

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Hadj Lakhdar - Batna I  
Faculté des Sciences Humaines et Sociales  
Département de Psychologie, Sciences de  
L'éducation et Orthophonie



جامعة الحاج لخضر-باتنة 1  
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
قسم علم النفس و علوم التربية و الارطفونيا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه LMD في علم النفس  
تخصص علم النفس العيادي

الموضوع

## تأثير برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو (8-14) سنة

تحت اشراف الأستاذة الدكتورة  
أ.د. صالحى حنيفة

من اعداد الطالبة  
شقرونة فطيمة الزهرة

لجنة المناقشة

الصفة	الجامعة الأصلية	الدرجة العلمية	اسم الاستاذ
رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	أ.د. مزوز بركو
مشرفا و مقرا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	أ.د. صالحى حنيفة
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	د. القص صليحة
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 2	أستاذ محاضر أ	د. هادف جوهره
عضوا مناقشا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر أ	د. عزوز اسمهان
عضوا مناقشا	جامعة بسكرة	أستاذ محاضر أ	د. العقون لحسن

السنة الجامعية 2020/2019



# شكر و تقدير

بسم الله الذي علم بالقلم علم الانسان ما لم يعلم و الصلاة و السلام على رسوله الكريم صلى الله عليه و سلم، أما بعد:  
أحمد الله الذي هداني لهذا و ما كنت لأهتدي لولا أن هداني، إذ يسر لي دريا في طلب العلم بفضله و رحمته علي، و  
قد سخر لي من عباده من يعينني على الأسباب ليأتي هذا العمل المتواضع الذي بين يديكم اليوم، فأسال الله أن يجزيهم عني كل  
خير و أن يتقبل مني هذا العمل أحسن تقبل .

فلا يسعني سوى أن أقف ووقت تقدير و شكر لكل من ساهم في انجاز هذه الدراسة من قريب و بعيد، لكل من دعا سرا  
و علانية بقلبه أو بقوله أو بفعله... لأتوجه بشكري الخالص لمشرفتي القديرة الأستاذة الدكتورة صالحى حنيفة التي لطالما احترمت  
أفكاري و توجهاتي و شجعتني عليها و ساندتني في تكوينها تكوينا علميا رصينا، فلي الشرف أن كانت مشرفتي للمرة الثانية ...،  
و إلى كل أساتذتي الأفاضل في قسم علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا بجامعة باتنة 01 كل باسمه.

كما أتقدم بفائق الاحترام و التقدير إلى أعضاء لجنة المناقشة كل باسمه، بقبول مناقشة هذا البحث و ما أنفقوا في ذلك  
من وقت و جهد، و يشرفني أن أقف بين أيديهم في هذا الموقف، موقف تعليم و تعلم و ما أعظمه.

لأخص بعميق شكري لمن شاركتني في تطبيق برنامجي لآخر يوم و لم تبخل بالنصح، و تركت بابها مفتوحا لي ببشاشة  
و رحبة صدر قلما نجدها اليوم، للطبيبة عبد الصمد نبيلة مختصة في أمراض الحساسية و الربو... و شكر موصول أيضا إلى  
الطبيبة كيجل المنتدبة من طرف مديرية الصحة المدرسية بمتوسطة سفح الجبل، إلى قسم النشاطات و قسم طب الأطفال  
بالمستشفى الجامعي بن فليس التهامي بباتنة. بالإضافة الى مدير ابتدائية عبد الله رضوان السيد عوفي الذي سمح لي بتطبيق  
برنامجي في مدرسته .

و في الأخير أقف أمام أساتذتي معترفة بما جاء في هذا العمل المتواضع من تقصير لأتعلم منهم -أعزهم الله و أدام  
عطائهم- امتثالا لقول عمر بن الخطاب "رحم الله امرؤ أهدى إليّ عيوبي". و هذا من جملة العبر و هو استيلاء النقص على  
جملة البشر.

الباحثة

ملخص

الدراسة

## ملخص الدراسة باللغة العربية

هدفت الدراسة الحالية التي تحمل عنوان "تأثير برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو (8-14) سنة" إلى حساب حجم أثر برنامج تربية علاجية على فعالية الذات لدى هؤلاء الأطفال، و لتحقيق هذا الهدف تم طرح مجموعة من التساؤلات، و المتمثلة في :

1- ما مستوى فعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة مقارنة بالأطفال الأصحاء؟

2- هل توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل تطبيق البرنامج

تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل ،مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن؟

3- هل توجد فروق في مستوى فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى الأطفال

المرضى بالربو (8-14) سنة ؟

4- هل توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو بعد تطبيق برنامج

التربية العلاجية تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل ،مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن؟

5- ما نوع العلاقة الرابطة بين المرض و المريض (طفل . أسرة ) و الفريق المعالج قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية ؟

لنتكون عينة الدراسة من 04 مجموعات في كل مجموعة طفيلين مريضين بالربو، لنتوزع هذه المجموعات

بالشكل الذي وضعه "Solomon" في تصميمه التجريبي "Four Group Design". و قد استخدمت مجموعة من

الأدوات البحثية المختلفة في هذه الدراسة منها :

-نموذج لدراسة الحالة (مصممة من طرف الباحثة)

-استبيان مصادر فعالية الذات (إعداد الباحثة)

-سلم فعالية الذات للأطفال المرضى بالربو (ترجمة الباحثة)

و منه، توصلت الدراسة للنتائج التالية:

1- وجود مستوى منخفض لفعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة مقارنة بالأطفال

الأصحاء، بالإضافة إلى اختلاف في توزيع مصادر الفعالية، حيث أن مرضى الربو يعتمدون على الاقناع اللفظي أما الأصحاء فاعتمادهم على الخبرات الأدائية أكثر.

2- لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل تطبيق البرنامج

تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل، المستوى التعليمي للوالدين، نوع السكن، إلا عند عامل مدة المرض و مستوى الدخل المادي للأسرة فإن هناك فروق ذات دلالة.

3- توجد فروق بحجم أثر مرتفع بين درجة فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى

أطفال مرضى الربو (8-14) سنة لصالح بعد تطبيق البرنامج، سواء بالنسبة لسلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو أو بالنسبة لاستبيان مصادر فعالية الذات، ليصبح هنا توزيع مصادر الفعالية عند الأطفال المرضى بالربو يوازي مصادر الفعالية عند الأصحاء منهم.

4- توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو بعد تطبيق برنامج التربية

العلاجية تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل، مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن، و هذا يعني أن البرنامج قد أثر في المشاركين على جميع الأصعدة .

5- تحسن العلاقة التواصلية بين المرض و المريض (طفل . أسرة ) و الفريق المعالج بعد تطبيق برنامج

التربية العلاجية.

## Résumé

L'objectif de notre travail, intitulé « L'effet d'un programme d'éducation thérapeutique sur l'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques (8-14 ans) » est de calculer l'ampleur de l'effet d'un programme d'éducation thérapeutique et d'améliorer le niveau d'auto-efficacité chez ces enfants, et pour atteindre cet objectif un ensemble de questions a été posé, à savoir:

1- Quel est le niveau d'auto-efficacité des enfants asthmatiques (8-14 ans) par rapport aux enfants sains?

2- Est-ce qu'il y a des différences entre le niveau d'auto-efficacité des enfants asthmatiques avant l'application du programme d'éducation thérapeutique selon le facteur: sexe, âge, niveau d'éducation de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction chez les parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement?

3- Est-ce qu'il y a des différences dans le niveau d'auto-efficacité avant et après l'application du programme d'éducation thérapeutique chez les enfants asthmatiques (8-14 ans)?

4- Est-ce qu'il y a des différences entre le niveau d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques après avoir appliqué le programme d'éducation thérapeutique selon le facteur: sexe, âge, niveau d'éducation de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction chez les parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement?

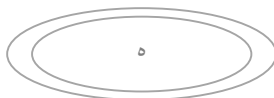
5- Quel est le type de relation entre la maladie, le patient (l'enfant, la famille) et l'équipe soignante avant et après l'application du programme de l'éducation thérapeutique?

L'échantillon de l'étude est composé de 4 groupes, chaque groupe contient deux enfants asthmatiques, et on a distribué ces groupes selon le modèle de « Solomon » dans sa conception expérimentale. Un ensemble de différents outils de recherche a été utilisé dans cette étude :

- Etude de cas et grille d'observations (conçue par la chercheuse).
- Questionnaire des sources d'auto-efficacité (conçu par la chercheuse).
- Echelle d'auto-efficacité des enfants asthmatiques (traduction de la chercheuse).

A partir de cela, l'étude a atteint les résultats suivants:

1- Il y a un niveau faible d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques (8-14 ans) par rapport aux enfants sains, en plus d'une différence dans la répartition des sources d'efficacité, car les patients asthmatiques dépendent de la persuasion verbale, tandis que les enfants sains dépendent davantage des expériences de performance .



2- Il n'y a pas de différence dans le niveau d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques avant avoir appliqué le programme d'éducation thérapeutique selon les facteurs: sexe, âge, niveau d'instruction de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction des parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement.

3- Il existe des différences entre le degré d'auto-efficacité avant et après l'application d'éducation thérapeutique pour les enfants asthmatiques (8-14) ans en faveur du post-application soit par rapport à l'échelle d'auto-efficacité des enfants asthmatiques ou par rapport au questionnaire des sources d'auto-efficacité, la répartition des sources d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques est devenue équivalente à celle des enfants sains.

4- Il y a des différences dans le niveau d'auto-efficacité chez les enfants asthmatiques après avoir appliqué le programme d'éducation thérapeutique en raison de facteurs: sexe, âge, niveau d'éducation de l'enfant, durée de maladie, le niveau d'instruction des parents, le niveau de vie de la famille, le type de logement, Cela signifie que le programme a apporté une certaine influence sur les participants à tous les niveaux.

5- L'amélioration de la relation de communication entre la maladie, le patient (enfant-famille) et l'équipe soignante après application du programme d'éducation thérapeutique.



## Abstract

The objective of our work, entitled "the effect of therapeutic education program on self-efficacy in asthmatic children (8-14 years)" is to calculate the magnitude of the effect of a therapeutic education program and improve the level of self-efficacy in these children, and to achieve this goal a set of questions were asked, namely:

1- What is the level of self-efficacy of asthmatic children (8-14 years old) compared to healthy children?

2- Are there differences in the level of self-efficacy of asthmatic children before applying the therapeutic education program due to factors: gender, age, education level of the child, duration of illness, parental education, family standard of living, type of housing?

3- Are there differences in the level of self-efficacy of asthmatic children before and after applying the therapeutic education of asthmatic children (8-14 years old) ?

4- Are there differences in the level of self-efficacy of asthmatic children after applying the therapeutic education program due to factors: gender, age, education level of the child, duration of illness, parental education, family standard of living, type of housing?

5- What is the type of relationship between the disease, the patient (child, family) and the care group before and after the application of therapeutic education?

The study sample consisted of 4 groups, each group of two children with asthma, and these groups were distributed as "Solomon" in his experimental design. And a set of different research tools has been used in this study, among them:

- Case study and observation grid (designed by the researcher)
- Self-efficacy sources questionnaire (prepared by the researcher)
- Scale of self-efficacy for children with asthma (researcher translation)

From this, the study achieved the following results:

1- There is a low level of self-efficacy in asthmatic children (8-14 years) compared to healthy children, in addition to a difference in the distribution of sources of effectiveness, because asthmatic patients depend on verbal persuasion, while healthy children are more dependent on performance experiences.

2- There are no differences in the level of self-efficacy in asthmatic children before applying the therapeutic education program due to factors: sex, age, child's education level, duration of disease, parental education, family standard of living, type of housing.

3- There are important differences in the effect size between the degree of self-efficacy before and after the application of therapeutic education for asthmatic children (8-14) years in favor after application of either relative to the self-efficacy scale of asthmatic children or compared to the questionnaire on sources of self-efficacy, the distribution of sources of self-efficacy among asthmatic children has become equivalent to that of healthy children.

4- There are differences in the level of self-efficacy in asthmatic children after applying the therapeutic education program due to factors: sex, age, child's education level, duration of disease, parental education, family standard of living, type of housing. This means that the program has affected participants at all levels.

5- An improvement of the communication relationship between the disease, the patient (child-family) and the care team after application of the therapeutic education program.

فهرس

المحتويات

## فهرس المحتويات

أ.....	شكر و تقدير
ج.....	ملخص الدراسة باللغة العربية
ه.....	ملخص باللغة الفرنسية
ز.....	ملخص باللغة الانجليزية
ع.....	قائمة الجداول
ت.....	قائمة الأشكال
1.....	مقدمة

## الفصل الأول: إشكالية الدراسة

6.....	1. إشكالية الدراسة
13.....	2. تساؤلات الدراسة
13.....	3. فرضيات الدراسة
14.....	4. أهداف الدراسة
16.....	5. أهمية الدراسة
17.....	6.دوافع الدراسة

7. التعريف الإجرائي للمصطلحات ..... 18

## الفصل الثاني: عرض و تحليل الدراسات السابقة

1. عرض الدراسات السابقة ..... 22

2. تحليل الدراسات السابقة ..... 35

3. مناقشة الدراسات السابقة ..... 38

## الفصل الثالث: فعالية الذات عند الطفل

1. مفهوم فعالية الذات عند الطفل ..... 47

2. أبعاد فعالية الذات عند الطفل ..... 49

3. مصادر فعالية الذات عند الطفل ..... 51

4. خصائص فعالية الذات عند الطفل ..... 57

5. أساليب تطوير فعالية الذات عند الطفل ..... 58

6. النظريات المفسرة لفعالية الذات عند الطفل ..... 63

7. العوامل المؤثرة على فعالية الذات عند الطفل ..... 71

8. أهمية فعالية الذات في حياة الطفل ..... 76

## الفصل الرابع: مرض الربو عند الطفل

1. نبذة تاريخية عن مرض الربو عند الطفل ..... 81
2. مفهوم مرض الربو عند الطفل ..... 82
3. تصنيفات مرض الربو عند الطفل ..... 84
4. أعراض وتشخيص مرض الربو عند الطفل ..... 88
5. الآلية الفيزيولوجية لمرض الربو عند الطفل ..... 94
6. عوامل خطر الإصابة بمرض الربو عند الطفل ..... 98
7. علاج مرض الربو عند الطفل ..... 102
8. مآل مرض الربو عند الطفل ..... 105
9. الآثار الجسدية والنفسية لمرض الربو على الطفل ..... 106

## الفصل الخامس: التربية العلاجية عند الطفل

1. نبذة تاريخية عن التربية العلاجية ..... 110
2. مفهوم التربية العلاجية عند الطفل ..... 112
3. أهداف التربية العلاجية عند الطفل ..... 113

4. شروط تطبيق التربية العلاجية عند الطفل ..... 121
5. خطوات تطبيق التربية العلاجية عند الطفل ..... 125
6. نماذج التربية العلاجية ..... 130
7. العوامل المؤثرة في التربية العلاجية عند الطفل ..... 138
8. أهمية التربية العلاجية عند الطفل ..... 140

## الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

- أولاً: الدراسة الاستطلاعية ..... 144
- I. تصميم أدوات الدراسة الأساسية ..... 145
1. استبيان مصادر فعالية الذات عند الأطفال ..... 145
2. ترجمة سلم فعالية الذات عند طفل الربو ..... 151
3. تصميم بطاقات لدراسة الحالة خاصة بالطفل المريض بالربو ..... 153
- II. بروتوكول برنامج التربية العلاجية ..... 158
1. تقديم برنامج التربية العلاجية ..... 158
2. لماذا التربية العلاجية ..... 160
3. القائمون على تطبيق برنامج التربية العلاجية ..... 161
4. حدود اجراء برنامج التربية العلاجية ..... 163
5. مخطط العمل لبرنامج التربية العلاجية ..... 165

182.....	ثانيا: الدراسة الأساسية.....
182.....	I. منهج الدراسة.....
183.....	II. حدود الدراسة.....
183.....	1. الحدود الزمانية.....
184.....	2. الحدود المكانية.....
Erreur ! Signet non défini.....	3. المشاركون و خصائصهم.....
186.....	III. اجراءات تطبيق الدراسة.....
188.....	IV. الأساليب الاحصائية المستخدمة.....

## الفصل السابع: عرض و مناقشة النتائج

190.....	I. عرض و مناقشة نتائج الفرضيات.....
190.....	1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى.....
195.....	2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية.....
203.....	3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة.....
229.....	4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.....
243.....	5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.....
249.....	II. المناقشة العامة.....
253.....	III. توصيات و مقترحات الدراسة.....



258..... مراجع

273..... الملاحق

## قائمة الجداول

- جدول رقم 1: جدول يوضح ملخص للدراسات السابقة ..... 24
- جدول رقم 2: جدول يوضح نتائج عرض الدراسات السابقة ..... 35
- جدول رقم 3: معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الإدارة الذاتية..... 37
- جدول رقم 4: ملخص الخصائص الرئيسية لمستويين من المعالجة المقترح من قبل نظرية الذات المعرفية التجريبية..... 69
- جدول رقم 5: التأثيرات الرئيسية على فعالية الذات ..... 72
- جدول رقم 6: المراحل الأربعة المصنفة لمرض الربو حسب شدة الخطورة ( $\leq 12$  عام) ..... 85
- جدول رقم 7: جدول يوضح البروفيل الخاص بالمرضى الربويين و عوامل خطر الربو القاتل ..... 101
- جدول رقم 8: الأبعاد الرئيسية للتشخيص التعليمي..... 127
- جدول رقم 9: الروابط النظرية بين نماذج التعليم ونماذج التعلم..... 132
- جدول رقم 10: النموذج الخارق للتغيير..... 137
- جدول رقم 11: جدول يوضح خصائص العينة..... 147
- جدول رقم 12: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعده الإنجازات الأدائية..... 147
- جدول رقم 13: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعده الخبرات البديلة..... 148
- جدول رقم 14: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعده الإقناع اللفظي..... 148
- جدول رقم 15: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعده الاستثارة الانفعالية..... 149
- جدول رقم 16: جدول يوضح الصدق البنائي لاستبيان مصادر فعالية الذات ..... 149
- جدول رقم 17: جدول يوضح ثبات استبيان مصادر فعالية الذات بمعامل ألفا كرومباخ..... 150

- جدول رقم 18: جدول يوضح ثبات استبيان مصادر فعالية الذات بطريقة التجزئة النصفية .....151
- جدول رقم 19: ثبات سلم فعالية الذات بطريقة التجزئة النصفية.....152
- جدول رقم 20:نتائج شبكة ملاحظة الخاصة بالسياق.....154
- جدول رقم 21: توزيع الجلسات.....168
- جدول رقم 22: المفصل لأنشطة الجلسات الفردية.....170
- جدول رقم 23: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 01.....172
- جدول رقم 24: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 02.....174
- جدول رقم 25: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 03.....175
- جدول رقم 26: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 04.....175
- جدول 27: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 05.....176
- جدول رقم 28: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 06.....177
- جدول رقم 29: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 07.....177
- جدول رقم 30: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 08.....178
- جدول 31: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 09 و 10.....178
- جدول رقم 32: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 11.....179
- جدول رقم 33: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 12.....179
- جدول رقم 34: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 13.....180
- جدول رقم 35: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 14.....180
- جدول رقم 36: خصائص العينة .....184

- جدول رقم 37: توزيع العينة حسب مجموعاتها التجريبية.....185
- جدول رقم 38: مستوى فعالية الذات عند الأطفال الأصحاء .....190
- جدول رقم 39: مستوى فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو .....191
- جدول رقم 40: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس .....196
- جدول رقم 41: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن .....196
- جدول رقم 42: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل .....197
- جدول رقم 43: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض .....198
- جدول رقم 44: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين .....199
- جدول رقم 45: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل الدخل المادي للأسرة .....200
- جدول رقم 46: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع السكن .....201
- جدول رقم 47 : ملخص مقابلات الحالة 1 .....204
- جدول رقم 48 : جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 01 .....206

- جدول رقم 49 : ملخص مقابلات الحالة 02 ..... 206.....
- جدول رقم 50: جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 02..... 208.....
- جدول رقم 51 : ملخص مقابلات الحالة 03 ..... 208.....
- جدول رقم 52 : جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 03..... 209.....
- جدول رقم 53: ملخص مقابلات الحالة 04 ..... 210.....
- جدول رقم 54: جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 04..... 211.....
- جدول رقم 55: التشخيص التربوي للمشاركين ..... 212.....
- جدول رقم 56: تقييمات مقياس تدفق الذروة FEV ..... 215.....
- جدول رقم 57: صورة الذات و المرض عند الطفل المريض بالربو ..... 217.....
- جدول رقم 58: نتائج سلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو ..... 219.....
- جدول رقم 59: نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة (g1+g2) ..... 220.....
- جدول رقم 60: نتائج حساب احتمالية التوزيع في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة (g1+g2) ..... 221.....
- جدول رقم 61: نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة g1 ..... 222.....
- جدول رقم 62: نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة (g2+g4)+(g1+g3) ..... 224.....
- جدول رقم 63: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس (الخاضعة للبرنامج)..... 230.....
- جدول رقم 64: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن (الخاضعة للبرنامج)..... 231.....

**جدول رقم 65:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل (الخاضعة للبرنامج).....231

**جدول رقم 66:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض (الخاضعة للبرنامج).....232

**جدول رقم 67:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين (الخاضعة للبرنامج).....233

**جدول رقم 68:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى المادي للأسرة (الخاضعة للبرنامج).....233

**جدول رقم 69:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع السكن (الخاضعة للبرنامج).....234

**جدول رقم 70:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس (الغير الخاضعة للبرنامج).....235

**جدول رقم 71:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن (الغير الخاضعة للبرنامج).....236

**جدول رقم 72:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل (الغير الخاضعة للبرنامج).....237

**جدول رقم 73:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض (الغير الخاضعة للبرنامج).....237

- جدول رقم 74:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين (الغير الخاضعة للبرنامج).....238
- جدول رقم 75:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى المادي للأسرة (الغير الخاضعة للبرنامج).....239
- جدول رقم 76:** النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع السكن (الغير الخاضعة للبرنامج).....240
- جدول رقم 77:** ملخص نتائج الفرضية الرابعة.....241
- جدول رقم 78:** التواصل بين عناصر السياق قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية.....243

## قائمة الأشكال

- الشكل رقم 1: توزيع تكراري لنتائج الدراسات السابقة ..... 41
- شكل رقم 2: تأثير التربية العلاجية على النمو النفسي للأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة..... 43
- شكل رقم 3: مخطط يوضح أبعاد فعالية الذات لـ "Bandura" ..... 51
- شكل رقم 4: مخطط توضيحي لمصادر فعالية الذات ..... 56
- شكل رقم 5: مخطط يوضح الاختلاف بين توقع الفعالية و توقع النتائج..... 65
- شكل رقم 6: المعاملة التبادلية الثلاثية السببية ..... 66
- شكل رقم 7: خريطة توزيع مرض الربو في العالم حسب النسب السكانية..... 84
- شكل رقم 8: شجرة تشخيص الربو و الرعاية الصحية له. .... 93
- شكل رقم 9: صورة توضح تأزم الشعب الهوائية لدى الطفل المريض بالربو..... 95
- شكل رقم 10: فيزيولوجية مرض الربو..... 96
- شكل رقم 11: أنماط الاستجابة المناعية الخاصة بفرط الحساسية و الالتهابات المرتبطة بها. .... 98
- شكل رقم 12: البرنامج العلاجي لحالات الربو المستقرة حسب خطورتها ..... 104
- شكل رقم 13: مخطط يوضح العلاقة بين عوامل الخطر و انتشار مرض الربو و مآله ..... 106
- الشكل رقم 14: شكل يوضح العلاقة بين المكونات التعليمية ..... 115
- شكل رقم 15: دورة حياة التربية العلاجية ..... 126
- الشكل رقم 16: التعليم العلاجي رباعي الأبعاد. .... 137
- شكل رقم 17: العوامل المؤثرة على فعالية التربية العلاجية ..... 139
- شكل رقم 18: مخطط مراحل تطبيق برنامج التربية العلاجية ..... 167



- شكل رقم 19: مخطط تصميم سولومون لأربع مجموعات ..... 187
- شكل رقم 20: توزيع مصادر فعالية الذات عند الطفل ..... 191
- شكل رقم 21: توزيع مصادر فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو ..... 192
- شكل رقم 22: نتائج اختبار (توكي) بالنسبة للفروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين ..... 199
- شكل رقم 23: نتائج اختبار (توكي) بالنسبة للفروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى المادي للأسرة ..... 200
- شكل رقم 24: نتائج مرحلة اكتساب المعرفة ..... 214
- الشكل رقم 25: تقييمات مقياس تدفق الذروة (FEV) ..... 216
- الشكل رقم 26: تطور فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو حسب كل مرحلة ..... 216
- الشكل رقم 27: مستوى فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو في حسب مرحلة ..... 216
- شكل رقم 28: احتمالية التوزيع لفعالية الذات بالنسبة لحجم أثر المجموعة (g1+g2) ..... 222

**مقدمة**

يتحدد مسار النمو عند الطفل منذ ولادته بل حتى قبل ذلك، بناء على استعداداته البيولوجية، النفسية والاجتماعية و حتى الثقافية بطريقة فطرية مستمرة لا تحتمل التأجيل. و كثيرا ما يتعرض الطفل خلال فترة تحقيقه لمتطلبات نموه الراهنة إلى بعض المشكلات اليومية المارة و التي بتخطيها يتحقق النضج. و لكن، أحيانا يتصادف أن تكون هذه المشكلات دائمة و مرافقة للطفل على أمد طويل كالأعراض المزمنة و التي تفرض تغيير نمط حياته بشكل جذري يتمشى مع ما تتطلبه الظروف المتعلقة بصحته.

ليصبح هذا النوع من الأمراض عبارة عن تجربة حياتية حقيقية مفروضة على الطفل و أسرته، و التي هي حسب مراكز السيطرة على الأمراض و الوقاية منها (CDC) بالولايات المتحدة، بأنها: تلك الأمراض غير المعدية طويلة الأمد، حيث الشفاء منها نادر و لا يحدث تلقائيا (Briançon & al., 2010) ، و قد اتسع مجال انتشارها على مختلف الفئات العمرية، ليضحي الأطفال الفئة البارزة. و هذه الأمراض قد تكون حصيلة أسباب جراثومية أو تكوينية أو وظيفية، و قد تكون أيضا حصيلة الضغوطات التي حصدت درجة الانهاك الذي استمدته كاستعداد من خلال نمط سلوكها المورث، و التي من بينها مرض الربو.

حيث يعد مرض الربو عند الطفل من بين أمراض الجهاز التنفسي المزمنة و التي تظهر بشكل أزمات متفاوتة الحدة (Briançon & al., 2010)، له تأثير يمس جميع الجوانب الصحية و النفسية و الاجتماعية. و لذلك فهو يترك أثرا في تكوين شخصيته و معرفته و كذا سلوكه، تطور مرضه و استجابته للعلاج ضمن ما يعرف بالمعاش. و هذا ما يسبب مشكلة بالنسبة للصحة العامة.

فبالنسبة لمنظمات و جمعيات الصحة العالمية فقد شكل هذا تحديا آخر بعد الأمراض الحادة فيما مضى، و ألزمتها بدراسات متتالية و معمقة تلم بجميع جوانب هذا النوع من الأمراض لتحسن من مستوى الرعاية الصحية للمرضى و الحد من الوبائية المرضية و كذا التحكم في المستوى الاقتصادي كمياري أساسي من معايير التطور العالمي.

و لهذا توجه الدعم كله لإنشاء برامج تحسين رعاية المرضى كالتربية العلاجية و التي تهتم بتعليم المرضى الأسس الفيزيولوجية لمرضهم و كذا المهارات الوقائية و العلاجية لتصل بذلك للإدارة الذاتية ، بل تتعداها إلى التدخل في تكوين الشخصية التي تتأثر بصورة الذات عنده و على مجال اهتماماته وسعة معرفته

باختلاف المرض المزمن في حد ذاته و تأثيراته الجانبية الجسدية منها و النفسية، و التي لا يمكن الوصول إليها إلا عن طريق الفعالية الذاتية، من أجل تأطير أمثل للمسار الخاص بمرض الطفل كتجربة وكذا كمعاش ضمن عناصر السياق و التي تتطلب منه النضج السليم المتكامل الذي يتوافق و متطلبات النمو، باعتبار أن المرض المزمن يصبح جزءا من الطفل لذلك وجب السعي لاحتواء المرض بالتربية العلاجية و دعم و تنمية الطفل من خلال تحفيز فعالية الذات لديه و تنميتها.

حيث أن مصطلح فعالية الذات يعتبر صالحا للكبار و الصغار على الرغم من أن واضعه "Bandura.A" خصصه أكثر للأطفال في مراحل تطورهم و كيف تنمي قدراتهم و يحققون أهدافهم، و لهذا يعد هذا المصطلح في مفهومه عمليا فعالا في النفس البشرية لأنه يحرك تلك المرونة النفسية التي تشمل الانفعال و الجسد، المعرفة و السلوك... فهي قابلة للتطور و التطوير من خلال تنمية مصادرها المتنوعة (و التي تتمثل في: الانجازات الأدائية، الخبرات البديلة، الاقناع اللفظي و الاستثارة الانفعالية)، و كذا تفاعلها ضمن الحتمية التبادلية التي ربطها "Bandura.A" عام (1977) بالشخص و سلوكه و النتائج المترتبة عنها انطلاقا من التوقعات المدركة أي التي يتصورها عن فعاليته الذاتية و تلك النتائج، ليكون الطفل بهذا مجموعة من التوقعات العامة التي أخبر بها "chivers & al" عام (2001)، والتي تقوم على الخبرة الماضية والتي تؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة.

و هنا تظهر أهمية فعالية الذات و التربية العلاجية بشكل متكافئ، ففعالية الذات تعتبر مرسخ و مفعّل لمبادئ التربية العلاجية، و التربية العلاجية وسيلة جيدة لتنمية فعالية الذات عند الطفل. و جدية العمل بها و حسن التخطيط لها و تنفيذها، لتشمل الجانب الطبي و النفسي-الاجتماعي و البيداغوجي.

و منه، تعتبر التربية العلاجية للطفل المريض بمرض مزمن كالربو عملية مستمرة، و رعاية متكاملة تركز على المريض، كما تشمل أنشطة منظمة تهدف إلى نشر الوعي والمعلومات من أجل التعلم والدعم النفسي والاجتماعي بشأن المرض، والعلاج الموصوف، والرعاية، والاستشفاء وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية ذات الصلة وسلوكيات الصحة (Vervloet, 2002). لتقوم على إشراك المريض نفسه في تحقيق التوازن الأمثل لصحته، كما أنها تساهم في توعية المريض لضرورة النظر في تغييرات أنماط حياته ، فهي تركز على تعلم مهارات الرعاية الذاتية مع دعم عملية التكيف مع المرض مثل الثقة بالنفس، والكفاءة الذاتية، التحدي الذي

يمكن من تأسيس التعليم العلاجي على أوسع نطاق ممكن بما يناسب خصائص المريض مع المرض المزمع (Grenier, 2007).

و عليه، جاءت هذه الدراسة لإثبات هذه النظرة حول التربية العلاجية و فعالية الذات، معتمدين في تصميمها بعد عرض الاطار العام من اشكالية و تساؤلات و فرضيات، الأهمية و الأهداف، عرض و تحليل للدراسات السابقة، على الطرح النظري لمتغيرات الدراسة و الذي انقسم إلى ثلاث فصول و هي: فصل خاص بفعالية الذات و بعدها فصل مرض الربو عند الطفل ثم فصل للتربية العلاجية، حيث هدف هذا الترتيب إلى إلقاء الضوء على مدى أهمية فعالية الذات في حياة الطفل مهما كان نمط الحياة المفروض عليه بين الصحة و المرض و أن من بين الحلول المعمول بها و التي لازالت تتطلب العديد من الدراسات البحثية و تطويرها التربية العلاجية، و هذا الذي حاولنا تضمينه كغاية في برنامج التربية العلاجية للأطفال المرضى بالربو و هو الاهتمام بفعالية الذات عند هذا الطفل.

ليأتي الطرح الميداني، و الذي يتضمن فصل للإطار المنهجي للدراسة الأساسية، لنجد في فحواه: الدراسة الاستطلاعية و التي ركزت على ثلاث نقاط أساسية للمعالجة وهي: أدوات الدراسة (تصميم استبيان و ترجمة سلم لفعالية الذات مع حساب الخصائص السيكومترية)، دراسة الخصائص النفسية للطفل المريض بالربو (فهم العلاقة التواصلية بين عناصر السياق قبل تطبيق البرنامج، تأسيس لأهم الحاجات للطفل بين نقاط القوة و الضعف)، عرض خطة لبرنامج التربية العلاجية (تأسيس لبروتوكول برنامج تربية علاجية للأطفال المرضى بالربو). و بعدها يأتي عرض لمنهج الدراسة، حدود الدراسة و اجراءاتها.

ثم تختتم هذه الدراسة بفصل خاص لعرض أهم النتائج المتوصل إليها و مناقشتها، فالتوصيات المقترحة.

الإطار العام

لِلدِّرَاسَةِ

## الفصل الأول: إشكالية الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- تساؤلات الدراسة
- 3- فرضيات الدراسة
- 4- أهداف الدراسة
- 5- أهمية الدراسة
- 6- دوافع الدراسة
- 7- التعريف الإجرائي للمصطلحات

## 1. إشكالية الدراسة

لقد كان مفهوم الطفولة عند الإنسان مفهوماً ذو معاني متعددة و هو يتخذ من الوصف الزمني وسيلة هامة لدراسة أنماط سلوك الطفل خلال مراحل طفولته (عوض، 1999)، لما يحتويه من ذكريات و مكتسبات انفعالية، سلوكية، معرفية.. تسعى لهيكله شخصية محددة يتميز بها الفرد، تساعده على الاتصال و التواصل، التأثير و التأثر، أي التفاعل ضمن أنساق مختلفة انطلاقاً من ذاته إلى أسرته فالمجتمع وصولاً إلى الثقافة كبناء تصورات ذات قضايا و أفكار عميقة تسمح له بتقدير ذاته و تحقيقها وفق سياقاتها الأربعة البيولوجية و النفسية ، الاجتماعية و الثقافية . و ليصل الطفل إلى هذا المستوى بشكل سوي يجب أن يتوفر الاحتواء موصول بالحب و التقبل مع نوعية حياة ذات جودة تراعي معايير و مؤشرات و حاجات النمو عند الطفل ضمن ما يعرف بالتربية و خاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة و بداية المراهقة التي تتزامن و التطور السريع في الجانب المعرفي و الأدائي و حتى الاجتماعي .

فالتربية توفر مجالاً تعليمياً واقعياً مضبوطاً للطفل ذا أهداف موجهة تؤسس لديه مفهوم ذات سوية لشخصية حقيقية قادرة على أن تفعل ذاتها و تثبت وجودها ضمن أنساقها المختلفة باستثمارها الجسدي، باعتباره الوسيلة التي يملكها الطفل و يعتقد بالتحكم فيها للتعبير عن المشاكل و الاحتياجات عنده، بالإضافة إلى أنه حلقة الوصل بالواقع عن طريق الحواس من خلال المثبرات التي تعالج معرفياً للحصول على قرارات سلوكية فعالة تجاه مواقف متعددة حسب الخبرات المكتسبة.

حيث أن متطلبات هذه المرحلة العمرية للإنسان تتعقد مع مرور الزمن بين ما يمكنه فعله و ما يحتاجه كأساليب للتطور، فمثلاً طفل الثماني سنوات يكتسب ذاك الفضول نحو الأشخاص و كيف يعمل العالم، و يُظهر المزيد من الاهتمام تجاه الأرقام و القراءة و الكتابة، بالإضافة إلى كسب المزيد من الثقة واستخدام



الكلمات للتعبير عن المشاعر والتعامل معها، إلى جانب الميل إلى العمل التعاوني و الاهتمام بالمنتجات النهائية.

فبالإضافة إلى متطلبات النمو الصحي للسنوات السابقة، فإن الطفل في هذا العمر يحتاج إلى:

تطوير مهارات الحساب و القراءة، الانخراط في حل المشكلات، ممارسة العمل الجماعي وتطوير الإحساس بالقدرات الشخصية، ممارسة الاستجواب والملاحظة، اكتساب المهارات الأساسية للحياة و التعلُّم (ECCD, 2001).

و هذا يدل على أن الطفل في هذه المرحلة الممتدة ما بين الطفولة المتأخرة و بداية المراهقة لا يحتاج إلى الوالدية بتلك الصورة السابقة و هي العناية الشخصية بمتطلبات الطفل بقدر ما هي الآن الحاجة للاحتواء و الاحساس بالاستقلالية لكي يتسنى له معرفة ذاته و قدراته و ماهية استنتاجاته و تطلعاته، بعدما اكتسب المهارات النفس اجتماعية اللازمة لهذا، كالقدرة على التعبير عن الذات (الإبداع الخيال و الاسقاط عبر الزمن..)، المهارات الاجتماعية (الحوار، التقبل، التعاون مع الراشدين،...)، الاكتفاء الذاتي (الاستقلالية و رعاية ممتلكاتهم بطريقة مسؤولة،...) و التقييم الذاتي (تقييم السلوكيات و القدرات الخاصة و بداية الشعور بالفخر ازاء الانجازات،..) (ECCD, 2001).

و هذا ما تمثله فعالية الذات و خاصة في مرحلة الطفولة، حيث أن استعدادها عند الطفل مؤسس في الفترة الممتدة من 6-14 سنة و قابليتها للتطور في أوجها من سن 14 إلى حوالي 18 سنة (Bandura,1994). فهي تساعد الطفل على تخطي الصعوبات و الصدمات في هذه الحياة نحو تحقيق أهداف و مشاريع مستقبلية، أو كما يعبر عنها أيضا بأنها طريقة تجعل الشخص أو الطفل يدرك قدرته على النجاح في مهمة ما أو في إطار وضع صعب ، فهي جانب هام من الصحة العقلية الإيجابية والرفاهية و الصحة الجسدية، حيث تعد فعالية ذاتية " Self- Efficacy " من أبرز المفاهيم التي قدمها ألبرت باندورا

"Albert Bandura" عام 1977 محاولاً من خلالها تأكيد دور العوامل الاجتماعية و المعرفية في التعلم على اختلاف مصادرها و أساليب اكتسابها، كما هو الحال في الدراسة التي قام بها أيضاً في عام 1993 حيث يؤكد على فعالية الذات و التي تساهم و بشكل فعال في نمو الطفل المعرفي والأدائي (Bandura, 1993). فقد عرفها بأنها معتقدات الفرد حول قدرته على تنظيم الأفعال المطلوبة لإدارة المواقف المستقبلية و تنفيذها ، كما يرى بأنها المفتاح الرئيسي للقوى المحركة لسلوك الفرد لأنه يعتمد على ما يعتقد الفرد و يتوقعه عن مهاراته السلوكية المطلوبة للتفاعل الناجح و الكفؤ مع أحداث الحياة (معاوية و علاونه، 2010) ، فهي ليست ثابتة بل قابلة للتطور وفق متطلبات الظروف الحياتية الآنية.

ليتجاوز هذا المفهوم عالم التربية و النمو إلى عوالم أخرى في علم النفس كعلم النفس الصحة الذي حوى العديد من الدراسات العربية و الأجنبية التي قرنت فعالية الذات بمفاهيم علمية مختلفة و مترابطة فيما بينها كجودة الحياة وإدارة المرض و الالتزام بالعلاج... لنذكر على سبيل المثال نتائج دراسة ( Clark & Hodge, 1999). حول دور الفعالية الذاتية في إدارة المرض المزمن لدى النساء المرضي بالقلب ، والتي نصت نتائجها على أنه كلما زادت الفعالية الذاتية زادت معها قدرة الفرد على إدارة المرض المزمن (يخلف، 2001)، الذي يصيب النساء و الرجال ، الكبير و الصغير على حد سواء و خاصة الصغير منهم و الذي هو في مرحلة تأسيس لشخصيته و حياته.

فكما هو معلوم عن هذه المرحلة العمرية لا تخلو من بعض الأزمات التي يجب تخطيها ، منها أزمات طبيعية مارة ببناءة و أخرى دخيلة و يمكن أن تكون مزمنة و من بينها في الجانب الصحي الأمراض ، حيث جاء في التقرير الذي وضعته منظمة الصحة العالمية كمؤشر على دق ناقوس الخطر من ناحية الصحة و الاقتصاد في مجال الرعاية الصحية بأشكالها ، فالأمراض المزمنة تمثل حوالي 60% من العبء العالمي و

هي في تزايد (بروت و آخرون ، 2002)، و من بينها أمراض الالتهابات المزمنة إن كانت ناتجة عن التهاب فيروسي أم التهاب ذاتي أي متعلق بالجهاز المناعي .

ليعتبر مرض الربو من الأمراض الالتهابية المزمنة المتعلقة بالجهاز المناعي وكذا يعد من بين أمراض الجهاز التنفسي المزمنة التي لاقت اهتماما كبيرا في مجال البحث و خاصة عند الأطفال، حيث أن نسبة انتشار مرض الربو حسب تقرير الجمعية الطبية البريطانية في تزايد مستمر يصل إلى 20% عند الأطفال في عمر المدرسة (أيرس ترجمة صليبا ، 2002).

كما أنه وجد عند مديرية الصحة المدرسية بولاية باتنة -الجزائر- احصائيات عام 2017/2016 في الثلاثي الثالث من الموسم الدراسي تسجيل 10 حالات جديدة من أصل 370 تلميذ، أما بالنسبة للمعدل السنوي لنفس السنة فقد وصل إلى حوالي 76 حالة مريضة بالربو في المقاطعة التعليمية الواحدة، حيث 34% منهم تتكفل بمتابعتهم الصحة المدرسية و 42% فهم يفضلون متابعة أطبائهم الخاصين في هذا الأمر، أما الباقي فهم متابعين من قبل الصحة المدرسية و الأطباء الخاصين بهم (مديرية الصحة المدرسية لولاية باتنة، 2017). و هذا يعني الزامية الاهتمام بهؤلاء الأطفال المرضى المزمنين و البحث لهم عن حلول من أجل رعاية صحية ذات جودة.

و خاصة أن لمرض الربو تأثيرات جسمية و نفسية على فئة هي في طور نموها و أوج تطورها، تحمل طاقة تتميز بالاستمرار و التكامل و لا يمكن التأجيل فيها، فمن الناحية الجسدية فهو مرض من بين الأمراض الالتهابية المزمنة التي تخص القصبة الهوائية و نشاط الخلايا المجاورة لها بشكل نوبات متفاوتة الحدة حسب شدة الالتهاب، إذ قد يحدث أن تتأثر وظائف الأجهزة العضوية الأخرى. لتعتبر دليل على مدى تدخل المرض وأعراضه المصاحبة على سلوك الطفل.

أما من الناحية النفسية السلوكية فقد أكدت دراسة " kopel & Sheryl " عام (2001) تحت عنوان: السلوكيات التوافقية لدى الأطفال المرضى بالربو، بأن هؤلاء يعانون من مشاكل سلوكية أكثر من غيرهم أي الأطفال الأصحاء، و هذا يعرقل مسار النمو عند الطفل أيضا. باعتبار أن العوامل البيولوجية هي التي تحدد بشكل مبدئي نوع أعراض المرض أما العوامل النفسية و الاجتماعية فيرى الباحثون في مجال الصحة أنها مسؤولة عن محتوى و معنى هذه الأعراض كرمزية للمرض يعبر عنها الجسد ضمن العلاقة بين الانفعالات كحالة نفسية و تأثيراتها العصبية على الجهاز الغدي و المناعي في ظهور الأمراض المزمنة على وجه الخصوص (عبد القوي ، 2002) ليعمل علم النفس الطبي على فهم هذه الثلاثية و رمزيتها النفسية التكافؤية مع ظهور المرض و البحث عن حلول لذلك.

و من خلال هذا توجب ايجاد وسيلة تعمل على أن يتمكن المريض أياً كان عمره من تحقيق التوازن و اكتساب المهارات و القدرات - الكفاءات - اللازمة التي تساعده على التعايش مع المرض و تحسين نمط حياته كالذي تقدمه التربية العلاجية في شكل نماذج فردية خاصة وأخرى جماعية ( O.M.S, 1998 ) ، باعتبارها وسيلة تسمح بجمع المعلومات الصحيحة عن المرض و مراحل تطوره و برنامجه العلاجي وكذا كيفية الوقاية و الحد من المآل غير المرغوب فيه في اطار المعرفة و التنقيف، فهذه المعرفة تتعلق بتنظيم الفرد للوقت و الطاقة و الذاكرة و الهوية و التطور ... (Calop, & al., 2008) مع اكساب المريض مجموعة من الكفاءات تخص التعامل مع مرضه و أخرى تخص ذاته و تزيد من قيمتها والتي تؤهله إلى حياة أفضل تحدد اتجاهاته نحو تقديره لنفسه و المرض و المحيط. كما أشار في هذا الصدد "degennaro louis" في رسالته عن تعلم التعايش مع مرض السرطان عند الأطفال إلى مجموعة من خطوات رابطة بين عوامل الخطر و مآل المرض التي تؤسس إلى خطوات تصميم برنامج تربية علاجية (Degennaro, 2013)، باعتبارها علاقة خدمة يشارك في تكوينها المريض والممارس معا بشكل متكامل. و هذا يشير إلى منظور مزدوج: فالمريض هو

خبير جسمه وتجربة صحته ، فقد تكون عنده نظام من المعرفة والمعتقدات حول ما يجب القيام به، ليوضع الممارس في موقف حامل المسؤولية الثقيلة المتمثلة في تنفيذ البرامج والأجهزة عن دراية التي تحظر الاستنساخ الروتيني للمعرفة. أي، المهنية التي تمتلك الإبداع والتكيف مع الآخرين و تحترم جوهر المسألة الأخلاقية للعلاقة القائمة بينهم (Nagels & al.,2015)، و التي هي مسألة قائمة منذ زمن بعيد.

حيث حين تم استعراض مشاريع الربو التي قدمت في اجتماع يونيو 1981 في لوس أنجلوس، بعنوان "إدارة الذات برامج تعليمية لربو الطفولة"، أشارت النتائج إلى أن تلك البرامج التي دمجت هذه المبادئ تمامًا تميل إلى أن تكون أكثر فاعلية في التأثير الإيجابي على النتائج السلوكية والفيزيولوجية والمالية ( Bartlett, 1983).

و هناك أيضا العديد من الدراسات التي تناولت التربية العلاجية لأطفال مرضى الربو بغية تحقيق جملة من الأهداف التي تم ذكرها سالفًا، لنذكر منها على سبيل المثال لا الحصر دراسة ( Service Des Recommandations Et Références Professionnelles) عام 2002 و التي تضمن موجز التوصيات فيها كدراسة تطبيقية لبرنامج التربية العلاجية للأطفال المرضى بالربو الذين تتراوح أعمارهم ما بين ( 2-18) سنة مع الوالدين، الأهداف التي احتوت التقليل من الأعراض و السعي لتحسين وظيفة الجهاز التنفسي مع اضافة بعض النشاطات الجسدية الفعالة وفق احتياجات الطفل، و دراسة (Gauron.Anne) عام 2010، التي تحت عنوان تقييم برنامج تربية علاجية للأطفال الذين يعانون من مرض الربو في المدرسة الخاصة بأمراض الربو، و قد انتهجت ألعاب الهواء كنهج تعليمي للأطفال بغية استفادة هؤلاء الأطفال من تحسين نمط الحياة و زيادة نسبة الثقة بالنفس ، مع معرفة خصائص المحيط الذي ولدوا فيه و معاينة الهندسة المعمارية للمدرسة الخاصة... (Gauron, 2010).

و بنفس حاجة المريض لمثل هذه البرامج فحتى الطبيب هو الآخر بحاجة لتكوين خاص فيها، ففي المستشفى الجامعي بجنيف "H.U.G" 2013 قاموا بمشروع تكوين الاطباء المقيمين و العاملين قبل تخرجهم في التربية العلاجية بأبعادها التربوية و النفس-اجتماعية لمساعدة المرضى المزمين بهدف تكيف أكثر مع المرض (Slama-Chaudhr, 2013) و السعي نحو حياة أفضل باستغلال موضوع التربية العلاجية لتحقيق جزء كبير من الرعاية الصحية، و هذا يدل على أهمية الدور الفعال للتربية العلاجية كموضوع ديناميكي لإدارة الرعاية الصحية و ضبط مجالها.

و لهذا يأتي دور التربية العلاجية هنا من خلال ما تحمله من ثنائية داعمة للطفل و هي الاحتواء و التقويم من خلال عمليتي: التفكيك (تحليل المعطيات الخاصة بالحالة مع المرض في سياقها) و إعادة التشكيل (البناء المعرفي نحو مفهوم المرض و التعايش معه و ذلك بالثقافة و المهارة ) التي تقوم عليها، مع اعتبار خاص للمرحلة العمرية و الحالة الصحية ضمن السياقات الأربعة الأساسية، بالإضافة إلى إبراز العلاقة بين المريض و المرض و أسرته و الطبيب المعالج إلى جانب الوضع الاستشفائي أي السياق ، بغية تحقيق أهداف مسطرة تضمن للطفل بناء تصورات ذهنية سليمة تكون محكات و نماذج يؤسس عليها تطوره على سلم الحاجات ، و يتعلم كيف يعتقد بتجاوز الصدمات و الضغوطات انطلاقا من المعطيات المتوفرة كالجسد و رمزيته النفسية عند الطفل و هذا ما توفره فعالية الذات .

و عليه أتى هذا الطرح لبرنامج تربية علاجية و تأثيره على فعالية الذات لدى أطفال مرضى الربو الذين تتراوح أعمارهم ما بين (8-14) سنة في محاولة لفهم ما تعرضه متغيرات الدراسة من علاقة في ظل محاور برنامج التربية العلاجية و أبعاد فعالية الذات، و منه طرحت اشكالية هذه الدراسة و المتمثلة في:

هل يؤثر برنامج التربية العلاجية على فعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو الذين تتراوح أعمارهم

بين (8-14) سنة ؟.

## 2. تساؤلات الدراسة

من خلال اشكالية الدراسة يمكن طرح التساؤلات التالية:

- 1- ما مستوى فعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة مقارنة بالأطفال الأصحاء؟
- 2- هل توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل تطبيق البرنامج تعزى لعوامل: الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل، مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن؟
- 3- هل توجد فروق في مستوى فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة ؟
- 4- هل توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل ،مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن؟
- 5- ما نوع العلاقة القائمة بين المرض و المريض (طفل . أسرة ) و الفريق المعالج قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية ؟

## 3. فرضيات الدراسة

من خلال التساؤلات السابقة، و بناء على ما ورد في طرح الاشكالية و ما جمع من نتائج دراسات سابقة متاحة و استنتاجات ملتمسة من التراث النظري و ملاحظات للواقع و الاحتكاك به ، خلصنا إلى طرح الفرضيات التالية :

1- نتوقع مستوى منخفض لفعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة مقارنة بالأطفال الأصحاء.

2- لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل تطبيق البرنامج تعزى لعوامل: الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل، مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن.

3- توجد فروق في مستوى فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة.

4- توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية تعزى لعوامل: الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل، مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن.

5- نتوقع وجود علاقة ايجابية بين المرض و المريض (طفل . أسرة ) و الفريق المعالج بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية .

#### 4. أهداف الدراسة

تسعى الباحثة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف من خلال معالجتها لهذه الدراسة و التي تتضمن ما يلي:

❖ أهداف خاصة بفعالية الذات :

- 1- التعرف على مستوى فعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة قبل تطبيق البرنامج .
- 2- تنمية مهارات الطفل المريض بالربو بغية رفع مستوى الفعالية لديه.
- 3- التعرف على مستوى فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة .



❖ أهداف خاصة تتعلق بعوامل تمس الطفل:

1- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل الجنس .

2- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل السن .

3- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل .

4- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل مدة المرض .

❖ أهداف خاصة تتعلق بعوامل تمس الأسرة:

1- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين .

2- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل مستوى الدخل المادي للأسرة .

❖ أهداف خاصة تتعلق بعامل نوع السكن:

1- التعرف على الفروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل و بعد تطبيق

برنامج التربية العلاجية تعزى لعامل المنطقة الجغرافية و عامل السكن.

\*أهداف تخص العلاقة بين المريض و الفريق المعالج:

1- التعرف على نوع العلاقة الرابطة بين المرض و المريض (طفل . أسرة ) و الفريق المعالج.

## 5. أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في اختيار متغيراتها ، حيث تحتوي على أهمية علمية أكاديمية و أخرى عملية ، فهي دراسة تحاول أن تجمع بين ما هو نظري و ميداني يزيد من تراكمية و تكاملية العلم ... و نذكر:

## ❖ الأهمية العلمية :

تكمن أهمية هذه الدراسة من الناحية العلمية في اعادة ترتيب التراث النظري و تنظيمه بشكل يناسب متغيرات الدراسة من حيث الطرح ، و هذا بإسقاط متغيرات و مفاهيم خاصة بعلم النفس الصحة على الطفل بوصفه الفرد الهش الذي يؤسس لفرد ناضج من خلال عملية البناء لمخططات معرفية سليمة، إلى جانب العينة المستهدفة و التي تتمثل في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (8-14) سنة المصابين بالربو و التي يمكن الاستفادة من خصائص نموها المتميزة بالليونة النفسية و المرونة الجسدية و سهولة التكيف ( الاستيعاب والموائمة ) و تظهر هذه الخصائص باستثمارها في برنامج تربية علاجية لتتبلور انعكاساتها السلوكية في فعالية الذات التي تمس المرض بحد ذاته و تسعى لعلاجه و الحد من شدة أعراضه من جهة، و من جهة أخرى تنمي مصادر فعالية الذات لديه .

بالإضافة إلى أن هذا المجال الذي تمسه الدراسة يعد ضمن الاستراتيجيات الحديثة للرعاية الصحية التي تسعى في تحسين جودة الرعاية.

## ❖ الأهمية العملية :

تكمن أهمية هذه الدراسة من الناحية العملية بأنها تزود الأخصائيين النفسيين في القطاع الصحي بمجموعة من المعارف التي تخص التعاملات بين المريض و الطبيب و السياق بالإضافة إلى فهم سيكولوجية الطفل المصاب بمرض الربو و كيف يمكن لهذا الأخير أن يتحكم في نمط و جودة حياته ليصل إلى مستوى عالي الثقة من فعالية الذات، و تطبيق البرنامج من قبل الأخصائيين و بالتعاون مع الطاقم الطبي ككل الذي

يدخل ضمن استثمار أمثل للجهود المقدمة في الخدمات الصحية و منها الوقائية بشكل متكامل يجمع مختلف المختصين بغية الجودة في الرعاية و تقديم خدمات منسقة و متكاملة، مدروسة و مخططة ذات أهداف علاجية تنموية.

و عليه، نجد أن أهمية هذه الدراسة تستلزم تقبل التنوع الثقافي و الفروق بين الأفراد و احترامه، مع فهمهم للمرض و مواكبة كل مستجدات التقنيات العلاجية الحديثة، أي كل ما يتمشى مع احترام تنوع الأفراد (المرضى و أسرهم، مشرفي الرعاية الصحية من أطباء و أخصائيين نفسانيين و بيداغوجيين، ممرضين) على حد سواء، و هذا يعني أن أهمية الدراسة لا يشمل فقط فهماً نظرياً، ولكن أيضاً القدرة على ترجمة هذا الفهم إلى ممارسة مؤهلة لتحقيق الأهداف و التي هي: تربية، علاج، تنمية ضمن تفاعل جماعي.

## 6. دوافع الدراسة

لقد تم اختيار متغيرات الدراسة بعناية ترضي فضول و توجه الباحثة في عالم الصحة لدى الطفل و نمط حياته و مسار نموه في الوضع الصحي و خاصة في هذا الوقت الذي أصبحت فيه الأمراض المزمنة منتشرة بشكل وبائي، حيث أسفرت النتائج الاحصائية للمنظمة العالمية للصحة «O.M.S» أنه في عام 2020 يصل العبء الاقتصادي على هذه الأمراض 80% (Mason & al., 2015)، و لهذا أصبحت الدراسات الخاصة بالرعاية و الوقاية هي الأكثر جدة و فعالية، كما أن نتائجها تمس الواقع مباشرة.

و منه، كان الدافع وراء تصميم برنامج تربية علاجية و ربطه بمفهوم الفعالية الذاتية عند الأطفال وهذا للنتائج المتوقعة لمستقبل الطفل المريض على مستوى النمو المعرفي و الاجتماعي إن حدث و أن انتج برنامج له تأثيرات ايجابية ملموسة تخرج الطفل من عزلة المرض و تقوده إلى بناء مشاريع مستقبلية واضحة المعالم و التوجهات، و لهذا اختارت الباحثة الفئة الأكثر عرضة و تأثراً الطفل و المراهق الذي اختبر صراع الموت و الألم (أعراض مرض الربو كالاختناق و السعال...) الذي يعيشه إلى جانب طاقة النمو الايجابية ، كما أن

الطفل في سن 08 يعيش قلق الموت إلى جانب أنه تمكن من بناء تصورات معرفية مقرونة بالواقع تزداد لتصبح مخططات في حوالي سن 14 و هذا من ضمن مكتسبات هذه المرحلة، أما متطلباتها فهي الحاجة للاحتواء و التعلم، فهم الواقع بعلمية صادقة، التعاون و المشاركة، القدرة على التقييم و حل المشكلات، أي أن هذه الفترة تعتبر مناسبة للتدخل ببرنامج تربية علاجية يهدف إلى تعزيز الفعالية الذاتية عند الطفل المصاب بالربو باعتبار هذا المرض من أبرز الأمراض المزمنة متعددة الأسباب و التي تصيب الكثير من الأطفال، و الجدير بالذكر هنا أنه قابل للشفاء عند الأطفال بعد سن 14 و لهذا جعلت التربية العلاجية كوسيلة لتدارك أزمة المرض المرتبطة بدرجة العناية الطبية عند الطفل و تغطية التجربة المرضية بتجربة معرفية مهارتية تبنى من خلالها اتجاهات لفعالية ذاتية ايجابية و خاصة بهذه الفترة الزمنية حيث أن الفعالية الذاتية عندها تكون في أوج استعداداتها للتطور .

