحسن في الفعالية الذاتية بعد التدخلات العلاجية القائمة على الإدارة الذاتية، والعلاج المعرفي السلوكي ارتبط بالتحسن في الألم، والحالة الوظيفية، والتوافق النفسي.

كما أن تقديرات الفعالية الذاتية، وتوقعات الألم ارتبطا بشكل دال بأداء حركات معينة، فقد قام جينسين و آخرون (Jensen ; M ; P et al ; 1991) بتقييم معتقدات الفعالية الذاتية لدى عينة من مرضى الألم المزمن في أثناء أداء ثماني سلوكيات للتغلب على الألم مثل (الإسترخاء، تدريبات الشدة)، وتوصل إلى أن معتقدات الفعالية الذاتية المتعلقة بسلوك التغلب لدى المرضى ارتبطت بشكل مرتفع بالأداء الحقيقي أو الفعلي للسلوك.

و من الدراسات المهمة أيضا في إطار العلاقة بين الفعالية الذاتية، وتقديرات الألم، والمزاج، الدراسة التي أجراها "ليفيفر و آخرون" (Lefebvre ; J et al ; 1999) على عينة من 128 مريضا بروماتويد المفاصل، وتوصل فيها إلى أن الفعالية الذاتية ارتبطت بشكل دال بالتقديرات اليومية للألم، والمزاج، وفعالية التغلب حتى بعد التحكم في تأثير المتغيرات الديموغرافية والطبية. وقد أثرت مناقشات عديدة حول الميكانيزمات التي تؤثر بها الفعالية الذاتية على الألم، وقدم باندورا عددا من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفعالية الذاتية أن تؤثر بها على الألم، وعلاجه، وذلك على النحو التالي:

- ❖ الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات، و معلومات تساعدهم في إدارة الألم، والإستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم.
- ❖ الشعور بالفعالية الذاتية يقلل من توقعات الكدر، والتوتر الجسمي، والقلق، وذلك يؤثر بشكل ايجابي في تخفيف الألم.

❖ الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة و ذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه (أحمد حسنين أحمد، 2011، ص ص 76-79).

و في ضوء هذه النتائج، و الدراسات السابقة عن العلاقة بين الفعالية الذاتية و الألم يمكن القول أن هناك أدلة واضحة تؤكد الدور الفعال الذي تلعبه الفعالية الذاتية في فهم الألم المزمن، و علاجه، ففي ضوء ما أشارت إليه الأبحاث من أن انخفاض الفعالية الذاتية يرتبط بارتفاع مستوى الألم، و العجز، و استخدام ضعيف لإستراتيجيات التغلب على الألم، كما أن التحسن في الكفاءة الذاتية ارتبط بالتحسن في المزاج، و الألم و العجز فإنه يجب أخذ هذا المتغير بعين الإعتبار عند علاج الألم المزمن، علاوة على ذلك يجب تطوير أساليب علاجية نفسية تعمل على تحسين الكفاءة الذاتية لدى مرضى الألم المزمن.

إحدى عشر: الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج:

إن ممارسة التحكم و السيطرة في الحياة يلعب دورا في الحفاظ على الصحة و التعامل مع المرض، فحسب نظرية الكفاءة الذاتية فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية كفاءة الذات و الممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي و الصحي للفرد، و ترى نظرية الكفاءة الذاتية أن أداء السلوك الصحي (بما في ذلك الإلتزام بالعلاج) و ممارسة الكفاءة يتم وفقا لشرتين أساسيين هما:

❖ **توقعات الكفاءة:** « Efficacyexpectations » خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك، و يعني

القدرة المدركة على أداء السلوك، مثلا "هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب".

❖ **توقعات النتيجة:** « Outcome expectations » خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه، و يعني

الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية، مثلا "هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية" (عثمان يخلف، 2001، ص 103).

و عليه فإن من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعورا بالكفاءة الذاتية، فاعتقاد المدخنين، على سبيل المثال، بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم، سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة، مع أنهم يعلمون تماما بأن التدخين فيه مجازفة، و أن التوقف عن التدخين أمر محبب، و قد بينت الأبحاث أن الكفاءة الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطرق متنوعة قد تصل إلى حد الإمتناع عن التدخين، وضبط الوزن، و استخدام الواقي الجنسي، و ممارسة التمارين الرياضية، و تغيير النظام الغذائي، و عدد متنوع آخر من السلوكيات المتعلقة بالصحة التي يؤديها الراشدون الأكبر سنا، و بذلك فإن معظم الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، و بين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

و من بين هذه الدراسات تلك التي أجراها (Mcauley, 1992) على مجموعة من الأفراد في مرحلة أواسط العمر، ممن يمضون أغلب أوقاتهم جالسين، وممن يتميزون بإحساس عال بالكفاءة الذاتية فيما يتعلق بممارسة الرياضة، أقرروا بأنهم يبذلون جهداً أقل أثناء التمرين، ويشعرون بحالة مزاجية أفضل مقارنة بأولئك الذين كانوا يعتقدون بتدني مستوى كفاءتهم الذاتية، كما أن الانفعالات الإيجابية التي صاحبت ممارسة الرياضة تنبأت بدورها بظهور الاعتقاد بالكفاءة الذاتية لاحقاً، و بينت أن الحالة الوجدانية الإيجابية قد تساعد على الاستمرار بممارسة الرياضة مستقبلاً و عكس ذلك كان أيضاً صحيحاً، إذ تبين أن الأفراد الذين لديهم إحساس متدن من الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بالممارسة الرياضية كانوا أقل احتمالاً للاستمرار في الممارسة (شيلي تايلور، 2008 ص ص 206-207).

و في دراسة طولية لـ "Clark et Dodge, 1999" على عينة قوامها 175 امرأة مصابات بمرض القلب، بينت نتائجها على دور الكفاءة الذاتية في التنبؤ بمدى التزام المريضات بتنفيذ و ممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية لإدارة المرض، و قد تمثلت هاته السلوكيات في: الإلتزام بالوصفات الطبية و تناول الأدوية، الممارسة المنتظمة للتمارين الرياضية، الإلتزام بالحمية الغذائية، إدارة الضغوط (عثمان يخلف، 2001 ، ص ص 115).

و في دراسة قام بها (Baron, k, 2009) هدفت إلى تقييم ما إذا كانت الكفاءة الذاتية تتوسط العلاقة بين الاكتئاب و الإلتزام بالعلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم على عينة قوامها 167 مريضاً من الأمريكيين الأفارقة ممن يخضعون لتطبيق الرعاية الصحية الأولية، و قد توصل إلى أن أعراض الاكتئاب ترتبط مع تدني مستوى الإلتزام بالعلاج ($\beta = 0,013, p = .036$) وانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ($\beta = -.008, p = 0,023$) و ترتبط الكفاءة الذاتية سلباً مع الإلتزام بالعلاج خلال فترة المتابعة ($\beta = - 0,612, p < .001$)، كما بينت الدراسة أن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والامتثال للعلاج تصبح ضئيلة بعد السيطرة على الكفاءة الذاتية ($\beta = .010, p 0,087$) (Schoenthaler A & al 2009)

و في دراسة (Sullivan, M,D et coll. 1998) على مرضى القلب والشرابين التاجية وجد بأن الكفاءة الذاتية للحفاظ على الوظيفة الجسدية والسيطرة على الأعراض تعتبر كعامل مساهم في التنبؤ بالوظائف و الأدوار الجسدية، و ذلك حسب فحص أخذ بعين الإعتبار شدة مرض الشريان التاجي، ومستوى القلق والاكتئاب، و قد تبين أن الكفاءة الذاتية لدى مرضى فشل القلب المقيمين في مراكز جماعية كان لها تأثير على السلوكيات المتعلقة بإدارة الذات، مثل الأدوية والامتثال للقيود الغذائية الخاصة بالصوديوم، وبالإضافة إلى ذلك، المرضى الذين يتميزون بكفاءة ذاتية مرتفعة نادراً ما تم قبولهم في المستشفيات (Barlow J. 2010, p5).

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

كما ان هناك العديد من الدراسات في التراث السيكولوجي و الطبي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و متغيرات الشخصية، و تغيير السلوك لدى المشاركين في برنامج علاجي للإقلاع عن عادة التدخين، و قد أوضحت تلك الدراسات أن للتدخين آثارا صحية و اقتصادية هائلة تعود بالضرر على الفرد و المجتمع، بالإضافة إلى صعوبة إقلاع الأفراد عن التدخين حينما يبدأون فيه، و ذلك لأن التبغ يمثل إحدى المواد النفسية التي تسبب الإعتقاد (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 167).

وعلى هذا الأساس يرى (Bandura ; 1986) أن الكفاءة الذاتية هي الآلية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، و قد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي و عاداته الصحية بطرق عدة:

❖ من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
❖ من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول إلى هدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.

❖ من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات و الإحباطات المتكررة.
❖ من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط و تحدياته.

❖ من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره و تصوراتهِ للواقع (عثمان يخلف، 2001، ص 35-36).
و عليه، نجد بأن التراث السيكولوجي يزخر بالبحوث و الدراسات التجريبية و الأمبريقية التي تبنت نظرية الكفاءة الذاتية لباندورا كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحلول العلاجية و الوقائية المناسبة و الفعالة للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة، و يكاد يكون هناك شبه إجماع بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة، إذ أن له فائدة عملية و إكلينيكية كبيرة، حيث تعتبر مبادئ كفاءة الذات عنصرا من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية و العلاجية في مجال علم نفس الصحة.

إثني عشر: إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية:

توصل مارلات و جوردون (Marlat & Gordon, 1985) إلى إجراءات مكونة من أربع مراحل مختلفة لحث فعالية الذات لمرضاهم، هذه المراحل هي:

1. التأثير في الأطر المرجعية للمريض:

و تتمثل في تعليم المريض أنه لكي يحقق السلوك المرغوب فإنه يجب عليه أن يتعلم مهارات معينة، فعلى سبيل المثال للتوقف عن التدخين، فإنه على الفرد أن يتعلم المهارات التي تساعده على التوقف عن التدخين، و كما أن فعالية الذات ترتبط بخبرات النجاح، فإنه من الضروري أن يضع الفرد لنفسه أهدافا جزئية واقعية، من قبيل التوقف عن التدخين على مدار اليوم.

2. البحث عن مواقف الخطر المرتفع و تعليم مهارات المواجهة:

و تتضمن هذه المرحلة النظر إلى مواقف الخطر الممكنة عن طريق معرفة أسباب الفشل في المحاولات السابقة للتوقف عن التدخين، و ابتكار آليات مواجهة تناسب مع كل موقف من مواقف الخطر.

3. الممارسة الفعلية لهذه المهارات:

من المهم في هذه المرحلة ممارسة هذه الإستجابات السابقة.

4. تعليم المرضى كيفية معالجة حالات الإنتكاسة.

إذا حدثت الإنتكاسة فإنه من المهم أن يتعلم الفرد من هذه الإنتكاسة عن طريق فحص أسبابها و كيفية تجنب حدوثها في المستقبل.

إن مختلف أساليب رفع فعالية الذات لدى الأفراد تساعدهم في تنمية شعورهم بالفعالية الذاتية المطلوبة للتغلب على الصعوبات التي تقابلهم من حين لآخر (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 146-147).

خلاصة الفصل:

إن الكفاءة الذاتية تعني توافر الخصائص و الإمكانيات لدى الشخص التي تهيئ له الفرصة لتحقيق أهدافه و مواجهة التحديات و العوائق التي تحول دون إنجاز ما يخطط لإنجازه من خلال تركيزه على المهارات والقدرات لديه، وهي كذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته و حسن استخدامها، وأنها وحدها لا تحدد السلوك على نحو كاف بل لابد من وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أو عقلية أو نفسية، و بذلك تكون أحكام الكفاءة الذاتية عملية استنتاجية تتوقف على معلومات من أربع مصادر أساسية هي: الإنجازات الأدائية، و الخبرات البديلة أو النمذجة والإقناع اللفظي و الحالة النفسية أو الفسيولوجية، و تتميز في ضوء ثلاثة أبعاد هي: قدر الكفاءة، و العمومية و القوة.

فالإدراكات عن الكفاءة الذاتية لها تأثير جوهري على سلوك الفرد فيما يخص ممارسة السلوكيات الصحية و مواجهة المرض، فهي تسمح بتبني استراتيجيات مواجهة فعالة لا سيما في حالات الأمراض المزمنة التي تتطلب تغيير بائن في أسلوب الحياة كالإلتزام بالحمية الغذائية، و الإبتعاد عن التدخين و الكحول، الإلتزام بتناول الأدوية، و غير ذلك من السلوكيات الصحية التي سوف يتم التطرق إليها في الفصل الموالي في علاقتها بالكفاءة الذاتية.

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

تمهيد.

أولاً: مفهوم الإلتزام بالعلاج.

ثانياً: نظريات الإلتزام بالعلاج

ثالثاً: العوامل المحددة للإلتزام بالعلاج.

رابعاً: عدم الإلتزام الخلاق.

خامساً: التنشيطية، تصنيف الذات، و عدم الإلتزام.

سادساً: مراحل الإلتزام بالعلاج.

سابعاً: قياس الإلتزام.

ثامناً: معالجة عدم الإلتزام بالعلاج.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد عدم التزام المريض بتعليمات الطبيب وتناول الأدوية الموصوفة عائقاً كبيراً أمام تقديم رعاية صحية فعالة، وعلى وجه الخصوص، يُعْتَقَد أن انخفاض معدلات التزام المرضى بتناول الأدوية في حالة إصابتهم بأمراض مزمنة، مثل قصور الشريان التاجي، يساهم بشكل كبير في تدهور حالتهم الصحية وتحمل العبء المادي لذلك مما ينعكس ذلك سلباً على رفاقتهم الذاتية.

و فيما يتبقى من هذا الفصل، سنركز على المشكلة الطبية الأكثر تأثيراً على الرعاية الصحية، و هي الإلتزام بالعلاج، متطرقين في ذلك إلى: مفهوم الإلتزام بالعلاج، نظريات الإلتزام بالعلاج، العوامل المحددة للإلتزام بالعلاج، عدم الإلتزام الخلاق، التنشيطية - تصنيف الذات - و عدم الإلتزام بالعلاج، مراحل الإلتزام بالعلاج، قياس الإلتزام، معالجة عدم الإلتزام بالعلاج.

أولاً: مفهوم الإلتزام بالعلاج:

قديمًا، هذا المصطلح راجع لإطار تطبيقي أو لطائفة دينية تخضع لقاعدة معينة ، و بعض العلماء لم يترددوا في استخدام مصطلحات الوفاء و عدم الوفاء لوصف الإلتزام أو عدم الإلتزام. (**Caroline. B et al 2001. P 6**)، و فيما يلي عرض موجز لبعض من هاته التعريفات:

تعريف " **Pierre –Higues Aubin** " يتمثل الإلتزام بالعلاج في الإلتزام الجيد للعلاج الموصوف من طرف الطبيب، خاصة فيما يتعلق باحترام التعليمات الخاصة بالدواء - (**Pierre Higues Aubin , 2005, p 226**)

في حين أن ألفن و آخرون " **Alvin,P et al** " يعرفون الإلتزام على أنه: درجة التطابق بين سلوك الفرد " فيما يتعلق بأخذ الأدوية و متابعة الحمية الغذائية أو تغيير أسلوب الحياة" و التوصيات الطبية (**Aujoulat ;I et al 2003, p 4**).

و قد استخدمت مصطلحات أخرى لترجمة هذا المفهوم، مبينة في ذلك فروقات خاصة و دقيقة: **الإذعان: La compliance** يعرف فيزيائياً على أنه الخصائص المميزة للأجسام المطاطية، و التمطط يحدث نتيجة قوة ضاغطة على جسم، و الطب استعار هذا المصطلح من العلوم الفيزيائية لتبيين أدنى و أقصى مستوى من الإذعان للتوصيات الطبية (**Caroline. B et al 2001. P 6**)، و عليه فإن هذا المصطلح مبني على فكرة الخضوع، و امتثال المريض للتطبيق الفعلي للسلوكيات الموصوفة (**Michel Morin, p 6**)

إن انتقال هذا المفهوم من المجال الفيزيائي إلى الميدان الطبي غير مقبول نوعاً ما، و ذلك لعدة أسباب من بينها ان المريض يشبه بالشيء، و العلاقة بين المريض و الطبيب مبنية على القوة، أي إجبار المريض على الإنصياع للتوصيات الطبية (**Caroline. B et al 2001. P 6**).

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

الإنخراط: L'adhésion و يعني الإنضمام أو الإنخراط، و يتمثل في مجموعة الشروط " الدوافع، التقبل، المعلومات... " التي تسمح للمريض بالإذعان للتوصيات الطبية، و المريض يعتبر هنا كعضو فعال، و مشارك في التكفل بحالته (De Blic, J et al, 2007, p 419)، و بلا شك هذا المصطلح هو الأكثر إرضاءاً لأنه يعكس اختيار واع و إرادي للمريض للمساهمة في العلاج (Michel Morin, p 6).

و قد حدد العالم روش "Reach.G" الإلتزام بالإهتمام بمواصلة العلاج، حضور مواعيد الفحص، تناول الأدوية كما وصفت من طرف الطبيب، اتباع التعليمات المؤدية لتغيير أسلوب الحياة " الحماية الغذائية، التمارين الرياضية... "، و كذلك تجنب سلوكيات الخطر " التدخين، الكحول، المخدرات... "

و من جهة أخرى حدد دهان و كول "Dahan.Ret Coll" خمسة أنماط لعدم الإلتزام و التي تتمثل في:

1. عدم تناول الأدوية.
2. تناول غير مبرر للأدوية
3. خطأ في عدد الجرعات
4. خطأ في أوقات تناول الأدوية.
5. تناول أدوية غير موصوفة من طرف الطبيب.

في حين أن "Caroline. B et al 2001" يرى بأن عدم الإلتزام بالعلاج يمكن أن يتجلى على شكل إفراط في: الجرعات، مدة العلاج، إيقاف العلاج بدون استشارة طبية.

أما راند "Rand, CS" فقد ميز بين ثلاثة أشكال من عدم الإلتزام:

1. الإلتزام غير المنتظم: و هو مرتبط بتأثيرات الحياة اليومية.
2. عدم الإلتزام الغير متعمد: و يتضمن سوء استخدام التوصيات الطبية نتيجة لعدم فهم المريض للتعليمات المقدمة من طرف المختصين بالرعاية الصحية، و كذا عدم الوعي بفائدة العلاج.
3. عدم الإلتزام الإرادي: و يتضمن إنكار المرض و رفض العلاج، و قد لا يتقبل المريض العلاج خوفاً من التأثيرات الثانوية (De Blic, G et al, 2007, pp 419-420).

وبناء على ما سبق يمكن ملاحظة أن هناك ازدواجية في وجهات النظر يمكن إدراكها باتباع خط الإلتزام الملاحظ:

- ❖ **وجهة نظر المعيار الطبي:** و يمكن ترجمتها في إطار استراتيجية المراقبة الخارجية.
- ❖ **وجهة نظر المرضى:** و التي تتطلب في كل الحالات تعاون فعال للشخص المعالج، و من ثم يجب التنسيق بين هذين المفهومين المتكاملين للوصول إلى النتائج المرجوة (Michel Morin, p 6).

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

بعد هاته التعاريف للإلتزام يطرح مشكل أساسي مفاده من الذي يلتزم من المرضى؟. معظم العلماء اعتبروا أن الملتزمين المثاليين من المرضى هم الذين يتبعون أو يطبقون 80% من العلاج الموصوف لهم، و هذه النسبة هي المحددة اكلينيكيًا لوصف الإلتزام، و لكن هذه النسبة تبقى خاضعة لنوع العلاج، و نوع الدراسات حول الإلتزام.

و قد أشار براجمان "Bergmann.J.F" إلى صعوبة التحديد الواضح و الصريح للمريض الملتزم بعبارات دقيقة كمية، و لقد اقترح بعده العالم باربو وكول "Barbeau.G.et Coll" تحديد درجة الإلتزام بنسب مئوية " الجرعات المتناولة فعلا تقسم على الجرعات الموصوفة من طرف الطبيب" مع الأخذ بعين الإعتبار أنه لكل علاج عتبة تقبل اكلينيكية نحكم بموجبها عن المريض الذي سوف لن يلتزم.

في حين أن أنكري و كول "Ankri.J et coll" لاحظوا ان معظم الدراسات التي قام بها العلماء حددوا درجة الإلتزام بين 30 % 50 % أو 90% ، و لكن هاته الطريقة ليست معيارا لتحديد من سيلتزم ممن لن يلتزم (Caroline. B et al 2001. PP 6-7).

مما سبق نخلص إلى أن الإلتزام بالعلاج هو نمط من أنماط السلوك الصحي يتجلى في حرص المريض على الممارسة الفعلية للتوصيات الطبية كتناول الأدوية في الوقت المحدد لذلك، أو إجراء الفحوص الطبية المطلوبة، كما يتضمن أيضا إجراء تغييرات نوعية في أسلوب الحياة كالإمتناع عن التدخين و الكحول، ممارسة التمارين الرياضية بشكل منتظم، التغذية الصحية، و ذلك قصد تحقيق حالة صحية جيدة، و منع تطور المرض، مما ينعكس ذلك ايجابا على جودة حياة المرضى.

ثانيا: نظريات الإلتزام بالعلاج:

يعتمد الباحثون و الممارسون و الدارسون في مجال علم النفس الصحة في فهمهم و تفسيرهم لمظاهر السلوكيات المجنبة للمرض على بعض الآراء و الأفكار و النماذج و النظريات العلمية التي يزخر بها التراث العلمي السيكولوجي و الطبي، و في هذا الميدان شهدت العقود الأخيرة منها اقدم مجموعة من العلماء و الباحثين من مختلف التخصصات العلمية الصحية على صياغة نماذج و نظريات علمية لغرض تحديد الأسباب و المتغيرات التي تدفع بالفرد إلى ممارسة بعض الأنماط السلوكية الصحية دون الأخرى، و فيما يلي يمكن عرض لبعض من هذه النماذج و النظريات:

1. نظرية المعتقدات الصحية: "The health belief of model"

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية خاصة مجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية (عثمان يخلف، 2001، ص 21).

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

و قد بدأ هذا النموذج في الظهور عام 1950 على أيدي مجموعة من المتخصصين في علم النفس الإجتماعي في مجال الصحة العامة بالولايات المتحدة ، محاولين بذلك شرح القصور المنتشر لدى الأفراد للمشاركة في برامج اكتشاف المرض الصامت و الوقاية منه، ثم طبق هذا النموذج مؤخرا ليشمل استجابات الأفراد للأعراض المرضية، و التزامهم بالوصفات الطبية فيما يخص الحمية (Nancy, K & ,1984, p 2),

و قد تبلور هذا النموذج بشكل كامل على يد روزنستوك Rosenstock عام 1966 بهدف شرح سلوكيات الوقاية الصحية من قبيل الفحوصات الدورية و التطعيمات، ثم طوره بعد ذلك بيكر Becker عام 1974، و تم تطبيقه في مجالات متعددة في علم نفس الصحة تشمل الإذعان للأوامر الطبية، و سلوكيات دعم الصحة (أميرة محمد الدق، 2011، ص105).

تسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي، بعبارة أخرى أنها تحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة، مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أو النمائية أكثر دقة و فعالية في التنفيذ (DiMatteo M.R & al, 2007, 521) كما يستخدم النموذج أيضا للتنبؤ بسلوك كل من المرضى الحاديين و المزمنين (صفوت فرج، 2000، ص 571)، و بناءا عليه فالعناصر الأساسية للنموذج هي:

❖ **القابلية المدركة للإصابة Perceived Susceptibility:** بمعنى إعتقاد الفرد الذاتي بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض (Sylvie Vandal & al 2001, p 61).

❖ **الخطورة المدركة للمرض Perceived Severity:** أي تأثير المرض على بعض جوانب حياتهم (Diane Bélanger & Gaston Godin, 2003, p 279).

❖ **الفوائد المدركة للفعل Perceived Benefit :** أي الإعتقاد بأن العلاج له تأثير ايجابي (Groulx S & Chapuis, P 2004, p8).

❖ **المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل Perceived Barriers/Costs:** بمعنى ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟، أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة؟ و مثال ذلك استخدام الواقي الذكري (كسلوك محدد)، ما الفوائد المتوقعة من استخدام الواقي الذكري؟ (الحماية من عدوى الأمراض المنقولة جنسيا)، و ما عيوب استخدامه؟ (الإحراج في استخدامه) (هناؤ أحمد محمد شويخ، 2012، ص 62).

و أخذا في الاعتبار العوامل الإيجابية أو السلبية فيما يخص القيام بإجراءات وقائية، يلاحظ أن الناس يفكرون فيما إذا كانت الفوائد المدركة مثل خفض مخاطر تعرضهم لمشكلات صحية ترجح العوائق المدركة أو تكلفة اتخاذ هذا الإجراء، وقد تتضمن مثل هذه التكلفة اعتبارات مالية حقيقية، و لكنها قد تتضمن أيضا انشغالات أخرى أقل وضوحا مثل الوقت المنفق، و بالتالي فإن الأشخاص الأكثر ميلا

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما ، و يشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة (صفوت فرج،2000، ص 571).

❖ **الدافعية الصحية Health Motivation:** و هي تفسر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنوها، و كذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

❖ **الهدايات للتصرف Cues to action:** و هي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك، و قد تكون هذه الهدايات داخلية (مثل الأعراض المدركة)، كما قد تكون خارجية (مثل حملات التوعية الصحية أو الإصابة بمرض أو وفاة صديق عزيز).

❖ **المتغيرات الديموغرافية و الإجتماعية و الإقتصادية:** و يمكن أن تشمل الجنس أو السن أو العرق (الهوية الثقافية)، التعليم و الدخل (David taylor & al, 2006, p34).

ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد مدى احتمال إنخراط الأفراد في سلوك معين، و القاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة "مدركة"، و هذا يؤكد أن إدراكنا يؤدي دورا محوريا في هذه العملية، و بالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، و لكن على أساس إدراكي(هناك أحمد محمد شويخ، 2012، ص 62).

ما أدلة صحة نموذج المعتقدات الصحية؟

كيف يمكن قياس الجوانب المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية؟.

على الرغم من تقديم كل من شيران P Sheeran , و أبراهام C Abraham (1996) معلومات مفصلة عن كيفية القيام باستبيان لقياس العناصر المختلفة لنموذج المعتقدات الصحية، أكد كل من دي ويت De Wit , J و ستربي W Stroebe (2005) أنه لا يوجد حاليا أي استبيان لقياس نموذج المعتقدات الصحية، و ترجع هذه المشكلة إلى اختلاف الباحثين في قياس العناصر المكونة لنموذج المعتقدات الصحية باستخدام طرق مختلفة، مما يؤدي إلى عدم قدرتنا على مقارنة النتائج.

و مع ذلك، فقد استخدم نموذج المعتقدات الصحية بنجاح في عدد مختلف من السلوكيات الصحية، على سبيل المثال، يتنبأ النموذج بمدى التزام المرضى بسلوك الفحص الدوري لسرطان عنق الرحم، فإذا أدركت السيدة أنها أكثر عرضة لإحتمال الإصابة بمرض الأورام السرطانية في عنق الرحم، و أن الأورام السرطانية في عنق الرحم مرض خطير مهدد للصحة، و أن فوائد الفحص الدوري كثيرة و تكاليف هذا التصرف منخفضة نسبيا، فإن نسبة احتمال حضورها للفحص تزداد، و بالمثل، فقد أظهر الباحثون أن الإمتثال لنظام غذائي، و ممارسة الجنس الآمن، و تناول التطعيمات الوقائية Vaccinations ، و العناية بالأسنان ترتبط بقابلية الفرد المدركة للإصابة بالمشكلة الصحية، حيث يعتقدون بأن المشكلة خطيرة، و يدركون أن فوائد الإجراءات الوقائية تفوق تكاليفها.

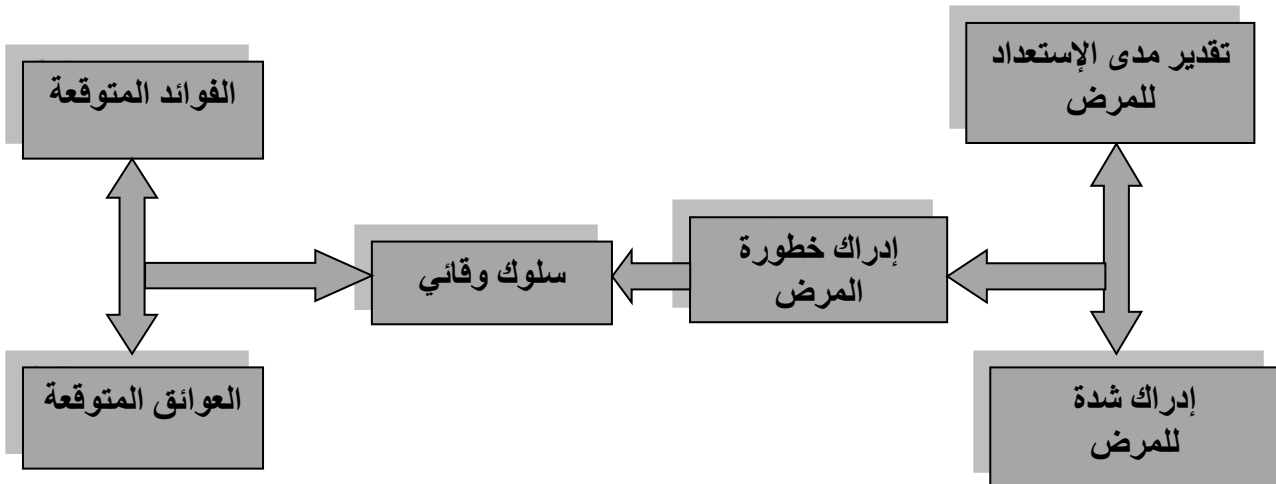
الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

و قد اكتشف الباحثون أيضا المكونات المختلفة للنموذج، و وجدوا أن المعوقات المدركة تمثل أفضل منبئ بحضور العيادة، و ذلك تبعا لبحث بعضهم دور هاديات التصرف في التنبؤ بالسلوكيات الصحية، خاصة الهاديات الخارجية، و على سبيل المثال، كشف شوفيليد I , Schofield و زملاؤه (2007) المعتقدات المرتبطة بسلوك التدخين لدى كبار السن ممن مصابين بمرض الإنسداد الرئوي (و هو مرض ناجم عن التدخين مما يسبب إعاقة تدفق الهواء داخل الرئتين)، و وجد الباحثون أن هاديات اتخاذ الإجراءات جاءت سواء من زيادة خطورة المرض أو الأحداث الخارجة عن الفرد مثل النصيحة من الطبيب، و يعد هذا العمل ضروريا خاصة لتدخلات تعزيز الصحة التي تعتمد عادة على هاديات خارجية لتغيير المعتقدات، و بالتالي تعزيز السلوك الصحي (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص 63).

تقييم نموذج المعتقدات الصحية:

و على الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج و البحوث التي حفزها إلا أنه لم يسلم من النقد إذ أنه:
- لم يضع في الحسبان السلوك المتعلق بالصحة مثل غسل الأسنان الذي يقوم به الناس بشكل معتاد.
- لا توجد طريقة معيارية لقياس مكونات في النموذج، مثل الحساسية الإدراكية أو الخطورة، و لا شك أن هذا الأمر هو المسؤول عن النتائج المتباينة في مجال الدراسات، و حقيقة أن تأييد نموذج المعتقدات الصحية لم تجمع عليه كل الدراسات (صفوت فرج، 2000، ص 571).

وحسب (Zani ,2002) فالفرد حسب هذا النموذج يعتبر كموضوع يأخذ قراراته لوحده، و كأنه متحرر من العلاقات الاجتماعية و لا يخضع لأي تأثيرات عاطفية أو علائقية، يتخذ قرارات عقلانية متأسس على استراتيجيات معرفية للوصول إلى النتائج المرجوة و الخفض من أعباء و تكاليف عدم القيام بإجراءات وقائية، و هذا مالم تؤكده العديد من الدراسات (Zani.B,2002, p 27) و الشكل التالي يبين بعض السمات البارزة لنموذج المعتقدات الصحية.

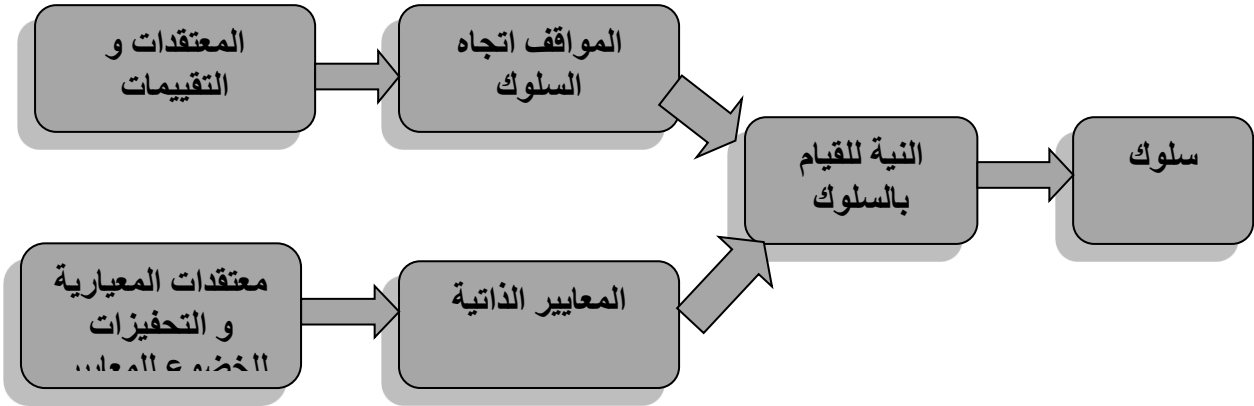


شكل (6): بعض السمات البارزة لنموذج المعتقدات الصحية (Gustave N, F,2002, p26)

2. نظرية فيشبين في السلوك المبرر: "Theory of reasoned action"

هو نموذج انبثق من علم النفس الاجتماعي، و طُوّر من طرف مارتين فيشبين و أيسك أجزين سنة 1975، و هو يحدد العلاقة القائمة بين كل من المعتقدات ، المواقف، المعايير، النية، سلوك الأفراد ، (Fishbein,M et Ajzen,I, 1975, p302) فالفرضية الأساسية لهذه النظرية أن نية الشخص لتبني سلوك معين يتحدد بمواقفه حيال هذا السلوك و معتقداته الخاصة بعواقب هذا السلوك أي ما يترتب على هذا السلوك من نتائج إيجابية أو سلبية و تقييمه لنتائج أفعاله (موقف شخصي) (Samuelle N & al , 1994, p 380) ، زد على ذلك إدراكه للمعايير الاجتماعية الواردة في ثقافته أو المتبعة في مجتمعه حول سلوك ما، أي إدراك الشخص للضغط الاجتماعي المفروض عليه لأداء الفعل أو عدم أدائه (Sylvie,R,E, 2001, pp 61-62) و بذلك نجد أن هذا النموذج يعمل على ترشيح المحفزات الخارجية التي تؤثر على المواقف، و لذلك فالتدخل هنا يكون بتعديل هيكل المعتقدات للفرد في حالة تبني معتقدات خاطئة (Caralino werle et al, p 10).

على الرغم من أن نموذج فيشبين أستخدم للتنبؤ بمجال عريض من السلوك إلا أن استخدامه محدود بمجال السلوك المتعلق بالصحة، وهناك بعض البحوث التي أوضحت إمكانية تطبيق النموذج للتنبؤ بقصد ممارسة الرياضة، أو ممارسة سلوك معين، و في التغذية من الزجاجة مقابل الرضاعة الطبيعية و قد عرض (Ajzen & Madden,1986) في فترة أحدث صورة معدلة عن النظرية يشار إليها باعتبارها نظرية السلوك المخطط (Planned behavior) (صفوت فرج،2000، ص 570).



شكل (7): نموذج السلوك المبرر

فبعد اكتشاف بعض الثغرات في بنية نظرية السلوك المبرر قام كل من فيشبين و أجزين (Fishbein,M et Ajzen,I) بإجراء بعض التغييرات في النموذج، حيث أضافا عامل التحكم السلوكي المدرك، هذا المفهوم يُعرف على أساس أن اعتقاد الفرد بفكرة معينة يسهل عليه القيام بسلوك ما، أو يجعله يتخلى عنه، و يهدف هذا العنصر إلى موازنة الحالات التي يعتقد فيها الأشخاص بأنهم غير قادرين على

التحكم في سلوكياتهم و عاداتهم ، و بالتالي فإن هذا العامل الإضافي في النموذج له تأثير مباشر على نية الأفراد، فأولئك الذين يظنون بأنهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغيير سلوكهم و تحسينه غير قادرين على تنمية النية أو قصديه سلوكية قوية، هذا المكون شبيهه بمفهوم باندورا فيما يخص الكفاءة الذاتية، و بالتالي فإن سلوك الأفراد ليكون فعالا يجب أن يكون مقررا و مخططا، هذا الأخير يتأثر بالعوامل التالية: (Zani.B, 2002,p30)

- **الاتجاهات Attitudes:** و هي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الإنخراط في سلوك محدد، و من الضروري تذكر أن الاتجاهات هي أيضا وظيفة للمعتقدات (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص 66).

- **المعايير الذاتية: Subjective Norms:** و هي ترتبط بمعتقدات الفرد بخصوص ما يرى الآخرون أن عليه القيام به (المعتقدات المعيارية)، و بدافعتيه للامتثال لهذه المرجعيات المعيارية (Meyer Thierry. 2004, 119).

- **الضبط المدرك للسلوك Perceived Behavioral Control:** و هو ما يحدث عندما يحتاج الفرد إلى الشعور بأنه قادر على أداء الفعل المطلوب، و أن السلوك المتبع سيحقق النتيجة المرجوة (كفاءة الذات)، و لناخذ مثلا بسيطا، فالمدخن الذي يعتقد بأن التدخين يترك نتائج خطيرة على الصحة و يعتقد بأن الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين، و يرى أن لديه الدافع للامتثال لهذه المعتقدات المعيارية، و يعتقد أنه قادر على التوقف عن التدخين، سيكون أكثر قدرة على التصميم على ترك التدخين من الشخص الذي لا يمتلك هذه الاتجاهات و المعتقدات المعيارية (شيلي تايلور، 2008، ص ص 147-148).

و تُوفر نتائج دراسة حديثة حول سلوك ممارسة الفحص الذاتي للخصية بحثا عن علامات سرطان الخصية، دعما لتعديلات النظرية، و قد ارتبط إجراء الفحص الذاتي للخصية جوهريا بالاتجاهات نحو القيام بهذا الفحص، و المعايير الذاتية باحتمال أن الأشخاص الآخرين المهمين لدى الشخص يرغبون في قيامه بهذا الفحص في الوقت الذي تؤدي فيه الاعتبارات الخاصة بالكفاءة الشخصية المدركة (الثقة في القدرة على القيام بفحص الخصية) و معرفة طريقة الفحص إلى تحسين التنبؤ بالقصد (صفوت فرج، 2000، ص ص 570-571).

تقييم نظريتي السلوك المبرر و السلوك المخطط:

استخدمت نظرية السلوك المبرر للتنبؤ بمختلف السلوكيات الصحية، متضمنة سلوكيات التدخين و التمرينات الرياضية، و قد تلقت هذه النظرية تأييدا كبيرا كما استخدمت بوصفها مرشدا لتطوير التدخلات العلاجية و الوقائية، و في تحليل لبعض الدراسات لمعرفة وجه الاستفادة من نظريتي الفعل المبرر و السلوك المخطط وجد أن كلتا النظريتين لهما قيمة في التنبؤ بمن سيدعن لبرنامج تمرينات رياضية و من لا يدعن لهذا البرنامج، كما كشف التحليل عن علاقة ارتباطية كبيرة بين الاتجاه نحو التمرينات الرياضية و

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

مقصد أداء هذه التمرينات، و ارتباط كبير أيضا بين هذا المقصد و سلوك التمرينات الرياضية، بينما كانت العلاقة بين المعايير الذاتية و المقصد علاقة متوسطة، كما وجد أن نية أو مقصد التوقف عن التدخين يعد أول المتغيرات المنبئة بالقدرة على التحكم في سلوك التدخين، و تعد نظرية السلوك المخطط إضافة مفيدة لفهم عمليات تغير السلوك الصحي لسببين:

أولها: أنها تمد النموذج بحلقة وصل تصل المعتقدات بالسلوك مباشرة.

ثانيها: أنها تمد النموذج بصورة ظاهرية جيدة عن مقاصد الأفراد المتعلقة بعادة صحية خاصة (أميرة محمد الدق، 2011، ص 117).

و على الرغم من ذلك فإن إحدى مشكلات النظرية أنها تم توضع في الاعتبار القرارات غير المنطقية التي يتخذها الناس حول صحتهم، مثل الفشل في السعي إلى العلاج الطبي عند ظهور أعراض المرض، زد على ذلك أن المقاصد و السلوك ليسا مرتبطين بالضرورة، بمعنى أن السلوك قد لا يتبع دائما القصد أو النية و من المؤكد أن العلاقة بينهما يمكن أن يتوسطها مجال من العوامل التي تتضمن الخبرات الأولية و التاريخ السابق لممارسة السلوك الصحي (صفوت فرج، 2000، ص ص 570-571)، و بذلك نجد أن المتغيرات المعتمدة في نظرية السلوك المخطط نسبية و لو إذا أدمجنا عامل التحكم السلوكي، كما أن النظرية أهملت تحليل العوامل التي تشرح كيفية مرور الفرد من المعتقدات إلى النوايا و من النوايا إلى السلوك، و العلاقة القائمة بين إدراك التحكم و مشاكل التحكم الفعلية (مراعاة تأثير العوامل الهيكلية و الاجتماعية (Caralino Werle et al, p 11).

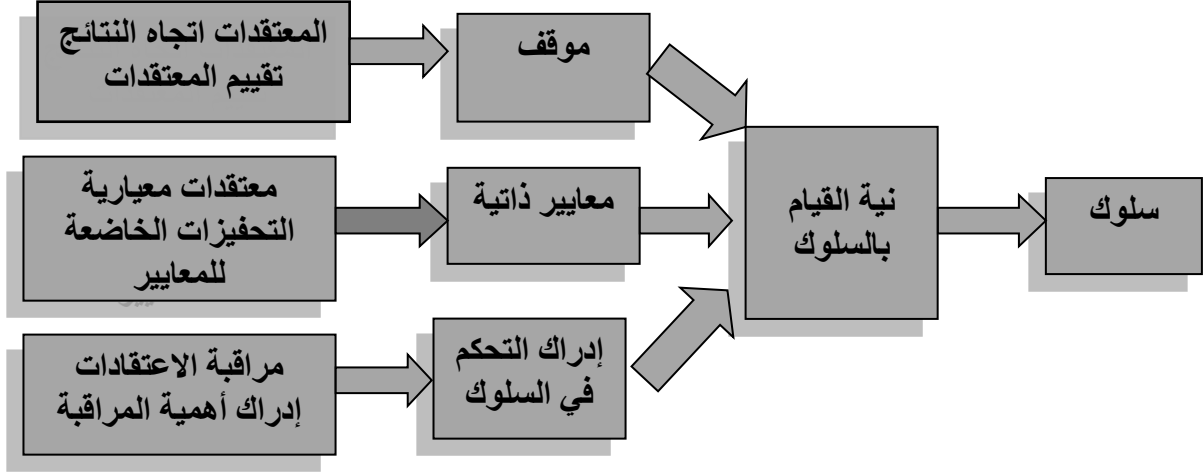
و هناك بعض المناقشات حول ضرورة إدراج عوامل أخرى لنظرية السلوك المخطط، و التي لازالت بحاجة إلى النظر فيها أيضا، و ذلك مثل المعايير الأخلاقية و الهوية الذاتية، إضافة إلى عامل آخر ذكر في الأونة الأخيرة و هو الندم المتوقع Anticipated Regret ، و ذلك لأن إدراكنا أننا سنندم في المستقبل على سلوك معين قد يؤثر على مقصدنا من أداء العمل، و بالإضافة إلى ذلك، فقد دارت هناك مناقشة حول ما إذا كانت المقاصد تترجم لممارسة واقعية أو لا، و هو ما يعرف بفجوة السلوك و المقصد Intention-Behaviour Gap، كما دعا بعض الباحثين إلى وجوب تشجيع المشاركين على الإنخراط في تخطيط السلوك، أي عمل خطة مفصلة عن كيفية تنفيذ السلوك و اختيار زمانه و مكانه، و ذلك بسبب زيادة عملية الفعل التي تترجم المقاصد إلى سلوك (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص 67).

و كما هو الحال بالنسبة لنموذج المعتقدات الصحية لم يضع النموذج في الحسبان أن تكلفة و مزايا تعديل السلوك يمكن أن تتباين عبر الزمن، بالإضافة إلى أن النظريتين يفترضان عقلانية اتخاذ القرار أي أن الناس يقومون بتقييم المخاطر الطبية المتضمنة في سلوك معين، و تعديل سلوكهم وفقا لذلك بعناية، و لهذا و كما توحى العديد من الدراسات، فإن اتخاذ الناس للقرارات يميل إلى الإنحراف عن العقلانية، و تشير الكثير من نتائج البحوث إلى أن الناس متقائلون فيما يخص صحتهم بشكل غير واقعي، و لديهم خبرة

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

ضئيلة بالتهديدات الصحية، ونحن نعطي تقييما أقل لاستهدافنا للمرض، أو نجد أنه من الصعب تصور ما يمكن أن يكون عليه مرض خطير، و الواقع أن تعديل السلوك يحدث غالبا نتيجة لعوامل أقل تحديدا (صفوت فرج، 2000 ، ص 572).

والشكل التالي يبين بعض السمات البارزة لنموذج السلوك المخطط:



شكل (8): بعض السمات البارزة لنموذج السلوك المخطط

(Gustave, N, F, 2002, p29)

3. نموذج الإذعان الصحي (Health Compliance Model (HCM):

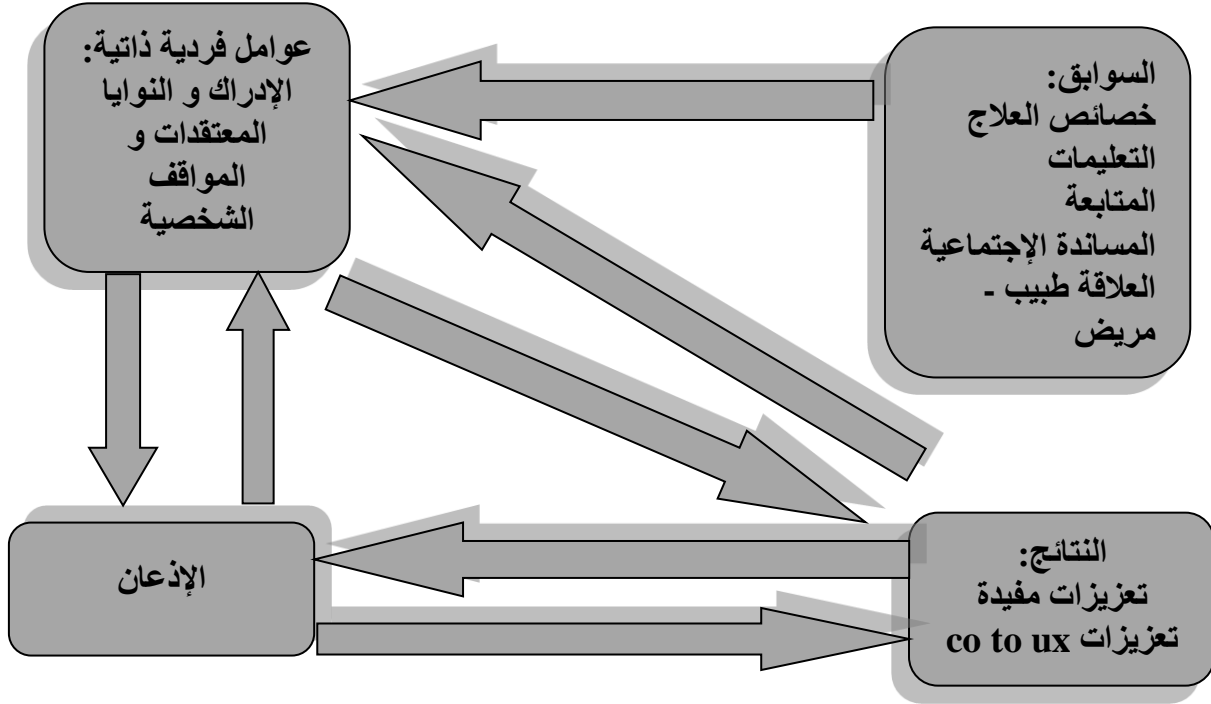
طور هذا النموذج من طرف هايبي و كارلسون Heiby & Carlson سنة 1986، ثم جاء بعد ذلك النموذج الإجتماعي السلوكي و أكمله، هذا الأخير الذي شرح الإلتزام الخاص بتوصيات التمارين الرياضية المنتظمة، الوقاية، احترام المواعيد... إلخ مع إعطاء اهتمام أكبر لدراسة الإلتزام بالعلاجات الطبية.

إن نموذج الإذعان الصحي كان أول من أخذ بعين الإعتبار الطريقة التي يعيش بها الأفراد و يشعرون بها إزاء التزامهم انطلاقا من تأثيرات النتائج اللآنية أو المستقبلية على حياتهم، و يحتوي على ثلاثة متغيرات أساسية و هي:

أولا: السوابق: أو الوضعيات التي تحتوي على عدة جوانب و هي:

- ❖ خصائص العلاج: الجرعة، الذوق، اللون، تعقيدات و مقادير الأدوية، تغليف الأدوية.
- ❖ نوعية المعارف حول طبيعة و أهداف العلاج.
- ❖ التكيف مع أسلوب الحياة.
- ❖ نوع التعليمات (مكتوبة، شفوية)، و مدى وضوحها و سهولة فهمها.
- ❖ الإتصال المناسب.

- ❖ المواظبة على الفحوصات.
- ❖ المساندة الإجتماعية و العائلية.
- ❖ نوعية العلاقة طبيب / مريض.



شكل (9) يوضح مكونات نموذج الإذعان الصحي لHeiby et Coll

ثانيا: العوامل الذاتية: و تشمل على إدراك المريض لحالته:

- ❖ المعنقات.
- ❖ إدراك فعالية العلاجات.
- ❖ التكلفة المدركة.
- ❖ تقييم الخطورة أو التهديد.
- ❖ درجة الرضا.

ثالثا: النتائج الخاصة بإيجابيات و سلبيات الإذعان:

الفوائد: يمكن أن تكون:

- ❖ إجتماعية: التأييد من الآخر.
- ❖ شخصية: تحسن الحالة الصحية او انخفاض حدة الأعراض.
- ❖ مالية: أرباح اقتصادية جراء التوقف عن التدخين مثلا.

السلبيات: يمكن ان تكون:

❖ **جسدية:** تدهور الحالة الصحية للمريض او ارتفاع الضغط أو زيادة الأعراض الجانبية.

❖ **مالية:** انعكاس اقتصادي على العلاج.

❖ **اجتماعية:** (وصمة المرض).

إن هذه الإيجابيات و السلبيات يمكن أن تكون أنية أو مستقبلية، كما أن هذا النموذج يبين نوعين من العوامل الإيجابية و السلبية للإذعان:

1/ في حالة العوامل الفردية، الإيجابيات و السلبيات المدركة تكون منعكسة قبل الإذعان، و هذا الإنعكاس يعتبر كمحدد للإلتزام.

2/ في حالة العوامل المتعلقة بالنتائج، الإيجابيات و السلبيات المدركة و المعاشة تكون بعد الإلتزام. هذه العوامل المتعلقة بالمفعول الإرتجاعي Feed – Back تؤثر على السلوكات المستقبلية المرتبطة بنفس العلاج أو بعلاج آخر، إن هذه المقاربة تبين الخاصية الدينامية لسيرورة الإلتزام، و تسمح بالأخذ بعين الإعتبار عامل الزمن و تأثيراته، الذي نادرا ما يتم إدراجه في النماذج الصحية (Gustave N , F,, 2006, P P17-172)

4. نموذج تبني الاختيار الحذر The precaution adoption process model:

ينص نموذج تبني الاختيار الحذر لواينشتاين N , Weinstein على أن الأفراد عندما يبدأون في سلوكيات جديدة و معقدة نسبيا فإنهم يهدفون بذلك إلى حماية أنفسهم من الضرر فهم يمرون بمراحل متعددة من الإعتقاد في قابليتهم للإصابة بالمرض، و لا يتحرك الأفراد بالضرورة من المراحل الأدنى إلى المراحل الأعلى، بل إنهم أيضا يعودون إلى المراحل السابقة.

و على الرغم من أن مظاهر متعددة لهذا النموذج قد تم شرحها في عام 1988، فإن الصبغة الحالية للنموذج قد نشرت عام 1992، و يتضمن هذا النموذج افتراضا مؤداه أن الأفراد قد يسيرون خلال سبع مراحل عند تعديل سلوكهم، و هذه المراحل هي:

1. ينكر الأفراد أنهم معرضون للخطر.
2. يعترفون بأن هذا المصدر يمثل خطرا على الآخرين.
3. يعترفون بأن هذا المصدر يمثل خطرا شخصا أيضا.
4. يأخذون قرارا بالقيام بفعل ما.
5. يختارون التغيير السلوكي.
6. يبدأون في أداء السلوك.
7. يحافظون على استمرارية هذا السلوك.

ويفترض واضعوا هذا النموذج أن الأفراد عادة ما يمرون خلال كل المراحل، على الرغم من أنه في بعض الحالات قد يكون المرور عبر هذه المراحل بطيئا.

تقييم النموذج:

لم يستخدم نموذج عملية الاختيار الحذر إلا في عدد محدود من الدراسات، و بالتالي يظل هذا النموذج في حاجة للاختبار، فهو يعرض منظورا أشمل لاختيار السلوكيات الوقائية، و قد يكون هذا النموذج أكثر اتساقا مع حقيقة أن هذه السلوكيات لا توجد بشكل منفصل، فمحاولة تعديل السلوك الجنسي للفرد، أو سلوكيات التعاطي سوف تمس بالضرورة مظاهر أخرى لها أهميتها في حياة هذا الفرد. و التدخلات التي يتم تخطيطها اعتمادا على هذا النموذج يجب أن توفر المصادر اللازمة لإحداث التغيرات السلوكية، مثال ذلك: برامج تقليل الضرر الناتج عن الاستخدام غير الآمن للعقاقير، يجب أن تحتوي هذه البرامج على عمل إبر جراحية معقمة، و أن تكون إبر الحقن هذه في متناول من يستخدمونها (أميرة محمد الدق، 2011، ص ص 130 - 132).

5. نموذج (برسيد) التربية الصحية:

يعتبر لورانس جرين (Lawrence Green, 1974) رائدا في مجال التربية الصحية و لقد صاغ نموذجا نظريا يعرف بنموذج الإعداد أو برسيد Percede Model حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة و الإرتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى مستويات، يرى جرين أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي و مباشر بالبيئة المحيطة بالفرد و العادات الصحية التي يمارسها، و استطاع جرين تحديد مجموعة من المتغيرات أو العوامل يفترض أنها تتحكم أو تضبط في نشأة و ممارسة مظاهر السلوك الصحي، و يوضحها الشكل رقم (10).

1. عوامل الاستعداد: Predisposing factors

قيم، اتجاهات

2. عوامل الكفاءة: Enabling Factors

"مهارات موارد" ← «سلوك صحي» ← "صحة جيدة"

3. عوامل التعزيز: Reinforcing factors

"معايير اجتماعية"

شكل (10) نموذج التربية الصحية لجرين

1. عوامل أو متغيرات الإستعداد:

تتضمن العوامل أو المتغيرات المعرفية مثل المعارف الصحية و القيم و الإتجاهات و المعتقدات الصحية و الوعي الصحي، و تشكل هذه المتغيرات الهدف التقليدي لبرامج التربية الصحية و التي غالبا ما تسعى من خلال تغيير هذه المكونات المعرفية إلى دفع الفرد لممارسة الأنشطة و العادات الصحية السليمة.

2. عوامل او متغيرات الكفاءة:

و تشمل الكفاءة و المهارات و الموارد الأخرى مثل الكتاب أو النادي الرياضي أو جمعية خاصة بضبط الوزن، و كلها تساعد على تنفيذ النشاط الصحي المرغوب كمرقبة مستوى ضغط الدم أو مراقبة استهلاك الكوليسترول أو تعلم السباحة، و بمعنى عوامل أو متغيرات الكفاءة تعمل على تأهيل الفرد و تزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق مستوى صحي جيد.

3. عوامل أو متغيرات التعزيز:

و تشمل جميع العوامل الإجتماعية و الثقافية التي يمكن أن تمارس تأثيرا ايجابيا أو سلبيا على سلوك الفرد و عاداته الصحية كالإعلام من خلال التصحيح، و الأصدقاء من خلال ممارستهم الصحية و عوامل التنشئة الصحية الأخرى كسلوك المربين أو المصلحين.

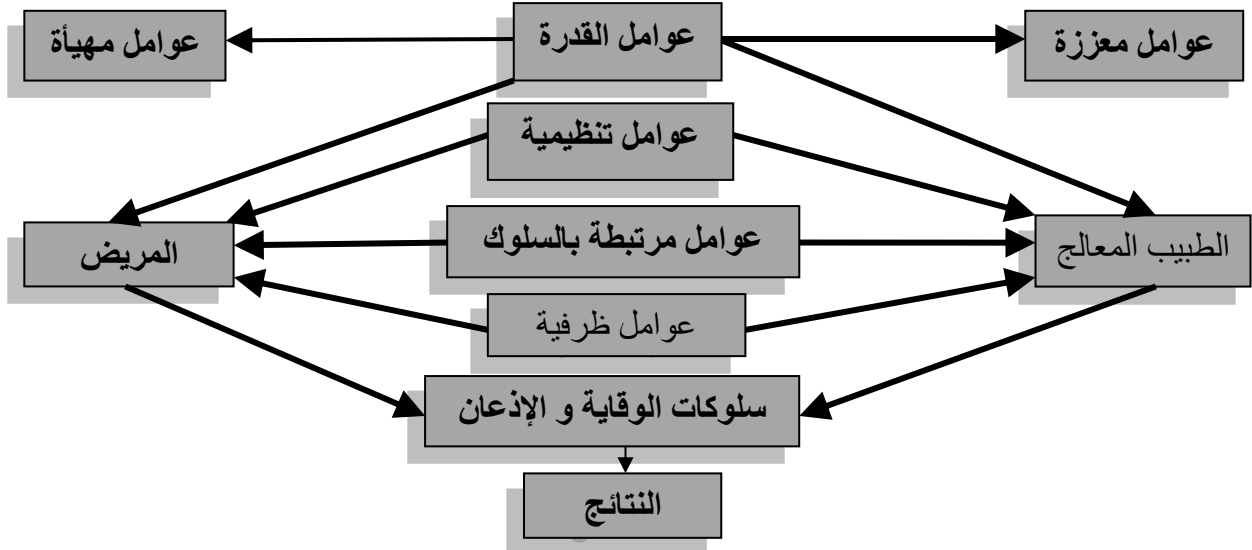
و يعد هذا النموذج الذي ينطلق من المحددات المعرفية و الإجتماعية و الثقافية للسلوك الصحي من النظريات النفسية الأكثر استعمالا في مكافحة المرض في مجال الصحة العامة، حيث إن اعتماد بعض البرامج الوقائية و النمائية على مبادئها العلمية مكن مجتمعات كثيرة من السيطرة على مشاكل صحية هامة، خاصة تلك التي تتعلق بصحة الأم و الطفل و الجنين في المجتمعات النمائية (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص 38-40).

6. النموذج القيمي للعلاجات الوقائية:

إن هذا النموذج اهتم في إطار تطبيقاته الإكلينيكية بدراسة الإلتزام بالعلاج مباشرة، و لو أنه أدمج في طياته عدد معتبر من المعايير المنبثقة من الوقاية، و لقد تميز بإبراز أهمية دراسة الأدوار المتتالية للمريض و الطبيب في القيام بالسلوكيات الوقائية و الإلتزام بالعلاج. هذا النموذج انجز عام 1992 من طرف Walsh & Mcphee منطلقا في ذلك من نموذج المعتقدات الصحية و نموذج برسيد و البرت باندورا "الكفاءة الذاتية"، و نموذج فيشبين في السلوك المبرر، و يشير هذا النموذج إلى ثلاثة أصناف من العوامل و هي:

1. العوامل المهيأة.
2. العوامل المسهلة.
3. العوامل المعززة.
4. عوامل تنظيمية.
5. عوامل مرتبطة بالسلوكيات الوقائية.
6. عوامل ظرفية.

و الشكل الموالي يبين أهم مكونات النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Walsh & Mcphee.



شكل (11): النموذج القيمي للعلاجات الوقائية ل Walsh & McPhee

1. العوامل المهياة:

1.1 العوامل المهياة الخاصة بالمرضى: وتشتمل على:

- ❖ الخصائص السوسيوديموغرافية: (الجنس، السن...).
- ❖ المعتقدات و المواقف: المعتقدات الدينية أو الثقافية، الخوفات، الحوافز، المواقف اتجاه الوقاية، مشاعر الكفاءة الذاتية و مشاعر الضبط اتجاه المرض، القيمة المعطاة للمرض.

2.1 العوامل المهياة الخاصة بالأطباء: تضم معايير مشابهة للمرضى مثل:

- ❖ الجنس أو السن.
- ❖ المواقف اتجاه الوقاية.
- ❖ إدراك الطبيب لمستوى الكفاءة الذاتية للمريض و مستوى الحوافز، و معلوماته، و أيضا إدراكه لكفاءته الطبية و لدوره التربوي.