## 7. التعريف الإجرائي للمصطلحات

فيما يلي تعريف للمصطلحات الأساسية للدراسة و المتضمنة لكل من برنامج التربية العلاجية و فعالية الذات و مرض الربو عند الطفل، و هذا بعد الاطلاع على التراث النظري و الدراسات السابقة. حيث تم اعتماد التالي بناء على ما يناسب أهداف الدراسة و مسار البحث فيها:

### ❖ برنامج تربية العلاجية:

برنامج التربية العلاجية هو مجموعة النشاطات التي تهدف في جوهرها إلى إدارة الأمراض، يقوم بها مقدّمو الرعاية المدربون تدريباً كافياً في مجال التربية لمساعدة المريض ( أو مجموعة من المرضى و عائلاتهم) للالتزام بالعلاج و الوقاية من حدوث مضاعفات مع الحفاظ على جودة الحياة ، فهي خاصة بالنتائج الجانبية للعلاج و مكتملة للتدخلات الأخرى ( كالتدخل الدوائي و العلاج الطبيعي ) (O.M.S, 1998).

- و اجرائيا : هي علاقة خدمة ، وشارك في تكوينها المريض والممارس

هو برنامج تعليمي علاجي تنموي خاص بالأطفال الذين يعانون من مرض الربو قائم على علاقة خدمة يتشارك في تكوينها المريض و ممارسو الرعاية الصحية، أي الطفل و الأسرة ، أما المتدخلون ( ممارسو الرعاية الصحية) هم : الأخصائي النفسي (الباحثة ) ، طبيب مختص في الأمراض الصدرية و الحساسية. حيث يحتوي على 3 محاور رئيسية : المعرفة (معرفة المرض) ، المهارات ( السلوكيات العلاجية و الوقائية الواجب القيام بها للحد من تطور المرض أو التخفيف من شدة الأعراض) ، الاتجاهات ( تبني تصورات أكثر ايجابية نحو الذات و المرض ) .

#### ❖ فعالية الذات :

تعتبر فعالية الذات ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة و استخدامه لإمكانياته المعرفية و مهاراته الاجتماعية و السلوكية الخاصة بالمهمة ، و هي تعكس ثقة الفرد بنفسه و قدراته على النجاح في أداء المهمة ، هذا ما جاء في تعريف برنينج (العتيبي ، 2008)، أي هي اعتقاد الفرد الشخصي أنه يمتلك القدرات و المهارات اللازمة لإنجاز أهدافه مما يؤهله للتخطيط و تحقيق الأهداف ، و مثابرتة في إتمام ذلك ، فضلا عن التواصل الفعال مع الآخر.

#### - و اجرائيا :

فعالية الذات هي نتيجة تفاعل مجموعة من المصادر الرئيسية التي أشار اليها "Bandura" و التي تزود الطفل بمعلومات يدرك من خلالها قدرته على انجاز مهمة معينة و تساعد في خلق شعور قوي من الكفاءة، و تقدر هذه من خلال الدرجات التي يتحصل عليها الطفل في المقياس المطبق في الدراسة و الذي هو مقياس مصادر فعالية الذات عند الطفل من إعداد الباحثة.

## ❖ مرض الربو عند الطفل :

مرض الربو هو من بين الأمراض المزمنة التي تصيب الجهاز التنفسي، حيث يحدث على مستوى الخلايا المجاورة للقصبة الهوائية التهابات حساسية مزمنة و عليه يتم تضيق القصبة مما يصعب عملية التنفس (الشهيق ، الزفير) على الفرد و يكون عرضة للنوبات المفاجئة التي تميز الربو بمجرد توفر المحفز .

## - و اجرائيا :

هو ذلك المرض الذي يصيب الجهاز التنفسي بالتهابات مزمنة تسبب عدة أعراض تشكل في مجملها اكلينيكيه مرض الربو، و الذي قد شُخص لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين (8-14) سنة من طرف الطبيب أو هيئة طبية.

## الفصل الثاني: عرض و تحليل الدراسات

### السابقة

1- عرض الدراسات السابقة

2- تحليل الدراسات السابقة

3- مناقشة الدراسات السابقة

الأطفال ما بين العمر 8-14 سنة تنحصر نظرتهم للمرض إما بأنهم هم المتسببون فيه أو أن هناك أمرا منطقيًا علميًا يسعون في البحث عنه (Degennaro, 2013) لإشباع فضولهم و السير قدما نحو تلبية حاجاتهم و تخطي أزمة المرض، و الشيء المشترك في هذا حاجتهم للرعاية و الاهتمام.

و لذلك أخذت الهيئات المسؤولة على الرعاية الصحية في البحث عن برامج متطورة للتكفل الأمثل بالمرضى كل حسب نوع مرضه و عمره حفاظا على خصوصية الحالة، و التربية العلاجية تعد حلا مناسبًا.

و لهذا جاء هذا الفصل من عرض و تحليل الدراسات السابقة الخاصة بموضوع التربية العلاجية للأطفال المرضى بالربو، و الأخرى الخاصة بفعالية الذات و التي تعد من أهم المفاهيم التي يمكن أن نصادفها علنيا أو ضمريا في دراسة التربية العلاجية و النمو النفسي للطفل المريض بمرض مزمن (الربو) من أجل التعرف و فهم العديد من النقاط التي كانت محل تساؤلات مهمة و جوهرية تفيد الدراسة الأساسية و تدعم تفسيراتها من رغبة في تغطية حاجات الطفل التنموية -النمو النفسي- لسد أي نقص أو عجز لإنجاح برامج التربية العلاجية المخصصة للأطفال المرضى بأمراض مزمنة على العموم.

### 1. عرض الدراسات السابقة

تم انتقاء مجموعة من الدراسات السابقة المتعلقة بالتربية العلاجية للأطفال المرضى بأمراض مزمنة و أخرى متعلقة بالأطفال مرضى الربو أو بالسياق، ثم تم تصنيفها على حسب نتائج الدراسات و التي لها علاقة بما يمكن للتربية العلاجية أن تؤثر فيه بشكل ايجابي على النمو النفسي عند الطفل.

حيث تتعدد محاور النمو النفسي عند الطفل بين تعلم و اكتساب لمهارات التواصل، مهارات التعبير عن المشاعر و الميول الشخصي، مفهوم الذات، الادارة الذاتية للشؤون الشخصية و تحمل المسؤولية، الثقة بالنفس و تطبيق استراتيجيات مواجهة الضغوط، ...



و لكن، في هذا العرض و التحليل تم تعيين محاور النمو النفسي عند الطفل حسب ما يخدم الدراسة الأساسية المرتبطة بفعالية الذات، لذلك فالنمو النفسي عند الطفل هنا مرتبط بثلاث عناصر و هي:

-الثقة بالنفس: و التي تعد بأنها رأي الفرد في كفاءته الجسدية و النفسية و الاجتماعية و اعتقاده بأن لديه المهارة و القدرة على بلوغ حاجته، حيث أنها تعتبر أيضا من أهم أدوات التحكم في الذات و التصرف بفعالية في كافة المواقف (فاطمة، 2018).

-الإدارة الذاتية للمرض (التقليل من الأعراض): و التي تعرف بأنها مفهوم معقد لا يتم تعريفه أو تفسيره بسهولة، حيث يختلف التفسير وفقاً للمعايير و القيم الفلسفية والمجتمعية والثقافية. كما تُستخدم الإدارة الذاتية عموماً في سياق مناقشة الرعاية الذاتية التي ينخرط فيها الأشخاص بسبب حالاتهم المزمنة. علاوة على ذلك، هناك افتراض أن الرعاية الذاتية المرتبطة بمصطلح "الإدارة الذاتية" تعتمد على اتخاذ قرارات المرضى وتنفيذ السلوكيات القائمة على بعض المعرفة بحالتهم وتوصيات علاج مقدميهم (Corbett & Fleming, 2005)، ليكون هدفها هل التحكم في المرض و تطوره انطلاقاً من التقليل من الأعراض بناء على قاعدة السلوكيات الصحية و تعديل السلوك.

-نمط التواصل الايجابي: و الذي يعرف بأنه يعبر عن السلوك التفاعلي و التواصل مع الآخر بشكل فعال، أي أن الرسالة تصل كاملة و صحيحة للمتلقي لتتحصل على تغذية راجعة منه تحقق لنا حلقة تواصل.

- و قد اضيفت جودة الحياة حسب ما وجد في نتائج الدراسات السابقة ضمن هذه العناصر لما لها من علاقة ارتباطية موجبة.

هناك العديد من الدراسات التي تناولت ما يفيد و يمس الدراسة ومتغيراتها بشكل مباشر او غير مباشر و التي لا يمكن عرضها كلها، وفيما يلي مجموعة من هذه الدراسات السابقة و التي تم الاطلاع عليها و انتقاؤها حسب ما يفيد موضوع الدراسة، و هذا في حدود اطلاع الباحثة و ما كان في متناولها.

**الجدول رقم 1:** جدول يوضح ملخص للدراسات السابقة

عنوان الدراسة و الباحث	المتغير التابع للدراسة	السنة	اللغة	العينة	نوع المرض	محتوى البرنامج	النتائج
دراسة (Levinson.W) عام 1997: التواصل بين الطبيب والمريض وسوء الممارسة الطبية: الآثار المترتبة على أطباء الأطفال	تحسين مهارات الأطباء في الاتصال والموارد المتاحة لتحقيق جودة الرعاية	1997	انجليزية	أطباء الأطفال	الأمراض المزمنة	- يصف سلوكيات اتصال محددة يمكن للأطباء استخدامها لتعزيز جودة الرعاية والعلاقات مع المرضى ، مع التركيز على أنواع الاتصالات المطلوبة لأطباء الأطفال الذين يعملون مع الأطفال وعائلاتهم	يبدو أن جودة الرعاية والإهمال الطبي الحقيقي ووثائق التخطيط البياني لهم ليست هي العوامل الوحيدة التي تحدد مخاطر سوء الممارسة، و منه التأكيد على أهمية التواصل الايجابي
دراسة ( Jean Hanson ) 1998 : الفعالية الذاتية الأبوية و مهارات الادارة الذاتية للمرضى بالربو	الفعالية الذاتية الأبوية و مهارات الادارة الذاتية	1998	انجليزية	أطفال	الربو	استخلاص الفروق بين مجموعة الأطفال المرضى بالربو الخاضعين للعلاج و الخاضعين للفحص الدوري	-فعالية الآباء الذاتية ازاء الادارة الذاتية للأطفال مرتبطة بمدى المرض. -كنتيجة فالتربية الفردية فعالة كالتربية الجماعية من طرف الأطباء للأولياء لبعض الاستراتيجيات الوقائية حيث

يكون الآباء أكثر راحة في منع نوبات الربو من علاجها							
نتائج ايجابية لصالح مرضى الربو في ما يخص الادارة الذاتية و جودة الحياة	- تطوير الادارة الذاتية و تقييم جودة الحياة	الربو و الانسداد الرئوي المزمن	مريض الربو و الانسداد الرئوي المزمن	انجليزية	1999	جودة الحياة	دراسة ( Gallefoss.F& bakke.P.S ) 1999: تقدير جودة الحياة بعد تعليم المريض المصاب بالربو و الانسداد الرئوي المزمن
-الإدارة الذاتية و جودة الحياة ( لصالح مرضى الربو )	- تربية علاجية موزعة على جلسات جماعية و جلسة فردية إلى جلستين فرديتين لكل ممرضة وأخصائي علاج طبيعي. إدارة ذاتية	الربو و الانسداد الرئوي	مريض الربو و الانسداد الرئوي	انجليزية	1999	ادارة المرض و جودة الحياة	دراسة ( Gallefoss.F, Bakke.P.S , Kjaersgaard.P ) عام 1999: تقييم جودة الحياة بعد تعليم المريض السيطرة على الربو ومرض الانسداد الرئوي المزمن في دراسة عشوائية

<p>- الإدارة الذاتية : التقليل من الأعراض (السعي لتحسين وظيفة الجهاز التنفسي) -تحسين نمط التواصل (تقبل المرض)</p>	<p>-التركيز على نمط التواصل و تقبل المرض - النشاطات الجسدية الفعالة وفق احتياجات الطفل</p>	<p>الربو</p>	<p>أطفال (18-2) سنة</p>	<p>فرنسية</p>	<p>2002</p>	<p>ادارة المرض</p>	<p>دراسة من قبل ( Service Des <b>Recommandations Et References</b> <b>:2002 (Professionnelles</b> دراسة تطبيقية لبرنامج تربية علاجية للأطفال المرضى بالربو الذين تتراوح أعمارهم ما بين ( 2-18)سنة مع الوالدين</p>
<p>-برامج التنقيف الناجحة المتعلقة بالربو تعتمد على استراتيجيات تغيير السلوك ، وممارسات الرعاية المشتركة، ومهارات الاتصال ، وعملية تعليمية واضحة ، وتلبية احتياجات العملاء والعوامل المؤثرة ، وتنسيقات التدريس المتعددة ، واستمرارية الرعاية.</p>	<p>-اعتماد البرامج على توجيه التعلم وتعديل السلوك، بالإضافة إلى المعلومات الخاصة بالمرض</p>	<p>الربو</p>	<p>مرضى الربو</p>	<p>انجليزية</p>	<p>2005</p>	<p>تطور برامج تعليم الربو عبر الزمن</p>	<p>دراسة ( Mcghan.S.L, Cicutto.L.C, <b>Befus.A.D</b> ) عام 2005: التقدم في تطوير وتقييم برامج تعليم الربو</p>
<p>الإدارة الذاتية: جميع التدابير الموضوعية والذاتية للسيطرة على الربو تحسنت و استمرت</p>	<p>-التعليم من قبل مربى الربو المعتمد، منتظم على المدى الطويل.</p>	<p>الربو</p>	<p>مرضى الربو</p>	<p>انجليزية</p>	<p>2006</p>	<p>إدارة العلاج الدوائي</p>	<p>دراسة ( <b>Barry A. Bunting &amp; Carole W.</b> ) <b>:2006 (Cranor</b></p>

مشروع آشفيل: عيادة طويلة الأمد، النتائج الإنسانية والاقتصادية من العلاج بالدواء المجتمعي، برنامج إدارة الربو							متابعة من قبل الصيدلة باستخدام جدول زمني للاستشارات و رصد توصيات الأطباء.	لمدة 5 سنوات. وتصنيف درجة الخطورة FEVI تحسّن.
دراسة (Raheison.C) 2006: مكان التعليم العلاجي في الربو الحاد دور التعليم العلاجي في الربو الحاد	دور التعليم العلاجي	2006	فرنسية	أطفال و مرافقين	الربو	-توفير خصائص مكانية مناسبة. -التعليم و تحسين المعرفة	-الإدارة الذاتية: التقليل من الأعراض، و التقليل من الحاجة إلى الرعاية. -تحسين نوعية الحياة	
دراسة (Le Rhun.A & al) عام 2006 تقييم لبرنامج تنقيف المريض للأطفال المصابين بالربو في مستشفى تعليمي فرنسي- برنامج تعليمي علاجي جماعي للأطفال الربو في Nantes-	-إدارة المرض	2006	فرنسية	أطفال	الربو	-تقييم شفوي و كتابي للأطفال و أولياؤهم بعد خضوعهم لدورات تدريبية علاجية خاصة بالأطفال المصابين بالربو.	- الإدارة الذاتية : كان هناك تحسن شامل في المعرفة ، المهارات ، المعلومات الطبية الحيوية و الصحية. -و لكن استمرت الثغرات فيما يتعلق بالعلامات السريرية للأزمة والممارسة الرياضية واستخدام الكورتيزون. كما وجد	

خوف يسيطر بشكل سيئ على الوالدين في وقت الأزمات							
دراسة (Chan.D.S & al) عام 2007: المراقبة المنزلية القائمة على الإنترنت وتعليم الأطفال الذين يعانون من الربو يمكن مقارنتهم بالرعاية المثالية للمكاتب: نتائج تجربة مراقبة الربو داخل المنزل لمدة عام.	إدارة المرض و تحسين جودة الحياة	2007	انجليزية	أطفال و مرافقين	الربو	-المراقبة المنزلية لمرضى الربو عن طريق تكنولوجيا التخزين حيث يتلقون التعليم مع التقييم و مراقبة شدة الأعراض و الاستفادة من الخدمات	-الإدارة الذاتية: ساهمت التكنولوجيا في تحسين النتائج، مقارنة بالزيارات الشخصية التي تتم في المكتب. -التواصل الايجابي بين مسؤولي الرعاية الصحية عن طريق التكنولوجيا. -تحسين جودة الحياة لكلا المجموعتين.
دراسة (Arnaud Bourdin ,Brigitte Ait-) : 2009 ( El.Mahjoub , Philippe Godard	ادارة المرض	2009	انجليزية	مريض الربو	الربو	-كتابة خطة فردية - رصد ذاتي - المراجعة الطبية العادية	- انعكسات ايجابية تخص الادارة الذاتية لمريض الربو

							التربية العلاجية للمريض الربوي من أجل تربية مريض مصاب بالربو
-تحسين نمط الحياة -زيادة نسبة الثقة بالنفس - خصائص المحيط الصحي للمرضى.	انتهجت ألعاب الهواء كنهج تعليمي للأطفال	الربو	أطفال	فرنسية	2011	ادارة المرض	دراسة (Gauron.Anne) 2011: تقييم برنامج تربية علاجية للأطفال الذين يعانون من مرض الربو في المدرسة الخاصة بأمراض الربو
- الإدارة الذاتية -تحسين جودة الحياة (بعد 4 جلسات لوحظت زيادة لهذه المتغيرات بسرعة)	-تعليم علاجي للأطفال ذوي المحيط المدخن	الربو	أطفال	فرنسية	2012	-جودة الحياة -السيطرة على الربو	دراسة (Beydon .N & al) عام 2012: جودة الحياة و السيطرة على الربو، التدخين السلبي و التربية العلاجية للأطفال المرضى بالربو
ظهور عوامل مؤثرة : -خاصة بالمرضى و أخرى بالأطباء، عوامل السياق. -المستوى المعرفي و التواصل بين المرضى و المشرفين على	-التركيز على احتياجات التعلم و التدريب	مختلف الأمراض المزمنة	مشرفوا الرعاية الصحية	فرنسية	2013	جودة الرعاية الصحية	دراسة (Anbreen Slama-Chaudhry) 2013: تكوين الأطباء العاملين في التربية العلاجية



التربية العلاجية خلال البعد التنظيمي و التعليمي.							
-الإدارة الذاتية: أظهرت النتائج تحسناً كبيراً في مستوى السيطرة على الربو بعد الجلسات (أكثر من 80% من الربو الخاضع للرقابة) بالإضافة إلى انخفاض عدد المستشفيات وزيارات الطوارئ.	-التركيز في الجلسات على كيفية السيطرة على الربو وتقنيات الاستنشاق للأطفال بالإضافة إلى المعلومات الطبية التي يحتاج الطفل لمعرفتها.	الربو	أطفال	فرنسية	2014	-إدارة المرض	دراسة (Lesourd.B , Juchet.A, Broué-) :2014 (Chabbert.A , Colineaux.H) عام 2014: في مدرسة الربو ... عرض وتقييم التعليم العلاجي
- بعيدون عن امتلاك الأدوات اللازمة لتنفيذ هذا النهج بفعالية لذلك يجب تصميم برامج ذات معايير مهنية تحترم أخلاقيات التعاملات مع الأطراف المشاركين =نمط التواصل +	- إضفاء الطابع المهني -توجيه هندسة التدريب - اعتبارات تمس أخلاقيات المهنة	الأمراض المزمنة	المرضى المزمنين	فرنسية	2015	المهارات العلاجية	دراسة (Nagels.M, Lasserre.A Moutet) عام 2015: الانعكاسات الحرجة على تصميم مرجعية من المهارات في التعليم العلاجي للمريض

التمكن من تحقيق الأهداف المسطرة في البرنامج .							
-النتيجة الأولية الإدارة الذاتية - يمكن دمج برنامج RADICALS في الممارسات العامة.	- تقييم نموذج متعدد التخصصات للرعاية (RADICALS) - الدعم الفردي للإقلاع عن التدخين ، في المنزل إعادة التأهيل الرئوي والأدوية المنزلية.	الانسداد الرئوي المزمن	مرضى الانسداد الرئوي المزمن المدخنين	انجليزية	2017	الكشف المبكر وإدارة مرض الانسداد الرئوي المزمن	دراسة (Liang. J & al) عام 2017: نموذج متعدد التخصصات للرعاية (RADICALS) للكشف المبكر وإدارة مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) في الرعاية الأولية الأسترالية: بروتوكول دراسة لتجربة عنقودية
-الإدارة الذاتية -الثقة بالنفس -جودة الحياة	العلاج الهوائي ( ABC Air)	الربو	مرضى الربو	فرنسية	2017	إدارة المرض	دراسة (Redon.M) عام 2017: تأثير برنامج التعليم العلاجي ABC Air على مرضى الربو الغير مضبوط

<p>دراسة (Laura Montalbano &amp; al) عام 2018 : مسار التربية العلاجية للسيطرة على الربو: دراسة تجريبية</p>	<p>ادارة المرض</p>	<p>2018</p>	<p>انجليزية</p>	<p>اطفال</p>	<p>الربو</p>	<p>-المتابعة باستعمال تطبيق في المحمول، مع قياس معدل عوامل الخطر في درجات C-ACT للأطفال الذين شاركوا في ETP و no.ETP</p> <p>تؤكد هذه الدراسة على أهمية PET في ربو الأطفال ، مما يشير إلى أنه قد يساعد في الادارة الذاتية للمرض.</p>
<p>دراسة (Price.C &amp; al) عام 2019: فجوات كبيرة في الرعاية الأولية إدارة الربو: تدقيق ممارسة طويلة</p>	<p>الكشف عن الفجوات في الرعاية الأولية لإدارة الربو</p>	<p>2019</p>	<p>انجليزية</p>	<p>مرضى الربو</p>	<p>الربو</p>	<p>التدقيق على أفراد الرعاية الصحية (المرض، المريض، الطبيب، السياق)</p> <p>التأكيد على الزامية تعليم الادارة الذاتية، الثقة، التواصل الفعال -طبيب، مريض- حيث أن السيطرة على الربو في 4.9 % من زيارات العيادة و 15.4 % من المرضى و المرتبطة بشدة الأعراض و موقع العيادة.</p>
<p>دراسة (Lakhanpaul.M, &amp; al) عام 2019:</p>	<p>التصورات العرقية المحددة والحوجز التي</p>	<p>2019</p>	<p>انجليزية</p>	<p>أطفال (5-12) سنة</p>	<p>الربو</p>	<p>- استخدام شبه منظم للمقابلات، من استخراج الفروق التي تساعد في</p> <p>توصلت النتائج إلى وجود مشاكل مشتركة في تجربة الربو تتمثل في:</p>

<p>- عدم فهم مرض الربو - عدم وجود مناقشات شاملة مع المتخصصين في الرعاية الصحية محايدة أو ايجابية - ودور العائلة في الإدارة الذاتية للأطفال و الدور الإيجابي للمدرسة والأصدقاء. أي خلصت النتائج إلى مؤشرات تستلزم إعداد برامج الإدارة الذاتية عند أطفال الربو.</p>	<p>اعداد برامج رعاية خاصة جنوب آسيا.</p>				<p>تعترض إدارة الربو</p>	<p>دراسة نوعية لتحديد التصورات العرقية المحددة والحوجز التي تعترض إدارة الربو في جنوب آسيا و الأطفال البريطانيين البيض المصابين بالربو</p>
---	--	--	--	--	--------------------------	--

## 2. تحليل الدراسات السابقة

من خلال ما سبق عرضه من 21 دراسة سابقة تحصلنا على النتائج التالية، الموضحة بشكل جدول

تكراري.

جدول رقم 2: جدول يوضح نتائج عرض الدراسات السابقة

المتغيرات	السنة		اللغة			النتائج		
	قبل 2000	بعد 2000	عربية	فرنسية	انجليزية	الثقة بالنفس	الادارة الذاتية	نمط التواصل + أخرى
عدد التكرارات	4	17	0	08	13	03	16	07
التكرار النسبي %	19.04 %	80.95 %	0 %	38.09 %	61.9 %	8.57 %	45.71 %	20 %
المجموع	21		21			26		
	35							

- نلاحظ من خلال جدول نتائج عرض الدراسات السابقة أن هناك زيادة واضحة في اهتمام مشرفي

الرعاية الصحية حول موضوع التربية العلاجية الخاصة بالأمراض المزمنة و التي من بينها مرض الربو عند

الأطفال و خاصة في هذه الفترة الأخيرة التي شهدت فيها مثل هذه الأمراض وبائية تستدعي اجاد وسائل

براغماتية فعالة في إدارة المرض و التحكم فيه، و ما يدل أيضا على أهمية هذا الموضوع أنه استقطب من

البحوث العلمية البحوث ذات اللغة الإنجليزية بعدما كانت بدايات هذا المجال باللغة الفرنسية، دون أن نذكر في المطلق عدم وجود بحوث باللغة العربية في هذا المجال البحثي و إنما هو مرتبط بموضوع الدراسة و حدود معرفة الباحثة، و ما يمكن قوله أن البحوث باللغة بالعربية تحتاج إلى الكثير من السعي و الاجتهاد في تناول هذا المجال و اعطاء بعده الثقافي و العلمي الحقيقي.

لنجد أنه في أغلب نتائج الدراسات السابقة التي عرضة موزعة كما يلي:

الإدارة الذاتية < أخرى (جودة الحياة) < نمط التواصل الايجابي < الثقة بالنفس.

أي أنه حوالي نصف النتائج (45.71%) التي عرضتها الدراسات السابقة تنصب على هدف واحد و هو الإدارة الذاتية و التحكم أو التقليل من أعراض المرض المزمن و هو هنا الربو عند الأطفال و المراهقين، و هذا يعني أنها هدف مشترك لتصميم أغلب برامج التربية العلاجية، ثم تأتي جودة الحياة و نمط التواصل الايجابي بين المريض و الطبيب و المرض بمعدل (20-25%) على الترتيب، و هذا يعني أن نمط التواصل و الجودة من أهم المؤشرات الدالة على فعالية برامج التربية العلاجية، لنجد أن الثقة بالنفس كانت من أضعف النتائج التي حققتها مثل هذه البرامج ( 8.57%) و هذا يدل على صعوبة كسب الثقة الكافية لتحدي أغلب مخاطر المرض حتى و إن تمكن الطفل و أسرته من اتقان الادارة الذاتية، و هذا يحث على الاستمرار في البحث و التصميم لبرامج ذات جودة عالية تمس أغلب محاور النمو النفسي عند الطفل و بالخصوص أن المرض هنا هو جزء منه غير منفصل.

#### ❖ حساب معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الادارة الذاتية

تعد الادارة الذاتية العامل المشترك في أغلب الدراسات السابقة كهدف رئيسي و كنتيجة محققة من خلال تطبيقات برامج التربية العلاجية، لذلك تم اختيارها كمتغير مستقل لحساب حجم الأثر لباقي النتائج المستخلصة من تحليل 21 دراسة سابقة.

حساب معامل الأثر باستخدام برنامج SPSS22 و ذلك بحساب "Univariate" F، و الجدول التالي

يوضح النتائج المتحصل عليها:

جدول رقم 3: معامل الأثر الخاص بنتائج الدراسات السابقة بدلالة الإدارة الذاتية

ملاحظة	P	Sig	F	Df	
أثر كبير	0.306	0.009	8.387	(1-19)	نمط التواصل
أثر ضعيف	0.030	0.463	0.563	(1-19)	جودة الحياة
أثر ضعيف جدا	0.008	0.694	0.160	(1-19)	الثقة بالنفس

- نلاحظ من خلال ما جاء في نتائج حساب حجم الأثر بدلالة الإدارة الذاتية أن هناك تفاوت بين مختلف نتائج الدراسات السابقة الأخرى المتعلقة بدعم النمو النفسي عند الطفل و تحسين علاقته بمرضه، حيث أن تأثير الإدارة الذاتية باعتبارها عامل مشترك في أهداف و نتائج جُلّ الدراسات على نمط التواصل الايجابي و جودة الحياة و الثقة بالنفس تتوزع بالشكل التالي:

نمط التواصل الايجابي < جودة الحياة < الثقة بالنفس

أثر كبير < أثر ضعيف < أثر ضعيف جدا

و هذا إن دل على شيء إنما يدل على أن الإدارة الذاتية تؤثر و تتأثر بنمط التواصل الايجابي بشكل كبير كما أشارت إليه الدراسات السابقة و التي أكدت عليه في دراسات الاستطلاعية و التقييمية، حيث أنها تولي اهتماما بارزا فيما يتعلق بالسياق الخاص بالرعاية الصحية (مرض - مريض - طبيب)، لتأتي جودة الحياة في المرتبة الثانية على الرغم من أنها من النتائج المتوقع أن تكون ذات أثر عالي على الإدارة الذاتية، و هذا يشير إلى أن جودة الحياة لها متطلبات أخرى غير التركيز على الإدارة الذاتية فقط في تطبيق برنامج

تربية علاجية، ، لنجد أن الثقة بالنفس أضعف أثرا و أقل اهتماما في الدراسات (للاستزادة انظر ملخص الدراسات السابقة).

باختصار، نجد أنه من الصعب تصميم برنامج تربية علاجية ذو جودة عالية يمس جميع هذه العناصر التي يمكن أن تكون الأهم و الأبلغ في تعليم الطفل المريض و تكوينه و دعم نموه النفسي الذي يمس مثل هذ المجالات (الثقة، التواصل، الجودة، و بالطبع الادارة الذاتية) التي تتأثر و تؤثر فيما بينها، و هذا ما أكدته نتائج حجم أثر الدراسات السابقة.

### 3. مناقشة الدراسات السابقة

بعد الاطلاع على التراث النظري من الدراسات السابقة التي كانت في المتناول و بعد تحليل و معالجة بياناتها، وجد أن هناك العديد من الدراسات التي تناولت التربية العلاجية و بحثت في تأثيراتها و خاصة تلك التي عنت بالأطفال و المراهقين المرضى بأمراض مزمنة أو مرضى بالربو على وجه الخصوص.

بعدها لوحظ أن الأطفال و المراهقين المرضى المزمنين يعانون من اضطرابات نفسية و سلوكية مختلفة لنجد على سبيل المثال دراسة (Lima & Guerra) عام 2010 التي تضمنت متغير التوافق النفسي للأطفال المصابين بمرض الربو ، حيث بلغت العينة 89 طفل مريض ربو تتراوح أعمارهم ما بين (8-12) سنة اعتمد فيها على نتائج دراسات سابقة تناولت استراتيجيات المواجهة و جودة الحياة و كذلك الصورة الذاتية و المهارات الاجتماعية للطفل و كانت نتائجها تنص على التفاعل السلبي الذي تراوح بين القلق و الاكتئاب و استمرار الحالة اللذان يلعبان دورا هاما في التوافق النفسي للطفل المريض بالربو حيث تدخل فيه عدة مؤشرات تأثر على نوعيته المهارات الاجتماعية و صورة الذات التي تحقق الجودة المدركة للحياة ( Lima & Querra , 2010)، و أيضا دراسة ( Kopel & Sherly ) عام 2001 حيث عرض كل من Kopel & Sherly في دراستهما "السلوكيات التوافقية لدى الأطفال المرضى بالربو" بشكل استنباطي تحليلي للسلوكيات التوافقية للأطفال



و المراهقين المرضى بالربو ، حيث تم جمع 78 دراسة و تحليلها و احتوت على 5000 طفل مريض بالربو معدل عمرهم 8,4 من بينهم 40% اناث تم ادراجهم حسب معايير 3 هي ( تأثير الاستيعاب ، المشاكل السلوكية ، درجة شدة المرض ) و قد أشارت النتائج إلى أن المشاكل السلوكية أكثر عند الأطفال المرضى من الأطفال الأصحاء و كذلك كلما ازدادت شدة المرض زادت السلوكيات حدة و زاد تأثير الاستيعاب ( ايجابي

كان ام سلبى) ( Kopel & Sherly , 2001 )

لنجد من خلال هذا أن منطلق الدراسات الخاصة بالتربية العلاجية و الاهتمام بنوعية و جودة تصميماتها و ابتكار أساليب تقييمية مرحة للأطفال تحفزهم على الاستمرار و الالتزام، كانت معاناة الانسان من الأمراض المزمنة و النظام الذي تلزمه للمريض و التغيير النمطي لجميع جوانب حياته، و هذا ما تؤكده مثل هذه الدراسات و التي أثمرت على نتائج متميزة تخص الادارة الذاتية وتقدير جودة الحياة التي ركزت عليها أغلب الدراسات و خاصة أنها مفيدة للمرضى ، كما تؤكد بأن هذه المتغيرات هي أساسية كنتائج تطبيقية لبرامج التربية العلاجية و كذلك تمس الأهداف الرئيسية لبناء مثل هذه البرامج للمرضى ، بالإضافة إلى أنها مست عينة الدراسة الحالية أي المرضى المصابون بالربو و هذا يساعد على فهم المرض و تطوره و انعكاساته النفسية على الطفل و المراهق.

ففي السنوات الأخيرة، أي حسب ما هو مصنف في هذه الدراسة بعد 2000، تحسن تعليم الربو كنتيجة لتطبيق المبادئ النظرية القائمة على الأدلة التي توجه التعلم وتعديل السلوك. لُظهر العديد من الدراسات تركيزًا منعشًا على كيفية التدريس وقدمت مساهمات كبيرة لاختبار النظريات التعليمية وإجراء تحسينات ذات مغزى لأولئك المصابين بالربو، حيث تتضمن برامج التنقيف الناجحة المتعلقة بالربو استراتيجيات لتغيير السلوك ، وممارسات الرعاية المشتركة ومهارات الاتصال ، وعملية تعليمية واضحة ، وتلبية احتياجات العملاء والعوامل المؤثرة ، وتنسيقات التدريس المتعددة ، واستمرارية الرعاية (Mcghan, Cicutto & Befus, 2005).

و هذا يدل على وجود مجهودات جادة مست الفئة العمرية محل الدراسة، و التي تسعى إلى بناء أسس علمية فعالة تحفظ للطفل حاجاته و مطالبه الصحية و النفسية و حتى الاجتماعية، و هذا ما خلصت إليه أيضا نتائج هذه الدراسة، فالملاحظ هنا أنه بعدما كانت الإدارة الذاتية هي الهدف الأساسي لجل البرامج المعدة للتربية العلاجية، لذا اعتمدت الدراسات السابقة قبل 2000 في تناولها لدراسة التربية العلاجية و فعالية برنامجها على أسلوب التلقين المباشر بالدرجة الأولى الذي يحدد ضمن الالتزام الصحي أي السلوكيات الصحية الخاصة التي يفرضها المرض و انعكاساته.

أما مع التطور المواكب للعلوم و أدوات التقييم لها زاد اهتمام مشرفي الرعاية الصحية للبحث عن الجودة و تحقيقها كهدف، و لهذا كانت ثاني مؤشر تكراري (n=8)، و هذا باعتبارها عامل مهم في النمو النفسي للطفل في مرحلة (8-14) سنة لكي يكون ذاته و يبني تصورات ايجابية لحياته و يسقطها على المستقبل، يكون المرض فيه صديق لا عدو، و يكون أيضا مصدر قوة لا ضعف.

لذا انتقل التوجه في الدراسات من حساب الفعالية للبرامج و تقييمها، إلى البحث في متطلبات انجاحها و الكشف عن عوامل النقص فيها و سوء التصرف.

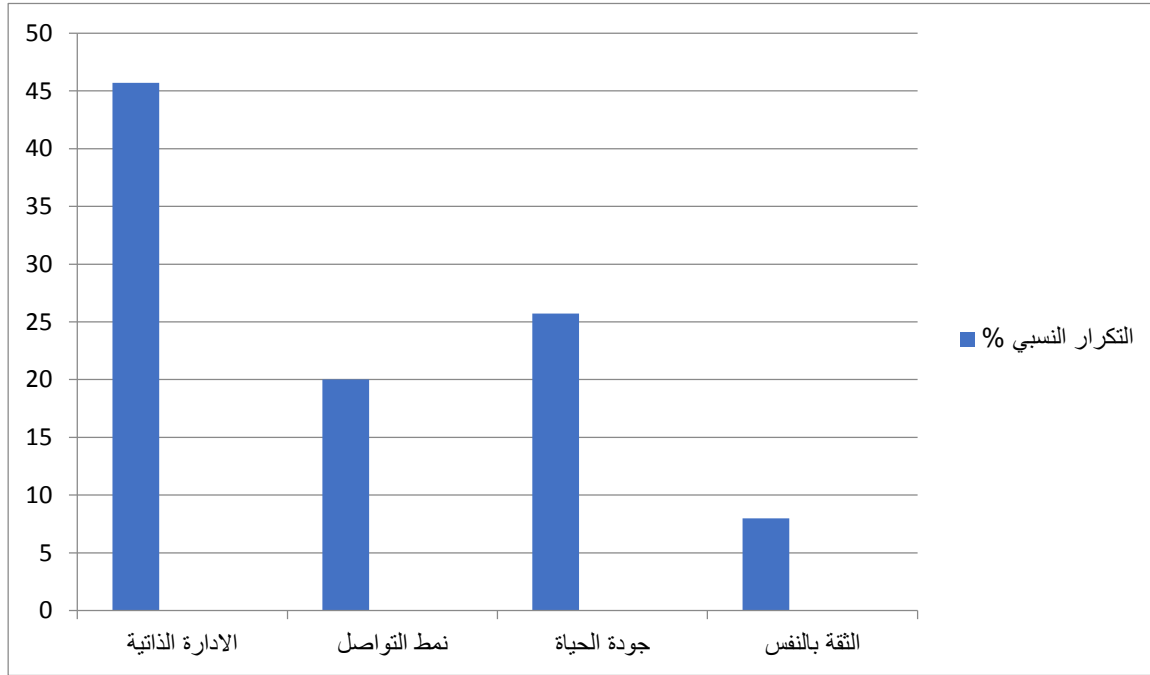
حيث استكشفت العديد من الدراسات ما هي أنواع الأعطال و التي خصت بنمط التواصل الذي يسهم في سوء الممارسة. فقد فحصت دراسة أجراها (Beckman & Colleagues) 6 رواسب للممارسات الخاطئة، وحددت مشاكل التواصل بين الأطباء والمرضى في 70% من الحالات التي راجعواها، و التي كانت مشاكل التواصل فيها محددة ضمن 4 أنواع هي: فرار المريض، الاستخفاف بالمريض و الخفض من قيمته، تقديم معلومات سيئة، عدم فهم وجهات نظر المرضى أو العائلات. (Levinson, 1997).

كما توصلت دراسات أخرى حول الممارسات الخاطئة إلى أن تقديم تفسيرات كافية حول التشخيص والعلاج ، وتطوير علاقة الثقة والاحترام مع المرضى لهما أهمية قصوى للوقاية من الممارسات الخاطئة

(Levinson, 1997)، و التي أساسها التواصل، و خاصة أن الطفل و المراهق بحاجة إلى بناء علاقات ذات ثقة مع الآخر و خاصة الطبيب المشرف لأنها تعد نصف العلاج و أساس لإنجاح التربية العلاجية لذلك كان نمط التواصل أكثر تأثيراً على الإدارة الذاتية.

أما بالنسبة للثقة، و على الرغم من أهميتها في النمو النفسي السليم للطفل و المراهق على حد سواء إلا أنها لم تلقى رواجاً في الدراسات السابقة (n=3)، أو يمكن أنه تم اعتبارها من البديهيات التي لا يستوجب حساب فعاليتها أو الإشارة إليها، إلا أنه لوحظ أن لها علاقة ارتباطية ذات دلالة 0.05 مع مجموع النتائج.

و الشكل التالي يوضح توزيع هذه النتائج



الشكل رقم 1: توزيع تكراري لنتائج الدراسات السابقة

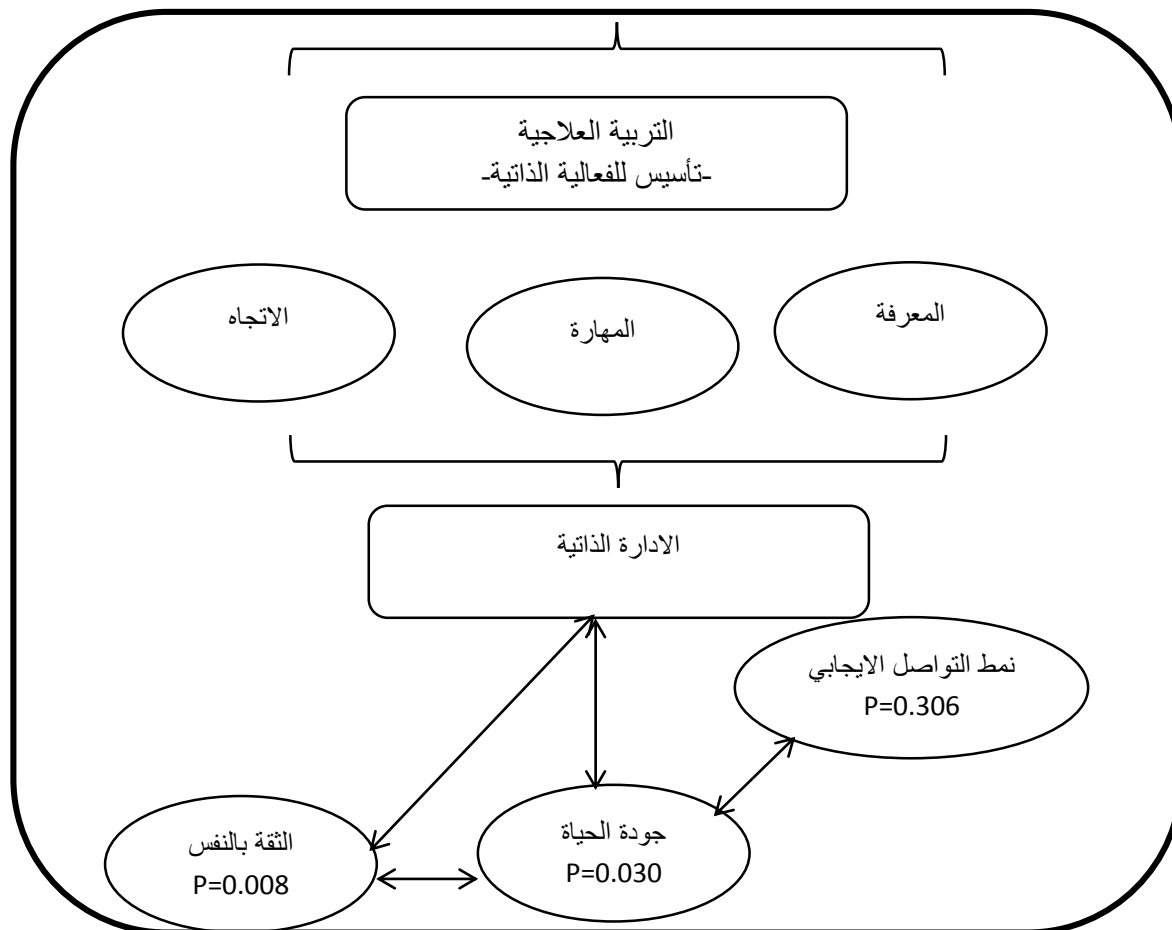
إلى جانب ما سبق عرضه من نتائج الدراسات السابقة الخاصة بتأثير برامج التربية العلاجية على المريض و بالأخص الطفل المريض بالربو، نجد أنه يتوجب علينا العودة لتحليل مفهوم التربية العلاجية من حيث الأهداف، حيث أنه لو تأملنا أهدافها المتمثلة في: المعرفة و المهارات و الاتجاهات (التكيف) (Lagger, Pataky & Golay, 2009)، لوجدنا بأنها مستويات للكفاءة الذاتية أي أنها تعتمد على التلقين و التعليم

بمختلف أساليبه البيداغوجية، و هذا ما هو إلا دلالة على أهمية اكتساب الكفاءات في حياة الانسان، و تزداد هذه الأهمية عنده و تتعقد أكثر مع مرور الزمن.

لذلك تأسيسها مهم منذ الصغر، و بالخصوص الفترة الممتدة ما بين (8-14) سنة و التي تتوافق و مطالب الطفل البيونفسية و الاجتماعية، التي تتراوح بيت ما هو عاطفي من اهتمام و حنان ما هو علمي من تفسيرات و معارف حقيقية و هذا ليتمكن من تحقيق ما سلف ذكره عن الادارة الذاتية التي تعد هنا مؤشر أساسيا للنمو النفسي السليم عند الطفل باعتبار المرض جزء منه غير منفصل، و قد أثبتت هذه الدراسة أهمية الادارة الذاتية بالنسبة للطفل و كذا رعايته الصحية و دليل هذا النتائج المتحصل عليها عن أثر الادارة الذاتية على باقي المؤشرات و ابراز أهميتها حسب تباينها، إلى جانب أنه يمكن القول أن الادارة الذاتية ككفاءة تدخل هنا ضمن الفعالية الذاتية مدام هناك اعتقاد لتحقيق هدف معين، و هذا الذي دفع الباحثين إلى ربط متغير فعالية الذات بالإدارة الذاتية و جودة الحياة و...، و خاصة أن الطفل في نموه يعتمد على هذه المؤشرات و المفاهيم ليصل إلى مستوى معين يسمح له بالانتقال إلى مراحل متقدمة يكسب من خلالها الخبرة في الحياة، و هذا ما يعرف بالالتزام بواجب ضمان سلامة الأطفال و تحقيق رفاهيتهم واحترام استقلالهم النامي ( Alberta Children's Hospital, 2018 ).

و ليبلغ هذه المكانة يجب عليه أن يحقق التوافق النفسي من خلال جانبه المعرفي و الانفعالي الذي يتحول إلى سلوكيات ، و هذا ما أكدته الدراسات التي تناولت الطفل في موضع المرض و رصدت كيف يتكيف و يصل إلى حد التوافق النفسي و ما هي الآليات المساعدة نحو توافق افضل لتجنب المشكلات السلوكية لاحقا و يزيد من مسببات رفع مستوى فعالية الذات - للمزيد اطلع على الدراسات الخاصة بالتوافق النفسي و الاضطرابات السلوكية للطفل المريض بالربو -

و الشكل التالي يوضح تأثير التربية العلاجية على النمو النفسي للأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة



شكل رقم 2: تأثير التربية العلاجية على النمو النفسي للأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة

و عليه، فإن النمو النفسي عند الطفل يتأسس لما يشعر بذاته و يحس بفاليتها، و هذا ما توفره التربية العلاجية له من خلال الادارة الذاتية المرتبطة بنمط تواصل ايجابي محقق من طرف جميع أفراد السياق (الطبيب، الطفل، الاسرة، و حتى مع المرض)، و اللذان هما مرتبطان بدورهما بجودة الحياة و الثقة بالنفس على الترتيب. و هذا يمكن تفسيره من خلال الأثر التراكمي لأوسع تعليم ممكن: العمل على مفاهيم ومعتقدات الطفل، مما يجعل من الممكن إزالة بعض العقبات للتغيرات في السلوكيات المرتبطة بالعلاجات السلوكية المعرفية (Lagger, Pataky & Golay, 2009)، بالإضافة إلى التكامل الوظيفي لمشرفي الرعاية الصحية و مدى تنسيقهم مثلاً: فريق تطوير الطفولة المبكرة بالإضافة إلى باحثين في علم النفس، وتشمل التخصصات المساهمة

في طب الأطفال ، والطب النفسي ، والعمل الاجتماعي ، والتعليم ، والعلاج المهني ، وعلم أمراض النطق ،  
والتمريض ، والعلاج الطبيعي... ( Alberta Children's Hospital, 2018 ) .

**خلاصة القول:** أن مثل هذه الدراسات التحليلية للدراسات السابقة تبرز أهميتها أكثر، و تحدث الباحث على الاجتهاد و الاطلاع الدائم على مختلف الدراسات المرتبط بموضوع أو مجال بحثه، حيث أنها تعطي صورة لكل متغير على حدا و تكشف علاقات أخرى كما وجدناها في العلاقة بين فعالية الذات و التربية العلاجية ، و قد أوضحت الدراسات السابقة في مجملها أهمية التربية العلاجية للفرد المريض و تأثيرها الايجابي على حياته مما يزيد من أهميتها كأسلوب علاجي و وقائي و لكن ، ركزت تلك الدراسات على الجانب الصحي الطبي للمريض و لم تركز على الجانب النفسي الاجتماعي البحث، فعلى سبيل المثال: ما لاحظناه من نتائج تخص الثقة بالنفس و اشكالية التواصل اللذان يضمنان عدم الانتكاسة و يحققان التوافق النفسي اللازم لبناء فرد سوي، أي تلك المعطيات التي تشير إلى اثبات الذات و بلوغ أهداف تتجاوز تقبل المرض و التعايش معه حيث اكتفت بجودة الحياة و الانضباط أو الالتزام الصحي ، الإدارة الذاتية للمرض... لأنه من خلالها يمكن ان نصل إلى أبعد من هذا، في دعم و تكوين طفل ليس فقط قادر على الادارة الذاتية للمرض و إنما قوي لينجح و يسعد في الحياة بالقدر الكاف.

و عليه نجد أن الدراسات السابقة أوضحت قيمة متغيرات الدراسة الحالية و مدى تأثيرها فيما بينها كبرنامج التربية العلاجية وفعالية الذات ، فعالية الذات و طفل مريض بالربو و ما يحمله كل متغير من خصائص عرضناها في الدراسات السابقة كجودة الحياة و ادارة المرض، التواصل و الثقة بالنفس .. و التي هي عناصر تتدخل بشكل أو بآخر في نمو الطفل النفسي و تكوين شخصيته و تحديد مصيره.

الإطار النظري

للدراصة

## الفصل الثالث: : فعالية الذات عند الطفل

- 1- مفهوم فعالية الذات عند الطفل
- 2- أبعاد فعالية الذات عند الطفل
- 3- مصادر فعالية الذات عند الطفل
- 4- خصائص فعالية الذات عند الطفل
- 5- أساليب تطوير فعالية الذات عند الطفل
- 6- النظريات المفسرة لفعالية الذات عند الطفل
- 7- العوامل المؤثرة على فعالية الذات عند الطفل
- 8- أهمية فعالية الذات في حياة الطفل



يعتبر مفهوم فعالية الذات حديث النشأة نسبياً ضمن النظرية المعرفية الاجتماعية لـ "Bandura"، و هو مرتبط بدرجة الاعتقاد و الثقة بالمهارات الشخصية و القدرة على الانجاز ضمن تأثيرات العوامل الداخلية (مثل: الوراثة والاستعدادات،...) و الخارجية (مثل: البيئة المادية و المحيط الاجتماعي)، ليتوسع هذا المفهوم في وقت قصير إلى مجالات متعددة في ميدان علم النفس، ليشمل الصحة و يكون مفهوماً أساسياً فيها لما يحتويه من سعة في الطرح من حيث الأبعاد و تنوع للمصادر التي توافق الفروق الفردية وتحافظ على بنية الشخصية و تزيد من قوتها ضمن حدود العوامل المعرفية و الاجتماعية، و هي أكثر فعالية في مرحلة الطفولة لإمكانية التحكم في المحيط و توفير استثمار أفضل لقدرات الطفل، و لذلك فهو مفهوم يتماشى و جميع المراحل العمرية من الطفولة و خاصة الطفولة المتأخرة إلى الرشد و ما بعده.

و للغوص في تفاصيل مفهوم فعالية الذات و بالخصوص عند الطفل، جاء هذا الفصل للتعريف بماهيتها من حيث المصادر و الأبعاد، الأساليب التطورية و العوامل المؤثرة، النظريات المفسرة لها و ما أهميتها في حياة الطفل ...

### 1. مفهوم فعالية الذات عند الطفل

يعتبر "Albert Bandura" هو أول من اصطلح مفهوم فعالية الذات عام 1977، فقد عرفها بأنها قيمة اعتقاد الفرد في قدراته و فعاليتها على تحقيق الأهداف المرجوة (Bandura, 1977)، أي أنها مجموعة من التوقعات العامة التي يمتلكها الشخص، والتي تقوم على الخبرة الماضية والتي تؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة، بمعنى آخر فإن فاعلية الذات العامة هي فاعلية الذات لمهمة محددة والتي تعمم إلى مواقف أخرى، حسب "Shiver & al" (الخفاف، 2013).

فمصطلح الفعالية الذاتية حسب "Bandura" هو ذلك الاحساس بالقدرة على تحقيق السلوك المرغوب به، و التحكم في الظروف البيئية المحيطة دون تعزيز (Bandura, 1977)، ليصف ذوي المستوى المرتفع من الفعالية الذاتية ب: الثقة بالنفس، المثابرة، الإصرار على بلوغ الهدف على الرغم من العقبات و الصعوبات التي يمكن أن يصادفها (Bandura, 1997). فهو يشير بهذا المصطلح إلى معتقدات الفرد نحو قدرته على أداء المهام اللازمة لتحقيق هدف ما على نحو فعال ، ففعالية الذات لا تعتمد على القدرة بقدر ما تعتمد على قوة الاعتقاد بها في تحقيق الأهداف، فهي ليست بناء وحدوي أو سمة فالناس لديهم معتقدات في مختلف المجالات، مثل: فعالية الذات الأكاديمية ، وفعالية الذات في حل المشكلات، وفعالية الذات في التنظيم الذاتي... ففعالية الذات ترتبط بمعتقدات أقوى مع النتائج الإيجابية، مثل درجات أفضل، زيادة الأداء الرياضي، علاقات عاطفية أكثر سعادة، وأسلوب حياة أكثر صحة (Maddux & Kleiman, 2016).

أو كما يراها "Dovan & Walker" عام (1997) بأنها: "القدرة أو الامكانية على أداء السلوك المطلوب، ومن ثم التأثير في العمليات ومجريات الأمور لإحداث التغيير والتطور"، كما يضيف "Egan" بأن لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتفاعل مع الصعوبات ومواجهتها ومقدار الجهد الذي سيبدلونه، في حين أن الفعالية الذاتية عند "Shunk" عام (1983) تتعلق ب: "الأحكام على مدى الجودة التي يستطيع بها المرء أن ينظم و يستخدم مجريات الأحداث في المواقف التي تحتوي على عناصر جديدة" (الدريير، 2004).

لذلك يعد مصطلح فعالية الذات مصطلحا صالحا للكبار و الصغار على الرغم من أن واضعه "Bandura" خصه أكثر للأطفال في مراحل تطورهم و كيف ينمون قدراتهم و يحققون أهدافهم، و لهذا يعد هذا المصطلح في مفهومه عمليا فعالا في النفس البشرية لأنه يحرك تلك المرونة النفسية التي تشمل الانفعال و الجسد، المعرفة و السلوك... فهي قابلة للتطور و التطوير، وذلك كما أشار إليها باندورا في الحتمية التبادلية

التي ربطها بالشخص و سلوكه و النتائج المترتبة عنها انطلاقا من التوقعات المدركة أي التي يتصورها عن فعاليته الذاتية و تلك النتائج (Bandura, 1977)، و يضيف "سيرفون و بيك" لمعتقدات الأشخاص حول فاعلية الذات أنها تحدد مستوى الدافعية ، كما تنعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم ، والمدة التي يصمدون فيها في مواجهة العقبات (الخفاف،2013).

فباختصار، هو كما أشار إليه "Gist & Mitchell" إلى أن احكام فاعلية الذات تتضمن أحكام الأفراد الشاملة على مدى قدرتهم على إنجاز مهمة محددة، كما تشمل الحكم على التغيرات التي تطرأ على فاعلية الذات أثناء اكتساب الفرد للمعلومات والقيام بالتجارب، بالإضافة إلى العوامل الدافعية التي تحرك سلوك الفرد بطريقة مباشرة (العتيبي، 2008).

و إلى جانب ما سبق نجد أن "Bandura" يؤكد على أن معتقدات فاعلية الذات التي تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية و الخبرات المتعددة المباشرة و الغير مباشرة (Bandura, 1982)، ففاعلية الذات ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي، بل هي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما أنجزه الفرد فقط، و لكن أيضا بالحكم على ما يستطيع انجازه، و أنها نتاج للمقدرة الشخصية.

## 2. أبعاد فاعلية الذات عند الطفل

حدد "Bandura" ثلاث أبعاد اساسية تتعلق بفاعلية الذات و منها يتغير مستوى الفاعلية، و هي:

### 1.2. قدر الفاعلية "Magnitude":

وهو يختلف تبعا لطبيعة وصعوبة الموقف، ويتضح قدر الفاعلية عندما تكون المهام مرتبة وفقا لمستوى الصعوبة ، ويظهر هذا القدر بوضوح عندما تكون المهام مرتبة من السهل للصعب، ويتحدد هذا البعد من خلال صعوبة الموقف والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، لذلك يطلق على هذا البعد "مستوى صعوبة المهمة" (Bandura, 1977)، كما يذكر "Bandura" في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية

يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل : مستوى الإتقان ، بذل الجهد ، الدقة ، الإنتاجية ، التهديد ، التنظيم الذاتي المطلوب الذي من خلاله يصبح الفرد (الطفل) لا يمكنه انجاز عمل معين عن طريق الصدفة ولكن، هي أن الفرد لديه الفاعلية لينجزه بنفسه وبطريقة منظمة أو من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء، و هنا يرى الزيات (2001) أن قدر الفاعلية لدى الأفراد يتباين بتباين عوامل عديدة أهمها: مستوى الإبداع أو المهارة، مستوى الدقة، مدى تحمل الضغوط، مدى تحمل الإجهاد، الانتاجية، الضغط الذاتي المطلوب (عامر، 2018).

### 2.2. العمومية "Generality":

و يعني هذا البعد انتقال الفاعلية من موقف إلى مواقف مشابهة، فالفرد (الطفل) يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في مهام مشابهة لها (Bandura, 1977)، و هنا نجد أن درجة العمومية تتباين ما بين اللامحدودية و التي تعبر عن أعلى درجات العمومية و المحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة (الخفاف، 2013). و التي عبر عنها "Bandura" من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة (Bandura, 1997)، حيث تختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: درجة تماثل الأنشطة، وسائل التعبير عن الإمكانية "سلوكية - معرفية - انفعالية"، الخصائص الكيفية للمواقف و منها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك، التفسيرات الوصفية للمواقف (الخفاف، 2013).

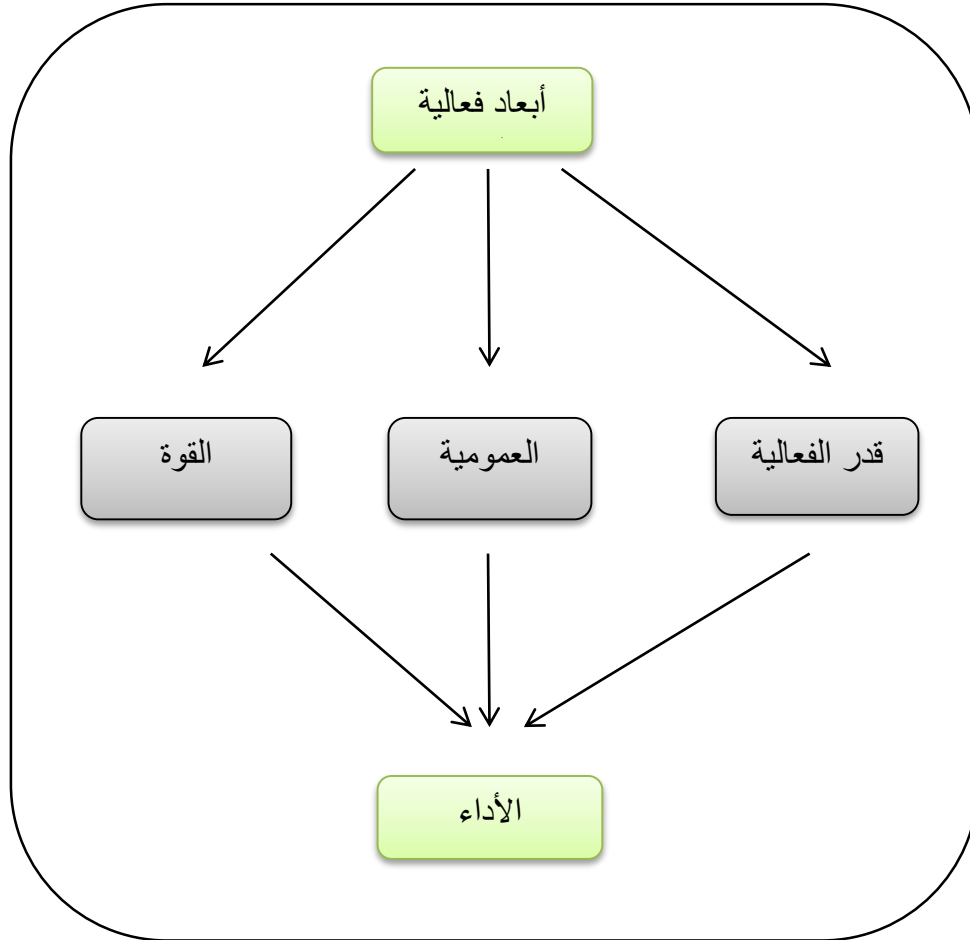
### 3.2. القوة "Strangth":

يذكر "Bandura" إن المعتقدات الضعيفة عن الفاعلية تجعل الفرد (الطفل) أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه و يتابعه، و لكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفاعلية الذات يتأثرون على أنفسهم في مواجهة الأداء الضعيف، كما أنها تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف (Bandura, 1977)، لنجد أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي إلى

النجاح ، كما يذكر أيضا أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون بثقة بأنهم قادرون

على أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة (Bandura, 1997).

و الشكل التالي يوضح أبعاد فعالية الذات التي نصها:



شكل رقم 3: مخطط يوضح أبعاد فعالية الذات لـ "Bandura" (Bandura, 1977).

### 3. مصادر فعالية الذات عند الطفل

تحدث "Bandura" عن امكانية تطوير معتقدات الأفراد حول فعاليتهم و التأثير عليها من قبل اربع مصادر رئيسية، حيث يكون التأثير أكثر فعالية لخلق شعور قوي من الكفاءة الذاتية من خلال الخبرات الناجعة، فالنجاحات تبني على اعتقاد قوي بوحدة الفعالية الشخصية، فالفشل يفوض لذلك أيضا، بالخصوص إذا حدث و فشل قبل أن يتم إنشاء الشعور الجاد بالفعالية (Bandura, 1994)، أي على الرغم من أنه بمجرد تطوير

إحساس قوي بالفعالية، فإن الفشل العرضي لن يكون له تأثير كبير (Schunk, 1989)، كما أنها تعتبر من المؤشرات الدالة على القدرة (Bandura, 1977). و هي أساس الفعالية، فالإنجازات الفردية المتعلقة بهذه المصادر الأساسية تقدم أدلة موثوق بها تماما لتقييم الكفاءة الذاتية (Schunk, 1989).

وقد وضع "Bandura" هذه المصادر التي من خلالها يستطيع الفرد اكتساب الفعالية الذاتية، و هي:

### 1.3. الانجازات الأدائية (تجارب التمكن)

يعد هذا المصدر الأكثر تأثيراً للمعتقدات المرتبطة نحو الذات و قدرتها على النجاح و اتمام المهام، فهو النتيجة المفسرة للأداء المقصود للمرء ، أو تجربة الإتيان، و التي يقصد بها التجارب والخبرات التي يقوم بها الفرد (العتيبي، 2008)، و يمكن الإحساس بها من خلال الأنشطة العادية للإنسان وممارسته اليومية، وهو من أهم المصادر لجمع المعلومات حول فعالية الذات، حيث تشكل محاولات الإنسان للأداء الجيد والانجاز والتفوق الأساسي الذي سيبني وينمي إحساس الفرد(الطفل) بفعاليته الذاتية ويزيد من ثقته وقدرته على ممارسة وأداء السلوك الملائم والمناسب، بينما إحباطه أو إخفاقه في ممارسة السلوك يصاحبه الشعور باليأس والتشاؤم وإحساس بالعجز وانعدام الثقة في الذات، و هذا الذي جعله يعتبر من أهم المصادر و ذلك باعتباره أكثر واقعية، فهو نتيجة لاحتكاك الطفل بالواقع و معاشته لأحداث الفشل و النجاح و تقييمها (Bandura, 1977)، فعندما يعزو الطفل النجاح إلى نفسه و قدراته (عزو داخلي) سيختبر إحساساً من الإتيان وهذا سوف يعزز كفاءته الذاتية، على عكس لو كان العزو خارجي فهو لن يواجه شعوراً بالتمكن أو الفعالية (NASP, 2010).

ويضيف "Bandura" أن تغير فعالية الذات للأفراد من خلال الإنجازات الأدائية يعتمد على : الإدراك المسبق للقدرات الذاتية، وصعوبة المهمة المدركة، ومقدار الجهد المبذول، وحجم المساعدات الخارجية، والظروف التي تحيط بعملية الأداء، والأسلوب الذي يتم به تنظيم وبناء الخبرات معرفياً في الذاكرة، والتوقيت

الزمني للنجاحات والإخفاقات، بمعنى أن الإخفاقات إذا حدثت قبل الشعور بالفاعلية فإنها تقلل من هذا الشعور (العتيبي، 2008).

### 2.3. الإقناع اللفظي (أشكال الإقناع ، الإقناع الاجتماعي)

يعتبر الإقناع اللفظي أو ما يعرف أيضا بأشكال الإقناع في بعض المراجع الأخرى، أي يتخطى اللفظ إلى الإيماءات و الدلالات اللغوية و غيرها، ليكون هذا المصدر بشكله الأوسع، فالعبارات الحاملة لنبرات أصوات التشجيع و التعزيز الايجابي الذي يوحى بالحماس يزيد من الثقة و يعزز المثابرة، و هذا ما خلصت إليه العديد من الدراسات التجريبية المرتبطة بفعالية الذات (Schunk, 1989)، و هذا ما جاء به "Bandura" عام 1977، بأنه: الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين، والإقناع بها من قبل الفرد، أو معلومات تأتي إلى الفرد (الطفل) لفظيا عن طريق الآخرين فيما قد يكسبه نوعا من الترغيب في أداء الفعل ويؤثر على سلوكه أثناء محاولاته لأداء المهمة، كما يعرف هذا أيضا بالإقناع الاجتماعي الذي له دور مهم في تقدم الإحساس بالفاعلية الشخصية (الذاتية).

حيث أن معتقدات الأطفال حول قدراتهم تتأثر بما يسمعون، فنلقي الطفل لرسائل قوية المعاني تعكس نقاط قوته الحقيقية و أن تكون محددة حول ما لديه من مهارات و قدرات لازمة للتعامل مع الموقف تجعل منه أكثر عرضة لوضع جهد أكبر في مواجهة النكسة (NASP, 2010). وبالرغم من أن الإقناع الاجتماعي وحده يملك حدودا معينة لخلق حس ثابت بالفاعلية الذاتية لكنه، يمكن أن يساهم في النجاحات التي تتم من خلال الأداء التصحيحي، فالأفراد الذين يتلقون الإقناع الاجتماعي بأنهم يمتلكون القدرات للتغلب على المواقف الصعبة ويتلقون المساعدة يستطيعون أن يبذلوا جهدا عظيما أكثر من أولئك الذين يتلقون المساعدة فقط، ومع ذلك فإن وجود الإقناع اللفظي وحده دون تهيئة الظروف الملائمة للأداء الفعال يؤدي غالبا إلى الفشل الذي يضعف الثقة (العتيبي، 2008)، و لذلك يشترط في هذا المصدر الصدق في القول و القدرة على الإقناع، و هذا

المصدر ليس مرتبط فقط بقول الآخر و خاصة من الذين لهم قرب أو مكانة عند الطفل كالآباء، المعلمون، الأصدقاء...، و لكن تمتد أيضا إلى قدرة الطفل في حد ذاته على الاقتناع اللفظي و هذا ما أشار إليه "Schunk" في أشكال الاقتناع.

### 3.3. الخبرات البديلة (مراقبة الآخرين، التجارب غير المباشرة أو النمذجة الاجتماعية )

وهي مصدر يسمح للفرد بالتعلم ولكن من خلال المقارنة الاجتماعية لتقييم نفسه أي التعلم بالملاحظة أو النمذجة، و قد قال "Bandura" في هذا: أنه من خلال ملاحظة الآخرين، نحصل على فكرة عن كيفية إنتاج السلوكيات. في وقت لاحق، وهذه المعلومات بمثابة دليل للعمل (Bandura, 1985)، فرؤية شخص يشبه نفسه يعمل بجد لتحقيق الهدف أو التغلب على صعوبة ما يسهم في اعتقاد "يمكننا نحن أيضا" (NASP.2010).

وهي تعني الخبرات الغير المباشرة كالمعلومات التي تصدر من الآخرين (العتيبي، 2008)، كما يعرف هذا المصدر أيضا بالتعلم بالملاحظة أو النمذجة، وهو يعتبر المصدر الثاني الأكثر أهمية بعد الإنجازات الأدائية (Bandura,1994)، و ذلك باعتباره يمنح فرصة للطفل للتعلم و اكتساب استراتيجيات مواجهة ضمن مواقف مختلفة تحمل نفس خصائص الموقف كالمريض أو الفرد ذاته (الاشتراك في العمر أو التوجه مثلا)، فالنمذجة يمكن أن تشكل اتجاها فعالا لتغيير العادات الغير صحية المولدة للمرض.

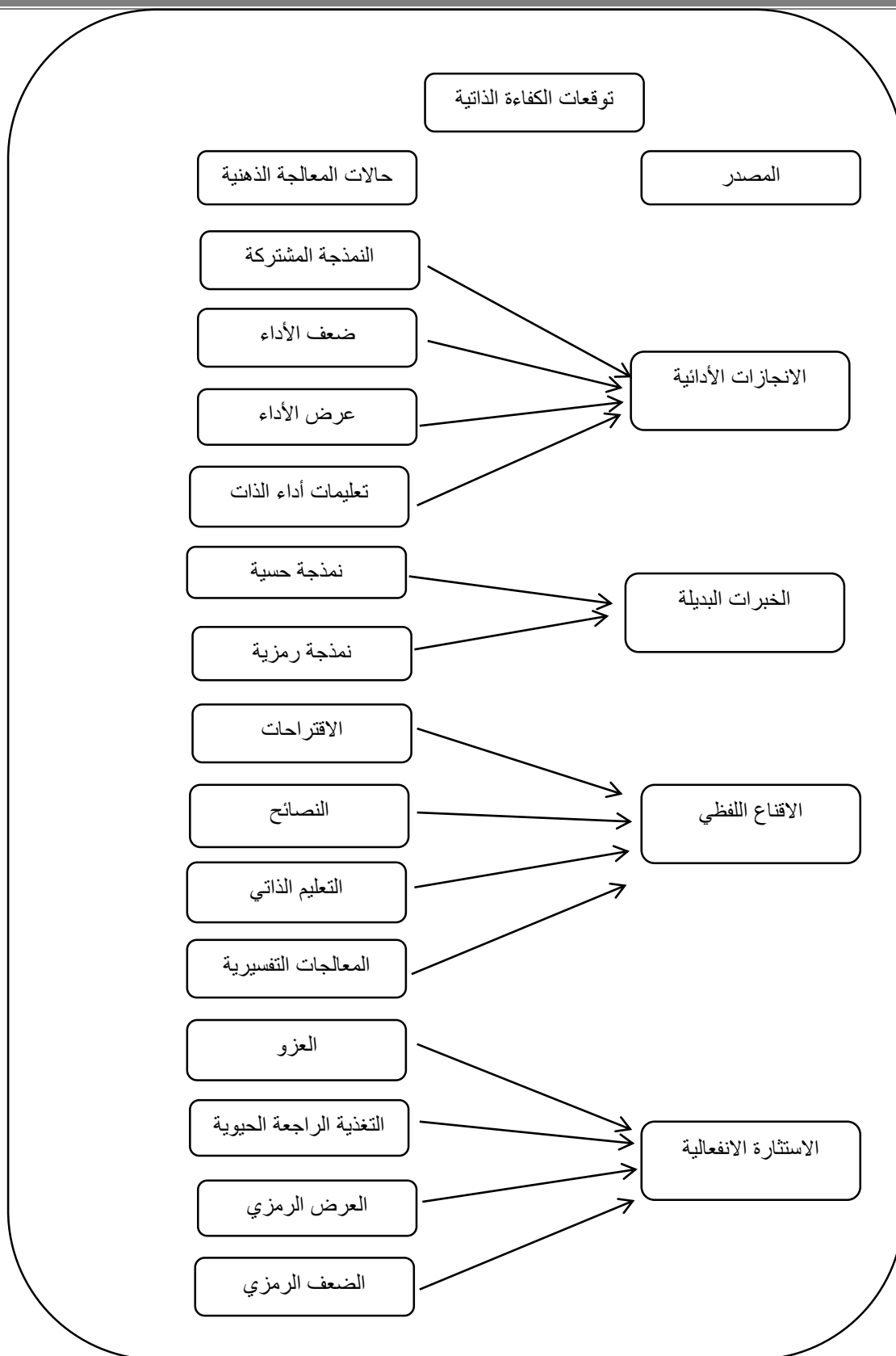
والتعلم بالملاحظة تتحكم فيه أربع عمليات فرعية وهي :عملية الانتباه، عملية الذاكرة، عملية إنتاج السلوك، العملية الدافعية (العتيبي،2008)، و لا يمكن التعلم أو التأثير دونها، لتتدخل فيها عوامل كثيرة منها: خصائص كل من النموذج و الطفل القائم بالملاحظة، مستوى الدافعية لدى الأخير، الجاذبية المتبادلة بين النموذج و الطفل، وإدراك كفاءة النموذج و تقبله و مكانته و قوته الاجتماعية، فضلا عن تشابه في العمر، الجنس، و السلالة، و المستوى الاجتماعي الاقتصادي بينهما (عبد الخالق، 2016).



## 4.3. الاستثارة الانفعالية " الاستجابات الفسيولوجية "

يمثل هذا المصدر تلك الردود الفيزيولوجية الناتجة عن الحالة الانفعالية للفرد كنبضات القلب والعرق، اتساع حدقة العين... و هي مرتبطة بادراك الفرد إن كانت معزز أو مثبط للفعالية، أي الأشخاص الذين يمتلكون إحساساً مرتفعاً بالفاعلية هم أكثر قابلية لتفسير انفعالاتهم على أنها عامل منظم و ميسر للأداء في حين أن الأشخاص الذين يشكون في قدراتهم يفسرون مثل هذه الانفعالات على أنها عوائق للأداء (Bandura,1994). و لذلك يعد هذا المصدر، مصدراً أساسياً لجمع المعلومات عن فاعلية الذات وتؤثر عليها (العتيبي، 2008).

و فيما يلي مخطط توضيحي لمصادر فعالية الذات كما وضعها "Bandura"



شكل رقم 4: مخطط توضيحي لمصادر فعالية الذات (Bandura, 1977)

و مما سبق نجد أن التقاليد النظرية المختلفة تؤكد على أهمية معتقدات الأفراد فيما يتعلق بقدراتهم على التحكم في الجوانب الهامة من حياتهم (Schunk,1989)، و التي يستمدّها الطفل منذ طفولته و تتطور معه وفق مطالبه العمرية من خلال مصادر فعالية الذات المختلفة التي تعززها و تنميها إن استغلت و استثمرت في السياق المعرفي الاجتماعي المناسب.

#### 4. خصائص فعالية الذات عند الطفل

يذكر "Bandura" أن هناك خصائص عامة يتميز بها ذوي الفعالية الذاتية و نذكر منها:

- يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس.
- لديهم قدر عال من تحمل المسؤولية.
- لديهم مهارات اجتماعية عالية و قدرة على التواصل مع الآخرين.
- يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم.
- لديهم طاقة عالية.
- لديهم مستوى طموح مرتفع.
- يتصفون بالتفاؤل.
- يعززون الفشل للجهد الغير كافي.
- لديهم القدرة على التخطيط للمستقبل.
- لديهم القدرة على تحمل الضغوطات (Bandura, 1997).

و يمكن إضافة بعض الخصائص الأخرى التي تتميز بها فعالية الذات، و الموضحة فيما يلي:

- امكانية معتقدات فعالية الذات أن تحدد كيف يشعر الناس و كيف يفكرون وحتى كيف يحفزون أنفسهم

و سلوكهم (Bandura, 1994).

- امكانية تغيير السلوك حسب مستوى الاعتقاد الذاتي للنجاح.
- ثقة الفرد في النجاح في أداء عمل ما
- أن فعالية الذات تنمو من خلال تفاعل الفرد مع بيئته ومع الآخرين، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة.
- أن فعالية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ ولكن ليس من الضرورة أن تنعكس هذه التوقعات على قدرة الفرد وامكانياته
- تتحدد فعالية الذات بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف، كمية الجهد المبذول، مدى مثابرة الفرد.
- أن فعالية الذات ليست مجرد ادراك أو توقع فقط، ولكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد و تحقيق النتائج المرغوبة.

وهذه الخصائص يمكن من خلالها اخضاع فعالية الذات الايجابية للتنمية و التطوير، و ذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية المناسبة. (Cynthia & Bobko, 1994).

### 5. أساليب تطوير فعالية الذات عند الطفل

قبل الخوض في أساليب تطوير فعالية الذات نجد أنه من الواجب التعرف على مراحل تطور فعالية الذات عند الطفل و العناصر المتدخلة في هذا، و التي تتماشى و مطالب المرحلة العمرية لديه، و التي يمكن أن نلخصها كما أشار إليها "Bandura" عام (1994)، في العناصر التالية:

- **التفويض شخصي:** يتعلم الأطفال أن الأعمال تنتج تأثيرات كصراخ الطفل يجلب الكبار، توفر الأساس الأولي لتطوير شعور من الفعالية، أي عندما يبدأ الأطفال في النضج و اكتساب القدرة على الرجوع إلى تجارب من حولهم ومعالجتها كأشخاص متميزين استناداً إلى تجارب شخصية واجتماعية متنامية، يشكلون في نهاية المطاف تمثيلاً رمزياً لأنفسهم كنظرية متميزة.

- مصادر عائلية من فعالية الذات: فالآباء الذين يخلقون فرصًا لإجراءات فعالة من خلال توفير بيئة مادية غنية تسمح بحرية التنقل للاستكشاف، تزيد من فرصة التنمية الاجتماعية المعرفية بسرعة.
- توسيع فعالية الذات من خلال تأثير الأقران: تتغير تجارب اختبار فعالية الأطفال بشكل كبير مع تحركهم بشكل متزايد نحو المجتمع الأكبر، فالعلاقات بين الأقران توسع معرفة الذات لقدراتهم من خلال اللعب الجماعي.
- المدرسة باعتبارها وكالة لتنمية فعالية الذات المعرفية: المدرسة هي المكان الذي يطور فيه الأطفال الكفاءات المعرفية ويكتسبون المعرفة ومهارات حل المشكلات الضرورية للمشاركة الفعالة في المجتمع الأكبر، فبينما يتقن الأطفال المهارات المعرفية، يطورون إحساسًا متناميًا بفعاليتهم الفكرية.
- نمو الاكتفاء الذاتي من خلال تجارب انتقالية في مرحلة المراهقة: كل مرحلة من مراحل التنمية تجلب معها تحديات جديدة من أجل مواجهة الفعالية. مثل المراهقين يقتربون من مطالب سن الرشد، لذلك يجب عليهم أن يتعلموا على افتراض كامل المسؤولية عن أنفسهم في كل أبعاد الحياة تقريبًا، هذه ليست سوى عدد قليل من المجالات التي فيها الكفاءات الجديدة والمعتقدات الذاتية من فعالية يجب تطويرها.
- إعادة تقييم فعالية الذات مع تقدم العمر: الأدوار التي يصب فيها كبار السن تفرض قيود اجتماعية ثقافية على زراعة وصيانة فعالية الذات المدركة، لأنهم يفقدون الدعم البيئي، و هذا يتطلب إحساسًا قويًا بال شخصية و الفعالية لإعادة تشكيل والحفاظ على حياة منتجة (Bandura, 1994).
- و الآن نتطرق لأساليب تطوير فعالية الذات، المبنية على أساس ارتباط اكتساب المعارف بأسلوب التعلم الناتج عن التفاعلات الحاصلة بين التبادلية الثلاثية السببية التي سنتطرق إليها فيما بعد، فالسلوك ليس فطريًا ولكن يتعلم، و الإدراك يلعب دورًا قياديًا، و هذا يدل على وجود إمكانية عالية من تطوير مفهوم الذات باعتبارها ناتج

لنتك التفاعلات التي تحقق اعتقاد الفرد بقدراته لإتمام مهمة معينة، و لكن هذا التطور لا يكون من العدم إنما يكون مرتبط بأساليب متعددة لاحتواء الفرد و اشباع مصادر فعاليته لكي يرتفع مستواها، فأفضل طريقة لتطوير الفعالية الذاتية التي أشار إليها "Bandura" هي أن تعيش التجارب التي تتقنها وتتجج فيها. و نذكر فيما يلي بعضاً من الأساليب المستخدمة في الغالب لتطوير الفعالية عند الفرد سواء كان صغيراً أم كبيراً، حيث أن مبدأ الأسلوب يبقى كما هو ولكن الفرق يكمن في طريقة تنفيذ الأسلوب المواتية لكل مرحلة عمرية:

### 1- طريقة نمذجة التحكم : نظرًا لأن المصدر الأساسي للمعلومات هو ملاحظة سلوكيات الآخرين

ونتائجها، فإن هذه الطريقة هي الأكثر ملاءمة لزيادة الفعالية وتعزيزه (Bandura, 1985) ، أي أن هناك خصائص تأثير قوية للنموذج على الملاحظ لنذكر لها ثلاث مظاهر:

- النمذجة الاعلامية: تتضمن النمذجة الإعلامية قدرًا من المهارات المعقدة المتنافسة الفرعية التي تستخدم فيها التكنولوجيا الاعلامية إما بالصور أو الفيديو، التسجيلات ...
- النمذجة التصحيحية: وهذا يتوافق مع تنمية المهارات الموجهة من خلال التقييم المنتظم والتغذية الراجعة، مما يتيح إمكانية تصحيح أوجه القصور بشكل تدريجي. وفي الوقت نفسه، سوف يسلب الضوء على الأخطاء التي يمكن السيطرة عليها.
- نقل التدريب إلى البيئة العملية: التدريب على نقل المهارات المكتسبة حديثاً إلى البيئة المحلية وهذا يمنحهم قيمة عملية و يجعل تنفيذها المنتظم والناجح مستدامًا على المدى الطويل

(Afonso & al., 2012).

### 2- تحفيز المتعلمين: يعتبر الاحساس بالفعالية أساسه التحفيز، كما نعلم أن دافع المتعلم هو عنصر

حاسم في استملاك المعرفة. وهذا الاحساس بالفعالية سيعمل على تنمية الاهتمام، و يوفر الوسائل لمواجهة التحديات.

3- **تعلم التنظيم الذاتي:** نحتاج أولاً إلى خلق ظروف مواتية للدافع الذاتي الذي يعطي إحساس قوي

بالفعالية و يساهم بشكل فعال في تحفيز تنميتها، وتوجيه المتعلمين نحو التطوير الذاتي والإدارة الذاتية وتطورهم الشخصي، وفي الوقت نفسه إقناعهم بقدرتهم على التعلم، مما سيساعد في مقاومة التغيير السلبي، و بالتالي الالتزام الطوعي والناجح الذي يؤدي إلى الرضا الذاتي و منه تعزيز للفعالية الذاتية (Bandura, 1985).

4- **الفعالية الذاتية الجماعية:** الفعالية الذاتية ليست متعلقة بالفرد وحده، إنما للبيئة والآخر تأثير كبير

عليها، لذلك فإن الشعور بالفعالية يحتاج إلى تعزيز من خلال الشعور بالفعالية الجماعية التي تنتجها ديناميات منسقة وتفاعلية (Bandura, 2003).

فباختصار، فإن الطريقة الأكثر فعالية لخلق إحساس قوي بالفعالية هي من خلال إتقانها، وذلك باعتماد

مجموعة من العمليات المفعلة للفعالية و التي تؤسس لما سبق ذكره من أساليب، و هي كالتالي:

1- **العمليات المعرفية:** فكلما كانت الفعالية الذاتية المدركة أقوى، كلما كان الهدف الذي يتصارع فيه

الأشخاص لأنفسهم هو التزامهم تجاهه. و عليه يتم تنظيم معظم مسارات العمل من البداية حسب أنماط التفكير

التي يمكن أن تعزز الفعالية، من خلال نوعية الأهداف و التطلعات و جودة التفكير و التحليل ( Elizabeth

Lenz, Shortridge-Baggett, 2002)، إلى جانب ما يشكله الناس من أنماط السيناريوهات الاستباقية

التي يقومون ببنائها والتدريب عليها. فأولئك الذين لديهم إحساس عالي بالفعالية، يتصوروا سيناريوهات النجاح

التي توفر أدلة موجبة ودعماً للأداء. أما أولئك الذين يشكون في فعاليتهم، ويصوروا سيناريوهات الفشل ويسهبوا

في الأمور العديدة التي يمكن أن تسوء. ليصبح من الصعب تحقيق الكثير أثناء محاربة الشك الذاتي، حيث

تتمثل إحدى وظائف الفكر الرئيسية في تمكين الناس من التنبؤ بالأحداث وتطوير طرق للتحكم في تلك المواقف

التي تؤثر على حياتهم، و التي تتطلب مثل هذه المهارات المعرفية و المعالجة الفعالة للمعلومات التي تحتوي

على العديد من الالتباسات والشكوك في تعلم القواعد التنبؤية والتنظيمية (Bandura, 1994)، فعلى سبيل

المثال: الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري و لديهم انخفاض في الشعور بالفاعلية الذاتية في سلوك ادارة المرض يخجل من المهام الصعبة، مثل المراقبة مستويات السكر في دم أو التمسك نظامهم الغذائي السكري ، و التي يعتبرونها شخصية التهديدات و يميلون إلى تجنب الأعمال التي يعتقدون أنها تتجاوز قدراتهم ( Elizabeth. Lenz, Shortridge-Baggett, 2002 ). لذلك يجب على الأشخاص الاعتماد على معرفتهم لبناء الخيارات، و دمج العوامل التنبؤية، ومراجعة أحكامهم ضد النتائج الآتية والبعيدة لأفعالهم، وتذكر العوامل التي قاموا باختبارها و رأوا مدى نجاحها(Bandura, 1994).

2- العمليات التحفيزية: تلعب المعتقدات الذاتية للفعالية دوراً رئيسياً في التنظيم الذاتي للتحفيز (Bandura, 1994)، فمعظم الناس يتم إنشاء الدافع لديهم إدراكياً، حيث يحفز الناس أنفسهم ويوجهون تصرفاتهم بشكل استباقي من خلال ممارسة التدبر. فهم يشكلون معتقدات حول ما يمكنهم فعله لأنهم يتوقعون النتائج المحتملة، و يضعون أهدافاً لأنفسهم و يخططون لمسارات العمل المصممة لتحقيق قيمة مدركة لمستقبلهم (Lenz, Shortridge-Baggett, 2002).

وهناك ثلاثة أشكال مختلفة من المحفزات المعرفية، وهي تشمل العوامل السببية ، والنتائج المتوقعة ، والأهداف المعرفية، و النظريات المقابلة لها هي نظرية الإحالة ، نظرية القيمة-المتوقعة و نظرية الهدف، على التوالي.

ففي نظرية القيمة المتوقعة ، يتم تنظيم الحافز من خلال توقع أن مساراً معيناً من السلوك سيؤدي إلى نتائج معينة، لكن الناس يتصرفون بناء على معتقداتهم حول ما يمكنهم فعله، وكذلك على معتقداتهم حول النتائج المحتملة للأداء. وبالتالي ، فإن التأثير التحفيزي للنتائج المتوقعة يحكمه جزئياً المعتقدات الذاتية للنجاح، فهناك عدد لا يحصى من الخيارات الجذابة التي لا يتبعها الأفراد لأنهم يحكمون على أنهم و يفتقرون إلى القدرات اللازمة لتحقيقها تنبئياً.(Bandura, 1994)



3- **العمليات العاطفية:** تؤثر معتقدات الناس في قدراتهم على التكيف في مقدار الإجهاد والاكنتاب الذي

يعانونه في المواقف الصعبة أو التهديدية ، بالإضافة إلى مستوى تحفيزهم (Bandura, 1994)، و لذلك نجد

أن عمليات التفكير حول الفعالية تنظم الحالات العاطفية بعدة طرق، نذكر منها:

- الاشخاص الذين يعتقدون انهم قادرين على ادارة التهديدات هم أقل حزنا منهم، و الذين يفتقرون الفعالية الذاتية هم أكثر عرضة لتضخيم المخاطر.

- الاشخاص ذوي الفعالية الذاتية العالية يخفون من التوتر و القلق من خلال العمل على جعل البيئة اقل تهديدا

- الاشخاص ذو القدرة العالية على التكيف لديهم سيطرة أفضل على الازعاج . (Lenz, Shortridge, Baggett, 2002)

## 6. النظريات المفسرة لفعالية الذات عند الطفل

### 1.6. نظرية الاجتماعية والمعرفية (TSC)

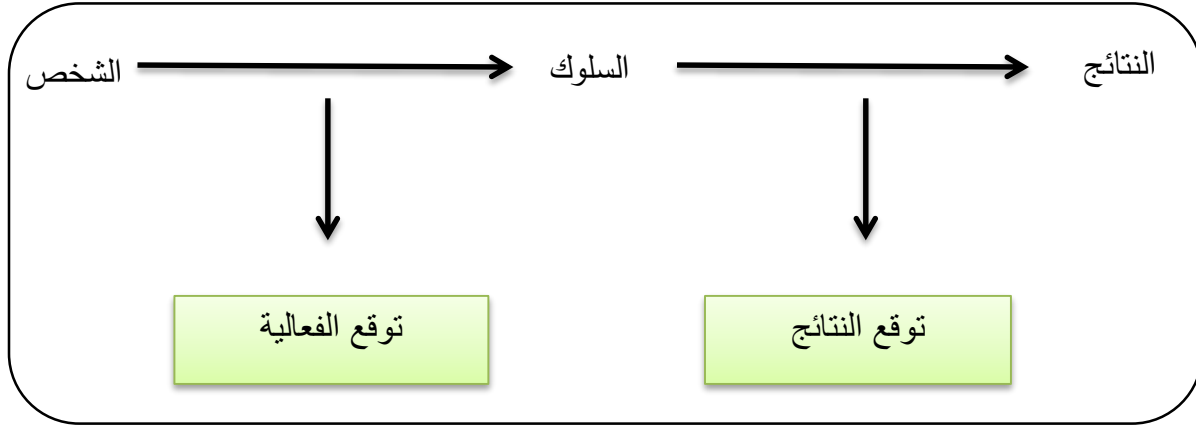
تلعب العوامل المعرفية دورا رئيسيا في نظرية "Bandura"، فالإدراك هنا يجمع بين جميع الأنشطة العقلية والعمليات المعرفية والوظيفة التي تتجزأها. حيث تخدم هذه النظرية عدة أغراض، بما في ذلك الأفراد والجماعات، لتطوير أساليب تعديل السلوكيات واستخدام أساليبها لتعزيز التنمية الشخصية، فهي نظرية مبنية على مفهوم التفاعل. (Bandura, 1985)

حيث يشير باندورا "Bandura" في عام 1986م في كتابه "أسس التفكير و الأداء" بأن نظرية فعالية الذات اشتقت من نظريته المعرفية الاجتماعية "Social Cognitive Theory" والتي أكد فيها بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك، ومختلف العوامل المعرفية، والشخصية، والبيئية، وفيما يلي الافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الاجتماعية:

- يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال والاختبار الفرضي لها من خلال التنبؤ بالنتائج.
- إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي.
- يمتلك الأفراد القدرة على التأمل الذاتي و التي تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك.
- يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي عن طريق التحكم المباشر في سلوكهم ، وعن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية والتي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، ويقومون بتقييم سلوكهم بناء على هذه المعايير، وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك.
- يتعلم الأفراد عن طريق الملاحظة سلوك الآخرين ونتائجها و هذا يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، ويسمح بالاكتساب السريع للمهارات المعقدة، والتي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.
- أن كل من القدرات السابقة ( القدرة على عمل الرموز، التفكير المستقبلي، التأمل الذاتي، التنظيم الذاتي ، التعلم بالملاحظة ) هي نتيجة تطور الميكانيزمات والأبنية النفسعصبية المعقدة ، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك ولتزويده بالمرونة اللازمة.
- تتفاعل كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية - معرفية، انفعالية، بيولوجية، سلوكية- بطريقة متبادلة . فالأفراد يستجيبون معرفيا وانفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية، ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي، والذي بدوره يؤثر ليس فقط على البيئة ولكن أيضا على الحالات المعرفية و هذا الذي يشكل أهم الفرضيات لهذه النظرية و هو مبدأ الحتمية التبادلية

(العتيبي، 2008)، و بالإضافة إلى هذه الفرضيات فقد تطرق "Bandura" في نظريته إلى تأثير

توقعات الفرد و نمطها على السلوك و نتائجه.



شكل رقم 5: مخطط يوضح الاختلاف بين توقع الفعالية و توقع النتائج (Bandura, 1977).

وهذا يعني أن توقعات الفعالية الذاتية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك، فالفعالية الذاتية

والتوقعات عن المخرجات ميكانيزمان يندرجان فيما يسمى بالتقييم الذاتي، وهما معا يحددان السلوك

(Bandura, 1986)، فمن المهم أيضًا أن تكون عوامل مثل المهارات وتوقعات النتائج والقيمة المتصورة

للنتائج، لأن الأفراد ليسوا متحمسين للتصرف بطرق يعتقدون أنها ستؤدي إلى نتائج سلبية أي أن القيمة المتصورة

للنتائج تشير إلى مدى رغبة الناس لتلك النتائج بالنسبة إلى الآخرين. بافتراض المهارات الكافية، وتوقعات

النتائج الإيجابية، والنتائج القيمة، أي يفترض أن الكفاءة الذاتية تؤثر على اختيار واتجاه السلوك ( Schunk, )

(1989).

التنظيم الذاتي و الوكالة الشخصية:

يتحدث "Bandura" فيهما عن الدينامية التفاعلية التلقائية للتعلم التي تسمح بالوصول لحالة من الاتزان

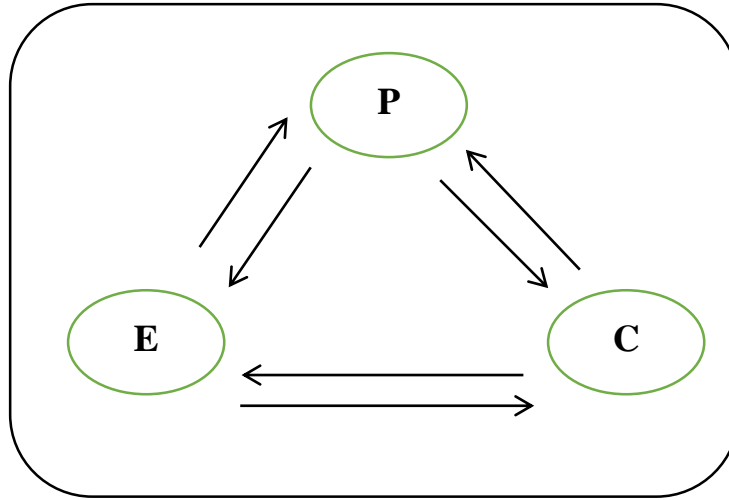
النفسي و الاجتماعي. و هو يتم على ثلاث مراحل و هي: الملاحظة الذاتية ، الحكم ، الاستجابة الذاتية

(Bandura, 1985).

نموذج المعاملة التبادلية السببية:

يأخذ هذا النموذج العناصر الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي مع عنصر إضافي مهم و هو السلوك، ففي النظرية الاجتماعية والمعرفية يتم تحليل الوظيفة النفسية من خلال السببية المتبادلة. وهذا يعني أن العوامل المختلفة، مثل الشخص والسلوك والبيئة، تتفاعل في أزواج وبطريقة متغيرة باستمرار (Bandura, 1985)، أي أن السلوك الانساني حسب هذه النظرية يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاث مؤثرات هي: العوامل السلوكية ، العوامل الشخصية، العوامل البيئية، و اطلق عليها التبادلية الثلاثية (Zimmerman, 1989)، كما أشار "Bandura" إلى أن هذا التبادل لا يعني تماثلا في القوة، كما لا يعني نمودجا زمنيا ثابتا للتأثير، فيمكن أن تكون المؤثرات البيئية أقوى من المثيرات الشخصية و السلوكية (Bandura,1986).

و الشكل التالي يوضح العلاقة التفاعلية الثلاثية:



شكل رقم 6: المعاملة التبادلية الثلاثية السببية (Bandura, 2003).

**P:** الشخص وكل ما فيه من إدراك ، عاطفته ، عيشه ، تمثيلاته ... العوامل الداخلية للشخص.

**E:** تحديد البيئة الاجتماعية والتنظيمية، و هي على ثلاث أنواع:

- البيئة المفروضة: الفرد لا يملك أي تعليق على المواقف، و ليس له حكم فيها (الوالدين، الطقس)

- اختيار البيئة: اتخذ الفرد قرارًا (اختيار اللعبة، مجال الدراسة)

- البيئة المبنية : البقايا الفردية لاستمرارية تصرفاته (تعديل مكان حياته، التنمية).

C: محدد السلوك: الأنماط السلوكية و هي على ثلاث:

### 1-محددات السلوك و الشخص:

P ← C : الفرد لديه القدرة على توجيه سلوكه، أي أن الأفراد يمكن أن يتصرفوا بطريقة مختلفة في

موقف مشابه و هذا يدل على ان لكل واحد إدراكه الخاص المستمد من البيئة و التجربة و المشاعر.

C ← P : السلوك يمكن أن يؤثر بشكل كبير على الشخص. يسلط هذا الجزء الضوء على التأثيرات

الخارجية على الشخص.

### 2- محددات البيئة و الشخص:

P ← E: يشرح Bandura هذا : أنه من الممكن تحويل بيئة المرء من خلال التفكير. أي أن مادتنا

البدنية (العمر والحجم والأصل...) و وضعنا (الوظيفة الرسمية ، المستوى الهرمي ...) تستدعي ردود الفعل

وبالتالي التغييرات في بيئتنا.

E ← P: يمكن أن تؤثر البيئة على العمليات والإدراكات العاطفية للفرد وتعديلها بشكل خاص، فهي

تعمل على العمليات المعرفية، فعلى سبيل المثال: يمكن أن يؤدي تراكم النتائج السيئة في الرياضيات إلى

إقناعنا بأننا لا نملك القدرة.

### 3- محددات البيئة و السلوك:

E ← C: التغييرات الظرفية لها تأثير على السلوكيات، و هذه السلوكيات المختلفة تسمح لنا بحماية أنفسنا

من الآثار المدمرة أحياناً لبيئتنا أو العكس، و منه يمكننا أن نتصرف بشكل مختلف جداً اعتماداً على بيئتنا.

C ← E: هذا المحدد يسمح لنا أن نفهم بأن سلوكنا يمكن أن يحول بيئتنا و يغيرها و يعدل منها، فنحن

نملك القدرة لتغيير المحيط الخارجي من خلال سلوكياتنا الواعية. (Carré, 2004)

## فعالية الذات:

قدم (Bandura, 1977) لأول مرة بناء الفعالية الذاتية حين نشر "الكفاءة الذاتية: نحو نظرية التوحيد للتغيير السلوكي". و بعد عقد من الزمن ، قام (Bandura, 1986) بوضع البناء في إطار نظرية إدراكية اجتماعية للسلوك البشري تباينت بين النظرية المعرفية السائدة اليوم والتطور المعرفي الداخلي داخل شبكة التأثير الاجتماعي. وفي الآونة الأخيرة، نشر (Bandura, 1997) عن الفاعلية الذاتية و أشار بأنها ممارسة السيطرة ، حيث وضع الكفاءة الذاتية ضمن نظرية الوكالة الشخصية والجماعية التي تعمل بالتنسيق مع العوامل الاجتماعية والمعرفية الأخرى في تنظيم رفاة الإنسان وتحقيقه.

و بهذا أصبحت فعالية الذات مركز النظرية المعرفية الاجتماعية بناء على ما سبق من المعارف، أي العوامل الداخلية المؤثرة على الفرد التي تشكلت على وجه الخصوص من خلال الأحداث التي عاشها علمياً، عاطفياً، بيولوجياً وتصوراتها من قبل هذا الموضوع. وبالتالي ، فإن المفاهيم الشخصية للفاعلية هي جزء من هذه الأفكار الانعكاسية الذاتية و التي تمثل مهارة التفكير الذاتي لتصبح الفعالية الذاتية أقوى موجه للسلوك.

## 2.6. النظرية الذاتية التجريبية المعرفية CEST

CEST هي نظرية عالمية للشخصية التي تؤكد على مفهوم الذات وتكرس اهتماماً كبيراً لفاعلية و احترام الذات، حيث أن نظامها مبني على الاعتقاد بأربعة احتياجات أساسية للذات ، اثنان منها هي: تعزيز الذات وتحقيق الذات. تفترض النظرية كذلك أن السلوك يعكس تنازلات بين أربعة احتياجات ، ويتم ترميز تلك المعلومات في نظامين مختلفين من معالجة المعلومات و هما: العقلانية والتجريبية.

ليعد الافتراض الأساسي لها هو: أن الناس يستجيبون للعالم على مستويين، عقلائي و تجريبي، وهذه ليست مختلفة عن بساطة طرق التفاعل داخل نظام واحد، ولكن يتم تصورها كطرفين من أنظمة منفصلة للتكيف

مع الواقع (Epstein & Morling, 1995)، و الجدول التالي يوضح ملخص الخصائص الرئيسية لمستويين

من المعالجة المقترح من قبل نظرية الذات المعرفية التجريبية:

جدول رقم 4: ملخص الخصائص الرئيسية لمستويين من المعالجة المقترح من قبل نظرية الذات المعرفية

التجريبية (Epstein & Morling, 1995).

		النظام العقلي	
التعليمية	عقلاني	تجريبي	
التاريخ التطوري وحدة المعرفة	نظام حديث المعتقدات الواعية، القواعد اللفظية للاستدلال وللحجج تمثيل مجرد	نظام عتيق مخططات باطنية، مساعدة على الكشف، قواعد العملية، تمثيلات لمموسة على سبيل المثال: الصور ، الحلقات ، النصوص ، الروايات.	
مصدر المعرفة	التواصل من طرق التفكير. الاستدلال المنطقي من تجربة	التعلم المباشر من التجربة	
مصادر الدافع	مطلب اجتماعي استنتاجات واعية حول العواقب	التأثير	
كيف يستدل على النظام	الفكر الواعي المتعمد	ارتباطات تلقائية بالماضي العاطفي للتجربة؛ عادة	

نتائجه مؤكدة على المدى القصير	نتائجه ترى على المدى الطويل	الاطار الزمني
تمثيل العموميات في شكل ملموس، على سبيل المثال: نماذج ، استعارات	قواعد ملخصة للتصنيف	وسائل التعميم

فمن خلال هذه المقدمة عن النظرية نجد أن تفسيرها لفعالية الذات مرتبط بتفاعل نظامين منفصلين يحددان سلوك الطفل -الفرد - و يعبران عن مستوى الاستجابة إما عقلائي أو تجريبي ، باعتبار الفعالية الذاتية هي نتاج معبر عن مستوى الثقة و القدرة على توقعات خاصة بالنتائج و كذا بجودة أداء المهمة.

### 3.6. نظرية التحفيز

تلعب تصورات القدرة دورًا بارزًا في معظم نظريات التحفيز، والهدف يتفق عليه المنظرين على أن التصورات الذاتية للكفاءة هي منبهات مهمة للأهداف و النتائج ، لا سيما لأهداف القدرة.

### 4.6. نظرية المفهوم الذاتي

يشير أصحاب نظرية المفهوم الذاتي إلى أن هذه المفاهيم من قيمة الذات تشمل أحكام الثقة. وبالتالي، تعتبر الكفاءة الذاتية مكون مهم لمفهوم الذات للفرد. ففي الأدبيات النظرية التي تشتمل على المخططات الذاتية، ممكن أن يتوفر مفهوم الذات مع أربعة أبعاد ، واحدة منها : بعد الفعالية ، ويتميز بمعتقدات الأفراد حول إمكاناتهم.... من الواضح أن المعرفة والكفاءة والأشكال المختلفة من معرفة الذات والاعتقاد الذاتي تعمل في تناغم لتقديم تفسيرات مناسبة للسلوك. لا يمكن الحصول على مثل هذه التفسيرات دون الأخذ بعين الاعتبار الدور الذي يمكن أن يلعبه كل منها في صنع القرار البشري وعمله في سياق معين (Pajares, 1996).



## 5.6. نظرية الاحالة السببية

وفقا لنظرية الإحالة السببية يرتبط نجاح أو فشل الأفراد حول ارتباطات أفعالهم لأدائهم المتوقع.

## 6.6. نظرية القيمة المتوقعة

وفقا لنظرية الإحالة السببية يرتبط نجاح أو فشل الأفراد حول أفعالهم و أداءاتهم المتوقعة التي سيتم فيها تحفيز الأفراد للمشاركة في المهام عندما يقدرون النتيجة المتوقعة. و سيكونون أقل ميولا لأداء المهام التي لا قيمة لنتائجها عندهم. ففي هذه النظرية يتفقون على أن الأحكام تلعب دوراً تفاعلياً مع النتائج القيمة في تحديد المهام التي سيشترك فيها الأفراد و يدركون من خلالها فعاليتهم الذاتية. (Pajares, 1996)

## 7. العوامل المؤثرة على فعالية الذات عند الطفل

يتعلق مستوى فعالية الذات بما يمكن أن توفره مصادرها بالشكل الايجابي اللازم، و لذلك تعتبر المصادر هي أهم الطرق التي تؤثر على معتقدات الفرد نحو فعاليته الذاتية و التي تتدخل على سبيل المثال في المستوى الأكاديمي للفرد ( الاعتقادات نحو القدرات الأكاديمية حيث تستمر بعد سن المدرسة و كلما كانت أقوى اتجاه المهنة المستقبلية كانت أكثر نجاحا و فعالية)، السلوكيات الصحية ( الاعتقادات نحو قدرة الفرد لاستخدام مهاراته في تحقيق أهدافه الصحية)، الأداء الرياضي ( الاعتقادات نحو الأداء الرياضي و يتأثر أكثر بالخبرة و التجارب)، التنظيم الذاتي ( عملية معقدة من خلالها تستطيع التحكم في افكارك و عواطفك واجراءات القيام بالمهمة و هي متعلقة بدافعية الفرد)، الفعالية الجماعية ( الاعتقادات المشتركة بين أعضاء الجماعة حول قدرة المجموعة على أداء المهام اللازمة لتحقيق الاهداف على نحو فعال). (Maddux & Kleiman, 2014)

ادعى باندورا "Bandura" عام (1977) أن النجاحات الناجحة الفعالة تعزز الكفاءة الذاتية، فمن بين المصادر الأربعة للفعالية ، تعتبر التجارب الفعالة للتفاعل هي الأكثر تأثيراً ولها تأثير فوري على الكفاءة الذاتية.

فكلما كانت الخبرات و الأداءات التي عاشها الفرد و حتى الانفعالات و الأحاسيس المصاحبة لها ايجابية مشجعة و تزيد من ثقته الذاتية و احترامه لصورته الشخصية زادت نسبة نجاحه في المهام الموكلة إليه أو تحقيق الأهداف التي يرجو الوصول إليها و هذا ما يزيد من مستوى فعالية الذات لديه، و العكس صحيح، فكلما كانت تلك الخبرات و الأداءات و الانفعالات سلبية و سيئة المعاش و التصور لدى الفرد فهي حتما تؤثر سلبا بشكل مباشر و غير مباشر على احكامه و اعتقاداته في تحقيق المهام و هذا ما يخفض من مستوى فعالية الذات.

و عليه يرى باندورا "Bandura" أن معتقدات فعالية الذات تتأثر بخمسة طرق رئيسية مختلفة، تتلخص

في الجدول التالي:

جدول رقم 5: التأثيرات الرئيسية على فعالية الذات (Maddux & Kleiman, 2014).

المؤثر	التعريف
الخبرات الأدائية	عندما تقوم بمهمة معينة و تنجح في تحقيق هدفك، فحينئذ تعتقد بانك ستنجح في انجازها مرة اخرى، و عندما تفشل في انجاز مهمة معينة بانك غالبا ما تتوقع بانك ستفشل في انجازها مستقبلا إذا حاولت.
الأداءات البديلة	إذا وجد شخص ما قام بنفس المهمة الموكلة لك بنجاح فإنك تصبح أكثر تصديقا و اعتقادا بإمكانية نجاحك فيها كما نجح الآخر.
الإقناع اللفظي	هذا ينطبق على قول الناس فيما يعتقدون بأنك قادر على فعله و غير قادر، و ليس كل الناس قادرين على الإقناع .

الأداءات الخيالية	ماذا تتخيل نفسك فاعل و كيف تفعله أو سوء التصور الخاص بذاتك فيما تفعله.
الاستثارة العاطفية و الاحساس الجسدي	عند ربط المزاج السيء -السلبي- بالاحساس الجسدي السيئ مع الفشل و النجاح مع الإحساس الجسدي الجيد -الايجابي-

كما يوجد عوامل تؤثر على مستوى فعالية الذات عند الأفراد ، فللفعالية الذاتية كذلك دور تؤثر به على

بعض الخصائص الشخصية و المعرفية و حتى السلوكية الخاصة بالفرد، نذكر:

### عوامل فيزيولوجية و انفعالية

تتمثل في صحة الجسد و العقل، الضغط، نمط الحياة، نمط الغذاء...، و لعله من أهم المتغيرات التي تكمن فيها فعالية الذات و تؤثر ايجابا على الانسان، هي الصحة ، و سنتعرف الآن على بعض من هذه التأثيرات التي تخص المسار العصبي الانفعالي و هي التأثيرات البيولوجية لفعالية الذات:

- **مواجهة الضغوط:** تعتقد النظرية المعرفية الاجتماعية أن ردود الفعل السيئة للضغوط تعود إلى ضعف الاحساس بفعالية الذات و العكس صحيح، و إلى جانب ما تؤكد الدراسات أن فعالية الذات تعد بمثابة وسيط معرفي أساسي أمام الاستجابات البيولوجية، و ضعفها يساهم في تراجع نشاط الفرد عموما (Bandura, 1989)، و هذا يعني أن هناك علاقة تأثير و تأثير جادة بين فعالية الذات و الضغوط و مواجهتها.

- **تنشيط افراز الكاتيكولامينات:** تلعب فعالية الذات دور وسيط معرفي إدراكي للقدرات و المهارات في الاستجابات البيولوجية و التي تؤثر على الفرد و كذا مرضه، كإفراز "الكاتيكولامينات" (Epinéphrine, Dopac, Norépinéphrine) و التي تفرز عند ادراك الفرد بتهديد ما يتجاوز

قدرته على المواجهة و التغلب عليه (Bandura,1989).

- **تنشيط الأندورفين:** و هو هرمون يفرز من قبل منطقة تحت المهاد و يلعب دور المورفين في وقف الألم، ففي دراسة قام بها "Bandura" عام (1988) حول فعالية الذات و تحمل الألم، و قد خلصت إلى أن غياب فعالية الذات في القدرة على مواجهة الضغوط هو ما يؤدي إلى تحريض إفراز هذه المواد، أي أن إفراز الأندورفين لا ينجم عن تنبيهات الألم و إنما بسبب الضغط النفسي المدرك.
- **تنشيط الجهاز العصبي الذاتي:** يعتبر هذا الجهاز ذو أهمية فيما يتعلق بالوظائف الانفعالية بشكل عام، حيث في دراسة قام بها "Bandura & al" عام (1982) لدى مرضى مصابين بفوبيا الثعابين، تم تعزيز فعاليتهم الذاتية من خلال النمذجة و التحكم، ثم قيست مستويات الضغط و نشاط الجهاز العصبي الذاتي. فقد سجل تسارع في ايقاع القلب و ارتفاع في ضغط الدم، أي الحالة التي تسبق التعرض للخطر، و لم يظهر هذا حين تم تعزيز اعتقادهم بفعاليتهم الذاتية، حيث أصبح بمقدورهم مواجهة نفس الوقف دون أي ارتفاع في نشاط الجهاز العصبي الذاتي. (Schunk, 1989)
- **التأثير على الجهاز المناعي:** يعد الجهاز المناعي من الصمامات الأمان الموجودة في جسم الانسان الذي يعمل على حمايته من أي تهديد قد يتعرض له في عملية تُعرف بالاستجابة المناعية ، حيث أنها تعبر عن العلاقة الكامنة وراء التحفيزات الإنتاجية لمركبات كيميائية ذات طبيعة بروتينية خاصة لمستضد محدد من خلال تكامل وظيفي عام بين الجهاز العصبي ، الهرموني ، النفسي ، أي من خلال إدراك الضغوط، و فعالية الذات تعد من المسيطرات عليها بناء على كثير من الدراسات التي قام بها "Bandura & al"، حيث أشار "Taylor" على وجود ارتباط قوي بين الشعور بالرضا عن فعالية الذات و الاحساس بإمكانية مواجهة الضغوط و التحكم بها و القدرة على إدارتها، و معدلات أعلى في عدد الخلايا المناعية البائية، أي امتلاك حصانة نسبية ضد الأمراض.

عوامل فكرية معرفية:

تنمية الاستعدادات، حيث أن فعاليته الذاتية تتأتى من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية ، والخبرات المتعددة سواء المباشرة أو غير المباشرة • كما تعكس هذه المعتقدات قدرة الفرد على أن يتحكم في معطيات البيئة من خلال الأفعال ، والوسائل التكيفية التي يقوم بها ، والثقة بالنفس في مواجهة ضغوط الحياة

(Bandura, 1982)

عوامل نفسية:

مفهوم الذات، احترام الذات، التعزيز و التحفيز،....(و التي سبق و أن تحدثنا عنها في عنصر النظريات

(المفسرة)

عوامل اجتماعية (الوالدين، الاخوة و الأقران):

حيث أقر كل من "Golan, Fainaru & Weizman" عام (1998) بقدرة الآباء على التأثير في السلوكيات الصحية لأطفالهم، و تحسين صحة الطفل مرتبطة بعدة عوامل منها مقدمو الرعاية الصحية (الهيئة الطبية و الوالدين) ، خيارات شخصية ، الظروف البيئية والاقتصادية والاجتماعية وكذلك التقييم والتدخل اللاحق للفعالية الذاتية للوالدين.

عوامل ثقافية:

باعتبارها أحد السياقات في دراسة نمو الأفراد، تدخل في أثر سلوك و نمو الأفراد في البيئة المحيطة بهم و في الثقافة التي يعيشون في اطارها و مدى تغيرها وأثر هذا التغير في سلوكيات الفرد اللاحقة (عوض، 1999)، فما دامت الثقافة تؤثر على نمو الفرد وتؤثر عليه فهي بالتالي تؤثر على فعالية الذات و مفهومها عند الأفراد باعتبارها مرتبطة بمفهوم الذات الذي يتأسس من خلال الآخر و نظرتة له.

الطموح و النظرة المستقبلية للذات:

تتأثر فعالية الذات بمستوى الطموح مثل اختيار المهنة المرغوب في مزاولتها ، و هذا يشير إلى ارتباط مستوى الطموح بمدى امكانية الطفل لإسقاط نفسه على الزمن.

فباختصار فعالية الذات تؤثر و تتأثر بالشعور و التفكير و العمل (Bandura, 1977)، و هذا الذي وجد كعامل مشترك في كل الدراسات التي تبنت مفهوم فعالية الذات كمتغير لها سواء عند الأطفال أو الكبار.