2. العوامل المسهلة:

1.2 العوامل المسهلة الخاصة بالمرضى: و تتجلى في:

- ❖ مهارته و مقدرته على الإلتزام بالعلاج.
- ❖ العوامل الفيزيولوجية الخاصة بكل مريض.
- ❖ العوامل المادية المتعلقة على سبيل المثال بالوصول المادي للعلاج.

2.2 العوامل المسهلة الخاصة بالطبيب: و تخص:

- ❖ بالدرجة الأولى كفاءته الحقيقية في مجال الوقاية (التربية و التكوين).
- ❖ اختصاصه الطبي.

❖ درجة الخبرة الطبية.

❖ فهمه لأهداف و اتجاهات الوقاية.

❖ العوامل المادية (الأوقات، المكان، المستخدمين، العناد و التجهيزات الطبية).

3. العوامل المعززة:

1.3 العوامل المعززة الخاصة بالمرضى:

❖ مساندة المحيط.

❖ التأثيرات الإيجابية للعلاج كفقدان الوزن.

2.3 العوامل المعززة الخاصة بالطبيب:

❖ تأثيرات ايجابية مدركة لرضا المريض.

❖ نوعية الإتصال ما بين المهنيين حول الوقاية.

4. العوامل التنظيمية: و هي تهم المريض و الطبيب في نفس الوقت و تتضمن:

❖ الوصول إلى العلاج.

❖ وفرة الخدمات العلاجية و الوقائية.

5. العوامل المرتبطة بالسلوكيات: و هي تخص كفاءة سلوكيات الإلتزام الواضحة، و هذه العوامل

تمس أيضا التأثيرات الثانوية الحقيقية أو الممكنة و الغير مرغوب فيها التي يمكن ان تظهر لدى المرضى.

6. العوامل الظرفية: و لها شكلين:

1.6 داخلية: الأعراض.

2.6 خارجية: تدخل المحيطين بالمريض، تذكير الطبيب، المعلومات من طرف وسائل الإعلام... و

التي تعتبر كمعايير تؤخذ بعين الإعتبار من أجل رفع معنويات المرضى، و جعلهم يتقاعلون بالإلتزام

بالعلاج.

تقييم النموذج القيمي للعلاجات الوقائية:

إن هذا النموذج حديث، إذ أنه يمثل تطور فهم هذه السيرورة في السنوات الأخيرة، و قد أدمج أغلبية

إسهامات النماذج الأخرى، فاتحا مجالات مهمة للبحث و التدخل .

إن النموذج فيه بعض النقائص لأنه مازال عام، و بالتالي غير قادر على تحديد دور مختلف

العوامل حسب نوع المرض. (Gustave, N, F, 2006, PP 174-175)

تعقيب عام على النماذج و النظريات المفسرة للإلتزام بالعلاج:

إن النظرية المفيدة يجب أن تتوافر فيها الشروط الآتية:

1. إنتاج دراسات ذات أهمية.

2. تنظيم الملاحظات و تفسيرها.

3. مساعدة الممارسين على التنبؤ بالسلوك و تغييره.

و بالنظر إلى نموذج المعتقدات الصحية، و نظرية السلوك المخطط ، نجد أن جميعها أثمرت عددا كبيرا من الدراسات، و هي تبشر بالنجاح في مجال الحث على القيام بدراسات إضافية أخرى، بالإضافة إلى أن هذه النماذج يمكنها أن تكون أكثر قدرة على تفسير السلوك و التنبؤ به، فهي بوجه عام أكثر دقة في التنبؤ بالسلوكيات المرتبطة بالصحة.

و من الملاحظ أن معظم النظريات و النماذج المفسرة للإلتزام بالعلاج تضمنت مفهوم الكفاءة الذاتية مما يدل على أهمية هذا المتغير في دراسات الإلتزام بالعلاج، فانطلاقا من التصورات السالفة الذكر التي قدمها علماء النفس الصحي لتغيير العادات الصحية، نلاحظ أنهم عملوا على دمج العوامل الدافعية و التعليمية في نماذج أكثر عمومية، و ذلك للتدخل في تغيير السلوكيات الضارة بالصحة، إذ أن معظم هذه النماذج ركزت اهتمامها على اختبار المدركات حول مدى توافر القابلية للتعرض للمخاطر الصحية، و على المعتقدات التي يحملها الفرد حول أهمية العادات الصحية في مواجهة هذه المخاطر، و المدركات حول ما لديه من إمكانيات ذاتية لإيقافها، فالإفتقار إلى معتقدات مقنعة حول تغيير سلوكيات الخطر يحول دون الإنخراط في تطبيق البرنامج العلاجي بصفة خاصة و السلوكيات الصحية بصفة عامة، كما نلاحظ من خلال التقييمات الخاصة بالنماذج و النظريات أن معظمها لم تحدد طريقة معيارية لقياس مكوناتها، و هو ما يحث على إجراء بحوث تهدف إلى تصميم مقاييس معيارية لهذه المكونات (أميرة محمد الدق، 2011، ص 131)..

ثالثا: العوامل المحددة للإلتزام بالعلاج:

هناك العديد من العوامل التي تحدد الإلتزام بالعلاج، و غالبا ما تكون خاضعة للعوامل التالية:

1. عوامل مرتبطة بالمريض:

و تتمثل الخطوة الأولى التي تضمن الإلتزام، في قرار المريض الانصياع للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطبيب، لكن الأطباء يميلون للاعتقاد أن المرضى سوف يلتزمون حتما بإرشاداتهم و نصائحهم، دون أن يدركوا بأن العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل بتصميم المريض و اتخاذ قرارا قطعيا بهذا الشأن، فالمريض ليس طرفا سلبيا في إنجاح العلاج و الإلتزام، و إنما له كامل الحرية في اتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه و منسجمة مع قناعاته، و يتحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بإدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا إن عرف بأن مرضه عابر، و ليس خطرا على مستقبله، و من جهة أخرى يتحدد التزام المريض بمقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهض الكلفة، و سينتج عنه أوجاع و آثار جانبية، و سيخل بالحياة اليومية للمريض، و يسبب له الضيق و الإزعاج، فإن التزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا (شيلي تايلور، 2008، ص 553).

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

و يرتفع الإلتزام ليصل إلى نسبة تقارب 90%، عندما يدرك المريض أن نصائح الطبيب تهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين وضعه الصحي العام، من خلال حمله على استخدام الأدوية مثلا، بينما تقل النسبة لتصل إلى 76% إذا تطرقت النصائح لمواضيع مهنية، مثل إلزام المريض بالتوقف عن العمل لفترة من الوقت على سبيل المثال، و تصل النسبة إلى معدل أدنى يقارب 66% إذا كانت طبيعة النصائح اجتماعية أو نفسية، كتجنب المواقف الاجتماعية الضاغطة على سبيل المثال، فقد تبين أن الإستراتيجيات التجنبية في التكيف تؤدي إلى إضعاف مستوى الإلتزام بالعلاج، و قد أظهرت الدراسات الطولية أن المرضى المصابين باكتئاب، و أولئك الذين يلجؤون إلى استراتيجيات تجنبية في تكيفهم، يكونون في الحقيقة أقل التزاما بتوصيات أطباءهم و بتطبيق العلاج. (شيلي تايلور، 2008، ص556).

2. فهم الوصفات و العلاج:

من المحددات التي تسمح بتحقيق درجة عالية من الإلتزام فهم المريض لما هو مطلوب منه، و للإجراءات التي سيشملها برنامج العلاج، فإذا لم يفهم المريض هذه الإجراءات، فإنه لن يتبعها و يطبقها بدقة حتما، و حسب لي "Ley ; 1988" يكون الإلتزام في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض و مسبباته و كيفية علاجه بأسلوب مبسط و خال من المصطلحات العلمية و الطبية المعقدة، و التعليمات المكتوبة و المكررة لضمان استيعابها (شيلي تايلور، 2008، ص553).

ففي دراسة قام بها (Ong, L, M, L, & AL , 1995) تبين أن الإلتزام السيئ كان في أغلب الأحيان ليس نتيجة قلة تعاون المريض كما أشار إليه 60% من الأطباء، و إنما نتيجة قلة شرح الأطباء و نقص فهم المرضى، كما أن لي و زملاؤه (Ley, P & al, 1975) وجدوا بأنه حوالي 40% مما يقال أثناء الفحص الأنفي ينسى، و في دراسة قام بها سنة 1988 وجد أن نسبة المرضى الذين لا يفهمون ظروف و أسباب وصفاتهم تتراوح بين 5-53%، و في هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات أن المريض إذا لم يفهم الأمور المتعلقة بصحته أثناء الفحص الطبي فإنه لن يلتزم (Gustave, N, F & Cyril T , 2006, p182) ، في حين أن دراسة كران (Grane, J, 1996) و التي أنجزت في مصلحة الإستعجالات بينت بأن 59% فقط من المعلومات الطبية كانت مفهومة بطريقة صحيحة من طرف المرضى، و أن العناصر الوحيدة التي يتذكرها المرضى كانت عموما التشخيص أو التصنيف الطبي.

إن الإلتزام يكون أكثر أهمية في حالة الأمراض الصامتة، أين المريض لا يشعر بأي عرض، و في هذه الحالة يمكن أن لا يفهم الحاجة إلى العلاج مما يؤدي به إلى خطر عدم الإلتزام، فمن الأهمية بما كان هنا تزويد الأطباء مرضاهم بالمعلومات، و توصيات دقيقة (التعليمات، الأوقات، عدد الأقراس، تحديد التغذية)، ليس فقط شفويا، و لكن أيضا كتابيا، و ذلك أنه من المتعارف عليه (تقليديا) أن الوصفات المكتوبة في إطار الفحوصات نادرا ما توجه للمرضى، و إنما توجه للأخصائيين المهنيين للصحة و خاصة الصيدلانيين (Aurélie, L & Damien R, 2012, P10).

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

و قد فحص Boyle, C, M, 1970 المفاهيم التي يعطيها المرضى لمختلف الأمراض، و بينت النتائج أن 85% من بينهم أعطوا تعريف صحيح لإلتهاب المفاصل، و 72% لليرقان و 52% للنبضات و 80% للإلتهاب الشعبي، و قد فحص Boyle أيضا إدراك المرضى لتمرکز الأعضاء، و وجد أن 42% حددوا بطريقة صحيحة تمرکز القلب و 20% المعدة و 49% الكبد، مما يشير بأن فهم محتوى الفحص يمكن أن يكون محدود.

دراسة أخرى فحصت فهم المرضى حسب السبب و الخطورة، و في هذا الصدد سأل Roth, H, (P, 1979) المرضى عن أسباب القرحة المعدية، و تحصل على إجابات مختلفة ك " مشاكل الأسنان، الأنياب، التغذية، المشاكل الهضمية و زيادة مستوى الحموضة على مستوى المعدة، و سألهم أيضا عن أسباب سرطان الرئتين، و وجد ان 50% من الأفراد يعتقدون بأن التدخين هو السبب، و بين أن 30% فقط من المرضى يظنون بأن ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يعالج بالأدوية.

إذا الطبيب أعطى رأيه للمريض و اقترح عليه متابعة برنامج خاص للعلاج، و إذا المريض لم يفهم أسباب مرضه، و لا يعرف التحديد الصحيح للعضو المصاب و لا السيرورة التي تتدخل في العلاج، فإن هذا النقص في الفهم من المحتمل جدا أن يؤثر سلبيا على سلوكهم فيما يخص الإلتزام بالعلاج (Jane, O, 2008, pp 80-81),

3. عوامل متعلقة بالبرنامج العلاجي *Nonadherence to Treatment Program*

يؤثر كل من طبيعة مرض المريض و العلاج الموصوف له على إذعانه، فبالنسبة للأمراض الحادة ذات الأعراض غير المحببة، و التي تشفى مباشرة بالعلاج يكون احتمال الإذعان مرتفعا، و على النقيض من ذلك الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا لأماد طويلة، حيث يميل الإذعان للضعف، بالإضافة إلى ذلك، فبقدر تعقد النظام العلاجي بقدر انخفاض احتمالات الإلتزام الدقيق بالعلاج.

و تؤدي بعض الإجراءات المعقدة للعناية بالذات إلى تحقيق أدنى مستوى من الإلتزام، كما هو الحال فيما يخص مرض السكري مثلا، و الذي يتطلب من المصابين استخدام حقن الأنسولين، و يلزمهم بمراقبة التغييرات التي قد تطرأ على معدل الجلوكوز في الدم، و اتباع نظام غذائي معين يسمح بالسيطرة على استهلاك السكريات و النشويات، إضافة إلى ضرورة ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، و الإجتهد في تدبير الضغوط النفسية (شيلي تايلور، 2008، ص556).

و يميل الإذعان أيضا للضعف عند ظهور أعراض جانبية، و من المؤكد أن هناك الكثيرين ممن يجادلون، في ضوء هذه الأعراض الجانبية، في أن عدم الإذعان يمكن أن يكون تكيفيا في بعض الأحيان، و على الرغم من ذلك، إذا كان تقرير المريض لمزايا العلاج أرجح من تقديره للأعراض الجانبية فيحتمل أن يذعن له (س. ليندازي و آخرون، 2000، ص 577)، و كذلك من بين أهم العوامل المؤثرة على الإلتزام بالعلاج إخفاق علاج سابق و كثرة تغيير العلاج (World Health Organization, 2003, p 30)

4. العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب / مريض:

لا مفر من الإعتراف بأثر مشكلات الإلتصال على الصحة، فالتفاعل بين الطبيب و المريض لا يمكن اعتباره كعامل ثانوي أو محايد، ففي أغلبية الحالات المريض يواجه محترفي الصحة، و يضع بين يديهم صحته و حياته، و وضعية كهذه تؤدي بالمريض إلى الشعور بالحد الأدنى بالعناصر النفسية العاطفية التي تجعله يشعر بالأمان و الإطمئنان، (Gustave, N, F & cyril, T , 2006, p185) .

فالمهم هنا هو التأكيد على أهمية العلاقة بين الطبيب و المريض، فالطبيب الذي يظهر اهتماما بالمريض، و يكون اجتماعيا و يبعث الثقة و الأمل في مرضاه كثيرا ما تكون نتائج علاجه جيدة، فقد أوضحت الدراسات و البحوث أن نوعية العلاقة بين الأطباء و المرضى هي التي تحدد طلب المساعدة من عدمها، كما أنها ترغم المريض على الإمتثال للأوامر الطبية و العلاج و الإستمرار في الإستماع لنصائح الطبيب أو تركها و عدم اللامبالاة (سامي عبد الكريم الأزرق، 2008، ص 129).

فالمرضى غير الراضين أقل ميلا لإستخدام الخدمات الطبية مستقبلا، كما أنهم أكثر ميلا للبحث عن خدمات تلبي إحتياجاتهم العاطفية بدلا من حاجاتهم الطبية، وعن خدمات تضع التفاعل الوجداني في المقدمة، حتى لو كان ذلك على حساب الرعاية الفنية الكفوة، ففي دراسة قام بها Davis, M, S على 223 فحص بين بأن الإلتزام كان ضعيفا عندما المفحوص يكون متوترا، أو عندما الطبيب لايجيب عن الأسئلة بقدر كاف، فالصفات العاطفية للطبيب، خصوصا الدفء الإنساني، و مستوى التطابق مع الآخر هي مفاتيح أساسية للإلتزام لدى المرضى (Gustave, N, F & cyril, T, 2006, p186)، كما وجد كورش و زملاؤه (Korch et al..1968) من خلال تقييمهم لأمهات، يترددن على عيادة خارجية للأطفال أن أولئك اللاتي كن شديدات الرضا بدفء الطبيب و اهتمامه و تزويده لهن بالمعلومات، كن أميل بمقدار ثلاثة أضعاف للإذعان للنصيحة الطبية مقارنة باللاتي لم يكن راضيات (ليندازي و آخرون، 2000، ص 577).

و في دراسة أخرى بين سكيبر و ليونارد (Skiper & Leonard) أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات و التأييد العاطفي يمكن أن يخفف إلى حد كبير من عبأ التجربة التي يمر بها، و هذا بدوره ستكون له آثار عميقة غير مباشرة على استجاباته الإجتماعية و النفسية و الفيزيولوجية أيضا، كما تعجل بشفائه إلى حد كبير، كما أشار زولا (Zola) إلى أن رفض الإعتراف بالعنصر غير الطبي (أي النفسي) في المعاونة قد يؤدي إلى فشل العلاج، كما أن الضرر قد يلحق بالمريض بسبب معالجة الأعراض الجسمانية فقط دون الإعتراف بأنها جزء من صورة أكبر (فاطمة الزهراء براحيل، 2009، ص 195).

كذلك وجد أن المرضى غير الراضين كانوا أقل ميلا للحصول على فحوصات طبية، و أكثر ميلا لتغيير أطبائهم و التقدم بالشكاوي الرسمية، و عليه يبدو أن عدم الرضا عن التفاعل ما بين المريض و

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

الطبيب، لا يدفع فقط باتجاه المجازفة التي تؤدي إلى تجنب الخدمات الطبية مستقبلا، و إنما يشكل أيضا معضلة لمؤسسات الرعاية الصحية نفسها (شيلي تايلور، 2008، ص550).

فالمرضى يحتاجون إلى الطبيب الذي يحسن الإستماع إلى مرضاه و الذي يفحص مرضاه بكل تأن و روية، و الذي يساهم في حل المشاكل الشخصية للمريض و الطبيب الصديق للمرضى. و لكي تتضح صورة العلاقة بين الأطباء و المرضى قام كل من (شراس و هولندر) بتقسيم التفاعلات بين الأطباء و المرضى إلى ثلاثة أقسام و هي:

الأيجابية-السلبية: و في هذا النوع يكون الطبيب ايجابيا و المريض سلبيًا، و يظهر ذلك في حالات الطوارئ كالإصابات الشديدة، و حالات النزف الشديد و الهذيان و الغيبوبة، فالمرضى يكاد يكون عاجزا تماما بينما يجري الطبيب علاجه و ما تستحقه الحالة من تدخل.

و إذا نظرنا إلى هذه الحالة نرى أن عمليات العلاج تجري دون وعي من المريض، فلا يتم فيها أي نوع من التفاعل مع المريض كونه في حالة لا تسمح بالتعامل.

نموذج الإرشاد و التعاون: و يندرج هذا النموذج عادة عندما تكون الظروف أقل بأسا، حيث يكون المريض في حالة وعي تام، و يتفاعل مع الطبيب و يتعاون معه في تشخيص المرض و وصف العلاج. و بالنظر إلى هذا النموذج نرى انه الأكثر قبولا في العملية العلاجية، و هو يعطي فرصة التفاعل بين المرضى و الأطباء.

نموذج المشاركة المتبادلة: حيث يتم تنفيذ برنامج العلاج على يد المريض بتعليمات تلقاها دوريا من الطبيب، و تظهر هذه المشاركة أكثر وضوحا عند مرضى السكري الذين يظهرون تعاوننا و مشاركة في العلاج من خلال تفعيل و تنفيذ تعليمات الأطباء.

إلا أن هذا النموذج الذي ذكره كل من (شراس و هولندر) لا يعتبر هو القاعدة لتفعيل التفاعل بين الأطباء و المرضى، فهناك ظروف خارجية و نفسية و خلقية تتحكم في العلاقة التفاعلية، بل و حتى الظروف البيئية و الدينية و التربوية، كلها عوامل تؤثر على نوع التفاعل و محتوى التخاطب بين الطبيب و المريض المتلقي للعلاج أو المتلقي لتعليمات الطبيب (سامي عبد الكريم الأزرق، 2008، ص ص 129-131).

و قد حلت دراسة كلاسيكية التفاعل بين الطبيب و المريض، حدد فيها بيرن و لونج (Byrne and Long ; 1976) أنماط التفاعل التي تمتد من تمركز الطبيب حتى تمركز المريض:

النمط الأول: و يتجه الطبيب في هذا النمط إلى استخدام أسئلة مباشرة مع تركيزه على المشكلة الأولية التي يذكرها المريض مع تجاهل محاولات المريض لذكر مشكلات أخرى.

النمط الثاني: و يتضمن استخدام قدر أكبر من الأسئلة المفتوحة، مع تشجيع الطبيب للمريض لتقديم المزيد من المعلومات، و دعوته للمشاركة في اتخاذ القرار.

و على الرغم من اختلاف النمط الذي يستخدمه الطبيب، فإن كل فرد يستخدم نمطا متسقا مع كل مرضاه، الذين يقوم بعلاجهم، و الفشل في الاستجابة للمريض بوصفه فردا مختلفا عن غيره يجعل من المحتوم غالبا حدوث عدم تطابق في التوقعات (س.ليندازي و آخرون، 2000، ص 577).

و هنا يجب التنويه إلى أن العلاقة السلبيية و غير المرغوبة التي تكون محل اشمزاز من المرضى اتجاه الأطباء و التي تكون بسبب تجاهل الطبيب لمرضاه على حساب مرضى آخرين، فالوضع المادي أو المركز الإجتماعي أو السياسي قد يكون سبب في الإستحواذ على اهتمام الطبيب فإذا ترسخت هذه الفكرة في ذهن الطبيب، و أصبح العالم في نظره عبارة عن مادة و عن مناصب تتيح له التقرب من أصحاب النفوذ و السلطة، أدى ذلك إلى سقوطه في بؤرة فساد العلاقة مع المرضى، و يصبح على علاقة قوية مع المرضى أصحاب النفوذ المادي أو السلطوي، و حتى هذا النوع من العلاقة مبني على هذه الإعتبارات و هي ليست علاقة حميمة أو ودية بالشكل الفعلي للكلمة بل هي علاقة مصلحة وقع ثقلها على المرضى أصحاب الدخول المتوسطة و الذين لا يتمتعون بأي نفوذ اجتماعي (سامي عبد الكريم الأزرق، 2008، ص 134) فقد وجد مثلا أن الأطباء الذين لا يرتاحون للتعامل مع أفراد لا يماثلونهم، قد يتبنون اتجاها أكثر رسمية من المعتاد، مما يخلق مناخا يمنع هؤلاء المرضى من توجيه الأسئلة أو الإستفسارات (شيلي تايلور، 2008، ص 556).

و في دراسة **Svarstad, 1974** أشار بأن الأطباء من غير قصد لا يأخذون بعين الإعتبار مواقف عديدة التي ممكن أحيانا ان تثبط رغبة المرضى للتدخل أثناء الفحص الطبي كاستعمال مصطلحات طبية أو تقنية نوعا ما غامضة، النظر للساعة، مقاطعة المرضى و تجاهل تصريحاتهم، التمتمة، كما أن الطبيب يمكن أن يخرج من الغرفة بدون أن يخبر المريض بأن الفحص قد تم، هذه التصرفات تشير إلى أن "الدكتور يفكر و لا يجب إزعاجه". (Gustave, N, F & cyril, T , 2006, p186)

و بالعكس من هذه العلاقة فقد يكون المريض هو صاحب السلطة و المتسلط بماله و نفوذه مما يجعله يرفض أي علاقة مع الأطباء، و تعد هذه العلاقة نادرة الحدوث، إلا أن النوع الأول هو الأكثر شيوعا، و الأكثر رواجاً في المجتمع (سامي عبد الكريم الأزرق، 2008، ص 134).

التأهيل العلمي و الخبرة الفنية للطبيب:

إن العلاقة بين الطبيب و المريض لا شك تتأثر بخبرة الطبيب في مجال عمله و مدى تأهيله و تدريبه من البداية، فالخبرة الفنية و التأهيل و التدريب و الإطلاع على مستجدات العصر في المجال الطبي يحدد العلاقة بالطبيب، حيث يتوجه المرضى بلا تردد إلى الأطباء المحمودي السمعة، و يصبح الإتجاه إلى هؤلاء الأطباء هو أمر مؤكد من قبل المرضى.

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

و لا شك أن ضعف المعلومات و نقص الخبرة يؤديان و بشكل سلبي إلى ضعف العلاقة بين الأطباء و المرضى، و حتى نجاح العلاقة بين الأطباء و المرضى لا يتوقف فقط على التدريب و التأهيل و وجود معلومات طبية، بل يتوقف على استخدام الطبيب لهذه المعلومات.

و في كل الأحوال فإن الطبيب الجيد المؤهل هو الذي يستفيد من خبراته السابقة مع المرضى و يوظفها في الحالات الجديدة التي سوف يعالجها.

إن تأهيل الطبيب يوفر كثيرا من الجهد و المال و يقلص من معاناة المرضى المترددين على المستشفيات، فكلما كان الطبيب مؤهل علميا و فنيا و خلقيا و اجتماعيا، و ملما بكل الثقافات أو الحد الأدنى منها الذي يخدم الغرض المطلوب في مهنته، كان ذلك ذا مردود ايجابي على العمليات الصحية و الإجتماعية التي تبنى على أساس اجتماعي ثقافي.

و على الرغم من التأهيل الطبي الجيد لبعض الأطباء في الجانب الأكاديمي إلا أن ضعف و إهمال التأهيل الإجتماعي للطبيب يقلل من قيمته الفنية التي يتمتع بها بعض الأطباء، فالتأهيل أساس كل عملية طبية، و تترك انطبعا جيدا عن شخصية الطبيب، فكثيرا ما تتأثر العلاقة بين الطبيب و المريض بسبب القصور في الناحية الفنية و كذلك في الجانب الإجتماعي، و يمكننا تقسيم القصور في هذه الناحية إلى جزأين مهمين:

النوع الأول: و يكون قصور بالفعل من جانب الطبيب سواء أكان ذلك في تعليمه الأكاديمي أم في الوعي الفني و الإجتماعي له، مما يؤثر سلبا على المريض، و يجعله يفقد الثقة في الطبيب، و تتأخر عملية الشفاء.

النوع الثاني: و هو الناشئ عن توهم المريض أن الطبيب يعاني من قصور في الجانب الإجتماعي و الفني، و كذلك نقص و قصور في معلوماته بالرغم من أن الحقيقة عكس ذلك.

و يتسرب هذا الشعور للمريض بسبب خبرته البسيطة أو عدم فهم معاملة الطبيب، أو بسبب تجاربه السابقة، و غالبا ما يحدث بسبب رغبة المريض في أن يلاحظ تحسن سريع في حالته.

و على الرغم مما ذكر من قصور، سواء أكان ذلك موجود فعلا في شخصية الطبيب أم لم يكن موجودا و ناشئا أساسا من وهم موجود عند المريض، إلا أنه لابد لكل طبيب أن يلم بكل ما له علاقة بالوضع الصحي للمريض حتى يتمكن من معالجته بما يتلاءم و طبيعة مرضه، و طبيعة البيئة الإجتماعية التي يعيش فيها (سامي عبد الكريم الأزرق، 2008، ص ص 135-136).

إن الطبيب يملك من القدرة المهنية و الفنية الكثير و لا يخف على أحد أن الأطباء هم أفراد يعيشون في المجتمع و يتفاعلون معهم و يتأثرون و يؤثرون فيه، إلا أن نظرة المرضى لأطبائهم تختلف كل الاختلاف، فهم يأملون أن يصلوا بهم إلى مرمى الكرة من أول وهلة، و هذا أمر مستحيل فكما نطلب من الطبيب فهم الوضع الإجتماعي للمريض و المساهمة في حل مشكلاته و تشخيص حالته فيما إذا كانت

عضوية أو حالة مرضية اجتماعية، يجب علينا أن ندرك ان الأطباء ليسوا ملائكة و ليسوا رهبانا، و لا يجوز لهم الخطأ و عليهم واجب مقدس لابد لهم من الوفاء به، و في هذا الصدد يجب على المجتمع و المرضى وضع موازنة للتوقعات و الطموحات للواجبات و الحقوق فلا يهضم جهد الطبيب، و لا يضيع حق المريض (سامي عبد الكريم الأزرق، 2008، ص 131).

و خلاصة فقد كانت الدراسات المختلفة متسقة في عرضها لحقيقة أن المرضى يفضلون الأطباء، الذين يظهرون حساسية و دفئا، و انشغالا على أولئك الذين يبدون منفصلين و غير مهتمين، بالإضافة إلى ذلك، يصبح المرضى أكثر رضا بالاستشارة الطبية إذا ما منحوا إمكانية تفسير مشكلاتهم لشخص ما ينصت لهم، و يقدم لهم تفسيراً واضحاً لحالتهم و للعلاج المقدم لهم، و هذه القضية مهمة على وجه الخصوص، إذا وضعنا في الاعتبار أن نتائج البحوث توصلت لوجود صلة قوية بين رضا المريض بالاستشارة و إذعانه للنصيحة الطبية.

5. الخصائص الديموغرافية والسوسيو اقتصادية:

فيما يخص الخصائص الديموغرافية لم يوصف اي أثر نسقي مقارنة بالسن أو الجنس، ففي دراسة قام بها (Myers I, B & Midence, K, 1998) توصلنا إلى أنه لا توجد علاقة بين الإلتزام بالعلاج و بعض المتغيرات مثل: السن و الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، الطبقة الاجتماعية، في حين أن نظام المعتقدات و تصورات المرضى تعتبر كعناصر أساسية لفهم سلوكيات الإلتزام بالعلاج (Gustave, N, F & Cyril, T, 2006, P182)، في حين تشير دراسات أخرى إلى أن النساء يستخدمن الخدمات لطبية أكثر من الرجال، حتى مع استبعاد الخدمات الطبية المطلوبة، خلال فترة الحمل و الولادة، و يذكر فيربروج (Verbrugge ; 1985) عددا من التفسيرات الممكنة لذلك (س. ليندازي و آخرون، 2000، ص 574)، من بينها أن النساء يتعرضن للمرض أكثر من الرجال " مثال ذلك الحالات المزمنة، و الأمراض المزمنة غير القاتلة مثل التهاب المفاصل و الصداع النصفي، و ليس الأمراض المزمنة القاتلة" (س. ليندازي و آخرون، 2000، ص 575).

و قد أشار (Magalie Baudrant-Boga, 2009) أن عدم الإلتزام بالعلاج الطبي يظهر أكثر لدى الأطفال المتدرسين، أثناء فترة المراهقة و لدى المسنين (Magalie, B, 2009, pp 43-44).

من الناحية الاجتماعية فإن الإستقرار العائلي، الزواج، الرفاق، المساندة من طرف الأنداد لها تأثير إيجابي على الإلتزام بالعلاج، فهناك بعض من الإجماع على أن ضعف المساندة الاجتماعية بالإشتراك مع عزل قوي للمرضى يؤدي إلى سوء الإلتزام، فهي تقلص عموماً و تنظم تأثير العوامل المرتبطة بالعلاج و المرض، فميكانيزم التدخل هو بالأحرى غير مباشر من مباشر بسبب تغيير تقييم الوضعية الضاغطة و ترقية استراتيجيات إعادة ضبط فعالة، كما أن اللامساواة الاجتماعية أو التفاوت الاجتماعي لا يؤدي فقط إلى المرض، لكن يمتد أيضا ليمس حظوظ خمود المرض بسبب استحالة بعض المرضى الإستجداد

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

بمحيطهم الإجتماعي، ففي دراسة قام بها (Brainard & Coll, 1997) حول الإلتزام بالعلاج لدى مرضى السل و مرضى السكري بينت النتائج أن الوحدة فقط كانت عامل منبئ بعدم الإلتزام بالعلاج (Gustave, N, F & Cyril T, 2006, P180)،

كما أن المستوى السوسيو اقتصادي المتدني يعتبر كعامل منبئ لسوء الإلتزام بالعلاج، و الذي يتجلى أساسا في:

- ❖ الموارد المالية: مستوى الدخل، العمل، الفقر؛
- ❖ الهشاشة الإجتماعية: عدم توفر السكن، الهجرة؛
- ❖ التكاليف المرتبطة بالتكفل و إمكانية الوصول إلى العلاج؛
- ❖ وجود أو انعدام التغطية الإجتماعية: الإستفادة من التأمينات؛
- ❖ الإلتواء العرقي و الثقافة الأصلية؛

و عليه، فإن كل هذه العوامل لها تأثير على الإلتزام بالعلاج، كما أن هذه المعايير مرتبطة فيما بينها (Magalie, B, 2009, pp43-44)، و يتضمن الجدول الموالي عددا من العوامل التي تسهم في عدم الإلتزام عند بعض المرضى.

الجدول (1) يوضح ملخص النتائج لمحددات الإلتزام بالعلاج (تيموثي ج، 2007، ص ص 796-798).

النتائج	محددات الإلتزام بالعلاج
لا علاقة	خصائص المرض شدة المرض
لا علاقة	فيروس الإيدز (HIV)
لا علاقة	العمى
يزيد الإلتزام	تدخل المرض بالأنشطة اليومية أو المظهر
يزيد الإلتزام	الألم المرافق للمرض.
تقل الإلتزام	الآثار الجانبية للأدوية
تقل الإلتزام	العقاقير غير المريحة لفيروس الإيدز (HIV)
تقل الإلتزام	ج. إجراءات العلاج المعقدة
تقل الإلتزام	عدد الجرعات مقسوما على ثلاث
يزيد الإلتزام	الخصائص الشخصية للمريض
لا علاقة	العمر

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

علاقة جرسية منحنية	الراشدون
تزيد الإلتزام	التمرين لمدة أقصاها 4 أشهر
تزيد الإلتزام	التمرين بعد 4 أشهر
تزيد الإلتزام	فحص السرطان
	أدوية ضغط الدم
	أدوية السكري
	أدوية مرض القلب
	المراهقون
لا فرق في التمرين الذي يتم ضمن صفوف النساء بيدين إلتزاما أكبر بالتمرين في المنزل النساء أكثر التزاما	السكري
	الجنس
	برنامج التمرين
يزيد الإلتزام	تناول الطعام وفق نظام غذائي صحي
يزيد الإلتزام	أدوية الإضطرابات النفسية
يزيد الإلتزام	ج. الدعم الإجتماعي
	دعم الزوجات لأنظمة حمية أزواجهن
يزيد الإلتزام	برنامج غسل الدم
الدعم الإنفعالي أفضل تنبؤا من الزواج	تنظيم المواعيد
	د. الدعم الإجتماعي
يزيد الإلتزام	أدوية السكري
تقل الإلتزام	نظام الحماية لأمراض القلب
	ه. عوامل الشخصية
تقل الإلتزام	الوسواس القهري
يقل الإلتزام	العداية التهكمية
	و. العوامل الإنفعالية
يقل الإلتزام	أحداث الحياة الضاغطة
يزيد الإلتزام	القلق
	ز. المعتقدات الشخصية
	التدبر التجنبي
يقل الإلتزام	التحكم الذاتي
	المعايير الثقافية
تزيد الإلتزام	أ مرضى السكري و ضغط الدم في زمبابوي
	الإعتقاد بقدرة المعالجين التقليديين
يقل الإلتزام	ب. المرضى اللاتينيون
يقل الإلتزام	معرفة الطبيب بالثقافة اللاتينية
	ج. تنميط المعالج
	للأمريكيين من أصل أفريقي
	للمرضى ذوي الدخل المنخفض

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

التفاعل بين الأخصائي الممارس و المريض التواصل اللفظي ثقة المريض بكفاءة الطبيب عدم اهتمام المريض الخصائص الشخصية للممارس الودية أن يكون امرأة	تزيد الإلتزام يقل الإلتزام تزيد الإلتزام الطبيبات يقدمن معلومات أكثر
--	---

و كما يظهر الجدول، فقد ينجم عدم الإلتزام عن التواصل الضعيف بين المريض و القائم بالرعاية الصحية، أو عن طبيعة البرنامج العلاجي نفسه، أو عن عوامل تتعلق بالمرض نفسه مثل الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها، أو المعتقدات التي يتبناها و يتبعها حول صحته بوجه الخصوص، و يمكن أن يمثل عدم الإلتزام أيضا رد فعل خلافا لفقدان السيطرة و عليه فإن محاولات التقليل من عدم الإلتزام يجب أن تأخذ بعين الإعتبار جميع هذه العوامل، لأن التعامل مع ظاهرة عدم الإلتزام ليس بالأمر السهل أو البسيط كما يعتقد بعضهم.

رابعا: عدم الإلتزام الخلاق Creative Non Adherence:

يوصف أحد أشكال عدم الإلتزام بـ "عدم الإلتزام الخلاق" Creative Non Adherence ، أو عدم الإلتزام الذكي "Intelligent Non Adherence"، و ذلك لأنه يتطلب إجراء تعديل أو إضافة على برنامج علاجي معين، فقد يقوم مريض فقير بتخفيف عدد الجرعات و كميتها، لكي يكفيه العلاج مدة أطول، أو كي يبقي على كمية منه بحيث يتمكن هو شخصيا أو أحد أفراد أسرته من الإستفادة منه في المستقبل.

و قد يأتي عدم الإلتزام الخلاق أيضا كاستجابة لشكوى أو ارتباك يتعلق بالبرنامج العلاجي نفسه، كما أن عدم معرفة عيار الجرعة الدوائية قد يقود بعضهم إلى عدم تناولها كليا خوفا من تجاوز الكمية التي يتطلبها الجسم، إضافة إلى أن هناك من يتوقفون عن تناول الدواء بسبب ما لحق بهم من أعراض جانبية غير سارة، و قد أظهرت إحدى الدراسات حول عدم الإلتزام لدى المسنين أن 73% من حالات عدم الإلتزام كانت مقصودة و غير عفوية.

و قد ينشأ عدم الإلتزام الخلاق أيضا نتيجة نظرية، أو وجهة نظر خاصة لدى المريض حول المرض و علاجه، فقد يرى المريض مثلا أن الطبيب قد تجاهل أو أهمل أحد أعراض المرض التي تستحق الإهتمام بنظره، فيلجأ إلى استخدام دواء إضافي من الممكن أن يتسبب بتفاعلات مع أدوية أخرى، أو يتفاعل مع الدواء الذي وصفه له الطبيب بطريقة غير متوقعة، و ربما تكون خطرة.

كما أنه قد يحدث أن يقوم مريض بإجراء تعديلات على عيار الجرعة المطلوبة، على اعتبار أنه طالما كانت أربع حبوب يوميا تكفي لمدة عشرة أيام فإن ثماني حبوب من الدواء نفسه في اليوم ستكون كافية لتحقيق نتائج أسرع خلال فترة قصيرة تعادل خمسة أيام، و ربما يكون أحد دوافع سلوك المجازفة هو التغلب على الإحساس بفقدان السيطرة، الذي يصاحب المرض في أغلب الحالات، و في الحقيقة، يرى بعض الباحثين أن ظاهرة عدم الإلتزام قد تكون أيضا ردة فعل من قبل المريض لإعادة تأكيد سيطرته على العلاقة بينه و بين الطبيب.

خامسا: التنشيطية، تصنيف الذات، و عدم الإلتزام Reactance, Self-Labeling, and Non Adherence:

إن الأشخاص الذين يشعرون أن حريتهم قد أصبحت مقيدة بصورة تعسفية بفعل عامل خارجي، قد يمرون بخبرة نفسية تدعى بالتنشيطية، و تتسم هذه الحالة بظهور مشاعر الغضب، و ربما يصاحبها محاولات لإستعادة الحرية المهددة، و بالنسبة لبعض المرضى، فقد يكون العامل المحرض على مثل هذا التأثير السيكولوجي هو المرض نفسه بكل بساطة، أو حتى تصرفات الطبيب أحيانا، و لهذا السبب فقد يكون جزءا من عدم الإلتزام بمثابة محاولة لإستعادة الحرية المفقودة.

من الواضح أن هناك العديد من الأمراض و المعالجات التي تتضمن تهديد الفرد بفقدان حريته، خصوصا عندما يتعلق الأمر بأنشطة ذات قيمة عالية بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من المرض الحاد، و الذين تصبح كل أنشطتهم تقريبا مهددة، حتى و لو كان ذلك التهديد مؤقتا، و العديد من برامج العلاج تلزم المرضى عادة بالتخلي عن نشاطات بالغة الأهمية بالنسبة لهم، كالأكل و الشرب و التدخين، مما يدعو بعضهم للإعتقاد أن فرض مثل هذه القيود يعني أنهم فقدوا السيطرة على ما يحيط بهم.

و يمكن لرد الفعل السيكولوجي هذا أن يعزز تهديدا آخر، كما هو الحال عندما يطلق الشخص على نفسه لقب " المريض " أو صفة المرض Self-Labeling ، و تمثل هذه الظاهرة مشكلة عسيرة لدى المرضى المزمنين، و بوجه الخصوص المصابين منهم بأمراض القلب المزمنة التي تتطلب منهم، ليس فقط إحداث تغيير في نمط حياتهم، و إنما في شخصياتهم أيضا، فتكون النتيجة بالنسبة لهم أنهم يتذكرون بأنهم مرضى كلما تناولوا حبة دواء، أو أحجموا عن تدخين سيجارة، لذا، و في هذا الإطار، لا يصبح من السهل علينا فهم سبب عدم التزام بعض المرضى بنصح الطبيب فقط، بل و فهم تحديهم له بصورة علنية أيضا (شيلي تايلور، 2008، ص ص 556-558).

من الواضح أن المرضى لا يستجيبون كلهم بهذه الطريقة لما يعتقدونه فقداننا لحريتهم، و لكن احتمالات حدوث ذلك تزداد عند إدراكهم أن هذه القيود على حريتهم تفرض بصورة تعسفية، و ما يمكن أن نستنتج في هذا السياق إذن، هو أن ظاهرة عدم الإلتزام ليست أمرا نادرا، بل يمكن اعتبارها سلوكا شائعا، و معقدا أيضا.

سادسا: مراحل الإلتزام بالعلاج:

وضع هذا النموذج كل من بروشاسكا Prochaska و كارلو ديكلمنت Diclement.C، و نوركروس Norcross، حيث قام كارلو ديكلمنت بداية في عام 1970 بتطبيق هذا النموذج على سلوك التدخين، ثم طبقه ندرجيا على سلوكيات صحية أخرى.

و قد ظهر هذا النموذج من خلال التحليل المقارن للنظريات الأساسية في العلاج النفسي و تغيير السلوك، و كان الهدف من ذلك هو الدمج المنظم لمجال كان قد تمت تجزئته إلى أكثر من ثلاثمائة نظرية للعلاج النفسي (أميرة محمد الدق، 2011، ص 120)، و قد طور بروشاسكا و ديكلمنت النموذج عبر النظري لتغيير السلوك باعتباره وسيلة لتوليف 18 معالجة معا لتصف العمليات المشاركة في توليد التغيير و الحفاظ عليه، حيث يدرك هذا النموذج ان تغيير السلوك هو عملية معقدة، و أن الأفراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية، و ليس بالضرورة في ترتيب محدد و منطقي.

و يشير الجزء الأساس في نموذج عبر النظري لتغيير السلوك إلى أن الناس ينتقلون من مرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية، و أنهم يفقدون مراحل في بعض الأحيان، و قد يرجعون في وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل ان ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، و بذلك يمثل هذا النموذج غالبا بوصفه دوامة (هناك أحمد محمد شويخ، 2012، ص 70).

وفقا لهذا النموذج، فإن الأفراد لكي يقوموا بسلوك جديد، يجب أن يتحركوا خلال سلسلة من مراحل التغيير، و يستخدموا خلال هذه المراحل عمليات مختلفة يدعمون بها هذا التغيير، إذن هذا النموذج له بعدان أساسيان:

البعد الأول: مراحل التغيير Stages of change .

البعد الثاني: عمليات التغيير Processes of change

و فيما يلي تفصيل القول في كل بعد منهما على حدة:

البعد الأول: مراحل التغيير:

1. مرحلة ما قبل التفكير في الفعل Precontemplation:

تظهر مرحلة ما قبل التفكير في الفعل عندما يكون الفرد ليس لديه نية لتغيير سلوكه (Erik, A & al, 2011, p17)، و عديد من الأفراد في هذه المرحلة لا يكون لديهم وعي بأنهم يعانون من مشكلة، في حين أن أسرهم أو أصدقائهم أو جيرانهم أو زملاءهم في العمل ربما يكونون على وعي بالمشكلة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، مثال ذلك، مشكلة المدخن الغافل تماما عن المشكلات التي يسببها لأسرته.

و أحيانا يطلب الأفراد العلاج في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، و لكنهم يفعلون ذلك فقط إذا تم الضغط عليهم من قبل الآخرين و شعروا أنهم مجبورون على تغيير سلوكهم، و ليس مفاجئا أن هؤلاء الأفراد غالبا ما يعودون لسلوكياتهم القديمة مرة أخرى (أميرة محمد الدق، 2011، ص 120).

2. مرحلة التفكير في الفعل Contemplation:

في هذه المرحلة يفكر الأفراد في المشكل الذي يعانون منه، و تكون لديهم نية تغيير السلوك خلال الستة أشهر القادمة، و لكنهم لم يتخذوا بعد أي فعل يمكن به إحداث تغيير في السلوك (Collen, A, & al 2000,p 188)، فهم يكونون أكثر وعياً بالأدلة المؤيدة للتغيير، و الأدلة المعارضة له (أميرة محمد الدق، 2011، ص 120)، و حسب بعض الدراسات المتوفرة في مجال الصحة العامة و علم النفس الصحة فإن أغلبية المدمنين الذين شملتهم البحوث الإكلينيكية يستقرون في هذه المرحلة لمدة زمنية تتراوح بين سنتين و أربع سنوات بدون أي تغيير يذكر في استعدادهم للإنتقال إلى مرحلة جديدة (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 42).

3. مرحلة الإعداد للفعل Preparation:

مرحلة الإعداد للفعل هي التي ينوي فيها الأفراد القيام بالفعل في المستقبل القريب، و عادة ما يقاس هذا المستقبل القريب باعتباره الشهر القادم، فهؤلاء الأفراد تكون لديهم خطة للقيام بالفعل، مثل الانضمام لفصل تعليم صحي أو استشارة المتخصصين، و في هذه المرحلة قد يعدل الأفراد السلوك المستهدف، مثال ذلك: تدخين الفرد كمية سجائر أقل من المعتاد، و لكنه لم يقم بعد بالتخلص الكلي من هذا السلوك (أميرة محمد الدق، 2011، ص 121).

4. مرحلة الفعل Action:

و تبدأ هذه المرحلة بالإنخراط الفعلي في سلوك جديد (التوقف عن التدخين مثلاً)، فتغيير السلوك الآن هو السمة العامة للأداء، و على الرغم من الإستهداف للإنتكاسة في هذه المرحلة يكون مرتفعاً، فإنه عادة ما يتلقى الأفراد الكثير من الدعم من قبل عائلاتهم و أصدقائهم لأنهم التزموا بتغيير سلوكهم.

5. مرحلة الحفاظ على الفعل Maintenance:

و في هذه المرحلة يعمل العميل على منع حدوث الإنتكاسات، و على متابعة المكاسب التي تحققت في مرحلة الفعل و زيادتها (تيموثي ج. ترول، 2007، ص 517)، فالمغريات التي تحت هؤلاء الأفراد على الانتكاس تكون قليلة كما أن هؤلاء الأفراد يكونون أكثر ثقة في قدرتهم على الاستمرار في التغيير، و على أساس بيانات من كفاءة الذات لدى الأفراد و عوامل الإغراء التي يتعرضون لها فإن الاستمرار في الامتناع عن السلوك يستمر لفترة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى خمسة أعوام (أميرة محمد الدق، 2011، ص 121)، و في هذه المرحلة يتلقى الأفراد مساندة اجتماعية أقل لأنهم انخرطوا بالفعل في العمل، و لكن لا يزال من الضروري تقديم الدعم للحفاظ على السلوك الجديد (هناؤ أحمد محمد شويخ، 2012، ص 71).

6. مرحلة الإنهاء:

و هي المرحلة التي لا يكون فيها الأفراد مستسلمون للإغراءات، و تكون لديهم كفاءة ذاتية كاملة/ و مهما 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، و كأنهم لم يكتسبوا هذه العادات منذ البداية. و على الرغم من أن بعض الأفراد يتحركون خلال مراحل التغيير بسرعة أكبر من غيرهم، و بعضهم الآخر قد يثبت عند مرحلة معينة لفترة طويلة، فإن جميع الأفراد يتحركون خلال سلسلة التغيرات المتتالية نفسها، و يتحرك الشخص من مرحلة لأخرى بطريقة حلزونية أكثر منها خطية، و ينتكس الأفراد إلى المرحلة السابقة، أو قد ينتكسون إلى مرحلة التفكير في الفعل أو ما قبل التفكير في الفعل، و من هذا المنطلق، فإن الأفراد ربما يتقدمون على فترات منفصلة خلال هذه المراحل حتى ينتهون من تغيير السلوك الكلية، و بالتالي يمكن توقع الانتكاس، كما يمكن أن يعد هذا الانتكاس كخبرات تعلم تساعد الفرد على إعادة هذه الدورة بمختلف مراحلها من جديد (أميرة محمد الدق، 2011، ص 121).

البعد الثاني: عمليات التغيير:

عمليات التغيير هي النشاطات السرية أو العلنية التي يستخدمها الأفراد للتقدم في مراحل التغيير و هذه العمليات تعد مرشدا مهما للأفراد في برامج التدخل. و من عمليات التغيير هذه على سبيل المثال عملية رفع درجة الوعي بوجود مشكلة و التي تعد أكثر ملائمة للأفراد في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، و عملية إعادة التقييم الذاتي، و هذه قد تكون ملائمة بشكل خاص للأفراد في مرحلة التفكير في الفعل، أما في مرحلة الفعل فإن عمليات التعزيز و علاقات المساعدة Helping relationships، قد تكون معينة لهم في هذه المرحلة، كما أن هذه العمليات قد تكون ملائمة بشكل كبير أيضا في مرحلة الحفاظ على الفعل. و يشير بروشاسكا إلى عمليات أخرى مثل إعادة التقييم البيئي، و هي تضم التقييمات المعرفية لكيفية تأثير العادة الشخصية على البيئة الإجتماعية للفرد، و عملية التريح الدرامي Dramatic relief ، و التي تحدث زيادة في الخبرة الإنفعالية يتبعها تأثير مخفف إذا تم اتخاذ الفعل الملائم. و تعد أدوار التمثيل النفسية Psychodrama ، و أداء الأدوار Roleplaying، و الحملات الإعلامية، كلها أمثلة لآليات مثيرة للمشاعر الشخصية، و عملية التشريط المضاد Counterconditioning التي تتطلب تعلم سلوكيات صحية إيجابية لتحل محل السلوكيات التي تمثل المشكلة (أميرة محمد الدق، 2011، ص 124).

تطبيق نموذج مراحل التغيير:

كشف ديكلمنته و زملاؤه (1991) عن تطبيق نموذج مراحل التغيير على المنتكسين في برامج الإقلاع عن التدخين، و دعم هذا الإكتشاف اقتراح تطبيق نموذج مراحل التغيير على المدخنين، و الذي يفترض أن المدخنين يتحركون خلال سلسلة من المراحل للتحويل بنجاح في تغيير عادة التدخين، و قد تم تحديد المشاركين (جميع المدخنين) طبقا لهذه المراحل: مرحلة ما قبل التفكير في الفعل (ن=166)، و مرحلة التفكير في الفعل (ن=794)، و مرحلة الإعداد للفعل (ن=506)، و تمت المقارنة بينهم من حيث تطور سلوك التدخين، حيث أكملوا مجموعة من المقاييس منها:

مقياس الإمتناع عن التدخين: يقيس مستوى ثقة المدخن بأنه لن يدخن في 20 موقف تحد.

مقياس المشقة المدركة: يقيس استجابات المشاركين للأحداث غير المتوقعة، و غير المسيطر عليها، و الضاغطة التي مرت في حياتهم.

التحمل الجسمي للنيكوتين: يقاس باستخدام استبيان "فاجيرستروم" للتحمل (Fagestrom, K, O) و الذي يعطي وصفا للإعتماد على التدخين من خلال طرح أسئلة حول عدد السجائر المدخنة يوميا، و الفترة الزمنية لتدخين سيجارة الصباح، و مدى إمكانية حدوث مرض ناتج عن التدخين...إلخ.

مقياس توازن قرارات التدخين: يقيس إدراك الأفراد ايجابيات و سلبيات التدخين.

مقياس تغيير عمليات التدخين: يقيس العمليات المختلفة للتغيير كما هي موضحة في نموذج تغيير المراحل.

و اختتم ديكلمنت و زملاؤه (1991) بحثهم بتقرير أن نموذج تغيير المراحل مفيد من حيث التنبؤ بنتائج برامج الإقلاع عن التدخين، فخلال مدة تتراوح ما بين شهر إلى ستة أشهر، أصبح هؤلاء الأفراد في مرحلة الإعداد للفعل أكثر قدرة على محاولة الإقلاع عن التدخين، و أقل تدخيناً، و انخفاضا في الإعتماد، و ارتفاعا في الكفاءة الذاتية، و أقل اقتناعا بايجابيات التدخين و أكثر إدراكا لسلبياته، و أكثر مجموعات مراحل نموذج التغيير محاولة للتوقف عن التدخين، و على نحو مماثل، يتوقف عن التدخين كل من ذوي مرحلة التفكير في الفعل بمعدل ثلاثة أيام شهريا، و ذوي مرحلة الإعداد للفعل بمعدل سبعة أيام شهريا لمحاولة الإقلاع عن التدخين مقارنة بذوي مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، و استخلص فريق البحث أن هذا النموذج مفيد في تحديد الأفراد في المراحل، و بالتالي تحديد التدخلات الأفضل و الأنسب لهم (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص ص 72-73).

تقييم النموذج عبر النظري:

قد يكون هذا النموذج مهما لأسباب متعددة، فهو يلفت الإنتباه للعمليات التي لا بد أن يمر بها الأفراد في محاولتهم تغيير سلوكهم، سواء أقاموا بهذا التغيير بأنفسهم أم بمساعدة الآخرين.

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

و يوضح 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، و لماذا تعد معدلات الإلتكاس مرتفعة جدا، و بوجه خاص أن الأفراد في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، أو في مرحلة التفكير لا يكونون مستعدين لأداء هذا السلوك (أميرة محمد الدق، 2011، ص 125).

أما التطبيق الرئيس للتدخلات، فقد اظهر أن طبيعة التدخل ينبغي ان تكون مطابقة لطبيعة مرحلة التغيير لدى الأفراد المستهدفين، و لهذا على سبيل المثال، يكون إمداد المشاركين بالنواتج الصحية المرتبطة باضطراب سلوك صحي ما أكثر فعالية بالنسبة لأفراد مرحلة ما قبل التفكير في الفعل أو مرحلة التفكير في الفعل، فمجرد اتخاذ قرار أداء الفعل، أو معلومات الحفاظ على الفعل يكون التركيز على تعزيز الكفاءة الذاتية للأفراد فيما يتعلق بتغيير سلوكهم ليكون أكثر فعالية، و بالتالي تعد الخاصية الأساسية لهذا النموذج هو أنه بدلا من تركيزه على أفراد الجمهور المستهدف بعينه، يكون استهدافه أكثر للأفراد بناء على مرحلتهم في التغيير (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص 72).

و قد تم توظيف بعض المبادئ السلوكية و المعرفية لنموذج مراحل تغيير في اختيار استراتيجيات علاجية تتلاءم و تتناسب مع طبيعة الإضطراب أو المرض الذي يعاني منه كل مريض من المرضى المترددين على العيادات الطبية و النفسية، كما استعمل كإطار نظري لتنظيم الأفكار البحثية حول ظاهرة سلوك الإدمان بأبعادها البيولوجية و النفسية و الإجتماعية (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص 42).

و يمكن استخدام هذا النموذج في دراسة سلوكيات صحية متنوعة، و قد درس هذا النموذج بشكل كبير في سلوك التوقف عن التدخين، بالإضافة إلى أنه قد وجد أنه مصطلح مراحل التغيير مرتبط بسلوك التمرينات الرياضية، و علاج شرب الكحوليات، و ضبط الوزن، و تتم حاليا دراسة النموذج فيما يتصل المرتبطة بمرض نقص المناعة المكتسب (أميرة محمد الدق، 2011، ص 125).

و قد لاحظ أرميتاج Armitage, C سنة 2009، أن اختلاف مراحل النموذج تتسم ب "الإستئناف الحدسي الرائع"، و بالفعل، فقد أظهرت عدة دراسات دعمها للإفادة من هذا النموذج، لكن ألبيري و ميناfo سنة 2008 Albery, L, P & Munafu, M أشارا إلى أن هناك انتقادات ترى أن تغيير السلوك لا ينعكس بالضرورة من الإختلافات في العمليات بين المراحل، و لكن أي تغيير قد يكون نتيجة نوع العمليات نفسها التي تحدث عبر التغيير الكامل المرتبط بالسلوك، و بالمثل، توصل أرميتاج سنة 2009 Armitage, C إلى حقيقة أن الكثير من الأبحاث تركز على مرحلة بعينها في النموذج على حساب النموذج في مجمله، و يرى كذلك أن الباحثين ينبغي أن يعيدوا النظر في أصول النظرية عبر النموذج، و التركيز على إجراء البحوث على نطاق أوسع لتشمل مراحل النموذج المختلفة (هناء أحمد محمد شويخ، 2012، ص 72)، و يؤخذ على هذا النموذج أيضا أنه يصعب فيه التعرف على المرحلة التي يكون الفرد فيها في وقت ما (أميرة محمد الدق، 2011، ص 125).

سابعا: قياس الإلتزام **Measuring Adherence**:

هناك طريقتين أساسيتين لقياس الإلتزام بالعلاج وهما:

1. طريقة القياس الكمي المباشر:

حيث أن هذه الطريقة تعتمد على العلامات البيولوجية الموجودة في العضوية، و كذا من تحاليل الدم أو البول للكشف عن مدى استهلاك الأدوية الموصوفة أثناء العلاج، و فيما يلي عرض لبعض من هذه الأساليب:

1.1 المعايير البلاسماتيكية أو البولوية للدواء:

هذه الطريقة تسمح بتأكيد وجود الأدوية في العضوية، أو في الجسم بطريقة مباشرة من خلال آثار الأدوية (Gustave N, F, 2002 ; p 232) ، ففي مجال المضادات الحيوية العلاجية لمضادات السل يستعان بالتحليل البصري للون البرتقالي للبول المرتبط باستهلاك ريفامبسين Rifampicine، و في هذا الصدد قام كل من فابر و كول Fabre.J et ColIK، بمعايرة بولية لمرضى السكري باستخدام Tolbutamide، و ذلك من أجل قياس الكلوز لتحديد مدى التزامهم، و ذلك طبعا بدون علمهم (Caroline. B et al 2001. P 8)، و تجدر الإشارة هنا إلى أن الحصول على أدلة ثابتة حول عدم الإلتزام بهذه الطريقة ليس بالأمر السهل، ففي إحدى الدراسات التي حاولت قياس مدى الإلتزام باستخدام عقار الثيوفيلين "Theophylline" من قبل مجموعة من المرضى المصابين بأمراض القلب "Chronic Obstructive Pulmonary Disease-COPD"، وجد أن الأرقام و النسب تباينت بين تقارير الأطباء (78%)، و ما أظهرته لوائحهم (62%)، و ما بينته التسجيلات المصورة لزيارات المرضى (69%)، و تقارير المرضى (59%)، و الجدير بالذكر أن الدراسة لم تقس ما إذا كان المرضى يتناولون الدواء بصورة صحيحة أم لا (شيلي تايلور، 2008، ص551).

وقد بين كل من باربو وكول Barbeau.G et Coll إيجابيات هذه التقنية من حيث أنها تسمح بمعرفة ما إذا كان المريض قام فعلا بتناول أدويته في اليوم الذي سبق تحليل الدم، و لكن من جهة أخرى، فإن هذه الطريقة لا تثبت إذا كان المريض يلتزم لمدة أو لعدة أيام، وما يؤخذ على هذه التقنية أيضا أنها شاقة ومكلفة، و هذا ما أجمع عليه معظم الباحثين، الذين طرحوا مسألة أخرى تتعلق بالجانب الأخلاقي، كما حدد أنكري و كول Ankri.Jet coll عوائق أخرى تتعلق بعدم إمكانية القياس المباشر لبعض الأشخاص، و من جهة أخرى ليس من السهل دائما إثبات علاقة بالنسب المئوية بين نسبة الدم أو البول الإستقلابية " الأيضية " و كمية استهلاك الأدوية.

2.1 الملاحظة المباشرة للعلاج:

هذه الطريقة لأخذ الأدوية تحدث تحت مراقبة بصرية مباشرة من طرف مختصين في الصحة، و تستخدم خاصة في إطار البروتوكولات العلاجية القصيرة الأمد لمرضى السل، و تستخدم هذه الطريقة في

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

الدول النامية خاصة، و لكن برجمان Bergmann.J.F حدد استخدام هذه الطريقة في الوسط الإستشفائي فقط.

3.1 ملاحظة الأعراض العلاجية:

هذه التقنية تتجه مباشرة إلى البحث عن الأعراض الجانبية للدواء، كانخفاض السكري، أو انخفاض الضغط الدموي، التي يمكن أن تكون كانعكاس لأخذ الأدوية (Caroline. B et al 2001. P 8).
و عليه فإن هذه الطرق لها إيجابياتها من حيث كونها مؤسسة على معايير طبية، إذ أن معطباتها تعتبر موضوعية و نموذجية و موثوقة، و لا تسمح بالخضوع لأقوال المريض الذاتية، و في هذا الإطار فالمعايرة البلاسماتيكية للأدوية يمكن أن تكون أداة فعالة، تسمح على سبيل المثال بتعديل الكميات الموصوفة، و بناءا عليه تخفيض الآثار الجانبية التي تسبب فيها الإفراط في الجرعة، و على الرغم من ذلك فإن ما يؤخذ على هذه التقنية أن موضوعيتها يمكن أن تكون موضوع نقاش، و ذلك أن ردود فعل الأجهزة العضوية تختلف باختلاف الأفراد.

2. طرق القياس الكمية و النوعية الغير مباشرة:

تعتبر هاته الطرق أقل أهمية من الطرق المباشرة التي سبق ذكرها، إلا أنها أسهل من حيث التطبيق لدى الإكلينيكيون، أو الأخصائيون (Gustave N, Fisher, 2002 ; pp 232-233)، و في هذا الصدد قام كل من أنكري و كول بتحديد بعض الطرق الغير مباشرة مثل:

❖ نتائج العلاج: أي هل العلاج مجد أم لا ؟

❖ مدى شعور المريض بالراحة بعد تناوله للدواء.