8. أهمية فعالية الذات في حياة الطفل

أهمية الفعالية الذاتية في حياة الطفل كونها أساس جوهري مرتبط بالعديد من المؤشرات المهمة في حياة الطفل و التي لها علاقة بتنمية مهاراته و قدراته و اتساع مدى ادراكه، فعلى سبيل المثال نذكر:

-الفعالية الذاتية مقابل انجاز السلوك، الفعالية مقابل الدافع -على الرغم من أن الدافع يحتاج إلى تعزيز و فهم متواصل للحفاظ على الفعالية- ، الفعالية مقابل النتائج، فكلما ارتفعت الفعالية الذاتية ارتفعت معه هذه المؤشرات بشكلها الايجابي، فإن لها علاقة مستمرة رتيبة ببعضها البعض. كما أن هذه المؤشرات تتحكم في مدى الثبات للفعالية و تنميتها أو تراجعها، أي فعالية الذات تساعد على المثابرة في الأداء إلى غاية نجاح المهمة (Bandura, 1977).

- تكمن أهمية الفاعلية الذاتية حسب مستوى الاعتقاد عند الطفل بقدراته، فكلما زاد مستوى الفعالية أصبح لها دور المعينات الذاتية التي تجعل الطفل يبحث في حل المشكلات و سرعة اتخاذ القرارات الموثوقة، و إن حدث و انخفض مستواها صارت كمعوقات ذاتية في مواجهة المشكلات (أبو غزال و فلاح، 2010)، ليركز الطفل على مواطن ضعفه محتملا بذلك الفشل وهذا المستوى يتحدد حسب تأثير الفعالية الذاتية في مظاهر متعددة من السلوك، و تتضمن: اختيار النشاطات، التعلم و الإنجاز، الجهد المبذول و الاصرار.

- إدراك الفرد لفعاليته الذاتية يؤثر على : وجهة الفعل أو السلوك وطاقته ، والجهد ، والمثابرة في مواجهة التحديات أو الفشل ، والتكيف أو التوافق ، والقدرة على مواجهة الضغوط والإحباطات في المواقف الصعبة ، ومستوى الإنجاز الفعلي أو الحقيقي للفرد (حسن، 2005).
- تعمل كل من الفعالية الذاتية المتصورة وفعالية التحكم في التفكير بشكل مشترك لتقليل القلق والسلوك المتجنب، فهناك مجموعة متزايدة من الأدلة على أن الإنجازات البشرية والرفاهية الإيجابية تتطلبان حساً متفائلاً بالفعالية الشخصية، هذا لأن الواقع الاجتماعي العادي مليء بالصعوبات. إذا كان هذا هو الحال، فإن المعتقدات الذاتية التي تؤثر على هذه الخيارات هي أداة في تحديد تجربة المرء وتوفير وسيلة يستطيع الأفراد من خلالها التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم.
- تساعد معتقدات الكفاءة الشخصية أيضاً في تحديد مقدار الجهد الذي سينفقه الأشخاص على النشاط، ومدة استمرارهم في مواجهة العقبات، ومدى كفاءتهم في مواجهة المواقف المعاكسة - كلما ازداد الإحساس بالفعالية، ازداد الجهد والمثابرة والمرونة.
- تؤثر معتقدات الفعالية أيضاً على مقدار الإجهاد والقلق الذي يشعر به الأفراد أثناء قيامهم بمهمة ومستوى الإنجاز الذي يحققونه.
- الكفاءة الذاتية العالية تساعد على خلق مشاعر الصفاء في الاقتراب من المهام الصعبة و أنشطة، فإن معتقداتها هي محددات قوية ومؤشرات لمستوى الإنجاز الذي يحققه الأفراد في نهاية المطاف.
- لهذه الأسباب، جعل "Bandura" (1986 ، 1997) يدعي و بقوة بناء على هذه المعتقدات التي تجعل من الفعالية الشخصية العامل الرئيسي للوكالة البشرية (Schunk, 1989).
- فعالية الذات عامل مهيب لإدارة الألم المزمن، و عامل محفز لتحقيق الإدارة الذاتية للمرض عند الطفل: حيث تؤكد الدراسات الحديثة مثل دراسة "Doltchy" عام 1987 و دراسة "Jensen & al" عام

1992 على أهمية على الكفاءة الذاتية في فهم مختلف الآليات السلوكية و المعرفية التي تكمن وراء صيانة وعلاج الألم المزمن، فقد وجدت أن تعديل الكفاءة الذاتية من الممكن أن يغير نتائج العلاج و يجعل من المريض شخص ملتزم اتجاهه. بالإضافة إلى أن لها القدرة على تقليل استخدام الأدوية و تجنب سلوك الأمراض المزمنة ( سلوكيات الغير صحية)، و هذا حسب ما أشار إليه " & council al" عام 1990. لنجد أن لفعالية الذات ثلاث أبعاد للألم و هي : الكفاءة الذاتية لإدارة الألم (PSE) ، الكفاءة الذاتية للوظيفة الجسدية (FSE) ، و الكفاءة الذاتية للسيطرة على الأعراض الأخرى (ASES)

### (Blonsky & al., 1996)

ويمكن تلخيص أهمية فعالية الذات في حياة الطفل في النقاط التالية:

- تعدد وظائفها في حياة الطفل من خلال تعدد أشكالها، إذ أهميتها تمس الجانب الشخصي و المعرفي وحتى الاجتماعي إن كان صحي جسدي أو عقلي أكاديمي ، تربوي ثقافي ....
- تزيد من ثقة الطفل بنفسه
- فعالية الذات تساعد على تحقيق الأهداف بسرعة وبجودة
- فعالية الذات هي توقع الفرد في قدرته على أداء مهمة محددة ، وبذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته وحسن استخدامها ، أي تساعد على تطوير المهارات و ضبط الاتجاهات
- تحسين صورة الذات عند الطفل مما يعطي دافع أكثر للعطاء يحقق الطفل من خلاله ذاته
- تساعد على تخطي العقبات و حل المشكلات و حسن اتخاذ القرارات ضمن البدائل.
- تجعل من أي عرض أو حدث أو مشكل أو مرض أمرا مميزا و تحديا و فرصة لإثبات فعالية الذات.



- تجعل من المعرفة خدمة مجانية تجيب عن تساؤلات الطفل أو المراهق و التي تتعلق بصحتهم العقلية و الجسدية و النفسية، و التي تلخص اجابات موضوعية و توضح الرؤى حول موضوع محدد، فتساعد بذلك الطفل بشكل دعم و توجيه و صنع القرار، و هذا ما تهدف إليه برامج الرعاية الصحية.

### خلاصة

تعتبر فعالية الذات وسيلة فعالة لتنمية قدرات الطفل و اعتقاده الصادق نحوها لتحقيق المهام أو الأهداف التي يرغب بتحقيقها ، و كلما زادت ايجابية الاعتقاد زادت نسبة النجاح و الرضا و العكس صحيح، فكلما انخفض الاعتقاد و زادت سلبيته نحو قدرته زاد ت نسبة فشله، و هذا القول لا ينطبق فقط على الأطفال بل يتجاوز حتى الكبار، و لا يمس الأصحاء فقط بل يمس كذلك المرضى و اتجاهاتهم نحو مرضهم و نحو أنفسهم، و تعزيز مثل هذه الوسائل يؤسس للالتزام بالعلاج و تحسين نمط الحياة و كذا يحقق أهداف المريض الشخصية كإنسان مميز، و هذا ما أثبتته نتائج الدراسات الباحثة في موضوع فعالية الذات بمختلف المجالات التعليمية التربوية، و الصحية و حتى الاقتصادية السياسية في الإدارات الفعالة إن كانت عربية أم أجنبية، فقد أجمعت على أهمية فعالية الذات في حياة الإنسان كمفهوم نظري و عملي.

## الفصل الرابع مرض الربو عند الطفل

- 1- نبذة تاريخية عن مرض الربو عند الطفل
- 2- مفهوم مرض الربو عند الطفل
- 3- تصنيفات مرض الربو عند الطفل
- 4- أعراض وتشخيص مرض الربو عند الطفل
- 5- الآلية الفيزيولوجية لمرض الربو عند الطفل
- 6- عوامل خطر الإصابة بمرض الربو عند الطفل
- 7- علاج مرض الربو عند الطفل
- 8- مآل مرض الربو عند الطفل
- 9- الآثار الجسدية والنفسية لمرض الربو على الطفل

يحمل الطفل مناعة ضعيفة في أول حياته و هذا لقلّة خبرة جهازه المناعي الذي يتطور و إياه، لذلك فهو معرض للإصابة بالعديد من الأمراض التي يمكن أن تكون مزمنة متفاوتة الخطورة، و مرض الربو من بينها باعتبارها مرض مصنف ضمن هذه الأمراض، فهو ينتمي لأمراض الجهاز التنفسي المزمنة ، إذ يقترن مفهومه بمصطلح الحساسية و هذا يرجع إلى مبدأ المرض و عوامل خطره المتمثلة في محفزات معينة متعددة تثير نشاط حاد في الجهاز المناعي مسببة أعراضا اكلينيكية مهيكلة خاصة بمرض الربو ولكن، عند الأطفال يختلف قليلا فيما يخص مآل المرض باعتبار أن أغلب الأجهزة العضوية عنده في تطور و امكانية الشفاء أو الحد من درجة الإزمان عالية.

وعليه، فقد جاء هذا الفصل لتوضيح أكثر فيما يخص مفهوم مرض الربو وأعراضه وماهية آليته الفيزيولوجية وكيفية علاجه وما تأثيره على الناحية الصحية والنفسية على المدى القريب والبعيد للطفل...

### 1. نبذة تاريخية عن مرض الربو عند الطفل

مرض الربو غيره من الأمراض مرّ بعدة تطورات من حيث الوصف الخاص بالأعراض والتشخيص ليصبح مفهومه الاكلينيكي بالشكل الحالي، فمن حوالي 2600 قبل الميلاد، قام عالم الطب الصيني المعروف باسم "الامبراطور الأصفر" بكتابة كتاب طبي يتضمن وصفا للمرض حيث أوصى بالوخز بالإبر كعلاج له. وما بين 380 و 460 قبل الميلاد كان البعض يقول أن أبقراط هو أول من قام بتسمية المرض في الكتابات، حيث وصف المرضى اللذين يعانون من التنفس المضطرب، و الكلمة التي استخدمها «Asthma» و التي تعني باليونانية "اللهات" (Bjorklund, 2005).

وبعدها تم التعرف على الارتباط بين مرض الربو والعوامل النفسية لعدة قرون حيث أُعتبر منذ فترة طويلة مرضاً نفسياً جسدياً، خلال الثلاثينيات - الخمسينيات من القرن العشرين، فقد كان يُعرف بأنه أحد الأمراض النفسية السبعة "المقدسة" (Opolski & Wilson, 2005).

أما في منتصف السبعينات الى الآن فلقد زاد انتشار الربو بشكل كبير وأصبح معروفاً. ففي عام 1975 م وصفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الربو كحالة مزمنة متكررة نتيجة لتضييق مجرى الهواء استجابة لمحفزات (Mason & al., 2010)، ليصبح بهذا رسمياً مرضاً مزمناً، باعتباره اضطراب معقد غير متجانس متميز عن طريق انسداد عكسي للمسالك الهوائية السفلى، حيث أنه لم يتم بعد فهم المرض بشكل كامل بغض النظر عن النمط الظاهري (Sobande & Kerckmar, 2008).

## 2. مفهوم مرض الربو عند الطفل

يُندرج مرض الربو ضمن قائمة الأمراض المزمنة، أي أنه ضمن تلك الأمراض التي تنتمي إلى قائمة الأمراض المتكفل بها، أي من ناحية الرعاية الصحية والعلاجية والاقتصادية، في إطار تصنيفي ضمن أمراض الوقاية، والتي تشمل أمراض القلب التاجية والشرايين والسكتات الدماغية، عوامل خطر الإصابة بمرض السكري وارتفاع ضغط الدم، السمنة، الربو.... (Briançon & al., 2010).

حيث يُعرّف الربو بأنه اضطراب التهابي مزمن في الشعب الهوائية، تلعب فيه العديد من الخلايا والعناصر الخلوية دوراً هاماً من الناحية الفيزيولوجية، ويمكن القول بأن هذا الالتهاب هو نتيجة عن زيادة الاستجابة المفرطة في مجرى الهواء (HRB)، والتي تؤدي إلى نوبات متكررة من الصفير وضيق التنفس، وضيق الصدر، و / أو السعال، خاصة في الليل أو في ساعات الصباح الباكر. تتميز هذه الحلقات عادة بانسداد الشعب الهوائية، وغالباً ما يكون مكثفاً، ويمكن عكسه عادة، تلقائياً أو تحت تأثير العلاج (Ichou, 2015).

ويمكن أيضا تعريف الربو بالطرق التالية:

- تعريفه من الناحية الاصطلاحية:

يعد الربو مصطلح حديث الطرح في الوسط الطبي شامل لأغلب الأمراض المشتركة من حيث المبدأ، وهذا إن دل على شيء إنما يدل على وجود العديد من الأنماط والعوامل المؤثرة لهذا المرض فبالتعبير الطبي يطلق على الحساسية التي تصيب المسالك الهوائية بفرط التفاعلية القصيبية كما يطلق عليه الأطباء عبارة الأنابيب المنتفضة (أيرس ترجمة صليبا، 2002).

- تعريفه من الناحية الاكلينيكية:

هو متلازمة قائمة بحد ذاتها لها أعراض تنفسية مستمرة سواء كانت منقطعة أو مرتبطة، خاصة بوجود اعاقا في ادخال واخراج الهواء وذلك نتيجة لفرط الاستجابة في المجرى الهوائي (Lougheed, 2012)، أي أن هذا التعريف يمكن تقسيمه إلى ثلاث معطيات أساسية وهي:

❖ المعطية المرضية: عن طريق التهاب الشعب الهوائية مع تسرب بارز للحمضات

❖ المعطية الفيزيولوجية: عن طريق فرط الحساسية للشعب الهوائية مع تقلبات في وظائف الرئة

❖ المعطية السريرية: عن طريق السعال المتغير، وضيق في الصدر وأزيز

. (Douglas & Elward, 2010)

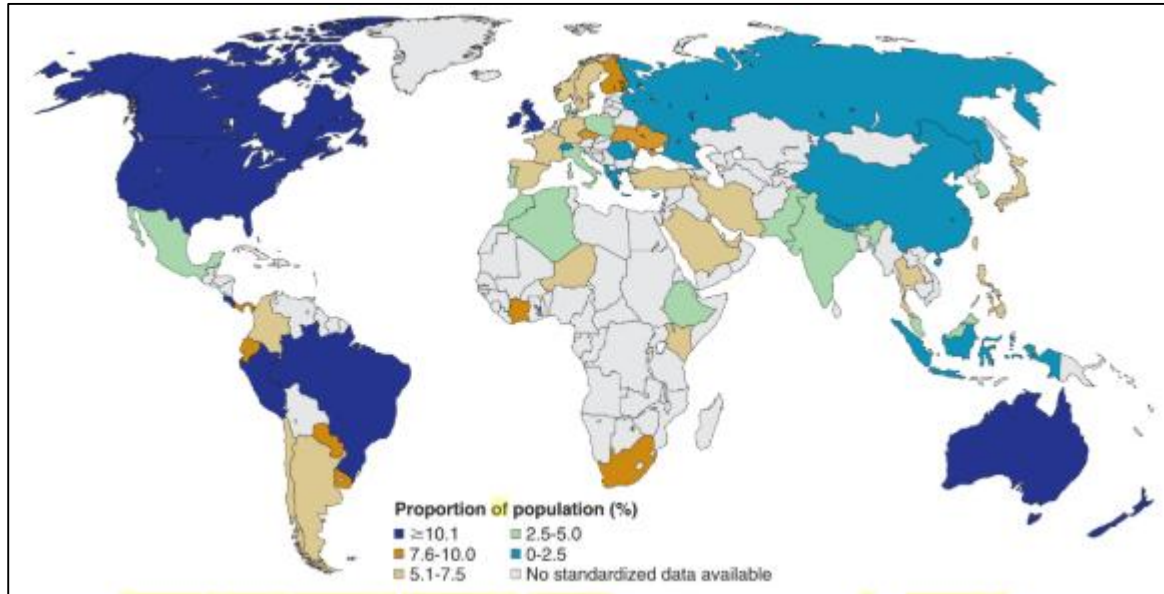
- تعريفه من الناحية الوبائية:

هو مرض شائع عند الشعوب الغربية، إذ يصيب أكثر من ثلاثة ملايين شخص في إنجلترا وويلز وحدهما (أيرس ترجمة صليبا، 2002). وعند الاطفال يكون أكثر شيوعًا عند الأولاد أكثر من الفتيات، بمعدل 3-2.5. خلال فترة المراهقة، يكون الانتشار متساوية بين الذكور والإناث (Formosa, 2008) ، حيث يصل

عدد اصابات الفتيان إلى ضعف عدد اصابات الفتيات، ويبدو ان الربو في تزايد مستمر ليصل إلى حوالي 20% من الأطفال في عمر المدرسة (أيرس ترجمة صليبا، 2002).

لنجد أن مرض الربو هو أكثر أمراض الرئة المزمنة شيوعاً في الأطفال الذين يتميزون بالتهاب مزمن في الشعب الهوائية مما يؤدي إلى انسداد تدفق الهواء. وتفاقم الربو عرضي، لكن التهاب مجرى الهواء موجود بشكل مزمن. يعاني حوالي 20% من هؤلاء المرضى من الربو الحاد، 20% منهم لا يخضعون لرقابة كافية. يبلغ عمر ظهور الذروة 5 سنوات. على الصعيد العالمي، زادت معدلات الوفيات المرتبطة بالربو على مدار العقدين الماضيين (Formosa, 2008).

والشكل التالي الذي يوضح خريطة توزيع مرض الربو في العالم حسب النسب السكانية:



شكل رقم 7: خريطة توزيع مرض الربو في العالم حسب النسب السكانية (Mason & al., 2015).

### 3. تصنيفات مرض الربو عند الطفل

منذ عام 1998 م كان هناك توافق في الآراء بشأن تصنيف شدة الربو في أربع مراحل (الربو المتقطع، الربو المستمر الظاهر، الربو المستمر المعتدل، الربو المستمر الشديد)، وأغلبها مرتبطة بفيزيولوجية الجسد

المريض ودرجة استعداده (CNERM, 2011)، كما يشار الى كيفية تقدير شدة الربو في فترة حرجة أي بين ازميتين، معايير التصنيف هي كما يلي: تردد الأعراض، المضبوطات، الربو الليلي، استخدام المنشطات  $\beta_2$ ، قياس تدفق استكشاف الذروة والاختلاف FEV. واحدة فقط من هذه المعايير تجعل من الممكن تصنيف المرض في واحدة من المراحل الأربع. لكن يصعب تصنيف هذه المراحل عند الأطفال، وهذا الذي يجعل من الضروري الاعتماد على التوافق، مع الأخذ في الاعتبار مانع الفردية لكل طفل، وتطور المرض وتصور الربو من قبل الطفل وعائلته (Châteaux, 2008).

والجدول التالي يوضح الأربع مراحل المصنفة لمرض الربو حسب شدة الخطورة

جدول رقم 6: المراحل الأربعة المصنفة لمرض الربو حسب شدة الخطورة ( $\leq 12$  عام) (Ferri, 2018).

تصنيف شدة الربو ( $\leq 12$ عام)				مكونات الخطورة			
مستمر			متقطع			تكرر الاعراض	ضعف $fev_1/fvc$ طبيعي:
شديد	معتدل	غير قوي					
خلال اليوم	يوميًا	$< 2$ يوم/أسبوع لكن ليس يوميًا	$\geq 2$ يوم/أسبوع	85%	الاستيقاظ ليلا		
غالبًا 7 مرات في الأسبوع	$< 1$ مرة/أسبوع	3-4 مرات/شهر	$\geq 2$ مرة/الشهر	80%			
عدة مرات في اليوم الواحد	يوميًا	2 يوم/أسبوع لكن ليس يوميًا، و ليس	$\geq 2$ يوم/أسبوع	75%	استخدام $\beta_2$ (قليل الفعالية)		

		أكثر من مرة في أي يوم		للسيطرة على الأعراض	70%
	كثير من المحددات	بعض المحددات	محددات طفيفة	لا يوجد	التشوش في النشاط الطبيعي
				FeV1 طبيعي بين التفاقم	وظيفة الرئة
FEV1<60% توقع	FEV1 بين 60% و 80% توقع	FEV1>80% توقع (تنبؤ) FEV1/FVC طبيعي	FEV1>80% توقع FEV1/FVC طبيعي		
FEV1/FVC ينخفض الى < 5%	FEV1/FVC ينخفض الى 5%				

ويمكن أيضا تصنيف مرض الربو حسب نوع المحفز المثير لنوبة الربو، حيث تختلف أسباب ظهور هذا المرض من شخص إلى آخر حسب المحفزات التي تثير القصبة الهوائية في شكل التهاب مزمن ومتكرر وأحيانا حاد، هذه الأسباب مرتبطة بالأشكال الخاصة لمرض الربو، ونذكر من هذه الأشكال ومحفزاتها ما يلي:

#### - الربو الأرجي:

إذا تم التعرف على أرجية أو أكثر كمحفز أو عامل محتمل مهم لنوبات الربو و ذلك استنادا إلى السجل الطبي، و يكون أحيانا من الضروري إجراء اختبارات اضافية كاختبار تفاعلات أرجية و هي المواد التي تسبب الحساسية فعلى سبيل المثال: سوس الغبار المنزلي، طلع العشب، طلع الأشجار، وبر الحيوانات، الرطوبة، المنتجات الغذائية...، و يتخذ المريض بذلك احتياطاته في الابتعاد عن مثل هذه المحفزات (أپرس ترجمة



صليبا، 2002)، و هذا النوع يختلف من شخص لآخر من حيث الشدة و نوع المادة المستأرجة التي تحفز نوبة الربو من خلال الالتهابات المزمنة و الحادة للقصبات الهوائية و الأوعية المجاورة لها، و يعتبر هذا من بين أهم الأسباب المباشرة لنوبات الربو (Lougheed, 2012).

#### - الربو الهش:

يعتبر الربو الهش شكل نادر من أشكال الربو حيث يعاني فيه المريض من نوبات مفاجئة حادة ويصعب على الطبيب والمريض السيطرة عليها بشكل يومي على الرغم من السيطرة الظاهرة على الحالة، فهؤلاء المرضى يدخلون المستشفى بشكل يومي ويتعرضون بشكل متزايد لخطر الموت نتيجة هذا، وتبدو الأرجية أكثر شيوعا عند هؤلاء المرضى وكذا العوامل النفسية (أيرس ترجمة صليبا، 2002)، فهذا النوع شبيه بالربو الأرجي من حيث الأسباب ولكنه أكثر استمرارية وشدة منه.

#### - الربو الناتج عن حساسية للأسبيرين:

تظهر الحساسية للأسبيرين عند حوالي 5% من مرضى الربو البالغين ونادرا ما يظهر عند الأطفال، وفي حالات كثيرة يعطي هؤلاء نتيجة سلبية عند الاختبار الجلدي و قد يعانون من سلائل Polyps أنفية ترجع بشكل متكرر (أيرس ترجمة صليبا، 2002)، و هذا يعني أن سبب الإصابة بهذا النوع من الربو راجع إلى الحساسية من الأسبيرين و مشتقاته، و التي تعتبر أدوية فعالة غير ستيروئيدية مضادة للالتهاب و بما في ذلك ايبوبروفن و ديكلوفيناك و اندوميتاسين... (Buer, 2014).

#### - الربو الليلي:

كثيرا ما يظهر هذا النوع من الربو، و هو في الحقيقة الاستيقاظ ليلا بسبب عارض للربو و هذا يدل على عدم السيطرة على المرض جيدا مهما كان نوع الربو، و السيطرة على الربو هنا تكون أصعب عند بعض المرضى، وقد يكون من أسباب هذه الحالة عوامل الجزر الحمضي (يعود حمض المعدة إلى الصدر ليلا و

يسبب تهيجا) و كثيرا ما تكون بعض الأدوية مثل التيوفيلينات و موسعات القصبات العاملة لوقت طويل فعالة في السيطرة على أعراض الربو الليلي (أيرس ترجمة صليبا، 2002).

#### 4. أعراض وتشخيص مرض الربو عند الطفل

##### 1.4. أعراض مرض الربو عند الطفل

الأعراض الرئيسية للربو هي ضيق في التنفس (أفضل توجيه نحو التشخيص)، السعال، الصفير، الصفير وضيق في الصدر. وفي كثير من الأحيان الشعور بالاختناق ونقص في الهواء. قد تحدث هذه الأعراض بشكل انتقائي، في كثير من الأحيان في الليل أو اثناء مجهود بدني (Aubier, 2013). ومنه، يمكن أن تستخرج أربع أعراض أساسية اثنان منها مهمان في التشخيص الفارقي "1-2" لصالح مرض الربو وهي:

- الأزيز "الصفير": يكون مع ضيق في النفس أو بدونه، وقد يحدث الأزيز استجابة لمحفز أو بدون سبب واضح.

- ضيق النفس: كثيرا ما يترافق مع الأزيز والسعال إلا أنه يمكن أن يحدث أيضا بمفرده.

- السعال: قد يكون السعال المنتج للبلغم أو السعال الجاف علامة على وجود ربو.

- ضيق الصدر: غالبا ما يكون عرضا لمرض الربو لكن، يمكن أن يحسب خطأ كمشكلة في القلب

وخاصة عند الأشخاص المسنين (أيرس ترجمة صليبا، 2002).

لنجد أن هذه الأعراض سواء كانت مستمرة أو متقطعة تعود دوما إلى حدة المرض ونوع المسبب أي عامل الخطر، لنضيف:

- صعوبة في التنفس نتيجة التهاب في الأوعية الدموية

- حساسية مفرطة لأغلب الأشياء

- نوبات ليلية ونهارية وموسمية ...

- تسارع في نبضات القلب
  - قلق وتوتو ....
  - السعال (الجاف أو الانتاجي)
  - ضيق في الصدر (Lougheed, 2012).
- وفي تفصيل أكثر من حيث عرض الأعراض دون الأساسية منها، يمكن النظر إلى الأعراض بشكل استلزام من حيث الوظيفة الخاصة بالجهاز التنفسي. أي، بما أن مرض الربو هو مرض يمس الجهاز التنفسي ويعيق وظائفه نتيجة التهابات، فإن بالضرورة أن هذه الوظائف ستتأثر، فعلى سبيل المثال:
- تكييف الهواء وجعله مناسباً لدرجة حرارة الجسم أثناء الجو الحار والبارد ← خلل في ضبط درجة حرارة الجسم.
  - تخليص هواء الشهيق من الشوائب بواسطة الشعر والأغشية المخاطية ← الاستعداد بالإصابة بأمراض حادة جرثومية كالزكام أو تعفنية، ...
  - حجز الميكروبات عن طريق الخلايا الطلائية والأغشية المخاطية بالأنف والقصبة الهوائية ← الإصابة بأمراض حادة جرثومية كالزكام أو تعفنية، ...
  - توصيل الأكسجين من المحيط الخارجي للريتين بعملية الشهيق وخروج ثاني اوكسيد الكربون أثناء الزفير ← ضيق التنفس، ضيق الصدر
  - إصدار الأصوات عن طريق الحنجرة ← اضطرابات في التصويت
  - تنظيم الأس الهيدروجين أي تفاعل الدم ← فقر الدم، نقص في الوزن...
  - تخليص الجسم من بعض الجلطات الصغيرة ← جلطات صغيرة

- غذي الجهاز العصبي الذاتي الذي يؤدي إلى ضيق الشعب الهوائية وزيادة افراز الغشاء المخاطي اضطرابات وظيفية للشعب الهوائية والافرازات، اضطرابات انفعالية كالتوتر والقلق (باهي وآخرون، 2002).

وهذا كله مرتبط كلياً بحجم الأوكسجين الواردة وثاني أكسيد الكربون الصادرة من الرئتين ويتأثر هذا بمدى الالتهاب الواقع في الأوعية المحيطة بالقصبه الهوائية بشكل نوبات صعوبة تنفس حادة تتميز بالصفير، ولهذا لا يقتصر دور الطبيب على معرفة التطورات المرضية وتوجيه التوصيات بل يتعدى ذلك لتتقيد المريض وتعليمه وكذا أسرته (CNERM, 2011).

#### 2.4. تشخيص مرض الربو عند الطفل

التشخيص هو مصطلح يطلق على عملية تحديد المرض ضمن السياق الطبي من خلال الملاحظة الموجهة للعلامات الظاهرة على الجسد و الفحوصات التحليلية المختلفة و الأشعة ... و كذا الاستناد على التاريخ الشخصي للمريض وصولاً لوصف مجموعة من الأعراض أو فهم أسبابها و وضعها في قالبها المناسب، أي التصريح بالرأي التشخيصي في مصطلحات علمية لمرض ما حسب ما يتوافق و الجدول الاكلينيكي للأعراض و الأسباب.

و تشخيص الربو أو ضيق التنفس لم يصبح بالشيء العسير لأن المريض يعرف مرضه في أغلب الحالات اعتماداً على السمات المميزة له كالصفير و ضيق التنفس و إن كانت بدايته بسيطة أو حادة، أم هو تقدم و تطور للمرض و لذلك من الضروري معرفة أحداث أول نوبة (CNERM, 2011)، و لكن عند الطفل يعتبر صعباً التعرف على هيكله مرض الربو المستمر عنده نظراً لما نصه "Liescu & al" على أن التشخيص يكون من خلال استمرار الأعراض لمدة ثلاثة أيام في الأسبوع أو ضيق التنفس يكون مرتبطاً بانسداد في الشعب الهوائية (Dutau & Didier, 2006).

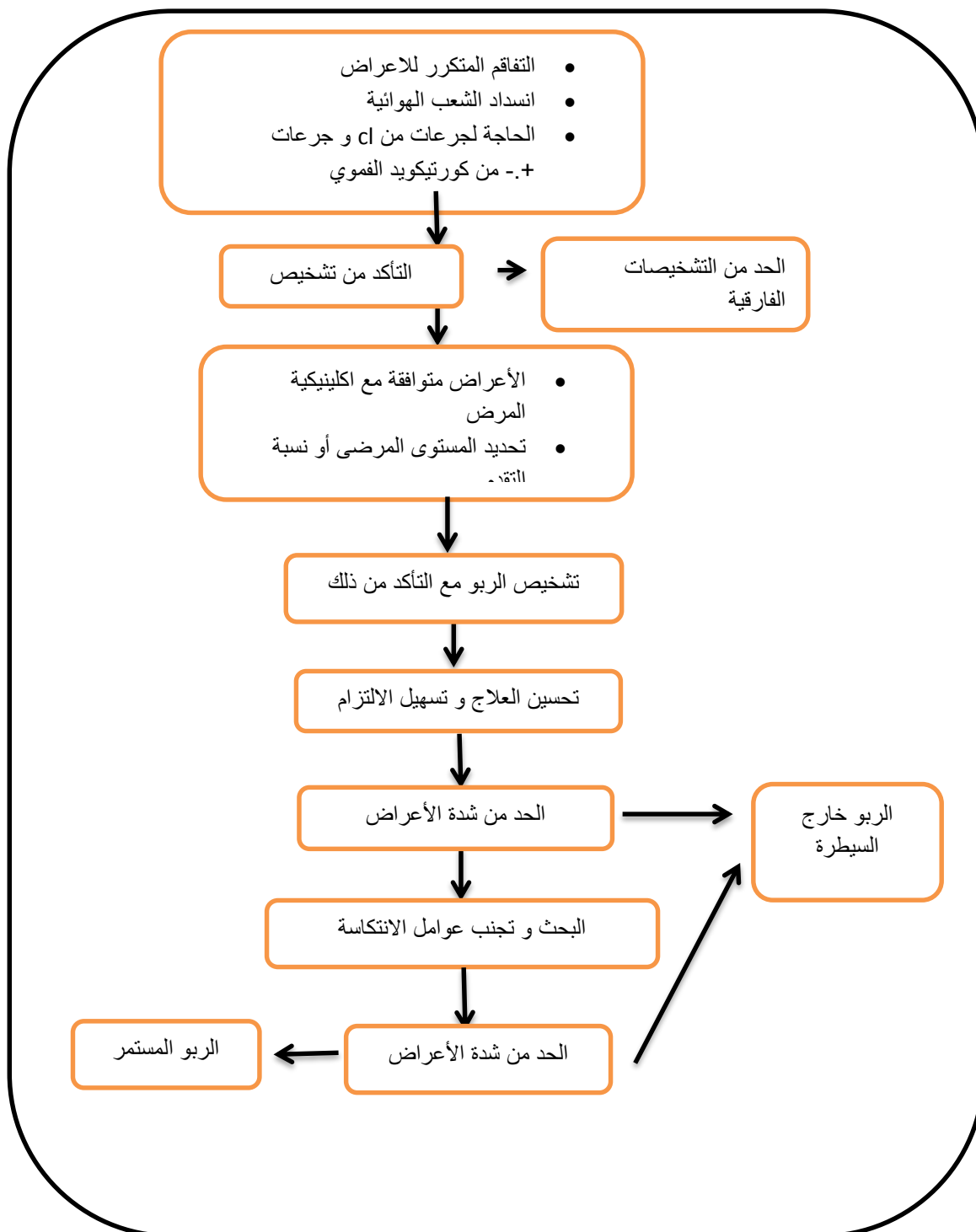
حيث نجد أن الطبيب يلجأ في تشخيص مرض الربو إلى إجراء بعض الفحوصات الخاصة التي تعطي التشخيص الدقيق لحالة الربو، و منها:

- الصفير والتاريخ العائلي للربو أو الحساسية
  - في بعض الأحيان ، يجري الطبيب اختبار الحساسية و هذا لتحديد العوامل المحتملة للحساسية.
  - يمكن أن يشتبه الطبيب في الإصابة بالربو عندما يكرر الطفل نوبات الصرع، خاصة عندما يكون أفراد عائلته مصابين بالربو أو الحساسية.
  - نادراً ما تكون هناك حاجة إلى الأشعة السينية للصدر لتشخيص الربو عند الأطفال. عادة ما يتم إجراء الأشعة السينية فقط إذا اعتقد الطبيب أن أعراض الطفل قد تكون ناجمة عن مرض مختلف، مثل الالتهاب الرئوي.
  - في بعض الأحيان، تجرى اختبارات وظائف الجهاز التنفسي لأنه يمكن أيضاً اختبار الأطفال لأمراض أخرى مثل التليف الكيسي أو مرض الجزر المعدي المريئي. و لهذا يتم اختبار الأطفال الأكبر سنا من أجل وظائف الرئة (اختبارات وظائف الجهاز التنفسي) (Bhatia, 2017).
- و هذا لتحديد التشخيص الفارقي بين مرض الربو و بعض الأمراض التي يمكن أن تشترك معه في الأعراض التنفسية المتكررة كأمراض العدوى (التهاب الجيوب الأنفية المزمن، مرض السل،...)، الأمراض الخلقية (تشوه في القصبة الهوائية، تشوه خلقي يسبب تضيق الشعب الهوائية داخل الصدر، تليف الكيسي، خلل التنسج القصي الرئوي، متلازمة خلل الحركة الهدبية الابتدائية، نقص المناعة، مرض قلب خلقي،...)، مشاكل ميكانيكية ( الارتجاع المعوي، دخول جسم غريب،....) (Bcguidelines, 2015).

أما بالنسبة لتواتر التشخيص التفاضلي و هو متغير وفقا للعمر: عند الرضع و الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، من المهم التفكير و فبل كل شيء في التهاب القصبات الفيروسي و أيضا الى التليف الكيسي، اضطرابات البلع.

و الشكل التالي يوضح شجرة الربو المستمر على اختلاف شدته مع توضيح التشخيص و الرعاية

الصحية:



شكل رقم 8: شجرة تشخيص الربو و الرعاية الصحية له (Dutau & Didier, 2006).

## 5. الآلية الفيزيولوجية لمرض الربو عند الطفل

تعتمد الآلية الفيزيولوجية المتعلقة بمرض الربو على عملية الالتهاب الغير منظم و التي تنطوي على زيادة التعبير من مجموعة واسعة من السيتوكينات " Chemokines " المؤيدة للالتهابات، عوامل النمو، وسطاء الدهون، جزيئات الالتصاق، الانزيمات، وزيادة أعدادها و غزو الخلايا الالتهابية، هذه البيئة تؤدي إلى ظهور الأعراض المتكررة التي تتطلب يوميا المضادات للالتهابات (Sobande & Kerckmar, 2008).

و لهذا تتميز الخصائص المرضية -الباطولوجية- للربو بشكل عام بـ:

- انسداد الشعب الهوائية الشائع (FEV1 اكبر من 12%)

- فرط الاستجابة القصبية المحددة و غير المحددة (HRB)

- نوبات انسداد الشعب الهوائية استجابة لمحفزات مختلفة

حيث أن المرضى الذين يعانون من الربو الخفيف الى المعتدل قد لا تظهر هذه الخصائص الثلاث

بشكل واضح و متأزم، وتكون ضمن حدود الاختلافات الطبيعية (Dutau & Didier, 2006).

إن، فأساس مرض الربو هو فرط الاستجابة القصبية -الاستجابة المناعية على مستوى القصبة الهوائية-

لمحفزات مختلفة يؤدي الى تضيق قطر الشعب الهوائية. لوحظ هذا الفرط في نشاط التهاب الشعب الهوائية

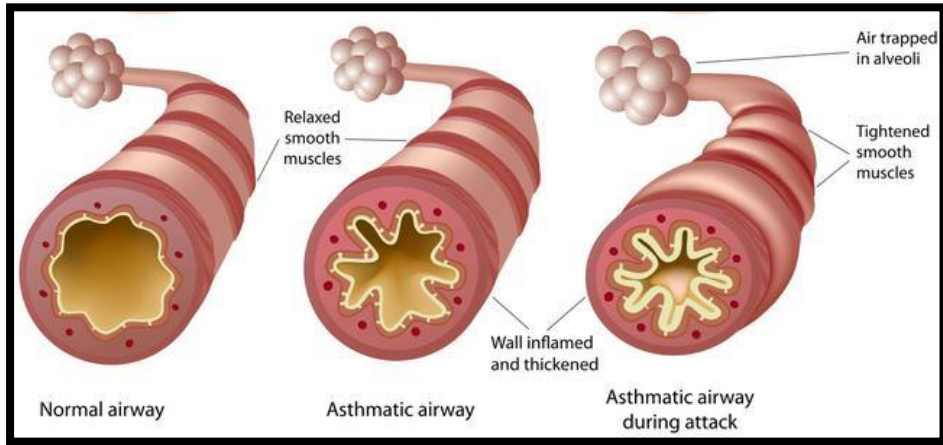
في 99% من المصابين بالربو. وأيضا أكثر من 50% من الأشخاص الذين يعانون من التهاب الانف

التحسسي وكذلك في بعض المرضى الذين يعانون من التهاب الشعب الهوائية المزمن، أما في الحالات الطبيعية

النادرة يكون فرط نشاط الشعب الهوائية ضروري ولكنه غير كاف لتحديد الربو (Dautzenberg, 2006).



و الصورة التالية تلخص شكل الشعب الهوائية عند الطفل المصاب بالربو:



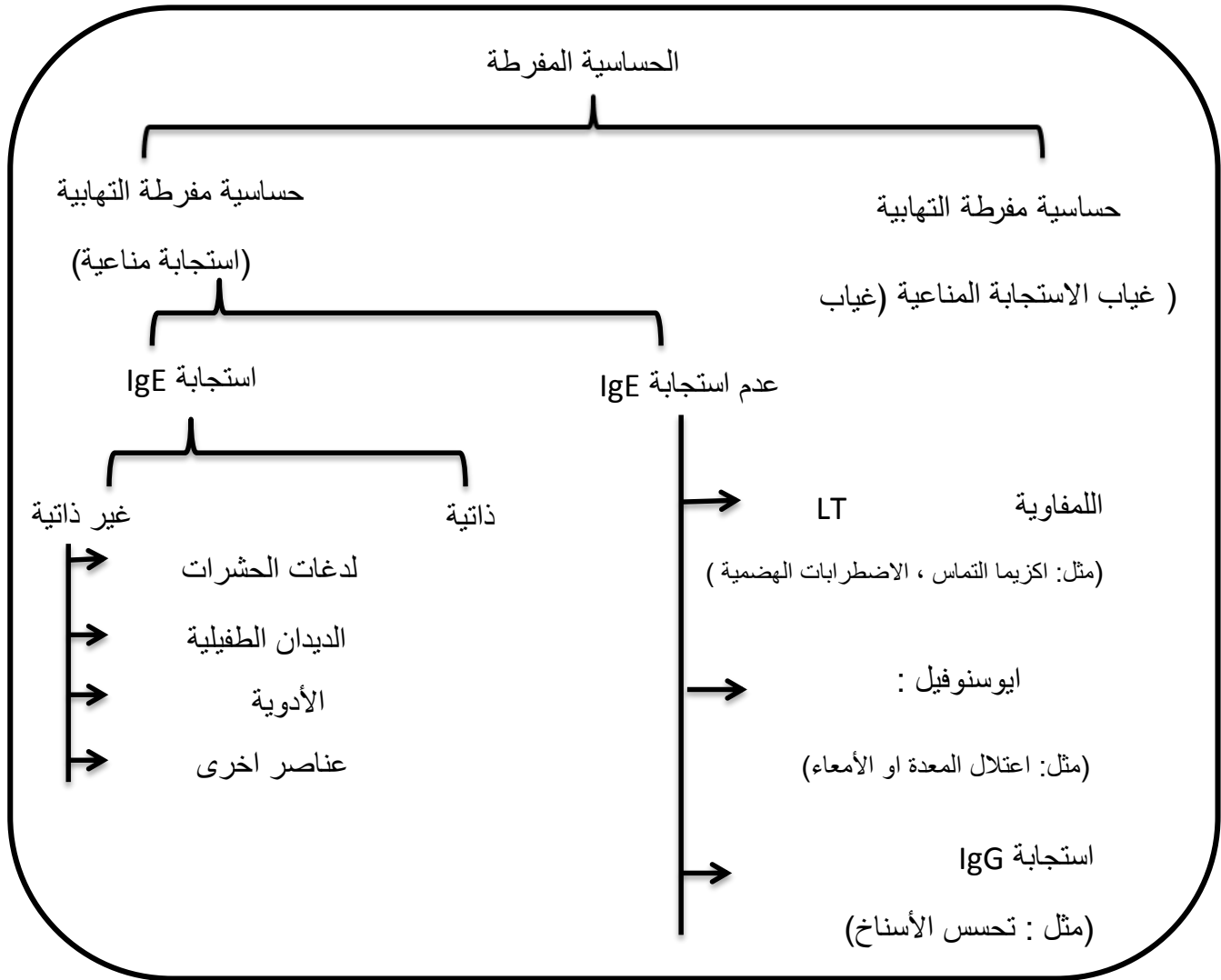
شكل رقم 9: صورة توضح تأزم الشعب الهوائية لدى الطفل المريض بالربو (متاح على:

<http://health.138c.com/?p=100747> روقب في: 20/08/2019)

فالعوامل الفيزيولوجية المرضية للربو هي الحد من تدفق الهواء والتهاب الشعب الهوائية. و هذا الذي يوفر فهم هذه الآليات داخل مجرى الهواء و تعين كذلك على تحديد طرق لتطوير خطط علاج ناجحة واكتساب / التحكم في الربو (Clark, 2010).

فقد كانت النظرة المرضية للربو فيما مضى منحصرة على الحساسية و افرازات الامينوغلوبيولين IgE و مع تطور العلم اتجه منظور آخر للفيزيولوجية المرضية للربو كإفرازات هرمونية مناعية أخرى غير الهستامين و تعمل نفس التأثير -أعراض التهاب مزمن للجهاز التنفسي-، و عليه فهذه الفيزيولوجية متعلقة ب: العوامل الوراثية، التهاب القصبة الهوائية ( دور السيتوكينات نوع Th2، الكريات متعددة النواة، التهاب القنوات الهوائية البعيدة و سببه CD4) و هناك نوع آخر من الربو فيزيولوجية غير تحسسية - غير مناعية- (Dutau & Didier, 2006).

حيث أنه في كلا الحالتين يتم التفاعل المستأج -محفزات الحساسية- في الربو على مستوى القصبات الرئوية بشكل التهاب مزمن يتأتى حسب ظهور المحفزات و المخطط التالي يوضح المسار الفيزيولوجي لمرض الربو على هذا الأساس:



شكل رقم 10: فيزيولوجية مرض الربو (Dutau & Didier, 2006).

و عليه، فإن الآليات الكامنة وراء الربو معقدة ومعقدة جدا. فهي مرتبطة بشكل مثير للاهتمام بتلقي التشوهات الأولية لنشاط خلايا العضلات الملساء. وقد تم ربط شذوذ دائم العصبية التي تنطوي على الالتهاب القصي التحسسي اللوني غير الكولين وغير الكولين للالتهابات، فهو التنشيط المعقد للخلايا اللمفاوية التائية. الذي يدفع النموذج إلى أن الربو هو مرض - t-helper 2 (th2) الذي يقترحه إنتاج الخلايا اللمفاوية التائية من السيتوكينات من النوع الثاني) مثل Interleukin (il) المناعي و تفعيل الخلايا البدينة (IgE) E ، ويعتبر

هذا وسيطاً للتراجع المزمن في وظائف الرئة التي لوحظت في الربو و تلفت الانتباه إلى التغيرات المبكرة والدائمة لهيكل الشعب الهوائية التي تسمى إعادة تشكيل مجرى الهواء (Sobande & Kerckmar, 2008).

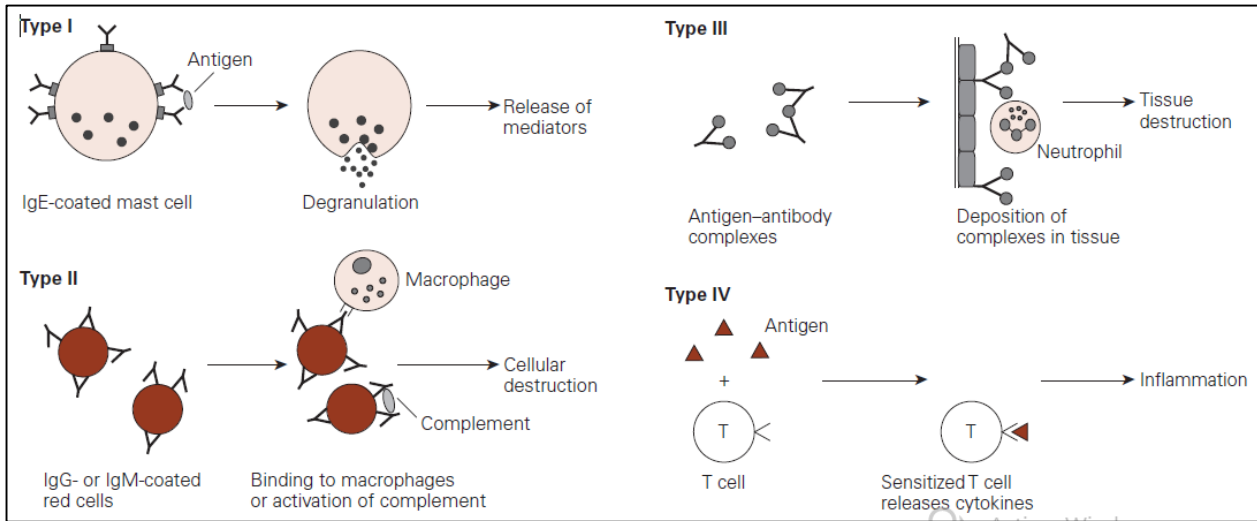
تنتهي هذه العملية إلى إلحاق الضرر بالمضيف. عندما يحدث هذا النوع من التفاعل، يطلق عليه فرط الحساسية، والتي يمكن تعريفها بأنها حالة مرتفعة من الاستجابة المناعية. عادة، هو مبالغة في الاستجابة لمستضد غير ضار يؤدي إلى إصابة الأنسجة، المرض، أو حتى الموت. علماء المناعة البريطانية

" P.G.H. Gell & R.R.A. Coombs " قاموا بتصميم تصنيف نظام لمثل هذه ردود الفعل على

أساس أربع فئات مختلفة، و هي : في النوع الأول من التفاعلات ، يتفاعل الجسم المضاد المرتبط بالخلايا مع المستضد للإفراج عن المواد الفعالة من الناحية الفيزيولوجية. ردود الفعل من النوع الثاني هي تلك التي يتفاعل فيها الجسم المضاد الحر مع المستضد المرتبطة بأسطح الخلايا. في النوع الثالث فرط الحساسية، يتفاعل الجسم المضاد مع المستضد القابل للذوبان لتشكيل المجمعات التي تترسب في الأنسجة. في هذين النوعين الأخيرين، يلعب دوراً رئيسياً في إنتاج تلف الأنسجة. النوع الرابع فرط الحساسية يختلف عن الثلاثة الآخرين، لأن خلايا LT الحساسة بدلاً من الأجسام المضادة هي المسؤولة عن الأعراض التي تتطور (Stevens, 2010).

والشكل التالي يوضح ما سبق قوله عن أشكال الاستجابة المناعية لفرط الحساسية و الالتهابات المرتبطة

بها، و التي تتدخل بالفيزيولوجية المرضية للربو



شكل رقم 11: أنماط الاستجابة المناعية الخاصة بفط الحساسية و الالتهابات المرتبطة بها (Stevens, 2010).

فباختصار، هذا النشاط يقع في حدود ظاهرة الشعب الهوائية في الواجهة بين البيئة الخارجية والأوساط الداخلية وقد تلعب دوراً رئيسياً في تنظيم العديد من مظاهر الربو الفيزيولوجية المرضية. تحت المخاطية من القصبات الهوائية. والذي يتضمن المصفوفة خارج الخلية (ECM). أوعية الغدد والعضلات الملساء (Sobande & Kerckmar, 2008).

## 6. عوامل خطر الإصابة بمرض الربو عند الطفل

تتعدد عوامل الإصابة بالأمراض المزمنة و التي من بينها مرض الربو و الذي خصص عند الطفل، حيث يمكن تصنيف عوامل الربو كما أشار إليها " Finkle.Diane " عام 2009:

- عوامل الخطر الغير معدلة : يتضمن هذا الجزء من عوامل الخطر بكل ما هو متعلق بالعمر، الجنس، الوراثة... حيث أن الذكور أكثر عرضة للمرض به من الاناث، و نسبة الإصابة به عند الأطفال في تزايد مستمر حسب احصائيات هذه السنوات الأخيرة. بالإضافة إلى أن له مكون وراثي، فقد ثبت عنه حين تمت دراسة حالات مماثلة في الأسرة، و أصبح بعدها يعد أهم عامل خطر مهيب (Castro &

(Kraft, 2008). فخطر الإصابة بالربو هو 25 % في الطفل الذي يعاني والديه من الربو، و ترتفع إلى 50% إذا تأثر كلا الوالدين. حتى أن الأطفال الذين دخنت أمهاتهم أثناء الحمل هم أكثر عرضة للإصابة بالربو.

يرتبط الربو أيضًا بعوامل أمومية أخرى مثل سن مبكرة عند الولادة والنظام الغذائي غير المتوازن ونقص الرضاعة الطبيعية. الخداج وانخفاض الوزن عند الولادة هي أيضا عوامل الخطر (Bhatia, 2017).

- **الالتهابات الفيروسية:** لدى الأطفال في سن المدرسة تسبب 85% من نوبات الربو مرتبطة بالتهابات

فيروسية (فيروسات الأنف أو فيروس الجهاز التنفسي المزمّن) (Beltramini, 2017).

- **عوامل الخطر السلوكية:** يتضمن هذا الجزء من عوامل الخطر بكل ما هو متعلق بالحمية / النشاطات

الجسدية / التدخين .... فالنظام الغذائي الغير متوازن يؤثر سلبا على نمو الطفل المريض بالربو و

يساعد على تطوره (Bhatia,2017)، أما بالنسبة للتدخين فما هو متعارف عليه أنه عند استنشاق

الطفل لدخان التبغ يسبب ذلك تهيجا في البطانة الرطبة من الشعب الهوائية و هذا ما يزيد من احتمالية

حدوث النوبة و تأزم مرض الربو و بالخصوص عند الأطفال لما عندهم من فرط الحساسية للمثيرات

الغريبة، و الدخان من أهم محفزاتها، فلقد خلصت بعض الدراسات إلى وجود ارتباط بين تدخين الأم

أثناء الحمل وبعد الولادة بزيادة خطر حدوث الصفير أثناء السنوات الأولى من الحياة (Beltramini, 2017).

(2017).

كما يتعلق هذا الصنف من عوامل الخطر و بشكل كبير بالعوامل النفسية و بالخصوص الضغوطات

النفسية و التوتر، القلق و هي التي تزيد من احتمالية خطر التناقم لدى المرضى الذين يعانون من الربو، وربما

يكون هناك انخفاض في آثار العلاجات في هذه الحالات، بسبب انخفاض في التعبير عن مستقبلات

الجلوكوكورتيكويد ومستقبلات بيتا 2- الأدرينالية في حالات التوتر المزمّن أو الحاد (Beltramini, 2017).

حيث أن هذان الصنفان السالفا الذكر مرتبطات بما يعرف عوامل الخطر المرتبطة بالفرد.

- **الظروف البيئية و الثقافية:** تدرج هذه العوامل ضمن عوامل الخطر المرتبطة بالبيئة، لنذكر على سبيل المثال:

مسببات الحساسية هي مسببات المرض بشكل أساسي و من بينها مسببات الحساسية الدائمة ذات الخطر النسبي العالي (العث، الغبار، جراحات الحيوانات و وبرها)، بينما الحساسية الموسمية (حبوب اللقاح و العفن) الخطر النسبي للربو يكون أقل لكنه لا يزال قائماً (Beltramini, 2017).

- **الموقع الجغرافي و الخلفية العرقية:** ففي دراسة **Dazord & al** أثبت أن جودة الحياة تؤثر على وبائية الأمراض المزمنة (مرض الربو من بينها) بين بلدان مختلفة، كما جاء في هذه الدراسة أن الأطفال المرضى في فرنسا و اسبانيا مختلفان في نسبة جودة الحياة و في نسبة انتشار الأمراض سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو الجسدي، حيث أن الأمراض الجسدية أكثر تأثير على جودة الحياة عند الطفل و خاصة في اسبانيا (Dazord & al., 2000).

- **التلوث :** يتوافق نمط الحياة "الريفية" مع انخفاض كبير في خطر الإصابة بالربو (Beltramini, 2017) و بذلك حسب نقاء و صفاء الجو.

ومن الأسباب التي يمكن أن تزيد من حدة المرض او مفعرة لاستعداداته الوراثية كعوامل خطر نذكرها في الجدول التالي:

جدول رقم 7: جدول يوضح البروفيل الخاص بالمرضى الربويين و عوامل خطر الربو القاتل ( Laabon, 1996).

العوامل الاجتماعية والديموغرافية:	القصة المرضية للربو:	العوامل النفس -اجتماعية:
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الأطفال و المراهقون أو الراشدون الشباب</li> <li>- الظروف الاجتماعية و الاقتصادية المتدنية و الظروف الأمنية</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-الانتباه للربو الحاد</li> <li>-الدخول للمستشفى أو الاستشارة الطبية الطارئة في العام السابق</li> <li>-الدخول للمستشفى أو الاستشارة الطبية في الشهر السابق</li> <li>-استرواح الصدر لدى مرضى الربو الحاد</li> <li>-مرض القلب أو أمراض التنفس المرتبطة بها</li> <li>-الاستعمال الطويل لأدوية corticothérapie عن طريق الفم</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-عدم الالتزام بالعلاج او بالمواعيد الدورية للفحص</li> <li>-انكار المرض</li> <li>-إدمان الكحول و مواصلة التدخين</li> <li>-مرض عقلي او اضطراب نفسي</li> <li>-القدرات الذهنية المحدودة</li> <li>-الخوف من المرض</li> </ul>

فعوامل الخطر هذه تؤثر على المرض و سيرورته فهي عبارة عن أسباب إما مباشرة أو غير مباشرة تتحكم في المسار المرضي و الوقائي للمريض فعلى سبيل المثال نذكر: العمر، عدد مرات دخول المشفى، المستأرج الهوائي ، الصراصير، القوارض، الحساسية الغذائية، الحمل ، الحيض، فرط الاستجابة المناعية لـ Ige،الاسبيرين و مضادات الالتهابات الغير ستيرويدية، صعوبات الحصول على الرعاية، المخدرات، التدخين،

المستوى الاقتصادي و الاجتماعي، الاكزيما، الاجهاد، الذعر و الخوف، المنطقة الجغرافية، التهاب الجهاز التنفسي، عواصف رعدية، متلازمة الحساسية المتعددة، الاضطرابات النفسعصبية.... (Dutau & Didier, 2006)، و هنا يكون الأطفال و المراهقين هم أكثر عرضة لتأثيرات هذه العوامل.

## 7. علاج مرض الربو عند الطفل

قبل البدء في العلاج يجب ذكر بعض النقاط، و التي تتضمن ما يلي:

- الربو مرض مزمن متعدد المتغيرات الدخيلة التي تؤثر على مساره العيادي، الأمر الذي يتطلب التعليم أو التربية العلاجية و وضع خطة عمل شخصي.
- يتعلق اختيار العلاج بإقناع المريض له حسب ما تفرضه ادارة المرض و كذا الأخذ بالاعتبار تفضيلاته.
- يجب تكييف العلاج حسب درجة و مرحلة الربو (زيادة أو نقصان في الجرعات).
- استعمال منشطات "محفزات" بيتا (Les agonistes-béta) لمدة طويلة هو ضد التعليمات العلاجية لمرض الربو.
- نوبة الربو تشكل تهديد على الحياة لذا تتطلب عناية و أخذ اجراء سريع، بما في ذلك حالات الربو الهش. (Baroudi & Janssens, 2013).