❖ ألا يضطر المريض لزيارة الطبيب مجددا طلبا للعلاج.

و لكن الباحثان اعتبرا أن الشفاء من الأعراض المرضية يمكن عزوه لعوامل اخرى و ليس للعلاج في حد ذاته، و فيما يلي عرض لبعض من هذه الأساليب غير المباشرة:

1.2 احترام المواعيد الطبية:

فحسب J; Postel ; Vinay.N et Menard فإن احترام المواعيد الطبية تعتبر كشاهد مستخدم لدراسة مدى الإلتزام بالعلاج (Caroline. B et al 2001. P 9).

2.2 حساب الأقرص المتبقية من الدواء و مدى المواظبة عليه:

و ذلك أن حساب الأقرص المتبقية يمكن أن يستعان بها لتحديد الكمية الإجمالية للدواء المفروض استهلاكه (Gustave Nicolas Fisher, 2002 ; p 233)، فحسب باربو و كول Barbeau.G et Coll هذه الطريقة لها إيجابيات من حيث أنها تسمح بالاتصال المباشر مع المريض، و امتلاك معلومات كاملة، و صورة أكثر وضوحا لبروفيل المعالجة، و اكتشاف الأخطاء المحتملة، و مع ذلك فإنه من مساوئ هذه التقنية أنها تستغرق وقتا طويلا، و لا تضمن بأن الدواء قد أخذ فعلا بطريقة صحيحة و في الوقت

المناسب، فحسب برجمان Bergmann.J.F فإن هاته التقنية محدودة، و ذلك أن المريض لا يحضر معه دائما علبة الأدوية، زيادة على ذلك فإن الوحدات الناقصة لا تؤكد حتمية تناول الدواء بطريقة صحيحة (Caroline. B et al 2001. P 9)

3.2 حساب الحاويات المفتوحة من الأقراص:

هذه الطريقة وصفت من طرف علماء بريطانيون و ألمان، إذ يستعان فيها بنظام المعلوماتية، حيث يكون النظام مزود بآلات الكترونية جد متطورة و دقيقة إذ تسمح بالتسجيل في الذاكرة الإلكترونية عدد مرات فتح الحاويات او القارورات و مدة الفتح, (Gustave N, F, 2002 ; p 233).
لكن J.F ;N et Bergmann ;J et Postel Vinay ;N et Menard أكدوا أن هذه الآلات تراقب فقط عدد الفتح، و لا تراقب كيفية إدارة المريض للدواء، فمثلا بعض المرضى المسنين يمكنوا أن يكونوا أحيانا ضحية فوبيا التحقق أو الفحص القهري و الإلزامي، و يفتحون الحاويات، و كذا الأقراص لفحص مكوناته بدون استهلاكه، و من جهة أخرى قد يفتحون الحاويات من باب الفضول أو للتحقق مثلا من أن الحاوية أو القارورة مغلقة بإحكام.

4.2 تقييم جودة الحياة:

وذلك أن جودة الحياة هي خاصية أو معيار لتقييم العلاجات الدوائية، و تقاس باستخدام مقاييس واستبيانات معلومة، و توجد الكثير من السلالم المستخدمة في هذا المجال، و التي سوف يتم التطرق إليها في الفصل الخاص بجودة الحياة

5.2 ملاحظة المريض:

فحسب Fisher ;G .N et Tarquinio ;C فإن هذه الطريقة تفيد لجني معلومات نوعية أكثر منها كمية حول العوامل النفس اجتماعية للسلوكات المرتبطة بالصحة و المرض، مثل الشروط الاجتماعية للإلتزام، و العلاقة التي يبنها المرضى مع الأطباء، فالعلماء في هذا الإطار وصفوا نوعين من المقاربات: الأولى: مؤسسة حول جني منتظم للمعلومات استنادا إلى فرضيات أولية باستعمال نظام تصنيف السلوكات و النشاطات.

الثانية: مؤسسة على إجراء الملاحظة بالمشاركة، و في هذه الحالة يجد الباحث فيها نفسه متورط أكثر في تجربة الشخص الملاحظ.

6.2 المقابلة مع المريض:

المقابلة تسمح لنا بالمرور للدراسة الموضوعية، و إدراك السياق الاجتماعي و المعرفي للمريض، و تقرير الأنظمة التمثيلية للمعايير و المعتقدات، و أخيرا فهم السلوكات الفردية و الاجتماعية المرتبطة بالصحة و المرض، و المقابلة غالبا ما تكون مشتركة مع تقنيات أخرى مثل الملاحظة و الإستبيانات (Caroline. B et al , 2001. P 9).

7.2 الاستفتاءات أو المقاييس:

حيث أن هناك بعض المقاييس خاصة بعلم الأمراض تسمح لنا بدراسة مستوى الإلتزام، و لكن Fisher ;G.N et Tarquinio ;C انتقدا المقاييس المقترحة من حيث أنها لا تستند إلى مرجع يستدل به اعتمادا على نماذج نظرية، من أجل إعداد أو ترجمة الأداة (Caroline. B et al 2001. P10)، إضافة إلى ذلك أن هذه الطريقة يمكن أن تقودنا إلى تقديرات مزيفة و غير ثابتة، حيث أن معظم المرضى يعرفون بأنه يفترض بهم الإلتزام، لذا فقد تكون إجاباتهم زائفة، حتى يظهروا بالمظهر الملتزم و المتعاون (شيلي تايلور، 2008، ص553).

8.2 طريقة السيرة الذاتية:

هذه الطريقة ساهمت في إنارة التجربة الحقيقية، لأنها توضح العلاقات بين الفرد و محيطه الاجتماعي و العائلي في إطار تصوراتهم الشخصية (Caroline. B et al 2001. P10). و أخيرا، فقد تكون نتائج العلاج طريقة علمية فعالة لقياس عدم الإلتزام، و لكن ليس هناك ما يكفي من البيانات للدلالة على وجود علاقة فعلية بين مدى الإلتزام و نتائج العلاج، إذن، و باختصار، هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى عدم وضوح العلاقة بين الإلتزام و الشفاء.

ثامنا: معالجة عدم الإلتزام بالعلاج:

تكتسب مسألة التقليل من عدم الإلتزام أهمية كبيرة عند الحديث عن أهمية الدور الذي يلعبه تغيير أسلوب الحياة في تحسين الصحة و تجنب المرض، و غالبا ما يصعب استيعاب الحديث عن مثل هذه القضايا من قبل الأطباء الأكثر سنا، فإرشاد المرضى حول القضايا التي تتعلق بتعزيز الصحة، و تغيير العادات الصحية، لم يكن جزءا من النشاطات التقليدية للطبيب، لكنه يلقي مزيدا من التشجيع في الوقت الحاضر، فقد أصبح الأطباء اليوم يدركون أن تعديل سلوك المريض فيما يتعلق بتعاطي الكحول، و تغيير الحمية الغذائية المتبعة، و ممارسة التمارين بانتظام، و تخفيض مستويات الكوليسترول، كلها من الأهداف المهمة لمرضاهم، بما فيهم المراهقون و اليافعون، ولأن هذه التغييرات في نمط الحياة تشير إلى تلك السلوكيات التي تظهر مستويات متدنية من الإلتزام، فإن تدريب الأطباء على التواصل الفعال بغرض تغيير هذه السلوكيات و زيادة الإلتزام بالعلاج، أصبح من الأهداف المهمة و الأساسية، أما استراتيجيات التقليل من عدم الإلتزام فكثيرة و متنوعة، و فيما يلي بعض نتائج الأبحاث التي يمكن أن تساعد في إيجاد أفضل السبل لتحسين مستوى الإلتزام:

1. الإستماع للمريض.
2. الطلب من المريض تكرار ما يتوجب عليه القيام به.
3. تحرير الوصفة العلاجية ببساطة ووضوح.
4. تقديم تعليمات واضحة حول برنامج العلاج، و يفضل أن تكون مكتوبة.

الفصل الثالث: الإلتزام بالعلاج

5. الإستعانة باللاصق الموجود على غلاف علبة الدواء، و بالروزنامة لتذكير المريض بموعد علاجه.
 6. الإلتصال بالمريض في حال تخلفه عن مواعده.
 7. وصف برنامج العناية بالذات، بحيث ينسجم مع البرنامج اليومي للمريض.
 8. التركيز في كل زيارة على أهمية الإلتزام .
 9. تخصيص جزء من الزيارات المتكررة لمسائل الإلتزام.
 10. الثناء في كل زيارة على ما يبذله المريض من جهود في مجال الإلتزام.
 11. العمل على توسيع دائرة المشاركة، لتشمل شريك المريض أو أسرته أو أصدقائه.
 12. تزويد المريض بالتعليمات و النصائح في بداية عرض المعلومات.
 13. التأكيد على أهمية التعليمات و النصائح أمام المريض و أسرته.
 14. استخدام كلمات و عبارات قصيرة.
 15. استخدام تصنيفات واضحة كلما كان ذلك ممكنا.
 16. تكرار الأشياء و المعلومات كلما كان ذلك مجديا.
 17. إعطاء المريض نصحا دقيقا و مفصلا.
 18. التعرف على هموم المريض، و عدم حصر المناقشة بجمع المعلومات الطبية.
 19. محاولة استكشاف توقعات المريض حول مرضه و علاقته بالطبيب، و إذا كانت لديه مصاعب، فمن الضروري تسهيلها بالطرق المبسطة.
 20. توفير المعلومات الكافية حول تشخيص المرض و أسبابه.
 21. تبني اتجاه ودي مع المريض بدلا من الإتجاه الرسمي.
 22. تجنب المصطلحات الطبية المعقدة.
 23. تخصيص بعض الوقت للحديث حول موضوعات غير طبية.
- فعلى مستوى الرعاية المؤسسية مثلا، هناك عدة تدخلات يمكن أن تعزز الإلتزام، فبطاقات التذكير البريدية، أو الإلتصال عبر الهاتف لتذكير المرضى بالعودة للعيادة و تقليل فترات الإنتظار، يمكنها أن تقلل من النسب العالية لتغيب المرضى عن الحضور للعيادة.
- و للأسلوب المتبع في عرض البرنامج العلاجي تأثيره على مستوى الإلتزام، فالتوصيات العلاجية ينبغي أن تكون مكتوبة كلما كان ذلك ممكنا، كما يجب التحقق من مدى فهم المريض لطبيعة العلاج، و تذكره له، و لعل تزويد المريض بمعلومات مكتوبة تتضمن وصفا للعلاج، مستوى الجرعات، و الآثار الجانبية المحتملة يمكن لها أن تحسن من مستوى التزامه بالعلاج، كذلك يعتبر استخدام روزنامة دوائية، و طريقة خاصة في حفظ الأدوية، و ساعة توقيت أو منبه، من بين الوسائل التي يمكن أن تساعد على زيادة الإلتزام.

كما أن لهيئة الطبيب و مكانته و سلطته الشخصية دورها و أثرها في غرس الإلتزام لدى المريض، و التي تجعل المريض يتقبل أقوال الطبيب و نصائحه بصدق و احترام، كما يمكن للطبيب مساعدة المريض على اتخاذ القرار بالإلتزام بالنظام العلاجي، و ذلك من خلال إبراز حسناته، و التقليل من ذكر ما يمكن أن يصاحبه من مآخذ، و التركيز على مآخذ عدم الإلتزام (شيلي تايلور، 2008، ص ص 564-565).

و قد اقترح مركز تطوير الصحة و تحسينها، و هذا المركز هو عبارة عن مؤسسة غير ربحية، تهدف إلى نشر الوعي حول كيفية تأثير العوامل النفسية و الإجتماعية و السلوكية و الإقتصادية و البيئية في الصحة و المرض، و من بين اهتمامات هذا المركز، تسليط الضوء على ظاهرة تدني مستويات الإلتزام بالعلاج من قبل المرضى بصورة عامة، و الأخطاء التي يمكن أن تحدث إذا لم يكن الأطباء و اعيان بأنماط سلوك المرضى، من حيث إساءة الإستعمال للأدوية و غيرها، و من بين التوصيات التي يقترحها المركز للتعامل مع هذه المسألة:

1. اعتبار محو الأمية عند البالغين أولوية وطنية.
2. طباعة جميع الوصفات على لوحة الإعلانات.
3. الإحتفاظ بسجل طبي الكتروني لكل مريض، يتم فيه تدوين كل ما يتعلق بتاريخه الطبي، و جعله متاحا لكل من الطبيب و المريض.
4. الطلب من الصيدلة تزويد المرضى بالتعليمات و الإرشادات عند صرف الدواء لهم.
5. وضع قائمة شطب تحتوي على فقرات يجيب عنها كل من الطبيب و المريض قبل كتابة الوصفة الطبية (شيلي تايلور، 2008، ص ص 554).

خلاصة:

من خلال ماتم عرضه من بحوث و نماذج نظرية حول الإلتزام بالعلاج يتضح لنا أهمية هذا المتغير في التصدي للمرض و التكيف معه، لا سيما إذا تعلق الأمر بذوي الأمراض المزمنة أين يتطلب الأمر إلتزام كلي بالنصائح المقدمة من قبل المختصين في مجال الرعاية الصحية، و تغيير نوعي في أسلوب الحياة، و ذلك ضمنا لعدم تفاقم المرض و التعايش معه، إلا أن تحقيق ذلك يستلزم تفاعل بعض الآليات النفسية الفعالة كالكفاءة الذاتية التي من خلالها يحافظ المريض على مكتسباته و يرتقي بسلوكه إلى أفضل المستويات الصحية، و بالتالي انعكاس ذلك على جودة الحياة، و هذا ما سيتم التطرق إليه في الفصل الموالي.

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

تمهيد.

أولاً: تاريخية و تطور مفهوم جودة الحياة.

ثانياً: مفهوم جودة الحياة.

ثالثاً: نظريات جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

رابعاً: خصائص جودة الحياة.

خامساً: مكونات جودة الحياة.

سادساً: مجالات جودة الحياة.

سابعاً: أهمية دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن.

ثامناً: مقاييس جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

تاسعاً: محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

عاشراً: تحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان

التاجي

تمهيد:

لقد زاد اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، و الذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، و قد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية و العادات و السمات الإيجابية للشخصية، و كل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، و قد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزا من الجانب السلبي، و أن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، و إنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقا لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك.

و سوف نتطرق الطالبة في السطور القادمة من هذا الفصل إلى تاريخية و تطور مفهوم جودة الحياة، مفهوم جودة الحياة، نظريات جودة الحياة، خصائص جودة الحياة، مكونات جودة الحياة، مجالات جودة الحياة، أهمية دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن، مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة، محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة، تحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

أولاً: تاريخية و تطور مفهوم جودة الحياة:

فيما يلي أهم المقاربات النظرية التي تطرقت إلى مفهوم جودة الحياة:

1. المقاربة الفلسفية:

إن هذه المقاربة تبين أن مفاهيم السعادة، اللذة، الرغبة، الرفاهية هي عناصر متداخلة في مفهوم جودة الحياة، إلا أنه يجب التمييز بينها لتحديد المفاهيم (Gustave, N, F, 2002, p 284)، فحسب العديد من الفلاسفة فإن السعادة هي مصطلح ميتافيزيقي، و هي الهدف الأسمى للوجود التي يبحث عنها البشر فحسب أرسطو فإن السعادة هي أعلى رغبة، أما الأبيقوريون " مذهب الإنغماس في اللذات " و المطببين بالتجربة " empiriste " مثل جون ستيوارت ميل " Jhon Stuart Mill " ، فقد شجعوا البحث على الملذات باعتبارها تؤدي إلى الكمال.

من جهتهم الرواقيون " نسبة إلى الرواق الذي كان يجتمع فيه أتباع زيتون، و هي فلسفة تقول بأن كل شئ في الطبيعة إنما يقع بالعقل الكلي، و يقبل مفاعيل القدر طوعاً" فبالرغم من اعترافهم بأن السعادة طموح أساسي للإنسان، إلا أنهم يؤكدون بأن هذا المطلب منبع مكبوتات و خيبة أمل لأنه لا وجود لسعادة مطلقة، كما أنها ليست في المتناول، و بالتالي فهم يوصون باجتئاب البحث عن السعادة و ملاحقتها (Marilou, B, S, 2002, p 44).

2. المقاربة النفس اجتماعية:

خلافاً للفلاسفة، علماء النفس الاجتماعي لم يهتموا بحقيقة جودة الحياة لكن انشغلوا بمفهوم كل فرد لجودة الحياة، إذ أن ما يهمهم هو تقييم مستوى جودة الحياة للمجتمع، فقد اهتم علماء الاجتماع بمفاهيم

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

السعادة، الرفاهية النفسية، الرضا عن الحياة، التكيف الإجتماعي، و أخيرا جودة الحياة، و اهتموا خصوصا بالمكونات العاطفية و المعرفية للسعادة و الرفاهية، و العوامل التي يمكن أن تؤثر على رفاهية الفرد، سواء كان ذلك نظرا لعوامل داخلية " مفهوم الهدف، معنى الحياة، الشعور بالكفاءة الذاتية، العلاقات الإجتماعية، تقدير الذات، الحاجات، الرغبات، الطموح، العوامل النفسية المرضية " أو خارجية " الجانب الإجتماعي الديموغرافي، أحداث الحياة، المساندة الإجتماعية " .

و لكن بالرغم من المساهمة الفعالة لعلماء الإجتماع في تحديد مصطلح جودة الحياة، إلا أنهم أهملوا المكون السلوكي لجودة الحياة، في حين أن علم النفس التجريبي اهتم بقوة بمصطلح التأهيل أو الكفاءة، الذي أخذ من بعد من طرف علماء الإجتماع لتعريف مصطلح جودة الحياة.

في سنة 1976 ظهر مصطلح جودة الحياة مع أبحاث برادبورن "Bradburn" حول البنية السيكولوجية للرفاهية، و هو يبقى مرتبط بالصحة، و يسمح بالكشف عن مستوى الضغط، التحفيزات، الرضا عن أهداف الحياة، جودة العلاقات الإجتماعية و العائلية (Gustave N, F, 2002 ; p285)

3. المقاربة السياسية و الإقتصادية:

إن مفهوم جودة الحياة اقتصاديا و سياسيا مستمدة من المستوى المعيشي الأفضل و الشروط المادية المريحة التي ينبغي على كل فرد أن يصل إليها، فأتناء الحملة الرئاسية في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1932 زعم أحد المترشحين و هو "Hoover" بأن يوفر لمواطنيه سيارة في كل مرأب، و دجاجة في كل صحن كمؤشر لتحسين جودة الحياة، بالرغم من أن فلنقان (Flanagan, 1982) و هو مكلف بتقييم جودة الحياة لدى الأمريكيين رأى بأنه بالإضافة إلى أهمية دراسة شروط الحياة "مستوى التعليم، المستوى الإجتماعي الإقتصادي...إلخ" إلى أنه يجب الأخذ بعين الإعتبار بعض الجوانب من الرفاهية الذاتية " الصحة المدركة، الطموح، الإحساس بالحرية".

منذ زمن طويل أكد المسؤولون السياسيون في الدول الديمقراطية ذوي النمو الإقتصادي العالي، أن حقوق المواطنين لا تقتصر فقط على تلبية الحاجات المادية فقد أضاف رئيس الولايات المتحدة الأمريكية 1809-1801 توماس جفرسون Thomas Jefferson إلى الدستور بند " الحق في السعادة لكل أمريكي"، كل هذا يشير إلى الإزدواجية المستقبلية لمفهوم الرفاهية و جودة الحياة اللذان لا يمكن حصرهما لا على الجوانب الموضوعية "الكمية"، و لا على التقييمات الذاتية "النوعية" التي يقوم بها المهتمين.

4. المقاربة الطبية:

إن الفضل يعود إلى الأطباء و الباحثون في الصحة العمومية و كذا المختصون في مجال علم الأوبئة و الطب العقلي في وضع اللبنة الأولى لنجاح و انتشار مفهوم جودة الحياة، و الذي في النهاية أدمج

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

ضمن مصطلحات متجاورة (الرفاهية، الصحة، السعادة، الرضا... الخ)، و بالتالي أصبح هذا المفهوم واسع جدا و معقد (Marilou, B, S, 2002, pp 45- 48)

و عليه ففي الأوقات المعاصرة، أعضاء من منظمة الصحة العالمية عام 1947 اقترحوا مفهوما ضمينا لجودة الحياة و توجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة علي أنها: " كحالة من الرفاهية التامة، و ليس فقط غياب المرض " (Claire R, 2003, p 8)، في عام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة و أصبح جزءا من المصطلحات الطبية المستخدمة، و بقي هذا المصطلح حتى عام 1978، حيث وسعت منظمة الصحة العالمية المصطلح و أوضحت أن للأفراد الحق في الرعاية النفسية و جودة حياة كافية و ذلك طبعا بالإضافة إلى الرعاية الفسيولوجية، و بدأ استعماله بصورة منهجية و منتظمة في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن العلاج لمرضى السرطان ذو تكلفة دفع عالية و ذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى (صالح اسماعيل عبد الله الهمص، 2010، ص ص 46-47).

فإذا كان الأطباء سابقا ينطلقون في تقديراتهم من معايير بسيطة للصحة و المرض (نسبة المرض، نسبة الوفيات، طول العمر) تحت تأثير النموذج الطبي الذي هيمن طويلا، فإن هناك تغيرات كثيرة غيرت مجرى البحث، فالتطورات الطبية اتجه علاج الأمراض الإلتهابية خصوصا سعت لإطالة عمر المصابين، و تخفيض نسبة انتشار الأمراض المزمنة ذات عواقب جديدة و متعددة (جسمية ، عقلية، اجتماعية) التي تصيب رفاهية وجود المرضى و ليس بقائهم، و هكذا كان لزاما على المختصين التركيز على المحافظة على جودة الحياة لدى هؤلاء المصابين، و بناء أدوات تسمح بتقييم الأثر الجسدي، النفسي و الاجتماعي لهذه الأمراض و عواقبها، و كذا أثر العلاجات و الأدوية التي ترافقها.

وبناء على هذا الأساس طرح التساؤل حول آثار مختلف أنماط العلاجات للأمراض المزمنة من منظور نوعي (رفاهية المرضى) أكثر منها من الناحية الكمية (عدد السنوات المكتسبة)، خاصة فيما يتعلق ببعض الأمراض الخطيرة " كالسرطان " التي تتطلب ضرورة إجراء علاجات قاسية و معقدة (العلاج الكيميائي، الجراحة، العلاج بالأشعة، و التطبيب الحصاني الذي يتطلب معالجة وقائية بالأمصال المناعية" (Marilou, B, S, 2002, p 48)، أي أن آثار العلاج نفسها يمكن أن تتسبب في ضرر بليغ للمريض، و مقابل مثل هذا العلاج الممتد و المشكوك فيه فإن الفرد يمكن أن يختار أن يعيش فترة قصيرة من الزمن مع نوعية جيدة للحياة بدلا من ان يعيش فترة زمنية أطول مع نوعية منخفضة للحياة، و قد ظهرت أهمية نوعية الحياة بادئ ذي الأمر مع المشكلات الناتجة عن العلاجات العنيفة للسرطان، فوضع أول مقياس في هذا المجال عام 1949.

و اهتم الأطباء بموضوع جودة الحياة نتيجة للنجاح في اطالة العمر، و لكن المرضى لا سيما في العمر المتقدم يريدون أن يحيوا حياة طيبة و ليس مجرد أن يبقوا على قيد الحياة، و هذا الموضوع ليس

جديدا بطبيعة الحال، فقد لاحظ "جوناثان سويفت" (1667-1745)، و هو كاتب انجليزي أن كل انسان يتمنى أن يعيش طويلا، و لكن ليس هناك أي انسان يرغب في أن يكون عجوزا (أحمد محمد عبد الخالق، 2008، ص ص 248).

إن بعض العلاجات المرحلية لدى المرضى الذين يكونون في المرحلة النهائية أفضل من العلاجات الإجتياحية و المؤلمة، و التي تستخدم فيها أجهزة أكثر تطورا، و التي في كثير من الأحيان تأخذ بعين الاعتبار الاختيارات العلاجية (خصوصا العلاجات ذات فعالية إكلينيكية متوازنة)، فالفائدة التي يجنيها المريض من التقنية الأولى المرحلية أهم من الطريقة الثانية.

ففي مقال لكوش (Koch, 2000)، عرض نتائج غير متوقعة تماما، فإذا كان 18% من محترفي الصحة، و المتكفلين بالمصابين بصدمات دماغية، يقدرّون بأن هؤلاء المرضى يتمتعون بجودة حياة مقبولة، فإن تقييم إيجابي للحياة ظهر لدى 92% عند نفس المرضى، مع العلم أن الأغلبية منهم لا يستطيعون المشي، فالحديث هنا منصب حول "الحق في الموت الهادئ" بالنسبة لبعض المرضى المصابين بأمراض مستعصية (مثل التهاب العضلات، تصلب الصفائح...)، و التي تستلزم حالة التبعية القصوى، كالخضوع لكمامة التنفس الاصطناعي، فبعض الباحثين و على رأسهم Marilou Bruchon Schweitzer لا ينكر الطبيعة الغير محتملة لهذه الأمراض لكنه يأتي بحالات عاشت الظاهرة كمغامرة استثنائية أو كتجربة إيجابية و من ثمة فإن كل من "المرضى و الأطباء يتوجب عليهم إعادة النظر في مسألة جودة الحياة، التي سوف تعرف بطريقة نموذجية، و تخص إلا الوضعية الصحية .

منذ عشرات السنين اقتنع الإكلينيكيون و الباحثون في مجال الصحة العمومية بأن جودة الحياة لا تخص فقط الوضعية الصحية " الموضوعية " للمرضى، لكن تضم كذلك الرفاهية الذاتية، و التي تعد بمثابة أبعاد جد متميزة، فالإرتباطات الملاحظة بين هذين الجانبين لجودة الحياة تثبت بأنها جد ضئيلة لدى المرضى، و هو نفس الحال بالنسبة لعامة المجتمع.

إن هذه التغيرات التي مست الجانب الطبي مرتبطة ارتباطا وثيقا بمستوى الوعي لدى المرضى الذين يتصرفون كمستهلكين مستقلين (خصوصا في أمريكا الشمالية)، فهم يطالبون بإشراكهم في القرارات الخاصة بعلاجهم، و التدخلات الطبية الممكنة، و يبديوا ذلك جليا في شكوك المرضى حول فعالية الطب، و معتقدات الأطباء و المرضى المختلفة أحيانا، فيما يخص فعالية العلاجات مثلا، و عليه فإن التقييمات الذاتية و الموضوعية لجودة الحياة قبل و بعد التدخلات تسمح بتقدير دقيق لتطور العلاجات المرتبطة بالدواء، و تسهل عملية التواصل بين الأطباء و مرضاهم.

من جهة أخرى السلطات المكلفة بتنظيم تكاليف الصحة " التأمين الاجتماعي " حاولت القيام بتسوية، أو ايجاد حل وسيط بين متطلبات الجودة للخدمات المتوفرة للمستخدمين و الضغوطات الاقتصادية، فالحديث هنا منصب على تحليل المنفعة، و هو الموضوع الذي أثار جدلا، فالإشكالية هنا

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

تتعلق بكيفية التحكم في الميزانية الصحية دون التضحية بجودة العلاج (الرفاهية الصحية، أو بمصطلح أدق جودة الحياة المتعلقة بالصحة).

و أخيرا فإن إدراك الأعراض و قرار إجراء الفحص و كذا الإذعان للتوصيات الطبية ترتبط بإدراكات المرضى أكثر من حالتهم الوظيفية الحقيقية، تجدر الإشارة أنه انطلاقا مما سبق تم تصميم مقاييس متعددة الأبعاد لتقدير جودة الحياة مثلا تقييم الفعالية العلاجية لمختلف أنواع التكفل، و تأثير مختلف الأدوية، إلا أن أكبر مشكل يتجلى في أنه لا يوجد اتفاق حول تعريف مصطلح جودة الحياة، إذ أنه يوجد أكثر من 80 سلما لقياس هذا المفهوم (Marilou, B, S, 2002, p p 47- 48).

ثانيا: مفهوم جودة الحياة: Quality of life

1. صعوبة تعريف جودة الحياة:

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي نادرا ما حظيت بالإهتمام الواسع سواء على مستوى الإستخدام العلمي أو الإستخدام العملي العام في حياتنا اليومية، كما أن مستخدمي هذا المفهوم لم يتفقوا بعد على معنى محدد لهذا المصطلح، و قد يرجع ذلك إلى عدة اعتبارات منها:

❖ أن المتخصصين في كل مجال من المجالات العلمية المختلفة اعتبروا دراسة هذا المفهوم حكرا عليهم، و عرفوه من وجهة نظرهم المتخصصة، و لذا ظهرت وجهات نظر متعددة و غير متفقة على تعريف محدد له، فاستخدام المفهوم لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة، أو بفرع محدد من فروع العلم بل أن المفهوم موزع بين الباحثين و العلماء على اختلاف تخصصاتهم و اهتماماتهم البحثية، فقد استخدمه البعض لمعرفة جدوى برامج الخدمات الطبية و الإجتماعية، أو للتعبير عن الرقي و التقدم، و استخدمه آخرون لتحديد إدراك الفرد لمدى قدرة الخدمات المقدمة إليه على إشباع حاجاته الأساسية (شاهر خالد سليمان، 1429هـ، ص 121).

❖ أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحيرة نظرا لإستخدامه في كثير من المواقف المختلفة و فروع العلم المتعددة، فيمكن أن يشير إلى الصحة أو السعادة أو إلى تقدير الذات أو الصحة النفسية أو الرضا عن الحياة، و لذا تختلف وجهات النظر و تتعدد حول الطريقة التي يمكن أن يقاس بها، و لا يوجد اتفاق حول مفهوم محدد واحد أو طريقة واحدة محددة لقياسه.

❖ أن مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمن و بتغير حالة الفرد النفسية و المرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعادة مثلا تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، و الفقير يرى السعادة في المال، و هكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد.

❖ أنه لا توجد نظرية محددة لجودة الحياة ينطلق منها هذا التعريف، و أن معظم الدراسات ينقصها المنهج الواضح في قياس هذا المفهوم، مما جعل العديد من الدراسات تتناول جودة الحياة دون تحديد

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

تعريف إجرائي محدد لها – و أكثر هذه الدراسات في المجال الطبي- و اكتفت بتحديد المؤشرات الدالة عليها، كما اكتفت دراسات أخرى باعتبار المفهوم مؤشرا لمفاهيم أخرى مثل الصحة النفسية.

❖ أن المفهوم لا يقتصر على الجانب المرضي فقط، و لكنه يمتد إلى الجوانب الايجابية فقد اعتبرت بعض الدراسات "جودة الحياة" نتاجا للصحة النفسية الجيدة، و أكدت على أهمية تحسين جودة الحياة كهدف واضح لبرامج الصحة النفسية، و أحد المحركات الهامة للحكم على مدى نجاح هذه البرامج، و اعتمدت بعض التعريفات على هذا الإتجاه و اعتبرت تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية " بأنها ليست مجرد الخلو من المرض، و لكنها حالة أكثر ايجابية، تبدو في الصلاحية الجسمية و الإنفعالية و الإجتماعية " أساسا لتفسير جودة الحياة.

❖ أن مفهوم جودة الحياة تحده بعض المتغيرات الثقافية، مما يجعل هناك فرق في التعريف بين الثقافات المتعددة (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص ص 126-127).

2. تعريف جودة الحياة:

على الرغم من صعوبة الوصول إلى تعريف واحد محدد يحوز على اتفاق الجميع لجودة الحياة فإن هناك محاولات عديدة لضبط هذا المفهوم، و من بينها:

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة "1993" بأنها انطباع الفرد اتجاه حياته ضمن النسق و المعايير الثقافية في مجتمعه و مستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه و توقعاته وفق مفاهيم معيارية محددة لديه (Anne, H, 2007, p 18) فيما يخص عملية الدمج و التكامل بين جوانب صحة الفرد الفيزيولوجية و النفسية و مستوى عدم الإعتمادية و العلاقات الإجتماعية، و علاقة ذلك بما يبرز في المستقبل من أحداث بيئية (Serge B, 2004, p 17).

أما منظمة اليونسكو فتعتبر جودة الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، و الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي عبر تحقيقه لذاته.

تعريف موسوعة علم النفس: تعرف جودة الحياة على أنه مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصها على أنها سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة، و ذلك لأغراض تيسير البحث و القياس و هي كالاتي: التوازن الإنفعالي، حيث يتمثل في ضبط الإنفعالات الإيجابية و السلبية، كالحزن و الكآبة و القلق و الضغوط النفسية...إلخ، الحالة الصحية للجسم، و الإستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الإستقرار الأسري و تواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية و تواصل العلاقات الإجتماعية خارج نطاق العائلة، الإستقرار الإقتصادي و هو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، التواءم الجنسي و يرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم و حالة الرضا عن المظهر و الشكل العام (عبد الحميد سعيد حسن و راشد بن سيف المحرزي، 2006، ص 290).

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

في حين يعرفها جود **Good, D, A** بأنها امتلاك الفرص المناسبة لتحقيق أهداف ذات معنى (رغداء علي نعيمة، 2012، ص150)، و عرفها دوسون **Dodson, W,E** بأنها الشعور الشخصي بالكفاءة و إجادة التعامل مع التحديات و أكد فيلس **Felce, D** أن جودة الحياة بمفاهيمها المختلفة ترتبط بالقيم الشخصية للفرد التي تحدد معتقداته حول كل ما يحيط به من متغيرات حياتية و ما تواجهه من مشكلات للسعي إلى تحقيق الرضا الذاتي (محمود عبد الحليم منسي و علي مهدي كاظم، 2010، ص44).

و يوضح العارف بالله "1999" هذا المفهوم فيرى أنه ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، و بمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق (منذر عبد الحميد الضامن و عبد الحميد سعيد حسن مهدي، 2006، ص182).

و هناك من ينظر إلى جودة الحياة باعتبارها دالة التغير النفسي الإجتماعي الجيد الذي يحدث في استجابة الأفراد و الجماعات اتجاه البرامج و الخدمات المقدمة، بمعنى ان هذه الخدمات عندما تحدث أثرا ايجابيا يعبر عن الفاعلية الإشباعية للسلوك في الإتجاه الصحيح، فإن ذلك هو معيار مساهمتها في تحقيق جودة الحياة (أشرف أحمد عبد القادر، 2005، ص 93).

و بالإضافة إلى الفهم المتعمق لجوانب جودة الحياة فإن الباحثين قد لاحظوا أهمية تعريف هذا المصطلح و ربطه بالقيم الشخصية، و الذي يقترح أن القيم الشخصية و ظروف الحياة و الرضا الشخصي تتفاعل لتحدد بشكل عام جودة الحياة، و قد خلص كل من فلس و بيرري إلى أن:

1. ظروف الحياة هي وصف لظروف الأفراد.
2. تشير الصحة الشخصية إلى الرضا الذاتي بتلك الظروف و أسلوب الحياة.
3. القيم الشخصية هي ما يعتقد الفرد و ما ينظر به إلى ظروف الحياة و ما يحيط به من موضوعات.

و يتفق كل من تايلور و بوجدن " Taylor, S,J& Bojdan, R, 1996 " على أنه من المهم فهم تعريف جودة الحياة و التأكيد على أن جودة الحياة ليس لها معنى بدون أن تشمل ما يشعر به الفرد و ما يمر به من خبرات، و يؤكد على أن الدراسات التي تتناول جودة الحياة يجب أن تكون موجهة لما يشعر به الفرد، كما يجب أن تتساءل عن خبراته الشخصية و حياته و كل ما يمر به من مواقف، و ليس ما يعتقد الآخرون (صالح اسماعيل عبد الله الهمص، 2010، ص 42).

و في رأي كل من " Cummins ; B & Carr ; A " فإن جودة الحياة تعني شعور الفرد بالسعادة و الرضا عن حياته، و الإقبال عليها بحماس و الرغبة في معاشتها و بناء شبكة علاقات

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

اجتماعية مع المحيطين به، و شعور متزايد بالأمن و والطمأنينة و الثقة في قدراته و السعي لإنجاز الأهداف و عدم الإحساس بالفشل و التمتع بالصحة البدنية و النفسية و أن كل هذا من شأنه أن يزيد من طموحاته، فضلا عن إحساسه الداخلي بما حققه من إنجازات تمكنه من الوصول لوضع وظيفي مناسب في المستقبل (إيمان أحمد خميس، 2010، ص 158).

مما سبق يتضح أن هناك عدة جهات نظر حول تعريف جودة الحياة، و معظم التعريفات تختلف حسب اختلاف المجال الذي وضعت له، و لا يوجد اتفاق تام على تعريف واحد شامل و محدد لهذا المصطلح، حتى في المجال الواحد، إلا أن معظم الباحثين أجمعوا على أهمية المكونات الذاتية عند محاولة تعريف جودة الحياة، باعتبار أن هذا الأخير مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر و ذلك أن وجهة نظر الأفراد للحياة تختلف حسب احتياجاتهم و حسب المعايير التي يقيمون من خلالها جودة حياتهم، و من جهة أخرى نجد بأن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية يمثل في أحد مستوياته انعكاسا مباشرا لإدراك جودة الحياة على هذا المستوى، و الذي يتوقف على مدى أهمية كل متغير من هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، و ذلك في وقت محدد، و في ظل ظروف معينة، و يظهر ذلك بوضوح في مستوى الشقاء أو السعادة الذي يشعر به الفرد، و الذي يؤثر بدوره على تعاملات الفرد مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته.

و الطالبة بهذا توافق تعريف منظمة الصحة العالمية الذي يركز على الجوانب الذاتية أكثر من الجوانب الموضوعية لأنه تطرق إلى مختلف الجوانب التي تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة انطلاقا من المعايير الثقافية و الإجتماعية و مستوى العلاقة بين تحقيق الأهداف و التوقعات و علاقة ذلك كله بتطلعات الأفراد المستقبلية، و هذا ما ورد في المقياس المستخدم في الدراسة (SF36).

3. تعريف جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

من المنظور الصحي فإن جودة الحياة يقصد بها ذلك التقدم الحادث في حياة الأفراد نتيجة الحصول على الرعاية الخاضعة للبرامج الطبية و العلاجية المختلفة في مراعاة لجوانب التكلفة الاقتصادية وفقا لأوضاع الأفراد الاجتماعية، و من هذه البرامج ما قدمه دياموند و بيكر (Diamond, R & Beeker, 1999)، بعنوان دليل ويسكنسون لنوعية الحياة The Wisconsin Quality of Life Index و الذي يقيس نماذج لجودة الحياة من الناحية الطبية من وجهة نظر " المريض و أسرته، و الطبيب القائم بالعلاج" في كل من الوقت الراهن و في المستقبل حيث يعتني هذا الدليل بفحص نتائج البرنامج العلاجي الطبي و الدوائي، و تصنيف فئات المرضى لتحديد أيهم قد تحقق له الفائدة و مدى ارتباط ذلك بجودة الحياة لديه.

و يعرف برادي و آخرون Brady et al, 2001 جودة الحياة المتعلقة بالصحة بأنها مفهوم يرتبط بضبط الجوانب الروحانية الخاصة بالعقائد لدى الأفراد، و يشير إلى ملاحظاته عن مرضى السرطان و

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

مدى تحسن نوعية الحياة لديهم و تحسن حالتهم الصحية بعد استغراقهم في ممارسات ذات طبيعة عقائدية روحانية (حسام الدين محمود عزب، 2004، ص ص 581-583).

و يرى باتريك و إريكسون (Patrick D.L, & Erickson P (1993) أن "جودة الحياة المرتبطة بالصحة هي القيمة المخصصة لطول الحياة فيما يخص الإعاقة، المستوى الوظيفي، التصورات والفرص الاجتماعية المتغيرة عن طريق المرض أو الإصابة أو العلاج أو السياسة الصحية " (Anne, H, 2007, p 18).

و توصل "Smith, K, W ,1999" إلى أنه من منظور المرضى هناك فرق ما بين جودة الحياة والحالة الصحية المحسوسة للمرضى، حيث وجد أن جودة الحياة والحالة الصحية لكل منهما تركيبته المميزة الخاص بها، ولا يجب التبادل في استخدام هذين المصطلحين، فعندما نعطي معدل لجودة الحياة نجد أن المرضى يركزون على الحالة العقلية أكثر من تركيزهم على الوظائف الجسدية، وهذا النمط عكس التقييم للحالة الصحية حيث تكون الحالة الجسدية أكثر أهمية من الحالة العقلية (صالح إسماعيل عبد الله الهمص، 2010، ص50).

و ترى باري و كرسبي (Barry, M.M & Crosby, C ; 1993) أن مفهوم جودة الحياة يستخدم كأحد المعايير لتقييم أثر عملية العلاج و فعاليتها، و إعادة الإستقرار إلى حياة الفرد بعد العلاج. و يشير مالدون و بارجر (Muldoon, M,F & Barjer, S, D ; 1998) إلى أن أحد التعريفات الهامة لجودة الحياة يعتمد على تقييم الفرد الذاتي لحالته الصحية و يعتبرها انعكاسا للطريقة التي يدرك بها الفرد أو يتفاعل بها مع وضعه الصحي و مع المظاهر الأخرى غير الصحية في حياته (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص ص 128-129).

من وجهة نظر باتريك و إريكسون (Patrick D.L, & Erickson , 1993) فإن "جودة الحياة المرتبطة بالصحة هي القيمة التي يعطيها الفرد لطول الحياة فيما يخص الإعاقة، المستوى الوظيفي، الإدراكات، والفرص الاجتماعية التي تتغير بفعل المرض أو الإصابة أو العلاج أو السياسة الصحية" (Marcel, L, 2007).

على الرغم من عدم وجود تعريف شامل و متفق عليه لجودة الحياة في المجال الصحي، إلا أن جميع الدراسات في هذا المجال تبحث عن المستوى الوظيفي للفرد، و تقييمه لصحته في تأثيرها على جودة الحياة، علاوة على ذلك فإن معظم الباحثين ركزوا في تعريفهم إما على جودة الحياة كسلوك فردي، أو مستوى فعالية أو جودة الحياة كإدراك للمستوى الصحي و الصلاحية، أما فيما يخص جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي فيعتبر من المهام الصعبة، فالمفهوم من الصعب تحديده، و ذلك بأن مؤشرات الجودة يجب أن تحدد من المرضى أنفسهم، فهم أكثر من يدركون أهمية العجز و تأثير المرض على مستوى الرضا عن الحياة بشكل عام، هذا بالإضافة إلى ارتباط إدراك

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الفرد لجودة حياته بمجموعة من المتغيرات كنوع العلاج، ومدته، التدبير، المساعدة الإجتماعية المدركة، و كذا مستوى الإلتزام بالعلاج الذي يعتبر من أهم العوامل المنبئة بجودة الحياة.

و عليه فالطالبة من خلال هاته الأطروحة تعرف جودة الحياة المتعلقة بالصحة بأنها: " درجة احساس المريض بالكفاءة فيما يتعلق بادراكه لوضعيته الصحية، و اقباله على تبني أسلوب حياة يشبع حاجاته الجسمية و النفسية و الإجتماعية و الثقافية و الدينية، و مثابرتة من أجل التكيف مع المرض، من خلال الإلتزام بالعلاج و اقباله على الخدمات الصحية المقدمة إليه".

ثالثا: نظريات جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

هناك بعض النماذج التفسيرية لمفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة، حيث أنه لا توجد نظريات علمية قائمة بذاتها تفسر هذا المفهوم، وتختصر هذه النماذج الكثير من وجهات النظر التي تمت مناقشتها من قبل المختصين في علم النفس الصحي، وتقدم بشكل دقيق أهم محددات هذا المفهوم، و فيما يلي عرض لبعض من هذه النماذج:

1. نظرية رأس المال البشري:

طوّرت بعد الحرب العالمية الثانية، و تقوم على مبدأ تحليل (التكاليف/الفوائد) و التي كانت آن ذاك تحسب بالوحدات النقدية (Corten, P,H 1998, p 9) ، و بعد ذلك تحليل (التكاليف/الفاعلية)، و التي كانت تقيم بعدد السنوات التي عايشها المريض وهو بصحة جيدة، و انطلاقا من هاته الأخيرة طور هذا النموذج ليصبح "نموذج جودة الحياة المعدلة بالسنوات) (quality adjusted life years) (لينا عاكف صوفان، 2008، ص24)، و الذي طوره "Torrance, G,M"، و طبق في مجال الطب العقلي من طرف "Rosser, R, M"، و حسب رأي أصحاب هذا النموذج فإن الرهان يتمثل في:

❖ علاج يطيل الحياة و لكن بعلل.

❖ أو علاج آخر الذي يحافظ على الوظائف، و لكن ذلك يكون على حساب حياة مختصرة.

من ايجابيات هذا النموذج هو امكانية إدماج البعد الذاتي (الرهان) و المؤشرات الموضوعية مثل (الموت، العلة)، كما أنه يسمح بتأسيس نموذج يتمحور حول العلاقة بين جودة الحياة و الفائدة المرجوة من العلاج لذوي الأمراض المزمنة، إلا أنه من جهة أخرى تعرض للكثير من الإنتقادات على المستوى الأخلاقي، و ذلك لأن المؤشرات حسبت على أساس تحقيقات على عينات عامة من المرضى، و لا شيء يثبت ان المريض و المعالج لهما نفس الإختيار، و من جهة أخرى معظم الدراسات القائمة في هذا النموذج حددت المفاهيم الخاصة بجودة الحياة تحديدا سلبيا (غياب الأعراض، غياب الإضطرابات الوظيفية، غياب المعاناة).

من خلال نظرية "Rosser, R, M" نجد أن جودة الحياة طبقت على أساس تحليلات الكلفة مقابل الفائدة الدوائية و الإقتصادية إلا أنه إذا أجري تحليل الفائدة مقابل الكلفة خلال دراسة عملية و تم

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

استخدام جودة الحياة كقيمة أو معيار للفائدة فيجب حساب الدرجة التي تحقق هذه الغاية من مقياس جودة الحياة، و تكون حينها جودة الحياة محددة باستخدام علاج معين بكلفة علاجية معينة، و انعكاس ذلك على مختلف جوانب حياة المريض مع مراعاة حرية المريض في اختيار نوع العلاج المناسب له.

2. نظرية هالدي Haldey , B , W, 1984:

بين هالدي في نظريته أن الوجود الجيد و الوجود السيئ يعتبران كمتغيرين مستقلين، فبعض الأمراض مثل السرطان يمكن أن تتطور لمدة طويلة دون أن يشعر المريض بذلك، و العكس صحيح، أي أن الفرد قد يكون بصحة جيدة و لكنه يشعر بأنه مريض، فبالرغم من أن كل فرد يبحث عن جودة حياة جيدة و مستقرة إلا أن معظم الأبحاث هنا تؤكد على أن الصحة ما هي إلا مجال من مجالات الحياة، فعندما تسوء الظروف فالفرد تلقائيا يعيد النظر في تأثير الجوانب الأخرى على جودة الحياة، فكل مجالات الحياة مهمة، و نفس الوضعية يمكن أن يكون لها صبغ مختلفة، فالمساندة الاجتماعية، و تقاسم الإنفعالات و التبعيات المتبادلة لها علاقة مباشرة مع بعض استراتيجيات جودة الحياة.

من خلال نظرية هالدي نجد أنه قد تم التطرق ضمنا إلى مصطلحين مهمين جدا ألا و هما مصطلح التنافر و التكيف، إذ يشير مصطلح التنافر إلى معضلة عدم الرضا حيث نجد أصحاب ولكنهم أشقياء، أما التكيف فيشير إلى مفارقة الرضا أو مفارقة العجز حيث أن ظروف الحياة السيئة لا تشكل مانعا من التمتع بالحياة لدى المرضى المصابين بأمراض خطيرة مثل قصور الشريان التاجي حيث لا تختلف مستويات الرضا عن الحياة لديهم عن الأسوياء إلا في بعض البيئات وبغياب بعض المتغيرات الممتصة للكروب مثل الكفاءة الذاتية (Corten, P,H 1998, pp 10-12)

3. نموذج أباي واندروز Abbey, A et Andrews , F, M

الإطار المفاهيمي الذي اقترحه Abbey et Andrews (1985) له علاقة بالوجود الجيد المدرك من طرف الفرد والمفاهيم المنحدرة من المؤشرات الاجتماعية و مصطلحات درست في علم النفس، و تجدر الإشارة هنا إلى أن الأبحاث التي قام بها كل من (Costa , McCrea (1980), Dupuy (1977) Kamman et al. (1979) كانت بمثابة نقطة انطلاق لتطوير النظرية، إذ أن الباحثين يفترضون بأن " التفاعل بين الأفراد مع العالم الاجتماعي سوف يؤثر على عدد من العوامل النفسية والاجتماعية، والتي تؤثر فيما بعد على بعض الحالات الداخلية مثل الاكتئاب والقلق والتي بدورها تؤثر على إحساسهم بالرفاه".

تتمثل العناصر الرئيسية لهذا النموذج في 5 مصطلحات نفس اجتماعية (الإجهاد ومصدر الضبط "داخلي و خارجي" ، العلاقات الاجتماعية، الأداء)، واثنين من المفاهيم النفسية (الاكتئاب والقلق) وخمسة تقييمات منفصلة عن نوعية الحياة، وبناء على هذه المفاهيم، حدد الباحثون فرضيتهم التي مفادها أن

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الضغط، مصدر الضبط، المساندة الإجتماعية والأداء لهم تأثير مباشر على القلق والاكتئاب، و في المقابل أن هذه الحالات الإنفعالية الأخيرة لهما تأثير مباشر على نوعية الحياة.

وعموما، فإن النتائج التي حصل عليها **Abbey et Andrews** تشير إلى أن الضغط والاكتئاب يرتبطان بقوة مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في حين أن مصدر الضبط الداخلي، والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة و العلاقة بين التأثيرات الإيجابية و مصدر الضبط الداخلي، والدعم الاجتماعي والأداء أقوى من العلاقة بين نفس المصطلحات و التأثيرات السلبية.

على ما يبدو، وبقال **Abbey et Andrews** أنه عندما يحاول الناس تحديد مقدار تمتعهم بالحياة، فإنهم يؤكدون على المحددات الإيجابية للرفاه، أو مصدر الضبط الداخلي والدعم الاجتماعي، وعلى العكس، عند محاولة تحديد مقدار شعورهم بالضيق، فالإهتمام يكون منصب حول المحددات السلبية للرفاهية مثل الضغط و مصدر الضبط الخارجي، فالنظرية تطرقت إلى جودة الحياة على أنه مفهوما ديناميا يتضمن مجموعة من الأبعاد الجسمية و النفسية و الإجتماعية، و ترتبط بمحاولة جعل الفرد ينظر إلى الحياة بطريقة أكثر ايجابية، أي، إلى أي مدى يشعر الأفراد بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية و بأن حياتهم لها معنى، و بمقدرتهم إقامة علاقات ايجابية مع الآخرين؟، و ذلك و لو في ظل وجود بعض الظروف الغير مواتية التي قد تحول دون تحقيق المستوى الأمثل من الجودة كالمرض مثلا
(Céline M et Jocelyne F 1987, pp 137-138).

رابعا: خصائص جودة الحياة:

لقد توصل جود " **Good, D, 1994** " إلى بعض الخصائص المتعلقة بجودة الحياة منها:

❖ يشعر الفرد بجودة الحياة عندما تشبع حاجاته الأساسية، و تكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الرئيسية التي تربط جودة الحياة لدى الفرد بجودة حياة الأشخاص الآخرين الذين يعيشون في البيئة نفسها.

❖ تتكون جودة الحياة للأفراد المعاقين من نفس العوامل و العلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة للأفراد العاديين.

❖ تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة، و برامج التأهيل، و العلاج و المساندة الإجتماعية.

❖ جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية و المؤشرات الموضوعية.

كما يشير ليمان " **Litman, J, 1999** " إلى أنه لا بد من النظر في مفهوم جودة الحياة من خلال الإحساس بالرفاهية و الرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية.

خامسا: مكونات جودة الحياة:

إن جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحدداته الشخصية فقط، و لا بالمجالات و موضوعات الحياة المختلفة، و إنما أيضا بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي مثل الآباء و الأمهات و الأخوة و الأخوات و المعلمين و الأقارب، و ذلك من حيث مهاراتهم في مواجهة مشكلات الحياة و التواصل و الدعم الاجتماعي الذي يوفره، و يعد تعريف اليونسكو لجودة الحياة مفهوما شاملا يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد، و يضم في طياته مكونات موضوعية، و أخرى ذاتية (سعيد عبد الرحمن محمد عبد الرحمن ، د.س، ص ص 336-339)، و فيما يلي تناول لهذه المكونات:

1. المكونات الموضوعية:

الذي يعبر عنه في رقي نوع و مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية التي تقدم للفرد مثل الإرتقاء بالمستوى الإقتصادي و وفرة السلع و الإرتفاع بمستوى الدخل القومي و تقديم الخدمات الاجتماعية و السكنية و المواصلات التي تدل على رقي نمط الحياة الذي يعيشه الفرد، إلا أن مفهوم جودة الحياة بدلالات إشباع الاحتياجات و جوانبها المادية يواجه صعوبات اكتشاف مدى سعادة الأفراد من جراء هذا الإشباع، و تحت أي ظروف يتم إشباع الناس، و لا تعتمد الإجابة على ظروف موضوعية فقط، و لكن على الإسهامات الشخصية للفرد أيضا، و أن تعريف نوعية الحياة بدلالات الموارد يعد بمثابة مفهوم ضعيف.

2. المكونات الذاتية (الإدراك الذاتي - خصائص الشخصية):

إن هذا المؤشر ينظر إلى جودة الحياة من زاوية مختلفة ترتبط بشكل مباشر بمستوى تعبير الإدراك الذاتي للفرد، و نوع تقييمه للنواحي المادية المتوفرة في البيئة التي يحيا فيها و في حياته بشكل عام، و مدى أهمية كل جانب منها بالنسبة للفرد و درجة قناعة الفرد ان مستوى الحياة الذي يعيشه يمثل له شكل كاف لجودة الحياة، كما أنه من الممكن ان يتصل هذين المفهومين معا، كأن تكون جودة حياة الفرد تحت تأثير نوعية البيئة و الثقافة المحيطين به، و لكن هاتين الفكرتين يمكن صياغتهما تحت عنوان النوعية الخاصة و النوعية العامة للحياة، و هما مختلفان بكل تأكيد.

إن لجودة الحياة في بعدها الموضوعي و الذاتي عدد من المظاهر، فنجد في البعد الموضوعي

هناك:

- ❖ **العوامل المادية:** و هذه العوامل نسبية في التعبير عن جودة الحياة إذ أنها ترتبط بثقافة المجتمع و درجة تحضره و تعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع الثقافة التي يعيشونها و مع المعايير الثقافية و الحضارية التي يوفرها المجتمع.
- ❖ **إشباع الحاجات:** بمعنى أن جودة حياة الأفراد تقاس بالدرجة التي يمكن معها مقابلة حاجاتهم، فعندما يتمكن الفرد من إشباع حاجاته فإن جودة حياته ترتفع و تزداد.

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

❖ **القوى و المتضمنات الحياتية:** فإن حياة الفرد لكي تكون جيدة لا بد له من استخدام القدرات و الطاقات و الأنشطة الإبتكارية الكامنة بداخله و يقوم بتنمية العلاقات الإجتماعية و العمل الهادف و هي من المؤشرات الدالة على جودة الحياة.

❖ **الصحة و البناء البيولوجي للفرد:** إذ أنها تعكس قدرته البيولوجية الكامنة و سلامته و صحته الجسمية.

أما مظاهر البعد الثاني لجودة الحياة فنجد:

❖ **حسن الحال:** و هو مظهر سطحي و عام لجودة الحياة.

❖ **الرضا عن الحياة:** هو أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة فكون الفرد راضيا عن حياته يعني أن حياته تسير كما ينبغي، و هو ينبع من اشباع الفرد كل توقعاته و احتياجاته و رغباته، و المظهر الآخر هو

❖ **معنى الحياة:** فكلما شعر الفرد بإنجازاته و بمواهبه و قيمته و أهميته للمجتمع، و أن غيابه يسبب نقصا أو افتقاد الآخرين كلما أحس الفرد بجودة للحياة التي يحيها.

❖ **السعادة:** فهي شعور بالرضا و الإشباع و طمأنينة النفس و تحقيق الذات و شعور بالبهجة و الإستمتاع و اللذة و شعور بالنشوة حينما يدرك الفرد لقيمه و متضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية.

إضافة إلى هذين البعدين فقد ظهر تيار ثالث يرى ان مفهوم جودة الحياة كتقويم للجوانب الموضوعية كما تعبر عنها المؤشرات الموضوعية مفهوم محدود، كما ان مفهوم جودة الحياة كتقويم ذاتي للحياة كما تعبر عنها المؤشرات الذاتية لجودة الحياة مفهوم قاصر، و من ثم يرى أنصار الإتجاه الثالث أن مفهوم جودة الحياة مفهوم شامل، و قد عزز هذا الإتجاه الإهتمام بالأبعاد الإنسانية، و من ثم بضرورة التوصل إلى نمط بديل للتنمية، يكون من شأنه الإعراف بأن الإنسان هو الغاية النهائية لأي سياسة من السياسات، أن مصطلح جودة الحياة يمكن تناوله من خلال فرص الحياة، نتائج الحياة و الجودة الداخلية و الجودة الخارجية.

إن محاولة تعريف مفهوم جودة الحياة بوضوح و بشكل يسمح لنا بالقياس الموضوعي لهذا المفهوم تشوبه نوع من الصعوبة، فقد قال الفيلسوف لورد كيلفين Lord Kelvin " عندما يمكنك قياس ما تتحدث عنه و تعبر عنه من حيث الأرقام فإنك تعلم شيئ عنه، و عندما لا يمكنك التعبير عنه بالأرقام فإن معرفتك به تكون شديدة الضالة (محمد عبد الله ابراهيم و سيدة عبد الرحيم صديق، 2006، ص ص 277-279).

سادسا: مجالات جودة الحياة:

وفقا لمارلين بيرجر Marilyn Bergner المجالات الرئيسية لنوعية الحياة هي: "الأعراض، والوضع الوظيفي، والأنشطة المتعلقة بالدور الاجتماعي، الأداء الاجتماعي، والإدراك، النوم والراحة، الطاقة والحيوية، الحالة العاطفية والإدراك الصحي والرضا العام عن الحياة، كما يزعم Leplege, A أنه في حالة المرضية، الرضا يزيد من جودة الحياة، في حين أن عدم الرضا يقلل منها، و يرى أن هناك أربعة مجالات رئيسية هي التي تحدد جودة حياة المريض، و هي: "

❖ الحالة الجسدية للمريض: (الإستقلالية، القدرات الجسدية)؛

❖ التأثيرات الجسدية: (الأعراض، والنتائج المترتبة على الإصابات أو الإجراءات العلاجية، والآلام)؛

❖ الحالة النفسية: (الإنفعالات، القلق، الاكتئاب)؛

❖ العلاقات الاجتماعية: (علاقته بالبيئة الأسرية والمهنية والأصدقاء) (Liliane S , 2012, p 14)

14)

في حين أن منظمة الصحة العالمية أقرت بوجود ستة مجالات رئيسية لجودة الحياة ألا و هي: الجسدية، النفسية، الإستقلالية، العلاقات الإجتماعية، البيئة، الروحانية و المعتقدات الشخصية (Marcel Lourel, 2007)، و فيما يلي شرح لبعض من مجالات جودة الحياة المرتبطة بالصحة.

1. المجال البدني:

يحتوي خاصة على الصحة الجسدية و القدرات الوظيفية (سهولة الحركة، الإستقلالية الذاتية، التبعية) (Gustave , N, F , 2006, p 156)، ويمكن اعتبار الصحة واللياقة البدنية والحالة الوظيفية الجسدية الجيدة من العناصر الموضوعية لجودة الحياة، إذ أن مفهوم جودة الحياة لا يقتصر على غياب المرض أو العجز أو الألم، وإنما يعبر عن حالة من الرفاهية الجسدية والاجتماعية والنفسية، وأن إدراك الفرد بإمكانية تحقيق التوازن بين سيطرته على وعيه وقدراته العقلية وإدراكه، وإحساسه بما يحيطه، وسيطرته على أجزاء جسمه، وتحكمه بحركاته، وتخلصه من حالة الكسل والتراخي، والشعور بالعجز، وعدم القدرة على الحركة النشيطة، من خلال ممارسة التمارين والأنشطة الرياضية والمشى تؤثر على الفرد وجودة حياته بإيجابية (محمد عبد الله ابراهيم، 2006، ص278).

2. المجال النفسي:

إن جودة الحياة النفسية من المفاهيم ذات الطابع الجدلي، إذ تختلف مضامينه و دلالاته باختلاف الأفراد و اختلاف الثقافات، و تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات، و تتداخل جودة الحياة من المنظور النفسي مع أبعاد جودة الحياة من المنظورات الأخرى، فمن منظور الصحة العضوية تذهب بعض الدراسات إلى ان جودة الحياة تصبح مفهوما محوريا لتطوير و زيادة فعالية التدخلات العلاجية

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

للحالات التي تعاني أمراضا عضوية شديدة، و لتحقق هذا المفهوم لابد من توفير مقومات العناية الجيدة و معالجة الاثار النفسية التي عادة ما تصاحب المرض العضوي، و قد توصل توركان 1993 Turkan إلى أن الذين يعانون من أمراض عضوية و يتلقون علاجا طبيا، قد يعانون من آثار جانبية ذات أبعاد سلوكية معقدة، كما أنهم قد يسلكون على نحو غير موات يعوق استمرارهم في العلاج، و لهذا السبب يتعين أن يخضع هؤلاء لإختبارات سيكولوجية من أجل متطلبات الضبط السلوكي باعتباره أحد أبعاد جودة الحياة (ابراهيم محمد الخلفي، 2000، ص163).