فالوقاية هي الجانب الأكثر أهمية في علاج الربو. يجب على الأطفال و عائلاتهم التعرف على الاعراض و الأسباب التي تؤدي الى حدوث الالتهاب الحاد و النوبة حتى يتعاملوا معها في اقرب وقت ممكن. فمن الأدوية المستخدمة لعلاج الربو تشمل موسعات الشعب الهوائية (الودي و مشتقات الزانثين) كذلك أدوية أخرى مضادة للالتهاب (الستيرويدات القشرية، مثبطات اللوكوترين و مثبطات الخلايا البدينة Mastocytosis)، و هذه الأدوية كثيرا ما يعطى إما بواسطة البخاخات (أنبوب متصل بجدار وحدة او أسطوانة



توفر الهواء الرطب عن طريق قناع الوجه) او الاستنشاق بالجرعات المقننة MID (Bunting & Cranor, 2006)

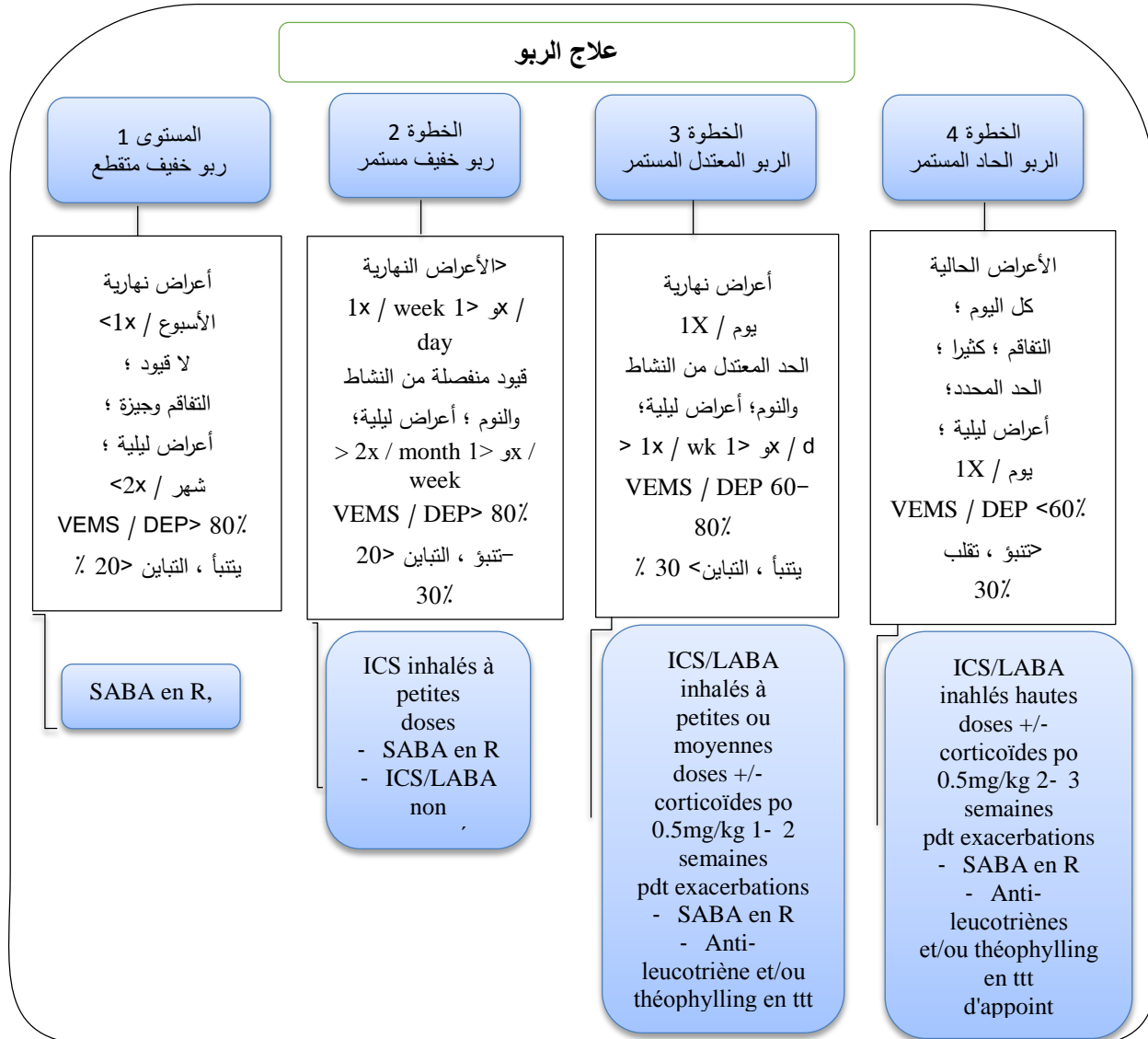
علاج الربو متاح في اشكال قصيرة المفعول وطويلة المفعول، قصيرة المفعول في شكل حبوب، سائل أو مستنشق، يتم إعطاء النماذج كل 6 ساعات لأنها تتدخل مجرى الربو بسرعة فهي الأكثر فعالية عند استخدامه عند الحاجة للحالات المتقطعة للربو. أما طويلة المفعول للثيوفيلين تعطى كل 8 الى 12 ساعة و هي مفيدة لحالات الربو المستمر (Hatfield, 2003).

حيث تعتبر الستيرويدات المستنشقة (ICS) فعالة في مكافحة t-المساعدة (th2). يعتقد بأن ICSs لها تأثيرها بعد نقلها في نواة الخلية التنفسية الظهارية و الخلايا الأخرى في مجرى الهواء ، عبر مستقبل "جلاكسورتيكود" الذي يعزز مجمع مستقبلات "الستيرويد" داخل النواة على نسخ الجينات التي تقلل الالتهاب وتثبط نسخ الجينات التي تكوّن البروتينات التي تزيد من الالتهاب، فهي تساهم في تنظيم معظم المسارات المعنية في توليف السيتوكينات و الوسطاء الأخرى المسؤولين عن الالتهابات، باستثناء الليكوترين، ففوائدها السريرة تشمل انخفاض في أعراض الربو (Sobande & Kerckmar, 2008).

كما تسهل عمل المحفزات الأدرينالية عن طريق زيادة تركيزات مستقبلات - الأدرينالية على خلايا العضلات الملساء وخفض تركيزها على خلايا العضلات الملساء الهوائية (Sobande & Kerckmar, 2008).

كما يوجد مقياس الذروة والذي يعين وظيفة الرئة (انخفاض مؤشر التفاقم FEV1) ومنه تحديد احتياجات العلاج بدقة أكبر، حيث ينقسم علاج الربو ست خطوات عبر كل ثلاث مجموعات عمرية تبدأ بأقل مستوى من الشدة، تليها استمرار خفيف، معتدل مستمر، و تختتم مع الربو المستمر الشديد (Allen, 2009).

وفي الشكل التالي مخطط يبسط علاج الربو أكثر وبالتحديد المستمر منه.



Abréviations : SABA : « Short Acting Beta Agonists »; LABA « Long Acting Beta Agonists»; SAMA: “Short Acting Muscarinic Agent”; LAMA ”Long Acting Muscarinic Agent”; ICS: “Inhaled Corticosteroids

شكل رقم 12: البرنامج العلاجي لحالات الربو المستقرة حسب خطورتها ( Baroudi & Janssens, )

(2013).

## 8. مآل مرض الربو عند الطفل

يعتبر مآل مرض الربو كغيره من الأمراض المزمنة التي يمكن ان تتطور نحو الأسوأ إن لم تلقى العناية العلاجية والرعاية الصحية من طرف الأطباء أو الأسرة ومن المريض أيضا كالاتزام بالعلاج وتحسين نمط الحياة...، ومما يلي نذكر مآل مرض الربو في النقاط التالية:

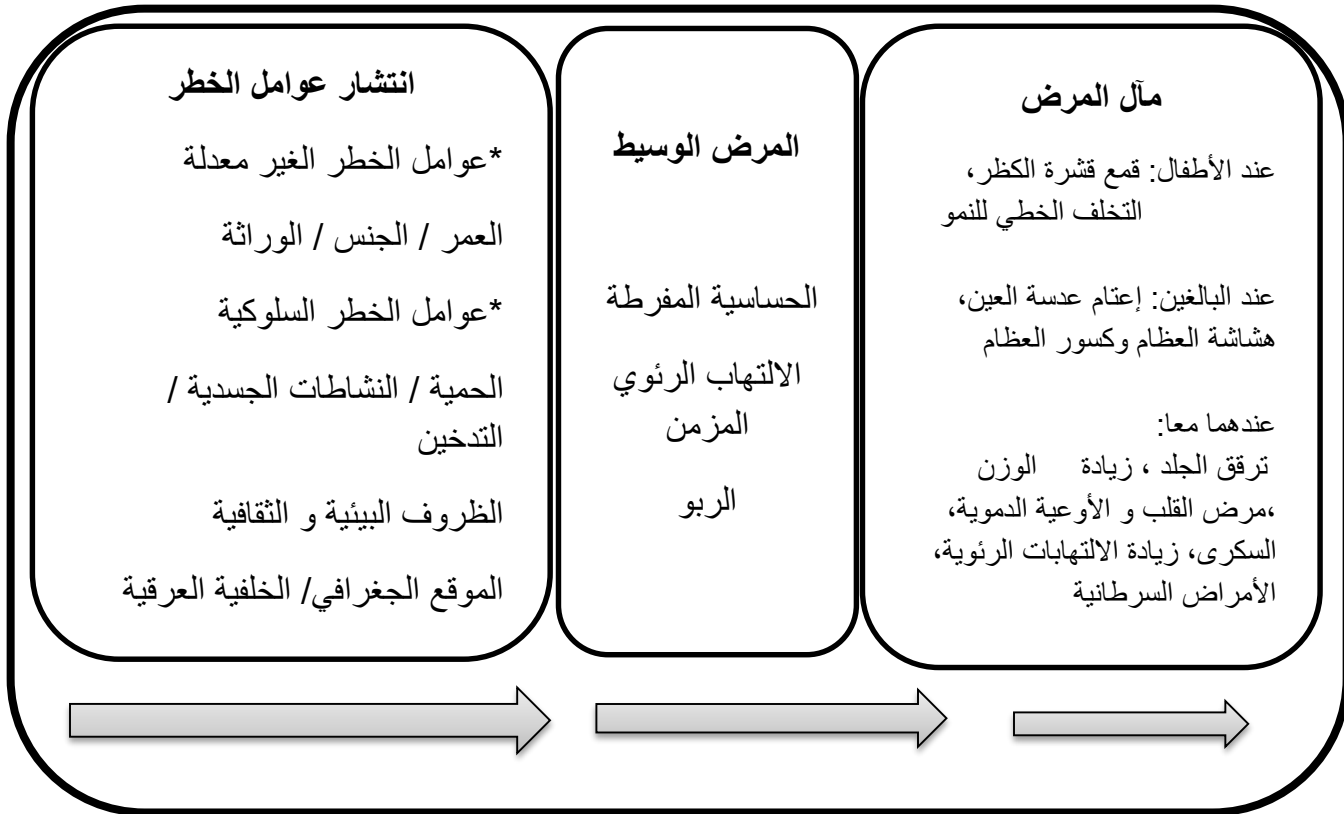
✓ إن تركيبة النوبات الحادة للمرض تسمح بقتل المريض في غضون دقائق أو ساعات إن غاب العلاج السريع والمناسب.

✓ تعتبر الهجمات الحادة لمرض الربو أكثر تهديدا من ناحية تطور المرض على الأزمات او النوبات المتعاقبة على الرغم من انها أكثر خطورة إلا أنها قابلة للشفاء.

✓ مع الزمن يمكن لأزمات الربو المعتدلة أن تحدث فشلا في جهاز عضوي ما كأمراض الجهاز التنفسي

المزمن أو فشل القلب .... (Baroudi & Janssens, 2013).

والمخطط التالي يوضح العلاقة بين عوامل الخطر وظروف المرض وانتشاره، وما يمكن أن يؤول إليه:



**شكل رقم 13:** مخطط يوضح العلاقة بين عوامل الخطر و انتشار مرض الربو و مآله مخطط مقتبس من (Diane, 2009) و معدل حسب نتائج دراسة (Sobande & Kerckmar, 2008)

## 9. الآثار الجسدية والنفسية لمرض الربو على الطفل

تتعدد الآثار الجسدية لمرض الربو عند الطفل حسب ما هو موضح في مخطط العلاقة بين عوامل الخطر وانتشار مرض الربو ومآله، فمآله مرتبط إما بعدم الالتزام بالعلاج أو بسوء استخدام الأدوية والتي هي مرتبطة بطول المدة.

فمن الآثار النفسية التي يعكسها مرض الربو على الطفل نذكر منها حسب ما جاء في بعض الدراسات التي تناولت موضوع الطفل المريض بالربو نفسياً من عدة أبعاد:

فقد جاء في دراسة "Lima & Guerra" عام 2010 المتضمنة للتوافق النفسي للأطفال المصابين بمرض الربو، فقد نصت على أن الطفل يعاني من مشاكل سلوكية توافقية كالقلق و الاكتئاب ناتجة عن سوء التفاعل و سلبيته فيما يخص عدة أبعاد أكدت دراسات سابقة نتائجها فعلى سبيل المثال نذكر: استراتيجيات المواجهة، جودة الحياة، الصورة الذاتية، المهارات الاجتماعية... (Lima & Guerra, 2010)

كما ينعكس مرض الطفل بالربو كذلك على صورة الجسد و مفهوم الذات و خاصة انه من الأعراض الجانبية لتناول الادوية مدة طويلة تأثر في النمو كالطول و الوزن و كذا في الأحوال الصوتية... حيث أن هناك ارتباط الحالة النفسية للطفل بحالة الوالدين و تأثيرها على مسار نوبات الربو و العكس صحيح ، ففي دراسة "Jean Hanson" عام 1998 حول الفعالية الذاتية للوالدين و مهارات الإدارة الذاتية لأطفال مرضى الربو، فالآباء الأكثر فعالية هم آباء الأطفال الذين لم يتعرضوا للنوبات قبل 6 أشهر (Hanson, 1998)، فالعامل النفسي يؤثر على الأسرة كما يؤثر على الطفل و يؤثر كذلك على مجموعة التفاعلات الاجتماعية الأخرى.

دون أن ننسى ذكر العامل النفسي الأساسي لهذه المسارات ألا و هو الانفعال المسير للمسار النفس عصبي كعامل خطر مؤثر بالدرجة الأولى على نفسية الانسان بصفة عامة و نخص هذا للأطفال أيضا و كذا التغذية الراجعة له.

فالطفل و مرض الربو أو بأي مرض مزمن آخر فهو يتأثر و يؤثر على نفسية الطفل و حالته الانفعالية.

## خلاصة

لقد شكلت الأمراض المزمنة كالربو بالنسبة لمنظمات و جمعيات الصحة العالمية تحديا آخر بعد الأمراض الحادة فيما مضى، و ألزمتها بدراسات متتالية و معمقة تلم بجميع جوانب هذا النوع من الأمراض من الناحية الفيزيولوجية، النفسية و الاجتماعية و حتى الثقافية للتحسين من مستوى الرعاية الصحية للمرضى و الحد من الوبائية المرضية و كذا التحكم في المستوى الاقتصادي كمييار أساسي من معايير التطور العالمي، و يظل الجانب الانساني و محفزاته البحثية للتغلب على المصاعب و ابتغاء الأفضل للمريض كتحسين جودة الحياة و الالتزام العلاجي و ضبط عوامل الخطر هو المحرك لجمع المعلومات و تحليلها و تقييم الوضع الحالي و التنبؤ به عند الطفل .

## الفصل الخامس: التربية العلاجية عند الطفل

- 1- نبذة تاريخية عن التربية العلاجية
- 2- مفهوم التربية العلاجية عند الطفل
- 3- أهداف التربية العلاجية عند الطفل
- 4- شروط تطبيق التربية العلاجية عند الطفل
- 5- خطوات تطبيق التربية العلاجية عند الطفل
- 6- نماذج التربية العلاجية
- 7- العوامل المؤثرة في التربية العلاجية عند الطفل
- 8- أهمية التربية العلاجية عند الطفل

لقد تطور علم الطب و تطورت معه الأمراض وكثر ما هو مزمن منها، كما تعددت الجمعيات التي تتابع الجديد فيه حتى أصبح من أكثر الأعباء الاقتصادية و التنافس فيه يكمن في انخفاض مستوى العبء بوضع استراتيجيات علمية تريح جميع الأطراف المتدخلة من المسؤولين الصحيين و المرضى، لتعد التربية العلاجية من بين أهم الاستراتيجيات المتاحة للتحكم في الأمراض المزمنة من خلال باب المعرفة و الوقاية بدرجاتها بناء على تغيير رؤية المريض للمرض و تقبل نمط الحياة الجديد ..

فمن خلال هذا الفصل نتعرف على التربية العلاجية و مراحل تطبيق و انشاء برامجها و ما الأهداف المتاحة لتحقيقها و ما اهميتها و ماهي العوامل المعرقة للمضي فيها.

### 1. نبذة تاريخية عن التربية العلاجية

حسب ما هو متعارف عليه أنه منذ القدم، حين بدأ الانسان في التطبيب نشأت علاقة مهنية بين الطبيب و المريض و سنّ بذلك قسم أخلاقي يقدّس المهنة وأهدافها في مساعدة المريض على الشفاء و التعايش مع المرض، و هذا يمكن القول عنه أنه أساس التربية العلاجية الآن و هدفها الرئيسي، و لكن مجمل الخدمات الطبية كانت آن ذاك محصورة ببروتوكول معين عام (أعراض، تقصي، تشخيص، علاج)، و لم تتشعب فيه المفاهيم و المصطلحات التي تصنع حدود و مقاييس و أهداف لكل عملية أو خدمة صحية، و مع تطور الطب و أنماط العلاج (كالأنسولين 1921) التي سمحت بأن تكون ذاتية (أي، أن المريض هو من يقوم بعلاج نفسه) هيأت لظهور هذا المصطلح.

ففي النصف الأول من القرن العشرين، أصبح مفهوم التربية العلاجية مصطلح رسمي متداول و معمول به حسب ما يحمله من معنى بفضل الممرضات اللواتي تولين وظيفة تدريس المرضى مع عائلاتهم، خاصة فيما يتعلق بالتغذية، النظافة، تعزيز الصحة، التوجيهات الطبية، و هذا بالضبط في السبعينات (De La



(Tribonnière, 2016) إلا أن بداية التربية العلاجية تعود الى 1930 مع أول أسئلة حول السرطان و نوع

1 من السكري، أما بالنسبة لعلاجات الأطفال فلم تكن حتى 1970 (Balcou-Debussche, 2016) و

الذي تزامن مع عملية تطوير الوعي لمرضى السكري في المناطق المحرومة بلبوس أنجلو التي قام بها Leona

Miller عام 1972، و هي عبارة عن نهج تربوي علاجي هدف إلى تحسين السيطرة على مرض السكري و

نقل المهارات لتمكين المريض من الرعاية الذاتية دون زيادة تكاليف الرعاية (Slama-Chaudhry, 2013)،

قبلها خروج نموذج تعليمي هرمي لغاية 1975، اقترح الأستاذ Assal (و هو أخصائي في أمراض السكري )

في منشوراته الأولى حول الدورات التعليمية طريقة جديدة لعمل مقدمي الرعاية الصحية مع مجموعات من

المرضى في جنيف (سويسرا) ، و بعد بضع سنوات، Anne Lacroix عالمة نفس رائدة دمج فريقها في الوقت

نفسه في بلجيكا (Balcou-Debussche, 2016)، لتعمل مع Jaquemet و هو أخصائي بيداغوجيا في هذا

المجال داخل مركز التعاون التابع للمنظمة العالمية للصحة (Slama-Chaudhry, 2013).

و بعدها أسس البروفيسور Deccache فريق متكامل التخصصات المستعرض ضمن خدمة التنقيف

الصحي في فرنسا ، و هو فريق استقبال مقره في وحدة التدريب و البحث (UFR) الصحة و الطب و علم

الأحياء البشري جامعة باريس 13، بالتعاون مع مركز مستشفى الجامعة (CHU) عام 1977 (Balcou-

Debussche, 2016)، و في عام 2003 داخل وحدة التربية العلاجية لخدمة الأمراض المزمنة قام Golay

بتطوير الخدمة حسب الأعراض كنهج متعدد لعلاج المرضى (Slama-Chaudhry, 2013).

لتنخل هذه المعالم العديد من الإنجازات و التي هي مستمرة في التطور وفق مستجدات البحث العلمي

في الطب و علم النفس و الاستراتيجيات البيداغوجية و كذلك التطور التكنولوجي، لحد الآن. و التي تهتم إما

بالمريض و المرض المزمن بشكل عام ضمن السياق أو بالمريض بمرض معين، كالسكري و أمراض القلب،

الشريان التاجي، الربو، السرطان....

فباختصار، أصبحت التربية العلاجية اليوم من أهم الوسائل الخاصة بالرعاية الصحية و التي يتم البحث

في تطوير مفهومها و أساليبها.

## 2. مفهوم التربية العلاجية عند الطفل

التعايش مع مرض مزمن بمجرد بدء العلاج يتطلب من المريض مجموعة من المرافق التي تأتي تحت معرفة المرض و علاجه، مهارات الملاحظة الذاتية، الرصد الذاتي و التكيف الذاتي للعلاج وفقا لظروف حياته، و في هذا الموضوع عادة يكون سلبي في حالة المرض الحاد، أما في حالة المرض المزمن عاجلا أم آجلا يواجه دورا إيجابيا و تقريبا ثابت (Simon & al., 2012)، لذلك يختلف التعليم العلاجي عن المعلومات البسيطة "المعلومات الشفوية أو الكتابية، يمكن اصدار نصيحة وقائية من قبل متخصص في مناسبات مختلفة، لكنها لا تعادل التربية العلاجية للمريض (Kremp & Roussey,2010)، و التي هي حسب المنظمة العالمية للصحة عملية متكاملة من الرعاية الدائمة التي تركز على المريض، و تمكنه من اكتساب و الحفاظ على القدرات و المهارات التي تساعد على العيش على النحو الأمثل مع المرض (Vignier, 2013).

و لذلك تعتبر التربية العلاجية للمريض بمرض مزمن عملية مستمرة، ورعاية متكاملة تركز على المريض، كما تشمل أنشطة منظمة تهدف إلى نشر الوعي والمعلومات من أجل التعلم والدعم النفسي والاجتماعي بشأن المرض، والعلاج الموصوف، والرعاية، والاستشفاء وغيرها من مؤسسات الرعاية الصحية ذات الصلة وسلوكيات الصحة..(vervloet,2002)، لتقوم على إشراك المريض نفسه في تحقيق التوازن الأمثل لصحته، كما أنها تساهم في توعية المريض لضرورة النظر في تغييرات أنماط حياته، فهي تركز على تعلم مهارات الرعاية الذاتية مع دعم عملية التكيف مع المرض مثل الثقة بالنفس، والكفاءة الذاتية، التحدي الذي يمكن من تأسيس التعليم العلاجي على أوسع نطاق ممكن بما يناسب خصائص المريض مع المرض المزمن (Grenier, 2007).

و المرض المزمن عند الطفل مشكلة هامة تمس الصحة العامة، و لذلك يتطلب تنفيذ التعليم العلاجي أي التربية العلاجية الخاصة بالأطفال و المراهقين الذين يكملون برنامج الرعاية الخاصة التي تهدف إلى تحسين نمط الحياة و جودتها (Vivier-darrigol, 2012)، ضمن النموذج الذي تتمثل فيه، و هو النموذج الطبي و علم النفس-الاجتماعي و البيداغوجيا (Slama-Chaudhry, 2013).

و من هذا فإن برنامج التربية العلاجية الموجه للأطفال يعتبر برنامج تربوي خاص بالأطفال الذين يعانون من الأمراض المزمنة التي تمس كلاً من المريض والأسرة مع اقحام دور الفريق المعالج و سياق هذه الثلاثية ضمن المرض لبلوغ نتائج تجعل المريض يتخطى آلامه و يحسّن من حياته، و ذلك من خلال تحديد نمط حياة صحي و وقائي. أي، استثمار الخصائص الفيزيولوجية و العقلية المحركة لانفعالات الشخص ضمن بعده الزماني و المكاني.

### 3. أهداف التربية العلاجية عند الطفل

لكل عملية علمية تمس بالخصوص الرعاية الصحية للإنسان غاية و أهداف محددة، واضحة و دقيقة، و مع التطور العلمي و التكنولوجي فقد سمح بتحقيق الهدف الأساسي، و هو التحكم في الأمراض المزمنة سواء عند الكبار أو عند الأطفال المرضى، و ذلك من خلال تحقيق الإدارة الذاتية عند المريض و تعزيز الثقة بالنفس، و تحسين نمط التواصل، على سبيل الذكر لا الحصر، و هذا ما جاء في العديد من الدراسات الحديثة و التي تسعى للتحكم، لتشمل التربية العلاجية هذه الأهداف كلها، و تجعل من المعرفة باباً لها يعزز معطيات نموذجها الطبي، و علم النفس-الاجتماعي و البيداغوجي الذي أشار إليه Slama-Chaudhry، لنجد أن هناك ثلاث أنواع من المعرفة التي يمكن أن يكتسبها المتعلم و هي:

\* **المعرفة:** تسعى التربية العلاجية من خلال هذا الهدف إلى الأخذ بالمريض لمستوى النضج و الوعي السليمين، و التي تسمح بادراك الحركة الدائمة لمفهوم المعرفة و بالخصوص العلمية منها، و التي من بين

خصائصها التراكمية و النسبية، التي تعني شكل التقدم و السعي نحو التحسين المستمر بشكل منظم يسمح

بالتخطيط لأفضل الطرق التي يفكر بها المريض نحو حياته ليترجمها فيما بعد لسلوكيات (زكريا، 1978).

و هذه المعرفة لا تحسم باستيراد تكنولوجيا متقدمة أو بذل جهود مضاعفة لتحقيق ذلك النضج و الوعي

العلمي و الثقافي الاجتماعي، فهي لن تتحقق بالاقتصاد وحده أو بالثقافة وحدها أو بالتكنولوجيا أو العلم أو

التعليم فقط، بل بكل هذه العناصر معاً، ولكن للعلم الأولوية (علي، 2012).

فالتعلم لا يحدث مرة واحدة و إنما على شكل دفعات في مراحل متلاحقة، بدأ بالاستعداد أي التحضير

بناء على المعرفة السابقة ثم المعالجة التقييمية المضبوطة للمعرفة الحالية الجديدة و دمجها ضمن المعرفة

السابقة ، و أخيراً مرحلة التعزيز و التوسع ضمن عملية الإدراك الكلي للمعنى و إدماجه في المخزون المعرفي

و محاولة ايجاد روابط للتأكد من المعلومة (عبد الواحد، 2013).

و لهذا نجد أن التعلم ليس محصوراً على المتعلم فقط إنما هو ضمن نسق مكون من وحدات تفاعلية

متبادلة تعرف بمكونات الديداكتيك أو التعليمية و هي:

\***البعد السيكلوجي:** و المتمثل في صيغة المتعلم الذي يستقبل المعلومة (و هنا: المريض أياً كان

طفلاً أم راشداً، المتدرب، الأسرة، ....)

\***البعد البيداغوجي:** و المتمثل في المعلم الذي هو المعطي للمعلومة (و هنا: طبيب أياً كان عام أم

مختص، أخصائي نفسي أو بيداغوجي، أستاذ، أم و أب، من نفس المجتمع و الثقافة أو من ثقافة و مجتمع

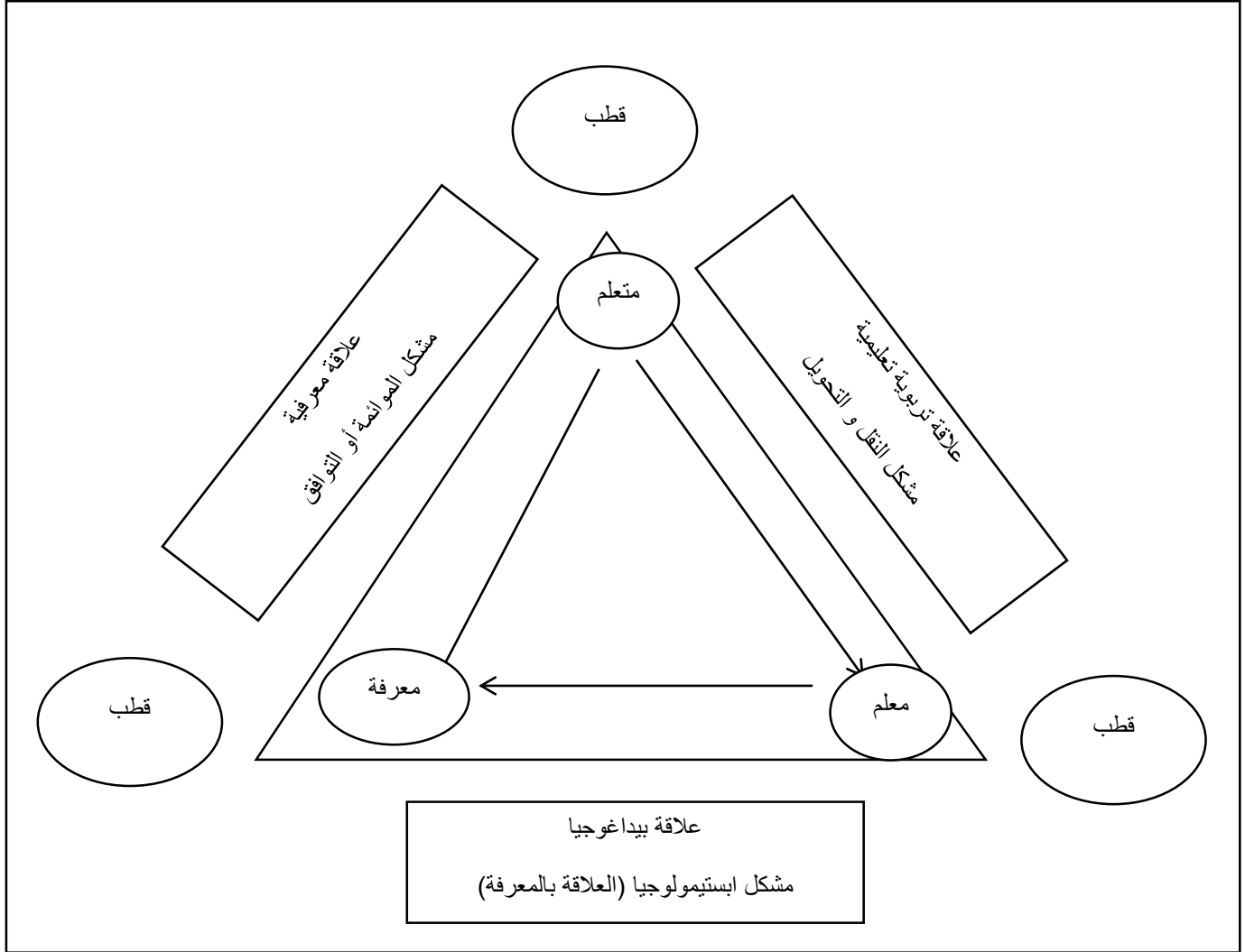
آخر، ...)

\***البعد المعرفي:** و الذي يتمثل في المادة المدرسة (و هنا: علمية، طبية، فيزيولوجية، نظرية أم

تجريبية، ...) (علي، 2012)، أي كل ما هو متعلق بفهم أنشطة التوعية المنظمة ، المعلومات ، التعلم والدعم

النفسى والاجتماعي لهذا المرض ، العلاج الموصوف ، والرعاية ، والاستشفاء وغيرها (Raherison, 2006).

و الشكل التالي يوضح طبيعة العلاقة بين هذه الوحدات باعتبارها الأقطاب الثلاثة في العملية التعليمية:



الشكل رقم 14: شكل يوضح العلاقة بين المكونات التعليمية (علي، 2012)

\*المهارة: ما هو معروف عن التعلم أنه انعكاس للتغيرات المشكلة في الحصيلة السلوكية أكثر مما هو

تغيير في السلوك، فعلماء النفس لا يرون السلوك مؤشر على التعلم، و غياب السلوك ليس دليلاً على عدم

التعلم (عبد الواحد، 2013). و هنا جاء هذا الهدف ليربط بين مفهوم السلوك بالتعلم كمعيار أساسي لجودة

التربية العلاجية، كما أن المهارة هي جزء لا يتجزأ من أبعاد اكتساب الكفاءة. أي، جعل المريض قادر على

الحصول على الموارد اللازمة والمحافظة عليها لإدارة حياته على النحو الأمثل مع المرض (Raheison،)

(2006)، و غالبا ما يكون هناك الفرق بين المهارات التي يراها المشرف ضرورية والآراء التي عقدها المريض، لتجعل من هذه الاختلافات ما يساهم في حالات العلاج و التأهيل (Rigby & Sanchis, 2006). و التي تجعل من هذا الهدف مشترك بين مشرفي الرعاية الصحية و المرضى، لتتجهل أهدافه الثانوية وفق النقاط المشتركة الخاضعة للأولويات بين عناصر السياق (المرض، المريض، أسرة المريض، الطبيب، المستشفى أو العيادة).

و عليه، نلخص ما سبق في النقاط التالية:

- تعزيز المهارات و السماح للمريض بأداء عدد من الأنشطة في خدمة تحسين صحة الفرد و تحقيق نوعية حياة أفضل.

- إشراك المريض في تحديد أهم المهارات التي يحتاجها و يرى أنها مفيدة له و لصحته، و هذا يجعله أكثر تركيزا و رغبة و التزاما.

- جعل المريض أكثر استقلالية من خلال تمكنه من المعرفة، و تحكمه في المهارات اللازمة، بحيث

تصبح الفاعل لتغيير سلوكه (Balcou-Debussche, 2016).

- اعتماد أساليب متنوعة في تلقين المهارة و اعطاء الفرص الكافية للمريض للتدرب عليها حتى يبلغ بها مستوى التمكن، و الذي يعرف بأنه عملية تعزز السلطة لدى الناس لاستخدامها في حياتهم الخاصة و مجتمعاتهم من خلال العمل على قضايا يعرفونها بأنها مهمة (Czuba & Cheryl, 1999) ( و المقصود هنا ذلك التقاطع الحاصل بين التنظيم الذاتي و الإدارة الذاتية عند المريض)، و هذا من خلال بناء القدرات ، و الاعتماد على الذات و تطويرها مثل ما تحققة القدرة و المهارة و المعرفة في تعبئة الموارد البشرية، بالإضافة إلى التخطيط و التقييم، و حل المشكلات لاكتساب التمكن في حياتهم ( Bin Redzuan & Nikkiah, 2010).

لذلك نجد أن هذا الهدف يعتمد على التغيير و التوسع الذي يسمح للفرد كبيراً كان أم صغيراً، بتحقيق الرضا و حرية اتخاذ القرار، الشعور بالانتماء، الابداع...، بينه و بين نفسه، أما بالنسبة مع فريق الرعاية فهو يحقق الثقة، التواصل، الدعم...

\*الاتجاه (الخبرة): يعتبر هذا الهدف أيضا نوعاً من أنواع التعلم و الذي يتضمن بعض النواحي العلمية الانفعالية، حيث يعتبر كمحرك لسلوك الفرد يكسبه اتجاهات عديدة عن طريق التقمص (عبد الواحد، 2013)، و هنا بغية تعديل السلوكيات و ترسيخها ضمن عادات المريض.

حيث يعتمد هذا الهدف على تطوير المهارات النفسية و الاجتماعية للطفل وعائلته و هذا كما جاء عن المنظمة العالمية للصحة (WHO)، فهو يمس الجوانب التالية المتضمنة في أهدافه الفرعية: الصورة الذاتية الإيجابية، تقدير إيجابي للذات، تنمية التفكير الإبداعي والتفكير النقدي، الوعي الذاتي، تعلم إدارة المعرفة و إدارة التوتر وإدارة العواطف، التعاطف مع الآخرين و فهمهم (Format Santé, 2007).

أي، أن هدف الاتجاه متعلق بالمفهوم الخاص بالعضوية في فئة ما (الانتماء لمجموعة ذات هدف واضح و محدد)، والحكم على مثال جيد لفئة ما (النماذج، القدوة)، و هذا حسب ما يظهر في النماذج الأولية، مراراً وتكراراً، و على الرغم من أن النماذج تختلف فيما يتعلق بمدى تجسيدها لبعض المفاهيم، إلا أنهم يتفقون مع بعضهم البعض في إصدار هذا الحكم. لكن، هيكل المفهوم لا يؤثر بشكل كبير على قدرة الشخص على معرفة نماذج جيدة عن نماذج أقل جودة (مع ذلك ، بالتأكيد ، تختلف أسس هذه الأحكام من مفهوم إلى مفهوم) ولا تعتبر التصنيفات المثالية هي البنية المفاهيمية نفسها (عيش الواقع)... (Scholnick, 2013) و هذا هو المبتغى من تحويل تلك المعارف و المهارات إلى خبرات راسخة تكوّن لنا المفهوم المتميز في تقدير الأوضاع و الحكم عليها بشكل سوي و الالتزام بتنفيذها.

و منه، يمكن الارتقاء إلى تحفيز المجتمع ككل على المشاركة في مثل هذه البرامج الهادفة لمساعدة المرضى على تحسين نوعية حياتهم.

و يمكن إضافة بعض الأهداف الخاصة بالتربية العلاجية و التي تحمل بين طياتها شيئاً من التفصيل الذي تتحقق من خلاله فعالية مثل هذه البرامج و تزيد من نسبة تأثيرها، لنذكر منها على سبيل الذكر لا الحصر: -الإدارة الذاتية: تشمل الإدارة الذاتية عموماً افتراض أن الفرد المصاب بأمراض مزمنة قد طور بعض الخبرة في إدارة أمراضه من خلال التعايش معه يومياً. بناءً على هذا الافتراض، غالباً ما يُنظر إلى الإدارة الذاتية على أنها وسيلة لتمكين الأفراد المصابين بأمراض مزمنة (Whitehead, 2009)، و لهذا نجدها تحتوي على مجموعة واسعة جداً من المهارات والصفات والمواقف النابعة عن تجربة المريض في حد ذاته. ويمكن أن تشمل بعض أو كل من المهارات التالية حسب ما ذكرها Cottrell.S:

➤ **القدرة على تحليل الموقف الخاص به:** و يقصد بها، عندما يفهم المريض نفسه أكثر، ويعرف أو يدرك الانشغالات الخاصة به، و منه يطور ذكائه العاطفي، ليصبح أكثر قدرة على إدارة كل/ أغلب المواقف التي يدخلها.

➤ **تحديد نقاط القوة والضعف ، الفرص والتهديدات:** حسب تحليل SWOT هو أداة مفيدة وسريعة لتقييم الموقف الخاص بالمريض، و طريقة بسيطة لتحليل مستواه في الاستعداد الجيد للمهمة.

➤ **تحديد موارد ومصادر الدعم:** إن قلة قليلة منا لديها الموارد المثالية، ولكن لا أحد منا دون أي موارد

(Cottrell, 2003).

➤ **إدارة الوقت:** و هي باختصار عدم تضييع الفرص المتاحة في استثمار الوقت و كذا ترتيب الأولويات و تقديم المهم، و هي مرتبطة بثلاث أبعاد: الشخص (المريض)، الأخر (التعاملات مع الآخرين. أي، السياق)، الامكانيات المتاحة (الوسائل و الأدوات).



«تبنى مواقف تدعم الأهداف، فعلى سبيل المثال: اتخاذ نهج يركز على حل المشكلات، إدارة العواطف

الخاصة به (المريض)، القدرة على التعامل عندما يكون في محنة (تفعيل استراتيجيات مواجهة الضغوط)، إدارة

التغيير ( عدم اليقين و الارتباك) (Cottrell, 2003).

-الثقة بالنفس: إن الثقة هي الأساس لأي تعاون ناجح، يسعى الأشخاص في علاقات الثقة إلى

الحصول على مدخلات من بعضهم البعض (واستخدامها فعلياً) ، ويسمحون لآخر بالقيام بأعمالهم دون إشراف

غير ضروري (Alfred & al., 2006) ، و لهذا يشار إلى الثقة أحياناً بالثقة بالنفس كصفة شخصية تعبر

على اعتقاد المريض بأن مسار العمل المختار هو الاختيار الصحيح وأنه يمكنه القيام بهذا الإجراء بشكل

صحيح، فهو يصف المواقف والمعتقدات التي يحملها الناس فيما يتعلق بقدراتهم ونقاط قوتهم، من أنهم سيحققون

ما قرروا القيام به مع الحفاظ على شعور ثابت بالسيطرة على حياتهم (Gruber, 2015).

و عليه، فهذا الهدف يساعد المرضى على التخلص من القلق و الشك الذاتي بالراحة في قدرتهم على

الأداء الجيد في مجموعة متنوعة من المهام صارت جزءا من حياتهم اليومية.

-التواصل الإيجابي: إن الجوهر الذي يتناوله هو الاتصال الشفاف و المفتوح ، حيث يحقق هذا الأخير

حاجة الفرد التي يشعر من خلالها بأن ما يقوله له قيمة. وهذا ما يجعل الافراد المرضى بالخصوص يشعرون

بأنهم ينتمون إلى فريق الرعاية الصحية و أنهم جزء مهم منها. و عليه، فمن الضروري وجود المناقشات المفتوحة

التي تسمح بإشراك هؤلاء الأفراد والسماح لهم بإدلاء وجهات نظرهم حول كيفية تحقيق الأهداف المرجوة من

هذا العمل (التربية العلاجية)، وكذا الأخذ والرّد فإنه يعزز الثقة في التفاعلات اليومية التي تكون بين عناصر

السياق، وبهذا يصبح الجميع أكثر اتحاداً مع هذه الأهداف ، وهنا تتولد تلك الثقة وذلك الاحترام المتبادل بين

الجميع بغض النظر عن مكانتهم وضعهم الرسمي (Michael Poh, 2017).

-**فعالية الذات:** تعتبر الفعالية الذاتية من أهم العوامل المتنبئة بالسلوك الصحي و هي مكّون رئيسي في النظرية المعرفية الاجتماعية (SCT)، حيث اقترح بعض الباحثين أن الكفاءة الذاتية يجب أن تكون مصممة لمراحل معينة من تغيير السلوك. على سبيل المثال ، (Marlatt & al., 1995) اقترح خمس فئات من الكفاءة الذاتية للسلوكيات التي تسبب الإدمان والتي تتوافق مع مراحل مختلفة من الوقاية (المقاومة والفعالية الذاتية للحد من الضرر) وتنمية الدافعية (العمل ، والتكيف ، والفعالية الذاتية للشفاء). وبالمثل ، في نهج عملية العمل الصحي ، يقترح شوارزر (2008) التمييز بين الفعالية الذاتية للعمل والتي تعتبر مهمة في المرحلة السابقة (أي التحفيزية) للسلوك الصحي والحفاظ على الفعالية الذاتية في الانتعاش والتي تعد مهمة في مرحلة ما بعد المقصودة (أي الإرادية) (Norman & Conner, 2017).

و عليه، تم دمجها في عدد من نماذج الإدراك الاجتماعي الرئيسية للسلوك الصحي ؛ على سبيل المثال ، نظرية الدافع لحماية روجرز (1983) ونظرية أجن (1991) للسلوك المخطط. بالإضافة إلى ذلك روزنستوك وآخرون (1988) الذي دعا إلى إدراج الكفاءة الذاتية في نموذج المعتقدات الصحية (Norman & Conner, 2017). و لهذا تعد من أهم الأهداف التي يمكن ادراجها ضمن أهداف التربية العلاجية.

-**جودة الحياة:** تعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة في عام 1994 بأنها: تصوّر لمكان الفرد في الحياة، في سياق القيمة و نظام الثقافة الذي يعيش فيه، إلى جانب الأهداف والتوقعات والمعايير والاهتمامات الخاصة به. إنه مجال مفاهيمي واسع ، يشمل بشكل معقد الصحة البدنية للشخص وحالته النفسية ومستوى استقلاله وعلاقاته الاجتماعية و البيئية ومعتقداته الشخصية (WHOQOL Group, 1994). إلا أن جودة الحياة بالنسبة للأطفال المرضى حسب دراسة «Dazord.A & al» التي خلصت إلى أن جودة الحياة عند الطفل المريض بمرض مزمن على العموم تتأزم من الناحية الاجتماعية (البعد عن الأسرة) ثم تأتي الناحية النفسية فالجسدية (Dazord & al., 2000)، و من خلال مثل هذه الدراسات تتضح أهمية هذا الهدف

ضمن التربية العلاجية و بالخصوص تلك الموجه للأطفال المرضى ضمن الأولويات المرتبة حسب شدة و درجة التأزم.

#### 4. شروط تطبيق التربية العلاجية عند الطفل

لتصميم برنامج للتربية العلاجية، يجب مراعاة عدة نقاط تتمثل في طرح مجموعة من الأسئلة التي تسمح بوضع بروتوكول متكامل، و هي:

**1- لماذا التربية العلاجية؟:** تعتبر التربية العلاجية عملية شخصية منظمة و مستمرة من جهة متخصصة تقدم خدمات مرحلية معينة للمرضى لضمان نمط حياة أفضل و تكيف أمثل مع المرض و البيئة المحيطة به... (SRRP, 2002) ، إلى جانب أنها تأخذ بالاعتبار مفهوم المرض المزمن و تبعاته من تأثيرات نفسية و جسدية و حتى اجتماعية هذا جانب، و من الجانب الآخر المريض و متطلباته التنموية و الحياتية. فالتربية العلاجية من باب الرعاية و الوقاية فهي تحتوي مجموعة العوامل المتعلقة بالمرض و المريض و أسرته و فريق الرعاية الصحية، و لذلك فهي تحاول أن تمتلك خاصية الشمولية و التكاملية للجوانب المتعلقة بالمريض و رعايته، مما يجعل لها أهمية بالغة كاستراتيجية قابلة للحدثاة و التطور وفق منطلقات علمية طبية كانت أم نفسية و بيداغوجية تتماشى و السياسة المتبعة لتحقيق مختلف أهداف منظمات الرعاية الصحية و جمعياتها .

**2- لمن هي موجهة؟:** تتوجه خدمات التربية العلاجية نحو المرضى بالأمراض المزمنة. و لكن، يجب الأخذ بعين الاعتبار الخصائص التالية لمن توجه له: الجنس، العمر، المستوى التعليمي للمريض و الأسرة، الصفة الاجتماعية، نوع المرض المزمن و مدة الإصابة به.

فعلى اختلاف نوع و شدة الأمراض و كذا الأعمار، نجد أن التربية العلاجية منها الموجهة نحو الراشدين و الأخرى للأطفال و المراهقين، حيث لا تختلف من حيث المبدأ و إنما تشكل نماذج خاصة متكيفة حسب

عامل نوع المرض و العمر على وجه الخصوص، و هذا لتحقيق الأسلوب الذي يتماشى مع متطلبات المريض و يحقق الأهداف. فعلى سبيل المثال: في حال كان المريض هو طفل عمره يندرج ضمن الطفولة المتأخرة، فإن التربية العلاجية تكون موجهة نحو الأسرة و الطفل. حيث يأخذ الطفل هنا القسم الأكبر من الاهتمام و التمركز في برنامج التربية العلاجية باعتباره مرتبطة بالأسرة و لكن، لديه القدرة على الفهم و البحث العلمي للمرض المزمن لحد ما، بناء على النضج و الخبرة المعرفية و العقلية لديه ( Degennaro, 2013).

3- من أعضاها و من هو المشرفون على تطبيقها؟: تختص التربية العلاجية بمقدمي الرعاية الصحية و حسب ما يفرضه هدف برنامج التربية العلاجية بالإضافة إلى الشرط المشترك الذي هو الالتزام ، تحديد المكان و الزمان المناسبين، و منهم نذكر من يمكنه تقديم التعليم العلاجي: الأطباء العاميين أو المتخصصين، الممرضات، الصيادلة، الأخصائيين النفسانيين و المساعدين الاجتماعيين، المعالجين الطبيعيين، البيداغوجيين... (SRRP, 2002).

و لكن، هناك اعتبارات حددتها (WHO) أي (OMS) يجب الحرص على توفرها في شخص فريق الرعاية الصحية، و هي:

- اعتبارات أساسية بشأن برامج تدريب مقدمي الرعاية في تعليم المرضى العلاجي
  - يجب ضمان العناصر التربوية عند التخطيط لبرنامج التربية الصحية أو العلاجية.
  - دراسة العقبات المشتركة في برامج التدريب من أجل مرضى التعليم العلاجي للمرضى.
  - تحديد المهارات المتوقعة من مقدمي الرعاية في تثقيف المرضى العلاجي.
  - تحديد المهارات المتوقعة لمنسقي برامج تثقيف المرضى العلاجية في إعدادات الرعاية المختلفة
- (OMS, 1998).

4- كيف يتم تطبيق برنامج التربية العلاجية؟: يتم تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الأهداف المسطرة من قبل المشرفين. و لكن، على العموم فإن هناك مراحل و خطوات أساسية لتطبيقها، تتفاوت بين جلسات فردية و أخرى جماعية و التي سنتطرق إليها في العنصر الموالي. حيث، يجب اتباعها و احترامها كما أنها هي المساعدة في تكوين و تقييم و تقويم البرنامج التربوي الخاص بالمرضى بالأمراض المزمنة ، و التي يجب اعتبار كل مرض على حدا لما يملكه من جوانب فيزيولوجية مختلفة التأثير على الجوانب النفسية و الاجتماعية و حتى الثقافية.

5- أين يتم اجراء التربية العلاجية؟: يجب أن تتوفر في مكان تطبيق التربية العلاجية خصائص البيئة الترابطية، و هي البيئة المحققة لمطالب التعايش التعليمي أي هي الرابطة بين المريض (تحقق حاجات المريض و مطالبه كالعمر، الجنس..) و المرض (نوع المرض و شدته، متطلبات بيئته العلاجية،...) ( Grenier, 2007) Bourdillon & Gagnayre, 2007 ، و عليها تنطبق خصائص بيئة العمل التي أشار إليها Michael Poh، لنذكر منها: اتصال شفاف ومفتوح (انظر أهداف التربية العلاجية)، العدالة (و يقصد بها: أن مكان العمل الجيد والحديث هو مساحة يشعر فيها الجميع بالقيمة والراحة و المساواة) (Michael Poh, 2017)، ولهذا يجب البحث عن بيئة العمل التي تتمتع بنوع من الثقافة و التي يشعر فيها كل فرد بالانتماء للمجموعة و يتحمل المسؤولية.

و إلى جانب أن يتمتع المكان بخصائص التدريب والتطوير و التي تعرف بغرفة النمو، و هي البيئة التي تشجع على المزيد من النمو و التطوير من خلال توفير التمويل و توفير ورش العمل والتحدث في المؤتمرات...، بالإضافة إلى تعتبر المرنة و هي القابلية للتغير و التجديد (Olga Trąd, 2017)، (و يقصد بها: كل التغيرات التي تطرأ على مستوى النطاق العلمي البيونفس اجتماعي المرتبط من تكنولوجيا حديثة و تقنيات جديدة.. تدعم أهداف التربية العلاجية).

6- ما هي النتائج المراد تحقيقها من خلال برنامج التربية العلاجية؟: تختلف النتائج المراد تحقيقها في

التربية العلاجية من برنامج إلى آخر و من مصمم و مشرف إلى آخر أو من هيئة إلى أخرى. أي، حسب النموذج المتبنى و كذا حسب ما يفرضه نوع المرض و شدته. و لكنها، في الغالب تشمل الأهداف الأساسية التي تطرقنا إليها سالفاً (المعرفة، المهارة، الاتجاه)، و بالإضافة إلى الأهداف الثانوية الأخرى التي بها يحدد محتوى البرنامج.

فالنتائج المراد تحقيقها من خلال أي برنامج للتربية العلاجية توافق المبادئ التوجيهية القائمة على أهمية التدخل التعليمي العلاجي في تدريس مهارات الإدارة الذاتية المصابين بالأمراض المزمنة، و التي تعتمد على عملية نقل المعرفة و تطوير المهارات والسلوكيات اللازمة لعلاج المرض، و تحسين نمط الحياة و جودته عند للأطفال والمراهقين على وجه الخصوص (Mauri & al., 2017).

7- ما هي الأدوات و الوسائل المتبعة في اجراء التربية العلاجية؟: تتعدد الأدوات و الوسائل المتبعة في

اجراء التربية العلاجية كجزء قابل للتطور و الابداع البيداغوجي في ترصين المعرفة أو الخبرة التعليمية، و كذا اتخاذها كعوامل وسيطة فعالة لتحقيق الأهداف المسطر بلوغها كنتائج لهذه التربية العلاجية ، بالإضافة إلى أنها تعطي مساحة لتقييم النتائج و تحديد المسار الذي تتوجه فيه التربية العلاجية حسب اتجاه المريض و في حالة الخلل تسمح بتقويمه و ادراكه مما يوجب التعديل الذي يسمح بتحقيق الاهداف في النهاية.

و هذا يندرج ضمن العلاج البيداغوجي الذي يركز على:

\***الملاحظة و التحليل:** تعتمد هذه الأداة على تصميم شبكة مراقبة متوافقة مع أهداف مقدمي الرعاية

الصحية وقابلة للتكرار في سياقات مختلفة، لتمكن المشرفين و المرضى على وصف و إدراك علاقة المريض

/ مقدم الرعاية في ورش العمل، و كذا تساعد على إجراء تحليل للحظات التعليمية المخططة في إطار برامج

التربية العلاجية. فهي إذن أداة تسمح بمعرفة و تقييم العواطف المرافقة لإدارة المرض، مكان العمل، المشكلات و أساليب حلها،... (Authier, 2018).

\*التجربة أو التدريب الشخصي: و يطلق عليه أيضا التعليم الاكلينيكي المتكامل (ICE)، فهذا النوع من التعليم يعتمد على التجربة التي تمكن المرضى من الملاحظة و ممارسة المهارات التي يتعلمونها في الفصول التعليمية، حيث توفر التعزيز الإيجابي للمعرفة والتطبيق في الوقت الحقيقي الذي يجعل من الوضعية السريرية حالة نشطة (ذات فعالية) (Rosenthal & Stern, 2019).

لنضيف: تقنيات العمل الجماعي، التقنيات العلاجية كالسلوكية المعرفية و التعلم الاجتماعي (المعطيات النظرية لعلم النفس التربوي)، التعليم البديل (المكيف)، مناهج تكوينية خاصة مصممة من قبل المؤسسات التربوية والخاصة بالرعاية الصحية، بيداغوجيا الإبداع و حل المشكلات، التدريس التعويضي (التحكم التلقائي ، التعليم الذاتي)، الصحة النفسية(اختبارات و استبيانات نفسية)، التواصل الاجتماعي ( ورش عمل الرسوم المتحركة الاجتماعية -مثل: تأليف القصص-، ورش عمل لتقنيات التعديل و التقييم الذاتي، الوساطة الاجتماعية - مثل: لعب الدور-، وسائل سمعية ، بصرية و سمعية بصرية -مثل: القصص و الفيديوهات-، دفاتر الملاحظات.... (WHO, 2012).

المهم في هذه الأدوات و الوسائل أنها تقدم خدمات مناسبة لغويا و ثقافيا للمشاركين في التربية

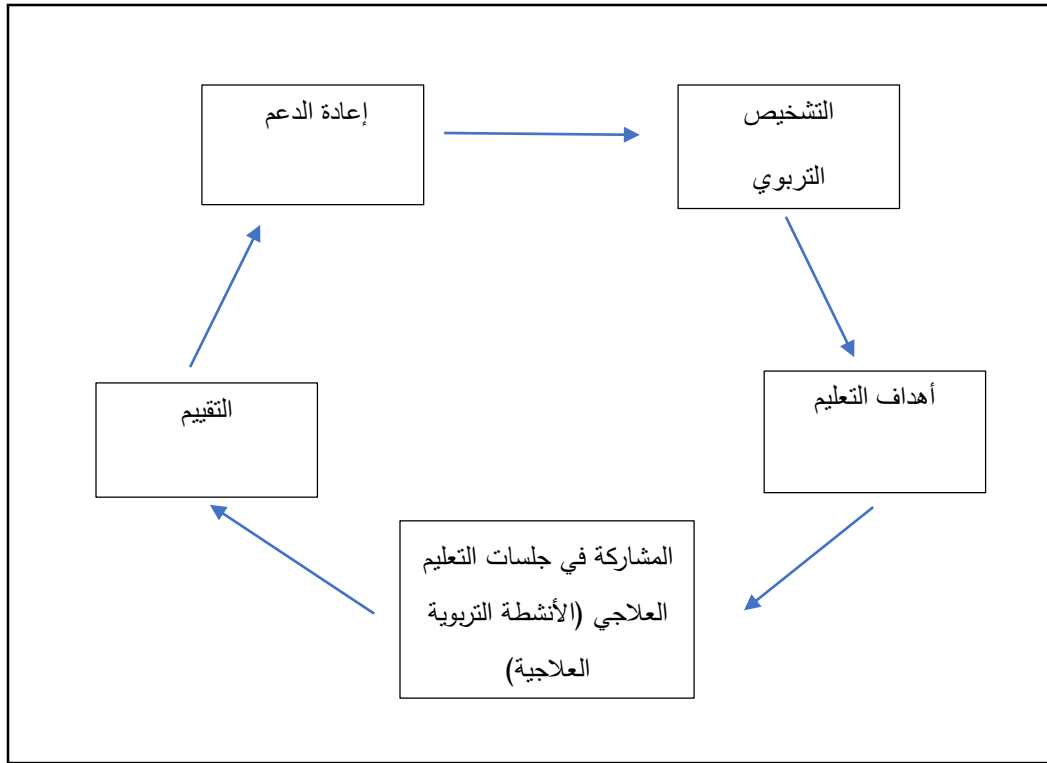
العلاجية (CLAS) (Flecky & Gitlow, 2010).

## 5. خطوات تطبيق التربية العلاجية عند الطفل

يتم تنظيم التربية العلاجية وفقا لمنهج مؤلف من 4 خطوات: التشخيص التربوي، العقد المتفاوض عليه،

الجلسات التعليمية، و التقييم. يتعلق الأمر بنموذج تم تطويره بواسطة J-F d'Ivernois & R Garnayre

(Kremp & Roussey, 2010) و الذي يحقق شكل دورة حياة التربية العلاجية الموضحة في الشكل التالي:



شكل رقم 15: دورة حياة التربية العلاجية (Baud, 2009).

### 1.5. التشخيص التربوي عند الطفل

يعتبر التشخيص التربوي أو التعليمي هو الخطوة الأولى في العملية التعليمية، و هي خطوة تتطور تدريجيا و قابلة للتطوير. يمكن إنشاء التشخيص التعليمي أثناء الاستشارة الأولى و اتماهه أثناء التعليم، مع مراعاة إعادة تقييمه في كل اجتماع مع المريض. اعتمادا على مقابلة فردية ومنظمة يتم خلالها جمع معلومات غير محدودة تتعلق بشخصية المريض و معرفته بالمرض و طلباته و إمكانياته و دوافعه في معرفة و إدارة مرضه و ظروفه، حتى حول الحياة ومشروعه الشخصي والمهني،... حيث تجعل من الممكن تحديد المهارات



التي يُقصد من المريض اكتسابها من خلال التعليم العلاجي، و يجب هنا إعطاء الأولوية لهذه المهارات حسب أهميتها عند المريض ومدى قبوله لها (SRRP, 2001).

لنجد أن التشخيص التربوي عند الطفل، يسمح بتحديد الاحتياجات التعليمية للطفل و اسرته حسب العمر. ويتم إنشاؤه مع الطفل فقط أو مع والديه أو مع شخص من حوله. في الأطفال دون 6 سنوات لن يتم ذلك فقط إلا مع الوالدين (Kremp & Roussey, 2010) أما مع المراهقين فمن الأفضل أن يقابلوا أفراد الرعاية الصحية دون الوالدين (SRRP, 2001).

أما في الممارسة العملية، ان انشاء التشخيص التربوي يعني:

- ❖ فهم ما يفهمه المريض و كيف يعيش مع مرضه و علاجه
- ❖ تقييم قدراته الایمائية و درجة اتقانه تدابير تقنيات المراقبة و العلاج
- ❖ نقدر قدراته في صنع القرار في تكييف علاجه، ومواجهة الحوادث المحتملة
- ❖ تحديد من بين عناصر حياته الاجتماعية، بيئته، أولئك الذين يدعمون التعلم و أولئك الذين سوف

يحدون من الإجراءات الممكنة... (Simon & al., 2013)

و الجدول التالي يوضح أكثر الأبعاد الرئيسية للتشخيص التعليمي و المقتبسة من D'Ivernois و Gagnayre

(1995) بناءً على نموذج Green (1980):

جدول رقم 8: الأبعاد الرئيسية للتشخيص التعليمي (SRRP, 2001).

البيد	أهدافه و محتواه
البيد الطبي الحيوي للمرض: ماذا لديه / لديها؟	معرفة التاريخ المرضي (مدة المرض، تطوره وشدته، مشاكل صحية إضافية وهامة للمريض، أسباب دخول المستشفى،...)

متعلق بنمط الحياة: الحياة اليومية، أوقات الفراغ، النشاط، البيئة الاجتماعية و العائلية، المهنة،...	البعد الاجتماعي والمهني: ماذا يفعل/ تفعل؟
متعلق باعتقادات المريض و تمثلاته حول المرض ( المعرفة السابقة حول المرض، المعتقدات والتمثيلات والمفاهيم حول آليات المرض، العوامل المسببة له، فعالية العلاج، فائدة التعليم،...)	البعد المعرفي: ما الذي يعرفه/ تعرفه عن مرضه (ها)؟
تتبع كل مرحلة في عملية قبول المرض (الصدمة الأولية، والإنكار، والتمرد، والمساومة، والاكتماب اخيرا القبول)	البعد العاطفي النفسي: من هو / هي؟
تحديد المشروع الأولي، عرض المشروع على أنه قابل للتحقيق من خلال التعليم	مشروع المريض: ما هو مشروعهم؟

## 2.5. العقد المتفاوض عليه

و هو الخطوة الثانية، هو عبارة عن عملية للتفاوض على الأهداف من أجل تحقيقها بين الفاحص و المفحوص (Kremp & Roussey, 2010). أي أنه عبارة عن ابرام اتفاقية أو عقد شراكة تلزم كل الأطراف بالالتزام حول ما خلصت إليه جلسات التشخيص التربوي من أهداف متعلقة حول المهارات التي يجب على المريض اكتسابها (SRRP, 2001)، بشكل عملي تخطيطي مشترك تسطر فيه الأهداف التربوية الصحية و العلاجية، إذن فهذه الخطوة تعبر عن عملية تسير بالدرجة الأولى.

و عليه، نجد أن مقومات نجاح العقد المتفاوض عليه يتعلق ب: تنفيذ مراحل عملية التفاوض بدقة (التخطيط و الاعداد، تنظيم الجلسات، تنفيذ عملية التفاوض، المتابعة)، الاستخدام الجيد للتوقيت (متى تلجأ

إلى تضييع الوقت و متى تحافظ عليه) و للأسئلة لخدمة التفاوض (الهدف من طرح الأسئلة، من و كيف يطرح السؤال، و متى و كيف تتم الاجابة)، الاستخدام الجيد لطرف ثالث (الوسيط) في عملية التفاوض (هل هناك حاجة لاستشاري)، الدراسة الموضوعية الدقيقة للعلاقات بين الأطراف (هل هناك علاقة ود و ثقة بين الأطراف، هل هناك توتر)، الالتزام بمبادئ التفاوض (مبدأ العلاقات المتبادلة، مبدأ الالتزام، مبدأ المنفعة)، الاستفادة من مراكز القوة النسبية لخدمة التفاوض (ما هي مكونات القوة، الاستراتيجيات التكتيكية المتبعة و تأثيرها في تغيير المواقف، مدى تأثير النتائج المتفق عليها في تحسين مكونات القوة مستقبلا) (بتلر و هوب، 1998).

أما بالنسبة للطفل و المراهق هنا يمكن طرح السؤال على النحو التالي: "ماذا تريد أن تتعلم؟" سيقوم مقدم الرعاية و الطفل بتبادل الأهداف و الاتفاق عليها و الترتيب الذي سيتم تناوله في الدورات المستقبلية (نتكلم أيضا عن التحالف العلاجي) (Kremp & Roussey, 2010).

### 3.5. المشاركة في جلسات التعليم العلاجي

و يشمل سلسلة من الدورات، الفردية أو بشكل عام فحوصات جماعية تدوم حوالي 45 دقيقة، خلالها المريض يصبح مدركا تدريجيا للمهارات التي يكتسبها. التكنولوجيا تستخدم بشكل متنوع و متكيف مع الامراض المعنية مع تفعيل تقنيات التعلم و أساليبه (السيناريوهات، الصور، الفيديوهات، تبادل الخبرات، التعاون، التنافس، الملاحظة ...) (Piperini, 2016). حيث يتم دمجها في التعلم وهذا خلال الدورات التعليمية التي تسمح للمريض بأن يدرك نجاحاته و صعوباته و أخطائه، و ما يطور من التقييم الذاتي لديه. و منه، يتمكن من القيام بأنشطة التعلم التلقائي و التحقق مما إذا كانت جميع المهارات الموضحة في العقد هل تم الحصول عليها أم لا من خلال أنشطة جلسات التعليم المخطط لها (SRRP, 2001).

## 4.5. التقييم

انها مسألة التحقق من تقدم معرفة المريض و تطوره و تحسين سلوك الرعاية، مع تطور البيانات الطبية بشكل إيجابي (Piperini, 2016)، و كذا فرصة لتكييف العلاج التربوي في الخلفية و خطة العلاج في حالة حدوث أي تفاقم (SRRP, 2001).

فهذه المرحلة تعتمد على 03 أبعاد تقييمية و التي هي عبارة عن مؤشرات للتعلم، نذكرها: احداث التغيير في السلوكيات بالشكل الصحي السليم، و الاستمرارية مع الوقت (الالتزام بهذه السلوكيات الجديدة لتصبح عادة ضمن نمط الحياة)، و كذا التجربة (التي يقصد بها الخبرة و بناء الاتجاهات الايجابية حول الذات و المرض) (Schunk, 2012).

حيث يركز التقييم على المهارات التي اكتسبها الأطفال و أولياء أمورهم (المرضى و ذويهم) من المناهج و المهارات التربوية لمقدمي الرعاية، فعلى سبيل المثال:

- المهارات المكتسبة من قبل الأطفال و أولياء أمورهم:

يمكننا تقييمهم بشكل تدريجي و موضوعي حسب الهدف: إنه التقييم من أجل المتابعة "التكوينية". و يمكننا أيضا التقييم في نهاية البرنامج، و يكون فرديا أو جماعيا: يمكننا استخدام استبيانات المعرفة التي تتكيف مع سن الطفل و الآباء، مواقف المشاكل، بطاقات Barrows (سيناريوهات) (Kremp & Roussey, 2010).

## 6. نماذج التربية العلاجية

التعليم العلاجي هو نهج إنساني يركز على المريض واحتياجاته و كذا موارده، حيث يتم تقديم ليس فقط المساعدة للمريض على فهم مرضه و العلاج ولكن أيضا لمساعدته على أن يصبح مستقلا و هذا يعتمد على دوافعه في العلاج بنفسه (Golay, Lager & Giordan, 2010)، لذلك فالوقت والحياة والموت أمر حاسم للتعلم الذي يبينه المريض (من الإعلان عن التشخيص حتى الاستيلاء على المشكلة الصحية) ،

و الذي يهتم بالاستماع إلى جسده عند إدراكه للعلامات المتعلقة بمشاكله الصحية وتفسيرها، إلى جانب صنع

القرار عند الموقف في الوقت المناسب (Ebussche & Ymard,2010).

و عليه، يمكننا الإشارة إلى النماذج الأكثر عمومية للتعليم والتعلم، من أجل أن نكون قادرين على

تحديد الخصائص ذات الصلة بتعلم المرضى في التعليم العلاجي:

### 1.6 نماذج التعليم والتعلم لممارسة التعليم العلاجي

إذا كانت التيارات الأدبية تؤكد على تأثير التربية العلاجية باعتبارها جزء من البعد الزمني الذي يأخذ في

الاعتبار تطور الموضوع (المرض)، و التي تمكن المريض من التركيز على اكتساب المعرفة، وتطوير السلوك

التكيفي، أو معرفة الذات كأول تحرير للموضوع ، واستقلاليته ، بالإضافة إلى التنشئة الاجتماعية و البيئية

(Ebussche & Ymard, 2010). فالتربية العلاجية للمريض أساسها تعليم يديره مقدموا الرعاية الصحية

المدرّبون على تعليم المرضى وهو مصمم لتمكين المريض أو مجموعة من المرضى والأسر من إدارة علاج

حالاتهم ومنع المضاعفات التي يمكن تجنبها مع الحفاظ على نوعية الحياة أو تحسينها. الغرض الرئيسي منه

هو إنتاج تأثير علاجي بالإضافة إلى تأثير جميع التدخلات الأخرى ( Vargan-Schaffer & Cogan, )

(2014). و هذا يعني أنه يمكن اختزال التعليم إلى معلومات المعرفة أو المهارة، لأنه يهدف إلى الاستيلاء على

المعرفة وبالتالي تحويلها كجزء من الشخص الذي يتم نقلها إليه. هناك تقاليد تفرق بين النماذج وبين التعلم،

مثل: السلوكية والبنائية بالمعنى الواسع، مع العلم أن الأول على التوالي متعلق بالتعديل السلوكي والثاني تعديل

لعملية التفكير. ثم تعتبر البيئة عنصراً أساسياً في نشوئها. و لذلك نجد نماذج أخرى، فعلى سبيل المثال:

(السلوكيات الحديثة ، السلوكية المعرفية العقلية) و التي تأخذ في الاعتبار التنمية المعرفية لتعديل سلوك الناس

(Ebussche & Ymard,2010). و الجدول التالي يوضح هذه الروابط النظرية بين نماذج التعليم ونماذج

التعلم:

جدول رقم 9: الروابط النظرية بين نماذج التعليم ونماذج التعلم (Ebussche & Ymard,2010)

نماذج	أهداف ونماذج التعليم		
	التعلم	تعليمات	تنشئة الاجتماعية
الطريقة السلوكية	نقل المعلومات الموحدة، بغض النظر عن الثقافات والهياكل الاجتماعية.	تكيف الأساليب التربوية من أجل تحقيق التطور المعرفي عند المريض	التكيف مع تعرض المعرفة للسياق الاجتماعي مع الأخذ في الاعتبار المعايير الصالحة اجتماعيا مع سياقات المعرفة
طريقة التعلم السلوكية من خلال العمل	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الروابط المكتسبة بين المعرفة المرجعية والسلوكيات التربوية حسب الأهداف.</li> <li>- تطبيقات التعميم والتحكم في عمليات الاستحواذ.</li> <li>- التعزيز الإيجابي للمعرفة المكتسبة، والنجاح هو العامل المحفز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- الإدراك السلوكي</li> <li>-التخصيص التدريجي للمعرفة المنقولة استناداً إلى الأداء المعرفي للمريض.</li> <li>- الربط بين المعلومات المرسله و المتمثلة عند المريض.</li> <li>-المشاركة المعرفية والوجدانية للمريض.</li> <li>- مراعاة المعرفة التصريحية والإجرائية والشرطية.</li> <li>- المعرفة بالتجربة</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-التعلم الاجتماعي</li> <li>-التخصيص التدريجي للمعرفة المنقولة استناداً إلى تفاعلات المريض مع بيئته المادية والاجتماعية، مثل: ( تأثير التعبير اللفظي بين الأقران، تقليد الزملاء الخبراء )</li> <li>- إجراء نشاط جماعي مع الأقران، تعزيز السلوكيات الإيجابية المكيفة</li> <li>- التعرف على المعايير الاجتماعية لمجموعة اجتماعية ، و مساعدة المرضى على تطوير سلوكيات جديدة تجاه المعايير الصحية الصالحة اجتماعياً.</li> </ul>

		<p>- التعزيز الإيجابي للسلوكيات المتكيفة مع وضع المريض، و مساعدته على تطوير سلوكيات جديدة وفقاً لمعايير الصحة.</p>	
<p>البنائية</p>	<p>التفاعل المتعلق بالعناصر التعليمية مع أنماط التفكير الخاصة بالموضوع أو مجموعات الموضوعات</p>	<p>-البنائية ترابط التعلم والسياق. -تطوير المعرفة انطلاقاً من تجربة المريض التي هي بحاجة إلى إعادة بناء المعرفة وفقاً للشبكة المفاهيمية له. - لا يميل المريض إلى تغيير التمثيل كثيراً، إنه وظيفي. بالنسبة له تطوير المعرفة الذاتية: السيرة الذاتية، وقصص الحياة العاكسة لنشاط المرضى. - تطوير احترام الذات، الشعور بتقدير الذات وفعاليتها. - تقرير المصير الذاتي يرافق المريض في تطوير مهاراته الصحية التي ستسمح له بالحرية بتوجيه حياته.</p>	<p>- البنائية الاجتماعية - تطوير الذات وغيرها من المعرفة في التفاعلات الاجتماعية - دور التعلم التعاوني في حل النزاعات المعرفية الاجتماعية بين المرضى و الآخرين. - استخدام المعرفة المحلية ضمن الحياة اليومية خلال المناقشة و المواجهة. - تعزيز طرح الأسئلة من أجل بناء المعنى ومشاركة المعنى بين المرضى/المرضى و بين المرضى/المهنيين الصحيين. - تنمية المهارات النفسية والاجتماعية، و دعم مجموعات المرضى لكي لا يترددوا في توجيه نوعية حياتهم وفقاً للسياق الاجتماعي (الثقافة والبيئة، معايير الصحة الصالحة اجتماعياً، أنظمة القيم الخاصة بهم)</p>

## 2.6. من النماذج الصحية إلى ممارسة التعليم العلاجي

ظهر مفهوم الرعاية كفن خاص بالاهتمام بشؤون المرضى في القرن السابع عشرة، و تطور هذا المفهوم حسب التطور المواقب لمختلف العلوم الطبية و النفسية و الاجتماعية و بالخصوص حين وجدت لنفسها نقاط التقاء لتخلق منها تخصصات حديثة تهتم بشؤون الانسان في مختلف السياقات. و لهذا تختلف النماذج الصحية الخاصة بالتربية العلاجية حسب الأهداف، فمنها:

- التي تركز على المرض.

- التي تعمل على وجود واستقلالية الموضوع (التي تركز على المرضى) .

- التي تهتم بجميع العوامل العضوية والنفسية والاجتماعية والبيئية. ( Golay, Lager & )

(Giordan, 2010).

ولكن، تشترك هذه في كونها نفس النماذج المنبثقة عن نظريات السلوك الأكثر شيوعاً التي يستخدمها اختصاصيو الصحة، و هي:

1- نماذج متعلقة بالقدرة الشخصية: النموذج العقلاني، نموذج المعتقدات الصحية (HBM)، نموذج عملية

موازية ممتدة (EPPM)، نموذج خارق التغيير، نظرية السلوك المخطط، نظرية التثقيف الصحي

المنشط.

2- نموذج دعم الشخصية

3- النظرية المعرفية الاجتماعية

4- السياق البيئي: نظرية الاتصال، نموذج نشر الابتكارات (WHO, 2012).

و من هذه النماذج نذكر:



## 1.2.6. التربية العلاجية للمرضى لتعديل السلوك و المعتقدات

في كثير من الأحيان ، يعتمد التدريس على معلومات فكرية في الغالب (المعرفة، وتفسير البيانات...)، والتعلم الإيمائي (المهارات الفنية). نادرا ما تعمل على المعتقدات الصحية للمريض، و لهذا فالتدريب المقدم غير كافي لتحويل السلوكيات غير الصحية. ففي حالة مرض السكري، على سبيل المثال: تسعى الأنشطة التعليمية أولاً إلى تحسين مستويات السكر في الدم أو تكييف جرعات الأنسولين، لتبقى توقعات المريض و مخاوفه في مجال "غير معلن" وينسى أحياناً مقدمو الرعاية أو يقللون من أهمية المعتقدات الصحية للمرضى، على الرغم من أنها تسمح للمريض بأن يعبر عن مفاهيمه الخاصة و منه عرض عقلائي للروابط السببية بين السلوكيات و المرض (Golay, Lager & Giordan, 2010).

و لهذا فقد أظهر نموذج المعتقدات الصحية (HBM) اهتمامه خاصة في مجالات الربو وارتفاع ضغط الدم والسرطان والسكري. لأنها تسمح بفهم الأسباب التي قد تجعل المريض يتبع علاجه أو لا، باعتباره نهج جديد

يتم تقديمه من قبل نموذج التعلم العلاجي.

حيث، يعتمد على 4 معتقدات: أول 2 منها تتعلق بالمرض والصحة؛ 2 الأخرى متعلقة بالعلاجات.

انطلاقاً من افتراض أنه حتى يتمكن المريض من قبول العلاج، يجب أن تكون المعتقدات الأربعة مواتية:

-كن مقتنعا بأن لديك المرض

-نعتقد أن المرض وعواقبه خطيرة

-نعتقد أن العلاج مفيد

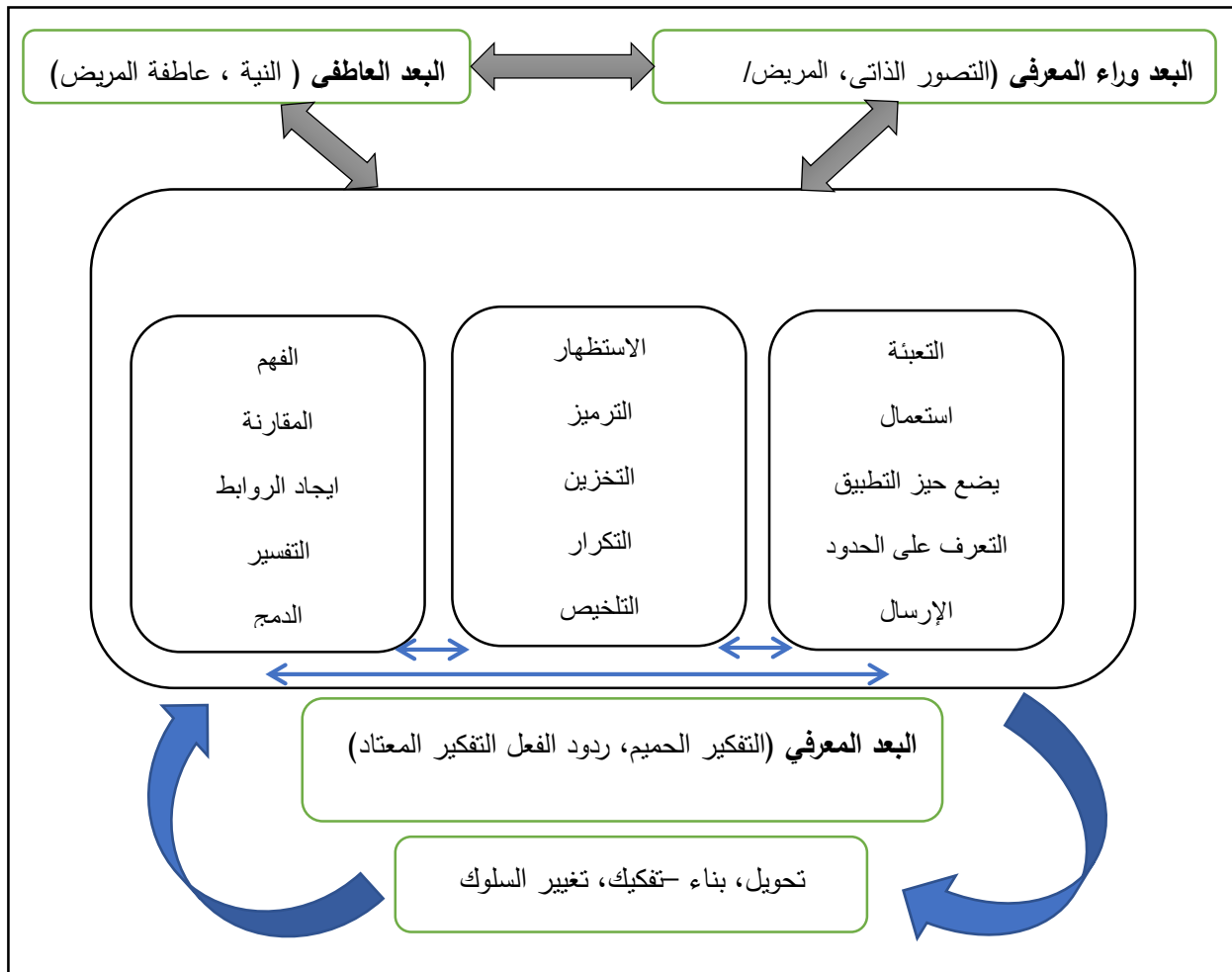
-نعتقد أن فوائد العلاج أكثر أهمية من عيوبه (الآثار الجانبية ، القيود ، التكاليف ... ) (Centre d'

(Éducation du Patient asbl, 2016

### 2.2.6. التعليم العلاجي رباعي الأبعاد

من خلال اقتراح ربط نموذج "allosteric" بالتعليم العلاجي الذي انبثق عنه التعليم العلاجي رباعي الأبعاد الذي يؤخذ في وقت واحد. فهذا النموذج يأخذ في الاعتبار ليس المريض فقط مع الهدف الرئيسي لتحسين نوعية حياته، ولكن يأخذ أيضا بعين الاعتبار معرفته، معتقداته، تجربته العاطفية، نمط تفكيره و تصوره الذاتي له ولمرضه، الدافع (الحاجات، العوامل: العزو الداخلي/العزو الخارجي)... ( Golay, Lager & )

(Giordan, 2010)، و الشكل التالي يوضح التعليم العلاجي رباعي الأبعاد:



الشكل رقم 16: التعليم العلاجي رباعي الأبعاد (Golay, Lager & Giordan, 2010).

### 3.2.6. النموذج الخارق للتغيير (نموذج التغيير المتميز)

يعتبر النموذج الخارق للتغيير واحدا من نماذج التغيير السلوكي الأكثر بحثاً التي تم تطويرها في السنوات الأخيرة. و الذي يعبر عن تغيير السلوك من خلال سلسلة تتكون من خمس مراحل: التأمل المسبق ، التأمل ، الإعداد ، العمل والصيانة. فهذا النموذج يدرك أن الأشخاص لديهم احتياجات إعلامية محددة في كل مرحلة من المراحل و التي تسمح بتقديم استراتيجيات التدخل الأكثر فعالية في كل مرحلة، و لهذا صنع القرار المتوازن أمر أساسي في النظرية (WHO, 2012). يقدم الجدول التالي وصفاً لكل مرحلة من مراحل واستراتيجيات التغيير المحتملة التي يمكن النظر فيها:

### جدول رقم 10: النموذج الخارق للتغيير (WHO, 2012)

المرحلة	تعريفها	استراتيجيات التغيير المحتملة
مرحلة التجميع المسبق	ليس هناك نية لاتخاذ إجراءات في غضون الستة أشهر المقبلة	زيادة الوعي بالحاجة إلى التغيير؛ اضاء طابع شخصي لمعلومات حول المخاطر والفوائد
التأمل	اتخاذ إجراءات في الأشهر الستة المقبلة	تحفيز؛ تشجيع وضع خطط محددة
التجهيز	اتخاذ إجراءات في غضون 30 يوماً المقبلة و اتخاذ بعض الخطوات السلوكية في هذا الاتجاه	المساعدة في تطوير وتنفيذ إجراءات ملموسة للخطط؛ مساعدة في وضع أهداف تدريجية
التنفيذ/ العمل	تغيير السلوك لمدة نقل عن ستة أشهر	مساعدة مع ردود الفعل، وحل المشكلات، والدعم الاجتماعي، التعزيز

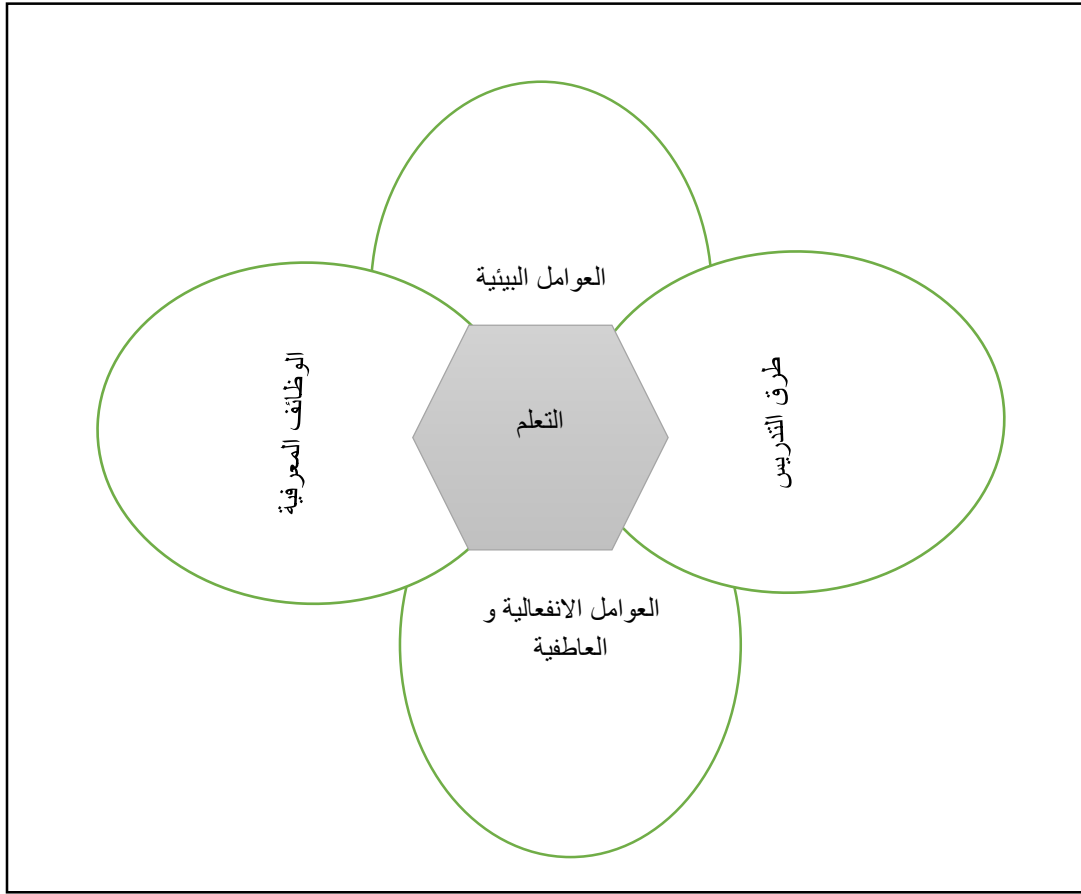
اعمال صيانة	استمرار تغيير السلوك لأكثر من ستة أشهر	مساعدة في التعامل، التذكير، العثور على بدائل، تجنب زلات/الانتكاسات (حسب الاقتضاء)
-------------	--	---

بالنسبة للطفل يمكن الإشارة إلى أن هناك العديد من الخصائص التي يجب أن تتميز بها التربية العلاجية الخاصة بالأطفال عند اتخاذ أي نموذج و هذا لمراعاة الحاجات العمرية و الشخصية الخاصة بهم، هذا من جانب. و كذا نمط المرض المزمن، فكل مرض يفرض على المشرفين تبني نموذج معين أو أكثر و هذا حسب أنماط علاجه. و لكن، في الغالب هي نفس النماذج سالفة الذكر في عمومها. إلا أن توجهها يصبح مرتبط بالطفل.

## 7. العوامل المؤثرة في التربية العلاجية عند الطفل

ترتبط العوامل المؤثرة في التربية العلاجية لأصحاب الأمراض المزمنة بعوامل الخطر المتعلقة بالسياق دافعية المريض، المساندة الأسرية و الاجتماعية و الثقافية، كفاءة الطبيب العلمية و العملية، الهيكلة العامة من وسائل تعليمية و طبية و تكنولوجية (الأرغونوميا)، و أسلوب التواصل الذي يجمع بين كل العناصر سالفة الذكر.

كما أنه يمكن أيضا تصنيف هذه العوامل المؤثرة على فعالية التربية العلاجية إلى أربعة عوامل رئيسية تتمثل في تلك التي تأثر على العملية البيداغوجية في الأساس، و هي: العوامل الانفعالية و العاطفية، الوظائف المعرفية، العوامل البيئية، طرق التدريس (Rémi & Sylvie, 2016). كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم 17: العوامل المؤثرة على فعالية التربية العلاجية (Rémi & Sylvie, 2016).

و هذا يعني أنه يمكن أن تكون المناهج التعليمية متنوعة ومتكاملة ولكن يجب أن يضمن جهاز التعليم العلاجي المنظم استراتيجية توظيف المرضى (Simon.D & al., 2009). فبالنسبة للمريض، تتداخل عوامل مختلفة معقدة، منها: التصورات التي لديه عن مرضه و أعراضه، و علاقته بإدارته. وفي الحالة الأخيرة ، فإن كل مريض سوف يستخدم استراتيجيات المواجهة لإدارة المتطلبات الخارجية و / أو الداخلية ، والتي سوف ينظر إليها على أنها تهديد أو تتجاوز مواردها (Raherison, 2006). و عليه يجب أيضا دمج توقعات المريض لرعايته كعامل يندرج ضمن عوامل الوظائف المعرفية.

هذا إلى جانب الأساليب والأنماط التعليمية المقترحة ، الأدوات التربوية والتعليمية المستخدمة والوسائل

اللوجستية، و خلاف ذلك ، بالإضافة إلى الاستمرارية التقييمية لتجنب الانتكاسات، و كذا مخاطر التمويل

التي يمكن أن تكوّن مشكلة... (Simon & al., 2009).

و عليه، يمكن اختصار العوامل المعرفية بالتأثيرات المتعلقة بالعمر و المستوى التعليمي المناسب،

الخطط المستقبلية للحياة، عدم الثقة فيما يتعلق بفعالية العلاجات، الإحساس بالتدهور في الحالة الصحية و

الشعور بالإرهاق مع العلاج. أما بالنسبة للعوامل البيئية فالى جانب ما هو مادي منها، هي ترتبط أكثر العوامل

الاجتماعية والاقتصادية، فعلى سبيل المثال: كفاءة فريق الرعاية الصحية و جودة الخدمات المقدمة، أماكن

الرعاية وتكلفة النقل...، لنجد أن العوامل العاطفية ترتبط العزلة والاكنتاب ونقص الدعم وأحداث الحياة السلبية،

دون أن ننسى عوامل طرق التدريس التي تعبر في أساسها على العلاقة المهنية لرعاية المرضى و التي تتأثر

بعدد ومدة الاستشارات السنوية، عدم فهم المريض للشرح الذي يصنع عائقا أمام اتخاذ العلاج الصحيح و كذا

الشك و الريبة في التواصل (Benrebrit & Rahmoun, 2016).

## 8. أهمية التربية العلاجية عند الطفل

للتربية العلاجية أهمية كبيرة تعود على صحة المريض و نفسيته و كذا الأشخاص المحيطين به فهي تزيد من:

- الثقة عند الطفل المريض و كذا يصبح أكثر تقبلا لنفسه و للآخر
- الالتزام بالعلاج لدى الطفل المريض (De Broca, 2006).
- تعلم ادارة المرض و هذا من خلال استمرارية الرعاية الذاتية و المتابعة الطبية.
- التقليل من حدة الأعراض و تعلم ادارة المعرفة و حل المشكلات من خلال السيطرة على تطور المرض.
- زيادة استقلالية المريض في ممارسة الأنشطة اليومية عن طريق تسهيل الالتزام بالعلاجات الموصوفة

وتحسين نوعية حياته

- تعلم وضع الخطط و هذا بمشاركة الطفل المريض في وضع مخطط التربية العلاجية ( Bacoran Bastable, 2006).
  - تحسين العلاقة بين الطبيب و المريض (طفل، مراهق، راشد) و أسرته
  - تقبل المرض
  - تطوير أنماط التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية و المريض
  - التثقيف في ما يخص السلوكيات الصحية (HAS, 2007).
  - تحمل المريض للمسؤولية (مسؤولياته في الرعاية الصحية)
  - التقليل من اللجوء المنتظم إلى علاج قد يترتب عليه تكاليف إضافية اقتصادية أو مباشرة أو غير مباشرة
- (Benrebrit & Rahmoun, 2016).**

### خلاصة

لقد أدت الزيادة المستمرة في انتشار الأمراض المزمنة على اختلاف المئات العمرية المستهدفة إلى البحث و تطوير وسائل و استراتيجيات الرعاية الصحية، و التي تعد التربية العلاجية من أهمها لما تحمله من تغطية شبه كلية لتحسين اتجاهات المريض نحو مرضه و ذاته، و أسرته و حتى الطبيب المعالج أو الوسط الاستشفائي من خلال باب المعرفة حول ماهية المرض و اكتساب المهارات اللازمة للرعاية الذاتية بالنسبة للمريض و الأسرة ككل، حتى يتبنى اتجاهات سليمة يحقق من خلالها استقراره و توازنه و استمراريته في الحياة عن رضا و تقبل.

الإطار الميداني

للدراصة



## الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية

أولاً: الدراسة الإستطلاعية

### I. تصميم أدوات الدراسة الأساسية

- 1- استبيان مصادر فعالية الذات عند الطفل
- 2- ترجمة سلم فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو
- 3- تصميم بطاقات لدراسة الحالة الخاصة بالطفل المريض بالربو

### II. بروتوكول برنامج التربية العلاجية لطفل المريض بالربو

- 1- تقديم برنامج التربية العلاجية
- 2- لماذا التربية العلاجية
- 3- القائمين على تطبيق برنامج التربية العلاجية
- 4- حدود اجراء برنامج التربية العلاجية
- 5- مخطط العمل لبرنامج التربية العلاجية

ثانياً: الدراسة الأساسية

### I. منهج الدراسة

### II. حدود الدراسة

- 1- الحدود الزمانية
- 2- الحدود المكانية
- 3- المشاركون و خصائصهم

### III. إجراءات تطبيق الدراسة

### IV. الأساليب الإحصائية المستخدمة

## أولاً: الدراسة الاستطلاعية

هدفت هذه الدراسة كغيرها من الدراسات الاستطلاعية التي تهدف إلى التعرف على العينة محل الدراسة و التحقق من أدوات القياس، فهي تعطي مجالاً يسمح للباحث بضبط اشكاليته و ذلك بالاحتكاك بمجتمع دراسته و التعرف عليه أكثر قبل الخوض في غمار الدراسة الأساسية، كما أن لها منهجية خاصة تتضمن حدود و أهداف ، و أدوات بحثية تسفر عن نتائج. و قد تم هنا تصميم و ترجمة الاستبيانات الخاصة بالدراسة الأساسية التي تخدمها، ثم تم الاعتماد على شبكة ملاحظة و دراسة الحالة في هذه الدراسة لاستخلاص بعض خصائص و متطلبات الطفل مريض الربو بشكل بروفيل نفسي، لتختتم هذه الدراسة الاستطلاعية ببروتوكول لبرنامج تربية علاجية خاص بأطفال مرضى الربو (8-14) سنة يستهدف تنمية فعالية الذات عندهم.

و من هذا يمكن اختصار الأهداف العامة للدراسة الاستطلاعية حسب الباحثة إلى التعرف على مجموعة

من النقاط التي تفيد الدراسة الأساسية، و هي كالتالي:

- الضبط النهائي لكتابة الاشكالية
- التعرف على مكان اجراء الدراسة الأساسية و أفراد العينة، حيث تتطلب الدراسة الأساسية حيزاً مكانياً و زمانياً مناسبين تتماشى و خصوصيات الطفل وحاجاته.
- تصميم أدوات القياس (استبيان مصادر فعالية الذات، ترجمة سلم فعالية الذات عند طفل الربو، تصميم بطاقات خاصة لدراسة الحالة).
- التعرف على أفراد العينة و النسق الذي يتواجدون فيه.
- بناء خطة مبدئية لبرنامج تربية علاجية خاص بأطفال مرضى الربو مع : مراعاة الحاجات العمرية (الجنس، السن ، مدة المرض ، المستوى التعليمي) ، مراعاة العوامل المادية ( المنطقة الجغرافية)، المحيط

(المستوى التعليمي و المادي للأسرة) و كذلك استغلال المحفزات المؤثرة على الجانب المعرفي للطفل كالصورة و الصوت ، اللون و الحركة ....

## I. تصميم أدوات الدراسة الأساسية

### 1. استبيان مصادر فعالية الذات عند الأطفال

نظرا أنه لا يوجد استبيان يقيس فعالية الذات من خلال مصادرها عند الطفل في حدود معرفة الباحثة، حيث أنه بعد الاطلاع على التراث النظري فيما يتعلق بفعالية الذات و ديناميكيته، و كذا الاطلاع على مجموعة من المقاييس التي تقيس هذه الخاصية "فعالية الذات" ، التي هي عبارة عن سلم و مقاييس تقيس نسبة الثقة ازاء موضوع معين نظرا بأن الفعالية تختلف من موضوع لآخر، و ان كانت عامة فهي تتمثل من خلال أنواع و أشكال الفعالية، و من هنا جاءت الفكرة لأن الهدف كان كيف نقيس الفعالية و في نفس الوقت نحصل على معلومات تسمح لنا بتتميتها و تطويرها بشكل عام لتكون مهيكلة ازاء أي موضوع في المستقبل و كانت المصادر هي الأكثر احتمالا لقياس مثل هذا باعتبارها أكثر المؤثرات تأثيرا على الفعالية، مع مراعاة خصائص العينة -الطفل-.

و عليه تأتي هذا الاستبيان (انظر الملحق رقم 02) و الذي يقيس استثمار الطفل لمصادر فعاليته الذاتية من خلال 20 بند مقسمة على 5 بنود لكل بعد، و هي 4 أبعاد حسب ما جاء في الأطر النظرية، و الاجابة عليه من خلال بديلين هما (نعم/ لا)، و التفاصيل التعريفية و الاحصائية موضح كما يلي:

#### 1.1. التعريف الاجرائي لفعالية الذات

فعالية الذات عند الطفل هي: نتيجة لتفاعل مجموعة من المصادر الرئيسية التي أشار إليها "Bandura" (الانجازات الأدائية، الخبرات البديلة، الاقناع اللفظي، الاستثارة الانفعالية)، و التي تزود الطفل بمعلومات يدرك من خلالها قدرته على انجاز مهمة معينة و تساعده في خلق شعور قوي من الكفاءة.

## 2.1. أبعاد الاستبيان

تم اعتماد المصادر الرئيسية التي وضعها "Bandura" كأبعاد في هذا الاستبيان و التي هي :

الانجازات الأدائية ، الخبرات البديلة، الإقناع اللفظي، الاستثارة الانفعالية.

❖ **الانجازات الأدائية:** هي ما يحققه أداء الفرد من إنجازات توصله إلى هدفه و يعتمد في انجازها على

الإدراك المسبق للقدرات الذاتية ، وصعوبة المهمة المدركة ، ومقدار الجهد المبذول ، وحجم المساعدات الخارجية ، والظروف التي تحيط بعملية الأداء انطلاقا مما يملكه من قدرات.

❖ **الخبرات البديلة:** تعبر عن ملاحظة الآخرين يحققون النجاح و خاصة الأقران المكافئين في الكفاءة أو

عن تجارب مرّ بها الطفل ذاته و كانت ناجحة، وهي تعتمد على التعلم بالملاحظة و ترتبط بأربعة عمليات كالانتباه و الذاكرة، انتاج السلوك و الدافعية.

❖ **الإقناع اللفظي:** يمثل قوة الطفل في الإقناع المرتبطة بالثقة بالنفس بما يقدمه على نحو مباشر كما

يؤثر على سلوكه أثناء محاولاته لأداء المهمة كما هو الحال أيضا بالنسبة لأحكام الناس حول قدرتك.

❖ **الاستثارة الانفعالية:** هي تلك المشاعر الايجابية التي يحملها الطفل اتجاه انجازته و الدافعة لأهدافه

التي يسعى إلى تحقيقها فهي ترتبط بمستوى الاستثارة و الدافعية المدركة و نوع العمل أو المهمة.

## 3.1. الخصائص السيكومترية للاستبيان

❖ **الحدود الزمانية و المكانية لتطبيق الاستبيان**

تم تطبيق استبيان مصادر فعالية الذات سالف الذكر على 121 طفل تتراوح أعمارهم بين 8 إلى 14 سنة

في المدرسة الابتدائية مصطفى بخوش -باتنة- و في متوسطة صالح دحمان -باتنة-، منهم 46 ذكرا و 75

أنثى و الموضحة خصائصهم في الجدول التالي:

الجدول رقم 11: جدول يوضح خصائص العينة

العمر		08	09	10	11	12	13	14
الجنس	ذكور 46	04	09	09	06	04	09	05
	إناث 75	04	05	17	16	11	17	05
المجموع	121	08	14	26	22	15	26	10

### 1.3.1. صدق الاستبيان

#### صدق الاتساق الداخلي:

بالنسبة لبعء الإنجازات الأدائية مع البنود الخاصة به:

الجدول رقم 12: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعء الإنجازات الأدائية

الارتباط	معامل	العبارات	البعء
	(معامل بيرسون)		
	**0.340	1	الخبرات الأدائية (1-5)
	**0.622	2	
	**0.362	3	
	**0.653	4	
	**0.385	5	

\*الدلالة المعنوية عند مستوى

\*\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.01

بالنسبة لبعء الخبرات البديلة مع البنود الخاصة به:

الجدول رقم 13: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعدها الخبرات البديلة

الارتباط معامل (معامل بيرسون)	العبارات	البعدها
**0.524	6	البدايل الأداةية (6-10)
**0.602	7	
**0.649	8	
**0.263	9	
**0.701	10	

\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.05

\*\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.01

بالنسبة لبعدها الإقناع اللفظي مع البنود الخاصة به:

الجدول رقم 14: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعدها الإقناع اللفظي

الارتباط معامل (معامل بيرسون)	العبارات	البعدها
**0.425	11	الإقناع اللفظي (11-15)
**0.742	12	
**0.441	13	
**0.388	14	
**0.676	15	

\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.05

\*\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.01

بالنسبة لبعدها الاستثارة الانفعالية مع البنود الخاصة به:

الجدول رقم 15: جدول يوضح صدق الاتساق الداخلي بالنسبة لبعدها الاستثارة الانفعالية

الارتباط (معامل بيرسون)	العبارات	البعدها
**0.829	16	الاستثارة الانفعالية (16-20)
**0.489	17	
**0.709	18	
**0.566	19	
**0.420	20	

\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.05

\*\*الدلالة المعنوية عند مستوى 0.01

الصدق البنائي:

الجدول رقم 16: جدول يوضح الصدق البنائي لاستبيان مصادر فعالية الذات

الارتباط	أبعاد الاستبيان		البعدها
**0.582	معامل ارتباط بيرسون	الخبرات الأدائية	1
0.01	الدلالة المعنوية		
**0.461	معامل ارتباط بيرسون	البدائل الأدائية	2

0.01	الدلالة المعنوية		
**0.711	معامل ارتباط بيرسون	الإقناع اللفظي	البعد 3
0.01	الدلالة المعنوية		
**0.615	معامل ارتباط بيرسون	الاستثارة الانفعالية	البعد 4
0.01	الدلالة المعنوية		

من خلال نتائج صدق الاستبيان حسب الاتساق الداخلي و الصدق البنائي فإننا نجد أن جميع النتائج

دالة عند مستوى 0.01، و هذا يعني أن الاستبيان صادق يمكن الأخذ به.

### 1.3.2. ثبات الاستبيان

حساب الثبات بمعامل ألفا كرومباخ:

الجدول رقم 17: جدول يوضح ثبات استبيان مصادر فعالية الذات بمعامل ألفا كرومباخ

البعد	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
1	5	0.440
2	5	0.370
3	5	0.350
4	5	0.531
اجمالي الأبعاد	20	0.604



## حساب الثبات بالتجزئة النصفية:

الجدول رقم 18: جدول يوضح ثبات استبيان مصادر فعالية الذات بطريقة التجزئة النصفية

معامل الثبات بعد لتعديل	الارتباط قبل التعديل	عدد العبارات	البعد	
0.461	0.250	5	الخبرات الأدائية	1
0.306	0.230	5	البدائل الأدائية	2
0.381	0.235	5	الاقناع اللفظي	3
0.500	0.334	5	الاستثارة الانفعالية	4
0.520	0.266	20	اجمالي الأبعاد	

من خلال نتائج ثبات الاستبيان حسب معامل ألفا كرومباخ و التجزئة النصفية نجد أنه ثابت و لكن،

ليس بدرجة عالية، و انما يمكن الأخذ به.

## 2. ترجمة سلم فعالية الذات عند طفل الربو

### 1.2. وصف سلم فعالية الذات عند طفل الربو

هدف سلم فعالية الذات عند طفل الربو الذي صاغه كل من Bursch, Schwankovsky, Gilbert

& Zeiger عام (1999) إلى دراسة الخصائص السيكومترية للتدابير الأربعة الجديدة الخاصة بالاعتقاد

الصحي عند أطفال الربو الذين تتراوح أعمارهم بين (7-15) سنة بدلالة ثقة تصل إلى 0.75 حيث عالج

جانين أساسين و هما الوقاية و الإدارة، كما ارتبطت جميع التدابير في الاتجاهات المفترضة مع الحالة الصحية

، وأعراض الربو ، وتأثير المرض على الأسرة ( Bursch, Schwankovsky, Gilbert & Zeiger, )

(1999).

فهو سلم يتكون من 14 عبارة يحدد الطفل منها من 1-8 حسب ما ينطبق عليه من ثقة إزاء مهمة

معينة، و هذا بالترتيب من 1= لست واثق أبداً إلى غاية 8= واثق بكل تأكيد.

## 2.2. الخصائص السيكومترية لسلم فعالية الذات

تمت ترجمة سلم فعالية الذات عند طفل الربو من قبل الباحثة، و قد تم حساب خصائصه السيكومترية

كما يلي:

### ثبات سلم فعالية الذات بطريقة التجزئة النصفية:

تم تطبيق السلم على 14 طفلا مريض بالربو، لذلك قمنا بحساب ثبات السلم بمعامل الارتباط "سبيرمان"،

و النتائج المتحصل عليها موضحة في الجدول التالي:

### جدول رقم 19: ثبات سلم فعالية الذات بطريقة التجزئة النصفية

معامل "قيتمان" "Guttman"	معامل "سبيرمان" "Spearman"	قيمة "ألفا كرونباخ" « Gronbach's Alpha »	
		الجزء 1	الجزء 2
0.769	0.841	0.281	0.852
المجموع = 14			

من خلال النتائج الموضحة في الجدول نجد أن قيمة معامل "سبيرمان" 0.841 و هي دالة، و لكن بما

أن قيمة "ألفا كرونباخ" غير متساوية بين الجزء 1 و 2 ، أي 0.281 لا يساوي 0.852، و عليه يجب الأخذ

بقيمة معامل "قيتمان" كقيمة ثبات سلم فعالية الذات بطريقة التجزئة النصفية، و التي هي 0.769 أي 76.9%

و هي قيمة تدل على ثبات هذا السلم. (انظر الملحق رقم 03)

### ملاحظة:

1- تعذر طلب رخصة الترجمة و التطبيق من صاحب سلم فعالية الذات الخاص بأطفال الربو لعدم تمكننا

من الوصول إلى صاحب السلم. و لكن، لأهمية هذا السلم في البحث فقد تم ادراجه كأداة في هذه الدراسة.

2- نلاحظ أن لدينا أداتين لقياس فعالية الذات و قد تم اختيارهما بناء على أن : استبيان مصادر فعالية الذات صمم من أجل أن يقيس الشق التربوي من التربية العلاجية و هو تنمية الفعالية عند الطفل المريض بالربو. أما سلم فعالية الذات فقد اختير من أجل أن يقيس الشق العلاجي من التربية العلاجية و هو مدى ثقة الطفل بقدرته على ادارة المرض.

### 3. تصميم بطاقات لدراسة الحالة خاصة بالطفل المريض بالربو

تسمح دراسة الحالة بجمع البيانات بدقة و أكثر عمق مما يساعد على فهم الحالة جيدا، و قد كان الهدف من تصميم بطاقات لدراسة الحالة هو استخراج خصائص و حاجات الطفل المريض بالربو و الذي يتراوح عمره ما بين (8-14) سنة، و لذلك فقد تم اعداد شبكة ملاحظة موجهة نحو عناصر السياق (مرض، مريض/أسرة، طبيب) لما توفرت شروط تطبيقها و اعتماد مقابلة موجهة بمحاور محددة.

#### 1- شبكة الملاحظة: أداة تسمح بأخذ صورة عامة حول المعلومات التي يجب جمعها و التحصل

عليها، فهي تساعد على تحقيق الهدف سالف الذكر بالإضافة إلى إمكانية استثمار نتائجها في بناء البرنامج و تحديد أنشطته، و عليه ضبط المقابلات. و قد قسمت محاورها إلى ثلاث محاور أساسية ترصد بعض السلوكيات التي يمكن أن تطرأ لما يفرضه الجو العام بين عناصر السياق، و هي كالتالي :

#### - المحور 1 : رصد العلاقة التكافؤية بين الطبيب و المريض : و تناولنا فيها نوع التفاعل الحاصل ،

أسلوب العلاج و مدى القدرة على اىصال مفهوم الوقاية و التوعية للمريض و مدى رضوخ المريض و تقبل الرسائل الموجه إليه هو و أسرته و خاصة لما المريض هو عبارة عن طفل.

#### - المحور 2 : رصد العلاقة التكافؤية بين المريض و المرض : و تناولنا فيها عوامل المرض و مآله ،

مراحل التكيف معه و بلوغ التوافق النفسي و الاجتماعي للمريض ، المريض و المرض و انعكاساته على النسق الأسري.

- المحور 3 : رصد العلاقة التكافؤية بين المرض ، المريض و أسرته ، الطبيب أو الطاقم الطبي: و من خلال ملاحظة هذه الوسائط و تحري نمط التفاعل الكامن بينه نستطيع تحديد الهيكل العامة لهذا النسق و حصر نقاطه الايجابية و السلبية. (انظر الملحق رقم 04)

تم تطبيق شبكة الملاحظة في الفترة الممتدة من 2015/12/15 إلى غاية 2016/03/15 بالمستشفى الجامعي "بن فليس التهامي" بباتنة بقسم طب الأطفال حيث يتواجد أفراد العينة أي الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين (8-14) سنة المصابين بمرض الربو، يأتيون من أماكن مختلفة لتشخيص نوع و نمط المرض أو إثر نوبات الربو التي تصيبهم فتتوفر لنا الفرصة للتعامل معهم. كما اجريت في مركز الأطفال ذوي صعوبات التنفس بباتنة في الفترة الممتدة من 2016/02/18 إلى غاية 2016/02/24 حيث تم اغلاق هذا المركز لعدم توفر الدعاية اللازمة له لاستقطاب العينة محل الدراسة و عليه لم يتم الاستفادة من هذا المركز. و كذلك في عيادة خاصة للأمراض الصدرية و الحساسية بباتنة في الفترة الممتدة من 2016/05/02 إلى غاية 2016/07/01 حيث يمكن حضور جلسات الفحص و الملاحظة.

و قد خلصت هذه الملاحظة إلى النتائج المبين في الجدول التالي:

جدول رقم 20: نتائج شبكة الملاحظة الخاصة بالسياق

المحور	عدد تكرار المواقف الايجابية	عدد تكرار المواقف السلبية
رصد العلاقة التكافؤية بين الطبيب و المريض	n=68 %68	n=32 %32
رصد العلاقة التكافؤية بين المريض و المرض	n=45 %42.86	n=60 %57.14

n=67 / 54.91 %	/ n=55 45.08 %	رصد العلاقة التكافؤية بين المرض ، المريض و أسرته ، الطبيب أو الطاقم الطبي
-------------------	-------------------	---

نلاحظ في هذا الجدول أن العلاقة التكافؤية بين الطبيب و المريض ايجابية من حيث المواقف، حيث أن عدد تكرار المواقف الايجابية بلغت 68% و التي تمس العبارات الخاصة ببروتوكول المعاملة مع المريض أما السلبية منها فقد كان 32% ، و هذا إن دلّ على شيء فإنما يدل على أن العلاقة التكافؤية بين الطبيب و المريض تبقى في اطار الرسمية أكثر. أي، أن هذه الصورة محقق من خلال الشكل (الطبيب شخص حكيم متقف يزيل الألم، المريض شخص يحتاج للمساعدة) و لكنها فاقدة لجوهر الوظيفة (الثقة و المرونة في التعامل بين الطبيب و المريض)، حيث أن الطبيب يتعامل مع المرض أكثر مما يتعامل مع المريض و هذا ما يفقد العلاقة سمة الارتباط بما يكفي للعلاج بمختلف أبعاده، و خاصة أن هذه الصورة تغلب في المستشفى أكثر مما هي عليه في العيادة الخاصة.

أما بالنسبة للعلاقة التكافؤية بين المريض و المرض فهي سلبية المواقف أكثر مما هي عليه من ايجابية، حيث أن عدد تكرار المواقف الايجابية بلغ 42.86%، و هي تلك المواقف المرتبطة بمعرفة مرضه و محاولات التعايش معه، أما بالنسبة لتكرار المواقف السلبية فقد وصل إلى 57.14%، و هي تلك العبارات التي تعبر عن المعاش النفسي للطفل المريض مع مرضه الربو و أزمة مواجهة نوباته الجادة، فالعلاقة بين المريض و المرض محققة من حيث الشكل (تقبل المرض، محاولة الالتزام ببروتوكول العلاج، تحسين نمط الحياة...) و لكن، من حيث الوظيفة فهي غير محققة ( ليس هناك تعامل ناضج مع النوبات، خوف من المستقبل و تدمير من الواقع. أي، صورة المرض عند الطفل في الغالب سلبية)، إذن فالحاجة عند الطفل هنا معرفة علمية مرتبطة بالاحتواء العاطفي و الفهم من قبل الأهل و مشرفي الرعاية.

لنجد أن العلاقة التكافؤية بين المرض، المريض و أسرته، الطبيب و الطاقم الطبي سلبية نسبيا، فنكرار المواقف الايجابية 45.08% التي تعبر عن التعاون و السعي نحو تحقيق هدف الإدارة الذاتية للمرض و هذا وجد في المؤسسة الاستشفائية و في العيادة ، أما ذلك الجو الأسري بين المرضى و الطاقم الطبي و تبادل الخبرات تحقق في المؤسسة الاستشفائية أكثر من العيادة. أما تكرار المواقف السلبية 54.91% و التي تعبر عن عدم وجود مبادرات مثلا: من قبل الأطباء كالتربية العلاجية للربو أو من قبل الأهل كإعطاء اقتراحات تحسينية للهيكلة العامة المناسبة لهم و لأولادهم، عدم فهم خصوصيات الحالة -الطفل- ككل، عدم الالتزام بالعلاج و الطرق الوقائية، عدم الرضا عن الوضع بصفة عامة و خاصة بالنسبة للمرض.

و هذا يعني أن هناك محاولات جادة لبلوغ التوافق و الانسجام لجميع عناصر السياق، و لكن هناك إشكال نمط تواصل و تنسيق بين مكونات هذا السياق، فإن كانت هناك ثقة فهي ظاهرية و إن كان التزام فالجانب الاقتصادي و التعليمي للأولياء عنصر متحكم فيه، و غيرها من الحجج كثير، و دليل هذا حسب ما جاء من نتائج هذه الشبكة للملاحظة أن كل نسق على حدا يجيد دوره و يعي حدود مسؤولياته و لكن هناك خط متقطع بين روابط الوحدات مما يمكن أن يفسر نتائج ما سلف ذكره عن العلاقات التكافؤية الأخرى (الطبيب و المريض، المريض و المرض). (و هذا الأمر يبقى نسبيا مرتبطا بما لاحظته الباحثة).

من خلال ما سبق، نجد أنه لدراسة الحالة للطفل المريض بالربو و كذا ضمان فعالية البرنامج يجب التركيز على مختلف عناصر السياق، فقد تبين مدى تأثير و تأثر التوافق فيما بينها على الطفل و مرضه و كذا نمط حياته (مثلا: أنظر الاختلاف في نتائج رصد العلاقة بين (طبيب/ مريض) و (طبيب/ طاقم طبي +مريض/أسرة) و الذي أظهر إشكال نمط تواصل و تنسيق بين مكونات هذا السياق لحد ما و هذا بغض النظر عن العلاقة ( طفل مريض/مرض))، لذلك من الأهمية بما كان أن تتضمن دراسة الحالة بطاقة خاصة لكل عنصر من عناصر السياق.