3. المجال الاجتماعي:

يتضمن العلاقات و النشاطات الاجتماعية التي تهتم بالجانب النوعي أكثر من الكمي (Gustave)، (N, F, 2006, p 156) – و في هذا الإطار يرى ألمبر هانكس (Hankiss ; 1984) أن الإهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة، و قد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، و هذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر (محمدي فوزية، آمال بوعيشة، 2013، ص 6)، و ترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد و ما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله و المكانة المهنية للفرد و تأثيره على الحياة، و يرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا العامل عن عمله (صالح اسماعيل عبد الله الهمص، 2010، ص 43).

4. الرضا عن الحياة:

إن الدراسات السوسولوجية ركزت في البداية على الرفاهية المادية و ظروف الحياة التي تؤدي إلى تقييم الأفراد لحياتهم بطريقة ايجابية، و بعد ذلك اهتموا بمتغير الرضا عن الحياة، هذا الأخير الذي عرفه بافو و آخرون (Pavot) على أنه عملية معرفية تؤدي إلى المقارنة بين حياة الأفراد و المعايير المرجعية (القيم، المثاليات)، و عليه، فالرضا في الحياة يشير إلى تقييم شامل لكل ما يفعله الفرد في حياته، في حين أن دينر (Diener, E , 1994) يرى بأن الرضا في الحياة يرجع إلى حكم واعي و شامل للفرد على حياته، و يمكن ان يكون مقسم إلى مجالات محددة " مهنية، عائلية، الرفاهية، الصحة، الذات، المال، الجماعة التي ينتمي إليها... إلخ" (Marilou, B,S,2002, p 57)

و لقد درس الباحثون العديد من العوامل الديمغرافية و الاجتماعية و السمات الشخصية من أجل معرفة العوامل التي تؤدي إلى الشعور بالرضا عن الحياة، فمفهوم الرضا يعتمد في نظريته لهرمية ماسلو في اشباع الحاجات متدرجا من الحاجات الفسيولوجية الدنيا إلى الحاجات العليا المتمثلة في تحقيق الذات، لأن الإنسان يسعى لتحقيق أهدافه الهامة من أجل الشعور بالسعادة و الرضا عن الحياة، و تتحقق الحياة الجيدة عندما تلبى للإنسان متطلبات الأمن، و الإنتماء و الإستقلال، و تأكيد الذات، و يعتمد تحقيق

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الحاجات العليا على العوامل الخارجية المحيطة بالفرد (الأسرة و المجتمع، و النواحي الإقتصادية و السياسية، و التعليم و غيرها)، (عادل محمود محمد سليمان، 2003، ص14).

5. السعادة:

يرى فينهوفن Veenhoven, R, 2003 بأن السعادة هي الدرجة التي يحكم فيها الشخص ايجابيا على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام، و بمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها و استمتاعه بها، و تقديره الذاتي لها، و قد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة نتاج تفاعل مركب بين الشخص و بيئته، مما يجعلهما عوامل أساسية في السعادة، و في دراسة " لو " التتبعية تنبأ الدعم الإجتماعي بالمستوى الكلي للسعادة، في حين تنبأت الأحداث الإيجابية للحياة بالرضا عن الحياة، و فضلا عن ذلك كانت العلاقة قوية بين السعادة و الرضا عن الحياة، و موجز القول أن التفسير الدقيق للفروق الفردية في السعادة يتطلب تضمين ثلاثة تأثيرات: الشخصية، الجوانب الإجتماعية، المتصلة بالخصائص السكانية، العوامل البيئية و الموقفية، و هذا هو المدخل متعدد الأبعاد (مجدي عبد الكريم حبيب، 2006، ص ص 80-81).

سابعا: أهمية دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن:

لم ينظر إلى جودة الحياة على أنها مسألة ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبيا، و لسنين عديدة، ظلت جودة الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة، و بوجود المرض دون أي اعتبار للعواقب النفسية و الإجتماعية الناجمة عن المرض و العلاج (شيلي تايلور، 2008، ص620)، فمن ميزات دراسة جودة الحياة المتعلقة بالصحة أنها لا تأخذ بعين الإعتبار الصحة الجسدية فقط، بل تركز أيضا على الجوانب الإنفعالية، الإجتماعية و الوظيفية.

ففي الواقع أن المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييمات المريض، فوجهة نظر الطبيب و المريض يمكن أن تختلف إلى حد كبير، فمثلا يمكن أن يكون المريض لا يعاني من أي ألم في حين أن الطبيب يظن عكس ذلك، و الأخطر من ذلك عندما يكون المريض يتألم، و لكن الطبيب يقلل من تقدير حدة الألم (Martin, D, 2009, p7) ففي دراسة مشهورة حول فرط ضغط الدم، وجد أنه على الرغم من أن 100% من الأطباء ذكروا أن جودة حياة مرضاهم تحسنت مع الإستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم، إلا أن نسبة من أيد ذلك من المرضى لم تتجاوز 50% ، و لم يؤيده أي من المحيطين بالمريض، إضافة إلى ذلك، تشير العديد من الأبحاث إلى أن المرضى يدركون بعض الأمراض و معالجتها على أنها قدر أسوأ من الموت، و ذلك لأنها تهدد جوانب أو نشاطات حيوية و مهمة في حياتهم (شيلي تايلور، 2008، ص621). إن وجهة نظر الطبيب يمكن اعتبارها "تدخل فعال" فجودة الحياة قد لا يتم إدراكها بنفس الطريقة التي ينظر إليها المريض و عائلته، و بالرغم من ذلك فإنه من غير الممكن تجاهل وجهة نظر المريض، فمن ايجابيات وجهة النظر الذاتية هو أن البيانات المتحصل عليها غير مكلفة نسبيا، و من السهل

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الحصول عليها، و نظرا للتكاليف المرتبطة بمرض قصور الشريان التاجي و طبيعته المزمنة فإن التقييم المبني على الجمع بين الأساليب الذاتية و الموضوعية يعد الأكثر قبولا و انتشارا، ففحص وجهتي النظر تسمح بالتأكد من أن المرضى و العاملين في مجال الرعاية الصحية حددوا أهدافا واقعية للتوقعات المتتالية للتدخل العلاجي، خاصة بعد إجراء عملية جراحية للقلب.

على الرغم من أن هناك العديد من الدراسات التي ترمي إلى تقييم جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، إلا أنه لا يوجد إجماع على الجوانب التي ينبغي قياسها، و مع ذلك غالبا ما يتم ذكر المتغيرات التالية:

❖ القدرات الوظيفية (بما في ذلك الجوانب الجسدية و الفكرية و الإجتماعية و العاطفية).

❖ الإدراكات (مستوى الرفاهية و الرضا عن الحياة).

❖ آثار أعراض المرض (Geraldine, A, L 2010, p4).

و عليه نجد ان جودة حياة المرضى مطروحة اليوم من طرف محيط اجتماعي حساس أكثر لحقوق و كرامة المرضى، بالمعنى الواسع جودة الحياة تأخذ مرجعيتها من الصحة البدنية للفرد (عمل العضوية)، و وضعيته النفسية، و علاقاته الإجتماعية (القابلية لبناء علاقات مع الآخرين)، مستوى الإستقلال الذاتي، و كذلك علاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه (Gustave, N, F, 2006, p 155) بعد الأخذ بعين الإعتبار تأثيرات المرض و علاجه (عواقب المرض، العوائق) (شيلي تايلور، 2008، ص622)، ذلك أن هذا الأخير له تأثير مباشر على جودة حياة المرضى.

إن معظم مرضى قصور الشريان التاجي، و خاصة المقبولون على إجراء عملية جراحية يظهرون رغبة شديدة لمعرفة أخطار و فوائد هذه العملية، و بالتالي فإن تقييم جودة الحياة يمكن أن يساعدنا على مراقبة الأعراض، و الوظائف الجسدية بعد عملية ترقيع الشريان التاجي، و في هذا الصدد أظهرت العديد من الدراسات الحديثة الفوائد الطويلة الأمد للتدخلات الجراحية، و انعكاسها على الصحة الجسدية و غياب الأعراض و التحسن في القدرات الوظيفية، و مع ذلك، فإن التدخلات المبنية على ترقيع الشريان التاجي لا يعد علاج نهائي، إذ أنه غالبا ما تعود الأعراض من جديد، و خاصة الذبحة الصدرية، ففي دراسة قام بها (Herlitz, 2000) على عينة من المرضى الذين يعانون من ذبحة صدرية لعدة سنوات بعد تدخل جراحي لترقيع الشريان التاجي، وجد وجود ارتباط دال بين وجود الأعراض و محدودية النشاطات و انخفاض في مستوى الوظائف الجسدية (Geraldine A L , 2010, p4).

و هي نفس النتيجة التي توصل إليها (لي Lee G, 2009) على عينة من المرضى الذين خضعوا لعملية جراحية لترقيع الشريان التاجي، و قد أظهرت النتائج بأن المرضى يعانون من العديد من الأعراض (الذبحة الصدرية و ضيق التنفس و ارتفاع معدل احتشاء عضلة القلب) قبل و بعد الجراحة، و ذكرت الدراسة أن معظم المرضى صرحوا بأن نوعية حياتهم تحسنت بعد خمس سنوات من العملية بالرغم من خطورة

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

المرض و تأثيره السلبي على جودة الحياة الجسدية و توصلت دراسة (Sawatzky R, 2005) إلى أن المرضى الذين يعانون من مرض مزمن يميلون إلى قلة النشاط البدني و هذا ما يلحق الضرر بجودة الحياة الجسدية و تفاقم مشاكل أخرى مثل الجمود والألم.

كما أن (Cain & al, 1999) وجد عن طريق التحليل المتعدد الأبعاد بأن ضعف وظيفة البطين الأيسر يعتبر كعامل منبئ للقدرة الجسدية للمريض، كما أن سوء جودة الحياة المرتبطة بالصحة قبل الجراحة كانت أيضا مؤشرا قويا لإنخفاض جودة الحياة بعد خمس سنوات من الجراحة (Geraldine A L , 2010, p5)

و عليه، ترى الطالبة أن المثير للاهتمام بأن معظم الدراسات المذكورة حللت المعايير الإكلينيكية في علاقتها مع القدرات الوظيفية للمرضى، بمعنى، كان هناك إحراز للعلاقة بين انخفاض وظائف القلب و التقييم الشخصي لجودة الحياة، و بالتالي فالتحدي هنا يكمن في التوازن بين أعراض المرض المزمن المميت و تعظيم فوائد التدخلات القلبية، فمرض الشريان التاجي قابل للتفاقم، و على الرغم من أن الإجراءات تسعى إلى تخفيف أعراض المرض، إلا أنه لا علاج له، و من ثم فإنه من الأهمية بما كان رصد وإدارة الظروف المرضية الأخرى لتحقيق أقصى قدر من جودة الحياة الجسدية.

و من هنا نجد أن دراسة جودة الحياة عند المريض المزمن أمر بالغ الأهمية، و ذلك للأسباب التالية:

1. إن تحديد تأثير المرض على النشاط المهني و الاجتماعي و الشخصي للمريض و على حياته اليومية، من شأنه أن يزودنا بأساس مهم للمعالجات التي تصمم لغايات تحسين جودة الحياة.
2. يمكن لمقاييس جودة الحياة أن تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين، و مما لا شك فيه أن معلومات كهذه ستساعد على بلورة المعالجات المطلوبة.
3. تتناول هذه المقاييس تأثير المعالجات على جودة الحياة، فقد نحتاج إلى تقييم فيما إذا كانت المعالجة مؤذية أكثر من المرض نفسه أم لا، أو فيما إذا كانت تزيد من معدلات بقاء المريض أم لا، أو فيما إذا كانت لها آثار جانبية سلبية أم لا، و في هذا السياق استطاعت مقاييس جودة الحياة قياس أثر المعالجات غير السارة، و التعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بتلك المعالجات (شيلي تايلور، 2008، ص ص 622-623).
4. توسيع المعايير التي تتدخل في القرارات العلاجية، إذ انه في حالة ما إذا كنا أمام نوعين من البروتوكولات العلاجية فلضمان حياة أطول و متوازنة، فالإختيار العلاجي يكون للعلاج الذي يسمح بتحقيق مستوى أمثل من جودة حياة المرضى (Gustave, N, F , 2006, p 156).

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

5. يمكن للمعلومات المتعلقة بجودة الحياة أن تساعد أصحاب القرار على اختيار العلاجات التي تزيد من فرص البقاء، و تتيح للمريض في الوقت نفسه أفضل جودة حياة ممكنة، كما يمكن لها أن تزودهم بفرص الموازنة بين كلفة العلاج و جدواه من جهة، و جودة الحياة من جهة أخرى.

6. إن لهذا الاهتمام بالمسائل التي تتعلق بجودة الحياة فائدته الكبيرة، إذ يساعد على تحديد بعض الجوانب التي تتطلب اهتماما أو تدخلا علاجيا معيناً، عند التشخيص بمرض مزمن.

ثامنا: مقاييس جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

في العقد الماضي بدأ الباحثون يعتبرون الأداء النفسي الاجتماعي على أنه جانب مهم من جوانب جودة الحياة لدى المرضى المزمنين و المقعدين، كما بدأ الباحثون في العقد المنصرم، بالاهتمام بالوظائف النفسية و الاجتماعية باعتبارها جوانب مهمة في تقدير جودة الحياة لدى المرضى ذوي الإعاقات أو الذين يعانون من أمراض مزمنة، و استجابة لهذه المحكاة المتعددة لجودة الحياة، طورت عدد من المقاييس التي تتمتع بالصدق و الثبات، و تستخدم بشكل واسع (شيلي تايلور، 2008، ص622)، و يمكن أن يتم جمعها بطرق مختلفة:

❖ عن طريق المريض نفسه (إدارة ذاتية)، أو عن طريق شخص آخر كالمعالج مثلا (إدارة خارجية).

❖ بواسطة عينة ذات خصائص محددة كالسن مثلا أو نوع المرض أو حالة اكلينيكية.

❖ و يمكن أن يتم ملء المقاييس في جلسات أو عن طريق البريد، الحوارات الهاتفية، الأنترنت من أجل تفحص جودة الحياة لديهم في مرحلة محددة من حياة المريض (شهر، أسبوع) (Haute Autorité .de Santé, 2013, p 8)

و يعتمد الإتجاه الطبي في الدراسات القديمة نسبيا في قياس جودة الحياة على آراء الأطباء، فالطبيب هو الذي يجيب على المقياس و هو الذي يعطي التقرير، إلا أن هذا الإتجاه لقي كثيرا من الإنتقادات لما يكتفه من تحيز الأطباء لبعض الجوانب و إهمالهم لجوانب أخرى فعلى الرغم أنه من المقبول تسجيل جودة حياة المريض الموضوعية أو الملاحظة من قبل الطبيب المعالج إلا أنه لمعرفة تجربة المريض الحقيقية للمرض لابد من إضافة تقييم المريض لحالته حسب الإستبيان، و قد وضعت استبيانات معتمدة لملئها من قبل المريض و أثبتت فعاليتها بسبب سهولة استخدامها مقارنة بالمقابلات و الإستجاب، و تملك فائدة أنها أسرع و تسمح بقياس المعلومات و التقييم من غير الإعتماد على الطبيب أو المعالج (لينا عاكف صوفان، 2008، ص23). و هذا ما أكده ستوري (Storey, K, 1997) إذ يرى أن مقاييس جودة الحياة يجب أن تبنى على أساس وجهات نظر المرضى، فهم أكثر الناس إحساسا بقيمة حياتهم.

و تؤكد أرفكن (Arfken, C, L, 1997) على أن قياس جودة الحياة يجب أن يكون من وجهة نظر الفرد و ليس الآخرين حتى إن كانوا من المقربين للفرد، و تثير تساؤلا هاما: "حياة من هي؟"

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

و يشير أورلي و آخرون (Orley, J & al, 1998) أنه خلال السنوات العشر الماضية، أصبحت جودة الحياة لدى المرضى بناءاً مألوفاً، و صممت العديد من المقاييس التي تعتبر الرضا عن الحياة و مجالاتها المتعددة محورا لجودة الحياة، كما أن هذه المقاييس اتجهت للإعتماد على التقارير الذاتية (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص 145).

و إذا كانت مجموعة المرضى غير قادرة على ملء الإستبيان بأنفسهم "مثلا مجموعة أطفال" فبإمكان أشخاص آخرين (موكلين أو مفوضين) مساعدتهم، و هم أشخاص قريبون من المريض، و في هذا الإطار وضع عدة باحثين عمر الثامنة كحد أدنى لملء الإستبيان ذاتيا أما الأطفال الأصغر سنا فممكن أن يعبروا عن انفسهم باستخدام صور (لينا عاكف صوفان، 2008، ص 23).

و ينتقد كومينز و ماك كيب (Commins, R, A & McCabe, M, P, 1994) مقاييس جودة الحياة عموما لما تتضمنه من جوانب قصور، فالعمليات التي تم من خلالها بناء مقاييس جودة الحياة لم يتم عرضها و شرحها بالتفصيل، كما أن معظم هذه المقاييس اعتمدت على الصدق الظاهري بغرض القياس في مواقف خاصة مرتبطة بأهداف البحث، و في غالبية الأحوال كان يتم استخدام مقاييس سابقة بعد تعديلها.

كما يرى مالدون و بارجر (Muldoon, M, F & Barger, S, D, 1998) أن بعض العبارات في مقاييس جودة الحياة في المجال الطبي تقيس سلوكا محددًا بدقة، بينما تقيس عبارات أخرى التقييم الذاتي لصحة الفرد، علاوة على ذلك فإن بعض المقاييس تركز على المؤشرات الموضوعية و الأخرى على الذاتية، للإعتقاد بزيادة الأهمية النسبية لأي منهما، في حين انه من الأفضل أن يتضمن المقياس المجموعتين من المؤشرات لأهميتهما معا، و يجب أن يتميز المقياس بالدقة في الحصول على البيانات.

و ترى ساندرز و آخرون (Sanders, C & al, 1998) أن النقص في وجود تعريف واضح لجودة الحياة انعكس على العديد من الأدوات التي صممت لقياسه، فبعض المقاييس ركزت على الصحة النفسية، بينما ركزت أخرى على المرض، كما ركزت مقاييس أخرى على مظهر واحد مثل الألم أو القلق. ويرى ليتمان (Leitman, J, 1999) أن أي مقياس لجودة الحياة لا يمكن أن يكون موضوعيا و ذلك لعدة أسباب من بينها:

- ❖ أن المستويات المختلفة للملاحظة (الفردية-الجمعية) يمكن أن تؤدي إلى نتائج متعارضة.
- ❖ أن الاختلاف و التنوع في التعريفات التي بنيت عليها مقاييس جودة الحياة، يمكن أن يؤدي إلى إجابات مختلفة للسؤال الواحد.
- ❖ أن العوامل الثقافية و الحضارية يمكن أن تؤدي إلى اختلاف تعريف جودة الحياة (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص 146).

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

و عموما فإن مقاييس جودة الحياة يمكن أن تكون عامة أو محددة اكلينيكيًا أي خاصة بأمراض معينة:

1. المقاييس العامة: و التي تستخدم مع عينات مختلقة (مرضى و أصحاء)، و يسمح بالمقارنة بين الأفراد الذين لهم أمراض مختلفة (Mercier M. & Schraub S, 2005, p 420) ، و من بينها:

1.1 قائمة نشاطات الحياة اليومية (Activities of Daily Living-ADL): التي تزودنا بدرجات مستقلة حول ست وظائف (الاستحمام، و ارتداء الملابس، و استخدام الحمام، و الحركة و الانتقال، و ضبط النفس، و الطعام)

2.1 قائمة " راند للمسح الطبي" (RAND 36-Item Health Survey) التي تقيس الأداء الجسدي و الأداء الاجتماعي، و قيود الدور التي تعزى إلى المشكلات الانفعالية، و الصحة النفسية، و الحيوية، و الألم، و الإدراك العام للصحة (شيلي تايلور، 2008، ص622).

3.1 مقياس النموذج المختصر "36" للمسح الصحي (Short Form-36 Health Survey) يستخدم على نطاق واسع لذوي الأمراض القلبية، و يقيم جودة الحياة المتعلقة بالصحة الجسدية (الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الطاقة، الحيوية، و التصورات الصحية بصفة عامة) و الإنفعالات (الصحة النفسية، الأداء الاجتماعي، الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية)، و من المزايا الرئيسية لـ " Sf-36 " أنه يعطي نتائج تغطي مختلف الجوانب البدنية و النفسية للمريض و يفرق بينها.

إلا أنه قد أنتقد كونه يحتوي على 36 بنداً، الأمر الذي يشكل عبئاً على المريض، و لهذا طورت طبعة أخرى تحتوي على 12 بنداً " Sf-12 " ، كما أن هناك إنشغال آخر يرتبط بالزامية إجراء إعادة تقنين، و الحاجة إلى المرور بعدة مراحل للتحليل للحصول على نتائج مختصرة (Geraldine A L , 2010, p3)

4.1 مقياس جودة الحياة لفريش (Frisch, M, 1992): و هو يقيس الرضا عن الحياة، و يتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 18 مجالاً للحياة مثل العمل، و الصحة، و وقت الفراغ، و العلاقات مع الأصدقاء و الأبناء، و مستوى المعيشة، و فلسفة الحياة، و العلاقات مع الأقارب و الجيران و العمل الوطني...إلخ، حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة، و كذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

5.1 مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (1997):

وهو يتكون من 28 مفردة، و الاستجابة من خمس نقاط وفقاً لمقياس لكرت likert، و هي تقيس جودة الحياة العامة في المجالات البدنية، و الإستقلال ، و الوظائف النفسية، و العلاقات الإجتماعية، و

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

المجال البيئي لجودة الحياة، و هو يعتمد على القبول و الرفض، و تتراوح درجات المقياس من 28 – 140 درجة، و تشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة مرتفعة.

6.1 مقياس تقييم جودة الحياة لهوثرنى (Hawthorne, G , 1999) :

و هو يتكون من 15 مفردة تقيس أبعاد خمسة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة و هي: الأمراض و الحياة المستقلة، و العلاقات الإجتماعية، و النواحي الجسمية و السعادة النفسية، و الإستجابة عليها بنعم أو لا، حيث تعطى درجة صفر لجودة الحياة السيئة، و واحد لجودة الحياة العادية (سعيد عبد الرحمن محمد عبد الرحمن ، د.س، ص ص340-341).

7.1 مقياس جودة الحياة الأوروبية EQ-5D: يضم 5 أبعاد تتمحور حول: الحركة، العناية

بالذات، النشاطات اليومية، الألم/التنفس و القلق/الإكتئاب و هو بسيط و سريع الإستعمال (Haute Autorité de Santé, 2013, p 9)

2. المقاييس المتخصصة: هناك مقاييس لجودة الحياة طورت من أجل مرض معين (أمراض

القلب، الأمراض الجلدية، الروماتيزم، الأمراض العصبية، الأورام...)، و هي بذلك تأخذ بعين الإعتبار مختلف الأعراض: " الألم، النوم، التعب... الخ"، و تتميز بأنها أكثر حساسية لأي تغيير مقارنة بالمقاييس العامة، و مقارنة النتائج بين عينات مختلفة يعد أمر بالغ الصعوبة (Mercier M. & Schraub S, 2005, p 420). و بما أن العينة المستهدفة في الدراسة الحالية هي فئة مرضى قصور الشريان التاجي فسندركز على المقاييس الخاصة بهاته الشريحة المرضية، و فيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم على نطاق خاص:

1.2 المقاييس الخاصة بالإضطرابات الوعائية القلبية:

إذا تفحصنا المقاييس الخاصة بذوي الإضطرابات الوعائية القلبية نجد بأن محدودية القدرات البدنية هي العامل الأكثر تأثيرا على جودة حياة الأفراد المسنين، كما أن تحليل المقاييس الخاصة تسمح لنا بملاحظة انعكاس الآلام الصدرية و ديمومتها، و كذا القلق و الإكتئاب، و الخوف من الإنتكاسات، مضاعفات المرض على النشاط الجسدي و التنفس و العلاقات الجنسية، ضف إلى ذلك أن الآثار الجانبية الناتجة عن تناول الأدوية قد تسبب صعوبة التنفس مما ينعكس سلبا على جودة حياة المرضى، و عليه فإن بنود جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي تتمحور جزئيا حول: القدرة الجسدية، الأعراض (الآلام)، و القلق/الإكتئاب (Haute Autorité de Santé, 2013, p 17)، و من بين هذه المقاييس نذكر:

1.1.2 مقياس جودة الحياة التالية للجلطة القلبية (QLMI : Quality of life after

Myocardial Infarctus) و التي تسمح بتوضيح المقاربات التقييمية في هذا المجال، و يحتوي السلم

على 4 مجالات: الأعراض البدنية، تحديد النشاطات، الثقة في النفس، تقدير الذات و الإنفعالات
(Gustave, N, F , 2006, p 158).

2.1.2 مقياس الذبحة الصدرية لسياتل: (Seattle Angina Questionnaire SQA)

يستعمل خصيصا لتقييم جودة الحياة لدى مرضى الذبحة الصدرية، يحتوي على 19 سؤال تتضمن جوانب لها علاقة بالمرض و تعقيداته، العلاقة مع الطبيب المعالج، موزعة على خمسة أبعاد و هي:

- ❖ الحدود الجسدية (9 أسئلة).
- ❖ استقرار الذبحة (1 سؤال).
- ❖ تكرار نوبات الآلام الصدرية (2 أسئلة).
- ❖ الرضا عن العلاج (4 أسئلة).
- ❖ ادراك المرض (3 أسئلة) (Sara, T, D, A & al 2004, p 197).

3.1.2 مقياس Mc New: يتضمن 27 سؤال، و يحتوي على محور مركز على المشاعر الإنفعالية (الحرمان، الشعور بالثقة، الرضا، اليأس...)، تأثير المرض على النشاطات اليومية، المشاكل الجنسية.

4.1.2 سلم قياس جودة الحياة بعد الجلطة القلبية Myocardial Infraction

Dimensional Assessment Scale (MIDAS1) : يحتوي على 35 سؤال، و يقيس 7 مجالات: النشاط البدني (35/12 سؤال)، اللأمن (35/9 سؤال)، رد الفعل الإنفعالي، التعبية، الحماية الغذائية، العلاجات، الآثار الجانبية، و يطبق على الراشدين لتقييم جودة الحياة خلال الأسبوع الأخير (Haute Autorité de Santé, 2013, p 17).

5.1.2 بروفييل أثر المرض (Sickness Impact Profile-SIP) : الذي يقيس الأداء في ثلاثة

جوانب: الجانب الجسمي، و الجانب النفسي-الاجتماعي، و جانب آخر النوم و الطعام و الترفيه، و تعتبر درجات هذا البروفيل حساسة للتغيرات التي تطرأ على الأمراض المزمنة أو المعالجات (شيلي تايلور، 2008، 628).

2.2 مقاييس جودة الحياة المصادق عليها في طب الأمراض القلبية مصنفة من طرف المريض:

في سنة 2010 اصدر فريق بحث بجامعة اكسفورد Oxford 2 بفرنسا مجلتين مختصتين في أمراض الشرايين التاجية، و أوصتا باستخدام مقاييس جودة الحياة العامة و الخاصة لدى مرضى قصور الشريان التاجي و العجز القلبي و تكون معبئة من طرف المريض:

1.2.2 التوصيات الخاصة بمرض قصور الشريان التاجي من طرف جامعة اكسفورد (2010):

بعد تقييم نقدي للمعطيات المنشورة في التراث الأدبي، أوصى فريق البحث باستخدام المقاييس

التالية:

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

❖ مقياس جودة الحياة العام EQ-5D

❖ مقياس جودة الحياة العام SF-36

❖ مقياس جودة الحياة الخاص بالإضطرابات الوعائية القلبية المتعدد الأبعاد **SQA : Seattle**

Angina Questionnaire

2.2.2 التوصيات الخاصة بالعجز القلبي من طرف جامعة اكسفورد (2009):

❖ مقياس جودة الحياة العام SF-36 و مقياس EQ-5D المختصر يمكن استخدامهما بالتنسيق مع

مقياس خاص بالعجز القلبي.

❖ مقياس العجز القلبي (Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire)

(MLHFQ) ، يحتوي على 21 سؤال ، يقيم من خلاله جودة حياة المرضى خلال الأربعة أسابيع الأخيرة

(Haute Autorité de Santé, 2013, p 18).

و أخيرا تشير جونيبير (Juniper, E, F,1998) إلى أن مقاييس جودة الحياة لها مميزاتا و عيوبها، و لا يخل أي مقياس من العيوب، و يجب على من يريد القياس في هذا المجال أن يحدد أولا الخصائص و المميزات التي يريدها في المقياس، و أيضا المقياس الذي يتناسب مع أسئلة البحث.

و عموما فإن بناء أداة لقياس جودة الحياة يجب أن يعتمد على عدة أسس و هي:

1. التركيز على المؤشرات الموضوعية و المؤشرات الذاتية لجودة الحياة.

2. أن تكون لغة المقياس بسيطة و مفهومة.

3. أن يكون المقياس عاما و شاملا و غير قاصر على فئة أو موقف محدد.

4. أن يأخذ في الإعتبار التراث السابق في مجال قياس جودة الحياة.

5. أن يتميز المقياس بالصدق و الثبات و الدقة في الحصول على البيانات.

6. أن يعتمد المقياس على وجهة نظر الفرد و ليس وجهة نظر الآخرين.

7. أن تكون طرق تقدير الدرجات و تفسيرها واضحة و بسيطة (سامي محمد موسى هاشم،

2001، ص 148).

تاسعا: محددات جودة الحياة المتعلقة بالصحة:

يرتبط إدراك الفرد لجودة الحياة بمجموعة من المتغيرات الشخصية و الإجتماعية و الثقافية، و قد

أجريت العديد من الدراسات على الأسوياء و المرضى و المعاقين من فئات عمرية مختلفة للتوصل إلى

محددات جودة الحياة، و فيما يلي عرض لبعض من هاته المحددات:

1. المحددات الخاصة بالصحة العامة:

1.1 الرضا عن العمل:

كما أشار جديج و واتاناب (Judje, T, A & Watanabe, S, 1994) إلى أن جودة العمل أو ما يطلق عليه رضا الفرد عن العمل و سعادته به يرتبط ارتباطا ايجابيا بالرضا عن الحياة.

2.1 أسلوب الحياة:

و في دراسة على 5101 من الكنديين تفوق أعمارهم 50 عاما، توصل جيليس و هيردس (Gillis, K ; J & Hirdes, J, P ; 1996) إلى أن التدخين و تعاطي الكحوليات و البدانة تؤثر بصورة سلبية على جودة الحياة، بينما تؤدي الأنشطة الرياضية إلى تحسينها.

3.1 التدين:

كما توصل تشامبلر (Chumbler, T, 1996) في دراسة على (68) طالبا جامعيًا و (95) رجل دين إلى أن الملتزمين بالمعتقدات الدينية مرتفعين على مقياس الرضا عن الحياة ، كما أشارت النتائج إلى أن الإشتراك في الأنشطة الإجتماعية، و الزواج و ارتفاع الطبقة الإجتماعية التي ينتمي إليها الفرد يؤدي إلى زيادة الرضا عن الحياة، أما لويس و آخرون (Lewis, C; A & al, 1996) فقد تحصلوا على نتائج مختلفة في دراستهم على (150) من طلاب الجامعة تتراوح أعمارهم من 18- 39 سنة حيث اتضح عدم ارتباط التدين بالرضا عن الحياة، إلا أنهم أشاروا إلى أن ارتباط التدين بالرضا عن الحياة ربما يكون فقط لدى المسنين و ليس لدى فئة الشباب.

4.1 الدعم الأسري:

و يؤيد آدمز و آخرون (Adams, G, A & al, 1996) دور الأسرة و الدعم الأسري في الرضا الوظيفي و الرضا عن الحياة، و ذلك من خلال دراسة أجريت على (163) من العمال الذين يعيشون مع أسرهم، كما توصل داموش و آخرون (Damush, T, M & al, 1997) من خلال دراسة على 350 من طلاب الجامعة إلى أن أحداث الحياة الضاغطة تؤثر سلبا على الشباب، و تؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لديهم، و أن الأسرة يمكن أن يكون لها دور في مواجهة هذه الظروف الضاغطة.

5.1 المشاعر الإيجابية:

توصل كل من هوبنر و ديو (Huebner, E , S & Dew, 1996) من خلال دراسة على 266 طالب تتراوح أعمارهم من 15 حتى 18 سنة، إلى أن المشاعر الإيجابية لدى الفرد تؤدي إلى زيادة إدراكه لجودة الحياة، بينما تؤدي المشاعر السلبية إلى انخفاضها.

و يرى راماناياه و آخرون (Ramanaiah, N, V & al, 1997) أن السعادة و التعاسة تعود إلى عوامل شخصية فمن خلال دراسة على 245 من طلاب الجامعة (111 من الذكور و 134 من الإناث)

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

اتضح أن المرتفعين و المنخفضين على مقياس الرضا عن الحياة يختلفون في العصابية و الإنبساطية و التفتح و التوافق و الوعي، إلا أنه لم توجد فروق بين الجنسين.

6.1 السن:

و تشير ماك كوناث و آخرون (McConatha, J & al, 1998) في دراسة على 327 من الذكور و الإناث تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عمرية (من 19- 35 سنة ، من 36 إلى 55 سنة، من 56 سنة فأكثر) إلى أن الإناث الأكبر سنا كانوا أقل تحكما في حياتهم من صغار الراشدين، و أن ذلك ينعكس على إدراكهم لجودة الحياة، فالكبار من السيدات أقل إدراكا لجودة الحياة من الصغار (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص ص 134-136).

7.1 التوازن الحيوي المعرفي:

درس Commins و آخرون الرضا عن الحياة و اعتبره متغيرا مشابها للمتغيرات الحيوية البيولوجية حيث يخضع لقانون التوازن الحيوي، و يرى أن إدامة المحافظة على الرضا عن الحياة يتم تحت تأثير متغيرات معرفية متنوعة مثل الشعور بالضبط أو الفاعلية الذاتية، و كذا الأخطاء و التحيزات المعرفية مما يجعل متغير التقييم المعرفي فاعلا بصفته متغيرا وسيطا كما نجده في النماذج التفاعلية مثل نموذج فولكمان و لازاروس Folkman & Lazarus.

إن التقييم المعرفي يؤدي حتما إلى التساؤل عن دور الوظائف التنفيذية كما يعرفها علم النفس العصبي و تأثيرها على جودة الحياة أو القرارات المتعلقة بالخبرة و تنظيم الحياة اليومية، و قد أشارت دراسات كثيرة إلى علاقة هذا التقييم و بالتحديد أداء الفص الجبهي في إدراك جودة الحياة خاصة في الأمراض المزمنة أو الكروب المهددة للحياة، و يرتبط ذلك أيضا بالقدرة على ضبط السلوك و الشعور بالتحكم عن طريق الكفاءة الذاتية التي تتضمنها نظرية ألبرت باندورا في المعرفة الاجتماعية ، كما ان تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة مرادف للتقييم المعرفي، و مرادف في نفس الوقت بالكفاءة الذاتية و القدرة على إدارة الذات في سياق ثقافة الإنسان و قيمه (زعطوط رمضان، 2014، ص34).

8.1 المادية:

و يؤكد سيرجي و لى (Sirgy, M, J & Lee, D, J) إلى أن المؤمنين بالمادية Materialism الذين يرون أن المادة هي الحقيقة الوحيدة في الحياة يعتبرون أن الملكية ذات أهمية محورية في إدراك الفرد لجودة الحياة، بل تعتبر عندهم المصدر الأساسي للرضا أو عدم الرضا عن الحياة، إلا أن بعض الباحثين يقررون أن عدم الرضا عن الحياة ينتج عن الإتجاه المادي، فقد أشار علماء الدين و الفلاسفة منذ زمن بعيد إلى أن الصفاء الذهني و الروحي أكثر تأثيرا في الرضا عن الحياة مقارنة بالملكية و الإتجاهات المادية الأخرى.

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

و يضيف الباحثان أنه يوجد في التراث الخاص بجودة الحياة وجهتا نظر أساسيتان، ترى الأولى أن الرضا عن الحياة يتأثر بالعوامل الشخصية، مثل تقدير الذات و الإغتراب و العصابية،... إلخ، أما وجهة النظر الثانية فإنها ترى أن الرضا عن الحياة يتأثر بالعوامل الموقفية أو البيئية مثل الرضا عن مستوى المعيشة و العمل و الأسرة و وقت الفراغ و الجيران و المجتمع، و يقول أتباع وجهة النظر الأولى إلى الإقتناع بأن المادية عامل شخصي يؤثر سلبا على الرضا عن الحياة، فالإنسان المادي يرغب في التملك و هو ليس كريما بل حسود، و كل هذه السمات تتضمن انفعالات سلبية تؤثر سلبا على إدراك جودة الحياة، و يشير الباحثان إلى أن التقدير العام لمستوى المعيشة و فعالية الذات و الزواج يؤثر على رضا الفرد عن الحياة، كما يمكن أن تؤثر أيضا المقارنات التي تحدث بين ما يدركه الفرد عن حياته و إنجازاته و المستويات الأخرى المتاحة في البيئة المحيطة.

9.1 الحالة الصحية و مستوى الإعاقة:

يرتبط إدراك جودة الحياة للفرد بالحالة الصحية، فالمرضى يدركون جودة الحياة بصورة تختلف عن الأسوياء، فقد توصلت مارتن (Martin, L, L, 1994) من خلال دراسة أجريت 100 من مرضى الرئة المشتركين في برنامج للتأهيل لأمراض الرئة المزمنة إلى أن مشكلات الرئة المرضية المزمنة تؤثر بصورة سلبية على جودة الحياة، كما توصل دورفمان (Dorfman, L , T, 1995) في دراسة على 451 من المحالين للتقاعد إلى أن الأمراض تؤثر سلبا على جودة الحياة، كما أن أمراض الرئة و الأزمات القلبية هي أقوى المنبئات بعدم الرضا عن الحياة لدى الرجال، بينما كان التهاب المفاصل هو أقوى المنبئات بعدم الرضا لدى السيدات. و توصل فاهي و آخرون (Fahey, A, L & al, 1996) في دراسة على عينة قوامها (157) من الذكور و الإناث تتراوح أعمارهم من 16- 47 سنة، إلى أن الصحة تؤثر بصورة جوهرية على رضا الفرد عن الحياة، كما أنها تلعب دور الوسيط بين السن و الرضا عن الحياة. و قد توصل سادوفسكي (Sadovsky, R, 1999) إلى أن العلاج الجراحي في بعض الحالات أفضل من العلاج الدوائي في تحسين جودة الحياة لدى المرضى .

علاوة على ذلك فقد توصل البعض إلى أن الإعاقة و الظروف المحيطة بها يمكن أن تؤثر على إدراك جودة الحياة، حيث يشير جود (Goode, D, 1994) إلى أن المعوقين يشتركون في الرغبة الشديدة للإنخراط في مجتمعاتهم و العيش باستقلالية، و الرغبة في أن يتم النظر إليهم و معاملتهم كراشدين، و الحصول على مهنة ذات قيمة، إنهم يريدون أن يكون لهم حرية الإختيار و السفر و المشاركة، كما أن لديهم الرغبة في بناء علاقات مع الآخرين و تكوين أسرة، و كل ذلك يحدد إدراكهم بصورة أو بأخرى لجودة الحياة.

و في دراسة وارين و رايلي (Warren, L & Wrigley, J, M, 1996) اتضح أن العوامل المؤثرة في جودة الحياة تختلف بين ذوي إصابات العمود الفقري و إصابات المخ، حيث أن هناك ثلاثة

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

عوامل تزيد الرضا عن الحياة لدى حالات إصابات العمود الفقري و هي: القرب من الأسرة و الإرتباط الشديد أو العلاقات الأسرية القوية و مستوى الأنشطة الأسرية، و لوم الفرد لذاته عن مسؤوليته عن الإصابة، و الزواج و الشعور بالإستقلالية و الإعتماد على النفس، كما أن المواجهة و حل المشكلات تعتبر عاملا هاما في نجاح برامج التأهيل، و ترتبط بجودة الحياة، كما يرتبط مفهوم الذات الإيجابي بجودة الحياة لدى المصابين، إلا أن العوامل الأسرية هي أهم العوامل المحددة لإدراك جودة الحياة لدى المصاب، فالأسرة يمكن أن تقدم الكثير من أوجه المساعدة التي يحتاج إليها المصاب في الجوانب النفسية و العضوية، كما أن هناك عدة عوامل تؤثر في جودة الحياة و هي: شدة الإصابة و المهارات الوظيفية و العمر و الجنس و السلالة و الزواج.

و قد توصل هامبتون (Hampton, N, Z, 1999) في دراسة على 144 من المعوقين (122 من الرجال و 22 من السيدات) تتراوح أعمارهم من 16 إلى 53 سنة، إلى أن درجة الإعاقة و عمر الفرد و تاريخ بداية الإعاقة و المستوى التعليمي و الوضع الزواجي و العمل و الوضع الصحي و الدعم الإجتماعي ترتبط بصورة دالة بجودة الحياة لدى المعوقين في فئاتهم المختلفة، فالأشخاص المتزوجون أو غير المتزوجين الذين يعملون في وظائف يرتضونها، و على مستوى عال من التعليم، و يحصلون على الدعم الإجتماعي، و يرون أنفسهم في صحة جيدة ، يميلون إلى الإرتفاع على مقاييس جودة الحياة، بينما ينخفض من يدركون أنفسهم بصورة سلبية، و تقل علاقتهم بالآخرين أو بالمحيط البيئي، و يضيف الباحث أن بعض الدراسات عبر الثقافية أوضحت أن النتائج التي تم الحصول عليها في البيئة الأمريكية يمكن أن تكون صادقة في البيئات الشرقية.

10.1 الثقافة:

و تلعب الثقافة دورا محوريا في تحديد مفهوم جودة الحياة، حيث يقرر جود (Good, D, 1994) أن وجهات النظر حول جودة الحياة تختلف من ثقافة لأخرى، ففي الدنمارك مثلا، أن يعيش الفرد حياة جيدة تعني قدرة الفرد على تحديد مجرى حياته و الحصول على الفرص لتحقيق الذات، و التي تستند إلى أحلام الفرد و رؤيته و رغباته و حاجاته، و هذا يعني التعرف على إدراك الأفراد لأنفسهم و توقعاتهم و مستويات طموحاتهم، علاوة على ذلك فإنه يعني تهيئة الظروف الضرورية للأفراد لتحقيق مثل هذه الحياة الجيدة في ضوء النظام الإجتماعي، و العلاقات الإجتماعية، و الخبرات الإيجابية، أما في ألمانيا فإن جودة الحياة تشير إلى مختلف المواقف و الفترات الحياتية، و تعتبر مواقف الحياة الموضوعية و العوامل الذاتية و الإجتماعية (الرضا و الرفاهية) هي المرجعية، إلا أن المفهوم ينظر إليه من منظور ذاتي، و في استراليا هناك مفاهيم أساسية تعتبر أساسا لمفهوم جودة الحياة و هي:

❖ أن يكون لدى الفرد الفرصة و الحق في الإختيار.

❖ التحدي و الإعتماد على الذات.

❖ المشاركة في الأنشطة الإجتماعية.

و يشير كيث و هيل (Keith, K, D & Heal, L, W, 1996) إلى أن جودة الحياة تحوز على اهتمام كبير في الدراسات عبر الثقافية، و قد أثارت هذه الدراسات عدة تساؤلات، كما أبرزت مجموعة من التحديات منها: عالمية النتائج، و تكافؤ المفاهيم بين الثقافات المتعددة و مآزق الوقوع في سطحية المفاهيم، و بينما يجب إدراك هذه الصعوبات و وضعها في الإعتبار، فإن حقيقة التفاعل بين الثقافات المختلفة تجعل دراسة المفهوم عبر الثقافات أمرا ضروريا، و يضيف كيث و هيل أنه من البديهي أن تعتبر جودة الحياة ظاهرة ذاتية تتأثر بصورة جوهرية بخبرات الفرد، كما ان قياس مدركات الفرد الذاتية لخبراته الحياتية يجب أن تتضمن بعض العوامل مثل العلاقات و الأنشطة و الرفاهية المادية و الصلاحية الجسدية و النمو الشخصي و الرضا و السعادة، و تتضمن ردود الأفعال الذاتية هذه المكونات الإنفعالية و المعرفية للخبرة، و التي ترتبط بالخبرات الثقافية.

إن بعض الحقائق و الأساسيات في ثقافة معينة مثل الأخلاق تعتبر عالمية، و لا تقتصر على ثقافة محددة، بينما ترتبط بعضها بالثقافة الخاصة بالمجتمع مثل العادات و التقاليد و من الصعب ترجمتها إلى ثقافة أخرى، و هذه الفروق يمكن ان تؤثر على صدق المقارنات بين الثقافات (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص 140).

كما يشير لوتن و آخرون (Lawton, M, P & al, 1999) إلى أن البحث في جودة الحياة خلال العقود القليلة الماضية له جذوره في سيكولوجية الإستثارة، و التي يدور محورها الأساسي حول وظيفة العوامل البيئية كمحددات للسلوك و الجوانب الوجدانية، كما يركز هذا الإتجاه على مجالات الحياة اليومية ذات الصلة، و تحديد أبعادها، و تحديد الاختلافات في السلوك و الجوانب الوجدانية المرتبطة بالخصائص الشخصية (مثل السن و الجنس و الصحة) و خصائص البيئة (النظام الإجتماعي، الجيران، الرعاية الصحية... إلخ).

و يشير تشابمان و لاركهام (Chapman, D, W, & Larkham, P, J, 1999) على دور البيئة و العوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة، حيث يشير إلى أن العنصر الأساسي في كلمة جودة "Quality" يكمن في العلاقة الإنفعالية القوية بين الفرد و بيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها أحاسيس الفرد و مدركاته، و تختلف هذه الأشياء من فرد لآخر باختلاف الثقافة و القيم و الخلفيات الخاصة بكل منهم (سامي محمد موسى هاشم، 2001، ص ص 137-141).

2. المحددات الخاصة بمرضى قصور الشريان التاجي:

هناك عوامل كثيرة تؤثر على جودة حياة مرضى قصور الشريان التاجي، هذه المتغيرات تتمثل أساسا في الاكتئاب و القلق و وجود أمراض أخرى أو الأمراض الكامنة، كما أن هناك عوامل أخرى تتعلق بالمحددات البيئية و الاجتماعية للصحة المذكورة آنفا، و عليه فمن المهم النظر في هذه العوامل من أجل

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

التخطيط لرعاية المرضى، وخاصة التخطيط لبرامج إعادة التأهيل القلبي، و سوف نركز هنا على العوامل الأكثر تعقيدا لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و التي تتمثل أساسا في:

1.2 الإكتئاب: الإكتئاب يعتبر عامل خطر أولي وثانوي للمرض المؤدي للوفيات، و غير مستقل عن عوامل الخطر التقليدية مثل التدخين وارتفاع ضغط الدم و Dyslipidémie . فقد أشار (Ruo, B & al, 2003) أن تقديرات النسب المئوية للمرضى المصابين بمرض الشريان التاجي الذين يعانون من أعراض الإكتئاب تتفاوت بين 10 و 40% ، و أظهرت دراسة (Frasure, S & al, 2005) وجود علاقة ارتباطية قوية بين الإكتئاب و الذبحة الصدرية لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي، و توصل بوكوك وآخرون (Pocock, SJ & coll, 1996) إلى أن شدة الذبحة الصدرية ترتبط بجودة الحياة، و أظهرت دراسة أخرى ل (Gravelly-White & al, 2007) أن الذبحة الصدرية تعتبر كعامل منبئ لسوء جودة الحياة المتعلقة بالصحة عاطفيا وجسديا واجتماعيا، فضلا عن مستوى أعلى من الإكتئاب وفقا لاستبيان SCL-90 . ولاحظ الباحثون إلى أنه خلال ستة أسابيع من المتابعة، المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية ذكروا بأن جودة الحياة أصبحت أسوأ بكثير. ومن الواضح أن أعراض الذبحة الصدرية في المرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجي تؤثر على نوعية الحياة ووجود الإكتئاب أو أعراض الإكتئاب تؤثر بشكل كبير على جودة الحياة.

أما بالنسبة لعبء المرض، فقد وجد جيانغ (Jiang W ; 2008) أن وجود الإكتئاب لدى مرضى قصور الشريان التاجي يرتبط مع زيادة معدلات استخدام الرعاية الصحية والاستشفاء و الزيارة المتكررة لمصلحة الإستعجالات الطبية، وقد ركزت معظم الدراسات على التشخيص الإكلينيكي للإكتئاب الشديد، ولكن هناك أدلة تعتمد على آثار أعراض الإكتئاب المبلغ عنها ذاتيا، إذ أن مستويات منخفضة من أعراض الإكتئاب قد تتنبأ بخطر أمراض الشرايين التاجية، و هنا يشير (Ruo, B & al, 2003) أن معظم التقارير تفيد أن المكتئبين لديهم إدراك مرتفع لعبء المرض مقارنة مع المرضى الغير مكتئبين، و وجدت إحدى الدراسات التي قام بها (Goyal TM & al 2005) أن عدم وجود تحسن وظيفي لدى مرضى الإكتئاب بعد ستة أشهر من جراحة القلب يؤثر على الصحة البدنية و القدرة الوظيفية بنفس مقدار تأثير الصحة العقلية.

و من هنا ينبغي تقييم الإكتئاب لدى هاته الفئة من المرضى خاصة للذين يخضعون لإجراء عمليات ترقيع الشريان التاجي و ذلك من أجل تحسين نوعية حياتهم بعد الجراحة، إذ أنه عادة ما توصف مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine; ISRS) لعلاج الإكتئاب و التي تعد فعالة في الحد من الأعراض وأمنة صيدلانيا، إلى أنه حسب ثلاث دراسات قام بها كل من (ENRICHD ،SADHART & CREAT) درست استخدام مضادات

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الاكتئاب لدى المرضى الذين يعانون من الاكتئاب الشديد وجدوا أنه لا يوجد توافق في الآراء بشأن الطريقة المثلى لعلاج الاكتئاب لمرضى قصور الشريان التاجي.

2.2 القلق:

ليس هناك ما يكفي من الأدلة للجزم بأن هناك علاقة بين القلق و مرض الشريان التاجي، إلى أن المعطيات المتوفرة تدل على أن عدد الحالات المرضية بالقلق (كحالة) تقدر بنسبة 36% و 45% و يستمر في جميع مراحل الحياة، وقد أفادت بعض الدراسات كالتي قام بها كل من (Shen BJ & al, 2008) (Tadaro JF & al, 2007) وجود ارتباط بين القلق وتطور وتواتر مرض الشريان التاجي، كما لوحظ أن معدل انتشار اضطراب القلق العام يتراوح ما بين معتدل إلى حاد، و قد أكدت دراسة طولية ل (Shen BJ et al, 2008) لمدة 12 سنة أهمية القلق في الدراسة المعيارية للشيخوخة ، و توصلت نتائجها إلى أن القلق كان عاملا تنبؤيا بمرض قصور الشريان التاجي لدى الرجال الأكثر من 60 عاما، و في هذا السياق تجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من أهمية دراسة أكبر قدر ممكن من المتغيرات إلى أنها قد تزرع خلط عند تحديد دور القلق لدى المرضى و الأحداث الناتجة عن المرض، و عليه فالقلق يعتبر عامل خطر مستقل للمرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجي.

وأخيرا، فإن وجود مرض خطير و قاتل له تأثير على جودة حياة المرضى، ومن المهم أن يدرك المختصون في مجال الرعاية الصحية التأثير السلبي للأمراض المزمنة على جودة الحياة، وذلك من أجل تقييم مختلف جوانب حياة المريض، و تحفيز المريض على الاعتراف و علاج هذه المتغيرات، وفي نهاية المطاف تحسين جودة حياة المرضى، في النهاية، يبقى السؤال: "كيف يمكن تحقيق ذلك؟" (Geraldine A L , 2010, pp 4-5).

عاشرا: تحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي:

إحدى الطرق الرئيسية لتحسين جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي هو استخدام برامج إعادة التأهيل القلبي مع تعزيز النشاط البدني، وتحسين النظام الغذائي والإقلاع عن التدخين، إذ أن فوائد برامج إعادة التأهيل القلبي (سواء كان ذلك في المنزل أو المستشفى) تنعكس على الناحية الفسيولوجية وتحسن الحالة النفسية للمرضى، وكذلك في كفاءة مقارنة التكلفة، فكل برنامج لإعادة التأهيل القلبي يجب أن يتضمن عامل أهمية التغيرات السلوكية في نمط الحياة، و هنا يجب إدماج عدد كبير من المرضى الذين يتسربون أو لا يشاركون في برامج إعادة التأهيل.

1. الرياضة:

الفوائد الإيجابية لممارسة الرياضة بالنسبة للوقاية الأولية والثانوية من أمراض الشريان التاجي موثقة جدا، فالنشاط البدني يقلل من ضغط الدم، ويزيد من الكوليسترول في الدم (HDL) ويخفض مستويات الدهون الثلاثية بشكل مستقل عن فقدان الوزن، وفقا لذلك، رئيس الخدمات الطبية في المملكة

الفصل الرابع: جودة الحياة المتعلقة بالصحة

المتحدة يوصي ما لا يقل عن 30 دقيقة من النشاط البدني المعتدل الشدة لمدة خمسة أيام أو أكثر في الأسبوع.

2. التوقف عن التدخين:

أهمية بناء برامج لمساعدة المرضى على التوقف عن التدخين، ففي دراسة اكلينيكية فارقية قام بها (Smith PM & Burgess D, 2009) على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي، تم تقسيمهم بطريقة عشوائية إلى مجموعتين، حيث أن إحدى المجموعتين كانت تحوي على عينة كبيرة من المرضى، و الأخرى على عدد قليل منهم ، و قد اظهرت النتائج فاعلية البرنامج لدى المجموعة المكثفة بالمقارنة مع مجموعة الحد الأدنى.

3. الجمع بين الأساليب الذاتية و الموضوعية عند تقييم جودة حياة المريض:

فحص التقارير الإكلينيكية الموضوعية، جنباً إلى جنب مع التجربة الذاتية للمريض تتيح فهم جودة حياة المريض، و تزيد من فرص تحسين رعاية المرضى هذه المعلومات يمكن أن تكون مفيدة عند تقديم نصائح للمرضى بشأن ممارسة النشاط البدني بعد تدخل جراحي كما أنها تسمح بتحديد أهداف واقعية لإعادة التأهيل (Geraldine A L , 2010, p6) .

خلاصة:

من خلال ما سبق يتضح بأن معظم الدراسات أظهرت بأن الأشخاص الذين يعانون من مشاكل في الصحة البدنية غالباً ما تكون جودة حياتهم متدهورة، و عليه فالحاجة إلى الحصول على بيانات عن المريض تجعل الباحثين ملزمون بإنجاز و اختبار استراتيجيات لجمع البيانات الإكلينيكية الملائمة التي تسمح للمتخصصين في الرعاية الصحية على الجمع بين الأساليب الإكلينيكية الموضوعية و التجربة الذاتية الشخصية للمريض و ذلك من أجل الكشف عن مفارقة الرضا أو مفارقة العجز حيث أن ظروف الحياة السيئة لا تشكل مانعاً من التمتع بالحياة لدى المعاقين أو الذين يعانون من احد أسباب العجز أو القصور حيث لا تختلف مستويات الرضا عن الحياة لديهم عن الأسوياء إلا في بعض البيئات وبغياب بعض المتغيرات الممتصة للكروب مثل الكفاءة الذاتية.

و لأن مرض الشريان التاجي هو مرض قابل للتفاقم، فإنه من المهم فحص جودة الحياة على المدى القصير والطويل، وخاصة بعد العمليات الجراحية، إذ أن هذه الفحوصات و المعارف تسلط الضوء على مشاكل الصحة الجسدية والعاطفية، فعلى الرغم من تأثير المزاج ووجود الأمراض المميتة على جودة الحياة إلا أنه لا يمكن تجاهلها، و المقاييس الخاصة بهذه الجوانب تسمح بتقييم منتظم و فعال، كما أنها يمكن أن تؤدي إلى تحسين طرق التكفل بالمرضى والكشف المبكر عن أعراض مرض الشريان التاجي.

الفصل الخامس: مرض قصور الشريان التاجي

تمهيد.

أولاً: تشريح القلب.

ثانياً: جهاز الدورة الدموية.

ثالثاً: تعريف مرض قصور الشريان التاجي.

رابعاً: أشكال مرض قصور الشريان التاجي.

خامساً: أسباب مرض قصور الشريان التاجي.

سادساً: الخصائص النفسية للمصاب بقصور الشريان التاجي.

سابعاً: الفحوصات اللازمة لتشخيص مرض قصور الشريان التاجي.

ثامناً: علاج مرض قصور الشريان التاجي.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يُعتبر مرض قصور الشريان التاجي من الأمراض المزمنة التي استقطبت خلال سنوات عديدة، و قد يؤدي في النهاية إلى الإصابة بالذبحة الصدرية و النوبات القلبية و الموت المفاجئ الذي يكون غالبا من دون إنذار مسبق، إلا أن هذا ليس هو القاعدة، فمرض القلب الإكليلي (التاجي) أصبح أكثر شيوعا خلال الخمسين سنة الماضية، و هو أكثر ارتباطا بأسلوب الحياة إذ أن نوعية الغذاء و التدخين و قلة التمارين الرياضية و الحرمان الاجتماعي تبدوا كلها على الأرجح عوامل ضالعة بذلك.

و على هذا الأساس حاولنا في هذا الفصل أن نبين البنية التشريحية للقلب، جهاز الدورة الدموية، ماهية هذا المرض، أشكاله، أعراضه، الأسباب، و كذا الخصائص النفسية للمصاب بقصور الشريان التاجي، ثم العلاج مركزين خصوصا على العلاج النفسي.

أولا: تشريح القلب:

إن قبضتنا هي تقريبا بحجم قلبنا الذي يزن عند البالغ نحو 250 غ أي حوالي خمس وزن الدماغ، و سدس وزن الكبد على وجه العموم، فهو عبارة عن عضو صغير نسبيا، يشكل محركا مدهشا لا يتعب إذ أنه يعمل بدون انقطاع خلال حياة الكائن الحي، إذ عليه يتوقف تركيبنا الجسدي و هو يضخ خلال مجرى حياة تصل مدتها إلى 70 سنة (20000 طن من الدم).

القلب بيضوي الشكل تقريبا، يتجه رأسه في الأسفل نحو الشمال، وهو يقع في التجويف الصدري بين الرئتين، تحميه طبقة هي الشغاف، و نجد بين القلب و الشغاف تجويفا دقيقا مملوءا سائلا هو التجويف الشغافي " Cavite pericardique " ، ثم إن هناك جزءا كبيرا من حجم القلب يتألف من نسيج عضلي ذي طبيعة خاصة هو نسيج القلب العضلي " Myocarde " ، و يقسم القلب في داخله إلى أربعة تجاويف:

1. اثنان علويان يدعيان الأذنين "Oreillettes":

و هما يتصلان بالأوردة التي تحمل الدم مباشرة إلى القلب.

2. اثنان سفليان هما البطينان "Ventricules":

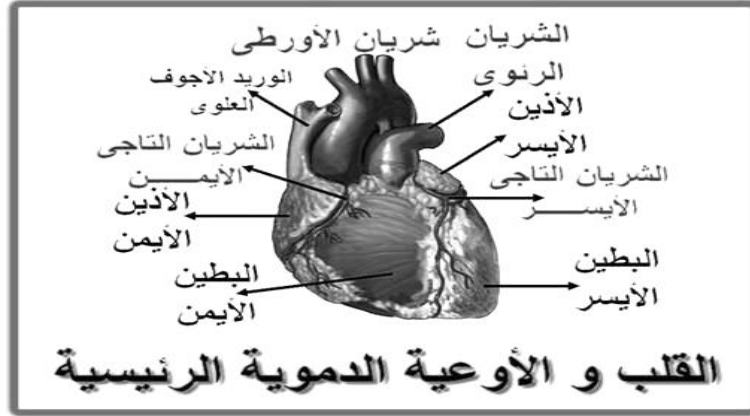
الذان يتصلان بالشريانيين الكبيرين و اللذين يوزع من خلالهما الدم الوارد من القلب، ثم إن الأذنين الأيمن و البطين الأيمن مفصولان عن الأذنين الأيسر و البطين الأيسر بواسطة الحجاب البطيني الداخلي "Cloison inter ventriculaire"، و هناك تلافيف بين كل أذين و بطين من كل قسم من القلب، وظيفتها السماح بمرور الدم في اتجاه واحد فقط من الأذنين إلى البطين ندعوها المصاريح "Valvules"، و ثمة تلافيف من هذه الطبيعة أيضا بين البطينين و الأذنين تسمحان بمرور الدم من البطين إلى الشريان و لكن ليس العكس، ثم إن الضرب الذي نلاحظه بواسطة جهاز يسجل الضربات الداخلية للقلب، بأن نضع يدنا على الصدر إنما هو ناتج عن الانغلاق الإيقاعي لهذه المصاريح و خاصة التجويف السيني Valve

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

sigmoide mitrale الذي ينظم حركة مرور الدم من البطين الأيسر إلى الشريان الأبهر (نقولاً ناهض و آخرون، 2002، ص ص 2546-2547).

ثانياً: جهاز الدورة الدموية:

يدخل الدم المنزوع الأوكسجين الوارد من أعضاء و أنسجة الجسم المختلفة إلى الجانب الأيمن للقلب و يُضخ نحو الرئتين، حيث ينتشعب ثانية بالأوكسجين، ثم يعود ثانية إلى الجانب الأيسر للقلب حيث يضخ إلى كافة أقسام الجسم.