## 2- المقابلة الموجهة:

فقد حددت المحاور الأساسية لدراسة الحالة و التي يجب معالجتها و جمع المعلومات عنها، بالشكل

التالي :

- البيانات الشخصية للطفل مريض الربو: و تهدف إلى جمع البيانات الشخصية عن الحالة من اسم، عمر، جنس، مستوى تعليمي، اجتماعي، اقتصادي، نوع المرض و مدته ...
- تاريخ الحالة : و تهدف لجمع المعلومات المتعلقة عن نمو الطفل المريض بالربو، قصة و أثر المرض عليه و على الأسرة، و هذا من المقابلة مع أحد الوالدين و الملف الطبي.
- تاريخ المرض و واقعه في حياة الطفل المريض بالربو: و الهدف منها جمع معلومات عن معاش الطفل المريض و عوامل خطر المحيطة به و مدى تأثيرها عليه، منها الخاصة بالمرض كمحفزات النوبات و التعامل معها، و منها ما هو متعلق بالأسرة و موقع الطفل فيها.
- علاقة الطفل المريض بالطاقم الطبي: و الهدف منها جمع معلومات عن الحالة المرضية للطفل المصاب بالربو و ما رؤية المنظور الطبي لَمال المرض ، و كذا التعرف على نوع العلاقة بين المريض و الطبيب و الطبيب الطاقم الطبي، و هي من خلال المقابلة مع الطبيب المشرف إن أمكن.

-الأخصائي النفسي المتابع: معرفة إن كان يتابعه اخصائي نفسي على العموم أو حين يكون في

المستشفى أم لا، و ما هي النتائج التي تحصل عليها. (انظر الملحق رقم 05)

## II. بروتوكول برنامج التربية العلاجية

### 1. تقديم برنامج التربية العلاجية

هو برنامج تربوي علاجي يهدف إلى علاج مرض الربو عند الأطفال (8-14) سنة، بطريقة تربوية تضمن جودة الحياة للمريض، بالإضافة إلى أنه تنموي أيضا باعتباره يهدف للتأثير على فعالية الذات. أي، أنه برنامج تربية علاجية يهدف لتحسين مستوى فعالية الذات عند الطفل المريض من حيث تغذية مصادرها، و كذا بشكلها العام المتعلق بمرض الربو.

وعليه، يمكن القول أن هذا البرنامج يتمثل في ثلاث أبعاد أساسية، هي:

- **التربية:** من منطلق ما هو مسلم به اتجاه المعتقدات المعرفية أنها فاصل مهم في تحديد سلوكيات الانسان، حيث أن أغلب المقاربات و النماذج المتعلقة بعلم النفس الصحة لها نفس المنطلق ( فعلى سبيل المثال: انظر نظرية المعتقدات الصحية، الدافع للحماية، السلوك المخطط،...). حيث أن هذه المعتقدات المعرفية مبنية على اتجاهين: تربوية (من بسيطة إلى معقدة، من مؤكدة إلى تجريبية، من سريعة إلى تدريجية، من ثابتة إلى قابلة للتحسن) و تطويرية (أنها متماسكة، خاضعة للتغير مع مرور الزمن) و هذا وفق ما يتوافق مع صفات و حاجات المريض، وفق ما تنص عليه العوامل الثقافية السائدة في المجتمع، وفق نتائج التعلم البيئي و المدرسي (الجنابي، 2019).

و عليه، فالتربية وسيلة مهمة و أساسية من أجل استثمار الخصائص الفيزيولوجية و العقلية المحركة لانفعالات الشخص ضمن بعده الزمني و المكاني لتحقيق البعد الثاني (العلاج)، ليعتمد في هذا على استخدام الوسائل و الأساليب البيداغوجية المناسبة للتعليم و تكوين الكفاءة الخاصة بالمريض من حيث هي: معرفة، مهارة، اتجاه (تكوين خبرة).



- **العلاج:** هو عبارة عن مصطلح طبي بالأساس و يقصد من وراءه اجراءات ضمن إطار الطب (Geyer ترجمة رضوان، 2012) و الذي هو الهدف الجوهرى لمثل هذه البرامج، حيث يعتمد على التعرف و التمكن من التقنيات العلاجية و مواكبة تطورها من أجل تحقيق ادارة ذاتية للمرض و جودة حياة للمريض، حيث أن هناك ثلاث أنواع من العلاجات: العلاج الطبي، العلاج النفسي، العلاج الاجتماعي التأهيلي (الدباغ، 1980). و فيما يخصنا هنا: العلاج الطبي و العلاج النفسي، ليمثل العلاج الطبي في إدارة ورعاية المريض لمكافحة المرض أو الاضطراب (UWS, 2019)، و يكون هذا بتعليم كيفية استخدام الأدوية و الأجهزة الخاصة بالأطفال المرضى بالربو بغية التقليل من الأعراض و تحسين تدفق ذروة التنفس "FEV"، أما بالنسبة للعلاج النفسي فيتميز بثلاث سمات عامة: هو إجراء مخطط و موجه يهدف إلى التعديل، النظر للإجراءات في سياق الاضطرابات السلوكية و الحاجات العلاجية، استخدام اجراءات علاجية نفسية، أي استخدام طرق تعامل ترتكز على مجالي الخبرة و السلوك (Geyer ترجمة رضوان، 2012)، حيث أن الخبرة هنا تتمثل في مرض الربو و السلوك مرتبط بالطفل و حاجاته و كذا تصورات.

- **التنمية:** اتخذ هذا المفهوم متعدد الأبعاد في سياق الحضارة المعاصرة، ليستخدم كدلالة على عملية إحداث تغييرات جذرية في مجتمع معين، و ذلك بهدف إكسابه القدرة على التطور الذاتي المستمر بمعدل يضمن التحسن المتزايد في نوعية الحياة لكل أفراد و ترقيتها (حلاوة وصالح، 2009)، ليعد هذا البعد هو البعد الأساسي لهذا البرنامج المعروف، حيث أنه لا يهدف فقط للتربية أو العلاج و انما يتعدى هذا لفهم أبعاد الطفل النفسية المتعلقة بالمرض و تنمية قدراته التكيفية مع المرض، و كذلك أيضا التكيف مع الحياة ككل في المستقبل بتزويده بالكفاءات اللازمة لهذا.

و نظرا لأهمية فعالية الذات عند الطفل تم التركيز في بُعد التنمية على تغذية مصادر فعالية الذات لديه، إلى جانب متابعة فعالية الذات العامة المرتبطة بمرض الربو عند الطفل من حيث تقييم و تقويم الكفاءات التي يجب على الطفل اكتسابها بغية العلاج و التحكم في المرض، أي تحقيق الإدارة الذاتية بجودة.

## 2. لماذا التربية العلاجية

توجد عدة أسباب و عوامل تحدد شكل برنامج التربية العلاجية و تعزز وجوبية الدقة في تصميمه و الجدية في تطبيقه، و بالخصوص أن تقدير انتشار إكلينيكية مرض الربو في الجزائر تقدر في سنة 2004 بين 2.5%-5% من نسبة السكان، حيث أنه حسب بعض الدراسات تُقدّر أن 50% منهم أطفال (Mason & al., 2015)، أي توفر الحالة المرضية و طبيعتها الفيزيائية، النفسية و المعرفية (Briançon & al., 2010) و حتى الاقتصادية.

احتمالية السيطرة على المرض المزمن "الربو" واردة و بشدة، ففي دراسة "J-F Levesque" لقواعد و عناصر تسهيل تنفيذ نماذج متكاملة للوقاية وإدارة الأمراض المزمنة (2009) فإن نتائجها نصت على إمكانية التحكم في مسار تقدم المرض اعتمادا على تحديد العوامل المختلفة المتدخلة في تنفيذ نماذج الرعاية كالعوامل المتعلقة بتوفير الخدمات الفردية و العامة و كذا مسائل إدارة النظام الصحي، و هي متوفرة لدينا (انظر الخصائص النفسية للطفل المريض بالربو)

تدخل المرض في بناء شخصية الطفل مما يؤسس حالة خاصة للطفل و متطلباته التنموية و كذا متطلبات الأسرة الحاضرة له. و هذه تعتبر العوامل المشاركة و المعقدة في التعليم العلاجي (Raheison, 2006).

والتربية العلاجية باعتبارها عملية شخصية منظمة و مستمرة من جهة متخصصة تقدم خدمات مرحلية معينة للأطفال و آباءهم لضمان نمط حياة أفضل و تكيف أمثل مع المرض و البيئة المحيطة به، حيث تحاول

تحقيق الأهداف التالية عند مرضى الربو:

- تقليص حدة الأعراض أو انعدامها، الفعالية الوظيفية للجهاز التنفسي (SRRP,2002).
- زيادة فعالية الذات.

و هذا لما تستند عليه الأهداف الرئيسية للتربية العلاجية في الأمراض المزمنة من معرفة و اكتساب للمهارات ثم خلق اتجاهات ايجابية. و من خلال ما سبق، نجد أن التربية العلاجية في برنامجها هي الموضوع الأمثل لتبني المرض المزمّن كالربو و تحسين حياة الطفل و أسرته سواءً من الناحية الصحية أو الاقتصادية، أو النفسية و الاجتماعية الثقافية.

### 3. القائمون على تطبيق برنامج التربية العلاجية

بناء على أهداف برنامج التربية العلاجية المعد لأطفال الربو بهدف التأثير على فعالية الذات الشخصية و الخاصة بالمرض أيضاً، لذلك تم اختيار القائمين على تطبيق هذا البرنامج بعناية، كما هو الأمر قائم في مستشفى (Alberta Children's Hospital) عام 2018. أي، ما يمكن اختصاره هنا أنه ليس أي شخص قادر على القيام بالتدريب أو بتطبيق برنامج تربية علاجية و تحقيق الفعالية المرجوة منه إلا إذا توفرت فيه بعض السمات المميزة في شخصيته و بالخصوص إن كان الأمر موجهاً للأطفال. لنذكر:

- **على المستوى الشخصي:** متواضع و نشط، له شخصية متميزة تترك انطباع طيب لدى الطفل و يكسب ثقته (نموذج)، له القدرة على تبسيط المعلومة دون ملل (بسيطة، واضحة و غير مطولة مع أمثلة لذلك...).

- **على المستوى المعرفي:** الكفاءة المعرفية و الثقافية، و المهارة اللازمة لتوصيل المعلومة للطفل بأي شكل مزودة بصيغ التحفيز و دعم الدافعية للتعلم و الانجاز. أي، يمتلك المهارات البيداغوجية و التفاعلية الصفية.

- على المستوى الاجتماعي التفاعلي: ملاحظ و منسق و متفاعل جيد، يتميز بالمرونة في التعامل مع الطفل و أسرته، قادر على ضبط و تحديد الحاجات الأساسية و تنظيم الأولويات، إلى جانب التعاون و التشاور لتحقيق التكامل الوظيفي مع فريق العمل.
  - و لهذا كان القائمون على تطبيق البرنامج هم:
  - أخصائي نفسي تخصص علم النفس العيادي: علم النفس المرضى للطفل و المراهق، أي المشرف الأساسي (الباحثة)
  - طبيب مختص في الأمراض التنفسية و الحساسية
  - أعضاء فرعيين، مساعدين: هؤلاء الأعضاء ساعدوا بأفكارهم و بمشاركتهم في بعض الأنشطة، فعلى سبيل الذكر: الديكور (مهندسة معمارية)، موضوع الوقاية والعلاج المتعلقة بالتغذية (أخصائية تغذية)، مدربة رياضة (مركز الأطلس).
- حيث أن المهام الأساسية للقائمين على هذا البرنامج تتمثل في:
- 1- المشاركة في علاقات بناءة مع المرضى و أسرهم وغيرهم من المهنيين. (العلاقات الشخصية - السلوك المهني).
  - 2- تحقيق الكفاءة في التشخيص و التقييم الطبي و النفسي
  - 3- تحقيق الكفاءة في التدخل (التدخل العلاجي)
  - 4- الممارسة مع احترام التنوع الثقافي للفرد وفهمه، أي احترام المهارة الثقافية المؤهلة (التنوع الثقافي والفروق الفردية).
  - 5- تحقيق الكفاءة في تقديم المشورة للمهنيين الآخرين فيما يتعلق بقدرات واحتياجات المرضى (التشاور).

6- العمل على إيصال مفهوم التفاعل بين العلم والممارسة وتعزيز الالتزام بالتعلم مدى الحياة أو على

الأقل بما تسمح به الحالة الصحية للأطفال المرضى و نويهم (health Services, 2018)

(Alberta).

#### 4. حدود اجراء برنامج التربية العلاجية

- الزمان: يتفق عليه الجميع و يناسب للجميع
  - خصائص الزمان: أن يتناسب مع الأنشطة و موضوعاتها حسب الفترة الصباحية أو المسائية
  - المكان: غرفة، قسم، ساحة مفتوحة، يشترط فقط في المكان الخاص بمريض الربو أن يكون مهوى و نظيف، يستطيع الطفل فيه استنشاق الهواء النقي، بعيد عن أي محفز للنوبات.
- خصائص المكان:

- يثير الفضول : يري Hutt أن حب الاستطلاع يتبع تسلسلاً قابلاً للتوقع مثل: النظر - الاقتراب - اللمس - الاستفسار - ليتضمن المكان متغيرات مثيرة كالجدّة والتعقيد وغيرها.
- يوحى بالحرية: ترى مونتسوري أن تعلم الطفل يكون أفضل إن اختاره بإرادته حتى يكون حراً في التصرف وبذلك ينمو وفقاً للاتجاهات الشخصية السليمة.
- وسائل حسية وسيطة: ضرورة باعتبارها وسائل تساعد على الاتصال و التواصل و تشمل تحفيزات لأغلب الحواس ليكون هناك ترسيخ أكثر للمعلومة و بعدّ أكبر لإدراكها.
- اللون : أكدت دراسة " عبد الكريم حسن محسن" في البعد النفسي و السيكلوجي للألوان في المباني الاستشفائية تؤكد ذلك، حيث أقر بأهمية الألوان و استثمار خصائصه المرتبطة بأصل و قيمة و شدة اللون في الفراغات المبنية حسب الوظيفة لأنها تساهم في الفهم و الإدراك (محسن ، 2012 )،

وخاصة إن كانت بهدف المعرفة مثل هذا الموقف (التربية العلاجية) فذلك يشكل جزء مهم من الإعدادات، كما أنها تثير الجهاز العصبي للطفل أكثر و تحيي همته و فضوله و تزيد من إنتاجه كلما شعر بالراحة.

- مزود بالصور: ( صور موضحة للماهية المرض من آلية فيزيولوجية، علاجية، وقائية،...)، الحركة و الصوت (فيديوهات علمية توضيحية توعوية)، مجسمات، تجارب حسية، ....

• الحدود البشرية:

❖ الأطفال المرضى بالربو: هم الأطفال الذين تم تشخيص مرضهم بما يطابق اكلينيكية مرض الربو

خصائص الأطفال:

- العمر يتراوح ما بين (8-14) سنة
- حاجات الطفل المريض بالربو و خصائصه حددت وفق ما جاء به Finkle.Diane عام (2009)، حيث تعتبر خصائص الطفل في هذه المرحلة متميزة كونها وسيطية في جميع الجوانب الفكرية و الجسدية ، النفسية و الاجتماعية حيث يحتاج الطفل هنا إلى تزاوج عنصرين هما الواقع و الخيال. فهو يطور الفكر التجريدي عن طريق الحسي لهذا تعتبر هذه المرحلة انتقالية بجدارة على جميع الأصعدة (بدير، 2010).
- والطفل هنا سواء كان سليم الجسد أو مريض فهو مشروع استثمار مثالي لمشروع مجتمع، لذلك فإن التربية العلاجية موجهة هنا نحو الأسرة و الطفل، ليأخذ الطفل القسم الأكبر من الاهتمام في هذا البرنامج باعتباره مرتبط بالأسرة و لكن، لديه القدرة على الفهم و استيعاب المرض المزمن و موائمه لحد ما، بناء على النضج و الخبرة المعرفية و العقلية لديه.

## 5. مخطط العمل لبرنامج التربية العلاجية

## 1.5. شروط المشاركة في البرنامج

تم تصميم استمارة مشاركة في هذا البرنامج، بغية تحسيس المشاركين بجدية العمل و الزامهم به، و كذا احترام العمل الجماعي المؤسس إما من طرف القائمين على تطبيق البرنامج أو من طرف المشاركين، و هذا من أجل تحقيق كل الأهداف المسطرة في البرنامج و التي شعارها (من أجل تحقيق حياة أكثر فعالية).

و عليه، يمكننا ذكر أهم البنود التي أسست عليها الاستمارة:

- يجب على المريض أن تكون لديه الرغبة في المعرفة و تبني نمط حياة مناسبة للمرض و بلوغ الفعالية الذاتية.

- الالتزام بالبرنامج الموضوع للتربية العلاجية.

- مشاركة الأسرة كجزء في عملية التربية العلاجية، من تعاون قدر الامكان. (انظر الملحق الخاص بالاستمارة)

## 2.5. التوزيع الزمني للجلسات و تطورها

بلغ عدد الجلسات في هذا البرنامج 18 جلسة بمعدل جلسة 01 في الأسبوع لمدة 02h على الأكثر، و توزيع أنشطتها مرتبط بالأهداف المسطرة حسب ما سيأتي ذكره، فمنها 04 جلسات فردية و الأخرى جماعية أي 14 جلسة، حيث صمم البرنامج على مرحلتين أساسيتين، هما:

## مرحلة التفكيك:

تعرف هذه المرحلة أيضا بالتشخيص التربوي و غالبا ما يكون من خلال التربية العلاجية الفردية أو الجماعية (Slama-Chaudhry, 2013)، و هذا بفهم الأطفال المرضى بالربو (المشاركون و ذويهم)، و كذا تشخيص أهم المشاكل و الصعوبات التي يعانون منها، جسديا (المرض، شدته، أعراضه، نوع علاجه،...)

كانت أم نفسا (اضطرابات سلوكية انفعالية...) أو اجتماعيا (سوء التوافق، سوء التواصل، الشعور بالاختلاف...) بغية ربط العوامل البيو نفس اجتماعية فيما بينها و معرفة الفواصل المؤثرة فيها حسب درجات شدتها (فعلى سبيل المثال: البيو > نفس > اجتماعية)، فكما هو معروف أن كل فرد هو حالة قائمة بحد ذاتها، إلى جانب التقييم المعرفي الأولى المتعلق بماهية المرض، لتحديد مستوى المعلومات و جودتها و كذا تحديد صورة المرض و رمزيته عند الطفل و درجة تقبله.

### مرحلة التشكيل (مرحلة البناء عند الطفل):

تهدف هذه المرحلة إلى إعادة و تصحيح المفاهيم التي يمكن أن تكون مغلوطة عند الطفل اتجاه مرضه و تحسين أداء و ضبط مهاراته العلاجية، و خلق اتجاهات ايجابية اتجاه المرض و الحياة عند الطفل المريض. لتحتوي هذه المرحلة على 03 مراحل فرعية هي:

#### مرحلة اكتساب المعرفة:

تهدف هذه المرحلة بالأساس إلى نشر المعرفة التي تخص المرض و مهاراته و كذا التنقيف في ما يخص السلوكيات الصحية (Haute Autorité de santé, 2007)، التحسيس باستمرارية الرعاية الذاتية و المتابعة الطبية ، أهمية الالتزام بالعلاج (Bacoran, 2006)، و هذا بالشكل الذي يناسب الطفل و طريقة تفكيره (طريقة علمية تجريبية مبسطة و واضحة تثير جميع الحواس) من أجل ترسيخ المعلومة.

#### مرحلة اكتساب المهارة

تهدف هذه المرحلة بالأساس إلى زيادة استقلالية المريض في ممارسة الأنشطة اليومية و التقليل من حدة الأعراض و السيطرة على المرض (Bacoran, 2006)، و هذا بتدريب و تلقين الأطفال الطرق السليمة و الصحية لتناول الأدوية و كذا الطرق الوقائية و العلاجية للنوبة ضمن مواقف تجريبية حية و التعلم بالملاحظة (النمذجة).



مرحلة اكتساب الاتجاه (الخبرة):

تعتبر هذه المرحلة مهمة لما تمثله من حوصلة لنتائج المراحل السابقة و يمكن تلخيص الهدف منها في

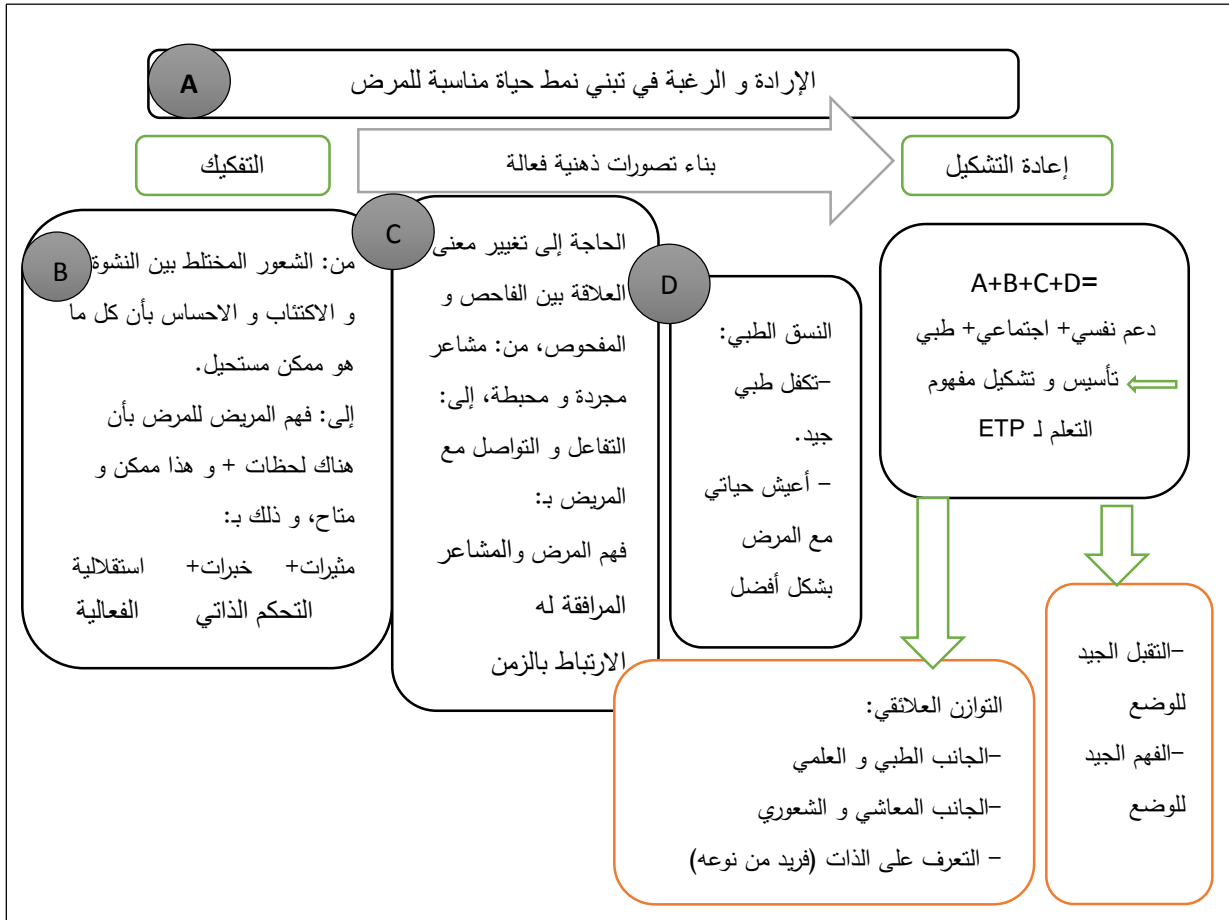
تطوير أنماط التواصل بين مقدمي الرعاية الصحية و المريض و تقبل المرض ( Haute Autorité de

Santé, 2007)، معرفة التعامل الجيد مع المرض من قبل الطفل و الأسرة، زيادة الثقة بالنفس، تعلم التخطيط

و تنظيم العمل ( Bacoran, 2006 ) و تحقيق الأهداف أياً كانت (الاعتقاد بالذات)، رفع روح التعاون و

التنافس و إبراز أهميتها، الحرية الشخصية و إبراز دور الوعي الثقافي في المبادرة، وصولاً إلى الإبداع.

و المخطط التالي يوضح مراحل برنامج التربية العلاجية بشكل آخر من للتفصيل:



شكل رقم 18: مخطط مراحل تطبيق برنامج التربية العلاجية

مقتبس من: (Ebussche & Ymard, 2010) و (Golay, Lager & Giordan, 2010) و (Simon, )

(Traynard.P-Y, 2009)

و الجدول التالي يوضح التوزيع التطوري لجلسات برنامج التربية العلاجية مع تحديد الأهداف و عدَد

الوسائل التعليمية المتاحة:

جدول رقم 21: توزيع الجلسات

المرحلة	نوع الجلسة/ عددها	الهدف	الوسائل المتاحة/الميزانية
مرحلة التفكيك	04 جلسات فردية 01 جلسة جماعية	- تقدير معرفة الطفل بمرضه و ما هو احساسه اتجاهه و اتجاه أسرته. - تقدير معرفة الطفل لاستخدام الأدوات الطبية الخاصة بمرض الربو. - تقدير معرفة أهمية الالتزام بالعلاج للطفل و أسرته . -التعارف بين المشاركين	-مقابلات خاصة بدراسة الحالة -استبيان تقييمي (أسئلة عن مرض الربو)
مرحلة التشكيل	03 جلسات جماعية	-معرفة ماهية المرض. -التعرف على الآلية الفيزيولوجية للمرض و العلاج.	-ملصقات، صور -جهاز الاسقاط الضوئي -حاسوب -أوراق و أقلام -لوازم أشغال يدوية

<p>-الأدوية الطبية الخاصة بمرضى الربو -الأجهزة العلاجية المساعدة لمرضى الربو -جهاز قياس ذروة التدفق (FEV) -أدوات تعليمية بسيطة للتدريب (مثل: البالونات،..) -الأدوات الطبية المعتدة (منزر، سماعة،..) -أوراق و أقلام -لوازم أشغال يدوية.</p>	<p>-التعرف على أنواع الأدوية العلاجية و طرق الوقاية من النوبات. -معرفة التعامل الجيد مع الأدوية -الالتزام بالعلاج</p>	<p>04جلسات جماعية</p>	<p>مرحلة اكتساب المهارة</p>	
<p><u>ملاحظة:</u> تقدر ميزانية الوسائل المتاحة بحوالي 30000.00DA، حيث أن الأدوية فقط تقدر بأكثر 20000.00DA و هذا يثبت أهمية و ضرورة مثل هذه البرامج في خفض التكلفة و العبء المادي على الوالدين، فعلاج صحيح مستمر يعني شفاء أو خفض الأعراض بأسرع وقت.</p>	<p>-معرفة التعامل الجيد مع المرض من قبل الطفل و الأسرة -زيادة الثقة بالنفس -تحقيق الأهداف أيا كانت (الاعتقاد بالذات) -التواصل مع الآخر</p>	<p>06جلسات جماعية</p>	<p>مرحلة اكتساب الاتجاه</p>	

و الهدف الأساسي دوما هو تغذية مصادر فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو في كل مرحلة من المراحل سألقة الذكر بغية تحقيق فعالية أكثر لبرنامج التربية العلاجية، و هذا ما سيتم توضيحه أكثر من خلال المفصل للأنشطة حسب كل جلسة.

### 3.5. العرض المفصل للأنشطة حسب كل جلسة

#### 1- جلسات فردية (الجلسات 04 الأولى )

اعتمدت الجلسات 04 الأولى على دراسة الحالة و التي تعتبر استثمار و تنظيم و تلخيص كل المعلومات المجتمعة عن الحالة (الطفل المريض) من مصادر مختلفة، بما يخدم الهدف منها، لذلك فإن دراسة الحالة هي كل المعلومات التي تجمع عن الحالة مشتملة عن حقائق محددة باستخدام طرق المقابلة و الملاحظة، و تاريخ الحالة... و هذا من أجل فهم أفضل للحالة و تحديد و تشخيص مشكلاته و غيرها (الحراشنة، 2012)، إلى جانب أنها تعد أيضا استراتيجية من الاستراتيجيات البيداغوجية التي تقترح التركيز على احتياجات المتعلم و التي تجعله نشطا في اكتساب علمه أي المعرفة و المحتوى الموجه لصالح تنمية المهارات المستدامة و تعبئتها، و المنطوية تحت مقاربة البناء الاجتماعي المعرفي (Lalancette, 2014) و هذا من خلال ما تسمح به من معرفة نقاط القوة و الضعف ثم التخطيط الجيد للاستفادة منها و استثمارها في العلاج و التنمية.

#### جدول رقم 22: المفصل لأنشطة الجلسات الفردية

المرحلة	نوع الجلسة	الهدف منها	التقنيات	الوسائل	المدة
مرحلة التفكير	جلسات فردية	- طرح تعريفي لبعض تفاصيل البرنامج - تقييم معلومات الأطفال و أسرهم على حدا فيما يخص المرض و طرق علاجه و مآلاته ..... - تحديد صورة المرض و رمزيته عند الطفل و درجة تقبله. - تعيين مواطن القوة و الضعف لدى الطفل و الأسرة - بناء خطة علاجية تربوية لمرحلة المعرفة حسب متوسط المعلومات بطرق تناسب الاحتياجات العمرية	دراسة الحالة	-الملاحظة -المقابلة -الاستبيان	01 h لكل جلسة

## 2- الجلسات الجماعية:

اشتملت الجلسات الجماعية على أنشطة محددة و مختارة بعناية و موزعة حسب تطور الأهداف التي سبق عرضها ضمن مراحل، مع احترام و احتواء حاجات الطفل المريض بالربو حسب ما خلصت إليه الدراسات السابقة و البروفيل، و ذلك بتعليم مباشر كالتعرف على المرض و آليات علاجه و مهاراته، إلى جانب الرياضة المناسبة بعد التأكد من أن الأطفال لديهم مستويات نشاط طبيعية ولا تحد من النشاط البدني للسيطرة على أعراض الربو، بالإضافة إلى المناقشة و التقييم المستمر بشكل منتظم الذي يساعد على إكمال خطة العمل و متابعتها مع جميع المرضى (BCGuidelines.ca, 2015)، استخدام استراتيجيات بناء المهارات وحل المشكلات للمساعدة على تحديد الحواجز والتغلب عليها، و ذلك بربط المرضى بمراد المجتمع، أي التفاعلات لتعزيز المريض كخبير في إدارة الأمراض المزمنة (Corbett & Fleming, 2005).

و هذا هو الهدف الأساسي من الجلسات الجماعية، خلق جو من التفاعل بناء على التربية عن طريق اللعب أو ما يعرف بالعلاج الجماعي باستخدام الأنشطة (مثل: تبادل الأدوار، أشغال = إعادة هيكلة و تنظيم المعلومات المرتبطة بالمرض ومهارات استخدام الأدوات الوقائية و العلاجية و كذا بناء الاتجاه نحوهم)، و الذي يساعد أيضا على تعزيز مصادر فعالية الذات، و خاصة أن اللعب في هذه السن (8-14) هو أكثر أنشطة الطفل استثارة لروح التعاون و التنافس لما يحمله من معاني خاصة في تكوين شخصيته و اثبات وجوده و تقدير ذاته، إنه وسيلة فعالة ليتعلم بها الطفل مهارات جديدة ويطور مهاراته القديمة و يوسع معارفه اتجاه مرضه كما يساعده على التذكر ، فمن خلاله يقوم بعمليات معرفية من استطلاع واستكشاف واستدعاء للصور الذهنية التي سبق وأن كونها كوحدة معرفية من خلال الاستيعاب "Assimilation" أو الموائمة "Accomodation" التي اعتبرها بياجيه "Piaget" وسائل للتكيف "Adaptaion" مع المحيط و التطور حسب المواقف المتاحة. غير أن اللعب عند الطفل في هذا العمر له خصوصية يجب معرفتها و هي الصعوبة في نقل الصراعات

الانفعالية سواء على المستوى اللفظي أو عن طريق التنفيس، فهم تخطوا العلاج باللعب و مازلوا صغار على العلاج بالمقابلة، لذلك كان العلاج الجماعي باستخدام الأنشطة هو الأنسب (عبد الفتاح، 1998).

حيث تم التركيز على بناء الثقة بالنفس و الادارة الذاتية و نمط التواصل، أي السيطرة على التأثيرات السياقية العامة و التي يتم فيها تعلم أنماط ثابتة من المواجهة (نسق الأسرة الروتيني، نمط التواصل و نوعية العلاقات..) (Drotar, 2014)، التركيز على فعالية الذات (العمليات الوجدانية ، العمليات المعرفية ،التحفيز، وجهة نظر الطفل لفعالية الذات، التنظيم الذاتي ..) (Bandura, 1994)، أي انشاء اعتقاد قوي في فعالية الشخصية و الإيمان بقدراتها في تحقيق الأفضل مع بصمة خاصة (خبرات ناجعة مضبوطة مع اسقاط صورة ذات الطفل "ثقة" ، ثم خبرات واقعية ذات بصمة تنافسية "لإثبات الذات") و هذا يوفر امكانيات متاحة لاستثمار أفضل لمصادر الفعالية الذاتية.

و فيما يلي مفصل للأنشطة حسب كل جلسة:

### ❖ الجلسة الجماعية 01

#### جدول رقم 23: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 01

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة التفكير + تمهيد لمرحلة اكتساب المعرفة	- تطبيق سلم ف.ذ (بروتوكول قبلي وبعدي خلال كل مرحلة) - الترحيب بالمشاركين و توضيح الهدف من البرنامج و اهميته و من يطبقه و كيف. - إذابة الجليد .. نمط تواصل متعدد الاتجاه	- تقييم مستوى الفعالية - التحسيس بأهمية الموضوع و جدية العمل لبلوغ النتائج المرجوة و تعميم الاستفادة - كسر بعض الحدود المعرقة للعمل .. السماح بنفوذية التواصل و تبادل المعلومات و تشارك الافكار و	-المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية-الباحثة-) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو + من حضر من الوالدين)	h 02

		<p>المناقشات (تعزيز مصدر الخبرات البديلة لفعالية الذات)</p> <p>-تمهيد للخوض في المرحلة 1 المعرفة:</p> <p>معرفة الطفل بمرضه و ما هو احساسه اتجاهه و اتجاه أسرته، معرفة الطفل لاستخدام الأدوات الطبية الخاصة بمرض الربو .</p> <p>-معرفة أهمية الالتزام بالعلاج للطفل .</p> <p>-قدرة الطفل على اسقاط نفسه عبر الزمن انطلاقا من صورته الذاتية</p> <p>*تقييم يساعد في بناء المحاضرات التالية الخاصة بهدف المعرفة</p> <p>- مناقشة عامة و تبادل الآراء و الأفكار (تعزيز مصدر الاقناع اللفظي لفعالية الذات)</p> <p>-الاستعداد الذهني + التشويق + تحسيس المشترك بالحرية في اختيار ما يناسبه و في نفس الوقت الالتزام (تعزيز مصدر الاستثارة الانفعالية لفعالية الذات)</p>	<p>- توضيح الهدف من الجلسة .. و توزيع استمارة تقييمية</p> <p>توزع على الطفل المريض و احد الوالدين المرافقين له</p> <p>و تحوي على بند: "ما هي الأسئلة التي تخطر على بالك الآن ..اكتبها"</p> <p>- مدخل عن امراض الحساسية و الربو (درس)</p> <p>- ختام الجلسة و المشاركة في تحديد موعد الجلسة القادمة و اعطاء مفهوم عن الهدف منها</p>	
--	--	--	---	--

❖ الجلسة الجماعية 02

جدول رقم 24: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 02

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المعرفة	- حوصلة عن ما مضى - القيام بتمارين رياضية مناسبة لصحتهم - محاضرة + عمل جماعي لأشغال تشرح فيزيولوجية المرض - حوصلة + مناقشة والتحدث عن هدف الحصة القادمة	-تقييم .. جس النبض -رفع مستوى الحماسة و غرس فكرة الاستمتاع بالعمل و القدرة على القيام باي شيء، (تعزيز الثقة بالنفس، بناء علاقة عاطفية مع المكان، و الزملاء+ المشرفين) - التعريف بالمرض و فيزيولوجيته ، أسبابه ، مآله و أهمية الالتزام بعلاجه (تعزيز الكفاءة العلمية و العملية، أي تعزيز مصدر الانجازات الأدائية لفعالية الذات) - تقييم الجلسة (الحصة)	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02



❖ الجلسة الجماعية 03

جدول رقم 25: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 03

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المعرفة	تابع لأنشطة الجلسة السابقة - حوصلة لما مضى+ رياضة + محاضرة مع أنشطة تعليمية+ مناقشة عامة+ الاتفاق على أنشطة الحصة المقبلة	- تابع لأهداف الجلسة السابقة + التعرف على أساليب و آليات العلاج : الأدوية ، الأدوات ... أهمية الرياضة و التغذية ، الوقاية... (دعم روح المبادرة و العمل الجماعي التعاوني)	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية+الطبيبة بالتنسيق مع أخصائية التغذية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو+ الوالدين)	h02

• الجلسة الجماعية 04

جدول رقم 26: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 04

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المعرفة	- حوصلة عن ما مضى -تمارين رياضية -مشاهدة عروض و مناقشتها - حوصلة + واجب منزلي (تلخيص ما قدم حسب ما فهمه الطفل، يمكن للأهل	- تذكير - خلق روح المنافسة+ تحفيز الانتباه و التذكر -ترسيخ مفهوم امكانية تغيير السلوك و التعايش مع المرض (تعزيز مصدر الخبرات البديلة عن طريق التعلم بالنمذجة) -متابعة و تقييم لتحديد مسار البرنامج نحو فعالية أكثر +تعزيز أنماط التعامل	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

			المساعدة) +التحدث عن الحصة القادمة
--	--	--	---------------------------------------

• الجلسة الجماعية 05

جدول 27: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 05

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المهارة	-حوصلة عن ما مضى (تطبيق البروتوكول) -القيام بتمارين رياضية	-تعزيز مصدر الاستثارة الانفعالية بالشكل الاجباري - اكتساب أهم المهارات التي يجب أن يكتسبها المريض للعلاج بالطرق السليمة و اهميتها و كيفية التخلص من بعض الأعراض طويلة الأمد و الغير مرغوب فيها (علاج و وقاية)= (تعزيز مصدر الانجازات الأدائية +الاقناع اللفظي) -تعزيز روح المبادرة و المشاركة في بناء البرنامج	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية)+ الطبيبة -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو + الوالدين)	h02

• الجلسة الجماعية 06

جدول رقم 28: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 06

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المهارة	- حوصلة عن الجلسة الفائتة - رياضة + تدريب و ممارسة عن طريق اللعب - واجب منزلي: تصوير شخصي لطريقة استعمال الادوية في المنزل	-تقييم و متابعة -ترسيخ مفهوم المرض ومهارات استخدام الأدوات الوقائية و العلاجية ( ثقة الطفل بنفسه، التخطيط و تنظيم العمل من أجل ادارة ذاتية) -متعة و خبرة و التزام	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) الطبيبة -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

• الجلسة الجماعية 07

جدول رقم 29: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 07

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المهارة	- حوصلة عن ما مضى + مناقشة الواجب المنزلي و ابراز مواطن الصواب و الخطأ في أخذ الدواء و تمارين الوقاية. - النمذجة: كل طفل يتحدث عن مرضه و ما يعايشه معه و ما تعلمه... - مناقشة و تحديد الجلسة القادمة.	- معرفة ذاتية و تصحيح ذاتي للأخطاء التي تؤثر في فعالية الدواء و منه الالتزام به ، مآله وصولاً إلى صورة الذات و المعتقدات نحوها - تبادل المعارف و الخبرات، التعلم بالنمذجة (تعزيز مصدر الخبرات+ الاقناع اللفظي +استثارة انفعالية ايجابية+ الشعور بالإنجاز)	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

• الجلسة الجماعية 08

جدول رقم 30: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 08

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب المهارة	-حوصلة عن ما مضى + حركات رياضية -تقسيم لورشات: اعطاء كل ورشة مجموعة من الوضعيات المرضية التي يجب أن يبرزوا كيفية التعامل معها. - مناقشة و تحديد الجلسة القادمة.	-تذكير و تقييم - بصمة تنافسية لاثبات الذات استراتيجية حل المشكلات -التواصل مع الآخر	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

• الجلسة الجماعية 09 و 10

جدول 31: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 09 و 10

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب الاتجاه	-تطبيق البروتوكول للأطفال - لعبة الكلمات - الحوار السقراطي -مناقشة	- الاتجاه نحو المرض (تفريغ) - معرفة عمق التأثير بالمرض و الأسرة و المستشفى أو العيادة ( تفكيك و اعادة تشكيل)	المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون في الجلسة 09 (الأطفال المرضى بالربو فقط) -المشاركون في الجلسة 10 (الوالدين... الأم فقط)	h01

• الجلسة الجماعية 11

جدول رقم 32: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 11

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب الاتجاه	-تمارين رياضية -أشغال: تشكيل صورة لصورة الذات و مناقشة الاتجاه نحو المرض بطرح أسئلة محددة -التفكير في موضوع الجلسة القادمة (معرض)	-الاتجاه نحو الذات، تحسين صورة الذات (الحرية في العمل، استبصار، الاحساس بالاستقلالية)	-المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

• الجلسة الجماعية 12

جدول رقم 33: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 12

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب الاتجاه	-تمارين رياضية -أشغال: عمل معرض حول مفهوم الهواء مع المناقشة بأسئلة محددة - العمل على موضوع الجلسة الختامية (مسرحية)	-بناء رمزية ايجابية(الحرية، التحرر) عن المرض بطريقة عكس رمزيته الأساسية التي تعبر عن الاختناق	-المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

• الجلسة الجماعية 13

جدول رقم 34: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 13

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب الاتجاه	-لعب الأدوار (التدريب على مسرحية من تأليف الأطفال تشمل كل أطراف السياق)	-العمل الجماعي، المبادرة، الحرية في العمل، الاحساس بالاستقلالية ، الشعور بالفعالية (بناء اتجاه ايجابي نحو الثقة بالنفس، الادارة الذاتية و نمط التواصل، و كذا اكتساب خبرة)	-المشرف الأساسي (الأخصائية النفسانية) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو)	h02

• الجلسة الجماعية 14:

جدول رقم 35: المفصل لأنشطة الجلسة الجماعية 14

المرحلة	النشاط/ التقنية	الهدف	من الذي يقوم به و لمن	المدة
مرحلة اكتساب الاتجاه	-تقييم نهائي -تنظيم معرض للأشغال و الأعمال الموجزة (مع شرحهم لها) -عرض المسرحية -سبر الآراء بتدوين ملاحظات و اقتراحات اتجاه هذا البرنامج	-ملاحظة و مقارنة شدة الأعراض -الشعور بالانجاز -تحقيق استثارة انفعالية ايجابية اتجاه المرض -الاقناع اللفظي - الفهم و العمل بمكتسبات الخبرات البديلة. -معرفة مدى نجاح البرنامج عند الطفل و الأحاسيس المرافقة له.	-فريق العمل (المشرفين على البرنامج) -المشاركون (الأطفال المرضى بالربو + الوالدين)	h02

ملاحظة: مما سبق عرضه في البروتوكول الكامل لبرنامج التربية العلاجية الخاص بالأطفال المرضى بالربو نجد أن النموذج المتبنى في تأسيس هذا البرنامج هو النموذج رباعي الأبعاد من الناحية الصحية و الممارسة، أما من الناحية التربوية التعليمية فالنموذج المتبنى هو من النظرية المعرفية الاجتماعية.

### • نتائج الدراسة الاستطلاعية

من خلال ما سبق عرضه فيما يخص اجراءات الدراسة الاستطلاعية نجد بأننا قد حصلنا على مجموعة من النتائج، نذكر منها:

❖ تصميم استبيان "مصادر فعالية الذات عند الطفل" و حساب خصائصه السيكومترية، بالإضافة إلى ترجمة "سلم فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو" و حساب خصائصه السيكومترية أيضا، مع تصميم لبطاقات خاصة لدراسة الحالة وفق العينة محل الدراسة.

❖ التمكن من بناء تصور حول الموضوع محل البحث (التعرف على العينة و الوسط الذي ستجرى فيه الدراسة الأساسية).

❖ التمكن من بناء خطة عمل لبرنامج التربية العلاجية الخاص بالطفل مريض الربو، و وضع تصور عام حول المحاور الكبرى له، و فيما يلي بعض التوضيحات حسب النتائج المتوقعة لتطبيق برنامج التربية العلاجية

وفق ما أشار إليها Degennaro عام 2013:

أ- بالنسبة لهدف المعرفة

-التعرف على نماذج و الاستفادة منها.

-فهم العلاقة بين المرض و العلاج و المآل

ب- بالنسبة لهدف الكفاءات

- الوقاية من عوامل الخطر

- تطوير المواد التعليمية في مرحلة الطفولة "النمو و التنمية"، فعلى سبيل المثال: النمو التسلسلي الخطي، النضج العاطفي و الانفعالي و الاجتماعي (الفهم الحقيقي للوضع الراهن -المرض و التحكم فيه-)، حيوية الجهاز التنفسي.
- الرعاية الصحية المنسقة، و تقديم الدعم، المشورة و التوجيه الاستباقي.

### ج- بالنسبة لهدف الاتجاهات

- الطفل ليس مذنب في المرض.
- الطفل انسان يحتاج الحب و التقبل كأساس لزرع الثقة بالنفس و كمحدد للتكيف.
- الطفل يفهم "فهم علمي للمرض" .

### ثانيا: الدراسة الأساسية

#### I. منهج الدراسة

المنهج عبارة عن مجموعة من الاجراءات الذهنية التي يتمثلها الباحث مقدا لعملية المعرفة التي سيقبل عليها، من أجل التوصل إلى حقيقة المادة التي يستهدفها (بدوي، 2000)، و اختيار المنهج و نوع تصميمه يعتمد على نوع الموضوع، فمن خلال موضوع دراستنا الأساسية و التي تتمثل في حساب حجم أثر البرنامج على رفع و دعم فعالية الذات لدى المشاركين في برنامج التربية العلاجية. و عليه، فإن المنهج المناسب له هو: المنهج التجريبي.

فالمنهج التجريبي هو التسمية التي تطلق على تصميم البحث الذي يحاول التحكم في جميع المتغيرات و العوامل الأساسية باستثناء متغير واحد يقوم الباحث بتطويعه أو تغييره ، فهدفها الأساسي الكشف عن العلاقات السببية، و من هنا تأتي صعوبة تصميم البحث التجريبي(بدر،1996)، لأنه مرتبط بالسيطرة على البيئة و المتغير و اختيار الأفراد (أبراش،2009)، و في نفس الوقت إذا صمم بعناية يصبح أداة قوية و ذات مصداقية،



و لذلك تم اختيار تصميم سولومون التجريبي (تصميم أربع مجموعات، Solomon four group)، لما يعتبر من أقوى و أدق التصاميم التجريبية.

فتصميم سولومون التجريبي له عدة مميزات تزيد من مصداقية النتائج المتحصل عليها، لنذكر من مميزاته

ما يلي:

يحتوي هذا التصميم على مجموعتي تحكم إضافية، والتي تعمل على تقليل تأثير المتغيرات الدخيلة، والسماح للباحث لاختبار ما إذا كان الاختبار القبلي نفسه له تأثير على الموضوعات.

الإعداد والتحليل أكثر تعقيداً بكثير، فإن هذا النوع من التصميم يقاوم العديد من مشكلات الصلاحية الداخلية التي يمكن أن تصيب الأبحاث. كما يتيح للباحث ممارسة السيطرة الكاملة على المتغيرات ويسمح بالتحقق من أن الاختبار القبلي لم يؤثر على النتائج.

يُعد اختبار سولومون لأربع مجموعات بمثابة تصميم قياسي لمجموعات اختبار ما قبل الاختبار و التحكم في اختبار ما بعد الاختبار. فهي مجموعات مختلفة من مجموعات تم اختبارها وغير مجربة مع مجموعات العلاج والسيطرة تسمح للباحث للتأكد من أن المتغيرات الدخيلة والعوامل الخارجية لم تؤثر على النتائج (Shuttleworth, 2009).

## II. حدود الدراسة

### 1. الحدود الزمانية

لقد تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة من 2017/12/18 إلى غاية 2018/03/20، و دام مدة ثلاث أشهر بناء على توزيع الجلسات بما يناسب جميع الأفراد المشاركون.

## 2. الحدود المكانية

لقد تم إجراء الدراسة الأساسية في المدرسة الابتدائية "عبد الله رضوان"، حيث تم الحصول على قسم بيداغوجي مناسب لتطبيق البرنامج، و كذا كان موقع المكان مناسب للأفراد المشاركين.

## 3. الحدود البشرية (المشاركون)

تتكون العينة من الأطفال المرضى بالربو الذين تتراوح أعمارهم بين (8-14) سنة و يمكنهم الالتزام بالبرنامج المقترح لتربية علاجية، و لهذا يكون انتقاء العينة قصديا و ذلك بأن :

- المشاركون أطفال تتراوح أعمارهم ما بين (8-14) سنة و مصابين بمرض الربو

- يوافقون على الالتزام ببرنامج التربية العلاجية المقترح.

• خصائص العينة (المشاركون):

حسب شروط العينة جعلت منها قصدية صعبة التحقيق (الطفل المريض بالربو + الموافقة على الالتزام

بشروط تطبيق البرنامج)، فلقد اشتملت عينة الدراسة على 08 أطفال مرضى بالربو، قسموا على 04 مجموعات

كل مجموعة تحتوي على مشاركون، و الجدول التالي يوضح خصائص العينة محل الدراسة:

جدول رقم 36: خصائص العينة

الخصائص		خصائص العينة المرتبطة بالمشاركين						خصائص العينة المرتبطة بالمحيط	
العينة									
08 أطفال مرضى بالربو	العمر	الجنس	المستوى التعليمي	مدة المرض	درجة الخطورة	المستوى التعليمي للوالدين	الدخل المادي للأسرة	نوع السكن	08 أطفال مرضى بالربو
	11 سنة	05	03	يتراوح توزيعها بين	يتراوح توزيعها بين	يتراوح توزيعها بين	يتراوح توزيعها بين	بين المتوسط	

	(دخل الفرد على الأقل DA30000.00 إلى الجيد) على الأقل DA50000.00 (	التعليم الثانوي و الجامعي	الدرجة الأولى و الثانية، أي يمكن علاجه	عام إلى 05 سنوات				و هو متوسط عمر العينة محل الدراسة
--	---	---------------------------	--	------------------	--	--	--	-----------------------------------

و الجدول التالي يوضح توزيع العينة حسب مجموعاتها التجريبية:

جدول رقم 37: توزيع العينة حسب مجموعاتها التجريبية

المجموعة	الجنس	العمر	المستوى التعليمي للطفل	مدة المرض	المستوى التعليمي للوالدين	المستوى المادي للأسرة	نوع السكن
المجموعة 01	ذكر	11 سنة	جيد	03 سنوات	ثانوي	جيد	مشمس و مهوى
	أنثى	11 سنة	جيد	عام	ثانوي	جيد	مشمس و مهوى
المجموعة 02	ذكر	11 سنة	جيد	عامين	ثانوي	متوسط	مشمس و مهوى
	أنثى	11 سنة	جيد	عامين	جامعي	جيد	مشمس و مهوى
المجموعة 03	ذكر	11 سنة	جيد	05 سنوات	جامعي	جيد	مشمس و مهوى
	أنثى	11 سنة	جيد	عامين	جامعي	جيد	مشمس و مهوى
المجموعة 04	ذكر	11 سنة	جيد	عام	جامعي	جيد	مشمس و مهوى
	ذكر	11 سنة	جيد	03 سنوات	ثانوي	جيد	مشمس و مهوى

## III. إجراءات تطبيق الدراسة

## • صدق تصميم برنامج التربية العلاجية

تفرض متطلبات الصدق في نتائج البحث أن يكون الوعي التام للعوامل التي تؤثر عليه بنوعيه الداخلي والخارجي، فالصدق الداخلي يعني درجة خلو البحث من المؤثرات الخارجية، أي ضبط المتغيرات الدخيلة، فكل ما يلاحظ على المتغير التابع فهو بفعل المتغير المستقل، أما الصدق الخارجي فهو ما يسمح بالتعميم (الحريري، الوادي، عبد الحميد، 2017). و هنا تم اجراء و ضبط هذه العوامل الدخيلة بغية تأسيس لصدق داخلي، و الموضحة كما يلي:

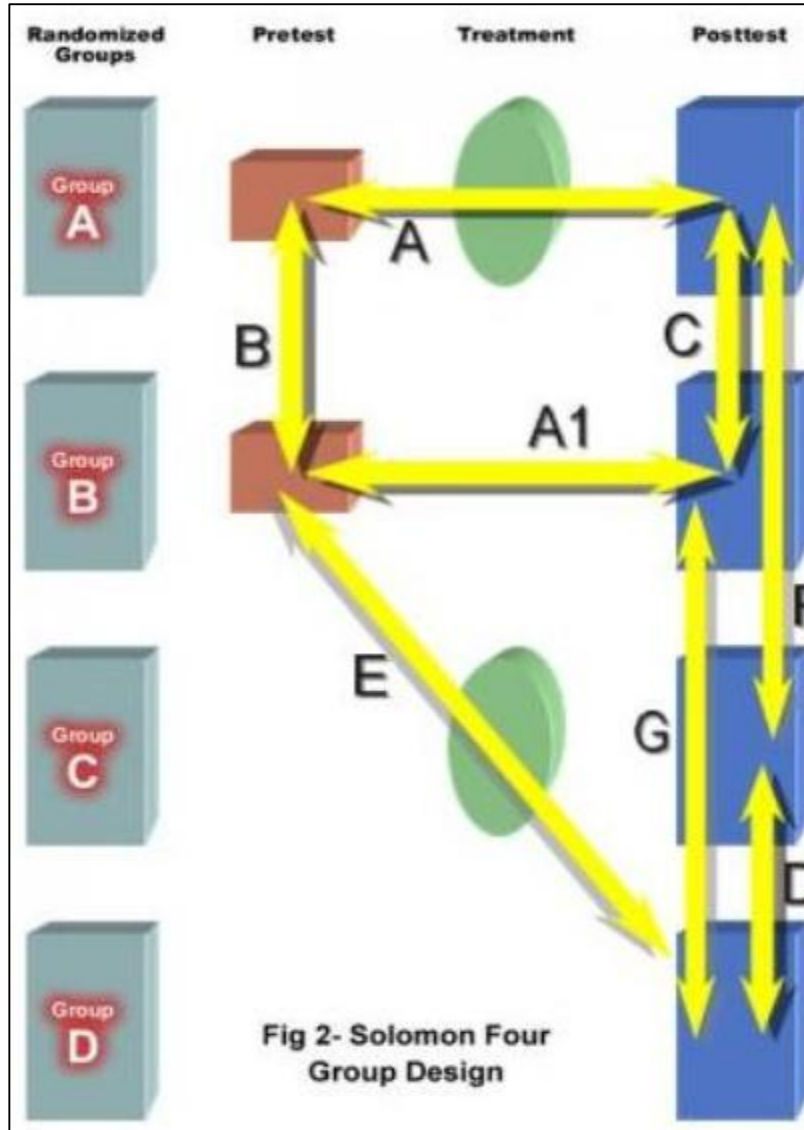
\* الصدق المرتبط بالعينة: فقد تم اختيار العينة بحيث لا يكون هناك فروق كبيرة في خصائصها (انظر جدول خصائص العينة).

\* الصدق المرتبط بالمتغيرات: مبدأ البرنامج واضح حيث يهدف لتنمية فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو من خلال التربية العلاجية، و جعل فعالية الذات مفعول لمبادئ التربية العلاجية في آن واحد.

\* الصدق المرتبط بأدوات القياس: تم تصميم استبيان مصادر فعالية الذات و حساب خصائصه السيكومترية، و للتدقيق أيضا و للمتابعة تم دعم الأداة الرئيسية بسلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو، بالإضافة إلى تطبيق نموذج دراسة الحالة (انظر الدراسة الاستطلاعية).

## • مخطط اجراء الدراسة

تم اجراء الدراسة بعد تقسيم الأفراد المشاركين إلى أربع مجموعات، و المخطط التالي يوضح تقسيم هذه المجموعات و كذا يوضح العلاقة بين كل مجموعة:



شكل رقم 19: مخطط تصميم سولومون لأربع مجموعات (Shuttleworth, 2009).

حيث أن:

المجموعة الأولى: خضعت هذه المجموعة إلى اختبار قبلي و اختبار بعدي (استبيان مصادر فعالية الذات) بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية عليها، و كذا خضعت لسلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو في كل مرحلة من مراحل تطبيق البرنامج، أي تطبيقه عند بداية مرحلة اكتساب المعرفة ثم اعاده تطبيقه في نهاية هذه المرحلة أو يمكن القول بداية مرحلة اكتساب المهارة ثم في نهايتها (بداية مرحلة اكتساب الاتجاه)، و أخيرا تطبيقه في نهاية مرحلة اكتساب الاتجاه.

المجموعة الثانية: خضعت هذه المجموعة لاختبار قبلي و آخر بعد لاستبيان مصادر فعالية الذات دون تطبيق برنامج التربية العلاجية عليها.

المجموعة الثالثة: خضعت هذه المجموعة لاختبار بعدي فقط، بعد أن تم اشراكها في البرنامج.

المجموعة الرابعة: خضعت هذه المجموعة لاختبار بعدي فقط، دون أن يتم اشراكها في البرنامج.

#### IV. الأساليب الإحصائية المستخدمة

اعتمدت الباحثة في نتائجها على الأساليب الإحصائية المستخدمة في برنامج Exel (برنامج ألي خاص بوصف الخوارزميات)، برنامج SPSS22 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) وبرنامج statistica soft (برنامج خاص متطور في المعالجة الإحصائية و ذكاء الأعمال)، و هي برامج تعنى بالتحليل الإحصائي على اختلاف أنواعه و التي تساعد في تحليل نتائج الدراسة و التحقق من فرضياتها.

لنذكر من هذه الأساليب الإحصائية ما يلي:

- الاحصاء الوصفي و الاستدلالي ( المتوسط، الوسيط، المنوال، التباين، مقاييس الاحصاء اللابارامتري، ...)