شكل (12): القلب و الأوعية الدموية الرئيسية

تترك الشرايين التاجية الأبهر "Oarta" و هو الوعاء الدموي الرئيسي الذي يخرج من القلب، حال خروجه من حجرة الضخ، البطين الأيسر، و بذلك تكون هي الشرايين الأولى التي تستلم دماً غنياً بالأوكسجين، و الشريانان الإكليليان أو التاجيان الأيمن و الأيسر صغيران نسبياً، إذ يبلغ قطر كل منهما 3-4 ملليمترات.

يسير هذان الشريانان على سطح القلب، و يلتقيان في الخلف مشكلين دائرة تقريباً، وعندما شاهد القدماء لأول مرة هذا النموذج من الأوعية الدموية شبهوه بالإكليل أو التاج "Crown" و أطلقوا على هذه الشرايين الإسم اللاتيني الذي نتناوله اليوم، أي الشرايين الإكليلية (التاجية)، و بسبب الأهمية الكبرى لهذين الشريانين دأب الأطباء على معرفة كل تشعباتها و معرفة التغيرات التي قد تنشأ فيهما من شخص لآخر.

هناك فرعان رئيسيان للشريان التاجي الأيسر هما النازل الأمامي و المنعطف، الذي له بدوره تفرعات أخرى، و يغذي الشريان التاجي الأيسر معظم البطين الأيسر، و هو الأكثر عضلاً بين البطينين، حيث يضخ الدم إلى كامل الجسم، أما الشريان التاجي الأيمن فهو أصغر عادة و يغذي الجانب السفلي للقلب و البطين الأيمن، أي الحجرة التي تضخ الدم إلى الرئتين .

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

تشبه الشرايين التاجية في بنيتها جميع الشرايين الأخرى، إلى أنها تختلف عنها بحالة واحدة، و هي أن الدم ينساب فيها إلى عضلة القلب فقط بين الضربات "Beats" عندما تكون العضلة مسترخية، و لكن عندما تنقبض العضلة يصبح الضغط كبيرا جدا بحيث لا يسمح لأي دم بالمرور خلال عضلة القلب نفسها، وهذا يعني أن القلب يتطلب شبكة فعالة جدا من الأوعية الدموية الدقيقة داخل عضلة القلب تسمح بالدم للوصول إلى المكان الذي يحتاج إليه (كريستوفر ديفيد سون، 2002، ص ص 16-18).

ثالثا: تعريف مرض قصور الشريان التاجي:

يحدث مرض قصور الشريان التاجي عندما يتضيق واحد أو أكثر من هذه الشرايين التاجية نتيجة ترسب الدهون و الألياف على جدار الشريان، و هذا ما يؤدي إلى نقص كمية الدم و الأكسجين الواردة إلى عضلة القلب، و خاصة أثناء الجهد حيث تحتاج عضلة القلب إلى مزيد من الأكسجين (Yves, M, P,L, 2001, p 486) وحين لا يستطيع الشريان التاجي تأمين كمية كافية من الدم للعضلة القلبية يشكوا القلب من نقص الأكسجين، و هذا ما يتظاهر بالألم الصدري، و يطلق على هذا الألم إسم الذبحة الصدرية "Angine pectoris"، و يحدث هذا الألم عادة عند القيام بالجهد، و يزول لدى التوقف عن ذلك الجهد، أما إذا انسد الشريان التاجي نتيجة تمزق اللويحة التي ضيقت الشريان و ترسبت خثره في مكان التمزق، فيطلق على هذه الحالة اسم جلطة القلب أو احتشاء العضلة القلبية "Infraction"، و عليه فإن هذه التأثيرات تعد بمثابة نتائج لتقلص الشرايين التاجية عن طريق تراكم الدهون، البروتينات على جوانب الغشاء المبطن للأوعية الدموية (Marilou, B, S et Robert D, 1994, P P 198- 199)

رابعا: أشكال مرض قصور الشريان التاجي:

1. الذبحة الصدرية:

1.1 تعريفها:

هي تلك الحالة المرضية التي تظهر على شكل نوبات قصيرة من الألم الحاد في الصدر، أو أحيانا في منطقة القلب، و هذه الآلام كثيرا ما تنتشر اتجاه الذراع الأيسر، و عظم اللوح الأيسر و غيرها من الأماكن، و هي تظهر عادة عند المشي أو غيره من حالات الجهد البدني، و تحدث هذه النوبات أيضا في الليل، و بعد التوترات النفسية القوية (السيد فهمي علي، 2009، ص ص 51-52)، و تجدر الإشارة إلى أن هناك فئة صغيرة من المرضى تشكو من ألم الذبحة الصدرية مع أن شرايين قلوبها تؤكد بالفحوصات أنها طبيعية تماما، و خالية من أي تصلب فيها، ويعود سبب الألم الصدري عند هؤلاء إلى عدم استطاعة العضلة القلبية الحصول على كمية كافية من الأكسجين بسبب تشنج عابر في الشريان التاجي (Marullo, S et al, 1990, pp 109-110).

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

في المرحلة الأولى للمرض أي الذبحة الصدرية تتميز شكلين:

- الذبحة الصدرية المستقرة:

تحدث الذبحة الصدرية الاعتيادية أو المستقرة في أحوال معينة مثلا: بعد القيام بمجهود بدني أو التعرض لضغوط نفسية أو الحر أو البرد و تختفي عند الراحة، و تزيد حدة الألم تدريجيا.

- الذبحة الصدرية غير المستقرة:

تحدث أحيانا دون التعرض للأسباب سالفة الذكر، أو تستمر على الرغم من الراحة، أو أنها تبدأ فجأة بألم حاد و شديد جدا، أو تكون حدة الألم فيها مساوية لذلك في حالة إحتشاء عضلة القلب

(Jacques, D ,1997 pp 140-141).

2.1 أعراضها:

و تتلخص أعراض الذبحة الصدرية في الإحساس بألم بمنطقة الصدر لكنه في الحقيقة ليس كألم، إذ يتميز بمواصفات معينة، و ذلك من حيث:

- **مكان الألم:** العرض الرئيسي لمرض قصور الشريان التاجي هي الآلام المميزة الطابع في الجانب الأيسر من الصدر و خلف عظمة القص (يقع تحت الجلد في مقدمة الصدر)، يكون الألم من النوع الضاغط، و قد يمتد إلى الكتف الأيسر و أسفل الرقبة و الفك الأسفل و إلى اليد اليسرى، و أحيانا قد يمتد إلى الظهر أو أعلى البطن، و هناك صفة شبيهة دائمة في أغلب الحالات و هي حدوث الألم مع الجهد و زواله بانتهاء الجهد أو الراحة (Mesaad, K , 1998 , p 45).

- **نوع الألم و كيفية الإحساس به:** يتميز الألم عادة بالشدة بدرجة تجعل المصاب يضطر للتوقف عن أداء ما يفعله و يستسلم للراحة، أما عن كيفية الإحساس به فإن ذلك يختلف اختلافا واضحا بين جموع المرضى، فقد يصفه البعض بأنه ألم أشبه بوخز الخنجر أي ألم طاعن، أو بأنه ألم ثقيل كأن شيئا مطبقا على الصدر، أو قد يستشعره بعض المرضى كأنه حرق شديد أشبه بحرق القلب الناتج عن عسر الهضم، و غير ذلك من الأشكال المختلفة.

- **مدة بقاء الألم:** لا يستمر ألم الذبحة الصدرية لمدة طويلة، إذ يبقى عادة لبضع دقائق، و قد يطول بقاؤه إلى نحو نصف الساعة، و نادرا ما يستمر أكثر من ذلك.

- **مثيرات الألم:** و هذه نقطة مهمة لتشخيص ألم الذبحة الصدرية، و لتمييزه عن أنواع الآلام الأخرى التي قد تنبعث من منطقة الصدر، فيتميز بأنه يثار بالمجهود العضلي مثل صعود السلالم أو الجري، أو ربما المشي العادي لمسافة طويلة نسبيا، و بالإضافة لذلك فقد يثار الألم بالتعرض للعوامل التالية:

❖ الإنفعال النفسي: كالعصبية الشديدة او الخوف أو الفرع.

❖ كثرة الأكل حيث يظهر الألم بعد تناول وجبة طعام ثقيلة.

- ❖ التعرض للجو البارد.
- ❖ الإفراط في التدخين.
- ❖ رفع أحمال ثقيلة.
- ❖ الصعود لأماكن مرتفعة، كركوب الطائرات.
- ❖ ممارسة الجنس: و ذلك نظرا لما يفرضه من القيام بمجهود عضلي و ما يصحبه من انفعالات نفسية.

❖ مخففات الألم: كما يتميز ألم الذبحة الصدرية بأنه يخف سريعا بالراحة، أي بمجرد التوقف عن المجهود، و لذا فإن المريض يشعر تلقائيا بأن جسمه في حاجة ماسة إلى الراحة للتغلب على الألم، كما يخف بمجرد تناول أحد العقاقير التي تؤخذ تحت اللسان لتقوم بتوسيع الشرايين التاجية مما يزيد من تدفق الدم لعضلة القلب.

2. احتشاء عضلة القلب:

1.2 تعريفها:

تعرف الجلطة القلبية بأنها توقف سريان الدم توقفا تاما في فرع من فروع هذه الشرايين، و يفاجأ المريض بألم في منتصف الصدر كالم الذبحة الصدرية و لكنه أشد منه، و كثيرا ما يحدث هذا الألم دون بذل أي مجهود، و كثيرا ما يحدث ليلا أثناء نوم المصاب، و يعقب هذا الألم مضاعفات كثيرة إذا لم يتم العلاج اللازم.

2.2 أعراض احتشاء عضلة القلب:

قد يحدث احتشاء عضلة القلب أو الجلطة القلبية بصور مختلفة، لكنها في صورتها التقليدية تكون الأعراض على النحو التالي:

- ❖ ظهور ألم شديد مفاجئ في منتصف الصدر.
 - ❖ حدوث صدمة للمريض.
 - ❖ زيادة عرق الجسم.
 - ❖ شحوب الوجه.
 - ❖ برودة الأطراف.
 - ❖ انخفاض ضغط الدم.
 - ❖ فزع و اضطراب شديد من مواجهة الموت.
- و يستمر الألم لفترة طويلة، فقد يستمر لأكثر من ساعة أو ربما ليوم كامل أو أكثر، و بناء على مكان حدوث الجلطة و أهمية و مساحة الجزء من عضلة القلب الذي انقطع عنه وصول الدم تتوقف خطورة هذه الحالة، فقد يفقد المريض حياته على الفور أو بعد فترة قصيرة إذا كانت الجلطة قد أصابت

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

شريانا رئيسيا يغذي منطقة حيوية كبيرة من عضلة القلب، و هكذا يمكننا التمييز ما بين احتشاء عضلة القلب و الذبحة الصدرية عن طريق العوامل التالية:

- **حدة الألم:** كثيرا ما تحدث أعراض الاحتشاء أثناء النوم فيصحو المريض على آلام مبرحة بالصدر لا يخففها جلوس أو اضطجاع على جنب أو آخر، و يصاحبها ميل للقيء أو عرق غزير، و قد تتطور إلى هبوط بأداء القلب أو بالدورة الدموية، أما الذبحة فتظهر آلامها عند القيام بمجهود جسماني.
- **طول فترة الألم:** تختلف أعراض احتشاء عضلة القلب عن أعراض الذبحة الصدرية و كثيرا ما يسبب الاحتشاء أعراض الذبحة الصدرية لمدة تطول أو تقصر أو قد يأتي الاحتشاء دون سابق أعراض.
- **زوال الألم:** قد تختفي الأعراض بعد ساعات قليلة دون تدخل طبي فيظن المصاب بأنها حالة عسر الهضم لما يصاحبها من غثيان أو تحسن بعد حدوث قيئ (السيد فهمي علي، 2009، ص ص 53-55)

و بذلك نجد أن الذبحة الصدرية تختلف عن احتشاء أو جلطة القلب، باعتبار أن الذبحة الصدرية هي عبارة عن نقص مؤقت في تروية عضلة القلب، بينما يؤدي الاحتشاء إلى انسداد دائم و إلى حجب التروية عن قسم من عضلة القلب، و بالتالي إلى موت هذا القسم من العضلة، من هنا كان التغير في مخطط القلب الكهربائي يتخذ شكلا نهائيا في حالة احتشاء القلب مما يوضح أهمية تخطيط القلب الكهربائي لمريض أصيب بعراض قلبي لتحديد نوع الإصابة (Jacques, D ,1997 pp 140-141).

خامسا: أسباب مرض قصور الشريان التاجي:

ليس هناك سببا وحيدا لمرض قصور الشريان الإكليلي (التاجي)، فقد دلت الأبحاث الطبية على أن هناك مجموعة كاملة من العوامل يمكن أن تطور على الأرجح هذا المرض وقد أطلق عليها اسم عوامل الخطر و من جملة هذه الأسباب نذكر:

- النظام الغذائي و الكوليسترول:

فالعصيدة "Athermo" تشكل السبب الأساسي لمرض الشرايين التاجية، حيث تتراكم توضعات الدهن، خصوصا الكوليسترول المعروف باللويحات على جدار الشرايين، مما يجعلها أضيق فيقل تدفق الدم فيها، و عندما تنفصل اللويحات تتشكل خثرة "Thrombosis" في المنطقة المتضررة تمنع وصول الدم إلى جزء من عضلة القلب، و هو ما يحصل تماما في الجلطة القلبية، هذه العملية و ما قد تسببه من أضرار أخرى مرشحة للحدوث أكثر عند شخص يعاني من مستوى عال من الكوليسترول في الدم (LDL) أي (Low-Density Lipoprotein Cholesterol)

تعتبر التركيبية الوراثية للشخص مسؤولة جزئيا عن تحديد مستوى الكوليسترول لديه، فبعض الأسر تحمل جينات ترفع مستويات أنواع شتى من الدهن في الدم و تسمى هذه الحالة فرط شحوم الدم الأسري (FH) أي (Familial Hyperlipidaemia).

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

من ناحية أخرى يلعب النظام الغذائي دورا مهما في تحديد مستويات الكوليسترول فتناول الكثير من الدهون -خاصة دهون الحيوانات و مشتقات الألبان- يزيد من مستوى الكوليسترول و يعرض الإنسان أكثر لخطر الإصابة بمرض الشريان التاجي (كريستوفر ديفيد سون، 2002، ص 31).

- **العمر:** و يكون بين 45-65 سنة إذ أن هذا المرض يكون أكثر شيوعا مع تقدم العمر.

- **الجنس:** حيث يمس هذا المرض 80% من الرجال و 20% من النساء و السبب في ذلك هو الهرمونات الأنثوية التي تحمي الشرايين و لذلك تزداد نسبة المرض بعد انقطاع الحيض.

- **ضغط الدم المرتفع:** إذ أن مرض الشريان التاجي يكون أكثر انتشارا من 5-8 مرات لدى الذين يعانون من ارتفاع ضغط الدم، إذ فيه تتحمل الشرايين أكثر من طاقتها فتتصلب.

- **مرض السكري:** حيث يصعب على الجسم التخلص من الدهون فتترسب في جدار الشرايين.

- **التدخين:** فالمواد الكيميائية الموجودة في دخان السجائر تمتص إلى مجرى الدم عبر الرئتين و تدور في أنحاء الجسم مؤثرة على كل خلية.

- **الكحول:** فالكحول و مشتقاتها تساعد على تصلب الشرايين، و تضيق لمعة الأوعية التاجية، و تقوم الكحول بدور المخرش للأوعية.

- **نقص إفراز الغدة الدرقية:** خصوصا المستتر، لأنه يساعد على زيادة نسبة الكوليسترول في الدم فيترسب في جدار الشرايين و يعمل على ضيقها.

- **وجود مشكلة مرضية بأحد الصمامات:** مثل تضيق الصمام الأورطي (Mesaad Krim ,

1998 , p 46)

- **العرق:** يعاني الأمريكيون من أصل أفريقي من ارتفاع ضغط الدم أكثر من الأمريكيين البيض، و بالتالي لديهم مخاطر أعلى للإصابة بأمراض القلب، كما ترتفع مخاطر الإصابة بأمراض القلب أيضا بين الأمريكيين المكسيكيين، الأمريكيين من الهنود الحمر، و سكان هاواي الأصليين و بعض الأمريكيين الآسيويين، و مرد هذا جزئيا إلى ارتفاع معدلات البدانة و السكري عند هؤلاء السكان (دليل علاج مرض الشريان التاجي، 2009، ص6).

إن هذه العوامل مرتبطة فيما بينها و تتضاعف نسبة حدوث المرض كلما وَّجد أكثر من عامل خطورة في آن واحد، ففي دراسة (Interheart, 2004) بينت أن 90% من النوبات القلبية ترتبط مع تسعة عوامل خطر رئيسية و لا سيما التدخين، مستويات غير طبيعية من الدهون في الدم، ارتفاع ضغط الدم، السكري، السمنة في منطقة البطن، قلة النشاط البدني، انخفاض الإستهلاك اليومي للخضر و الفواكه، الإستهلاك المفرط للكحول، و الضغوط النفسية، و قد طبقت الدراسة على 52 بلدا، إلا أنه خلافا لما قد تم ذكره من قبل توصل الباحثون إلى أن النتائج لم تتأثر بالجنس و العرق و الموقع الجغرافي، مما جعل

الباحثون يخلصون إلى أن هذه النتائج يمكن تعميمها على جميع فئات السكان , (Geraldine, A, L , 2010, p1).

سادسا: الخصائص النفسية للمصاب بقصور الشريان التاجي:

من العوامل المختلفة التي تلعب دورا مهما في نشأة تصلب الشرايين مع قصور الشرايين التاجية في القلب: السمنة، السجائر، زيادة السكر و ارتفاع الدهون في الدم، وعدم الحركة ...، وكلها لها علاقة واضحة بالهيكل الاجتماعي و أسلوب الحياة الغربي، وأنماط مميزة في الشخصية و التعرض لمواقف خاصة، و تلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورها من خلال:

- تكوين الشخصية:

هؤلاء الذين يعملون بكل جدية ساعات طويلة دون كلل أو تعب و يتقبلون التحديات المختلفة، و نستطيع نعتهم بمدمني العمل، و يتميز هؤلاء الأفراد بالرغبة في السيطرة خاصة على الزوجة و الأطفال و الكفاح المستمر للصعود في الدرج الاجتماعي، مع عدم القدرة على الاسترخاء، و محاولة إثبات فحولتهم و نشاطهم الجنسي، و الحق أن هؤلاء في حاجة ملحة للحب و الحنان، و من خلال فقدهم لذلك يُعوضونه بالبحث عن القوة و التفوق.

- الصراعات عبر الإنسانية:

و تكون النواة هنا الإحباط في الوصول إلى السيطرة في العمل أو الأسرة، أو الفشل في الرقي و التفوق الاجتماعي، أو تدهور في الوظيفة، أو عدم خضوع الزوجة و الأطفال، أو متاعب مادية مستمرة، و ظهور كل هذه الصراعات على الرغم من العمل الجاد المستمر المنهك، مما يؤدي إلى القابلية للإصابة بقصور الشريان التاجي (أحمد عكاشة، د.س، ص ص 647-648).

- السلوك التفاعلي للصراعات:

يميل هؤلاء الأفراد إلى قمع الشحنات الانفعالية بعكس طفولتهم التي كانت مملوءة بالاندفاع و الحركة و الغضب و التعبير اللفظي و الحركي عن الانفعالات المختلفة، و عندما تتجمع هذه العوامل الثلاث من تكوين الشخصية والصراعات الإنسانية و السلوك المحبط، يصبح الإنسان أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب (أحمد عكاشة و طارق عكاشة، 2010، ص 668).

1. عصاب القلب:

تتفاوت الاستجابات النفسية للمرضى تفاوتًا واضحًا، إذ تتراوح بين التجاهل التام للمرض، و بين الرعب و الفرع منه، خاصة و أن أمراض القلب هي من الأمراض الخطيرة التي تتطلب الحد من نشاط المريض الجسماني و العقلي، و أن يتبع أسلوب حياة رتيبة، ويكون مجبرا في الاعتماد على غيره، لهذا يستجيب البعض من المرض استجابات متباينة أو متناقضة، إما بالتجاهل و مواصلة النشاط العادي، و إما

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

بقلق حاد و الهواجس و الهلع ،حيث اتضح أن شخصية المصاب أهم بكثير من المرض نفسه، من حيث مواجهته لمرضه، و الأعراض النفسية التي تبدو عليه .

و تشير الدراسات المتعلقة بأمراض القلب و علاقتها بالجوانب النفسية لدى المرضى بأن أغلبية الأعراض التي يعانون منها في منطقة القلب لا يتوفر دليل لديهم بوجود مرض قلبي عضوي، فعصاب القلب له علاقة وثيقة بالتغيرات الفسيولوجية خاصة في جهاز القلب.

وهنا يذهب كوفيل و زملاؤه إلى القول بان مصطلح (عصاب القلب) يُستخدم ليبدل على مجموعة من الأعراض التي تختص بالقلب و يكون أساسها نفسي، و الأعراض هي: الخفقان ، قصر التنفس، التشنج.

و نظرا لأن هذه الأعراض تحدث أيضا في أمراض القلب العضوية فلا بد من إجراء فحص طبي دقيق قبل أن يَشخص المرض باعتباره اضطرابا سيكوسوماتيا، و تؤكد (فلاندوز) أن ما يميز الناس المصابين بأمراض القلب هو أنهم ينهمكون في العمل، ويستمتعون به و يحنقون للتقدير القليل أو الشكر، و هم دائما ضحايا الظروف النفسية المسؤولة عن طموحهم الظاهر.

و عادة ما ينظر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون المهتمون بمعالجة مرض القلب باعتبارهم فئة متجانسة على الرغم من أن مرض الذبحة الصدرية أميل لأن يكونوا أكبر عمرا من غيرهم من المصابين بأمراض القلب الأخرى، و لديهم خصائص نفسية مختلفة عن مرض جلطة القلب، وتتوالى في الوقت الحاضر الدراسات الطبية و الجهود الإكلينيكية في سبيل تحديد ماهية هذه الفروق، حتى بدأ حاليا مرضى الذبحة الصدرية يحصلون على المزيد من الإهتمام باعتبارهم فئة منفصلة .

هذا و يقدم الفحص الإكلينيكي أو التقييم النفسي لمرض الذبحة الصدرية ثلاثة اتجاهات رئيسية لفهم الحالة المرضية، و هي:

- رسم خريطة للعوامل النفسية و الظروف الاجتماعية المرتبطة بمرض الذبحة الصدرية .
 - تقييم المدى الذي يصل إليه الألم، و العجز الذي يذكر في الحالات الحادة للمرض.
 - تحديد دقيق للعوامل النفسية و الاجتماعية المثيرة للذبحة الصدرية (بشير معمرية، 2012، ص 94).
- و تعد كل من: العصابية، الغضب، العدائية، من العوامل الأساسية التي ترتبط بمرض الذبحة الصدرية، و هذه العوامل ذات صلة بتوهم المرض، و القلق، و ترتبط أيضا بالصحة العامة، و الشكوى من الألم، و قد اتضحت هذه العلاقة من خلال إمكانية مشاهدة وجود مرض القلب عند تصوير الشرايين، حيث كان تشخيص الذبحة الصدرية يعتمد كليا على تقارير المريض للأعراض، و حديثا أوضحت تقارير تصوير القلب أن المستوى المرتفع من العصابية يرتبط عكسيا بمرض القلب، و لكن ترتبط ارتباطا وثيقا بالتقارير الذاتية حول الذبحة الصدرية، وبالتالي يتضح أن العصابية ترتبط بالسلوك المرضي، و قد تبين أن العصابية ترتبط بقوة بالذبحة الصدرية أكثر من ارتباطها بالأنواع الأخرى من مرض القلب، فأصحاب

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

المستويات المرتفعة من العصابية الذين يشكون من الذبحة الصدرية أكثر ميلا لأن يشخصوا على أنهم يعانون من الذبحة الصدرية مقارنة بغير المرتفعين في العصابية، وبالرغم من وجود فروق في حدوث جلطة في القلب يظهرها رسم الشرايين، و في ضوء هذه النتائج يوصي الباحثون في هذا المجال باستخدام المقاييس النفسية لاكتشاف المستويات العليا من العصابية كجزء من التدبير الشامل لهؤلاء المرضى .

و بينما تمثل آلام الذبحة الصدرية ألما غير حاد أشبه ما يكون بالضغط أو الثقل على الصدر، تكون آلام التوتر النفسي حادة و أشبه بالنغز، و بينما تجبئ آلام الذبحة الصدرية مع المجهود الجسماني تجبئ آلام التوتر النفسي مع الإنفعالات و المضايقات النفسية، و بينما تختفي آلام الذبحة الصدرية بعد دقائق من التوقف من المجهود الجسماني، تستمر آلام التوتر العصبي ساعات و قد تطول إلى أيام.

و الحقيقة أن وجود ضغط نفسي يعد أحد السمات الأساسية للحياة، فلا يمكن أن تكون هناك حياة مستقرة هادئة تماما، و الحقيقة كذلك أن هذا الضغط النفسي يعد ضرورة من ضروريات الحياة الناجحة و لكن بجرعات محدودة قصيرة المدى فلا شك أنه كثيرا ما يحفزنا، و يقوينا و يساعدنا على المثابرة، و يدفعا للإبتكار.

و عندما يكون الضغط النفسي شديد الإثارة يجعل بأزمة قلبية بسبب ما يحدث من تلف في الشرايين، هذا التلف قد يؤدي إلى جلطة تحول دون سريان الدم في الشريان التاجي المغذي لعضلة القلب، و من ثم الموت المفاجئ، كما أن الأحداث الصادمة الشديدة بمثابة مثيرات جسمية ضاغطة شأنها في ذلك شأن الإفراط في النشاط الرياضي و الضغوط النفسية.

و هذا بالفعل ما تؤكد الإحصائيات، ففي لندن أجري استفتاء بين مجموعة كبيرة من الرجال أصحاب الأعمال و المسؤولين عن أهم سبب يرونه يشعرهم بالتعب و يزيد من قابليتهم للإصابة بالذبحة الصدرية و الأزمات القلبية، فأقر الجميع بأنه الضغط النفسي (السيد فهمي علي، 2009، ص 59).

1.1. نمط الشخصية أ- و مرض قصور الشريان التاجي:

أجرى كل من فريدمان و روزنمان سلسلة من الدراسات التي أحسنا تخطيطها و أحسنا القيام بها لبيان أن هناك أنماط سلوكية ظاهرة معينة مرتبطة بمرض القلب التاجي، و قد حددا بصفة أساسية اثنين من الأنماط السلوكية:

النمط (أ): و يتميز أصحابه بما يأتي:

- الدافع الشديد المستمر إلى تحقيق أهداف خيروها لأنفسهم و لكنها غير محددة بوضوح.
- ميل عميق و تشوق إلى التنافس.
- الرغبة الملحة في الحصول على تقدير الآخرين و اعترافهم و على الترقى التقدم.
- الانغماس المستمر في وظائف أو مهام متعددة متنوعة و قد فرض عليه دائما أن ينتهي منها قبل انقضاء الزمن المحدود.

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

➤ ميل بحكم العادة إلى الإسراع في تنفيذ كثير من الوظائف الجسمية والعقلية، يقظة عقلية و جسمية فوق مستوى اليقظة العادية.

النمط (ب): يميز الأفراد الذين كانوا على عكس النمط (أ):-

- قلة الرغبة في التنافس .
- قلة الدافع (بدرجة نسبية) إلى الترقى و التقدم و تقدير الآخرين.
- قلة الانغماس في الأعمال التي تفرض لها حدود زمنية.
- قلة الميل إلى التعجل في القيام بوظائف الكلام أو الوظائف العقلية و الجسمية.
- الطبيعة الهادئة الباردة القانعة (ريتشارم سوين، 1988، ص ص 427 429).

2.1 العدائية و علاقتها بأمراض القلب:

لقد اهتم حديثا بدراسة العدائية و القلب كمتغير من متغيرات الشخصية الهامة الذي له تأثير على الصحة القلبية الوعائية، حيث توصلت الدراسات حديثا إلى معرفة العلاقة بين الميل إلى العدائية و ظهور مرض الشريان التاجي، فقد توصلت العديد من الأبحاث و الدراسات إلى أن هذه الحالة النفسية تزيد او ترفع من خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب، و قد تكون من المسببات الهامة التي تؤدي إلى الأمراض القلبية الوعائية و تجدر الإشارة بأن بعض أمراض القلب مثل مرض الشريان التاجي له أسباب عديدة و متنوعة الأمر الذي دفع بالعلماء و الأطباء و الباحثين من مختلف التخصصات إلى محاولة الكشف عن مسببات هذه الأمراض، و من خلال تلك الدراسات و الأبحاث تم التعرف على ظاهرة الميل إلى العدائية على أنها " استعداد ثابت للإستجابة بمستويات و ألوان مختلفة من الإنفعالات التالية: الغضب، الإثارة أو التهيج، الإشمئزاز، التكبر، الإحتقار و الإستهياء، إلى غير ذلك من الإنفعالات السلبية التي قد ترتبط بسلوك ظاهري يوجه نحو مصدر الإحباط.

فمن خلال دراسة أجراها ماكوجل و آخرون (1985) على عينة تتكون من 125 مريضا أجريت لهم فحوص طبية متخصصة Anglography، و قد كشفت هذه الدراسة عن إجراء تقديرات دقيقة كمستوى العدائية أثناء الفحوص الطبية تنبأت بكل وضوح بشدة مرض الشريان التاجي، بمعنى أنه كلما كان استعداد المريض للعدائية كبيرا زادت شدة مرضه في المستقبل.

من جهة أخرى كشفت دراسة ديمبروسكي و آخرون (1989) على أن هناك بعض الأفراد بطبيعة شخصيتهم و خاصة استعدادهم للإستجابة بأسلوب عدائي لمواقف اجتماعية مختلفة يتعرضون لخطر الإصابة بمرض القلب، و على وجه الخصوص توصلت هذه الدراسة التي قارنت مجموعة من (192) مريضا و مجموعة ضابطة مكونة من (384) فردا على أن نسبة الخطورة التي يمثلها نمط العدائية وصلت (P=0.003 ; RP=1.7)، و هذه النسبة تفوق بكثير تلك التي تمثلها عوامل الخطورة الأخرى مثل العمر (تزداد و ترتفع خطورة الإصابة بأمراض القلب مع التقدم في العمر) أو ارتفاع ضغط الدم او

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

ارتفاع مستوى الكوليسترول أو التدخين، هذه النتائج تعكس بكل وضوح العلاقة بين الميل إلى العدائية و خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي أو أمراض القلب.

و قد أجرى كل من "ديمبروسكي و كوستا" 1987 "Dembroski and Costa" حصرا لهذه الظاهرة النفسية من خلال قياس مكوناتها الثلاثة المتمثلة في الآتي:

➤ **بعد المحتوى العدائي: Hostile content** ويشير هذا البعد إلى وصف المفحوص لمشاعر الغضب و العدائية.

➤ **بعد شدة العدائية: Hostile intensity** ويشير هذا البعد إلى ظهور الإستجابات العدائية العنيفة.

➤ **بعد النمط العدائي: Hostile style** ويشير هذا البعد إلى السلوك خلال المقابلة الذي عادة ما يكون غير متعاون (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص 141-145).

3.1 الإكتئاب النفسي و دوره في نشأة أمراض القلب:

لقد أدرك العلماء و الأطباء و الناس بصفة عامة العلاقة بين الإصابة بمرض مزمن كمرض القلب و ظهور حالة الإكتئاب النفسي التي قد تنتج عن هذه الإصابة، فشعور الإنسان بحالات القلق الشديد و الحزن العميق يفقده الإهتمام بكل النشاطات و يشعره بالعجز و عدم القيمة و يفقده قدرته على التفكير (هذه بعض أعراض مرض الإكتئاب) إثر تعرضه لأزمة قلبية خطيرة و التراث الطبي مليئ بالحالات العديدة و البيانات الدقيقة التي تعكس بكل وضوح انتشار هذه الظاهرة العيادية بين مرضى القلب و غيرهم من الذين يعانون من أمراض مزمنة قاتلة و فتاكة، و لكن اهتمام العلماء و الأطباء و الباحثين اليوم بدراسة الإكتئاب كسبب للإضطرابات القلبية الوعائية و ليس كنتيجة لها، و في هذا المجال أجريت العديد من الأبحاث و الدراسات التي أكدت على الدور و السبب الذي تلعبه حالة الإكتئاب النفسية في نشأة مرض الشريان التاجي للقلب، فالصورة الواضحة و التي تبرز من خلال هذه الأبحاث و الدراسات العلمية هي أن التعرض لحالة أو مرض الإكتئاب يزيد أو يرفع خمسة أضعاف خطر إصابته في المستقبل بمرض عضوي فتاك و هو مرض الشريان التاجي للقلب أو يعرضه للإصابة بأمراض أخرى في القلب لا تقل خطورة مثل ألم ذبحة صدرية أو سكتة قلبية.

لقد أوضحت الأبحاث و الدراسات الطولية التي استغرقت حوالي (55) سنة (Vaillant – 1998) و التي تناولت العلاقة بين اضطراب المزاج و الصحة الجسدية، و التي أظهرت نتائجها تأثيرا فتاكا لحالة الإكتئاب النفسي على الصحة الجسمية، حيث كشفت أن من بين مجموعة تتكون من 237 رجالا أصحاء كانوا ضمن الطلبة المستجدين في الجامعة و الذين تم تتبعهم حتى سن 70، أظهرت النتائج ان 45 % من الأفراد الذين أصيبوا بمرض الإكتئاب ماتوا بنسبة 5% وفيات ضمن الفئة التي تمتعت بصحة نفسية حبيسة طوال حياتها، و في دراسة طولية أخرى مماثلة استغرقت 35 سنة قام بها فورد و آخرون Faord

et al, 1994 على مجموعة مكونة من 1198 طالبا مستجدا، أسفرت نتائجها عن الإكتئاب الإكلينيكي الذي يزيد من خطر الإصابة بمرض الشريان التاجي و قد أظهرت الدراسة على وجه الخصوص ان الفترة الزمنية التي تفصل تعرض الفرد للإكتئاب و إصابة أثر ذلك في المستقبل بمرض قلبي وعائي قد تصل إلى 10 سنوات. و ربما الدليل العلمي القاطع على وجود علاقة بين الإكتئاب و مرض القلب قد وفرته دراسة إيدميولوجية التي أجراها براما و آخرون "Pratt et al, 1996"، على الحي الشرقي من مدينة بالتمور الأمريكية على عينة مكونة من (1551) فردا من سكان هذا الحي الشعبي، و قد كشفت أن بعد حدوث الإكتئاب أي تعرض الفرد لحالة الإكتئاب فإن ذلك يزيد أو يرفع خطر الإصابة بأزمة قلبية من أربعة إلى خمسة أضعاف عندما يتم ضبط بقية عوامل الخطورة الأخرى كارتفاع ضغط الدم، و ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم و البدانة و التدخين، بينما الذين لم تشخص لديهم حالات الإكتئاب وفق شروط الدليل التشخيص الأمريكي الرابع للأمراض النفسية، و عانوا من بعض أعراض الإكتئاب فقط وصلت نسبة خطورة تعرضهم لأزمة قلبية إلى ضعفين فقط (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص 145-147).

2. آليات تأثير الشخصية على النشاط القلبي الوعائي:

السؤال المهم و الذي يطرح نفسه في هذا الميدان هو الذي يدور حول الماهية التي تجعل من بعض خصائص أو سمات الشخصية أسبابا للإصابة بمرض القلب أي كيفية حصول هذا المرض العضوي نتيجة الإستعداد النفسي للفرد؟ بمعنى ما الآليات التي تربط بين بعض خصائص أو سمات الشخصية (سواء أكانت الميول العدائية أو سلوك نمط "أ" أو القلق او الإكتئاب) و طبيعة النشاط القلبي الوعائي؟، و قد استطاع سميث Smith, 1992 في مقال علمي مطول أن يطرح في هذه المسألة اقتراحا يتكون من ثلاث فرضيات ممكنة من شأنها تفسير هذه الظاهرة و الفرضيات هي:

1.2 فرضية التفسير النفسي الفسيولوجي: Psychophysiological Hypothesis

يرى بعض العلماء و الأطباء و الباحثين، أن العدائية قد تسبب الأمراض القلبية الوعائية، و ربما تسبب أيضا امراضا عضوية أخرى، من خلال ارتباطها المباشر بالإستثارة النفسية الفسيولوجية الشديدة و خاصة تلك التي تحدث في كل من الجهاز القلبي الوعائي و الجهاز العصبي الهرموني، و بشكل خاص يقترح هذا النموذج أن ذوي الشخصية العدائية يظهرون ارتفاعا كبيرا في مستوى ضغط الدم و زيادة في دقات القلب و زيادة في إفراز هرمونات الضغط مثل الأدرينالين لمواجهة ضغوط محتملة قد تتبعهم أو تلاحقهم، و نظرا لميلهم الشديد للإستجابة بغضب، و توتر علاقاتهم الدائم مع الآخرين يحتمل أن يتسبب كل هذا في استثارة نفسية فسيولوجية كبيرة، و هذه الأخيرة قد تكون سببا وراء ظهور أعراض قلبية وعائية قد تتطور إلى مرض في القلب مستقبلا.

2.2 فرضية الإستعداد النفسي الإجتماعي: Psychosocial Vulnerability Hypothesis

و التي يمكن من خلالها تفسير العلاقة بين خاصية او سمة العدائية و المخاطر الصحية تتمثل في العوامل النفسية الإجتماعية، و تنص هذه الفرضية او الآلية على أن المشكلات الصحية التي يتعرض لها ذوو الشخصية العدائية تنجم عن الصراعات الحادة و الدائمة في علاقاتهم الإجتماعية بما في ذلك علاقاتهم الزوجية و المهنية، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بمرض القلب.

3.2 فرضية السلوك الصحي: Health Behavior Hypothesis

و التي يرى اصحابها أن السبب الرئيسي وراء تعرض ذوي الشخصية العدائية لخطر الإصابة بمرض الشريان التاجي للقلب يكمن في تبنيهم عادات أو سلوكيات غير صحية في حياتهم، حيث غالبا ما تراهم يتجنبون النشاط البدني و يدخنون بشراهة و يدمنون الكحول كما أن أكلهم غير صحي و يفتقرون إلى السلوكيات الوقائية مثل نظافة الفم و الأسنان و مراجعة الطبيب لإجراء فحوص دورية، فلا شك أن العديد من الأبحاث و الدراسات و الآراء التي فحصت العلاقة بين العدائية و السلوك الصحي قد توصلت إلى وجود ارتباط وثيق الصلة بين العادات الصحية غير السليمة و السلوك العدائي مما يؤكد صحة فرضية او آلية السلوك الصحي كتفسير منطقي علمي لحدوث مرض القلب نتيجة للميل إلى العدائية (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص ص 148-149).

سابعا: الفحوصات اللازمة لتشخيص مرض قصور الشريان التاجي:

هناك العديد من الفحوصات التي تساعد على تقوية القناعة التشخيصية عند الطبيب، وأنها تزيل الشك الموجود لديه إذا كانت الشكوى المرضية غامضة أو غير واضحة و كان الفحص السريري سلبيا، و سوف نستعرض جميع الفحوصات المخبرية و الشعاعية المختلفة في ما يلي:

1. تخطيط القلب الكهربائي أثناء الراحة :

إن هذا الفحص حساس لكنه غير دقيق، لذلك فإن كثيرا من حالات قصور الشريان التاجي لا يمكن تسجيلها على صفحات تخطيط القلب أثناء الراحة، لذلك تم التفكير في زيادة دقة الفحص بالإضافة إلى حساسيته، و قد وصل العلماء لخطوة تخطيط القلب المجهود .

2. تخطيط القلب المجهود:

أصبح تخطيط القلب المجهود أكثر الفحوصات القلبية شيوعا فعند القيام بالمجهود و شعور المريض بالآلام الذبحة الصدرية يوضح التخطيط الكهربائي علامات معينة تدل على وجود نقص التروية القلبية، أي أن كمية الدم المتدفقة إلى عضلة القلب اقل من احتياج القلب، و تعتبر هذه الطريقة أقل تكلفة من فحوصات أخرى .

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

3. تخطيط القلب بالمجهود مع استخدام مواد مشعة :

و تعتبر هذه الطريقة في الفحص من الطرق التي تزيد من دقة تخطيط القلب بالمجهود، لكنها مكلفة لأنها تستخدم مادة مشعة هي الثاليوم (201)، حيث يحقن المريض بعد القيام بالمجهود ثم يتم تصوير القلب بكاميرا جاما على خطوتين بعد الجهد، و بعد انقضاء أربع ساعات تتكشف المنطقة من عضلة القلب التي بها نقص التروية .

و إذا كان المريض عاجزا عن القيام بمجهود فيمكن حقن المريض بمادة معينة تزيد من سرعة ضربات القلب، و بذلك تعطي نفس تأثير المجهود على القلب ثم بعد ذلك يحقن المريض مرة أخرى بالمادة المشعة كما ذكرنا في السابق ثم يتم تصوير القلب بكاميرا جاما .

4. فحص القلب بالموجات فوق الصوتية (الايكو) :

يمكن فحص القلب و قياسه و فحص الصمامات بهذه التقنية الدقيقة، و يمكننا فحص عضلة القلب و ترويتها بالقيام بنفس الفحص لكن على إثر الانتهاء من المجهود البدني و يعتبر هذا الفحص من الفحوصات الأساسية و الدقيقة و يمكنها إعطاء معلومات مفيدة عن حالة القلب و قدرته على تأدية وظيفته، و مقدار القصور الذي أصابه.

5. القسطرة القلبية:

و هي الوسيلة المثلى لمعرفة وضع الشرايين التاجية، و تتم بإدخال أنبوبة بلاستيكية دقيقة و طويلة عن طريق أحد الشرايين الطرفية، و غالبا الشريان الأيمن في أعلى الفخذ، و يدفع الأنبوبة يمكن الوصول إلى القلب، و بعد حقن مادة ملونة داخل الشرايين التاجية و تصويرها بالأشعة السينية يمكن معرفة مدى ضيق أو اتساع الشرايين أو مدى إصابة الجدار إذا وجد الطبيب أن التضيق شديد و يمكنه توسيعه بالبالون، و وضع دعامة معدنية لإبقائه مفتوحا، حيث أنه يقوم بذلك في نفس الوقت، هذا و يمكن توسيع أكثر من تضيق و وضع أكثر من دعامة معدنية إذا كان هناك حاجة لذلك (رئيف بستاني، 1994، ص1996).

ثامنا: علاج مرض قصور الشريان التاجي:

1. الإجراءات الوقائية:

يجب على المدخن الامتناع عن التدخين نهائيا، و على من يعاني السمنة أو زيادة في الوزن إنقاص وزنه بالطرق الصحيحة مثل: تناول الغذاء الصحي المتوازن و بكميات معقولة مع ممارسة الرياضة بصفة مستمرة، أما مرض السكري و مرض ضغط الدم المرتفع فإن التحكم في هذه المرضين من الأمور الواجبة لمنع أو تقليل خطورتها على الشرايين التاجية للقلب، أما مرضى الكولسترول المرتفع في الدم فيجب معالجتهم و إتباعهم لنمط غذائي قليل الدهون كثير الخضروات و الفواكه والألياف الغذائية، مع الحرص على ممارسة الرياضة بانتظام، و صف إلى ذلك أنه يجب على المرضى الامتناع عن شرب

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

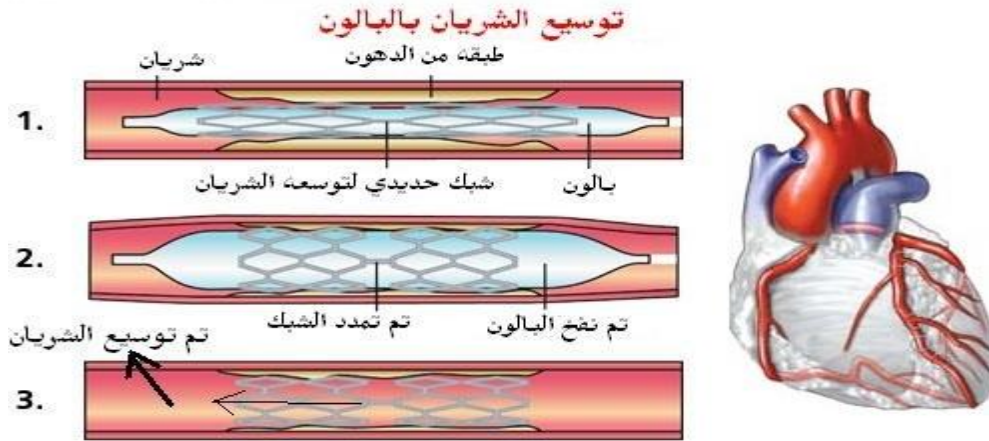
الكحول، و ممارسة الاسترخاء بانتظام للتخلص من الضغوط النفسية أو التحكم فيها، و كذا مراجعة الطبيب بانتظام و إتباع النصائح الطبية .

2. العلاج الدوائي:

هناك محاور كثيرة للعلاج عن طريق الدواء تتركز في إعطاء كل المرضى جرعة صغيرة من الأسبرين يوميا و إعطائهم أدوية تقوم بتوسيع الشرايين التاجية و أهمها مركبات النيتريت فبعضها يُعطى تحت اللسان عند النوم و أثناء ظهور الآلام الصدرية، و أخرى تُعطى ككبسولات أو حبوب للبلع، و بعضها يوصف كاصقات تلتصق على الجلد أو مراهم توضع على الجلد ليمتصها ببطء و تذهب إلى الدورة الدموية، و من الأدوية الضرورية أيضا منبطات خلايا بيتا التي لها دور حماية القلب من الاضطرابات و نقص التروية و مضاعفاتها، كما أن أغلب مرضى الشرايين التاجية يحتاجون مركبات مثبطات ايس و مضادات الكالسيوم، من ناحية أخرى فإن خافضات الكوليسترول لها دور كبير في منع المرض بل تساعد كثيرا في علاجها .

3. العلاج عن طريق القسطرة :

لقد سبق و ذكرنا أن الطبيب قد يرى أثناء قيامه بالقسطرة القلبية التشخيصية أن توسيع الشريان المتضرر بالبالون ممكن فيقوم بذلك مع وضع دعامة أو شبكة معدنية دقيقة مكان التوسيع للمحافظة على الشريان مفتوحا.



شكل (13): توسيع الشريان بالبالون

4. عملية زرع شرايين جراحيا:

قد يرى الطبيب و الجراح أن مشكلة الشرايين التاجية للمريض معقدة لا ينفع فيها العلاج الدوائي و لا العلاج بالتوسيع عن طريق البالون، بل يستوجب الوضع عمل توصيلات جراحية تمد العضلة المتضررة بالدم اللازم، و تقوم بعمل الشرايين المتصلة وبذلك تعود التروية الطبيعية، و تؤخذ الأوعية

التي تستخدم في التوصيلات الجراحية من أوردة ساق المريض أو من شرايين اليد أو المعدة أو الصدر (Marullo ,S et al ,1990, pp 113-114).

5. العلاج النفسي:

يمكننا تطبيق التدخل النفسي في كل مرحلة من مراحل أمراض الشرايين التاجية سواء في الوقاية الأولية، أو في مرحلة ما قبل ظهور أعراض المرض، أو خلال المرحلة الحادة التي غالباً ما تكون بعد حدوث الجلطة القلبية، أو عند مرحلة إعادة التأهيل، و العودة إلى الحياة الطبيعية، و التي يُطلق عليها بالوقاية الثانوية، و يتراوح نوع التدخل النفسي بين استخدام الأساليب المعرفية إلى الإستراتيجيات السلوكية، فقد تطور التدخل النفسي عما كان عليه في فترة قبل السبعينات، حيث كان يتضمن تعديل السلوك المرتبط بعوامل الخطر المرتفعة، إلا أنه في الوقت الحاضر و بعد تطور نماذج علاج الضغوط المتعددة أصبح بالإمكان استخدام أكثر من أسلوب تدخل نفسي لمعالجة هذا المرض السيكوسوماتي، و يكون التدخل كالتالي:

1-5 العلاج في مرحلة الوقاية الأولية:

إن التعلم الصحي هو المنحى الأساسي للوقاية الأولية، و هو يعتمد على افتراض قائم بأن الكشف عن عوامل الخطر المسببة للإصابة بأمراض الشرايين التاجية، سيجعل الناس قادرين على توجيه أنفسهم نحو تغيير أنماط حياتهم تبعاً لمعرفة مصادر الخطر، و قد أستخدم هذا المنحى في نطاق محدود مع أفراد و مجموعات صغيرة، وكذلك على نطاق واسع يشمل المجتمع بأكمله (أديب محمد الخالدي، 2006، ص470).

و قد ركزت الكثير من البحوث في مجال الوقاية الأولية على تعديل سلوك النمط أ – إذ قدم لونج (Long ,1984) إحدى الدراسات القلبية التي قارنت بين التدخل النفسي (تعليم و تدريبات معرفية سلوكية) و بين التدخل البدني (الإيروبيك Aerobicconditioning) و قيس كل من القلق و التوتر و الإدراك الذاتي للكفاءة و إمكانية ممارسة الرياضة لدى 61 متطوعاً ممن يعانون من الضغوط، و قد لوحظت تغيرات كبيرة في التوتر و القلق لدى كل من المجموعتين، غير أن أي منهما لم يتميز عن الأخرى، و يعتقد أنهما متكاملين و بالرغم من التغيرات الإيجابية التي سجلت في مخاطر أمراض القلب نتيجة للتعليم الصحي وحده، وبالجمع بينه و بين الإستراتيجيات المعرفية السلوكية، يظل السؤال القائم هو: هل يترجم ذلك إلى انخفاض فعلي في أمراض القلب، و يحتمل أن الأمر يستغرق بعض الوقت إلى أن تتجسد التغيرات في نمط الحياة في صورة انخفاض حقيقي في أمراض القلب، و يستطيع الأخصائيون النفسانيون لعب دور جوهري في المساعدة على هذه الترجمة (أديب محمد الخالدي، 2006، ص668).

2-5 العلاج في المرحلة الحادة (بعد حدوث الجلطة القلبية):

يستخدم في هذه المرحلة من الإصابة بالمرض أسلوب التدخل العلاجي النفسي الفردي، أو علاج مجموعات صغيرة من المرضى بـغية السيطرة على الموقف العلاجي، و يتضمن هذا الأسلوب عمليا الإرشاد و التدريب على تدبر القلق، فقد أجرى الأخصائيان (Lenzer , Aronson ; 1972) علاجا نفسيا فرديا لمجموعة من المرضى بعد ترحيلهم من العناية المركزة للقلب إلى غرف المستشفى، و بعد العلاج أظهر المرضى قدرا أقل من التكرار الانفعالي ومستويات أكثر انخفاضا في هرمون الكاتيكولامين "Catecholamine"، واضطرابات قلبية أقل من المرضى في المجموعة الضابطة و قام جروين (Gruen. 1975) بدراسات متعددة على مرضى القلب في هذه المرحلة، و قام بتقسيم عشوائي لمرضاه البالغ عددهم 70 مريضا إلى مجموعتين، المجموعة الأولى (تجريبية) حيث تلقت علاجا نفسيا تدعيميا ، و المجموعة الثانية (الضابطة) لم تتلق أي علاج نفسي، و قد أثبت أفراد مجموعة العلاج النشاط على أنهم أقل قلقا و اكتئابا، و قد عانوا من المشكلات القلبية بدرجة أقل، حيث مكثوا أياما أقل في غرف المستشفى بعد نقلهم من العناية المركزة، و أفادت نتائج الدراسة أن هذا المنهج من التدخل العلاجي النفسي يُعتبر مفيدا جدا للمرضى، بالإضافة إلى أنه قليل التكلفة.

3-5 العلاج في مرحلة إعادة التأهيل (الوقاية الثانوية):

استخدمت أنواع متعددة من التدخلات العلاجية النفسية في هذه المرحلة مع مرضى القلب، و أن المناسب فيها هو عينة علاجية تدعيمية نفسية، و تدريب معرفي سلوكي على المهارات، و تحتوي هذه العينة العلاجية أو التشكيلية العلاجية على مجموعة من الأمور المتعلقة بأمراض القلب أبرزها معلومات حول:

- الجلطة القلبية.
- التغذية.
- ممارسة العمل.
- نمط الحياة الصحي.
- الاستثارة النفسية.
- الأفكار و المشاعر و التصرفات المصاحبة لها.
- و يمتد التدخل العلاجي ليشمل استخدام مايلي:
- العائد البيولوجي.
- الاسترخاء.
- تدبر الغضب.
- التدريب على التوكيدية (أديب محمد الخالدي، 2006 ، ص ص 471-472).

الفصل الخامس: قصور الشريان التاجي

وهناك الكثير من الدراسات الجديرة بالذكر للتدخل النفسي في هذه المرحلة، و تعتمد أغلب برامج التدريب على الاسترخاء، و يتضمن بعضها أيضا تدريبات أخرى، وقد وصف أورنيش و زملاؤه (Ornish and al ;1990) واحدة من أكثر الحزم العلاجية شمولا، وهو البرنامج الوحيد الذي أستخدم مع مرضى القلب و يركز على الجمع بين التغييرات الغذائية و تدريبات على تدبر الضغوط، و تغيير نمط الحياة، بما في ذلك التدريب التدريجي على ممارسة الرياضة، و لم تُظهر نتائج هذه الدراسة انخفاضا ملحوظا في الذبحة الصدرية مع تحمل زيادة التمارين الرياضية فقط، بل تعدى إلى حدوث انعكاس « Reverse the atherosclerosis » في تصلب الشرايين و كانت الدلائل التي أوضحها تصوير شرايين القلب مقنعة للغاية، و لم يقدم الباحثون أية ادعاءات حول أي مكونات الحزمة العلاجية هي التي أثرت في هذا الانعكاس، و من الواضح أن هذا يبدو مجالا مستقبليا لعمل الأخصائيين النفسيين مع هذه المجموعة المَهْملة من العَملاء (صفوت فرج، 2000، ص 669).

خلاصة الفصل:

نستشف مما سبق أن هناك زملة من العوامل تتفاعل فيما بينها تفاعلا معقدا يَعْجل بظهور مرض قصور الشريان التاجي، كما تلعب عوامل أسلوب الحياة دورها من خلال : نظام التغذية، وزن الشخص و التدخين، و تناول الخمور، و الوظائف الفيزيولوجية المتصلة بتناول الدهون و تجلط الدم، و الأنماط السلوكية الظاهرة لدى الرجال و النساء كلها أمور ذات صلة وثيقة، و العلامات الهامة ذات الدلالة بالنسبة للمختص النفسي هي تلك العلامات المتصلة بأنماط الشخصية، و ذلك للمزاوجة بين المتغير السيكولوجي و الطبي في طريقة مفيدة تسمح بالتنبؤ و الوقاية من المرض.

إن إجراء التدخل النفسي في أي مرحلة من مراحل الإصابة بالمرض (قبل التشخيص أو خلال مرحلة إعادة التأهيل) تفيد المريض و تهيؤه أكثر لفرص الشفاء، و تعد أساليب العلاج السلوكي المعرفي و خاصة التي تقوم على المهارات أكثر فاعلية في العلاج، كما أن العلاج النفسي التدعيمي يكون ذو فائدة كبيرة أيضا، إضافة إلى أن التدخلات العلاجية التي تتضمن أكثر من نوع تكون أكثر فائدة من استخدام نمط علاجي واحد.

الجانب الميداني:

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية.

تمهيد.

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية.

1. أهداف الدراسة الإستطلاعية.

2. حدود الدراسة استطلاعية.

3. أدوات الدراسة الاستطلاعية.

4. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس.

ثالثاً: الدراسة الأساسية.

1. حدود الدراسة الأساسية.

2. أدوات الدراسة الأساسية.

3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

خلاصة.

تمهيد:

لا تخل أي دراسة ميدانية من جانب نظري، و الذي يعتبر كأساس قاعدي لها، يكمله الجانب التطبيقي، الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي، حيث يَمكّن الباحث من استثمار معلوماته النظرية كما أنه يوسع مجال دراسته، و إذا كان الجانب النظري هو بمثابة المنبع الأساسي لمعرفة الوقائع الخاصة بمتغيرات دراستنا، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، و هذا من خلال تحويل نتائجها من كيفية إلى إحصاءات كمية أو أرقام حسابية.

إن هذا الفصل يهدف إلى حل الإشكالية المطروحة، و الإجابة على الأسئلة المصاغة، و التأكد من فرضيات دراستنا على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي بالمركز الإستشفائي الجامعي -قسم أمراض القلب- و ذلك بإتباع خطوات منهجية مبينين فيها المنهج المستخدم في الدراسة، الدراسة الإستطلاعية من حيث أهدافها، و كذا الأدوات المعتمدة، والخصائص السيكومترية لأدوات القياس، و الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

أولاً: منهج الدراسة:

إن أساس البحث العلمي الدقيق هو العمل المنهجي أي العمل الخاضع لمنهج قائم بذاته ذو أبعاد واضحة و ذو طابع علمي و موضوعي، و المنهج هو مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أسباب الإشكالية لأجل تشخيصها و اقتراح علاج لها، و يتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته و الهدف منه (فيصل عباس، 1983، ص14)، و بما أن موضوع دراستنا هو: " الكفاءة الذاتية و علاقتها بالتزام العلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي " فإن المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يعرف على أنه:

" دراسة الوضع الراهن للبشر و الأشياء و الأحداث، و ذلك دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة، فهو أحد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم لوصف ظاهرة أو مشكلة محددة و تصويرها كمياً عن طريق جمع بيانات و معلومات مقننة عنها و تصنيفها و تحليلها و اخضاعها للدراسة الدقيقة" (سامي محمد ملحم، 2006 ص370)

و يهدف هذا المنهج إلى استكشاف حجم و نوع العلاقات بين البيانات، أي إلى مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق تغيرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر، و قد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطاً تاماً أو ارتباطاً جزئياً موجباً أو سالباً، أو يرجع إلى الصدفة... إلخ، و هكذا تفيد الطرق الإحصائية لحساب معاملات الارتباط (Correlation Coefficients) و دلالتها (Significance) في هذا المجال فائدة كبيرة، و تخدم الدراسات الإرتباطية عدداً من الأغراض و خاصة في دراسات التنبؤ (عبد الفتاح محمد دويدار، 2000 ، ص 179).

ثانياً: الدراسة الاستطلاعية:

تمت بالمركز الإستشفائي الجامعي -قسم أمراض القلب- إذ تم الإطلاع على الحالات الموجودة في المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرفنا على المرضى، و عرفناهم على دورنا، و الهدف من العمل معهم، و من ثم تم اختيار الحالات.

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

و قد هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق مايلي:

1.1 التعرف على صعوبات الميدان، و الاستعداد للقيام بالدراسة الأساسية.

2.1 التأكد من وضوح التعليمات الخاصة بأدوات الدراسة و دقتها.

3.1 تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية.

4.1 تصميم استبيان الإلتزام بالعلاج.

5.1 تطبيق مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

6.1 حساب الكفاءة القياسية لأدوات القياس.

2. حدود الدراسة الاستطلاعية:

1.2 الحدود المكانية:

تحدد إجراء الدراسة الميدانية بالمركز الإستشفائي-باتنة و قسنطينة و بسكرة- قسم أمراض القلب، و بعض العيادات الخارجية الخاصة بأمراض القلب و الشرايين.

2.2 الحدود الزمنية:

لقد امتدت دراسة بحثنا رسمياً في الفترة الممتدة من 2014/2013 ، حيث أول شيء قمنا به هو التوجه إلى الميدان و القيام بالدراسة الاستطلاعية و التي من خلالها حددنا موضوع بحثنا بالضبط، ووضعنا الفرضيات بناء على ملاحظنا في أرض الواقع، ثم قمنا بجمع المعلومات الطبية و النفسية حول الموضوع، و تحديد العينة، و تطبيق المقاييس للتأكد من الفرضيات لنهي العمل بمجموعة من الاقتراحات.

3.2 الحدود البشرية:

1.3.2 عينة البحث:

تم اختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في مرضى قصور الشريان التاجي، و البالغ عددهم 115 مريضاً، و قد تم اختيارهم بطريقة قصدية بمساعدة رئيس مصلحة أمراض القلب، و بعض المرضى.

3. أدوات الدراسة الإستطلاعية:

قد يستخدم الباحث أكثر من طريقة أو أداة لجمع المعلومات حول مشكلة الدراسة أو للإجابة عن أسئلتها أو لفحص فرضياتها، و يجب على الباحث أن يقرر مسبقا الطريقة المناسبة لبحثه أو دراسته، و أن يكون ملما بالأدوات و الأساليب المختلفة لجمع المعلومات لأغراض البحث العلمي، و في دراستنا هذه اعتمدنا على:

1.3 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة: لـ "Schwarzer & Jerusalem"

1.1.3 التعريف بالمقياس:

عمل سفارتسر منذ عام 1981 في جامعة برلين الحرة في ألمانيا على تطوير أداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية تتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف، على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط، و قد اشتملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة و النزوعية "Dispositional"، و يشير سفارتسر وجيروزيليم (Schwarzer & Jerusalem) سنة 1989 إلى أن سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات إمكانات الضبط الذاتي أو توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية، و مواقف الإنجاز، بتعبير آخر 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 عام 1981 على 20 بندا تم تخفيضها في عام 1986 إلى 10 بنود فقط و سمي "توقعات الكفاءة الذاتية العامة"، و على الرغم من أن صيغة البنود العشرة تعتبر اقتصادية، إلا أنه أفقد المقياس جزءا من ثباته و موثوقيته كما يرى معدا المقياس، و قد ترجمت هذه الصيغة المختصرة إلى أكثر من 15 لغة كالإنجليزية، الفرنسية و الهنجرية و التركية و التشيكية و السلوفاكية و العبرية و الصينية و اليابانية و الكورية، و موثوقيتها عالية.

و ينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتسم بصفات العمومية و التفسير و التنبؤ بأنماط السلوك و الخبرة الممكنة مثل سلوك التعلم و الإنجاز المدرسي و سلوك العمل و الإنجاز المهني و السلوك الصحي، و اللياقة البدنية و الصحة النفسية.

2.1.3 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان:

قام الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري المقياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها و اختبارها على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها المقياس عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، و تُرجمت الصيغة الإنجليزية من المقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الإنجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، و استيضاح مدى دقة الترجمة و استيفائها للمعنى، حيث تم بنتيجة ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات، بعد

ذلك عَرَضَ المقياس على مجموعة من المتخصصين، و غير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة و فهم المعنى، و إمكانية التطبيق، و لم تجر نتيجة ذلك تعديلات جوهرية تُذكر حيث أُجمعت الآراء على صلاحية المقياس (صدق المحتوى).

و يقترح مؤلفا المقياس عدم الترجمة الحرفية لبنود المقياس إلى البيئات الأخرى، وإلى عدم الاقتصار على المعنى السطحي له، و إنما أخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار، و إعطاء المعنى الجوهرى متناسب مع كل ثقافة على حدى.

3.1.3 وصف المقياس:

يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود، يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من " لا- نادرا - غالبا - دائما " و يتراوح المجموع العام للدرجات بين 10 و 40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

جدول (2): البدائل الخاصة بمقياس الكفاءة الذاتية

الدرجة	البدائل
1	لا
2	نادرا
3	غالبا
4	دائما

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع في توقعات الكفاءة الذاتية العامة، و تتراوح مدة التطبيق بين 3-7 دقائق و يمكن إجراء التطبيق بصورة فردية أو جماعية.

2.3 مقياس الإلتزام بالعلاج:

لقد تم تصميم هذا المقياس من قبل الطالبة و ذلك بهدف قياس مدى الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و تعود مبررات إعداده إلى قلة الاختبارات التي تقيس درجة الإلتزام في الجوانب المراد دراستها لدى مرضى قصور الشريان التاجي، في حدود اطلاع الطالبة.

1.2.3 خطوات إعداد المقياس:

مر إعداد المقياس بعدد من الخطوات و هي:

❖ الإطلاع على الأدبيات و التراث السيكلوجي المبينة في قائمة المراجع التي تناولت موضوع الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي لتحديد المفهوم الدقيق له و مؤشرات، و كذا مراجعة ما توصلت إليه الدراسات السابقة سواء كانت عربية أو أجنبية.

❖ الاتصال ببعض الأطباء لتحديد أهم أنماط الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

- ❖ الإلتصال بالمرضى لتحديد التوصيات الطبية المطلوب الإلتزام بها.
- و اعتمادا على هذه الخطوات تم صياغة 31 بندا مقسمين إلى خمس محاور أساسية:
- المحور الأول:** خاص بتناول الأدوية.
- المحور الثاني:** خاص بالإلتصال الفعال مع الطبيب.
- المحور الثالث:** خاص بالتغذية.
- المحور الرابع:** خاص بعامل التدخين.
- ❖ **الاستعانة بالمحكمين:**

بعد الخطوات السالفة الذكر تم عرض الإستبيان على مجموعة من الأطباء المختصين و أساتذة من قسم علم النفس و عددهم 6 (مدرجين في قائمة الملاحق)، و ذلك لتحديد مايلي:

➤ هل البنود تقيس ما وضعت لأجله.

➤ اقتراح بنود جديدة و حذف بنود معينة.

➤ اقتراح تعديل في صياغة البنود.

و اعتمادا على هذه الخطوة تم حذف الأسئلة التي لم يوافق عليها المحكمين و إجراء تعديلات في صياغة بعض البنود، و بناءا عليه تم إجراء التعديلات التالية:

جدول (3): التعديلات المقترحة من قبل المحكمين لإستبيان الإلتزام بالعلاج

البنود	التعديلات المقترحة	سبب التعديل
أتجنب تناول الأطعمة الغنية بالكولسترول	أتجنب تناول الأطعمة الغنية بالدسم	تجنبنا لإحتمالية عدم فهم كلمة "كولسترول".
أتناول أدوية غير موصوفة من طرف الطبيب	حذف	و ذلك أن الأدوية الخاصة بمرض القلب لا تسلم بدون وصفة.
المحور الخاص بالإلتزام بممارسة النشاطات الرياضية	حذف	كون أن مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة يحتوي على

هذا المحور.		
العلاج بالأعشاب الطبية أفضل من الأدوية	حذف	لأن الأعشاب الطبية لا تعتبر كمؤشر للإلتزام أو عدمه.
أدخن عندما أكون قلقا	حذف	المهم هو سلوك التدخين، و لا يهم أسبابه، و ظروفه.
أدخن بين الوجبات الغذائية		

بناء على ما سبق تمت صياغة المقياس في صورته النهائية، ليصل مجموع عباراته النهائية إلى 27 بندا مقسمين إلى أربع محاور أساسية كما يلي:

جدول (4): محاور و مؤشرات استبيان الإلتزام بالعلاج.

المحور	مؤشراته
تناول الأدوية	و يعبر عنه بالعبارات 1-2-4-6-7-10-11-12-19-20-21-26.
الإلتصال الفعال مع الطبيب	يعبر عنه بالعبارات 8-13-16-18-23-25.
بالتنغذية	تمثله العبارات 3-5-9-15-17-22-27.
التدخين	24-14.

مع الإشارة إلى أن البنود: 1-2-3-5-8-9-11-12-13-14-16-17-18-20-21-22-23-25-26-27 كانت طريقة طرحها ايجابية، في حين أن البنود: 4-6-7-10-15-19-24 كانت طريقة طرحها عكسية أي سلبية.

❖ ترتيب الأسئلة بطريقة عشوائية:

بعد وضع البنود في صيغتها النهائية، قامت الطالبة بترتيبها بطريقة عشوائية حتى لا يتبين للمبحوث البعد الذي تقيسه كل عبارة.

❖ وضع تعليمة المقياس:

تم وضع تعليمة المقياس متضمنة الغرض منه و طريقة الإجابة عليه كالآتي:
هذا الإستبيان يتمثل في مجموعة من العبارات المتعلقة ببعض الأنماط السلوكية التي تبنيها أثناء تلقينك للعلاج، نطلب منك قراءتها و تحديد درجة التزامك بالعلاج، و ذلك بوضع علامة (x) داخل الخانة التي تناسب سلوكك، و لا تترك عبارة بدون إجابة و أن تجيب بكل صراحة و صدق.

❖ تصحيح المقياس:

تم تصحيح المقياس وفقا للأوزان التالية:

جدول (5): البدائل الخاصة بمقياس الإلتزام بالعلاج

الدرجة	البدائل
0	لا
1	نادرا
2	غالبا
3	دائما

حيث أنه كلما ارتفع أو انخفض مجموع الدرجات المتحصل عليها في كل بعد من أبعاد المقياس دل على ارتفاع أو انخفاض مستوى الإلتزام بالعلاج لدى المرضى.

3.3 مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة " Sf-36 ":

1.3.3 التعريف بالمقياس:

مقياس النموذج المختصر "36" للمسح الصحي (Short Form-36 Health Survey) هو مقياس عالمي مصادق عليه من طرف منظمة الصحة العالمية، أستخدم على نطاق واسع في عدة دول و بلغات مختلفة مثل: الإنجليزية، الألمانية، الفرنسية، الإسبانية، الفنلندية، الدنماركية، البرتغالية، البولندية و الروسية، و تسمح هذه الأداة بالمقارنات الدولية.

أستعمل " Sf-36 " على نطاق واسع لذوي الأمراض القلبية بالإشتراك مع المعلومات الإكلينيكية ل " التنبؤ بالوفيات الناتجة عن عملية جراحية للقلب، في حالات الإستشفاء الغير متوقع لذوي الأمراض المزمنة، الأفراد ذوي الثمانينيات من العمر... إلخ"، و هو مناسب لمختلف الجداول الإكلينيكية للمرض، و لمختلف الفئات العمرية، و يستخدم في مختلف المناهج، و من المزايا الرئيسية لـ " Sf-36 " أنه يعطي نتائج تغطي مختلف الجوانب البدنية و النفسية للمريض و يفرق بينها. (Geraldine A L , 2010 , p3)

يتم ملء المقياس من طرف المريض نفسه، يحتوي على 36 سؤال، تكشف عن 8 مجالات رئيسية أثناء الأربعة الأسابيع الأخيرة، و هي:

جدول (6): محاور و مؤشرات مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة

(Pascal A ; Teodora, I, 2004, p 20)

المحور	مؤشراته
الوظائف البدنية	و تمثله البنود 3-4-5-6-7-8-9-10-11-12.
القيود المرتبطة بالصحة البدنية	و تمثله البنود 13-14-15-16.
الألم الجسدي	و تمثله البنود 21-22.
الأداء الإجتماعي	و تمثله البنود 20-32.
محور الصحة النفسية	30-28-26-25-24.
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	19-18-17.
الطاقة	31-29-27-23.
الصحة المدركة	36-35-34-33-2-1.

مع الإشارة أن العبارات التالية: 26-29-30-31-32-33-35 كانت طريقة تصحيحها عكسية.

2.3.3 خطوات ترجمة المقياس:

تمت ترجمة الأداة إلى اللغة العربية باتباع الخطوات التالية:

الخطوة الأولى: تمت ترجمة المقياس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية.

الخطوة الثانية: عرض النسخة المترجمة إلى العربية على أستاذة مختصة في اللغة الإنجليزية، و

أستاذ متقن للغة الإنجليزية، مختص في علم النفس العصبي (أ.د بلوم محمد) بجامعة محمد خيضر بسكرة لترجمتها عكسياً أي من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية.

الخطوة الثالثة: المقارنة بين النسختين، و إعادة النظر في العبارات المشبوهة (صدق الترجمة

بالطريقة المعيارية).

الخطوة الرابعة: عرض المقياس على أخصائيين في علم النفس من جامعة باتنة و جامعة بسكرة

"الملحق 4"، قصد إبداء رأيهم لمدى ملاءمة المقياس و صلاحيته، خاصة أن مفهوم جودة الحياة يخضع لمعايير ثقافية و اجتماعية، و عليه تم إجراء تعديل في صيغ بعض العبارات، و تم حذف الإيضاحات المتعلقة بالعبارة رقم "4"، و المتمثلة أساساً في: " دفع المكثسة الكهربائية، و لعبة الكرة الحديدية"، لكون أن هذه النشاطات غير مستهلكة بكثرة في بيئتنا المحلية.

الخطوة الخامسة: تطبيق المقياس على العينة الأستطلاعية للتأكد من وضوح التعليمات و العبارات

قصد حساب الخصائص السيكومترية للأداة.

2.3.3 تصحيح المقياس:

إن كل محور من محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة له بدائل خاصة به، و عليه فقد تم تصحيح الإستبيان وفقا للأوزان التالية:

جدول (7): البدائل الخاصة بمحور الوظائف البدنية و كيفية تنقيطها.

البدائل			المحور
لا غير محددة تماما	نعم محددة قليلا	نعم محددة جدا	الوظائف البدنية
3	2	1	الدرجة

جدول (8): البدائل الخاصة بمحور القيود المرتبطة بالصحة البدنية و كيفية تنقيطها.

البدائل		المحور
لا	نعم	القيود المرتبطة بالصحة البدنية
2	1	الدرجة

جدول (9): البدائل الخاصة بمحور الأم الجسدي و كيفية تنقيطها.

البدائل					المحور
كثيرا جدا	كثيرا	متوسط	قليلا	قليلا جدا	أبدا
1	2	3	4	5	6
					الأم الجسدي
					الدرجة

جدول (10): البدائل الخاصة بمحور الأداء الإجتماعي و كيفية تنقيطها.

البدائل					المحور
كثيرا جدا	كثيرا	متوسط	قليلا	أبدا	الأداء الإجتماعي
1	2	3	4	5	الدرجة

جدول (11): البدائل الخاصة بمحور الصحة النفسية و كيفية تنقيطها.

البدائل					المحور
أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما	الصحة النفسية
5	4	3	2	1	الدرجة

جدول (12): البدائل الخاصة بمحور الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية و كيفية تنقيطها.

المحور	البدائل	ل
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	نعم	لا
الدرجة	1	2

جدول (13): البدائل الخاصة بمحور الطاقة و كيفية تنقيطها.

المحور	البدائل	ل
الطاقة	دائماً	غالباً
	أحيانا	نادرا
	أبدا	
الدرجة	5	4
	3	2
	1	

جدول (14): البدائل الخاصة بمحور الصحة المدركة العامة و كيفية تنقيطها.

المحور	البدائل	ل
الصحة المدركة	ممتازة	جيدة جدا
	صحيح جدا	صحيح نوعا ما
	لا أدري	خطأ نوعا ما
	خطأ جدا	ضعيفة
الدرجة	5	4
	3	2
	1	

4. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

جرى اختيار التحليلات الإحصائية طبقا لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل

الإحصائي بمساعدة برنامج (SPSS).

1.4 مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة:

1.1.4 ثبات المقياس Reliability:

و نعني به الحصول على نفس النتائج أو مقارنة لها عند إعادة تطبيق المقياس بشرط أن تتوفر نفس الظروف و نفس الإجراءات التي روعيت في التطبيق الأول، و الإختبار الثابت هو الإختبار الموثوق فيه و المعتمد عليه.

❖ في النسخة الألمانية:

يتراوح معامل الارتباط ألفا ($0.93 > \text{Alpha} = 0.74$) في قياس الثبات، أي أن موثوقيته عالية.

❖ في النسخة العربية:

لبيان مدى ثبات المقياس تم تطبيقه في فترتين مختلفتين من طرف الباحث سامر جميل رضوان، يفصل بينهما 6 أسابيع على عينة مكونة من 37 مفحوص بواقع 20 أنثى و 17 ذكراً، و أسفر حساب معامل الارتباط بين درجة التطبيقين عن معامل ثبات مقداره 0.71، أما معامل الارتباط العام : (Alpha = 0.85).

❖ في البيئة المحلية: تم حساب الثبات بطريقتين:

- معامل ألفا كرونباخ:

جدول (15): حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية.

قيمة المعامل	الإستبيان
0.90	معامل ألفا كرونباخ

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت 0.90 و هي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

- طريقة التجزئة النصفية:

و التي تقوم على تجزئة الاختبار إلى نصفين متكافئتين (فقرات فردية وزوجية)، و ذلك بعد تطبيقها على نفس العينة، حيث نتحصل على مجموعتين من الدرجات، مجموعة تخص النصف الفردي من الاختبار، و مجموعة تخص النصف الزوجي من الاختبار، و بعدها تم حساب معامل الارتباط بين الفقرات الفردية و الزوجية بمعامل الارتباط بيرسون، و الذي يمثل معامل ثبات نصف الاختبار.

جدول (16): حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة الذاتية

قيمة المعامل	الإستبيان
0.88	التجزئة النصفية

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط وصل إلى 0.88 و هي قيمة دالة على ثبات المقياس.

2.1.4 صدق المقياس:

الصدق هو أهم خاصية من خاصيات القياس، و يشير مفهوم الصدق إلى الإستدلالات الخاصة التي نخرج بها من درجات المقياس من حيث مناسبتها و معناها و فائدتها، و تحقيق صدق القياس معناه تجميع الأدلة التي تؤيد مثل هذه الإستدلالات، و لذلك يعتبر الإختبار صادقاً إذا كان يقيس ما وضع لقياسه.

❖ في البيئة الألمانية:

يترباط السلم مع متغيرات عديدة ترابطات إيجابية وسلبية، فمعامل الترابط مع الانبساط (0.49) والانطواء (-0.64) والعصابية (-0.42)، والأمل بالنجاح (0.46) والخوف من الفشل (-0.54)، ومع مشاعر القيمة الذاتية (0.52) والقلق العام (-0.54) ومع قلق الإنجاز (-0.42)، ومع الخجل (-0.58) والفضول (0.44)، وقناعات الضبط الداخلية (0.40).

❖ في البيئة العربية:

- صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق من طرف الباحث سامر جميل رضوان عن طريق صدق الاتساق الداخلي، و هي نفس الطريقة التي استخدمتها الطالبة، فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كما يلي على الترتيب:

جدول (17): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية.

البند	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية في البيئة العربية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية في البيئة المحلية	الدلالة
1.	0.83	0.64	0.01
2.	0.83	0.73	0.01
3.	0.83	0.68	0.01
4.	0.83	0.74	0.01
5.	0.82	0.79	0.01
6.	0.84	0.69	0.01
7.	0.82	0.81	0.01
8.	0.82	0.73	0.01
9.	0.82	0.78	0.01
10.	0.82	0.70	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لفقرات مقياس الكفاءة الذاتية كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.64 و 0.81)، مما يدل على أن المقياس يتسم بصدق مقبول.

- الصدق التمييزي (أسلوب المقارنات الطرفية):

الصدق التمييزي يقوم على أحد مفاهيم الصدق، و نعني به قدرة الإستبيان على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها، و تعتمد هذه الطريقة على ترتيب الدرجات التي تحصل عليها المفحوصين تنازليا أو تصاعديا في توزيع، ثم إجراء عملية مقارنة متوسطات الدرجات بين الطرفين للتأكد من القدرة التمييزية لبنود السلم بين الفئة العليا (27 %) الذين لديهم درجات مرتفعة، و الفئة الدنيا (27 %) الذين لديهم درجات منخفضة ممن أجابوا عن بنود السلم، و يبين الجدول (18) نتائج اختبار "ت" لتقييم الفروق بين الفئتين.

الجدول (18): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الكفاءة الذاتية

الكفاءة الذاتية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	36.93	1.79	0.46	16,16	,000
العينة الدنيا (15)	14.86	3.56	0.91		

يتبين من الجدول أن قيمة "ت" بلغت 16,16، و هي دالة إحصائيا عند مستوى أقل من 0.01 مما يعني أن المقياس يتوفر على القدرة التمييزية بين العينتين المتطرفتين للكفاءة الذاتية.

2.4 مقياس الإلتزام بالعلاج:

1.2.4 الثبات:

قامت الطالبة بحساب الثبات بطريقتين، و هما:

- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول (19): معامل ألفا كرونباخ لمقياس الإلتزام بالعلاج.

معامل ألفا كرونباخ	محاور المقياس
0.83	محور الإلتزام بتناول الأدوية
0.79	محور الإتصال الفعال مع الطبيب
0.71	محور التغذية
0.52	محور التدخين

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرونباخ بلغت 0.83 بالنسبة لمحور تناول الأدوية، و 0.79 بالنسبة لمحور الإتصال الفعال مع الطبيب، و 0.71 لمحور التغذية و 0.52 فيما يخص محور التدخين، و هي درجات مقبولة تعكس ثبات المقياس.

- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية (بعد تصحيح الطول بمعادلة براون سبيرمان):
جدول (20): يوضح حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان الإلتزام بالعلاج.

معايير المقياس	قيمة المعامل
محور الإلتزام بتناول الأدوية	0.81
محور الإتصال الفعال مع الطبيب	0.80
محور التغذية	0.71

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الإرتباط بلغ 0.81 بالنسبة لمحور تناول الأدوية، و 0.80 بالنسبة لمحور الإتصال الفعال مع الطبيب، و 0.71 لمحور التغذية، و هي درجات مقبولة تعكس ثبات المقياس.

2.2.4 الصدق:

- صدق المحكمين (الصدق الظاهري):

إذ تم عرض المقياس على عدد من المحكمين في مجال علم النفس (أساتذة قسم علم النفس) و أطباء من المركز الإستشفائي الجامعي، و ذلك لإبداء الرأي و الحكم على مدى صدق مضمون العبارات و مدى فعالية ما وضع لقياسه، ثم قامت الطالبة بتفريغ الآراء و مراعاة الملاحظات الخاصة ببند كل بعد، وهكذا تم اعتبار نسبة اتفاق المحكمين على بنود المقياس معياراً للصدق، وقد اعتمدت الطالبة على معادلة لوشي الخاصة بصدق المحتوى أو الصدق المنطقي و هي كالتالي:

$$ص.م = \frac{ن - ن/2}{2/ن}$$

حيث أن:

ن و : عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

ن : العدد الإجمالي للمحكمين.

و عند تطبيق معادلة لوشي لصدق المحكمين تبين أن بنود الإستبيان صادقة حيث أن :

ص.م < 0.05 ، مما يؤكد بأن البنود الموضوعة صادقة في قياسها.

- صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق بطريقة ثانية عن طريق صدق الاتساق الداخلي لمحاور المقياس، فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كما يلي على الترتيب:

جدول (21): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور تناول الأدوية.

الدلالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	محور تناول الأدوية
0.01	0.65**	.1
0.01	0.79**	.2
0.01	0.66**	.3
0.01	0.45**	.4
0.01	0.65**	.5
0.01	0.42**	.6
0.01	0.77**	.7
0.01	0.47**	.8
0.01	0.60**	.9
0.01	0.59**	.10
0.01	0.72**	.11
0.01	0.56**	.12

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لفقرات محور تناول الأدوية كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت بين (0.42 و 0.79)، مما يشير إلى أن المحور يتسم بصدق مقبول.

جدول (22): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الإتصال الفعال مع الطبيب.

الدلالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	محور الإتصال الفعال مع الطبيب
0.01	0.43**	.1
0.01	0.78**	.2

0.01	0.75**	.3
0.01	0.67**	.4
0.01	0.76**	.5
0.01	0.79**	.6

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لفقرات محور تناول الأدوية كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت بين (0.43 و 0.79)، مما يشير إلى أن المحور يتسم بصدق مقبول.

جدول (23): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور التغذية.

الدالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	محور التغذية
0.01	0.63**	.1
0.01	0.69**	.2
0.01	0.52**	.3
0.01	0.41**	.4
0.01	0.63**	.5
0.01	0.63**	.6
0.01	0.70**	.7

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لفقرات محور الإتصال الفعال مع الطبيب كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت بين (0.41 و 0.70)، مما يشير إلى أن المحور يتسم بصدق مقبول.

جدول (24): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور التدخين.

الدالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	محور التدخين
0.01	0.87**	.1
0.01	0.76**	.2

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط لفقرات محور التدخين كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت بين (0.76 و 0.87)، مما يشير إلى أن المحور يتسم بصدق مقبول.

- الصدق التمييزي (أسلوب المقارنات الطرفية) لمقياس الإلتزام بالعلاج:

الجدول (25): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الإلتزام بتناول الدواء.

الإلتزام بتناول الدواء	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (14)	36.00	4,51	0,00	11.36	,000
العينة الدنيا (14)	13.71	0,00	1,20		

يتضح من خلال الجدول أن محور الإلتزام بتناول الأدوية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 11.36 عند مستوى الدلالة أقل من 0.01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (26): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الإتصال مع الطبيب

الإتصال الفعال مع الطبيب	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (14)	18,00	2,50	0,00	9,82	0,00
العينة الدنيا (14)	6,57	0,00	0,66		

يتضح من خلال الجدول أن محور الإلتزام بتناول الأدوية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 9,82 عند مستوى الدلالة أقل من 0.01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (27): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور التغذية.

التغذية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (14)	20,21	0,89	0,23	10,99	0,00
العينة الدنيا (14)	5,92	2,01	0,53		

يتضح من خلال الجدول أن محور التغذية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 10,99 عند مستوى الدلالة أقل من 0.01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (28): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور التدخين.

التدخين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	6,00	0,00	0,00	4,21	0,001
العينة الدنيا (15)	1,53	1,40	0,36		

يتضح من خلال الجدول أن محور التدخين يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 4.21 عند مستوى الدلالة أقل من 0.01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

3.4 مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة " Sf-36 ":

1.3.4 الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين، هما:

- حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

جدول (29): معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

المحاور	معامل ألفا كرونباخ
الوظائف البدنية	0.86
القيود المرتبطة بالصحة البدنية	0.80
الألم الجسدي	0.73
الأداء الاجتماعي	0.70
حور الصحة النفسية	0.76
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	0.70
الطاقة	0.65
الصحة المدركة	0.75

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل ألفا كرونباخ تراوحت ما بين (0.65 و 0.86) مما يعكس أن المقياس يتمتع بثبات مقبول.

- حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية (بعد تصحيح الطول بمعادلة براون سبيرمان):

جدول (30): يوضح حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية لمقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

معايير الإستبيان	قيمة المعامل
الوظائف البدنية	0.78
القيود المرتبطة بالصحة البدنية	0.77
الألم الجسدي	0.74
محور الصحة النفسية	0.77
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	0.64
الطاقة	0.56
الصحة المدركة	0.75

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة معامل الارتباط تراوحت بين (0.56 و 0.78)، و هي درجات مقبولة تعكس ثبات المقياس.

2.3.4 الصدق:

- صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب الصدق عن طريق صدق الاتساق الداخلي لمعايير المقياس، فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كما يلي على الترتيب:

جدول (31): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الوظائف البدنية.

الوظائف البدنية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	الدلالة
.1	0.56**	0.01
.2	0.70**	0.01
.3	0.68**	0.01
.4	0.75**	0.01
.5	0.72**	0.01
.7	0.55**	0.01
.8	0.76**	0.01

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

0.01	0.72**	.9
0.01	0.70**	.10
0.01	0.51**	.11

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.51 و 0.76)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (32): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور القيود المرتبطة بالصحة البدنية.

الدلالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	القيود المرتبطة بالصحة البدنية
0.01	0.87**	.1
0.01	0.71**	.2
0.01	0.47**	.3
0.01	0.83**	.4

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 ، إذ تراوحت ما بين (0.47 و 0.87)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (33): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الألم الجسدي.

الدلالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية	ألم الجسدي
0.01	0.88**	.1
0.01	0.90**	.2

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.88 و 0.90)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (34): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الأداء الإجتماعي.

الدلالة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	الأداء الإجتماعي
0.01	0.87**	.1
0.01	0.88**	.2

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.87 و 0.88)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (35): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الصحة النفسية.

الصحة النفسية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	الدلالة
.1	0.64**	0.01
.2	0.74**	0.01
.3	0.72**	0.01
.4	0.74**	0.01
.5	0.74**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.64 و 0.74)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (36): معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية.

الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	الدلالة
.1	0.78**	0.01
.2	0.82**	0.01
.3	0.83**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.78 و 0.83)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (37): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الطاقة.

الطاقة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية.	الدلالة
.1	0.68**	0.01
.2	0.76**	0.01
.3	0.72**	0.01
.4	0.74**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.68 و 0.76)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

جدول (38): يوضح معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية لمحور الصحة المدركة.

الصحة المدركة	معامل ارتباط البند مع الدرجة الكلية	الدلالة
.1	0.54**	0.01
.2	0.46**	0.01
.3	0.59**	0.01
.4	0.76**	0.01
.5	0.76**	0.01
.6	0.84**	0.01

يتضح من خلال الجدول أن جميع معاملات الارتباط كانت دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، إذ تراوحت ما بين (0.46 و 0.84)، و هي درجات مقبولة تعكس صدق المحور.

- الصدق التمييزي (أسلوب المقارنات الطرفية):

الجدول (39): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور

الوظائف البدنية

الوظائف البدنية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	29,33	0,89	0,46	25,42	0,00
العينة الدنيا (15)	11,86	1,80	0,23		

يتضح من خلال الجدول أن محور الوظائف البدنية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 25,42 عند مستوى الدلالة أقل من 0.01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (40): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور القيود

المرتبطة بالصحة البدنية

القيود المرتبطة بالصحة البدنية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة

الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

0,00	61,00	0,06	0,25	4,06	العينة العليا (15)
		0,00	0,00	2,00	العينة الدنيا (15)

يتضح من خلال الجدول أن محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 61,00 عند مستوى الدلالة أقل من 0,01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (41): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الألم الجسدي

الألم الجسدي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	11,33	0,81	0,21	18,52	0,00
العينة الدنيا (15)	2,33	0,48	0,12		

يتضح من خلال الجدول أن محور الألم الجسدي يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 18,52 عند مستوى الدلالة أقل من 0,01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (42): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الأداء الاجتماعي

الأداء الاجتماعي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	10,00	0,00	0,00	19,00	0,00
العينة الدنيا (15)	2,53	0,51	0,13		

يتضح من خلال الجدول أن محور الأداء الاجتماعي يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 19 عند مستوى الدلالة أقل من 0,01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (43): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الصحة النفسية

الصحة النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	22,46	1,30	0,33	16,14	0,00
العينة الدنيا (15)	7,33	1,75	0,45		

يتضح من خلال الجدول أن محور الصحة النفسية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 16,14 عند مستوى الدلالة أقل من 0,01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (44): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية

الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	6,46	1,06	0,27	23,62	0,00
العينة الدنيا (15)	3,00	0,00	0,00		

يتضح من خلال الجدول أن محور الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 23,62 عند مستوى الدلالة أقل من 0,01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (45): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الطاقة

الطاقة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (14)	17,71	3,72	0,99	17,77	0,00
العينة الدنيا (14)	4,00	0,00	0,00		

يتضح من خلال الجدول أن محور الطاقة يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 17,77 عند مستوى الدلالة أقل من 0,01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

الجدول (46): نتائج اختبار "ت" للمقارنة الطرفية بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمحور الصحة المدركة

الصحة المدركة	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	خطأ المتوسط المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
العينة العليا (15)	25,00	2,23	0,57	20,26	0,00
العينة الدنيا (15)	8,26	1,57	0,40		

يتضح من خلال الجدول أن محور الصحة المدركة يتمتع بقدرة تمييزية جيدة حيث بلغت قيمة "ت" 20,26 عند مستوى الدلالة أقل من 0.01، مما يعني أن المحور يتمتع بصدق مقبول.

ثالثاً: الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الأساسية إلى حل الإشكالية المطروحة و الإجابة عليها من خلال الفرضيات المصاغة حول دراستنا على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي و ذلك بإتباع خطوات منهجية مبينين فيها عينة الدراسة و أدواتها والخصائص السيكومترية لأدوات القياس و كذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة و ذلك بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية متبعين الخطوات التالية:

- الاتصال بالإدارة لتحديد المرضى.
- الاتصال بالمرضى داخل القسم و طلب الإذن بإجراء التطبيق عليهم، و ذلك بعد الإطمئنان على صحتهم، و تعريفهم بدورنا، و التأكد من أن حالتهم الصحية تسمح بذلك.
- جمع البيانات الأولية لكل حالة.
- توزيع استمارات المقاييس التالية:
- مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة.
- استبيان الإلتزام بالعلاج.
- مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

1. حدود الدراسة الأساسية:

1.1 الحدود المكانية: المركز الإستشفائي الجامعي – باتنة و قسنطينة – قسم أمراض القلب، و قسم أمراض القلب بمستشفى ولاية بسكرة، و كذا العيادات الخارجية الخاصة بأمراض القلب و الأوعية الدموية بولاية باتنة.

2.1 الحدود الزمانية: امتدت الدراسة الأساسية من 2014- 2015.

3.1 الحدود البشرية:

1.3.1 عينة البحث:

لتحقيق أهداف البحث قامت الطالبة بتطبيق أدوات دراستها على عينة قوامها (129) فرداً، و ذلك للتعرف إن كانت هناك علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و (الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة) لدى هاته الفئة من المرضى، و قد تم اختيار العينة بطريقة قصدية ممن يعانون من مرض قصور الشريان التاجي، و ذلك اعتماداً على:

- ❖ ملفات المرضى.
- ❖ تشخيص الطبيب المعالج.
- ❖ عن طريق بعض المعارف و الأصدقاء.

2.3.1 خصائص العينة:

فيما يلي عرض لخصائص العينة، حسب العمر، الجنس، المستوى التعليمي، و كذلك مدة المرض.

جدول (47): خصائص العينة حسب العمر.

العمر	العدد	النسبة المئوية
أقل من 20 سنة	6	4.95 %
20-50	53	43.80 %
أكثر من 50	62	51.23 %
المجموع	121	100 %

يتضح لنا من خلال الجدول أن الشريحة العمرية الأقل من 20 سنة استحوذت على أقل نسبة بـ "4.95 %"، و هو ما يمثل 6 أفراد، في حين أن الفئة العمرية المحصورة بين 20 و 50 سنة مثلت "43.80%"، أي ما يعادل 53 فردا من مجموع 121، أما النسبة الأكبر فقد مثلتها الشريحة العمرية الأكثر من 50 سنة بنسبة "51.23 %"، أي ما يعادل 62 فردا من المجموع الكلي للعينة.

جدول (48): خصائص العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
إناث	67	52.71 %
ذكور	60	47.29 %
المجموع	127	100 %

يتضح لنا من خلال الجدول أن نسبة الإناث بلغت "52.71 %"، أي ما يمثل 67 فردا، في حين أن نسبة الذكور بلغت "47.29 %"، أي ما يمثل 60 فردا.

جدول (49): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	العدد	النسبة المئوية
أمي	32	26.44 %
ابتدائي	23	19.00 %
متوسط	21	17.35 %
ثانوي	21	17.35 %

جامعي	24	19.83 %
المجموع	121	100 %

فيما يخص خصائص العينة حسب المستوى التعليمي فقد بين الجدول المذكور أعلاه أن 32 فردا من العينة بدون مستوى، أي ما يعادل "26.44%"، في حين أن 23 فردا منهم، أي ما يعادل نسبة "19.00%" ذوي مستوى ابتدائي، و 21 منهم بلغوا الطور المتوسط بنسبة "17.35%"، في حين أن الطور الثانوي مثله 21 فردا، و ذلك ما يعادل "17.35%"، أما الجامعيين فقد بلغت نسبتهم "19.83%"، أي ما يمثل 24 فردا من المجموع الكلي للعينة، و هي العينة التي استحوذت على أكبر نسبة بعد فئة الأميين.

جدول (50): خصائص العينة حسب مدة المرض

مدة المرض	العدد	النسبة المئوية
أقل من عام	48	48.45 %
1-5 أعوام	40	40.44 %
أكثر من 10 أعوام	11	11.11 %
المجموع	99	100

يبين الجدول المذكور أعلاه أن 48 من أفراد العينة بلغت مدة إصابتهم أقل من عام، أي ما يعادل "48.45%"، و هي الفئة التي استحوذت على أكبر نسبة، في حين أن الأفراد الذين بلغت مدة إصابتهم من 1-5 أعوام، فقد بلغت نسبتهم "40.44%"، و ذلك ما يعادل 40 فردا، و ما نسبته "11.11%"، أي ما يعادل 11 مريضا، مثله العينة الذين يعانون من المرض لأكثر من عشر سنوات، و هي الفئة التي استحوذت على أدنى نسبة.

2. أدوات الدراسة:

لقد اعتمدت الطالبة على الأدوات التالية:

❖ مقياس الكفاءة الذاتية في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان.

❖ استبيان الإلتزام بالعلاج من تصميم الطالبة.

❖ مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

حيث تم تطبيق أدوات الدراسة أحيانا فرديا و أحيانا جماعيا حسب تواجد العينة، إذ قامت الطالبة ب:

❖ توزيع أدوات الدراسة.

❖ إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى.

❖ التأكد من أوراق الإجابة، و عزل الحالات التي لم تجب على كل الأسئلة.

❖ تصحيح استجابات المرضى.

3. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

جرى اختبار التحليلات الإحصائية طبقا لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل

الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية).

❖ معادلة بيرسون للارتباط.

❖ المتوسط الحسابي.

❖ النسب المئوية.

❖ الانحراف المعياري.

❖ خطأ الانحراف المعياري.

❖ معامل الإنحدار.

❖ معامل ألفا كرونباخ.

❖ معامل الاتساق الداخلي.

❖ تحليل التباين "F".

❖ اختبار " T " .

خلاصة:

من خلال هذا الفصل تم عرض المنهج المستخدم في الدراسة، و كذا تم التطرق إلى الدراسة الإستطلاعية، و التي كان الغرض منها التعرف على صعوبات الميدان و الإستعداد للقيام بالدراسة الأساسية من خلال إعداد أدوات القياس و حساب خصائصها السيكومترية، كما تضمن الفصل أيضا إجراءات الدراسة الأساسية، و خصائص العينة المراد دراستها، و أخيرا تم تحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة، و التي سوف يعتمد عليها في تحليل نتائج الدراسة الراهنة من خلال الفصل الموالي.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً: عرض النتائج.

ثانياً: تفسير و مناقشة النتائج.

ثالثاً: إسهامات الدراسة.

1. الإسهامات النظرية.

2. الإسهامات التطبيقية.

رابعاً: اقتراحات الدراسة.

خلاصة.

تمهيد:

إن هذا الفصل يهدف إلى عرض نتائج التحليل الإحصائي لمتغيرات البحث بما يتسق مع أسئلة البحث الأساسية و فروضه، و كذا مناقشة نتائج الدراسة من خلال مناقشة نتائج التحليلات الإحصائية، و التحقق من مدى تأييدها لفروض الدراسة، و الكشف عن حدود الإتفاق أو الإختلاف بين هذه النتائج، و نتائج الدراسات المعنية بمتغيرات الدراسة الراهنة، مع تقديم بعض التفسيرات على ضوء ما قدمه النموذج الحيوي النفسي الإجتماعي. كما يهدف أيضا إلى بيان حدود إسهام الدراسة الراهنة في مجال بحوث علم نفس الصحة، و ذلك من الناحيتين النظرية و العملية، و من ثمة التطرق إلى اقتراحات الدراسة و ما يمكن أن تثيره من مشكلات تحتاج إلى مزيد من البحث في المستقبل.

أولاً: عرض النتائج:

يمكن تلخيص نتائج الدراسة وفقا لترتيب فرضيات الدراسة فيما يلي:

1. دلالة المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لمستوى الكفاءة الذاتية.

للإجابة على هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية على مقياس الكفاءة الذاتية، فكانت كما يلي:

جدول (51): المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لمقياس الكفاءة الذاتية

المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري
27.32	6.65

يلاحظ من الجدول أن المتوسط الحسابي لإستجابات أفراد الدراسة بلغت (27.32) بانحراف معياري مقداره (6.65).

2. دلالة معامل الارتباط بين الكفاءة الذاتية و أنماط الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان

التاجي.:

جدول (52): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بتناول الأدوية لدى مرضى قصور

الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط – بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	115	0.05	غير دال
تناول الأدوية			

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل تناول الأدوية بلغ 0,05، و هو غير دال احصائياً.

جدول (53): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و عامل الإتصال الفعال مع الطبيب لدى المرضى.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	122	0,16	غير دال
الإتصال الفعال مع الطبيب			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل الإتصال الفعال مع الطبيب بلغ 0,161 و هو غير دال إحصائياً.

جدول (54): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	122	0,17	غير دال
التغذية			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل التغذية بلغ 0,17 و هو غير دال إحصائياً .

جدول (55): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	128	0,30	غير دال
التدخين			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل التدخين بلغ 0,30 و هو غير دال إحصائياً .

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

3. دلالة معاملات الارتباط بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

جدول (56): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الوظائف البدنية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	117	0,15	غير دال
الوظائف البدنية			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الوظائف البدنية بلغ 0,15 ، و هو غير دال إحصائياً.

جدول (57): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و القيود المرتبطة بالصحة البدنية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	121	*0,19	0.05
القيود المرتبطة بالصحة البدنية			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و القيود المرتبطة بالصحة البدنية بلغ *0,19 ، و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.05.

جدول (58): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	123	0,34	0.01
الألم الجسدي			

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي بلغ 0,34، و هو دال إحصائياً عند 0.01.

جدول (59): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الأداء الإجتماعي لدى مرضى قصور

الشريان التاجي

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	122	0,35	0.01
الأداء الإجتماعي			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الأداء الإجتماعي بلغ 0,35، و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.01.

جدول (60): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الصحة النفسية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	120	0,34	0.01
الصحة النفسية			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الصحة النفسية بلغ 0,34، و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.01.

جدول (61): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون -	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	126	0,14	غير دال
الحدود التي تسببها			

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الإضطرابات الإنفعالية

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية بلغ 0,14 ، و هو غير دال إحصائياً.

جدول (62): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و محور الطاقة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط -بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	118	0,36	0.05
الطاقة			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الطاقة بلغ 0,36، و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.05 .

جدول (63): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الصحة المدركة لدى مرضى قصور الشريان التاجي

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط - بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	125	0,39	0.01
الصحة المدركة			

يتضح من خلال الجدول السابق أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الصحة المدركة بلغ 0,39، و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.01.

4. دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).

جدول (64): دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	367,48	2	183,74	4,30	غير دال

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

داخل المجموعات	5170,73	121	42,73
----------------	---------	-----	-------

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجات الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية حسب العمر، حيث بلغت قيمة التباين 4.30، و هي قيمة غير دالة.

جدول (65): دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب الجنس

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
ذكور	60	28,28	6,90	-1,51	غير دال
إناث	67	26,49	6,41		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجات الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية حسب الجنس، حيث بلغت قيمة "ت" -1,51، و هي قيمة غير دالة.

جدول (66): دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	216,87	4	54,22	1,23	غير دال
داخل المجموعات	5128,72	117	43,83		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجات الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة التباين 1,23، و هي قيمة غير دالة.

جدول (67): دلالة الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية حسب مدة المرض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
بين المجموعات	35,55	2	17,77	0,35	غير دال
داخل المجموعات	4855,35	96	50,57		

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجات الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية مدة المرض، حيث بلغت قيمة التباين 0,35، و هي قيمة غير دالة.

5. دلالة الفروق في مستوى الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).

جدول (68): دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب العمر

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
تناول الأدوية	بين المجموعات	2	75,24	1,59	غير دال
	داخل المجموعات	107	47,07		
الإلتصاف الفعال مع الطبيب	بين المجموعات	2	3,56	0,24	غير دال
	داخل المجموعات	114	14,65		
التغذية	بين المجموعات	2	38,22	1,97	غير دال
	داخل المجموعات	114	19,30		
التدخين	بين المجموعات	2	0,01	0,006	غير دال
	داخل المجموعات	120	2,65		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاوَر استبيان الإلتزام بالعلاج حسب العمر، حيث بلغت قيمة التباين في الإلتزام بتناول الأدوية 1,59 ، أما محور الإلتصاف الفعال مع الطبيب فقد بلغت قيمة التباين 0,24 ، و محور التغذية 1,97، و التدخين 0,006 ، و هي قيم غير دالة إحصائياً.

جدول (69): دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب الجنس

الجنس	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
تناول الأدوية	ذكور	27,55	7,21	0,56	غير دال
	إناث	28,28	6,58		

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الإتصال الفعال	ذكور	57	14,18	4,08	-0.11	غير دال
مع الطبيب	إناث	63	14,10	3,523		
التغذية	ذكور	58	13,43	4,736	-0.11	غير دال
	إناث	62	13,27	4,106		غير دال
التدخين	ذكور	60	4,43	1,863	2,11	غير دال
	إناث	66	5,03	1,277		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجات الكلية لمحاور الإلتزام بالعلاج حسب الجنس، حيث بلغت قيمة "ت" فيما يخص محور تناول الأدوية 0,56، في حين أن محور الإتصال الفعال مع الطبيب فقد بلغت -0.11، أما محور التغذية فقد بلغت قيمة "ت" -0.11، و التدخين 2,11، و هي قيم غير دالة .

جدول (70): دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
تناول الأدوية	بين المجموعات	4	106,93	2,33	غير دال
	داخل المجموعات	103	45,77		
الإتصال الفعال	بين المجموعات	4	5,96	0,42	غير دال
	داخل المجموعات	110	13,93		
التغذية	بين المجموعات	4	12,73	0,65	غير دال
	داخل المجموعات	110	19,57		
التدخين	بين المجموعات	4	2,23	0,90	غير دال
	داخل المجموعات	116	2,45		

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجة الكلية لمحاول استبيان الإلتزام بالعلاج حسب المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة التباين في الإلتزام بتناول الأدوية 2,33 ، أما محور الإتصال الفعال مع الطبيب فقد بلغت قيمة التباين 0,42 ، و محور التغذية 0,65، و التدخين 0,90 ، و هي قيم غير دالة إحصائيا.

جدول (71): دلالة الفروق في الإلتزام بالعلاج حسب مدة المرض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
تناول الأدوية	100,28	2	50,14	1,08	غير دال
بين المجموعات	3986,59	86	46,35		
داخل المجموعات	12,50	2	6,25	0,40	غير دال
مع الطبيب	1427,24	92	15,51		
بين المجموعات	16,93	2	8,46	0,40	غير دال
داخل المجموعات	1947,30	93	20,93		
التغذية	7,37	2	3,68	2,04	غير دال
بين المجموعات	171,36	95	1,80		
داخل المجموعات					

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجة الكلية لمحاول استبيان الإلتزام بالعلاج حسب مدة المرض، حيث بلغت قيمة التباين في الإلتزام بتناول الأدوية 1,08 ، أما محور الإتصال الفعال مع الطبيب فقد بلغت قيمة التباين 0,40، و محور التغذية 0,40، و التدخين 2,04 ، و هي قيم غير دالة إحصائيا.

6. دلالة الفروق في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض).

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

جدول (72): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر

مستوى الدلالة	ف	متوسط مجموع المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دال	1,60	49,61	2	99,22	بين المجموعات	الوظائف البدنية
		31,01	120	3411,34	داخل المجموعات	
غير دال	1,68	3,46	2	6,92	بين المجموعات	القيود المرتبطة بالصحة البدنية
		2,05	110	6,92	داخل المجموعات	
غير دال	1,21	10,84	2	21,69	بين المجموعات	الألم الجسدي
		8,93	114	1036,94	داخل المجموعات	
غير دال	0,01	,07	2	0,15	بين المجموعات	الأداء الإجتماعي
		5,51	116	629,07	داخل المجموعات	
غير دال	1,18	27,86	2	55,72	بين المجموعات	الصحة النفسية
		23,58	114	2641,37	داخل المجموعات	
غير دال	1,22	2,08	2	4,16	بين المجموعات	الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
		1,70	112	200,75	داخل المجموعات	
غير دال	0,83	16,07	2	32,15	بين المجموعات	الطاقة
		19,27	118	2139,95	داخل المجموعات	
غير دال	0,47	13,74	2	27,49	بين المجموعات	الصحة المدركة
		29,14	111	3410,10	داخل المجموعات	

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 1,60، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 1,68، و محور الألم الجسدي 1,21، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الاجتماعي 0,14، و 1,18 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 1,22 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,83 لمحور الطاقة، و 0,47 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائياً.

جدول (73): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس

الجنس	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	ت	مستوى الدلالة
الوظائف البدنية	ذكور	53	20,60	-1,06	غير دال
	إناث	63	5,37		
القيود المرتبطة بالصحة البدنية	ذكور	56	5,52	-2,36	,000 دال
	إناث	63	1,16		
الألم الجسدي	ذكور	57	6,98	-1,38	غير دال
	إناث	64	2,83		
الأداء الاجتماعي	ذكور	57	6,65	-2,32	غير دال
	إناث	63	2,17		
الصحة النفسية	ذكور	56	15,00	-0,58	غير دال
	إناث	62	5,08		
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية	ذكور	58	4,16	-0,81	غير دال
	إناث	66	1,43		
الطاقة	ذكور	53	10,26	0,007	غير دال

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

		4,76	10,27	63	إناث	
الصحة المدركة	ذكور	5,28	16,95	60		غير دال
	إناث	5,28	15,97	63		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاوَر مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس، ماعدا المحور الثاني الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية و الفرق لصالح الذكور، حيث بلغت قيمة "ت" -2,36، و هي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى أقل من 0,01، أما في محور الوظائف البدنية فقد بلغت قيمة "ت" -1,06، و محور الألم الجسدي -1,38، في حين بلغت قيمة "ت" في محور الأداء الإجتماعي -2,32، و -580، فيما يخص محور الصحة النفسية، و -0,81 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,007 لمحور الطاقة، و -1,02 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائياً.

جدول (74): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
الوظائف البدنية	بين المجموعات	4	32,68	1,06	غير دال
	داخل المجموعات	106	30,79		
القيود المرتبطة بالصحة البدنية	بين المجموعات	4	1,49	0,70	غير دال
	داخل المجموعات	111	2,12		
الألم الجسدي	بين المجموعات	4	15,58	1,87	غير دال
	داخل المجموعات	111	8,32		
الأداء الإجتماعي	بين المجموعات	4	9,98	1,95	غير دال
	داخل المجموعات	110	5,10		

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الصحة النفسية	بين المجموعات	126,45	4	31,61	1,40	غير دال
	داخل المجموعات	2426,03	108	22,46		
الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية الطاقة	بين المجموعات	1,98	4	0,49	0,25	غير دال
	داخل المجموعات	223,99	114	1,96		
الصحة المدركة	بين المجموعات	69,39	4	17,34	0,92	غير دال
	داخل المجموعات	1997,46	107	18,66		
الصحة المدركة	بين المجموعات	83,57	4	20,89	0,78	غير دال
	داخل المجموعات	3007,84	113	26,61		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجة الكلية لمحاوَر مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 1,06، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 0,70، و محور الألم الجسدي 1,87، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجتماعي 1,95 و 1,40 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 0,25 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,92 لمحور الطاقة، و 0,78 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائيا.

جدول (75): دلالة الفروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط مجموع المربعات	ف	مستوى الدلالة
الوظائف البدنية	بين المجموعات	2	0,31	0,01	غير دال
	داخل المجموعات	87	29,93		
القيود المرتبطة	بين المجموعات	2	4,19	2,20	غير دال
	داخل المجموعات	91	1,90		

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

						بالصحة البدنية
غير دال	0,97	8,24	2	16,49	بين المجموعات	الألم الجسدي
		8,49	91	772,90	داخل المجموعات	
غير دال	0,11	0,57	2	1,15	بين المجموعات	الأداء الإجتماعي
		5,25	91	477,77	داخل المجموعات	
غير دال	0,18	4,82	2	9,64	بين المجموعات	الصحة النفسية
		26,68	88	2348,17	داخل المجموعات	
غير دال	0,37	0,77	2	1,55	بين المجموعات	الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية
		2,05	94	192,94	داخل المجموعات	
غير دال	0,17	3,71	2	7,42	بين المجموعات	الطاقة
		20,89	88	1838,40	داخل المجموعات	
غير دال	0,15	5,02	2	10,04	بين المجموعات	الصحة المدركة
		32,24	94	3031,07	داخل المجموعات	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائياً في الدرجة الكلية لمحاوَر مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 0,01، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 2.20 و محور الألم الجسدي 0,97، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجتماعي 0,11 و 0,18 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 0,37 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,17 لمحور الطاقة، و 0,15 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائياً.

7. نتائج تحليل الإنحدار لمعرفة مدى قدرة الكفاءة الذاتية على التنبؤ بالإنترام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

لقد استبعد الفرض الذي مفاده أن للكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية بالإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وذلك لأن العلاقة بين المتغيرين لم تتحقق.

8. نتائج تحليل الإنحدار لمعرفة مدى قدرة الكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

جدول (76): نتائج تحليل الإنحدار لمعرفة مدى قدرة الكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة.

المنبئ	المحاور الفرعية	ب	الخطأ المعياري	بيتا	ت	ر	ر مربع	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	القيود المرتبطة بالصحة البدنية	0,60	0,62	0,12	0,96			غير دالة
	الألم الجسدي	0,09	0,29	0,04	0,31			غير دالة
	الأداء الإجتماعي	0,41	0,39	0,13	1,04	0,51 ^a	0,26	غير دالة
	الصحة النفسية	0,03	0,18	0,02	0,19			غير دالة
	الطاقة	0,16	0,24	-0,18	0,64			غير دالة
	الصحة المدركة	0,35	0,19	0,28	1,86			غير دالة

تشير النتائج المدونة في الجدول السابق إلى أن قيمة معامل الإنحدار لكفاءة الذاتية على محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة غير دالة، وقد بلغت قيم معامل الإنحدار بالترتيب (0,60 - 0,09 - 0,41 - 0,03).

تفسير و مناقشة النتائج:

فيما يلي تفسير و مناقشة النتائج المتحصل عليها حسب فرضيات الدراسة:

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه: "نتوقع ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة الفرضية تم حساب المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية لإستجابات المرضى على مقياس الكفاءة الذاتية، و قد أدلت النتائج بأن المتوسط الحسابي بلغ (27.32) بانحراف

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

معياري مقداره (6.65)، مما يدل على ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى المرضى، و عليه فالنتيجة تشير إلى تحقق الفرضية الأولى، بمعنى أنه " يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بكفاءة ذاتية مرتفعة"، و يمكن تفسير هذه النتيجة إلى طبيعة المرض و متطلباته، فمرض قصور الشريان التاجي يعد من الأمراض الخطيرة القابلة للتطور، و التي تتطلب من المريض أن يبذل قصارى جهده من أجل الإعتناء بنفسه، و بسط السيطرة على مرضه، فالإصابة تجعل المريض يحدد معالم أهدافه الشخصية بما يتناسب و وضعه الصحي، و ذلك لا يتأت إلا من خلال اكتساب معتقدات شخصية حول مشاعر القدرة على التحكم في الأحداث المحيطة به.

إن إدراك المرضى لخطورة وضعهم الصحي، و الألام الناجمة عن المرض، و احتمالية الإصابة بالإنكساعات، و القيود الإجتماعية التي يفرضها المرض في حالة سوء إدارة المرض، يجعلهم يجندون إمكانياتهم الشخصية مما يسمح لهم ببلوغ الأهداف و تحقيق النمو و الإرتقاء، و التغلب على الأزمات و العوائق بمختلف الأساليب، و استثمار كل الموارد الذاتية المتاحة قصد التأثير النشط، و ممارسة الضبط، و التعامل بايجابية مع المرض، و هذا ما يتفق مع نظرية الكفاءة الذاتية لألبرت باندورا، التي ترى بأن التنبؤ بالنتائج و الإتصال بين الأفكار المعقدة و تجارب الآخرين يجعل الأفراد يمتلكون القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم، و عن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية، و التي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، و يقومون بتقييم سلوكهم بناء على هذه المعايير، و بالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع و يرشد السلوك.

و بناءا عليه يتبين لنا من خلال الدراسة أن التحكم في المرض المزمن لا بد أن يرتكز على الإدارة الذاتية للظروف الفيسيولوجية على مدى الحياة أكثر من التركيز على العلاج، و هذا يتطلب عدة مهام منها خفض الألم، و الحفاظ على أداء الوظائف في حالة تزايد العجز الجسمي، و تنمية مهارات الإدارة الذاتية، و ذلك قصد تأجيل تقدم المرض، و في حدود علم الطالبة، لم يتم الحصول على دراسات تبين مدى اتفاقها أو اختلافها مع الدراسة الحالية.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه: " توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الطالبة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية و محاور الإلتزام بالعلاج، و المتمثلة أساسا في الإلتزام بتناول الأدوية، الإتصال الفعال مع الطبيب، التغذية، التدخين، و قد بينت النتائج أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل تناول الأدوية بلغ 0.05، و عامل الإتصال الفعال مع الطبيب بلغ 0.16، في حين أن معامل الإرتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و عامل التغذية بلغ 0.17، و معامل الإرتباط بين الكفاءة الذاتية و عامل التدخين بلغ 0.30 و كلها

قيم غير دالة إحصائياً، و عليه فهذه النتيجة تشير إلى عدم تحقق الفرضية الثانية، أي أنه: " لا توجد علاقة ارتباطية بين دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و سوف يتم تقسيم مناقشة هذا الفرض تبعاً لأنماط الإلتزام بالعلاج المعنية بالدراسة:

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بتناول الأدوية:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه: " لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بتناول الأدوية لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و عليه فنتائج الدراسة كانت مختلفة عما أجمعت عليه العديد من الدراسات كدراسة وبو و ديلوريو (Kobau ; R. Dilorio ;C, 2003)، إذ كشفت أن الأفراد الذين لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات يخضعون لسلوكيات الإذعان للوصفات العلاجية، يذكرون اسم علاجهم و عدم إخفائه، يتذكرون مواعيد الجرعة... الخ، كما أن تأثير الكفاءة الذاتية أيدته العديد من النماذج المفسرة للإلتزام بالعلاج، و من بينها النظرية المعرفية الإجتماعية لألبرت باندورا التي تم التطرق إليها في الجانب النظري، إذ أنه يمكن تطبيق مكونات النظرية على مرضى قصور الشريان التاجي باعتبار أنه إذا كان السلوك الموصى به من طرف الأطباء هو سلوك الإلتزام بتناول الدواء بوصف أن عدم الإلتزام يشكل عامل خطر لتفاقم المرض إلى ذبحة صدرية أو جلطة قلبية، فإن محددات ذلك سوف يكون عن طريق إدراك التهديد الذي يمثله سلوك عدم الإلتزام بتناول الدواء في وقته و بالمعايير المحددة من طرف الطبيب على الشرايين التاجية، و ما قد ينتج عنه من مضاعفات (إدراك العواقب)، ثم توقع أن الإلتزام بتناول الدواء بانتظام و بالجرعات المطلوبة سوف تعود عليه بالفائدة المرجوة (ترجيح الفوائد)، و أخيراً توقع الفرد بأن لديه القدرة على الإستمرار في تناول الدواء و عدم تركه مهما كانت الظروف إلا بإذن من الطبيب المعالج (كفاءة ذاتية مرتفعة).

و يمكن تفسير نتائج الفرض بأن المواظبة على القيام بهذه السلوكيات هو نتيجة وجود تهديد تقاوم المرض إلى المراحل المتأخرة منه بحيث يصبح آنذاك الدواء غير ذي فائدة، و يكون بالتالي المصير المحتمل هو الموت، و عليه فتفادي الوصول إلى هذه المرحلة مرهون بالإستمرار في تناول الدواء بانتظام على المدى الطويل، لذا فإن العوامل المعرفية و منها ادراك خطورة المرض، و العواقب الناجمة عن عدم الإلتزام بالعلاج تعد مهمة جداً للإستمرار في تنفيذ السلوكيات الموصى بها من قبل محترفي الصحة، و هذا ما كشفت عنه العديد من الدراسات كدراسة آدمز و سكوت (Adams & Scott, 2002) والتي أظهرت أن الأفراد الأكثر التزاماً بتناول الأدوية الموصوفة أو الملتزمين جزئياً يختلفون بفرق دال إحصائياً في إدراكهم لشدة المرض و معتقداتهم الصحية بشأن إمكانية السيطرة على الإضطراب و اهتمامهم بما بعد الإستشفاء، و هكذا فإن هذين المكونين (الشدة المدركة و الفوائد المدركة) قد فسرا (43%) من التباين في سلوك الإلتزام بتناول الأدوية.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

و عليه، فالنتيجة الحالية قد استبعدت متغير الكفاءة الذاتية باعتباره العامل الحاسم للإلتزام، و ذلك أن هناك عوامل عدة قد تؤثر على مستوى الإلتزام، فمحاولة إجراء تغييرات نوعية في أسلوب حياة المرضى ليس بالأمر الهين، فالأمر بالنسبة لهم معقد جدا، و غالبا ما نجدهم لا يتقبلون مرضهم بسهولة خاصة إذا ما تعلق ذلك بالأمراض التي تلازمهم مدى الحياة و تعرقل مسار وظائفهم الفيزيولوجية و الإجتماعية فقد أشار شيلي تايلور سنة 2008 في كتابه "علم النفس الصحي" أن مستوى الإلتزام يرتفع ليصل إلى نسبة تقارب 90%، عندما يدرك المريض أن نصائح الطبيب تهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين وضعه الصحي العام، من خلال حمله على استخدام الأدوية مثلا، بينما تقل النسبة لتصل إلى 76% إذا تطرقت النصائح لمواضيع مهنية، مثل إلتزام المريض بالتوقف عن العمل لفترة من الوقت على سبيل المثال، و تصل النسبة إلى معدل أدنى يقارب 66% إذا كانت طبيعة النصائح إجتماعية أو نفسية، كتجنب المواقف الإجتماعية الضاغطة على سبيل المثال.

ففي دراسة قام بها بات و آخرون (But, A & al, 2005) على عينة قوامها (354) من مرضى الكبد الفيروسي "س" المزمّن الذين تم تحويلهم من قبل القائمين على رعايتهم لعيادة خاصة لأمراض الكبد لمعرفة السبب في عدم استجابتهم لعلاج الفيروس الكبدي، تراوحت أعمار هذه العينة بين 22 إلى 77 عاما، 98.5% منهم ذكور، و 80% منهم لا يعالجون، كشفت نتائج الدراسة أن السبب الأكثر ذيوعا لدى 24% من أفراد العينة هو عدم الإذعان لمتابعة زيارة الطبيب، و كان السبب لدى 14% من العينة هو أن إنزيمات الكبد مازالت في المستوى الطبيعي، أما تزامن الإصابة بالفيروس الكبدي "س" مع مشكلات طبية أخرى فكان سببا في عدم استجابة 11% من عينة المرضى للعلاج، في حين كان تفاقم أمراض الكبد سببا لدى 7% من المرضى، بالإضافة إلى أن 6.4% من المرضى كانوا يؤجلون العلاج إلى أن يتم لهم إجراء عملية لزراعة الكبد، و لم يكن السبب معروفا لدى 5% من المرضى، كما كان 2.4% من المرضى يؤجلون العلاج، أما النسبة الباقية من المرضى فكانوا ينتظرون تحسين عقار الإنترفيرون، كما كان المرضى الذين يرفضون العلاج أو يرفضون متابعة الزيارات الطبية يشربون الكحوليات، أو يتعاطون المخدرات، مما أثر على التزامهم، و من ثمة نجد أن الكفاءة الذاتية ليست هي العامل الحاسم لتحديد سيرورة العلاج، بل أن هناك عوامل شتى قد تؤثر على ذلك.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإتصال الفعال مع الطبيب:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه : " لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الإتصال الفعال مع الطبيب لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

ففيما يخص الإتصال الفعال مع الطبيب فقد كانت نتائج الدراسة الحالية مناقضة تماما لما ورد في التراث الأدبي، و الدراسات السابقة كالدراسة التي قام بها (Thompson & al,1990) و التي أكدت على تأثير الإتصال الفعال بين المريض و القائم بالرعاية الصحية في التقليل من عدم الإلتزام، إذ وجد أن

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

النساء اللواتي أعددن قوائم الأسئلة مسبقا وجهن للطبيب أسئلة أكثر، كما أن تلقي بعض النساء المشاركات في الدراسة من أطبائهن تشجيعا على توجيه الأسئلة أدى إلى شعورهن بمستوى أكبر بالسيطرة الشخصية، و بالرضا عن زيارتهن للعيادة، و كذلك دراسة (Han & al, 2005) إذ وجدوا ارتباطا دالا بين انخفاض الكفاءة الذاتية الإنفعالية أو الوجدانية و بين القدرة على التفاعل مع الأطباء و الممرضين.

إن تناقض الدراسة الحالية مع أدبيات البحث في هذا المجال مبرر نوعا ما في بيئتنا المحلية، فمتغير الكفاءة الذاتية يصبح غير ذي معنى إذا لم تتوفر الشروط الملائمة لتجسيدها، خاصة و أن الطبيب يحتل في مجتمعاتنا مركزا سلطويا، لا يحق للمريض أن يقاطعه أو يخالفه الرأي، حتى أن الحوار مع بعض الأطباء يعتبر من الممنوعات، و قد لا تستغرق مدة الفحص بضع ثوان، فالعلاقة بين الطبيب و المريض تكون محدودة ب (التشخيص – الوصفة الطبية)، مما قد يعرقل سير العملية العلاجية.

إن كفاءة الإتصال مع الأطباء تعتبر كأحد المعايير الرئيسية التي يجب أن تؤخذ بعين الإعتبار من أجل رفع معنويات المرضى، و جعلهم يتفعلون بالإلتزام بالعلاج فتدخل المحيطين بالمريض و خاصة الطبيب باعتباره مصدر رئيسي لتدعيم كفاءة الإذعان للعلاج، و باعتبار الخبير الأول لإعطاء توصيات حول مكافحة الداء يجعل المرضى يستجدون بهم لتحقيق المطلوب، فمن المحددات التي تسمح بتحقيق درجة عالية من الإلتزام فهم المريض لما هو مطلوب منه، و للإجراءات التي سيشملها برنامج العلاج، فإذا لم يفهم المريض هذه الإجراءات، و لم يتصل بالأطباء للإستفسار عن حالته فإنه لن يتبعها و يطبقها بدقة حتما، و حسب لي "Ley ; 1988" يكون الإلتزام في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض و مسبباته و كيفية علاجه بأسلوب مبسط و خال من المصطلحات العلمية و الطبية المعقدة، و التعليمات المكتوبة و المكررة لضمان استيعابها.

ففي دراسة قام بها (Ong, L, M, L, & AL , 1995) تبين أن الإلتزام السيئ كان في أغلب الأحيان ليس نتيجة قلة تعاون المريض كما أشار إليه 60% من الأطباء، و إنما نتيجة قلة شرح الأطباء و نقص فهم المرضى، كما أن لي و زملاؤه (Ley, P & al, 1975) وجدوا بأنه حوالي 40% مما يقال أثناء الفحص الأنفي ينسى، و في دراسة قام بها سنة 1988 وجد أن نسبة المرضى الذين لا يفهمون ظروف و أسباب وصفاتهم تتراوح بين 5-53%، و في هذا الصدد أشارت العديد من الدراسات أن المريض إذا لم يفهم الأمور المتعلقة بصحته أثناء الفحص الطبي فإنه لن يلتزم (Gustave Nicolas Fischer & cyril Tarquinio , 2006, p182) ، في حين أن دراسة کران (Grane, J, 1996) و التي أنجزت في مصلحة الإستعجالات بينت بأن 59% فقط من المعلومات الطبية كانت مفهومة بطريقة صحيحة من طرف المرضى، و أن العناصر الوحيدة التي يتذكرها المرضى كانت عموما التشخيص أو التصنيف الطبي (Jane Ogden, 2008, pp 80-81).

إذا الطبيب أعطى رأيه للمريض و اقترح عليه متابعة برنامج خاص للعلاج، و إذا المريض لم يفهم أسباب مرضه، و لا يعرف التحديد الصحيح للعضو المصاب و لا السيرورة التي تتدخل في العلاج، فإن هذا النقص في الفهم من المحتمل جدا أن يؤثر سلبيا على سلوكهم فيما يخص الإلتزام بالعلاج، و بالتالي يصبح للكفاءة الذاتية دور هامشي لإستجابة المريض لمتطلبات العلاج،

إن ما تم التوصل إليه في الدراسة الحالية بالرغم من عدم اتفاه مع توقعات الطالبة، و بالرغم من عدم تأييد الدراسات و التراث الأدبي لذلك، إلا أنه من خلال التردد على المستشفيات و العيادات و الإحتكاك مع المرضى، لفت الإنتباه إلى أن هناك عوامل عدة قد تؤثر على الإلتزام بالعلاج، و تجعل من متغير الكفاءة الذاتية مجرد مؤثر ثانوي، فجل المرضى كانوا متذمرين من أسلوب فحص الأطباء المبني على "تشبيهي المريض"، و عدم اعتباره كشريك معزز لنجاعة العلاج، و كعضو فعال لإتخاذ قرارات مبنية على رضاه فيما يخص طريقة علاجه، و اختياره للعلاج المناسب، ففي دراسة سفاج و أرمستونج (Savage, R & Armstrong, 1990)، و التي هدفت إلى الكشف عن آثار أسلوب فحص الأطباء العامين على رضا المريض و التزامه بالعلاج سواء الفحص الموجه (المركز على الطبيب) أو المركز على الحوار (المركز على المريض - التبادل)، أظهرت النتائج بأنه و لو أن الأفراد أظهروا مستويات مرتفعة من الرضا بعد الفحص فيما يخص الفهم، الشرح من طرف الطبيب، مشاعر المساعدة، إلا أن هذه الأحكام كانت مرتفعة لدى المرضى الذين تلقوا أسلوب فحص توجيهي.

و بناء على ما سبق، و في ضوء النتائج المتحصل عليها، نجد أن هذا المحور يطرح جملة من التساؤلات، و من بينها: هل فعلا يمكن للمرضى أن يتعاملوا بحرية و تلقائية مع أطباءهم بدون قيود؟ و هل يسمح الأطباء بذلك و يمنحونهم من وقتهم قصد تجسيد هذا الإتصال و إشراك مرضاهم في إتخاذ القرار و السماع لشكواهم؟ و حتى لو كان المرضى يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة، هل هناك عوامل أخرى متصلة بالطبيب تؤثر على مستوى كفاءتهم؟.

إن هاته التساؤلات المطروحة في البحث نابعة من شكوى المرضى عن التصرفات الغير مسؤولة من بعض الأطباء كعدم إعطائهم الوقت الكافي للإستفسار عن حالتهم، أو تجاهلهم أحيانا، و الإكتفاء بإعطاء الوصفة دون شرح، و مقاطعتهم للمرضى عند الحديث أو الإستفسار عن حالتهم، و كذا استخدامهم لمصطلحات طبية غير مفهومة، و اهتمامهم بالجانب المادي لا بتحسين الحالة الصحية للمريض... إلى غير ذلك من بعض السلوكيات التي تزعج المرضى و تجعلهم يحسون بأن الأطباء يتجاهلونهم، فالإجابة عن هاته التساؤلات تحتاج إلى دراسة مستقلة بذاتها تبحث في هذا الموضوع، خاصة في ظل عدم وجود دراسات عربية بصفة عامة، و دراسات محلية بصفة خاصة (في حدود علم الطالبة) تطرقت إلى النقاط السالفة الذكر، إذ أن معظم الدراسات التي تم ذكرها سالفًا هي دراسات أجنبية غير خاضعة للتجريب في البيئة الجزائرية.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالحماية الغذائية:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه : " لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية والإلتزام بالحماية الغذائية لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

إن نتيجة هذا الفرض جاءت منافية للعديد من الدراسات السابقة التي أجمعت على أنه توجد علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية و عامل التغذية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و لعل من أهم هذه الدراسات تلك الدراسة التي أجراها ميلاندوز و آخرون في النورفيج "Meland & al ;1999" ،على عينة من 110 مريضا تناولت دور الكفاءة الذاتية في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة، و خاصة تلك السلوكيات التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية "Cardiovascular health" كالتغذية غير الصحية، و لقد أظهرت نتائجها أن كفاءة الذات برزت أقوى متغير من بين المتغيرات المستقلة العديدة التي تم فحصها، كما كانت نتائجها مختلفة مع الدراسة التي قام بها شمبليس و موري (Champlis & Murry,1979) ، و دراسة شفارتزر و رينر (Schwarzer ; R, Renner ;B, 2000) التي توصلت نتائجها إلى تأكيد أهمية كفاءة التحكم المعرفي في السلوكيات الصحية و الدور التأثيري الذي تلعبه كفاءة الذات المدركة في هذه العملية لتخفيض الوزن و الإلتزام بنظام غذائي أكثر صحة، كما أن دراسة وودورد (Woodward, 2001)، و التي تناولت أثر الكفاءة الذاتية على تناول ملح الطعام، أدلت نتائجها على أن ارتفاع كفاءة الذات يرتبط باستهلاك منخفض للملح.

و يمكن تفسير ذلك أن الغذاء الصحي له أثر بالغ الأهمية في التخفيف من حدة هذا المرض، و لا يوجد أي خلاف على ذلك ، حيث أن هناك الكثير من الدلائل العلمية ما يشير إلى تحقيق فوائد صحية أكيدة جراء الإلتزام بنمط غذائي متوازن، و عليه فإن عدم الإقبال على إتباع نظام غذائي صحي و متوازن قد يكون له تهديد مدرك لخطورة تطور المرض، و هذا ما يتفق مع نظرية المعتقدات الصحية التي تم الإشارة إليها في الفصل النظري، كما أن نصائح الطبيب المعالج فيما يخص ضرورة الإلتزام بالحماية الغذائية، و حالة الترويع التي يتلقاها المريض من المحيطين به و ممن يعانون من نفس المرض حول خبراتهم و خبرات معارفهم الذين لقوا حتفهم، و الذين تطور مرضهم نتيجة عدم التزامهم، يجعلهم أكثر التزاما مهما تباينت مستويات كفاءتهم الذاتية، و من جهة أخرى إذا تمعنا في خصائص العينة من حيث السن لوجدنا أن الأغلبية الساحقة من فئة الكهول و الشيوخ، مما يجعل مسؤولية إعداد الأطباق الخاصة بالمرضى على عاتق أهاليهم، الذين يحاولون قدر الإمكان استيفاء جميع شروط الحماية الغذائية بما يتوافق و متطلبات المرض، و من جهة أخرى فإن التكاليف المرتبطة بالحماية الغذائية قد تكون مكلفة، و ليس بالإمكان تليبيتها جميعا، خاصة إذا علمنا أن جل المرضى مقدرتهم الشرائية محدودة.

فمع أن نسبة كبيرة من المرضى أقروا بأنهم يحاولون قدر الإمكان تجنب استهلاك الدهون، و أن تتضمن وجباتهم ما أمكن من الخضر والفواكه و الألياف، و التقليل من نسبة الملح في الطعام، تجنب

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

تناول المشروبات الغازية، تنظيم أوقات تناول الأغذية ...، إلا أن هذه الإلتزامات قد تفوق قدرات مستوى الكفاءة الذاتية للمرضى، فعندما يوصى المريض المصاب بمرض قصور الشريان التاجي بتعديل نظام تغذيته، فإن عليه أن يراعي اتباع هذه التوصية طوال سنوات حياته، و مع ذلك فإن دفع الناس لتغيير نظام تغذيتهم يعد من الأمور الصعبة، إذ يمكن أن تكون بعض التوصيات المتعلقة بالتغذية قاسية، و مكلفة و من الصعب تحضيرها، و قد يتطلب الأمر حدوث تغيير جذري في التبضع و التخطيط في إعداد الوجبات، و طرق تحضير الأطعمة، و عادات الأكل.

إضافة إلى ذلك فقد يكون من المتعب تغيير المذاق، فتفضيل الأطعمة الغنية بالدهون من الأمور الراسخة في مجتمعنا، مما يجعل الناس يميلون لاستهلاك كميات أكبر من الأطعمة التي أخبروا أنها غنية بالدهون من الأطعمة الأخرى التي أخبروا بأنها لا تحوي كميات كبيرة من الدهون حتى و لو كانت هذه المعلومات غير صحيحة، و عليه فإن هذه العوامل ترتبط ارتباطا جوهريا بالمستوى المتدني من الوعي الصحي، و نقص الوعي بالعلاقة ما بين عادات الأكل و المرض، فالمدرجات المنظمة عن المرض، أو ما يسمى بالمخططات المرضية، التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الإعلام، و من الخبرة الشخصية، و من الأسرة و الأصدقاء الذين تعرضوا لنفس المرض تؤثر في كيفية استجابتهم للمرض، و في مدى التزامهم بالتوصيات الطبية.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و التدخين:

توصلت نتائج الدراسة إلى أنه : " لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و التدخين لدى مرضى قصور الشريان التاجي".

و بالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مناقضة هي الأخرى لتوقعات الطالبة، و لما تم ذكره في الجانب النظري و الدراسات السابقة كالدراسة التي أجراها مادل و آخرون (Muddle & al,1995) و دراسة شيفمان و آخرون (Shiffman, S & al, 2000)، و التي أشارت نتائجها بكل وضوح إلى أهمية توقعات الكفاءة الذاتية في عملية القضاء على عادة التدخين على المدى الطويل و تجنب الإلتكاسة، و هي نفس النتيجة التي توصل إليها كليمنته و بروشكا (1985) إذ وجدوا أن توقع الكفاءة يكون في المراحل المتقدمة من الإقلاع عن التدخين أعلى من المراحل المبكرة، كما أن نجاح الإقلاع عن التدخين كان أعلى كلما كانت توقعات الكفاءة الذاتية أعلى، فالأشخاص المصابين بمرض الشريان التاجي الذين يقلعون عن التدخين تكون نسبة الوفيات الناجمة عن جميع أسباب الموت لديهم أقل من أولئك الذين يواصلون التدخين، ويعانون أقل من غيرهم من النوبات القلبية، كما أن دراسة هيلر و كريس (Heller & Krauss,1991) أكدت نتائجها على أهمية توفر الكفاءة الذاتية لإمكان الانتقال إلى مرحلة الرعاية اللاحقة رغم أن النتائج لم تكن جوهرياً أو مرتبطة بشكل دال.

أما فيما يخص الدراسات العربية فقد أشار (محمد السيد عبد الرحمن، 1998) في دراسة قام بها للبحث عن العلاقة الكامنة بين كفاءة الذات و المتغيرات المرتبطة بسلوك التدخين مثل العوامل المؤدية لزيادة معدل التدخين أو خفضه، و سن الإنخراط في التدخين و كثافة التدخين، و عدد مرات الإمتناع الفاشلة، و مدة الإمتناع عنه، فقد أسفرت الدراسة عن أهمية متغير الكفاءة الذاتية في الإبتعاد عن سلوكيات الخطر و الإنخراط في السلوكيات الصحية الوقائية.

و عموما يمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها إلى أن نية الفرد للتوقف عن التدخين لا تتحدد عن طريق مستوى الكفاءة الذاتية فقط، و لكن هناك عوامل أخرى قد تؤثر على سيرورة الإلتزام بالعلاج من خلال الإتجاهات الناتجة عن العواقب المدركة و المعايير الذاتية التي تتأثر بأراء الأفراد المهمين، و الذين عاشوا أحداث المرض كتجربة حقيقية بالإضافة إلى تأثير الأعراض و التي غالبا ماتنتهي بنوبات قلبية يكون مصيرها إما الإستشفاء أو الموت، و لذلك نجد أن معظم المرضى ينقصون أو يقطعون عن التدخين بمجرد تشخيص حالتهم، و تجدر الإشارة هنا إلى أنه حوالي 99 % من المرضى انقطعوا عن التدخين باعتباره السبب الرئيسي المسؤول عن حالتهم، كما أنهم كانوا حريصين على تجنب التدخين السلبي.

كما يمكن ارجاع النتيجة المتوصل إليها إلى طبيعة العينة المدروسة، إذ أن نصف عينة الدراسة كانت إناثا و نحن نعلم أن أكثر نسبة المدمنين على التدخين في مجتمعنا هم من فئة الذكور، وحتى لو كانت هناك فئة من عينة الإناث يدخن فهن ينكرن ذلك نظرا للعادات و التقاليد السائدة في بيئتنا و التي تستهجن هذه الظاهرة خاصة عند الإناث.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه: "توجد علاقة دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب معامل ارتباط بيرسون بين الكفاءة الذاتية و محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى العينة المستهدفة بالدراسة، و المتمثلة أساسا في الوظائف البدنية، القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الإجتماعي، الصحة النفسية، الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، الطاقة، الصحة المدركة.

و قد بينت النتائج أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الوظائف البدنية بلغ 0,15، و هو غير دال إحصائيا، في حين أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و القيود المرتبطة بالصحة البدنية بلغ *0,19، و هو دال إحصائيا عند مستوى 0,05، كما يتضح من خلال النتائج المشار إليها في الجدول (58) أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي بلغ -0,34**، و هو دال إحصائيا عند 0,01، و يتضح من خلال الجدول (59) أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الأداء الإجتماعي بلغ *0,35، و هو دال إحصائيا عند مستوى 0,01، في حين أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الصحة النفسية بلغ *0,34، و هو دال إحصائيا عند مستوى 0,01.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

كما بينت النتائج أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية بلغ 0,14، و هو غير دال إحصائياً، و معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الطاقة بلغ 0,36* و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.05، و بلغ معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية و الصحة المدركة 0,36* و هو دال إحصائياً عند مستوى 0.01، و منه، يتضح أنه هناك علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و يستثنى من هذه النتيجة محور الوظائف البدنية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية.

و سوف يتم تقسيم مناقشة هذا الفرض تبعاً لمحاور جودة الحياة المعنية بالدراسة:

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الوظائف البدنية:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية و الوظائف البدنية لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، فنتائج الدراسة جاءت على نقيض توقعات الطالبة التي افترضت بأن الكفاءة الذاتية تعمل على إزالة التخوف الناجم عن القيام بالوظائف البدنية المعتادة، فالمرضى الذين يمتلكون كفاءة مرتفعة يداومون بانتظام على القيام ببعض الحركات أو الوظائف البدنية المسموح بها، و يطبقون النصائح المقدمة إليهم من قبل متخصصي التأهيل، ويمكن اعتبار الصحة واللياقة البدنية والحالة الوظيفية الجسمية الجيدة من العناصر الموضوعية لجودة الحياة، إذ أن مفهوم جودة الحياة لا يقتصر على غياب المرض أو العجز أو الألم، وإنما يعبر عن حالة من الرفاهية الجسمية والاجتماعية والنفسية، وأن إدراك الفرد بإمكانية سيطرته على أجزاء جسمه، وتحكمه بحركاته، وتخلصه من حالة الكسل والتراخي، والشعور بالعجز، وعدم القدرة على الحركة النشيطة، من خلال ممارسة التمارين والأنشطة الرياضية والمشي تؤثر على الفرد وجودة حياته.

كما أن نتائج الدراسة كانت مختلفة لما قد تم ذكره في الدراسات السابقة و التراث الأدبي، و التي أجمعت على أن كفاءة الذات المدركة تعد منبئاً بالعجز الوظيفي Functional disability بغض النظر عن مستوى الألم أو مدة الإصابة بالمرض، فالمستوى المرتفع من الكفاءة الذاتية يعزز من فائدة آليات مواجهة المرض، و التي تقلل بدورها من العجز الوظيفي، فقد أظهرت نتائج الدراسة التي قام بها et al (Martinez 1999) الدور التأثيري الذي تلعبه الكفاءة الذاتية في تحسين مستوى جودة الأداء أو ضعفه فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، و انعكاس ذلك على تحسن المزاج و الصحة النفسية، كما أن تقديرات الفعالية الذاتية، و توقعات الألم ارتبطا بشكل دال بأداء حركات معينة، كما أن دراسة جينسين و آخرون (Jensen ; M ; P et al ; 1991) و التي هدفت إلى تقييم معتقدات الفعالية الذاتية لدى عينة من مرضى الألم المزمن في أثناء أداء ثماني سلوكيات للتغلب على الألم مثل (الإسترخاء، تدريبات الشدة)، توصل إلى ان معتقدات الفعالية الذاتية المتعلقة بسلوك التغلب لدى المرضى ارتبطت بشكل مرتفع بالأداء الحقيقي أو الفعلي للسلوك.

في حين كشفت نتائج دراسة آن هاريسون (Harisson ; A,2004) عن أن فعالية الذات ترتبط ارتباطا عكسيا بمستوى الألم، و تقرير المرضى بصعوبة أداء الوظائف الجسمية، و درجة الإصابة بالمرض، كما ارتبطت فعالية الذات ايجابيا بالتوازن الجسمي و حالة الوظائف الجسمية، و قدرة المرضى على إدارة الألم "Pain management"، كما كشفت نتائج الدراسة عن أن 42% من التغيير في مستوى الوظائف الجسمية يرجع إلى فعالية الذات للوظائف و توازن الجسم، في حين أن 74% من تقرير المرضى بصعوبة أداء الوظائف يرجع إلى فعالية الذات للوظائف و مستوى الألم.

إن النتائج المتوصل إليها يمكن تفسيرها على ضوء تأثير بعض العوامل الديموغرافية و الإجتماعية، حيث أن عامل النوع الإجتماعي يلعب دورا حاسما في تحديد من يقوم بممارسة الرياضة، لاسيما في مجتمعنا المحلي، إذ يقوم الأولاد منذ المراحل العمرية المبكرة بممارسة الرياضة أكثر من البنات، و في أواسط العمر و مرحلة الشيخوخة تكون النساء -بشكل خاص- أقل ميلا لممارسة التمارين الرياضية إن لم نقل منعدا، و يعود ذلك جزئيا لأن نمط حياتهن لا يتيح لهن الفرصة للتمرين المنتظم ولأن الرياضة لم تصبح من أولويات النساء في مرحلة أواسط العمر إلا حديثا، كما أن بعد مقر تقديم هذه الخدمات، أو الأسباب المادية تجعل المرضى من الصعب عليهم أن يستفيدوا من برامج التأهيل القلبي.

تجدر الإشارة هنا إلى أن الدراسة لم تسجل إلا حالة واحدة من الذين يمارسون الرياضة بشكل منتظم تحت رعاية طبية تتابع حالته الصحية، أما بقية العينة و باختلاف مدة مرضهم و أسلوب علاجهم فقد أقرروا بأن هاته النشاطات لم تدرج ضمن التوصيات الطبية، بل على النقيض من ذلك فإن تعليمات الأطباء تضمنت التقليل من شدة الجهد قدر الإمكان، و هذا ما أكده الأطباء عند الإتصال بهم للإستقصاء عن الأمر، و بالتالي نلاحظ أن هاته التصريحات جاءت خلافا لما قد ورد في الجانب النظري و الدراسات السابقة التي أجمعت على أهمية الرياضة و المداومة على مزاولتها بعض أنشطة الحياة اليومية في التحسين من الحالة الوظيفية للقلب. و تعتبر رياضة المشي هي أفضل وسيلة لبدء ممارسة التمارين والحركة، فالجسم يحتاج إلى زيادة هذا المستوى من النشاط تدريجياً إلى حين الوصول إلى المستوى الأمثل للياقة البدنية بما يتناسب مع احتياجات جسمه، ولقد تبين أن تمارين إعادة التأهيل للمرضى الذين يعانون من أمراض القلب تحد بشكل كبير من خطر الوفاة من الأزمات القلبية اللاحقة، وهناك نصائح وبرامج متطورة ومفيدة يمكن لمرضى القلب إتباعها وممارستها في المستشفى أو المنزل لمساعدتهم على استعادة نشاطهم وحياتهم الطبيعية.

زيادة على ذلك فالنشاط البدني له تأثير بالغ على المصاب بمرض قصور الشريان التاجي وعلى صحته النفسية وعلاقاته الاجتماعية، وممارسة الرياضة و بعض الحركات الموصى بها من قبل محترفي الصحة تزيد من قدرة الفرد على تحمل الضغوط النفسية وتحسن من طريقة إدراكه لذاته وللآخرين، وإحساسه بالسعادة والتوافق والانسجام مع البيئة، وتحسين جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و القيود المرتبطة بالصحة البدنية:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و القيود المرتبطة بالصحة البدنية لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، فكما نعلم أن العجز الوظيفي و شدة الألم يؤثران على نشاطات الفرد اليومية، و يؤثران بطريقة نوعية على أسلوب حياة المرضى، مما يجعل التفاعل الدينامي بين العناصر الفسيولوجية و السيكلوجية و الإجتماعية قد أخذ مداه، و ربما قد يؤدي ذلك إلى خلل كلي في حياة الفرد، نتيجة للقيود المرتبطة بالصحة البدنية، فقد يترك المريض عمله، و يتخلى عن نشاطاته المعتادة، فيخفض من كمية الوقت الخاص بالعمل أو بنشاطات الأخرى، إنجاز أقل مما كان يريده، عدم القدرة على بذل جهد إضافي، و قد يجد صعوبة في القيام بأبسط مهام العناية بالذات، كذلك تصبح طموحاته المهنية و الشخصية مهمشة، و تصبح حياته خاضعة لهيمنة مرضه، و من ثم فإن تحدي هذه القيود المرتبطة بالصحة البدنية تستلزم أن تتولد قناعة لدى المريض بأن بمقدوره تعلم المهارات الضرورية لإدارتها، عن طريق تعزيز مشاعر الكفاءة الذاتية.

حيث تسمح الزيادة في مثل هذه المشاعر للمرضى بتوجيه انتباههم إلى أمور غير المرض، فعندما يكون الفرد واثقا من مجابته لما يمكن أن يداومه من زيادة في الألم يكون أقل استغراقا في التفكير في ألمه، و بالتالي تقل معاناته المدركة، فمن خلال الشعور بالسيطرة و العزو الداخلي للنجاح يبدأ المريض بالنظر إلى نفسه على أنه عضو كفؤ و فعال في التغيير، وأنه في وضع أفضل للقيام بالنشاطات اليومية التي يتعين عليه القيام بها، فأهمية الكفاءة الذاتية تكمن في أنها تقود المريض إلى اتخاذ خطوات يكون بأمس الحاجة إليها لمواصلة حياته المهنية و اليومية، و ممارسة حياة أكثر نشاطا و إشباعا، و لو بدرجة طفيفة، لأن مثل هذه الإدراكات يمكن أن تقود إلى منع حالة الجمود التي كثيرا ما تلاحظ عند المرضى.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و عليه فإن نتائج هذا الفرض جاء مؤيد للعديد من الدراسات التي فحصت العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الألم الجسدي، هذا الأخير غدا من أهم المشاكل الشائعة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، لما له من انعكاسات سلبية على عدة مناحي اجتماعية و نفسية و مهنية، و بالتالي تؤثر على جودة حياته، و لذلك أصبح من أولى الأولويات في هذا الميدان تطوير التدخلات النفسية الموجهة لمثل هذه الحالات، فقد شهدت السنوات الأخيرة تحولا ملحوظا من الإعتماد على الأساليب الدوائية و الجراحية التي غالبا ما تكون باهضة الثمن في السيطرة على الألم إلى أساليب أخرى تركز على أهمية العوامل و المعتقدات المعرفية و أساليب الإدارة الذاتية من أجل التخفيف من معاناة المريض.

و في هذا الصدد يعد الإحساس بالسيطرة من أهم هاته الأساليب التي قد لقيت اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن، فقد أظهرت بعض الدراسات أن مرضى الألم يتباينون في كفاءتهم الذاتية

و أن هذا التباين يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الكفاءة الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم، و الكدر النفسي، و النتائج الطبية السلبية، و تحمل أكثر للألم، ففي دراسة طويلة استمرت سنتين قام بها (Brekke , M et coll. 2001) بالنرويج على مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي (polyarthrite rhumatoïde) توصل إلى أن الكفاءة الذاتية ترتبط ايجابيا مع تدابير الحالة الصحية مثل الألم والتعب، أي أن مستويات أعلى من الألم والتعب كانت مرتبطة مع انخفاض الكفاءة الذاتية.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة لكوريس و آخرون (Kores ; R ; C et al ; 1990)، و التي طلب فيها من مجموعتين من مرضى الألم المزمن أن يقدروا مدى قدرتهم على المشاركة في خمسة أنشطة (المشي، الحمل، التغلب على الألم، العمل، الأنشطة العائلية) أثناء المشاركة في برنامج العلاج متعدد الأبعاد للألم، و وجد أن الأفراد الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة في الفعالية الذاتية أظهروا أوقات أطول في الجلوس، و الوقوف، و أخيرا تحسن في قدرتهم على العمل، و المشاركة في الأنشطة، و استخدام منخفض للأدوية، و استمر هذا التحسن لمدة 3-11 شهرا من المتابعة، و ذلك مقارنة بالمجموعات المنخفضة في الفعالية الذاتية.

فالأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات، و معلومات تساعدهم في إدارة الألم، و الإستمرار في الأنشطة التي كانوا يمارسونها من قبل، كما أن هذا الإحساس يقلل من توقعات الكدر، و التوتر الجسمي، و القلق، و ذلك يؤثر بشكل ايجابي في تخفيف الألم، و الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة و ذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه، مما ينعكس على جودة حياتهم بصفة عامة، و قد أشار (شيلي تايلور، 2008، ص610) في كتابه "علم النفس الصحي" إلى أنه قد تكون هناك فوائد فسيولوجية للكفاءة الذاتية، حيث تشير الأدلة إلى أن أثر الكفاءة الذاتية على خبرات الألم يمكن أن يتضمن افرازات بمثابة مضادات طبيعية للألم (إندورفينات ذاتية) على مستوى الجسم.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الأداء الإجتماعي:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الأداء الإجتماعي لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، فالكفاءة الذاتية تعد من بين العوامل المساعدة أو المثبطة لمستوى الأداء الإجتماعي، فالتبعيات المرتبطة بالمرض من أحداث ضاغطة قد تجعل المريض ينسحب من أسرته و أصدقائه و يكون لذلك تأثير على التواصل الأسري بصفة خاصة و التواصل الإجتماعي بصفة عامة، و تصبح حياة المريض كلها تدور حول حالة العجز التي يعاني منها.

فالمرضى الأقل كفاءة قد يقعون تحت تأثير ضغط المرض، و يعبرون باستمرار عن الألم و معاناتهم أمام الآخرين، و يظهرون استياء و سخطا ملحوظا إزاء ما توصل إليه وضعهم الصحي، و قد

يسقطون مشاعر التذمر و الكرب على من يحيط بهم من أقارب و أصدقاء، مما يهدد مستوى الأداء الإجتماعي للمريض، و يجعل الآخرين يبتعدون عنه و ينفرون من التعامل معه، أو يتحاشون الإصطدام به بدلا من الإستفادة منهم، و جعلهم سندا له في المواقف الضاغطة، ففي دراسة ويليامز و زملاؤه (Williams & al, 1992) على عينة من مرضى قصور الشريان التاجي، وجدوا أن المرضى الذين كانت درجاتهم أعلى على مقياس الدعم الإجتماعي (كالمتروجين و القادرين على منح الثقة للشريك العاطفي) أظهروا نسبا أقل من الوفيات بصورة دالة أثناء فترة المتابعة، و قد ظلت هذه العلاقة قائمة حتى بعد ضبط المتغيرات الديموغرافية و عوامل الخطورة الطبية، و عليه يتضح من خلال هذه الدراسة أن الدعم الإجتماعي قد يعمل كنوع من "الحماية" أو "العزل" ضد أية نتائج صحية وخيمة.

إن مدى فعالية الأداء الإجتماعي يعتمد جزئيا على مدى كفاءة المريض في انتزاع الدعم الذي يحتاج إليه من الآخرين، فدوي الكفاءة المرتفعة يمتلكون مهارات أفضل في التواصل، و أكثر ميلا لتكوين الصداقات بدلا من استخدام بعض الإستراتيجيات للتغلب على المرض كالانسحاب من الإتصال الإجتماعي، ففي دراسة قام بها (Van Weert, 2007) على عينة من مرضى السرطان، دلت النتائج على أن الدعم الإجتماعي و الكفاءة الذاتية يمكنهما تفسير 17% إلى 47% من التباين في جودة الحياة.

إن ما يعزز مستوى الكفاءة الذاتية لدى المرضى المزمنين في مجتمعنا المحلي هو مستوى التلاحم الإجتماعي، و المساندة التي يحظى بها المرضى من قبل عائلاتهم و أصدقائهم عند تلقيهم نبأ إصابة أحد معارفهم بمرض خطير، حتى و إن لم تكن علاقتهم بالمريض جيدة من قبل، إذ أن هاته السمة تعد من أهم السمات الراسخة في مجتمعاتنا، و من القيم النبيلة التي تشبع بها أفرادها و ذلك من باب صلة الرحم، و القيام بالواجب و إدراكهم بأن كل مريض هو بحاجة ماسة إلى الدعم بكل أنواعه، سواء كان تقييمي أو مادي، معلوماتي أو وجداني، و هذا ما التمسناه من خلال تهاقت أقارب المرضى و معارفهم على المستشفى أثناء أوقات الزيارة، و كثرة التردد عليهم من قبل ذويهم، و تحسن العلاقات الاجتماعية بعد الإصابة، مما يشكل ذلك حصنا منيعا لتحسين الأداء الإجتماعي لدى المريض، و مؤشرا يعتمد عليه لتقبل الوضع الجديد، و تحسين جودة الأداء الإجتماعي.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الصحة النفسية:

أدلت نتائج الدراسة على أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الصحة النفسية لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، فالقلق و الإكتئاب يعتبران من المشكلات التي تواجه مرضى القلب، مما ينعكس ذلك على جودة حياة المرضى، بل الأكثر من ذلك فإن ذلك ينبئ بتدني فرص الشفاء، و بالوفيات بين المرضى، خاصة في حالات الإكتئاب أين يمتنع المرضى عن تناول أدويتهم، كما يعتبر القلق من الإستجابات الشائعة التي تظهر مباشرة بعد تشخيص المرض، حيث تخور قوى العديد من المرضى، و يحسون بالعجز إزاء ما يمكن أن ينطوي عليه المرض، من تغير في حياتهم و من احتمالات

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الموت، و الأبعاد المستقبلية للمرض، و قد يظهر القلق على فترات متقطعة أثناء المرض، فمع كل وخزة ألم في الصدر، يخاف المريض من حدوث نوبة قلبية أخرى، مما يؤثر على قدرة المريض الوظيفية، و على علاقاته الإجتماعية.

و هنا تعتمد درجة التغلب على هذه الإنفعالات على معتقدات المرضى حول إمكاناتهم الذاتية للسيطرة عليها، فالأشخاص الأكثر ثقة بقدراتهم ينظرون إلى المهام الصعبة باعتبارها تحديات ينبغي التغلب عليها، بدلا من رؤيتها تهديدا ينبغي تحاشيه والابتعاد عنه، ومثل هذه النظرة الفعالة تعمل على تشجيع الاهتمام الذاتي والانهماك العميق في تأدية المهام؛ إذ يقوم هؤلاء الأشخاص بوضع أهداف شخصية مثيرة للتحدي، ويلتزمون بها بقوة، كما يزيدون من جهودهم ويحافظون عليها ليقفوا في وجه الفشل، وسرعان ما يستعيدون إحساسهم بالكفاءة الذاتية بعد مرورهم بفترات من الفشل أو الهزيمة، و إذا ما خفق هؤلاء فإنهم يعززون الفشل إلى عدم كفاية الجهود أو نقص المعرفة والمهارات اللازمة لتحقيق المهمة، و مثل هذه النظرة الفعالة تقلل من الضغط النفسي، ومن القابلية للتعرض للاكتئاب و القلق.

إن النتيجة المتوصل إليها جاءت متسقة و العديد من الدراسات التي أكدت على أهمية متغير الكفاءة الذاتية في تحقيق مستوى أمثل من الصحة النفسية، و من بين هاته الدراسات دراسة تساي و شاو (Tsay ; S. Chao ; Y, 2002) على عينة من المصابين بأمراض القلب المزمنة، و التي كشفت نتائجها عن وجود علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين فعالية الذات المدركة و الحالة الوظيفية للقلب، و علاقة ارتباطية موجبة جوهرية بين الحالة الوظيفية للقلب و الأعراض الإكتئابية، كما كشفت النتائج أيضا أن كفاءة الذات المدركة لها تأثير عكسي مباشر على الأعراض الإكتئابية، و آخر غير مباشر على هذه الأعراض من خلال تأثيرها على الحالة الوظيفية للقلب.

كما اتفقت أيضا مع دراسة هيلجيسون (Helgeson & al ; 1999) على عينة من مرضى القلب، إذ وجد الباحثون أن مرضى القلب الذين استجابوا لعلاج مرضهم بتفاؤل و حافظوا على تقديرهم لذواتهم و ثقّتهم بأنفسهم و الإحساس بالسيطرة على المرض تدنت مستويات خطورة تعرضهم لحادث جديد، كما كان تكيفهم النفسي للمرض أكثر إيجابية، و تتفق مع دراسة كرييلتر (Kreilter, S, 2007) التي هدفت دراسته إلى استكشاف العلاقة بين الضغط النفسي و الكفاءة الذاتية و نوعية الحياة لدى مرضى السرطان، و ذلك باختيار نموذج تفاعلي يعتمد على متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك و الكفاءة الذاتية، و تكونت العينة من 60 مريضا، و فرق الباحثون بين الكرب الصحي و الكرب الإجتماعي، و دلت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، و أن الكفاءة الذاتية المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك، و بالتالي ترفع من مستوى جودة الحياة، و كذلك فإن جودة الحياة تتأثر سلبا بالكرب الإجتماعي.

فالكفاءة الذاتية تمتلك دور محوري في السيطرة على المزاج أو المشاعر في مواقف محددة، كما أن هذا الاعتقاد يتضمن نظرةً تفاؤليةً لقدرة المرء على مواجهة الضغط النفسي، و في هذا الصدد أشار فرانكل 1997 ; V ; E Frankal إلى أن ما يتميز به الأشخاص من دوافع فطرية هو ايجاد معنى لحياتهم، و أن الفشل في تحقيق معنى الحياة ينتج عنه مشكلات نفسية، إذ أن هؤلاء الأفراد يشعرون بفرغ وجودي، كما أنهم يعبرون عن نقص المعنى من خلال ما يظهر عليهم من اضطرابات نفسية، و قد دعمت هذه النتيجة بنتائج العديد من الدراسات مثل دراسة Debates, D, L & al, 1993 التي أشارت إلى أن هناك علاقة بين نقص معنى الحياة و الإضطرابات النفسية، حيث ارتبط نقص المعنى بالقلق و الاكتئاب .

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و بالتالي النتيجة الحالية تختلف و توقعات الطالبة، فقد أقر المرضى بأن الكفاءة الذاتية ليست العامل الحاسم للتحكم في المشاكل التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية كالإكتئاب و القلق، بل أن خطورة المرض في حد ذاته، و الآلام الناجمة عنه تعد من أهم المحددات التي تحول دون القيام بالنشاطات اليومية، و عدم القدرة على القيام بعمل أو نشاطات أخرى بالعناية المعتادة.

و في هذا الصدد توصل بوكوك وآخرون (Pocock, SJ & coll, 1996) إلى أن شدة الذبحة الصدرية ترتبط بجودة الحياة، أما بالنسبة لعبء المرض، فقد وجد جيانغ (Jiang W ; 2008) أن وجود الاكتئاب لدى مرضى قصور الشريان التاجي يرتبط مع زيادة معدلات استخدام الرعاية الصحية والاستشفاء و الزيارة المتكررة لمصلحة الإستعجالات الطبية، و وجدت إحدى الدراسات التي قام بها (Goyal TM & al 2005) أن عدم وجود تحسن وظيفي لدى مرضى الاكتئاب بعد ستة أشهر من جراحة القلب يؤثر على الصحة البدنية و القدرة الوظيفية بنفس مقدار تأثير الصحة العقلية، و بناءا عليه نجد بأن محدودية النشاطات المرتبطة بالإضطرابات الإنفعالية يعتبر كأمر حتمي يتجاوز تأثير مستوى الكفاءة الذاتية، كما أن هناك عوامل أخرى قد تطغى على مستوى الكفاءة الذاتية، و لعل من بين أهم هذه العوامل تأثير عامل التدخين على الأغلبية الساحقة من المرضى، إذ أنه و منذ بدء تطبيق مجريات الدراسة الميدانية و المرضى يرددون عبارات توحى بالرضا عما قدره الله سبحانه و تعالى لهم، و أن المرض تزكية نفس لهم، و لا بد أن يؤدوا واجب الشكر لله في السراء و الضراء.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الطاقة:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الطاقة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، فالتعب و الإرهاق خاصة إذا تزامنا مع عوامل خطورة أخرى، يمكنه أن يؤدي إلى مضاعفة فرصة حدوث نوبة قلبية، إلا أن ثقة المرضى المصابين بنوبة قلبية بشأن القدرة

على المحافظة على طاقتهم و حيويتهم تعمل على إزالة التخوف الشديد من أي ممارسة بدنية، لأن ذلك الخوف إذا ما استمر يؤدي حتما إلى مضاعفات صحية خطيرة، وهذا ما أيدته العديد من الدراسات كالدراسة التي تم ذكرها في الجانب النظري لإيوارط في أمريكا "Eawart, 1992" على مجموعة من مرضى القلب و التي توصلت نتائجها إلى أن كفاءة الذات تساعد على إكساب المرضى أنماط سلوكية صحية تساعدهم على المحافظة على نشاطهم و صحتهم القلبية الوعائية.

كما أن نتائج الدراسة الحالية جاءت متفقة مع النتائج التي توصل إليها كل من بوث و آخرون "Booth et al, 2000" من خلال دراسة ميدانية أجروها في استراليا على عينة عشوائية متكونة من 499 شخصا، و تم قياس نشاطهم الرياضي، إضافة إلى قياس كفاءة الذات و متغيرات أخرى نفسية و اجتماعية، و قد أظهرت النتائج بكل وضوح أن ذوي الكفاءة الذاتية العالية كانوا أكثر نشاطا و حيوية من غيرهم، فإذا ما اعتقد الأفراد بأنه يمكنهم أن يقوموا بعمل غايته حل مشكلة معينة، فإنهم يشعرون بأنهم أكثر التزاماً بهذا القرار، فالشخص الذي يؤمن بقدرته على التأثير على الأحداث، يمكنه أن يجعل حياته أكثر نشاطاً و تصميماً، إذ إن معتقد "الاستطاعة" يعكس إحساساً بتحكم المرء في بيئته، وبالسيطرة على التحديات التي يفرضها السلوك الذي تم اختياره والقيام به.

العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الصحة المدركة:

أدلت نتائج الدراسة أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الصحة المدركة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و هذا مايدل على أهمية الإحساس بالسيطرة على المرض و إدارته، إذ أن اعتقاد الفرد بقدرته على التكيف مع المرض، و تخطي العواقب التي يفرضها المرض المزمّن، خاصة إذا كان مرضا خطيرا، و مصيره مجهول، يجعل المريض أكثر إصرارا لتحقيق جودة حياة مثالية تتوافق و طبيعة المرض، و ربما ما يدعم مستوى هاته السيطرة و النظرة الإيجابية للمرض هو تأثير عامل التدين على استجابات المرضى، سواء ما تعلق ذلك بمستوى الآمهم، أو انفعالاتهم، أو علاقاتهم الإجتماعية، فللتدين الأثر الحاسم الذي دعم مستوى كفاءة المرضى، باعتبارهم بأن المرض ابتلاء و مصدر لتخفيف الذنوب، و لا يسعهم إلا الرضوخ لمشئئة الله.

فبالرغم ما يحمله المرض من تهديد، إلى أن رسوخ هاته المعتقدات الإيجابية لدى المرضى، و إعطاء معنى ايجابي للمرض يؤدي إلى التخفيف من حدة الضغوط المرتبطة بالمرض، و يجعل المرضى راضين عما آل إليهم وضعهم الصحي، و يقيمون صحتهم بأنها جيدة، حتى و لو كانت في الواقع عكس ذلك، فقد أقر الكثير من المرضى أن أهم استراتيجية مواجهة يستخدمونها للتغلب على المرض و تدعيم مستوى كفاءتهم و إدراكهم الإيجابي للمرض هي التضرع لله للتخفيف من معاناتهم عن طريق الصلاة، الدعاء، الصدقة، مما يجعلهم لا يستسلمون للمرض، و يكونون أكثر كفاءة في إدارته.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه: "توجد فروق دالة إحصائية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟".

و للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الطالبة بحساب قيمة التباين بين الكفاءة الذاتية و العمر، كما هو موضح في الجدول رقم -64- و كانت تساوي 4.30، و هي قيمة غير دالة إحصائية، مما يشير إلى عدم تحقق هذا الفرض، أي أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا لمتغير العمر"، و يمكن تفسير ذلك أن معظم أفراد العينة من فئة الشيوخ و الكهول، و أن فئة الشباب لم يعبر عنها إلا بنسبة 4.95 %، و عليه فإن هذه النسبة غير كافية لإجراء المقارنات.

أما فيما يخص متغير الجنس فقد بلغت قيمة "ت" -1,51، و هي غير دالة إحصائية، مما يشير إلى أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا لمتغير الجنس"، و هذا ما يختلف عن النتائج التي توصلت إليها دراسة (هالة السعيد 2006) على عينة من طلاب الجامعة من الجنسين، و التي كشفت عن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى الإناث مقارنة بالذكور.

و يمكن تفسير النتائج المتوصل إليها على أساس أن المعتقدات الذاتية حول السيطرة على الأحداث المحيطة بنا لا تتأثر بالجنس، فكل منهما يسعى جاهدا لإبراز إمكاناته الذاتية من أجل التفوق، خاصة في ظل اقتحام المرأة لجميع الميادين و مطالبتها للمساواة مع الرجل، فالفرص متساوية أمام الذكور و الإناث، و الشعور بالتحكم و القدرة يجعل الفرد فعلا باستطاعته امتلاك قوة تهيئه لمواجهة التحديات و ضغوط الحياة، و التحكم في معطيات البيئة من خلال أفعاله بغض النظر عما إذا كان الفرد ذكرا أو أنثى.

و قد أشارت النتائج المتحصل عليها من خلال الجدول (66) أن قيمة "ف" بلغت 1,23، و هي قيمة غير دالة إحصائية، مما يدل على غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجات الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية حسب المستوى التعليمي، و يمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء طبيعة المناهج الدراسية بكل أطوارها؛ إذ أنها لم تهتم بتعليم مهارات و فنيات تنمية مستويات الكفاءة الذاتية بكل أنواعها بما في ذلك الكفاءة الذاتية الصحية لدى المتدربين؛ وإنما تعتمد على أسلوب التلقين دون مراعاة خصوصية الأفراد و بنيتهم النفسية، خاصة في ظل غياب الدور المنوط بأخصائيي التربية، مما قد يؤثر على مستوى كفاءتهم.

و تجدر الإشارة هنا أنه لو تمعنا في خصائص العينة لنجد أن 26.44 % بدون تعليم و 19 % ذو مستوى ابتدائي و 17.35 % منهم بلغوا الطور المتوسط، و عليه فمعظم الأفراد لديهم مستوى تعليمي محدود، مما يؤثر على إجراء المقارنات.

و هي نفس النتيجة المتوصل إليها فيما يخص مدة المرض، حيث أنه من خلال الجدول (67) نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجات الكلية لمقياس الكفاءة الذاتية حسب مدة المرض، إذ بلغت قيمة التباين 0,35، و هي قيمة غير دالة، و عليه فهذه النتيجة تشير إلى عدم تحقق هذا الفرض، أي

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

أنه "لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا لمدة المرض(؟"، و هذا عكس ما توقعته الطالبة، إذ افترضت أن مدة المرض كلما كانت طويلة، زادت مستوى كفاءة التحكم في المرض و إدارته، فالمعاناة من الإصابة لما تكون في أوج بدايتها، ليست نفسها لما تكون في مراحل ممتدة لعدة سنوات، ففي الحالة الأولى صدمة المرض غالبا ما يكون لها وقع شديد على حالة المريض النفسية، و قد لا يتقبل المرض، مما ينعكس على كفاءته الصحية العامة، عكس الحالة الثانية التي من المفترض أن المريض قد أصبح على وعي تام بحالته الصحية، و مدرك لأهمية اكتساب كفاءة معرفية تمكنه من السيطرة على المرض و التكيف معه.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه: "لا توجد فروق دالة إحصائية في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟". و للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الطالبة بحساب قيمة التباين بين الإلتزام بتناول الأدوية و العمر، كما هو موضح في الجدول رقم -68- و كانت تساوي 1,59، أما محور الإتصال الفعال مع الطبيب فقد بلغت قيمة "ف" 0,24، في حين أنه في محور الإلتزام بالغذاء الصحي و التدخين فقد بلغت قيمة "ف" بالترتيب 1,97 و 0,006، و هي قيم غير دالة إحصائية، و عليه، نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجة الكلية لمحاوَر استبيان الإلتزام بالعلاج حسب العمر.

أما في فيما يخص متغير الجنس فمن خلال الجدول (69)، نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجات الكلية لمحاوَر الإلتزام بالعلاج حسب الجنس، حيث بلغت قيمة "ت" فيما يخص محور تناول الأدوية 0,56، في حين أن محور الإتصال الفعال مع الطبيب فقد بلغت -0,11، أما محور التغذية فقد بلغت قيمة "ت" -0,11، و التدخين 2,11، و هي قيم غير دالة .

إن النتيجة المتوصل إليها فيما يخص الفروق في مستوى الإلتزام بالعلاج حسب العمر و الجنس كانت متوافقة مع توقعات الطالبة، فتناول الأدوية بانتظام من السلوكيات الجد مهمة، و التي تؤثر ايجابا على استقرار نوعي لصحة المرضى و تؤدي إلى التقليل من حجم الأزمات القلبية الناتجة عن انسداد الشرايين التاجية، فمعظم المرضى على اختلاف فئاتهم العمرية و جنسهم كانوا متمسكين بممارسة السلوكيات الصحية الموصى بها من قبل محترفي الصحة و قد تجلى ذلك أساسا في تناولهم الأدوية بانتظام و الإلتزام بالحمية الغذائية، يتجنبون التدخين، يحاولون قدر المستطاع الإتصال بأطبائهم و الإستفسار عن حالتهم، إلخ، و عليه فمن الطبيعي أن تتوصل نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في هاته المستويات، و ذلك أن إدراك الخطر لا يكون حكرا على مرحلة عمرية دون أخرى أو على نوع الجنس.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

في حين أنه حسب المستوى التعليمي فمن خلال الجدول (70) نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجة الكلية لمحاول استبيان الإلتزام بالعلاج، حيث بلغت قيمة التباين في الإلتزام بتناول الأدوية 2,33، و الإلتصال الفعال مع الطبيب 0,42، و محور التغذية 0,65، و التدخين 0,90، و هي قيم غير دالة إحصائيا، مما يشير إلى أن الفرضية قد تحققت، وبالرغم من أن نصف عينة الدراسة لهم مكتسبات تعليمية محدودة، إلا أن معظمهم كانوا ملتزمين بتطبيق التوصيات الطبية، و لم تظهر فروق دالة بين ذوي المستوى البسيط و المرتفع من التعليم، فصحیح أن المستوى التعليمي يمكن أن يلعب الدور الحاسم في الإرتقاء بمستوى السلوكيات الصحية بما ذلك الإلتزام بالعلاج إلا أن هناك عوامل أخرى قد تتدخل للتقليل من حجم هذا الفارق، خاصة في ظل تقدم التكنولوجيا و المعلوماتية، و الحملات الإعلامية المستمرة عبر التلفزيون و الإذاعة و الملصقات، و لوحات الإعلانات، و المطبوعات التي ترسل عن طريق البريد حول أهمية الإلتزام بالتوصيات الطبية و تأثير التدخين و التغذية على الصحة القلبية الوعائية، إذ غالبا ما تستهدف هاته الحملات التوعوية جميع الفئات التعليمية، و تكون مقدمة بأسلوب واضح و بسيط و باللغة التي يفهمها عامة المجتمع، هذا بالإضافة إلى الدور المنوط بمؤسسات المجتمع كالجمعيات مثلا التي تحاول تقديم الدعم و الشرح الكافي للمتريدين على مقراتها.

و حسب مدة المرض نجد أن الجدول (71) يوضح غياب الفروق الدالة إحصائيا في الدرجة الكلية لمحاول استبيان الإلتزام بالعلاج، حيث بلغت قيمة التباين في الإلتزام بتناول الأدوية 1,08، أما محور الإلتصال الفعال مع الطبيب فقد بلغت قيمة التباين 0,40، و محور التغذية 0,40، و التدخين 2,04، و هي قيم غير دالة إحصائيا، و عليه فهذه النتيجة تشير إلى تحقق الفرض الثاني، أي أنه "لا توجد فروق دالة إحصائيا في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا لمدة المرض، و ترى الطالبة أن النتيجة السابقة تشير إلى أن القدرة على اتخاذ القرار للإنخراط في البرنامج العلاجي ليست خاصة بمدة المرض، فخطورة المرض، و احتمالية تطوره، و كذا الخوف من فقدان الحياة سيكون هو العامل الأكثر مساهمة للإلتزام بالعلاج.

إن نتائج الدراسة المتوصل إليها تتفق مع دراسة ماريكا كنيكت و زملاؤها (Knecht ; M, 1999)؛ على مرضى السكري، إذ أنه لم يرتبط السن و مستوى التعليم ارتباطا دالا بفعالية الذات لصحة الأسنان، كما لم يرتبط أيضا بفعالية الذات للرعاية من مرض السكر، كما لم ترتبط مدة الإصابة بالمرض بفعالية الذات للرعاية من مرض السكر، و تختلف عن نتائج دراسة (فريال ناجي عزيز و آخرون 2007) على عينة من مرضى السكري، و التي أسفرت نتائجها عن وجود ارتباطات هامة إحصائيا من الإلتزام مع العمر و الجنس، مستوى التعليم، دليل كتلة الجسم، التدخين، مدة المرض، و وجود مضاعفات للمرض، و كذلك تختلف عما توصلت إليه دراسة (محمد السيد عبد الرحمن، 1998) على عينة من المدخنين، إذ أنه من بين أهم النتائج المتوصل إليها وجود فروق جوهرية بين المدخنين

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الأصغر سنا و الأكبر سنا في بعد كفاءة الذات في مواجهة الإحباطات الداخلية و في الدرجة الكلية لمقياس كفاءة الذات للمدخنين، و و جود فروق جوهرية بين المدخنين باختلاف مدة الامتناع (أقل من شهر، و شهر فأكثر) و الفروق في صالح مجموعة الممتنعين عن التدخين لمدة طويلة.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه: " لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)؟".

و للتحقق من صحة هذا الفرض قامت الطالبة بحساب قيمة التباين بين جودة الحياة المتعلقة بالصحة و المتغيرات المذكورة أعلاه، فمن خلال الجدول (72) نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب العمر، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 1,60، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 1,68، و محور الألم الجسدي 1,21، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجتماعي 0,01 و 1,18 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 1,22 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,83 لمحور الطاقة، و 0,47 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائيا.

و من خلال الجدول (73) نلاحظ غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب الجنس، ماعدا المحور الثاني الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية و الفرق لصالح الذكور، حيث بلغت قيمة "ت" -2,36، و هي قيمة دالة إحصائية عند مستوى أقل من 0,01، أما في محور الوظائف البدنية فقد بلغت قيمة "ت" -1,06، و محور الألم الجسدي -1,38، في حين بلغت قيمة "ت" في محور الأداء الإجتماعي -2,32، و -0,58 فيما يخص محور الصحة النفسية، و -0,81 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,007 لمحور الطاقة، و -1,02 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائيا.

كما نجد من خلال الجدول (74) غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب المستوى التعليمي، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية 1,061، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 0,70، و محور الألم الجسدي 1,87، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجتماعي 1,95 و 1,40 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 0,25 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,92 لمحور الطاقة، و 0,78 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائيا.

و نلاحظ من خلال الجدول (75) غياب الفروق الدالة إحصائية في الدرجة الكلية لمحاور مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض، حيث بلغت قيمة التباين في محور الوظائف البدنية

0,01، أما محور القيود المرتبطة بالصحة البدنية فقد بلغت قيمة التباين 2.20، و محور الألم الجسدي 0,97، في حين بلغت قيمة التباين في محور الأداء الإجتماعي 0.11 و 0,18 فيما يخص محور الصحة النفسية، و 0,37 فيما يتعلق بالحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، و 0,17 لمحور الطاقة، و 0,15 لمحور الصحة المدركة، و كل هذه المحاور غير دالة إحصائياً، و عليه فهذه النتيجة تشير إلى تحقق الفرض الثالث، أي أنه "لا توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)".

إن النتيجة المتحصل عليها تتوافق و توقعات الطالبة، باستثناء الفرض الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية، إذ كانت هناك فروق دالة إحصائياً حسب متغير الجنس، و الفرق لصالح الذكور، و يمكن تفسير ذلك أن الأعباء الملقاة على الرجل فيما يخص تأمين المستوى المعيشي لأفراد أسرته، و السعي الدؤوب لتلبية احتياجاتهم، خاصة إذا كان هو المورد الوحيد المعتمد عليه في الأسرة، كل هذا يجعله لا يستسلم للعوائق المرتبطة بالقيود التي تفرضها الصحة البدنية، مما يجعله أكثر حركة و نشاطاً، كما أن اختلاف المعايير الإجتماعية التي تتوقع من الرجال أن يعكسوا صورة صلبة عن أنفسهم تجعلهم لا يستسلمون للمرض.

أما فيما يتعلق ببقية المتغيرات فإن خطورة المرض و الأعراض المؤلمة المرتبطة به و كذا الأعباء الناجمة عن المرض كعدم القدرة على الحركة و حالة التعب للغير، و القيود التي يفرضها البرنامج العلاجي، و كذا الخوف من الموت سيكون لها انعكاس مباشر على جودة حياة المرضى بمجالاته المختلفة، و هذا لا يستثن منه لا الفئة العمرية للمريض، و لا المستوى التعليمي أو مدة المرض.

إن تقهقر الحالة الصحية للمريض، و ما ينجر عن ذلك من آلام عادة ما يؤدي إلى تدني مستوى نشاط الفرد، و إلى تراجع في قدراته الحركية، كما تميل ردود الأفعال الإنفعالية لمن يعانون من الآلام المزمنة إلى القلق و الإكتئاب، و تتدهور علاقاتهم الإجتماعية، فالمرض يجعل المريض منهمكاً بذاته، دائم الإهتمام بأعراضه الجسمية و الإنفعالية و ذلك مهما بلغت مرتبتهم العلمية أو سنهم، أو خبرة تعرضهم للمرض، فنتائج الدراسة الحالية تتفق و دراسة راماناياه و آخرون (Ramanaiyah, N, V & al, 1997) التي أوضحت أن المرتفعين و المنخفضين على مقياس الرضا عن الحياة يختلفون في العصابية و الإنبساطية و التفتح و التوافق و الوعي، إلا أنه لم توجد فروق بين الجنسين.

و من جهة أخرى تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة ريجيدور (Regidor, E & al, 1999) ، و التي فحصت الفروق بين الصحة المدركة و مستوى التعليم لدى السكان الراشدين في إسبانيا، و قد أوضحت النتائج أن الضعف في مستوى الإدراك الصحي مرتبط بانخفاض مستوى التعليم، و لا يستثن من هذه النتيجة إلا النساء من مستوى التعليم الثاني اللاتي كانت لديهن مستويات أعلى في مختلف الأبعاد

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

الصحية مقارنة بالنساء في المستوى التعليمي الثالث، كما ظهرت أكبر الفروق في المستوى التعليمي لدى كل من الرجال و النساء في الصحة العقلية و الصحة العامة لدى الأشخاص في السن من "25-44 سنة"، و في الوظائف الجسمية و الصحة العامة في السن من "45-64 سنة"، أما في فئة السن من "65 فما فوق" فقد كانت أكبر الفروق التي وجدت في الوظائف الجسمية و الحيوية لدى الرجال، و آلام الجسم و الدور العاطفي الإنفعالي لدى النساء.

كما تختلف نتائج الدراسة عما توصلت إليه دراسة ماك كوناث و آخرون (McConatha, J & al, 1998) على 327 من الذكور و الإناث، الذين تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات عمرية (من 19- 35 سنة، من 36 إلى 55 سنة، من 56 سنة فأكثر)، و التي بينت نتائجها أن الإناث الأكبر سنا كانوا أقل تحكما في حياتهم من صغار الراشدين، و أن ذلك ينعكس على إدراكهم لجودة الحياة، فالكبار من السيدات أقل إدراكا لجودة الحياة من الصغار، و تختلف عن نتائج دراسة توفيق درادكة و طارق الحبيب (Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T, 2005) باستثناء متغير الجنس، إذ استخدم الباحثان الإستهبيان Self-Reporting Questionnaire SRQ-24 الذي يملأ من قبل المريض نفسه و سلم قياس جودة الحياة لدى الفصاميين، كما درسا متغير الجنس و الحالة العائلية و العمل و التعليم و الأعراض الذهانية و غير الذهانية.

و قد أدلت النتائج بأن 27% من أفراد العينة كانت لديهم جودة حياة عالية و 19.4% منهم يعتقدون أن صحتهم العامة ممتازة أو جيدة جدا في حين أن 30% أقرروا بأنهم قد حققوا آمالهم، و لم تكن هناك علاقة دالة بين الجنس و الحالة العائلية من جهة، و بين جودة الحياة من جهة أخرى، في حين كان الارتباط دالا بين المستوى التعليمي و المهنة و بين جودة الحياة، كذلك أظهرت النتائج أن جودة الحياة كانت أفضل لدى المرضى الذين يعانون من أعراض ذهانية طفيفة و الذين لا يعانون من أعراض ذهانية على الإطلاق، إذ كان ربع أفراد العينة يتمتعون بجودة حياة معقولة على الرغم من مرضه.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية السابعة:

لقد استبعد الفرض الذي مفاده أن للكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية بالإنتمار بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و ذلك لأن العلاقة بين المتغيرين لم تتحقق.

تفسير و مناقشة نتائج الفرضية الثامنة:

تنص الفرضية الثامنة على أنه: " هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و للتحقق من صحة الفرضية تم حساب معاملات الإنحدار و قد بلغت قيم معامل الإنحدار بالترتيب (0,60 - 0,09 - 0,41 - 0,03 - 0,16 - 0,35)، و هي قيم غير دالة إحصائيا، مما يشير إلى عدم تحقق الفرضية، أي أنه: " ليست هناك قدرة للكفاءة الذاتية على

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و عليه فنتيجة الدراسة كانت مناهضة لتوقعات الطالبة، و لما توصلت إليه الدراسات السابقة، كما اختلفت أيضا مع الإنتاج الفكري النفسي لألبرت باندورا، و التي أجمعت بأن للكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لذوي الأمراض المزمنة عموما، فمثلا و من خلال ما ورد في الجانب النظري لمتغير الكفاءة الذاتية، فإن هذه الأخيرة تعد منبئا بالعجز الوظيفي Functional disability بغض النظر عن مستوى الألم أو مدة الإصابة بالمرض، فالمستوى المرتفع من الكفاءة الذاتية يعزز من فائدة آليات مواجهة المرض، و التي تقلل بدورها من العجز الوظيفي، و أن التحسن في الفعالية الذاتية يرتبط بالتحسن في الألم، و العجز، و الحالة المزاجية، و كذلك ارتبط بالنتائج قصيرة المدى، و طويلة المدى لتدريبات مهارات التغلب، و التدريبات المعتمدة في البرامج التعليمية للمساعدة الذاتية، علاوة على ذلك فإن الفعالية الذاتية تؤثر أيضا على التنبؤ ببعض النتائج العلاجية بعد تدخلات الجراحة.

و بناءا عليه يمكن تفسير النتيجة المتحصل عليها أن الكفاءة لوحدها لا يمكنها التنبؤ بمستوى جودة الحياة لدى المرضى، إذ أن هناك عوامل أخرى قد تتدخل، و يمكن أن يكون لها الأثر الحاسم في مثل هذه النتائج، فشدة الأعراض، و المساندة الإجتماعية المدركة، و كذا المستوى المعيشي للفرد، و الصلابة النفسية، و تأثير المعتقدات الدينية، و المخططات الذهنية للمرض، كلها عوامل ضالعة بأن تؤثر على مستوى الجودة الصحية للمريض.

مناقشة عامة:

أدلت نتائج الدراسة فيما يتعلق بالفرضية الأولى إلى أنه: "يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بكفاءة ذاتية مرتفعة"، و يمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها إلى أن إدراك المرض لذاته و قدراته يساعده على السيطرة على الموقف الضاغط، مما يجعله يتكيف مع المرض، فالكفاءة تعمل على تأهيل الفرد و تزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق مستوى صحي جيد، و عليه فتمتع أفراد العينة بمستوى مرتفع من كفاءة الذات ينبع من مخاوفهم و معتقداتهم حول امكانية تطور المرض، و قناعتهم من جهة أخرى بأن بإمكانهم السيطرة عليه، خاصة و أن علاج مرض قصور الشريان التاجي يرتبط ارتباطا وثيقا بتبني أسلوب حياة صحي خاضع لسيطرة المرض و تحكمه.

أما الفرضية الثانية فقد أشارت إلى أنه: "لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، حيث لم ترتبط الكفاءة الذاتية بأنماط الالتزام بالعلاج و المحددة أساسا في تناول الأدوية بانتظام، الإتصال الفعال مع الطبيب، الممارسات الغذائية، التدخين، و هذا ما يشير إلى عدم تحقق الفرض الثاني، الذي جاء مخالفا لتوقعات الطالبة المبني على أساس أن معتقدات كفاءة الذات تعد منبئا بسلوك الإذعان للعادات الصحية التي تدعم وظائف القلب و الأوعية الدموية، و تساعد على الوقاية من التعرض للأزمات القلبية لدى الأفراد الذين يعانون من أمراض

القلب و الشريان التاجي، كما أن النتيجة كانت مختلفة عما أشار إليه باندورا بأن الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة يتوجهون نحو المهام الصعبة كتحديات ليكونوا مسيطرين عليها، و ينشغلون بعمق في أداء نشاطاتهم، و يضعون لأنفسهم أهدافا تجعلهم في موقف تحد حتى يحققوها، فطبقا لألبرت باندورا فإن ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة يلتزمون بالإلتزام بالعلاج، و يتغلبون على المعوقات التي تحول دون ذلك.

كما أن النتائج المتوصل إليها لم تؤيده العديد من الدراسات التي قد تم التطرق إليها في الجانب النظري، ففيما يخص الممارسات الغذائية الإيجابية، فقد أثبتت العديد من الدراسات أن هناك علاقة بين هذا الأخير و متغير الكفاءة الذاتية كالدراسة التي قام بها "Meland & al ;1999" و كذا دراسة (Champlis & Murry,1979)، و التي أسفرت نتائجها بكل وضوح إلى أهمية متغير الكفاءة الذاتية في تعديل السلوك المتعلق بنظام التغذية، و الإلتزام بالحمية، و أيضا دراسة (Schwarzer ; R, Renner ;B, 2000) ، والتي أثبتت النتائج أنه كلما كانت فعالية الذات أقوى، كانت سلوكياتهم الغذائية أفضل، كما كانت فعالية الذات و توقعات العواقب منبئين بالمقصد السلوكي، في حين لم تتمكن إدراكات الخطر من التنبؤ بالمقصد السلوكي.

أما فيما يخص التدخين فقد أجمعت كل من دراسة (Cantrell.B et al,1993) و (Muddle & al,1995) و (Heller & Krauss,1991)، و دراسة (Shiffman, S & al, 2000) على أنه توجد علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية و التدخين، و قد كشفت نتائج دراسة كوبو و ديلوريو (Kobau ; R, Dilorio ;C, 2003) فيما يتعلق بسلوكيات الإلتزام بالعلاج عن أن 75 % من عينة الدراسة لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لسلوكيات الإذعان للوصفات العلاجية، كما أن أكثر من 90 % من العينة لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لتناول العلاج في مكان وجود الأسرة نفسه، و أكثر من 88% لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لذكر اسم علاجهم و عدم إخفائه، و 86% لديهم فعالية ذاتية لتذكر مواعيد الجرعة الخاصة بعلاج النوبة الصرعية، بالإضافة إلى أن 45% لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات للحصول على عدد ساعات نوم يتراوح ما بين 8-9 ساعات كل ليلة، و 42% لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لأداء التمرينات الرياضية، لمدة ثلاثة ساعات أسبوعيا، و 38% فقط لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لممارسة تمارين الإسترخاء لتقليل الضغوط، بالإضافة إلى أن 32% من العينة كان لديهم درجة مرتفعة من فعالية الذات لوقف النوبة الصرعية بطريقتهم الخاصة.

و يمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها إلى أن الكفاءة الذاتية ليست هي العامل المؤثر على التزام المرضى بالعلاج، بل أن هناك عوامل أخرى قد تؤثر على سيرورة العلاج، فالنظرة الإيجابية للدواء و نوع المرض، و الثقافة الدوائية بصفة عامة قد يكون لها تأثير على اتخاذ قرار الإلتزام من عدمه، ففي دراسة قام بها وليد صويلح و ريم عرفات (Waleed S & Reem A, 2006) بينت النتائج أن 79.9 % من أفراد العينة اعتبروا بأن الدواء شئ إيجابي و يساعد على الشفاء و 15.4 % اعتبروا الدواء شر لا بد

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

منه، و 4.7% اعتبروا الدواء شيئاً سلبياً، و أشارت النتائج أيضاً أن الناس الذين لديهم عناية بصحتهم يعتبرون الأدوية أكثر إيجاباً من الذين لا يوجد لديهم عناية بصحتهم، كما أنه يوجد فرق في وجهة نظر الناس في الدواء بناءً على نوع الدواء الذي يستعملونه، فمثلاً المرضى الذين يستعملون أدوية الربو و الضغط و الأمراض النفسية ينظرون إلى الدواء بشكل سلبى أكثر من غيرهم، كما أن الثقافة الدوائية لها تأثير إيجابى على وجهة نظر الناس في الدواء حيث أن هذه النظرة الإيجابية تزيد في الإنضباط الدوائى، و بالتالى في النتائج الإيجابية للعلاج.

و نظراً لارتفاع نسبة الإصابة بمرض قصور الشريان التاجى، و باعتباره يستحوذ على أكبر نسبة للوفيات في العالم عامة و الجزائر خاصة، فقد أصبح مجرد احتمال الإصابة بهذا المرض يمثل درجة مرتفعة من التهديد، فالخطورة المدركة للمرض، و العواقب العيادية كالإصابة بالذبحة الصدرية أو جلطة قلبية جراء عدم الإلتزام، بالإضافة إلى العواقب الاجتماعية للمرض كعدم القدرة على مزاولة النشاط المهني المعتاد، و رؤية المريض للمراحل المتأخرة لهذا المرض لدى بعض الأقارب و الأصدقاء، و انتهائه لدى الكثيرين منهم بالموت، يجعل المريض يمارس أكبر قدر ممكن من السلوك الصحى الإيجابى حتى يقلل أو يؤجل قدر الإمكان من تفاقم الأعراض، أو وصول حالته الصحية إلى مراحل متأخرة.

و لقد توصلت نتائج الفرضية الثالثة إلى أنه: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الكفاءة الذاتية و محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و المتمثلة في: القبول المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدى، الأداء الإجتماعى، محور الصحة النفسية، الطاقة، و الصحة المدركة، و يستنتج من هذه النتيجة محور الوظائف البدنية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية"، اللتان كانت نتائجهما مختلفة تماماً عن توقعات الطالبة، و ما تم ذكره في الدراسات السابقة، ف فيما يخص الوظائف البدنية فقد كانت النتائج مناقضة للعديد من الدراسات كدراسة هاريسون (Harisson ; A,2004) و جينسين و آخرون (Jensen ; M ; P et al ; 1991) التي أجمعت على أهمية الكفاءة الذاتية في المحافظة على الأداء الوظيفى للمرضى و تحسينه.

فالأداء الوظيفى، و القيام بالحركات و النشاطات الرياضية الموصى بها تعتبر كمؤشر هام لتحسين جودة الحياة لدى المرضى، فقد توصلت دراسة أميري (Emery ;C. 2003) على عينة من مرضى الإلتهاب الرئوي المزمن، أن إزعاج المرضى لبرنامج التمرينات الرياضية بشكل منتظم على مدار عام من المتابعة قد ساعدهم في المحافظة على المكاسب التي حققوها خلال برنامج التمرينات الرياضية المكثف في حين انخفض الأداء الجسمى، و الأداء المعرفى، و التمتع النفسى لدى من لم يحافظوا على ممارسة التمرينات الرياضية بانتظام، كما لم يحسن الإستمرار في نظام التمرينات الرياضية من حالة الوظائف الجسمية و المعرفية و لكنه فقط حافظ عليها من التدهور.

أما عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الحدود التي تسببها الإضطرابات الإنفعالية، فإن نتائجها هي الأخرى كانت مختلفة عن توقعات الطالبة، و يمكن عزو ذلك إلى أن التحكم في مجريات الأمور قد يخرج عن نطاق الكفاءة الذاتية، خاصة في ظل الطابع التراكمي للضغوط المرتبطة بالمرض، و الأعباء المرتبطة بتأثيرات الحياة اليومية، قد تجعل المريض يفقد السيطرة على انفعالاته، و بالتالي يؤثر ذلك على نشاطاته اليومية، و يفقد القدرة على القيام بعمل أو نشاطات أخرى بالعناية المعتادة.

و في المقابل، بينت النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية و محاور جودة الحياة المتعلقة بالصحة، و المتمثلة في: القيود المرتبطة بالصحة البدنية، الألم الجسدي، الأداء الإجتماعي، محور الصحة النفسية، الطاقة، و الصحة المدركة، فالمرض الخطير له انعكاسات سلبية على مختلف جوانب حياة المريض، إذ أنه قد ينتج عن مرض قصور الشريان التاجي و خاصة بعد النوبة مباشرة صعوبة في الحركة، و عدم القدرة على بذل أي مجهود عضلي، مما يجعله بحاجة ماسة إلى من يساعده على مزاولة نشاطاته اليومية، كالمشي، أو الإستحمام و ارتداء الملابس، كما قد تتأثر النواحي النفسية و الإجتماعية للمريض، لما قد يسببه المرض من ضغوطات و إحباطات، إذ غالبا ما تتسم ردود أفعالهم للمرض بالقلق و الإكتئاب (كما تم الإشارة إليه في الفصل الرابع)، نتيجة نظرتهم السلبية للمرض، و ما يزيد من درجة المعاناة هو عدم توفر الظروف المناسبة للتعايش مع المرض، سواء كانت مادية أو معنوية، و هذا ما يتفق مع الدراسة التي قام بها محمد و جورجيس لدى المصابين بالربو في الأردن، و التي هدفت إلى تقييم جودة حياة المرضى الراشدين و التعرف على المؤثرات و الجوانب البيئية و الجسمية و النشاطات اليومية و الأدوية و العلاجات و علاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية و الإجتماعية و الإقتصادية، و أشارت النتائج إلى تأثير جودة الحياة لدى هؤلاء المرضى في جوانبها الجسمية و النفسية و الإجتماعية.

و في دراسة قام بها فيتزسيمون (Fitzsimons & al , 2000) و التي هدفت إلى تقييم مستوى جودة الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، و ذلك باستخدام مقياس النموذج المختصر "36" للمسح الصحي (Short Form-36 Health Survey)، و هو نفس المقياس المستخدم في الدراسة الحالية، و قد بينت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معدلات الإعتلال و شدة الذبحة الصدرية، و وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين القدرات الوظيفية و درجة الذبحة الصدرية، كما أظهرت نتائج الدراسة انخفاضا في بعض المجالات لدى المرضى المسجلين في قائمة الإنتظار منذ 6 أشهر إلى عام للتدخل لترقيع الشريان التاجي، و عليه فقد خلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين يعانون من الذبحة الصدرية لديهم مشاكل جسمية و نفسية جسيمة، و خاصة الذين ينتظرون إجراء عملية جراحية للقلب.

و في هذا السياق تعد الإدارة الذاتية النشطة مفتاح النجاح للسيطرة على مرض القلب، حيث يمكن إحداث أثر من خلال تغيير أسلوب الحياة، مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض، و تفادي مضاعفاته، و المعالجة المثالية في الوقت الحاضر هي المعالجة المتمركزة حول المريض، أو الموجهة للمريض،

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

فتحسين الأداء الوظيفي للمريض، و السيطرة على الضغوط، و إدارة الألم، كلها تعتبر عناصر أساسية تستلزم على المريض التحكم فيها لتجنب التعرض لنوبات قلبية خطيرة، قد تؤدي إلى استفحال المرض و تطوره، مما ينعكس على جودة حياته، فتوقع المريض بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبا فيها تخدم صحته و تزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية.

و لذلك فإن الذين يجتهدون من أجل التكيف مع المرض كالتحكم في المواقف الضاغطة، و الاستفادة من مصادر المساندة الإجتماعية، و إدارة التخوف الناتج عن القيام بالنشاطات المعتادة، يتميزون بكفاءة عالية للذات، و لهم ممارسات فعالة في حياتهم، و السبب في ذلك يرجع حسب قول باندورا إلى الإرادة القوية لديهم، حيث يجندون أكبر قدر ممكن من الطاقة الجسمية و الطاقة الانفعالية لضمان نجاح أدائهم و كذا الحصول على نتائج يرغبون فيها، و بالتالي يحققون المستوى الأمثل من جودة الحياة، و هذا ما أيدته العديد من الدراسات كدراسة لكوريس و آخرون (Kores ; R ; C et al ; 1990)، و التي طلب فيها من مجموعتين من مرضى الألم المزمن أن يقدروا مدى قدرتهم على المشاركة في خمسة أنشطة (المشي، الحمل، التغلب على الألم، العمل، الأنشطة العائلية) أثناء المشاركة في برنامج العلاج متعدد الأبعاد للألم، و وجد أن الأفراد الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة في الفعالية الذاتية أظهروا أوقات أطول في الجلوس، و الوقوف، و أخيرا تحسن في قدرتهم على العمل، و المشاركة في الأنشطة، و استخدام منخفض للأدوية، و استمر هذا التحسن لمدة 3-11 شهرا من المتابعة، و ذلك مقارنة بالمجموعات المنخفضة في الفعالية الذاتية.

كما تتفق نتائج الدراسة الراهنة مع دراسة كوهلر و فيش و جرين (Kohler,C.Fich ;L. ; 2002) التي هدفت إلى الوقوف على العلاقة بين كفاءة الذات المدركة و نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى 208 من مرضى الإنسداد الرئوي المزمن الراشدين، و قد كشفت نتائج الدراسة عن أن علاقة وظائف الرئة و الأعراض المرضية بالضعف الوظيفي للرئة يمكن تقليلها عن طريق زيادة كفاءة الذات المدركة لفاعلية هذه الوظائف، كما كشفت النتائج عن أن كفاءة الذات المدركة لفاعلية وظائف الرئة تتوسط العلاقة بين نوعية الحياة ووظائف الرئة، و بالتالي فإن المرضى الذين لديهم قدر ضئيل من كفاءة الذات المدركة قد تكون وظائفهم أكثر ضعفا من هؤلاء الذين يعانون من القدر نفسه من المرض و لكنهم ذو درجة أعلى من كفاءة الذات المدركة، و التي تساعدهم بدورها على تحقيق فعالية أكبر لوظائف الرئة.

إن المعتقدات المعرفية المتعلقة بالكفاءة الذاتية تؤثر على أنماط التفكير التي إما أن تكون معززة للذات أو معيقة لها؛ حيث إن مدركات الأشخاص المتعلقة بكفاءتهم تؤثر على أنواع السيناريوهات المتوقعة، التي ينشؤونها ويستعيدونها عند الحاجة، إذ يرى الأشخاص الذين يشعرون بقدر عال من الكفاءة

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

سيناريوهات النجاح ماثلة في ذهنهم، مما يعطيهم دافعاً إيجابياً لتحسين جودة حياتهم، و هكذا نجد بأن جودة الحياة تقترن بالكفاءة الذاتية، فيرى دودسون Dodson أن جودة الحياة هي الشعور الشخصي بالكفاءة الذاتية واجادة التعامل مع التحديات، و تدعم النظرية المعرفية الإجتماعية أيضا هذه النتيجة، فطبقا لهذه النظرية هناك ثلاث معارف ترجح حرص مريض قصور الشريان التاجي على التمسك بأنماط السلوك الصحي الإيجابي و هي:

✓ إدراك التهديد المرتفع على الصحة.

✓ توقع أن ممارسة سلوك صحي معين سوف يقلل من هذا التهديد (توقعات العواقب).

✓ توقع الفرد بأنه قادر على ممارسة هذا السلوك بنجاح (كفاءة ذاتية).

يتضح مما سبق أن هناك دورا فعالا لعملية الذات يمكن استخدامها لتحقيق فوائد صحية – سلوكية في مجال علم نفس الصحة، حيث يبدو واضحا و جليا مما سبق عرضه من نظريات و نماذج و دراسات و أبحاث أن الآليات النفسية الفعالة التي من خلالها يحافظ الفرد على صحته و يرتقي بسلوكه إلى أفضل المستويات الصحية و المعرفية و السلوكية هي تقديم البرامج و تبني الجوانب العملية في دراسة متغير الكفاءة الذاتية، لتحقيق جودة حياة صحية، و هناك من الأدلة ما يشير إلى أن خبرة السيطرة أو الكفاءة الذاتية ربما تطيل الحياة، فقد بينت دراسة (Kaplan, R,M, 1994) أن مرضى القلب الذين كانت توقعاتهم فيما يتعلق بالكفاءة الذاتية كبيرة، عاشوا مدة أطول من الذين كانوا يفنقرون لمثل هذه التوقعات، كما أشارت دراسة (Cormwell, 1977) إلى أن محاولات تعزيز مشاعر السيطرة عند مرضى القلب تركت أثارا ايجابية.

و من جهة أخرى كشفت نتائج الدراسة الرابعة على أنه: " لا توجد فروق في الكفاءة الذاتية لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (السن،الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)،" مما يعني أن الفرضية الأولى لم تتحقق، و يمكن تفسير النتائج المتوصل إليها على أساس أن المعتقدات الذاتية حول السيطرة على الأحداث المحيطة بنا لا تتأثر لا بالجنس و العمر، و لا بالمستوى التعليمي و مدة المرض، فإدراك المرضى لأهمية اكتساب كفاءة معرفية تمكنهم من السيطرة على المرض و التكيف معه تجعلهم يتجاوزون الحدود المتعلقة بهاته المتغيرات، و يحاولون قدر الإمكان بسط سيطرتهم على الأحداث الضاغطة، خاصة و أنهم في مواجهة مستمرة مع المرض، فإما التكيف مع المرض بواسطة ميكانيزم الكفاءة الذاتية و إما الموت.

أما فيما يخص الفرضية الخامسة، فقد بينت النتائج أنه "لا توجد فروق في الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (السن،الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)،" مما يدل على أن الفرضية قد تحققت، فالقدرة على اتخاذ القرار للإنخراط في البرنامج العلاجي ليست

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

خاصة بالمتغيرات المذكورة آنفاً، فخطورة المرض، و احتمالية تطوره، و كذا الخوف من فقدان الحياة سيكون هو العامل الأكثر مساهمة للإلتزام بالعلاج.

أما نتائج الفرضية السادسة فقد نصت على أنه: "لا توجد فروق في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقاً للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)"، مما يشير إلى أن هذه الفرضية قد تحققت، فخطورة المرض و الأعراض المؤلمة المرتبطة به و كذا الأعباء الناجمة عن المرض كعدم القدرة على الحركة و حالة التبعية للغير، و القيود التي يفرضها البرنامج العلاجي، و كذا الخوف من الموت سيكون لها انعكاس مباشر على جودة حياة المرضى بمجالاته المختلفة، و هذا لا يستثن منه لا الفئة العمرية للمريض و جنسه، و لا المستوى التعليمي أو مدة المرض. و فيما يتعلق بالفرضية السابعة، التي مفادها أن "الكفاءة الذاتية قدرة تنبؤية بالإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، فلقد تم استبعادها، نظراً لأن العلاقة بين المتغيرين لم تصل إلى مستوى الدلالة.

في حين أن الفرضية الثامنة نصت على أنه: "ليست هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي"، و هذا ما لم تؤيده الدراسات السابقة، و النظرية المعرفية لألبرت باندورا التي أكدت نتائجها على أهمية متغير الكفاءة الذاتية في التنبؤ بجودة الحياة لذوي الأمراض المزمنة عموماً.

و أخيراً، فعلى الرغم من أن فعالية الذات تعد عاملاً أولياً لإدارة المرض، إلا أنه من المهم الأخذ في الإعتبار تحذير شواررز و فوش (Schwarzer & Fuch) من أن فعالية الذات ليست العصا السحرية لحل جميع المشكلات الصحية التي يمكن أن تظهر عند التنبؤ بالتغير السلوكي، فهناك متغيرات أخرى قد يكون لها أثر أعمق و أوضح من متغير الكفاءة الذاتية، فعلى سبيل المثال و بالرغم من توصل الدراسة إلى وجود علاقة بين الألم و الكفاءة الذاتية، إلا أنه يعتبر كخبرة فسيولوجية و نفسية و سلوكية معقدة جداً قد تستمر لعدة أيام بل و شهور و بالتالي فإن تجاوزه قد يتجاوز حدود الكفاءة الذاتية إلى تأثير عامل التدخين، و هذا ما بدا جلياً من خلال تصريحات المرضى أثناء التعامل معهم، الذين كانوا يستنكرون عزو طول مدة البقاء أو الموت لمستوى الكفاءة الذاتية، بل يرون بأن ذلك يخضع لركن "القضاء و القدر".

إسهامات الدراسة:

فيما يلي بيان إسهام الدراسة الراهنة في مجال علم النفس الصحي و ذلك من الناحيتين النظرية و التطبيقية:

الإسهامات النظرية:

- ألفت الدراسة الضوء على فهم طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و الإلتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشريان التاجي، مما يلفت انتباه الباحثين لإجراء مزيد من الدراسات على العينات نفسها، أو على عينات أخرى مثل مرضى الأمراض المزمنة الأخرى.
- ألفت الدراسة الضوء على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- لفتت نتائج هذه الدراسة الإلتباه إلى ضرورة اعداد برنامج لضبط كثير من أنماط السلوك الصحي، و رفع مستويات كفاءة الذات لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- دراسة الإلتزام بالعلاج بوصفه بعد من أبعاد السلوك الصحي و جودة الحياة المتعلقة بالصحة في ضوء متغير اجتماعي معرفي مثل كفاءة الذات بالإضافة إلى متغير المرض، يعد محاولة للوقوف على بعض المؤشرات التي تنبئ بالقيام بسلوك صحي معين، و عدم القيام بآخر.

الإسهامات العملية:

- ساهمت الدراسة الراهنة في تقديم أدوات ذات كفاءة قياس نفسية جيدة لقياس عدد من المتغيرات التي تحظى باهتمام الباحثين في الوقت الراهن و هي مقياس الكفاءة الذاتية و جودة الحياة و كذا مقياس الإلتزام بالعلاج.
- من شأن هذه النتائج أن تساهم في التخطيط للبرامج الوقائية و العلاجية، بحيث تضم برامج لتنمية كفاءة الذات ، و التي تساهم في تبني أنماط السلوك الصحي، و تجنب أنماط السلوك السلبي، و التوعية لمختلف فئات المجتمع من المرضى و الأصحاء بالسلوكيات المهددة للصحة، كما يمكن استخدام هذه المقاييس في تقييم كفاءة العلاجات النفسية للمزمنين التي تستهدف تنمية ممارساتهم الصحية و كفاءتهم الذاتية، مما ينعكس ايجابا على جودة حياتهم، و على أساس هذه النتائج، سُلط الضوء على التطبيقات العملية الناجمة عن الدراسة الحالية، فالحاجة ليست إلى تأكيد الفوائد الإيجابية لأداء هاته السلوكيات، بل إلى بناء استراتيجيات شاملة و هادفة قصد معالجة المعوقات التي تحول دون تطبيق هاته الممارسات، و لا سيما معوقات الكفاءة الذاتية.
- تعد الدراسة الراهنة و ما توصلت إليه من نتائج دليلا جديدا على أهمية دور الإختصاصي النفسي في مجال الصحة عموما، و مجال الأمراض المزمنة خصوصا.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

➤ أُلقت الدراسة الحالية الضوء على أهمية تدريب الأطباء على التواصل الفعال مع المرضى بغرض تغيير سلوكيات الخطر و زيادة الإلتزام بالعلاج، و فعالية إتصال الأطباء بمرضاهم لتذكيرهم بالمواعيد و كذا أهمية إعطاء الوصفات العلاجية و كيفية استخدامها، و ما يتطلبه المرض من إجراء تغييرات نوعية في أسلوب الحياة كتابيا و عدم الإكتفاء بذلك شفويا.

الإقتراحات:

- بناء على النتائج المتحصل عليها من الدراسة الحالية يمكن إدراج الإقتراحات التالية:
- إجراء المزيد من الدراسات للكشف عن الكفاءة الذاتية في علاقتها بكل من الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى عينات متباينة من ذوي الأمراض المزمنة، و توسيع نطاق الدراسة على المستوى الوطني، و على عينة أكبر حجما حتى تكون هناك فرصة لتعميم البيانات على فئات متعددة من المجتمع، مع إضافة متغيرات تتعلق بالوعي الصحي و الإجتماعي.
- تدل نتائج الدراسة الحالية، و كذا المقاربات النظرية و المنهجية المستعملة على أهمية الإختصاصات التي تدرس الصحة و المرض و السلوك الصحي و المتغيرات الفاعلة فيها، مثل علم النفس الصحي و الطب السلوكي، لذا تنصح الطالبة بإدراج مشاريع بحث تغطي تلك الإختصاصات في تكوين النفسانيين خاصة العياديين منهم، مما يعكس ايجابا على فهمهم للمتغيرات الفاعلة في التكيف مع المرض و يحسن تكفلهم بالمرضى المزمنين اعتمادا على النموذج البيوبسيكوسوسيال.
- تبني إدماج طرائق التعليم الفعال و أساليب التنقيف الصحي و ممارسته ضمن المناهج التعليمية و تحديد ساعات محددة له في المقررات و المناهج للدارسين في مختلف المجالات مع التركيز على الجوانب العملية التطبيقية للرسائل الصحية التنقيفية.
- ضرورة المزوجة بين التكفل العضوي و التكفل النفسي في المستشفيات و جميع القطاعات الصحية.
- ضرورة تعامل الأطباء و الفريق الشبه طبي بطريقة أكثر سيكولوجية لخلق نوع من الثقة نحو الأطباء و المستشفى.
- ضرورة إجراء حصص تحسيسية و حملات توعية بغرض تسليط الضوء على أهمية الإلتزام بالعلاج على جميع الأصعدة: الجسدية و النفسية و الإقتصادية، الإجتماعية، و علاقة ذلك بالصحة و المرض، و في هذا الصدد يمكن الإستفادة من الكوادر المتخصصة في القطاع الصحي للإعداد و التخطيط للبرامج الصحية المتعلقة بالتنقيف الصحي عبر وسائل الإعلام المختلفة، على أن تكون هذه الحملات التحسيسية متناسبا و الفئة المقصودة لمعالجة احتمالية عدم تناسبها معها سواء لأسباب اقتصادية أو تعليمية أو غيرها.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

- أهمية مناقشة القضايا الصحية ذات الطابع الإستراتيجي و إقناع أفراد المجتمع بتوجهات هذه الإستراتيجية و العناية بالتوعية الصحية المحققة لأهداف السياسة الصحية في المجتمع.
- إعطاء أهمية للعوامل المعرفية التي تهتم بالمحتوى الفكري للفرد في التكفل بمختلف الأمراض و المشكلات التي يعاني منها الأفراد.
- ضرورة فهم مؤسسات الرعاية الصحية لأسباب إشكال عدم الإلتزام بالعلاج كمفتاح مهم لتحسين نوعية العناية لمرضى قصور الشريان التاجي، و تأسيس وحدة تربوية في مراكز أمراض القلب للإلتصال الأفضل مع المرضى و إكسابهم تعليم الفعال لإستراتيجيات الوقاية الأولية و الثانوية لتقليل خطر المرض بشكل أفضل و لإختيار أسلوب حياة أحسن لتعزيز الصحة و إدامتها.
- دراسة أنماط الإلتزام بالعلاج في علاقتها ببعض المفاهيم التي تطرقت لها نظريات نماذج الإلتزام بالعلاج، و التي تساعد على التنبؤ بهذه الأنماط مثل المقاصد، و حث الفعل، و التهديد المدرك الإعتقادات الصحية الإيجابية و السلبية و ذلك لدى مرضى قصور الشريان التاجي و كذا لذوي الأمراض المزمنة بصفة عامة.
- أهمية دراسة عامل الإنتكاسة لدى المرضى و فهم أسباب ذلك، ووضع خطة إستراتيجية لمواصلة الإلتزام بالعلاج على المدى البعيد.
- دراسة التدين و دوره في تنمية الكفاءة الذاتية و الإقبال على العلاج و تنمية مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لذوي الأمراض المزمنة.
- من الأهمية بما كان تزويد الأطباء مرضاهم بالمعلومات، و توصيات دقيقة (التعليمات، الأوقات، عدد الأقرص، تحديد التغذية)، ليس فقط شفهيًا، و لكن أيضا كتابيًا، و ذلك أنه من المتعارف عليه (تقليديًا) أن الوصفات المكتوبة في إطار الفحوصات نادرا ما توجه للمرضى، و إنما توجه للأخصائيين المهنيين للصحة و خاصة الصيدلانيين.
- ينبغي إدماج الاستبيانات الخاصة بجودة الحياة في الممارسة الإكلينيكية للمساعدة في تقييم جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجي، لا سيما في إجراءات المتابعة الطولية.
- يجب تقييم الاكتناب في جميع المرضى، حيث يعتبر هذا الأخير عامل خطر مستقل للمرضى الذين يعانون من مرض الشريان التاجي، مما يؤثر سلبا على جودة حياتهم.
- المرضى يجب أن يحالوا إلى برامج إعادة تأهيل القلب، بحيث تكون هذه الأخيرة خاضعة لمقاربة متعددة الإختصاصات لضمان تكفل أمثل بعوامل الخطر السلوكية، و ضمان توافقها مع أدويتهم.
- عند تحديد أهداف إعادة التأهيل للمرضى، يجب علينا الأخذ بعين الإعتبار بعض العوامل مثل الأمراض المميتة حتى تكون الأهداف واقعية وقابلة للتحقيق.

الفصل السابع: عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة

- أهمية التركيز في التربية الصحية على استبصار الفرد بموارده النفسية والجسدية والاجتماعية في مواجهة الكرب عوض التركيز على إشعاره بالخطر المحدق به نتيجة السلوك الهدّام.
- التطبيق الفعلي لبعض القوانين المعطلة فيما يخص منع التدخين و بصرامة في الأماكن العمومية، فبالرغم من أن الجزائر تملك قوانين رادعة تمنع ذلك لكنها غير مطبقة في الواقع، رغم أن تجارب أوروبية تشير الى نجاح العديد من الدول في تقليص عدد الاصابات بجلطات القلب بنسبة تصل إلى 30 بالمائة، وذلك من خلال منع التدخين وبصرامة في الأماكن العمومية.

خلاصة الفصل:

تم التطرق من خلال هذا الفصل إلى عرض و تفسير و مناقشة نتائج الدراسة، و ذلك من خلال تبيان مدى اتساقها و اختلافها مع فرضيات الدراسة و الدراسات السابقة من جهة، و مع ما تم سرده من نظريات و نماذج مفسرة لمتغيرات الدراسة، كما ضم الفصل الإسهامات النظرية و العملية للدراسة، ليتم ختم الدراسة الراهنة بمجموعة من الإقتراحات.

قائمة المراجع:

1. الجوهره عبد الله الذواد (2002)، المساندة الاجتماعية المدركة و علاقتها بالشعور بالوحدة النفسية و الاكتئاب، دراسات عربية في علم النفس، ع3، المجلد1، دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
2. الجمعية الجزائرية لطب القلب (2014)، 100 ألف إصابة جديدة بأمراض القلب في الجزائر سنويا، المؤتمر الدولي لأمراض القلب، الجزائر.
3. السيد فهمي علي (2009)، علم نفس الصحة (الخصائص النفسية الإيجابية و السلبية للمرضى و الأسوياء)، دار الجامعة الجديدة للنشر، الإسكندرية.
4. العارف بالله محمد الغندور (د،س)، أسلوب حل المشكلات و علاقته بنوعية الحياة -دراسة نظرية -المؤتمر الدولي السادس، جامعة عين شمس.
5. أحمد العلوان و رندة المحاسنه (2011)، الكفاءة الذاتية في القراءة و علاقتها باستخدام استراتيجيات القراءة لدى عينة من طلبة الجامعة الهاشمية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 7، ع4.
6. أحمد محمد عبد الخالق (2008)، الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية: نتائج أولية، دراسات نفسية، مج 18، ع2، قسم علم النفس، جامعة الكويت.
7. أحمد حسنين أحمد (2011)، سيكولوجية الألم، (ط1)، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
8. أحمد عكاشة (د.س)، الطب النفسي المعاصر، د.ط، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
9. أحمد عكاشة، طارق عكاشة (2010)، الطب النفسي المعاصر، ط 15، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر.
10. أحمد يحي الزق (2006)، علم النفس، (ط1)، دار وائل للنشر، عمان- الأردن.
11. أحمد يحي الزق (2009)، الكفاءة الذاتية الأكاديمية المدركة لدى طلبة الجامعة الأردنية في ضوء متغير الجنس و الكلية و المستوى الدراسي، مجلة العلوم التربوية و النفسية، المجلد 10، ع2، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية.
12. أديب محمد الخالدي (2006)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي (المرضى) الفحص و العلاج، (ط1)، دار وائل للنشر و التوزيع.
13. أماني عبد المقصود عبد الوهاب، سميرة محمد شند (2010)، جودة الحياة الأسرية و علاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين، المؤتمر السنوي الخامس عشرن مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس.

14. أميرة محمد الدق (2011)، أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي (س) المزمّن في ضوء فاعلية الذات الصحية و الحالة العقلية، (ط1)، إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة.
15. أشرف أحمد عبد القادر (2005)، تحسين جودة الحياة كمنبئ للحد من الإعاقة، مقدم إلى ندوة تطوير الأداء في مجال الوقاية من الإعاقة، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق.
16. أيمن أبو المجد (1999)، أمراض القلب و شرايينه التاجية، ط1، دار الشروق، القاهرة.
17. ابراهيم محمد الخليلي (2000) ، الإرشاد النفسي كمدخل لتحقيق جودة الحياة من منظور التعامل مع الذات (دراسة تقييمية لأثر الدورات الإرشادية في التحكم السلوكي)، مجلة كلية التربية ببنها، جامعة الكويت.
18. إيمان أحمد خميس (2010)، جودة الحياة و علاقتها بكل من الرضا الوظيفي و قلق المستقبل لدى معلمات رياض الأطفال، المؤتمر العلمي الثالث: تربية المعلم العربي و تأهيله، كلية العلوم التربوية، جامعة جرش الخاصة.
19. بشير معمريّة (2012)، سلوك النمط أ- و تصميم استبيان لقياسه و تقنيه على البيئة الجزائرية، المجلة العربية للعلوم النفسية، ع36، مج 8.
20. بشرى عناد مبارك (د.ب.س)، جودة الحياة و علاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، ع99، كلية التربية الأساسية، جامعة ديالى.
21. بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي (1429هـ)، اتخاذ القرار و علاقته بكل من فاعلية الذات و المساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، مذكرة ماجستير في علم النفس، تخصص توجيه تربوي و مهني، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
22. بهاء الدين إبراهيم سلامة (2001)، الصحة و التربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة.
23. تيموثي ج. ترول (2007)، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي شاكر طعيمة داود و حنان لطفي زين الدين، ط1، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان.
24. جبالي نور الدين (2008)، علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، مذكرة دكتوراه في علم النفس العيادي، كلية الآداب و العلوم الإنسانية، قسم علم النفس، جامعة الحاج لخضر باتنة.
25. جمعية الصحة العالمية (2007)، توقى الأمراض غير السارية و مكافحتها "تنفيذ الإستراتيجية العالمية"، مدون في:

(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_15-ar.pdf:

12/02/2007-15 :56).

26. حسام الدين محمود عزب (2004)، برنامج إرشادي لخفض الإكتئابية و تحسين جودة الحياة لدى عينة من معلمي المستقبل، المؤتمر العلمي السنوي الثاني عشر "التعليم للجميع... التربية و آفاق جديدة في تعليم الفئات المهمشة في الوطن العربي، كلية التربية، جامعة عين شمس.
27. دليل علاج مرض الشريان التاجي (2009)، معهد عائلة سيدل و أرنولد ميلر لأمراض القلب و الأوعية الدموية، مدون في:
(http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_15-ar.pdf:
12/02/2007-15 :56).
28. رالف سفارتسر(1994)،التفاؤلية الدفاعية و الوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان،مجلة الثقافة النفسية،ع38، المجلد 10 .
- 29.رامي محمود اليوسف (2013)، المهارات الإجتماعية و علاقتها بالكفاءة الذاتية المدركة و التحصيل الدراسي العام لدى عينة من طلبة المرحلة المتوسطة في منطقة حائل بالمملكة العربية السعودية في ضوء عدد من المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية، المجلد الحادي و العشرون، ع1، المملكة العربية السعودية.
- 30.رثيف بستاني و آخرون (1994)، الموسوعة الطبية، المجلد11، الشركة الشرقية للمطبوعات، بيروت، لبنان.
- 31.رفقة خليف سالم (2009)، علاقة فاعلية الذات و الفرع الأكاديمي بدافع الإنجاز الدراسي لدى طالبات كلية عجلون الجامعية، مجلة البحوث التربوية و النفسية، ع23، جامعة البلقاء التطبيقية، كلية عجلون الجامعية.
- 32.رغداء علي نعيصة (2012)، جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق و تشرين، مجلة جامعة دمشق، المجلد 28، ع 1، كلية التربية، جامعة دمشق.
- 33.س. ليندازي (2000)، المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج ، دار الأنجلو المصرية .
- 34.سالي طالب علوان (2012)، الكفاءة الذاتية المدركة عند طلبة جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية و النفسية، ع33، كلية التربية، جامعة بغداد.
- 35.سامر جميل رضوان (1997)، توقعات الكفاءة الذاتية " البناء النظري و القياس " مجلة شؤون اجتماعية، ع1، كلية التربية، جامعة دمشق.
- 36.سامر جميل رضوان (2010)، أثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق "دراسة ميدانية على طلاب كلية التربية التطبيقية بسلطنة عمان، مجلة دراسات نفسية، ع3، مركز البصيرة، الجزائر.

قائمة المراجع

37. سامي محمد ملحم (2006)، مناهج البحث في التربية و علم النفس، ط4، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الأردن.
38. سامي محمد موسى هاشم (2001)، جودة الحياة لدى المعوقين جسميا و المسنين و طلاب الجامعة، مجلة الإرشاد النفسي، ع13، جامعة عين شمس.
39. سامي عبد الكريم الأزرق (2008)، العلاقات الإجتماعية بين الأطباء و المرضى، ط1، دار الشجرة للنشر و التوزيع، سوريا.
40. سامي عيسى حسونة (2009)، الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا قبل الخدمة، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، المجلد الثالث عشر، ع2.
41. ستيفن أ و دولازاري (2010)، الذكاء الإنفعالي، المعنى الشخصي، و جودة الحياة النفسية: دراسة مقارنة بين المراهقة المبكرة و المراهقة المتأخرة، ترجمة محمد السعيد أبو هاشم، كلية التربية بدمهور، قسم علم النفس التربوي، جامعة الإسكندرية.
42. سناء عيسى الداغستاني و ديار عوني المقتي (2010)، المعتقدات الصحية التعويضية و علاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية و النفسية، ع26 و 27.
43. سعيد عبد الرحمن محمد عبد الرحمن (د.س) استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا، الندوة العلمية الثامنة للإتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، مركز دراسات و بحوث المعوقين، مصر.
44. شاهر خالد سليمان (1429هـ)، قياس جودة الحياة لدى عينة من طلاب جامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية و تأثير بعض المتغيرات عليها، مجلة رسالة الخليج العربي، ع (117)، قسم التربية و علم النفس، جامعة تبوك.
45. شبلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و آخرون، (ط1)، دار الحامد للنشر و التوزيع عمان- الأردن.
46. صالح اسماعيل عبد الله الهمص (2010)، قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة و علاقته بجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية التربية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية غزة.
47. صلاح الدين عراقة محمد (2006)، فعالية برنامج إرشادي للآباء لتحسين جودة الحياة لدى أبنائهم ذوي الإحتياجات الخاصة، مجلة كلية التربية، المجلد16، ع66، جامعة بنها.

48. صليحة عدودة، جبالي نور الدين (2012)، الكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، ع9، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
49. عائدة ببيروتى و نزيه حمدي (2012)، فاعلية تدريب الأمهات على التعزيز التفاضلى و إعادة التصور فى خفض سلوك عدم الطاعة لدى أطفالهن و تحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى الأمهات، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 8، ع 4.
50. عثمان يخلف (2001)، علم نفس الصحة: الأسس النفسية و السلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة، قطر.
51. عبد الحميد سعيد حسن و راشد بن سيف المحرزى (2006)، جودة الحياة و علاقتها بالضغوط النفسية و استراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة السلطان قابوس.
52. عبد الحميد عبد العظيم ربيعة (2009)، التحصيل الأكاديمي و إدراك جودة الحياة النفسية لدى مرتفعي و منخفضي الذكاء الإجتماعي من طلاب كلية التربية بالسويس، مجلة كلية التربية، المجلد 19، العدد 1، جامعة الإسكندرية.
53. عبد الله محمد أبو تينة و هدى احمد الخلايلة (2011)، الفاعلية الذاتية لمعلمي محافظة الزرقاء و معلماتها و علاقتها بالممارسات القيادية لمديرهم، دراسات العلوم التربوية، المجلد 38، الملحق 1، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، الأردن.
54. عبد المنعم الحنفي (1999)، موسوعة الطب النفسي، (ط2)، مكتبة مديولي.
55. عبد المنعم أحمد الدردير (2004)، دراسات معاصرة فى علم النفس المعرفي، (ط1)، ج1، عالم الكتب، القاهرة.
56. عبد المنعم أحمد الدردير (2004)، دراسات معاصرة فى علم النفس المعرفي، (ط1)، ج2، عالم الكتب، القاهرة.
57. عبد الهادي مصباح (2004)، الإدمان، (ط1)، دار اللبنانية المصرية، القاهرة.
58. عبد الفتاح محمد دويدار (2000)، مناهج البحث فى علم النفس، (ط2)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
59. عماد الزغول (2003)، نظريات التعلم، (ط1)، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
60. عطاق محمود أبو غالي (2012)، فاعلية الذات و علاقتها بضغوط الحياة لدى الطالبات المتزوجات فى جامعة الأقصى، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية و النفسية، المجلد 20، ع1، كلية التربية، جامعة الأقصى، فلسطين.

61. غالب بن محمد علي المشيخي (2009)، قلق المستقبل و علاقته بكل من فاعلية الذات و مستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة دكتوراه "تخصص إرشاد نفسي"، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة أم القرى.
62. فاطمة الزهراء براحيل (2009)، دور الطبيب و المريض في العلاج الطبي، التواصل - مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية -، 24ع، جامعة باجي مختار، عنابة.
63. فتحي محمد الزيات (2001)، علم النفس المعرفي، (ط1)، ج1، دار النشر للجامعات، مصر.
64. فتحي محمد الزيات (2001)، علم النفس المعرفي، (ط1)، ج2، دار النشر للجامعات، مصر.
65. فريال ناجي عزيز و آخرون (2007)، نمط الإلتزام بالعلاج لمرضى داء السكر الذين يراجعون المركز التخصصي لأمراض الغدد الصماء و السكري في بغداد، المجلة الطبية العراقية، المجلد 53، العدد 1، 2.
66. فطامي نايفة و آخرون (1997)، علم نفس الطفل، ط1، دار الأرز، عمان، الأردن.
67. فوقية أحمد السيد عبد الفتاح، محمد حسين سعيد حسين (2006)، العوامل الأسرة و المدرسية و المجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف، وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة و مؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف و رعاية ذوي الإحتياجات الخاصة، كلية التربية، جامعة بني سويف.
68. فيصل عباس (1983)، إشكالية المعالجة النفسية، (ط1)، دار الميسر، بيروت.
69. كمال أحمد الإمام النشاوي (2006)، فاعلية الذات و علاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب كلية التربية النوعية، مؤتمر التعليم النوعي و دوره في التنمية البشرية في عصر العولمة، كلية التربية النوعية، جامعة المنصورة.
70. كريستوفر ديفيد سون (2002)، مرض القلب الإكليلي، ترجمة محمد غسان ملص، أكاديميا بيروت- لبنان.
71. ليلي المزروع (2007)، فاعلية الذات و علاقتها بكل من الدافعية للإنجاز و الذكاء الوجداني لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، مجلة العلوم التربوية و النفسية، المجلد 8، العدد 4، كلية التربية، جامعة البحرين.
72. لينا عاكف صوفان (2008)، جودة الحياة عند مرضى التهاب الجلد التأتبي، المشفى الجامعي للأمراض الجلدية و الزهرية، كلية الطب البشري، جامعة دمشق، سوريا.
73. مجدي عبد الكريم حبيب (2006) فاعلية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلبة العمانيين، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

74. محمد أبو هاشم حسن (2005)، مؤشرات التحليل البعدي Meta-Analysis لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملوك سعود، المملكة العربية السعودية.
75. محمدي فوزية و أمال بو عيشة (2013)، معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني الثاني حول: الإتصال و جودة الحياة في الأسرة، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
76. ممدوحة سلامة، 2008، إعادة قراءة في ألبرت باندورا، دراسات نفسية، المجلد 18، ع1، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، قسم علم النفس، جامعة حلوان.
77. محمد عبد الله ابراهيم و سيدة عبد الرحيم صديق (2006)، دور الأنشطة الرياضية في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
78. محمود عبد الحليم منسي و علي مهدي كاظم (2010)، تطوير و تقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان، مجلة أماراباك، المجلد 1، ع1، الأكاديمية الأمريكية العربية للتكنولوجيا و العلوم، عمان.
79. محمود فتحي عكاشة و عبد العزيز ابراهيم سليم (2010)، العلاقة بين جودة الحياة النفسية و الإعاقة اللغوية، المؤتمر العلمي السابع لكلية التربية حول: جودة الحياة كاستثمار للعلوم التربوية و النفسية، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية.
80. محمود كاظم محمود و آخرون (2009)، أثر برنامج إرشادي وفق أسلوب الفاعلية الذاتية في تنمية الأمانة المهنية و المسؤولية الشخصية لدى موظفي كلية التربية، مجلة ديالي، ع41.
81. مدحت عبد الحميد ابو زيد (2003)، العلاج النفسي و تطبيقاته الجماعية، الجزء الخامس، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
82. مفتاح محمد عبد العزيز (2010) مقدمة في علم نفس الصحة (مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات) ، ط1، دار وائل للنشر، عمان.
83. مصطفى البرغوثي (2008)، أمراض القلب المزمنة، آفة القرن الحادي و العشرين، جمعية الإغاثة الطبية الفلسطينية، ع1.
84. معاوية محمود أبو غزال و شفيق فلاح علاونة (2010)، العدالة المدرسية و علاقتها بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الأساسية في محافظة إربد: دراسة تطويرية، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، ع4، كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن.

85. منال زكريا حسين و آخرون (2010) كفاءة الذات العامة المدركة كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية حياة العمل و الإحتراق النفسي لدى عينة من النساء العاملات، دراسات نفسية، مج 20، ع2، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
86. منذر عبد الحميد الضامن و عبد الحميد سعيد حسن (2006)، قيم العمل و دورها في جودة الحياة لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، كلية التربية، قسم علم النفس، جامعة السلطان قابوس.
87. ناريمان محمد جمعة و وجيهة ثابت العاني (2006)، تعليم الكبار من أجل جودة الحياة، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، كلية التربية، جامعة السلطان قابوس، عمان.
88. نقولا ناهض و آخرون (2002)، الموسوعة الطبية، المجلد 14، الشركة الشرقية للمطبوعات، بيروت، لبنان.
89. هناء أحمد محمد شويخ (2012)، علم النفس الصحي، (ط1) ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
90. هارون توفيق الرشيد (1999)، الضغوط النفسية: طبيعتها و نظرياتها، (ط1).
91. هدى الخاليلة (2011)، الفاعلية الذاتية لمعلمي مدارس محافظة الزرقاء و معلماتها في ضوء بعض المتغيرات، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، مجلد 25، ع1، كلية العلوم التربوية، قسم الإدارة و أصول التربية، الجامعة الأردنية، الأردن.
92. ريتشارم سوين (1988)، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة، علم الأمراض النفسية و العقلية، ط1، مكتبة الفلاح للنشر و التوزيع، الكويت.
93. زعطوط رمضان (2005)، علاقة الإتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية و الإجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الإجتماعي، جامعة قاصدي مرباحي، كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية، ورقلة.
94. زعطوط رمضان (2014)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس الإجتماعي، جامعة قاصدي مرباحي، كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية، ورقلة.
95. Anne, H (2007), Etude longitudinale de la qualité de vie et des strategies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur " accompagnant-referent " Université de Haute – Bretagne Rennes II , U. F. R. Sciences Humaines , CRPCC – Laureps.
96. Aujoulat ;I et al (2003), Quels sont les principaux facteurs d'adaptation psychosociale a la maladie et au traitement chez les

- enfants et les adolescents atteints de maladie chronique ?**, revue de la littérature, Réf 03-22, Unité d'éducation pour la santé, France.
97. Aurélie Lun & Damien Rouvière (2012), **Le medecin Généraliste face a l'observance d'un traitement chronique : le modèle des antiagrégants plaquettaires**, thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine, université Joseph Fourier, faculté de médecine de Grenoble.
98. Bandura.A (2003), **Auto efficacité**, traduit par : Jacques Lecomle, de boeck, Paris.
99. Bandura.A (1977), **Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavior change**, Psychological Review, Vol 84, N02.
100. Bandura, A. (1994). **Self-efficacy**. In V.S. Ramachaudran (Ed.), Encyclopedia of human behavior (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press :(<http://www.des.emory.edu/mfp/BanEncy.html#sources>: 04/12/2007-10:20).
101. Barlow J.(2010). **Self-efficacy in the context of rehabilitation**, Faculty of Health and Life Sciences, Coventry University, Coventry.
102. Caralino Werle et al, **Les déterminant du comportement de santé préventive**, revue de la littérature, perspectives de recherche et étude exploratoire
103. Caroline. B et al (2001) ; **Observance thérapeutique chez les personnes âgées**, Comité Régional d'Education pour la Santé, France.
104. Collen, A, & al (2000), **Health Behavior Models, journal of Health Education**, N°3.
105. Céline M et Jocelyne F (1987), **« La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques »**, Santé mentale au Québec, vol. 12, n° 1,
106. Claire Ribau (2003) , **Analyse de la recherche infirmière sur la qualité de vie et leversant subjectif de la maladie en Amérique du Nord :Présentation d'un courant de recherches qualitatives**,

- Laboratoire d'éthique médicale et droit de la santé Faculté de médecine
Necker-Enfants Malades , Université Paris V.
107. Corten, P,H (1998), **La Qualité de Vie est-elle un concept? Essai de revue critique de la littérature anglo-saxonne**, Laboratoire de Psychologie Médicale, Université Libre de Bruxelles.
108. Daradkeh, T, K & Al Habeeb, T (2005) , **Quality of life of patients with schizophrenia 2**, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol 11, Nos 5/6.
109. David Taylor (2006), **A Review of the use of the Health Belief Model (HBM), the Theory of Reasoned Action (TRA), the Theory of Planned Behaviour (TPB) and the Trans-Theoretical Model (TTM) to study and predict health related behaviour change**, The Department of Practice and Policy The School of Pharmacy, University of London London WC1N 1AX
110. DeBlic,G et al (2007), **Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique** , Revue générale, édité par Elsevier Masson SAS.
111. Diane Bélanger & Gaston Godin (2003), **La psychologie sociale au service de la santé publique et de l'environnement**, PARIS.
112. DiMatteo M.R & al (2007). **"Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis"**. Medical Care 45.
113. Erik Aerts & al (2011), **L'observance aux traitements anticancéreux**, European Group for Blood and Marrow, Novartis Oncology, Switzerland.
114. Fishbein, M.A et Ajzen,I, (1975), **Belief, attitude, intention and behavior an introduction to theory and research**, Reading, M,A, Addison on Wesley.
115. Geraldine, A, L (2010), **Coronary Artery Disease and Quality of Life**, Baker HDI Heart and Diabets Institute, Melbourne, Australia.

116. Gustave-Nicolas Fisher (2002), **Traité de psychologie de la santé**, Dunod, Paris.
117. Groulx Stéphane & Chapuis Phillipe (2004), **changer les comportements de santé par des méthodes inspirées du marketing**, Quèbec, CANADA.
118. Gustave, N, Fisher & Cyril Taraquino, (2006) ,**Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé**, traduit par : Olivier Desrichard, Dunod, Paris.
119. Haute Autorité de Santé (2013), **Qualité de vie & Infarctus du myocarde** : Programme Pilote « Infarctus du myocarde » des 1 ers signe à 1 an de suivie ambulatoire ; France. (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201306/qualite_de_vie_idm_proms_vf.pdf: 09/11/2014 : 21 :24).
120. Jane Ogden (2008), **Psychologie de la santé**, édition 1, édition de Boeck, Paris.
121. Jaques Delamare (1997),**Cardiologie**, édition2, édition vigot, Paris.
122. Liliane S (2012) , **La perception de la qualité de vie chez les personnes âgées atteintes d'insuffisance cardiaque à domicile : Une revue de littérature étoffée**, Haute Ecole de Santé, Fribourg.
123. Marcel Lourel (2007), **La qualité de vie liée a la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin**, Recherche en soins infirmiers, (N° 88).
124. Michel Morin, **De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des science sociales**, Laboratoire de psychologie sociale, Université Aix – Marseille 1 ;Aix-en-Provence ;France
(http://www.crips.centredoc.fr/docs/PDF_GED/S41756.pdf - 12/12/2011-11:35).

125. Mercier M. & Schraub S (2005), **Qualité de vie : quels outils de mesure ?**, 27es journées de la SFSPM, Deauville.
126. Magalie Baudrant-Boga (2009), **penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux**, université Joseph Fourier, Grenoble1.
127. Marilou Bruchon Schweitzer (2002), **Psychologie de la santé: Modèles, concepts et methods**, édition 1, Dunod, Paris.
128. Marilou Bruchon Schweitzer et Robert Dantzer (2003), **introduction à laPsychologie de la santé**, Presses universitaires de France, Paris.
129. Martin, D (2009), **Définition dans la recherche clinique en générale et spécifiquement dans la recherche sur le VIH**, journée de réflexion scientifique : la qualité de vie dans l'évaluation, des stratégies thérapeutiques et de prise en charge du VIH, groupement hospitalier universitaire Paris Sud.
130. Marullo, S et al (1990), **Cardiologie et pathologie vasculaire**, tome3.
131. Maïlys Rondier (2004), **Bandura. A Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle**, L'orientation scolaire et professionnelle. (<http://osp.revues.org/741>: 02/01/2015 : 10-15)
132. Messaad Karim (1998), **Cardiologie de l'ouvrage**, tome2,office des publications, Alger.
133. Michel Morin, **De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des science sociales**, Laboratoire de psychologie sociale, Université Aix – Marseille 1 ;Aix-en-Provence ;France
134. Nancy, K & al (1984), **The Health Belief Model: A Decade Later**, Health Education Quarterly, Vol 11.
135. Organisation mondiale de la santé (2015), **Maladies cardiovasculaires**, (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/>: 07/01/2015 : 23 :00)

136. Paskal, A & Teodora, I, (2004), **Qualité de vie et santé**, Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine de Marseille.
137. Pierre –Higues Aubin & al , (2005), **La mesure de l'observance du traitement, la technologie au service du pharmacien et du patient**, Pharmactuel, Vol 38, N°4.
138. Samuelle N & al (1994), **Models of Health Behaviors and Compliance: Applications to Audiological Rehabilitation Research.**
139. Sara, T, D, A & al (2004), **Qualité de vie avant et 6 mois après angioplastie coronaire transluminale percutanée**, Département de médecine, centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne.
140. Saeed H. Wahass, P.O (2005), **The Role of psychologist in health care delivery**, Journal of the Saudi Society of Family & Community Medicine; 12(2)
141. Sarason.I et al,(1991), **Asocial learning approach to increasing blood donations**, Journal of Applied Social Psychology.
142. Schoenthaler A & al (2009), **L'auto-efficacité médiatise la relation entre les symptômes dépressifs et l'observance du traitement chez les hypertendus Afro-Américains**, Journal Health education & behavior: the official publication of the Society for Public Health Education. (<http://www.epistemonikos.org/fr/documents/583n3fafd9c7a90798adf6be544f5c17c5fd0045f#document>: 12/12/2014: 13:30).
143. Serge Briancon (2004), **Concurrence de la maladie chronique : la qualité de vie et ses déterminants**, Direction Générale de la Santé : Acte du séminaire préparatoire au plan visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de Médecine, Paris.
144. Shabé. S, (2001), **Hand book of cultural health psychology**, academie press.

145. Sylvie,R,E (2001), **Les modèles de comportements de santé;**
Recherche en soins infirmiers N-64
146. Thierry, M, & Jean-François, V (2004), **Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?**, *Savoirs* 5/ (Hors série), (www.cairn.info/revue-savoirs-2004-5-page-117.htm. 03/01/2015: 10:15).
147. Waleed M . Sweileh & Reem T. Arafat (2006), **Attitudes toward medications: A pilot study in Palestine**, The Islamic University Journal, Vol 14, N 02, College of Pharmacy, An-Najah University, Nablus, Palestine.
148. World Health Organization (2003), **Adherence to long-term therapies: evidence for action**, Switzerland.
(http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/25/07/2013: 16:15)
149. Yves Marin Planches, (2001), **Petit la rousse de la médecine**, Edieth ybert.
150. Zani,B (2002), **Théorie et modèle en psychologie de la santé**, Dunod , Paris.

الملاحق

ملحق (1)

قائمة الأساتذة المحكمين لإستبيان الإلتزام بالعلاج و جودة الحياة المتعلقة بالصحة

الجامعة	أسماء الأساتذة
أستاذ التعليم العالي جامعة بسكرة.	جابر نصر الدين
أستاذ التعليم العالي جامعة بسكرة.	بلوم محمد
أستاذ التعليم العالي جامعة بسكرة.	تاويريت نور الدين
أستاذ التعليم العالي جامعة باتنة.	بن علي راجية
طبيب عام و محاضر - ب - بجامعة بسكرة.	العقون لحسن
أخصائية أمراض القلب و الشرايين.	صوالحية