- حجم التأثير "الدلالة العملية"

- الاحتمالية اللوجستية

## الفصل السابع: عرض و مناقشة النتائج

### I. عرض و مناقشة نتائج الفرضيات

- 1- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى
- 2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية
- 3- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
- 4- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
- 5- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

### II. مناقشة العامة

### III. توصيات و مقترحات الدراسة

I. عرض و مناقشة نتائج الفرضيات

1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى

1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى

نتوقع مستوى منخفض لفعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة مقارنة بالأطفال

الأصحاء

بعد أن تم تطبيق مقياس مصادر فعالية الذات على مجموعة من الأطفال المرضى بالربو و أخرى على

أطفال أصحاء، حيث تكونت كلا المجموعتين من 08 أطفال، حيث أن خصائص عينة الأطفال الأصحاء

تكونت من 04 ذكور و 04 اناث عمرهم 11 سنة لا يعانون من أي مرض مزمن. تحصلنا على النتائج

الموضحة في الجداول التالية التي تبين مستوى فعالية الذات لديهم باستخدام برنامج SPSS-22:

• بالنسبة للأطفال الأصحاء

الجدول رقم 38: مستوى فعالية الذات عند الأطفال الأصحاء

مصادر فعالية الذات	فعالية الذات	الإنجازات الادائية	الخبرات البديلة	الاقناع اللفظي	الاستثارة الانفعالية
المتوسط الحسابي	16.375±1.19	4.375±0.74	3.625±1.06	4±0.76	4.375±0.74

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن مستوى فعالية الذات لدى الطفل عالية نسبيا حسب ما بلغته في

المتوسط الحسابي من قيمة تعادل (16.375) و التي هي محصورة في المجال [ 14-20] و الذي يعبر عن

مستوى عال من الفعالية، لتتوزع مصادرها على الترتيب من أصغر مصدر إلى أكبر مصدر: مصدر الخبرات

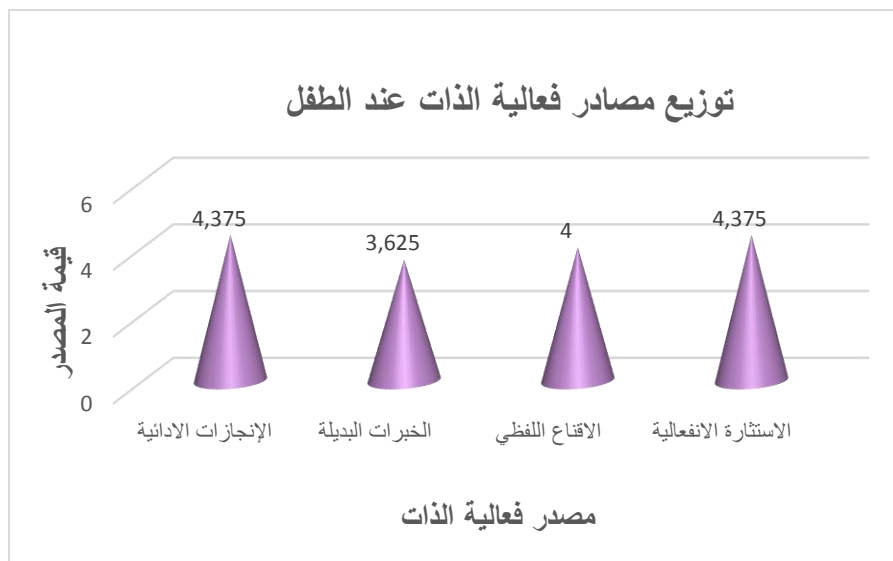
البديلة > الاقناع اللفظي > الاستثارة الانفعالية  $\geq$  الانجازات الادائية، و هذا استنادا لأعلى قيمة يمكن التحصل

عليها من كل مصدر و هي: 05، غير أن الانحراف المعياري متقارب في جميع المصادر عدا مصدر الخبرات

البديلة.



و الشكل التالي يوضح أكثر توزيع مصادر فعالية الذات عند الطفل:



شكل رقم 20: توزيع مصادر فعالية الذات عند الطفل

فمن خلال الشكل تتوضح صورة تشكل فعالية الذات عند الطفل بناء على مصادرها، لنجد أن الطفل يستعمل أو يملك الانجازات الأدائية و الاستشارة الانفعالية بشكل متساوي في القيمة كمصدر أساسي و عالي الاستثمار أكثر من غيره من المصادر، ثم يليها الاقناع اللفظي، و الخبرات البديلة التي احتلت المرتبة الأخيرة كأصغر مصدر بقيمة (3.625)، غير أن الانحراف المعياري متقارب في جميع المصادر عدا مصدر الخبرات البديلة.

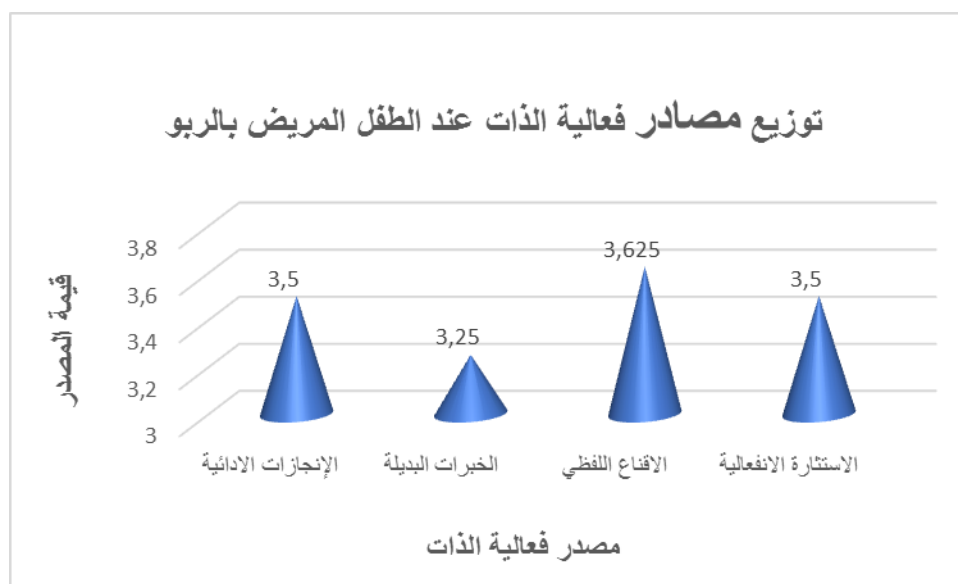
• بالنسبة للأطفال المرضى بالربو

الجدول رقم 39: مستوى فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو

مصادر فعالية الذات	فعالية الذات	الإنجازات الادائية	الخبرات البديلة	الاقناع اللفظي	الاستشارة الانفعالية
المتوسط الحسابي	13.875±0.83	3.5±0.93	3.25±0.89	3.625±0.92	3.5±1.20

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أن مستوى فعالية الذات لدى الطفل المريض بالربو متوسطة حسب ما بلغته في المتوسط الحسابي من قيمة تعادل (13.875) و التي هي محصورة في المجال [ 07-14] و الذي يعبر عن مستوى متوسط من الفعالية، ، لتتوزع مصادرها على الترتيب من أصغر مصدر إلى أكبر مصدر: مصدر الخبرات البديلة > الانجازات الأدائية  $\geq$  الاستثارة الانفعالية > الاقناع اللفظي، و هذا استنادا لأعلى قيمة يمكن التحصل عليها من كل مصدر و هي: 05، غير أن الانحراف المعياري متقارب في جميع المصادر عدا مصدر الاستثارة الانفعالية.

و الشكل التالي يوضح أكثر توزيع مصادر فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو:



شكل رقم 21: توزيع مصادر فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو

فمن خلال الشكل تتوضح صورة تشكل فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو بناء على مصادرها، لنجد أن الطفل المريض بالربو يستعمل أو يملك الاقناع اللفظي كمصدر أساسي و عالي الاستثمار أكثر من غيره من المصادر، لتتساوى قيمة مصدر الانجازات الأدائية و الاستثارة الانفعالية بغض النظر عن انحرافهما المعياري الذي يشير إلى وجود تباين في معطيات مصدر الاستثارة، و في الأخير يأتي مصدر الخبرات البديلة على أنه أضعف المصادر.

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على توقع مستوى منخفض لفعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة مقارنة بالأطفال الأصحاء هنا محققة، حيث أن مستوى فعالية الذات عند الأطفال الأصحاء عالية نسبياً (16.375) مقارنة بمستوى فعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو و التي هي في المستوى المتوسط نسبياً (13.875).

## 2.1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى

بناءً على النتائج المتحصل عليها من مستوى فعالية الذات المتعلقة بالأطفال الأصحاء و الأطفال المرضى بالربو و الموضحة على الترتيب (13.875، 16.375)، و هي درجات تعبر على أن للطفل فعالية ذات لها استعداد قوي للتطور، و هذا انطلاقاً من الافتراض الذي أشار إليه "Frank Pajares" الذي ينص على أن المعتقدات التي يحملها الأطفال و المراهقين حول قدرتهم على النجاح في مساعيهم هي قوى حيوية في وقت لاحق تؤسس للنجاحات و الإخفاقات التي يحققونها في هذه المساعي. و فعالية الذات هذه توفر أساساً للتحفيز والرفاهية والإنجاز الشخصي في جميع مجالات الحياة و مواجهة الصعوبات التي لا مفر منها و ذلك حسب نوع تصوراتهم لقدراتهم و مهاراتهم (Pajares, 2005)، و خاصة أنها تحتوي مجموعة من جوانب النمو كما ذكرها "Miller" و التي تساهم وظائفها في تطور و سرعة نمو و كذا تحديد أو تغيير السلوك، فهو يرى تكاملاً لها في الجانب العاطفي و المعرفي و العلاقات الاجتماعية، أي تؤيد حاجات الطفل للعاطفة و للمعرفة و التواصل في تكوين شخصيته (Tomas, 2008)، لذلك من الطبيعي أن نجد عند الطفل مستوى معين من فعالية الذات، و لكن اختلاف هذا المستوى مرتبط بتلك الجوانب سألها الذكر و التي تدعمها قواعد النظرية المعرفية الاجتماعية.

والمستوى المتوسط عند الطفل المريض بالربو لمصادر فعاليته الذاتية المتحصل عليها من خلال النتائج المبينة و التي بلغت درجة 13.87، تدل على أن للطفل في هذا العمر (8-14) سنة مدخلات و مخرجات مخزنة و قابلة للاستثمار إن وجدت الجو الملائم للتحرر، فالطفل المريض هو كالطفل العادي من حيث النمو إلا أن له خاصيتان إضافيتان، يمكن القول عنهما ميزتان: التجربة و التي تتمثل في خبرة المرض، و النضج الذي يتمثل في الكفاءة المكتسبة من معلومات و مهارات خاصة بالعلاج، و هذا ما يجعلنا نرسم له مخطط خاص بتوزيع مصادر فعالية الذات لديه، و التي تبرز فيها مميزاته حين تمت المقارنة بينه و بين توزيع مصادر فعالية الذات عند الأطفال الأصحاء.

حيث أن مصادر فعالية الذات لديه تتوزع بشكل يتناسب و حالته الصحية المرتبطة بالمعاش ضمن السياق المحدد، فعلى سبيل الذكر: مصدر الخبرات البديلة و الذي حقق أدنى درجة عند كلا المجموعتين بمعدل متوسطه الحسابي ( عند الطفل العادي: 3.625، عند الطفل المريض: 3.12)، و الذي يمكن مرده إلى عدم وجود نماذج تمتلك نفس الصفات (العمر - الجنس - الحالة الصحية) في محيط الطفل و بالخصوص الطفل المريض بالربو، حيث أن جلّ الأطفال المرضى في إجاباتهم "أنهم لا يشبهون أصدقائهم" مما قلل عندهم هذا المصدر، إلى جانب أنهم يتأثرون الزاما بالمحيط الاجتماعي، فالطفل أيا كانت حالته فهو يتأثر بأمه و أبيه و إخوته، و من هنا يتكون نسيج نفسي يعيش في إطاره من خلال التقليد كدعامة قوية من دعائم التعليم و اكتساب المهارات المختلفة و كذا حسن الاتصال الثقافي الذي يهيمن على الحياة الأسرية و الاجتماعية (عباس محمد عوض، 1999).

أما بالنسبة لمصدر الانجازات الأدائية و الاستثارة الانفعالية فلقد لوحظ أن لهما نفس الرتبة، أي سجل لهما نفس متوسط الدرجات عند الأطفال لأصحاء (الطفل العادي) و عند المرضى بالربو كذلك، و لقد احتلا المرتبة الأولى بالنسبة للأطفال لأصحاء و المرتبة الثانية عند المرضى بالربو، و هذا عن دل على شيء إنما يدل على مدى أهمية هذين المصدرين عند الطفل و تأثيرهما الفعال معاً، و خاصة أنهما مصدران مرتبطان بواقع الطفل و معاشه بشكل مباشر و استلزامي.

و عليه، فإنه يمكن مرد هذه النتائج فيما يخص الطفل المريض بالربو و التي حققت (3.5) في الانجازات الأدائية إلى عدم الاجهاد المرتبط بالمرض -الربو- كحالة أو كوقاية، على الرغم من أنه معدل لا بأس به لطفل مريض بمرض مزمن، و هذا يعني أن للطفل المريض بالربو أساس قوي لتحقيق مستوى أعلى من فعالية الذات فيما يخص هذا المصدر و الذي بلغ عند الطفل العادي (4.375).

كما أنه يمكن تفسير مصدر الاستثارة الانفعالية التي تحتل نفس رتبة مصدر الانجازات الأدائية (3.5)، غير أن توزيع هذا المصدر كان بانحراف معياري كبير نسبياً مقارنة بالمصادر الأخرى عند الطفل المريض بالربو، و هذا يبرز أن للمصدر خصوصية متعلقة بالفروق الفردية عند الطفل المريض (شدة المرض، مدة المرض، تصوره للمرض، نوع العلاج و تأثيراته) و بالخصوص أن للمرض و أدويته المضادة للالتهاب علاقة بنشاط المسار العصبي-المناعي، حيث أن الأدوية ذات أساس مضادات الالتهاب اللاستيرويدية 'NSAID' و التي هي مرتبطة بطبيعتها بنشاط هرمون ACTH و الكورتيزون المتدخلان في ادارة الألم و التحفيز على انتاج مضادات الالتهاب، فهما يؤثران على انتاج المواد الكيميائية الموجودة في الجسم والتي تدخل حيز التنفيذ

كلما دعت الحاجة إلى إمدادات إضافية (Buer, 2014)، إلى جانب ما تلعبه المؤشرات الفيزيولوجية للفعالية و ذلك حسب المسار العصبي- الانفعالي (و هنا يظهر جوهر العلاقة بين هذين المصدرين - الانجازات الأدائية و الاستثارة الانفعالية-)، أي أن الأمر هنا متعلق بالتوتر و نوعه بالدرجة الأولى في السيطرة. و لكن، بالإجمال يمكن القول بحساسية الطفل المريض بالربو اتجاه المواقف و نتائجها، و يمكن اعتبار هذا سبب آخر لارتفاع معدل المتوسط الحسابي (3.62) في مصدر الاقناع اللفظي و احتلاله الرتبة الأولى من المصادر على غرار الطفل العادي و التي كان فيها في المرتبة الثانية، أي أن الطفل المريض بالربو يتأثر أكثر بأشكال الاقناع مقارنة بالطفل العادي الغير مريض ، و هي ميزة أخرى تدل على أن للطفل المريض بالربو القابلية لتحقيق فعالية ذات أكبر إن حَسُن استغلالها، و أبسط مثال يمكن ذكره عن الاقناع اللفظي كلمات الآباء و تفضيلاتهم، فتأثير الآباء على السلوكيات الصحية للأطفال بالطرق الإيجابية والسلبية يحدث في كثير من الأحيان دون ادراك للوالدين بذلك (Trost & al.,2003).

و هذا يعني أن فعالية الذات عند الطفل مستواها مرتبط بالآخر (المحيط +البيئة) إلى جانب الاستعداد الوراثي.

## 2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثانية

### 1.2. عرض نتائج الفرضية الثانية

لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو قبل تطبيق البرنامج تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل ،مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة ،نوع السكن.

- عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى

للعوامل سالفة الذكر حسب معطيات المجموعة 01 و02

• عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

الجنس:

الجدول رقم 40: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس

Mann-Whitney U							
الدلالة	Mann-Whitney U	أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	الجنس	عدد العينة	فعالية الذات
0.181	9.500	15	13	14	02=ذكور	04	الذات
		14	14	14	02=إناث		

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Mann-Whitney U (9.500) بمستوى دلالة (0.181) و هي غير دالة احصائيا على وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل الجنس، حيث يتساوى المتوسط الحسابي و الوسيط بينهما.

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس محققة. أي، لا توجد فروق تعزى لعامل الجنس.

• عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

السن:

جدول رقم 41: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن

أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	المتوسط	العمر	عدد العينة	فعالية الذات
15	13	14	14	11سنة	04	الذات

من خلال النتائج المبينة في الجدول أعلاه نجد أن العينة في المجموعتين عامل السن فيها تمثل في 11 سنة، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، و التي توزيعها اعتدالي بمتوسط حسابي و وسيط يساويان 14.

و عليه، فإن الفرضية هنا محققة مع عامل السن. أي أنه لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن.

• عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للطفل:

جدول رقم 42: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للطفل

أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	المتوسط	المستوى التعليمي للطفل	عدد العينة	فعالية الذات
15	13	14	14	جيد	04	

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل المستوى التعليمي للطفل فيها تمثل في "مستوى جيد"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، و التي توزيعها اعتدالي بمتوسط حسابي و وسيط يساويان 14.

و عليه، فإن الفرضية هنا محققة مع عامل المستوى التعليمي للطفل. أي أنه لا توجد فروق في مستوى

فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل.

• عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة

المرض:

جدول رقم 43: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

مدة المرض

Kruskal Wallis Test				
	عدد العينة	مدة المرض	Chi-Square	الدلالة
فعالية الذات	04	عام=01	2.250	0.325
		عامين=02		
		03 سنوات=01		

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Chi-Square المتعلقة بحساب Kruskal Wallis

Test = 2.250 عند مستوى دلالة (0.325)، و هي غير دالة احصائيا على وجود فروق في مستوى فعالية

الذات تعزى لعامل مدة المرض. و لكن، عند اختبار (توكي) فهو يؤكد على وجود فروق من خلال رسمه

البياني (انظر الملحق رقم 08)

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج

تعزى لعامل مدة المرض محققة. أي، لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

مدة المرض. و لكن نشير إلى ما جاء في اختبار (توكي) فهو يبين الفروق لصالح مدة المرض 03 سنوات.



- عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للوالدين:

جدول رقم 44: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

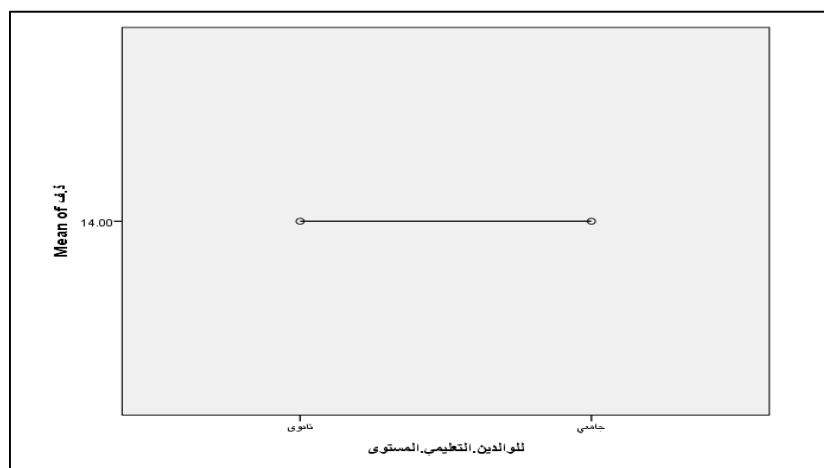
المستوى التعليمي للوالدين

فعالية الذات	عدد العينة	المستوى التعليمي للوالدين	الوسيط و المتوسط	أدنى درجة	أعلى درجة
الذات	04	03=ثانوي	14	13	15
		01=جامعي	14	14	14

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة الوسيط و المتوسط هي مشتركة في 14،

و هذا يعني عدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين. حيث أنه أيضا

بالنسبة لاختبار (توكي) لا توجد فروق كما هو موضح في الرسم البياني الآتي:



شكل رقم 22: نتائج اختبار (توكي) بالنسبة للفروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى التعليمي

للوالدين

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج

تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين محققة.

• عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل الدخل

المادي للأسرة:

جدول رقم 45: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

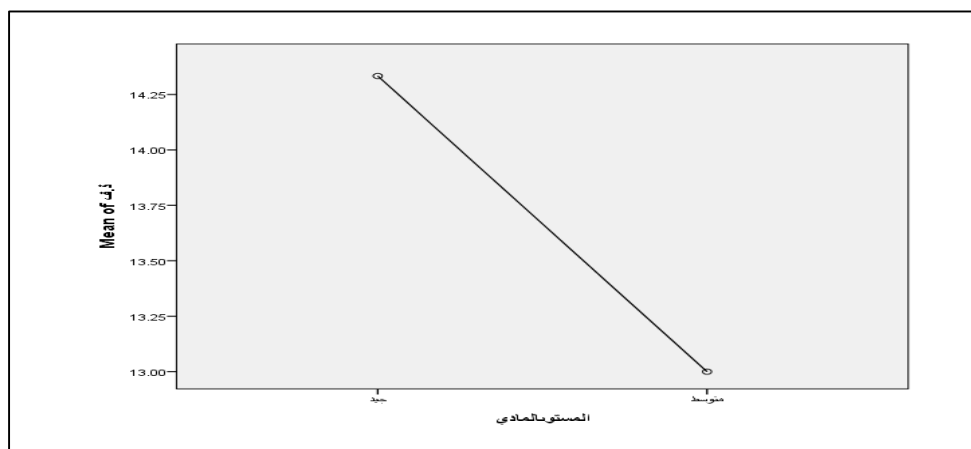
الدخل المادي للأسرة

فعالية الذات	عدد العينة	المستوى المادي للأسرة	المتوسط الحسابي	أدنى درجة	أعلى درجة
الذات	04	03=جيد	14.5	14	15
		01=متوسط	13	13	13

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة المتوسط الحسابي عند المستوى المادي

الجيد 14.5 أما عند المستوى المتوسط 13 و هي تدل على وجود فروق في مستوى فعالية الذات لصالح

المستوى المادي الجيد للأسرة، و هذا ما جاء حسب نتائج اختبار (توكي) الموضحة في الرسم البياني الآتي:



شكل رقم 23: نتائج اختبار (توكي) بالنسبة للفروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى المادي

للأسرة

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على عدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى المادي للأسرة غير محققة لصالح الدخل الجيد.

• عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

نوع السكن:

جدول رقم 46: النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل

نوع السكن

أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	المتوسط	طبيعة السكن	عدد العينة	فعالية الذات
15	13	14	14	مهوى	04	

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل طبيعة السكن فيها يتمثل

في "مهوى"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، و التي توزيعها اعتدالي بمتوسط حسابي و وسيط يساويان 14.

و عليه، فإن الفرضية هنا محققة مع عامل طبيعة السكن. أي أنه لا توجد فروق في مستوى فعالية

الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل طبيعة السكن.

\* و مما سبق نلاحظ أن نتائج الفرضية انقسمت إلى:

- وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل مدة المرض إذا أخذنا بنتائج اختبار (توكي)، المستوى

المادي للأسرة.

- لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل الجنس، العمر، المستوى التعليمي للطفل، المستوى

التعليمي للوالدين، طبيعة السكن.

و عليه، فالفرضية الثانية محققة، عدا عاملين و هما: مدة المرض و المستوى المادي للأسرة.

## 2.2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية

من الصعب بما كان تطبيق التصاميم التجريبية في العلوم الاجتماعية و الانسانية، و قد خلقت في هذا جدلا فلسفيا كبيرا، لأن الحالة المتعامل معها هي "انسان" و يصعب ضبط العوامل المؤثرة في المحيط و التي يمكن أن تؤثر بشكل أو بآخر في النتائج و تحول دون تعميمها، لذلك تأسست هذه الفرضية من أجل معرفة ضبط و حصر العوامل الدخيلة التي يمكن أن تؤثر على التصميم التجريبي الخاص بتطبيق و تقييم تأثير البرنامج المعد، و خاصة أنه من المعروف عن الاختلافات الفردية أنها تؤثر في التعلم و التي تتضمن الوراثة (الذكاء و السمات البدنية و السمات العقلية و القدرات)، البيئة (ما يتم تعلمه و توصيله في ثقافات مختلفة أو في مجموعات اجتماعية أخرى، و تشمل الأسرة: أسلوب الأبوة ، التنافس بين الأخوة. الحالة الاجتماعية والاقتصادية: دخل الأسرة، تعليم الوالدين، احتلال الوالدين، الوضع الاجتماعي. الثقافة: العرق، الانتماء)، المعرفة السابقة، التجربة، و الاختلافات بين الجنسين... (Muzaffar & al., 2008).

و من خلال النتائج المتحصل عليها نجد أن الفرضية انقسمت إلى شقين منها ما خلصنا إليه بوجود فروق، و الأخرى لا توجد فروق، حيث يمكن أن تصنف العوامل المحددة في الفرضية حسب النتائج إلى: عوامل متعلقة بالطفل: لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل الجنس، العمر، المستوى التعليمي للطفل، إلا عند عامل مدة المرض.

عوامل متعلقة بالأسرة: توجد فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى المادي للأسرة، و لا توجد فروق تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين.

عوامل متعلقة بالبيئة: لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل طبيعة السكن.

و هذا يدل على التجانس في العينة محل الدراسة وفق متطلبات التصميم التجريبي الخاص بالبحث، فعلى السبيل المثال: الأطفال المشاركون عمرهم متقارب جداً، التنوع من حيث الجنس دون اختلاف في مستوى فعالية الذات بشكل دال احصائياً و كذلك المستوى التعليمي للوالدين و طبيعة السكن...، فالتأثير هنا على فعالية الذات بعد التطبيق سيؤول إلى تأثير برنامج التربية العلاجية فقط .

لنعبّر عن هذا بالصدق الداخلي أو الصلاحية الداخلية و التي هي وسيلة لقياس ما إذا كان البحث سليماً. أي، أنه مرتبط بعدد المتغيرات المركبة أو الدخيلة التي يمكن أن تكون ضمن التجربة (Stephanie, 2014)، فهي الحقيقة التقريبية حول الاستدلالات المتعلقة بالسبب أو العلاقات السببية. فقبل الحكم على تأثير البرنامج، السؤال الرئيسي في الصلاحية الداخلية هو ما إذا كان يمكن أن تنسب التغييرات الملاحظة إلى البرنامج أو التدخل (أي السبب) وليس لأسباب أخرى محتملة (يوصف أحياناً بأنها "تفسيرات بديلة" للنتيجة) (William, 2006).

و لكن، هذا ليس في المطلق أو هو متاح في الواقع بشكله المثالي، حيث أنه من الصعب رصد كل العوامل و التحكم فيها، فمثلاً هنا: وجدت فروق في مستوى الفعالية ترجع لعامل المستوى المادي للأسرة و مدة المرض. و هذا يمكن أن يرفع من درجة الارتياب، و يخفض من مستوى الصلاحية الداخلية (Stephanie, 2014).

### 3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

#### 1.3 عرض نتائج الفرضية الثالثة

توجد فروق في مستوى فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية لدى الأطفال المرضى بالربو (8-14) سنة.

### 1.1.3 عرض نتائج تطبيق البرنامج

#### ❖ عرض نتائج مرحلة التفكير

تمثلت هذه النتائج في دراسة الحالة للأطفال المشاركين بغية التشخيص التربوي و فيما يلي ملخص

للمقابلات مع تحليلها: (انظر أيضا للملحق رقم 09)

#### 1- عرض ملخص مقابلات الحالة 1 (المجموعة 01)

تم اجراء المقابلات مع الحالة "أ" في المدرسة حيث تم تطبيق البرنامج، هي فتاة تبلغ من العمر 11 سنة،

مريضة بالربو درجة أولى منذ حوالي عام. تقطن في وسط المدينة في عمارة لها جو مناسب للحالة، أما بالنسبة

للحالة الاجتماعية للأسرة فهي جيدة.

و في الجدول التالي ملخص لدراسة الحالة التي أجرت على الحالة " أ":

#### جدول رقم 47 : ملخص مقابلات الحالة 1

<p>نحيفة، حيوية و نشيطة، متفاعلة جيدة، منظمة في ادارة وقتها. كثيرة المرض بالزكام منذ الصغر، أما الآن و قبل عام أصبحت مريضة بالربو الموسمي "الربيع" المتمثل بالأعراض التالية: حساسية من الغبار و حبوب الطلع بالإضافة إلى حساسية ضد الحليب و البيض، سعال، ضيق تنفس.</p>	<p>بطاقة تاريخ الحالة المرضي</p>
<p>من خلال المقابلة تبدو الحالة فتاة بسيطة تحب الحياة و التميز و تسعى للنجاح، متعلقة بالأسرة كثيرا لدرجة أن بعض المشاكل المرتبطة بالعائلة الممتدة أثرت عليها، لها مكانة خاصة في أسرتها "القافزة"، تحب المطالعة و الدراسة و اللعب، لها علاقات اجتماعية جيدة.</p> <p>أما بالنسبة للمرض، فعلى الرغم من أنه ليس بالمتقدم، و على الرغم من ابداء شجاعة أثناء النوبات (أحاول أن أهدأ و آخذ دوائي)، و كذا حرصها على</p>	<p>بطاقة للطفل المريض بالربو + المقابلة الموجهة</p>

<p>الوقاية (نبعد على الحوايج يلي ديرولي حساسية... غير الجو ما نقدرش نتحكم فيه)، إلا أنها وصفت مرضها (يشبه الحريق).</p> <p>لها اسقاط جيد نحو المستقبل (نكون طبية، تبقى شخصيتي كيما راني عالصغر)، و لكن لديها مشكلة استصعاب التعبير عن الأشياء المزعجة.</p>	
<p>أشادت الأم في المقابلة على أن ابنتها تعتبر الهادئة و النشيطة في المنزل، إلى جانب أن الحالة هي من تهتم بنفسها فيما يتعلق بالمرض، نمت جيدا حسب ما تتطلبه كل مرحلة عمرية، الأسرة مستقرة، و غير قلقة من المرض حسب ما طمأنهم به الطبيب.</p>	<p>بطاقة للمرافق (الأم)</p>

• تحليل ملخص مقابلة الحالة 01

من خلال ما سبق، نجد أن للفتاة علاقة طيبة مع ذاتها و مع الآخر سواء الأسرة أو الأصدقاء، أما بالنسبة للمرض فهو (يشبه الحريق) من ناحية الإحساس، أما من ناحية العلاقة (مميز)، باعتبار أنها ترى نفسها شخص مميز (القافزة)، حيث أنها منظمة و تحاول العناية بنفسها دون طلب المساعدة و تسعى لتطبيق الإجراءات الوقائية على الرغم من ادراكها للعجز في بعض المحاولات، و هذا يعني أن الحالة على توافق كبير مع نفسها و متقبلة للمرض لحد كبير فقط تحتاج لتوجيه و استثمار جيد مادام لديها الاستعداد نحو التطور و الرغبة لحياة أفضل.

وعليه، يمكن أن نوضح فيما يلي الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة، و المتمثلة

في:

جدول رقم 48 : جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 01

أخرى	خصائص اجتماعية	خصائص نفسية	خصائص فيزيولوجية
-معرفة سطحية بالمرض. -السكن مناسب للحالة. -محاولات جيدة للتقيد بالتعليمات الوقائية و العلاجية.	التواصل الجيد مع الآخر، التعلق بالأسرة، الصعوبة في التعبير عن المواقف المزعجة.	لطيفة، نشيطة و مرحة، عفوية، تحب التعلم، كثيرة الأسئلة، منظمة، متقبلة للمرض	نحيفة ريو، أعراضه: حساسية من الغبار و حبوب الطلع مع حساسية الحليب و البيض، سعال، ضيق تنفس.

## 2- عرض ملخص مقابلات الحالة 02 (المجموعة 01)

تم اجراء المقابلات مع الحالة "خ" في المدرسة، هو فتى يبلغ من العمر 11 سنة، مريض بالربو درجة

ثانية منذ حوالي 03 أعوام، يقطن في وسط المدينة في بيت العائلة و الذي يتميز بجو مناسب للحالة.

و في الجدول التالي ملخص لدراسة الحالة التي أجرت على الحالة "خ":

## جدول رقم 49 : ملخص مقابلات الحالة 02

بطاقة تاريخ الحالة المرضي	نحيف، هادئ، خلوق، كثير المرض منذ الصغر من زكام، حساسية "اكزيما"، فالربو و الذي تتمثل أعراضه في: حساسية، صعوبة التنفس، السعال، الصغير.
بطاقة للطفل المريض بالربو + المقابلة الموجهة	من خلال المقابلات نجد أن الحالة تتميز بالهدوء و الخلق الحسن، محبة للدراسة و اللعب، كما تتمتع بعلاقات جيدة و متوافقة مع الذات (قوي و شجاع، كأني الرئيس عليهم) و الأصدقاء و الأسرة التي جعلت منه الطفل المميز في العائلة، إلا أنه يشعر بأنه ليس حر بسبب المرض، فالمرض يجعله يحس بالاختناق و يعني له "المعاناة، القلق، التوسويس" حسب قول الحالة.



<p>فالحالة لم ينكر مشكلته مع تقبل المرض و العلاج الذي يتخبط فيه وحده مع أمه و عمته ( منذ الصغر... مرض آخر - قصده العلاج- تعلمت وحدي أنا و ماما، السبيطار دخلتلوا بزاف ما هوش مليح).</p> <p>له اسقاط جيد نحو المستقبل (بيطري، و لا طيار عسكري)، و لكن لديه مشكلة استصعاب التعبير عن الأشياء المزعجة.</p>	
<p>أكدت الأم من خلال المقابلة على معاناة ابنها مع المرض على الرغم من أنه لا يظهر ذلك عيانا (ما يشكيش بصح حاسة بيه )، كما أنه دائم المرض منذ الصغر، لتشديد على فكرة برنامج التربية العلاجية و الحاجة لها في هذا الوقت (مزية درتوا هذا البرنامج، جاء في وقتنا).</p> <p>الحالة على الرغم من أنه خلوق و ذو علاقات حسنة إلا أنه منقلب المزاج، حسب قول الأم ( ياخض الراي... منقلب المزاج)</p>	<p>بطاقة للمرافق (الأم)</p>

### • تحليل ملخص مقابلة الحالة 02

من خلال ما سبق، نجد أن الحالة لديها توافق نفسي كبير لحد ما، و هذا تجلى بفضل دعم الأسرة له لتجعله الطفل (الشجاع و المميز) في الأسرة و في المدرسة مع الأصدقاء، و هناك سعي واضح لتجعله مميز مع مرضه كذلك. لأنه و على الرغم مما هو ظاهر عليه إلا أنه يعاني مع مرضه، فقد عبر عنه أنه (المعاناة، القلق، التوسويس...) من ناحية الإحساس، أما من ناحية العلاقة فهو (مقيد، ليس حر) كما أنه يستصعب العلاج و له مشاكل توافقية معه لدرجة أنه شبهه بـ (مرض آخر) إلى جانب أن علاقته مع الطبيب ليست جيدة، إلا أنه يحاول بجد أن يصل إلى نقاط توافق تساعد على المضي للأمام فله أهداف واضحة في المستقبل تجعل عنده الرغبة في تحسين الوضع مع المرض، و لكن لا يجد كيف، و عليه فإن الحالة بحاجة لتعليم علاجي مادامت له هذه الرغبة في التحرر من تبعية المرض، و تحقيق نمط حياة أفضل.

وعليه، يمكن أن نوضح فيما يلي الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة، و المتمثلة

في:

جدول رقم 50: جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 02

خصائص فيزيولوجية	خصائص نفسية	خصائص اجتماعية	أخرى
نحيفة ربو، أعراضه: حساسية "الكزيما"، سعال، ضيق في التنفس و الصفير	هادئ و خلوق، نشيط، صورة ذات واضحة واثق بنفسه عدا ما هو متعلق بالمريض.	متفاعل جيد مع الآخرين "كبار و صغار"، متعلق بالأسرة	- لا يملك المعرفة الخاصة بمرضه. -السكن مناسب للحالة. -محاولة ذاتية -الأسلوب خاطئ- للنقيد بالتعليمات الوقائية و العلاجية.

3- عرض ملخص مقابلات الحالة 03 (المجموعة 03)

تم اجراء المقابلات مع الحالة "ت" في المدرسة، هي فتاة تبلغ من العمر 11 سنة، مريضة بالربو درجة

ثانية منذ حوالي عامين، يقطن في وسط المدينة في بيت يتميز بجو مناسب للحالة.

و في الجدول التالي ملخص لدراسة الحالة التي أجرت على الحالة "ت":

جدول رقم 51 : ملخص مقابلات الحالة 03

بطاقة تاريخ الحالة المرضي	الربو من الدرجة الثانية، أعراضه: الحساسية من الغبار و الصوف و الشيكولاتة، ضيق التنفس و السعال
بطاقة للطفل المريض بالربو + المقابلة الموجهة	من خلال المقابلات تظهر الحالة أنها فتاة هادئة و لطيفة تحب المعرفة و الرياضة، متوافقة نفسيا و اجتماعيا مع الأسرة و الأصدقاء بالأخص.

<p>أما بالنسبة للاتجاه نحو المرض، فالحالة متقبلة للمرض لحد ما (هو طهارة بالنسبة للمسلم قاتلهالي أمي و معلمتي) و حتى في العلاج على الرغم من عدم وجود الخبرة الكافية إلا أن لحالة تبدي تبسيطا للسيطرة على المرض (أهدأ و اخذ رشاشتي).</p> <p>لها اسقاط جيد نحو المستقبل (معلمة.... أستطيع تحقيقها)، و لكن لديها مشكلة استصعاب التعبير عن الأشياء المزعجة.</p>	
<p>/////</p>	<p>بطاقة للمرافق (الأم)</p>

• تحليل ملخص مقابلة الحالة 03

من خلال ما سبق، نجد أن الحالة متوافقة مع نفسها لحد كبير و كذلك مع المرض، و هذا ظهر جليا من دعم الأسرة و تبسيطها لأمر المرض، باعتباره نعمة يمكن التعايش معها بشكل طبيعي (الدراسة، الرياضة، اللعب،...) و حتى مع الصحة (اتباع التوصيات العلاجية بما هو متاح من معرفة و خبرة) كحل يخفف الأعباء و يحقق السيطرة، و هذه المفاهيم ساعدت الفتاة على أن تجد لنفسها اسقاط جيد و واثق نحو المستقبل، فيمكن القول أنه أسس لثقة بالنفس اتجاه الذات و اتجاه المرض، غير أن هناك صعوبة في التعبير عن الأشياء المزعجة و التي يجب على الطفل المريض بالربو أن يتحرر منها، فهي أحيانا متعلقة بصحته.

وعليه، يمكن أن نوضح فيما يلي الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة، و المتمثلة

في:

جدول رقم 52 : جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 03

أخرى	خصائص اجتماعية	خصائص نفسية	خصائص فيزيولوجية
-معرفة سطحية بالمرض.	تتفاعل بشكل جيد مع الآخرين، تحب أسرته،	هادئة و لطيفة، متوافقة نفسيا و	نحيفة،

الربو، أعراضه:	اجتماعيا، و	تجد صعوبة في التعبير	-السكن مناسب للحالة.
الحساسية من الغبار و	حتى مع	عن الأشياء التي تزعجها	-محاولة للتقيد بالتعليمات
الصوف و الشيكولاتة،	المرض.		الوقائية و العلاجية.
ضيق التنفس و السعال			

#### 4- عرض ملخص مقابلات الحالة 04 (المجموعة 03)

تم اجراء المقابلات مع الحالة "ب" في المدرسة، هو فتى يبلغ من العمر 11 سنة، مريض بالربو درجة ثانية منذ حوالي 05 أعوام، يقطن في وسط المدينة في عمارة تتميز بجو مناسب للحالة.

و في الجدول التالي ملخص لدراسة الحالة التي أجرت على الحالة "ب":

#### جدول رقم 53: ملخص مقابلات الحالة 04

بطاقة تاريخ الحالة المرضي	مريض بالربو منذ 05 سنوات، و الذي يتمثل في الأعراض: سعال، صفير، ضيق التنفس، حساسية غبار و قطط.
بطاقة للطفل المريض بالربو + المقابلة الموجهة	من خلال المقابلات مع الحالة نجد أن فتى عانى و مزال يعاني مع مرضه حوالي 05 سنوات، و لم يجد بعد سبيلا للتعايش معه، فهو طيلة الوقت متوتر، قلق، خائف، هادئ، هو ضمن عائلة الأم فيها تعامله بجدية تميل إلى القسوة (أمي نشيتها بصح واعة بزاف، نخاف منها.. تخنقني أكثر من المرض). عنده ضعف في صورة الذات و الثقة بالنفس على الرغم من أنه يملك طاقة و قدرة فمستواه جيد على الرغم من كرهه للدرسة (القراية .. لا أحبها، نمارس الكراتي..حبست)، يحتاج من يفهمه و يفهم معاشه (انكماشه، و عدم ايجاده لمكان ضمن العائلة، إلى جانب أن يعاني من مشكلة الصعوبة في التعبير عن الانزعاج (اسكت)، كما أن المرض يعني له الحزن (الحزن .. نتخنق وحدي و ما يحسوش بي، علاقتي معاه مميزة).

له اسقاط نحو المستقبل بشكل بسيط حيث يظهر الأب هو القدوة.	
//////	بطاقة للمرافق (الأم)

• تحليل ملخص مقابلة الحالة 04

من خلال ما سبق، نجد أن الحالة تعاني من سوء التوافق مع الذات و مع المرض و كذا مع الأسرة و مع الطبيب. أي، أن لها إشكال مع السياق ككل، ليعبر عن مفهومه للمرض و للسياق بـ "الاختناق"، و اشكاله ليس مع المرض بقدر اشكاله مع الآخر القريب و المتمثل في "الأم"، حيث يشعر بالوحدة و قد تمت ملاحظة هذا، على الرغم من أنه يحاول التماشي مع أقرانه لبناء علاقات اجتماعية جيدة معهم. يكره الدراسة، و كل هذه المعطيات يمكن مردها لما تمارسه الأسرة عليه (الأم) من ضغط دون فهم حالة النفسية للطفل، ليصبح المرض عنده (علاقة مميزة، مصدر حزن) و هذا يعني ادراك للوضع الحالية و للمرض و الرغبة في إيجاد نقاط توافق بينهما (الطفل+المرض). و هذا لم يمنع الحالة من اسقاط ذاتها نحو المستقبل ليظهر الأب هنا القدوة.

وعليه، يمكن أن نوضح فيما يلي الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة، و المتمثلة

في:

جدول رقم 54: جدول يوضح الخصائص الفيزيولوجية و النفسية و الاجتماعية للحالة 04

أخرى	خصائص اجتماعية	خصائص نفسية	خصائص فيزيولوجية
-ليست لديه معرفة بالمرض. -السكن مناسب للحالة. -لا توجد محاولة ذاتية من قبل الحالة لإدارة المرض.	قليل التفاعل مع الآخر، منطوي قليلا، لديه مشاكل توافقية مع الأسرة و خاصة العلاقة مع الأم، مع المرض، مع الطبيب.	هادئ، قلق، متوتر، لديه مشاكل في صورة الذات، ضعيف الثقة	الربو، أعراضه: سعال، صفير، ضيق التنفس، حساسية غبار و قطط.

		بالنفس، غير متقبل للمرض.	
--	--	-----------------------------	--

### 5- تحليل عام للحالات

اعتمادا على ما سبق عرضه من نتائج، و بناء على العناصر التي حددها Simon & al عام 2013 فيما يتعلق بالتشخيص التربوي، و المتمثلة في: تحديد نقاط القوة و الضعف لإمكانياتهم، المعلومات العلمية و العملية المتعلقة بمرضهم، الاتجاه نحو المرض، تقييم المهارة العلاجية، اتجاذ القرارات أثناء الأزمات، بالإضافة إلى العوامل الميسرة للتعليم (Simon & al.,2013)، فإنه من الممكن استخلاص أوجه التشابه و الاختلاف بين الحالات فيما يخص هذه العناصر سالفة الذكر، و التي من خلالها يضبط جدول النشاطات للبرنامج (مرحلة التشكيل) و كذلك تتحدد مرونته حسب حاجات كل حالة من حيث استثمار العوامل الميسرة للتعليم.

حيث يمكن توضيح عناصر التشخيص التربوي للمشاركين في الجدول التالي:

### جدول رقم 55: التشخيص التربوي للمشاركين

أوجه الاختلاف	أوجه التشابه	التشخيص التربوي
هناك بعض التحفظ عند الحالة 04	الهدوء، النشاط، علاقات أسرية و اجتماعية جيدة، مستوى جيد من الذكاء و الاستيعاب	نقاط القوة لإمكانيات المشاركين
	الصعوبة في التعبير عن ما يزعج (كالتدخين مثلا)، توتر، الشعور بالتعبية و عدم الاستقلالية	نقاط الضعف لإمكانيات المشاركين

	معلومات علمية بسيطة و عامة من حيث الوقاية و العلاج، و كذا ماهية المرض	المعلومات العلمية و العملية للمرض
الحالة 03= الاتجاه الظاهري نحو المرض و التصور ايجابيين	اتجاه ظاهري إيجابي - ابراز علاقة مميزة مع المرض-، و التصور سلبي حسب شدة الأعراض و مدة المرض	الاتجاه نحو المرض
	عدم التدريب على المهارات العلاجية بالشكل الجيد و الكافي	المهارة العلاجية
	صعوبة في اتخاذ القرارات (تردد، خوف)، عدم الثقة بالنفس و بتجاوز النوبة	اتخاذ القرار أثناء الأزمة
	الرغبة في فهم المرض و التعايش معه (التحكم فيه)، الاحترام و الالتزام بتطبيق الأعمال و الأنشطة المتفق عليها، التركيز و الرغبة في الاستكشاف	العوامل الميسرة للتعليم

فالملاحظ أن أغلبية العناصر المذكورة في الجدول مشتركة بين جميع المشتركين، فإلى جانب التوافق الكبير في البروفيل الخاص بمرضى الربو من حيث الأعراض، فقد اشتركوا جميعا في عدم قدرتهم على التعبير ازاء الأشياء التي تغضبهم أو تزعجهم، الهدوء و الرغبة في التميز. حيث، أن جل نتائجهم المتعلقة بالدراسة جيدة، كما تميزوا بحب اللعب ضمن جماعة و الرغبة في التحرك و التحرر، الارتباط الشديد بالأسرة إلا الحالة 04 هناك مشكل في العلاقة الوالدية مع الحالة حيث أن الأم صعبة و متحكمة. و كذلك كان مفهوم المرض

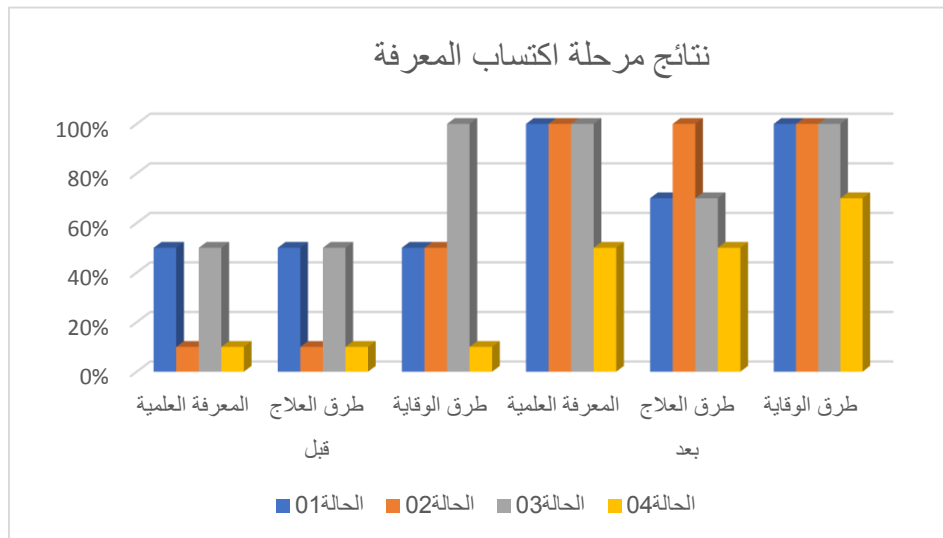
عندهم مرتبط بشيء سيئ يرغبون في فهمه و التعايش معه (كأنه رمز للمعاناة، للحريق، للاختناق، ...)، غير أن مفهوم الذات لديهم واضح المعالم إلا عند الحالة 04

فباختصار، إن مؤشرات التشخيص التربوي واضحة و مؤهلة للدخول في المرحلة التالية و هي مرحلة التشكيل.

### ❖ عرض نتائج مرحلة التشكيل

#### 1- مرحلة اكتساب المعرفة

تمثلت هذه المرحلة في استهداف نواقص الطفل المعرفية المتعلقة بالمفهوم العلمي للطفل و المناسب لمرحلته العمرية بناء على ما سبق قياسه و التعرف عليه من خلال تقييم المعلومات المتعلقة بالمرض و المقابلات، حيث أن النتائج المتحصل عليها مرتبطة بثلاث محاور و هي: المعرفة العلمية، طرق أخذ الدواء، طرق الوقاية المختلفة، حيث تم إعطاء نسب مئوية لها. و الشكل التالي يبين هذه النتائج قبل و بعد تطبيق البرنامج خلال هذه المرحلة:



شكل رقم 24: نتائج مرحلة اكتساب المعرفة



من خلال النتائج الموضحة في الشكل، نلاحظ أن نسبة المعرفة بأبعادها (المعرفة العلمية للمرض، طرق العلاج، طرق الوقاية) عند الأطفال المشاركين قبل خضوعهم للجلسات المتعلقة بمرحلة اكتساب المعرفة كانت تتراوح بين النسب المتدنية إلى المتوسطة، حيث كانت الحالة 03 أكثرهم معرفة نسبياً، و هذا يعني حاجة الحالات المشاركة لاكتساب معطيات هذه المرحلة.

كما أنه من الملاحظ بعد هذه المرحلة ارتفاع ملحوظ في مستوى المعرفة لديهم فيما يخص كل جوانب المرض (الربو).

## 2- مرحلة اكتساب المهارة

تمثلت مجمل النشاطات المتعلقة بهذه المرحلة إلى تعليم الطفل الكيفية الصحيحة لأخذ الدواء بمختلف أشكاله من أدوية، رشاشات، بخاخات. و كذا تعليم كيفية استعمال مقياس تدفق الذروة FEV باعتبار مقياس محكي لتحديد شدة الخطورة و كذا نوع العلاج، فهو جهاز صغير يسجل المعدل الذي يتنفس به الشخص من دون أن ينفس الهواء لقياس درجة انسداد مجرى الهواء (Bhatia, 2017). إلى جانب تعليم الطفل كيفية الوقاية باستعمال الأجهزة الطبية و كذا التأكيد على تجنب عوامل الخطر. و الجدول التالي يوضح تقييمات مقياس تدفق الذروة:

جدول رقم 56: تقييمات مقياس تدفق الذروة FEV

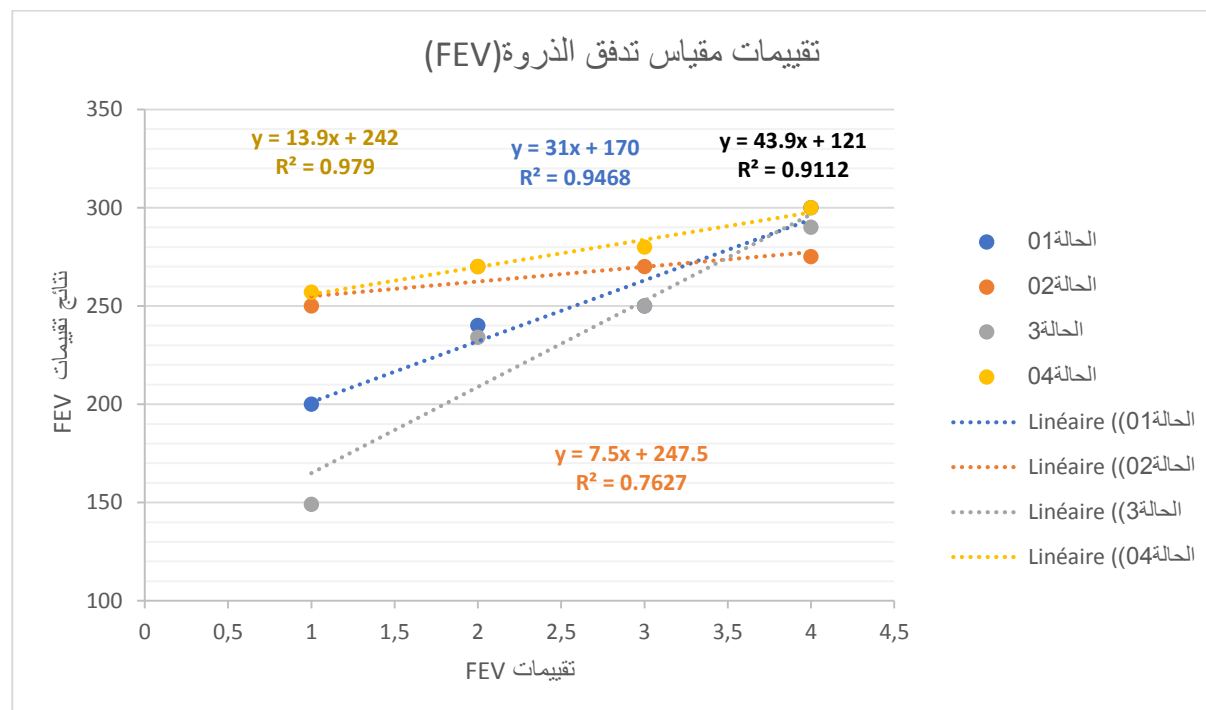
التقييم الحالات	التقييم رقم 01	التقييم رقم 02	التقييم رقم 03	التقييم رقم 04	المستوى المثالي لكل حالة
1 (المجموعة 01)	200	240	250	300	320
2 (المجموعة 01)	250	270	270	275	310
3 (المجموعة 03)	149	234	250	290	340

300	300	280	270	257	4(المجموعة 03)
-----	-----	-----	-----	-----	----------------

تمثل هذه النتائج الدرجات التي تحصل عليها المشاركون بمقياس FEV بدلالة الطول و الذي يترجم

التركيز المثالي لتدفق الهواء عند كل حالة من الحالات المشاركة، و قد تم القياس به أربع مرات من أجل

التدريب و العلاج. و الشكل التالي يوضح هذه التقييمات بدلالة الانحراف المعياري حسب كل حالة :



الشكل رقم 25: تقييمات مقياس تدفق الذروة (FEV)

نلاحظ من خلال المنحنيات المتمثلة في الشكل أن هناك ارتفاع ملحوظ و تدريجي في مستوى تدفق

الذروة عند جميع المشتركين، لنجد أن الحالة 04 قد حققت المستوى المثالي لها، حيث أن  $R^2 = 0.979$ .

ثم تلي الحالة 01 بمعامل  $R^2 = 0.9468$ . أما الحالة 03 و التي حققت في التقييم الأول أدنى مستوى، و

لكن بالتدريب هناك تحسن ملحوظ بمعامل ارتباط  $R^2 = 0.9112$ . لنجد أن الحالة 02 تطورت بنفس

الوتيرة تقريبا خلال التقييمات، حيث أن  $R^2 = 0.7627$

### 3- مرحلة اكتساب الاتجاه

استهدفت نشاطات هذه المرحلة لتعديل التصورات عند الطفل المريض بالربو ، انطلاقا من صورة الذات لديه إلى تصوره للمرض. و فيما يلي عرض لنتائج هذه النشاطات و التي تهدف إلى ترسيخ المعلومات السابقة بشكل خبرة، بالإضافة إلى اكساب الطفل توجه إيجابي نحو ذاته و المرض، و نحو أسرته و الطبيب. حيث أن النتائج المتعلقة بهذه المعطيات قبل الجلسات الخاصة بهذه المرحلة تم استخلاصها من نتائج مرحلة التفكير، أما النتائج المتعلقة بالمعطيات بعد الجلسات فهي من مستخلصة من الأنشطة المطبقة (تحليل رسومات المشاركين، و اجاباتهم عن الأسئلة)، و هذا بالاعتماد على أهم الدلالات المرتبطة برسوم الشكل الانساني و المتعلقة بالتفاصيل و النسب و المنظور حسب ما جاء عن "حجازي سناء" عام 2014 ، و الجدول التالي يلخص صورة الذات و المرض عند الطفل المريض بالربو.

#### جدول رقم 57: صورة الذات و المرض عند الطفل المريض بالربو

(التشكيل)		(التفكيك)		الحالات
صورة المرض	صورة الذات	صورة المرض	صورة الذات	
التعايش	أ* تحب التميز، النجاح، المرح ب* حققت: الضحك و المرح، التكلم، العلم	متقبلة	متوازنة	الحالة 01
اشكاله مع التعب و تدخين الاخر امامه، و لا يوجد اشكال مع الالتزام بالعلاج	أ* يحب الظهور و مهتم بالتفاصيل، قوي، ملتزم ب* حقق: اللعب، القراءة	متردد فيما هو متعلق بالمرض	متوازن و واثق بنفسه	الحالة 02

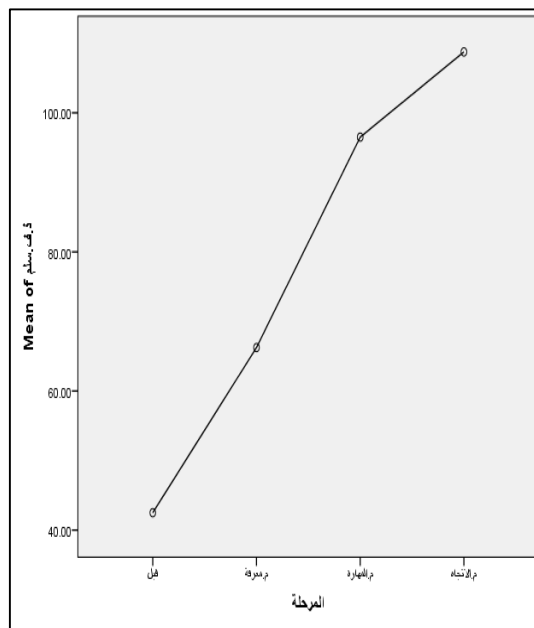
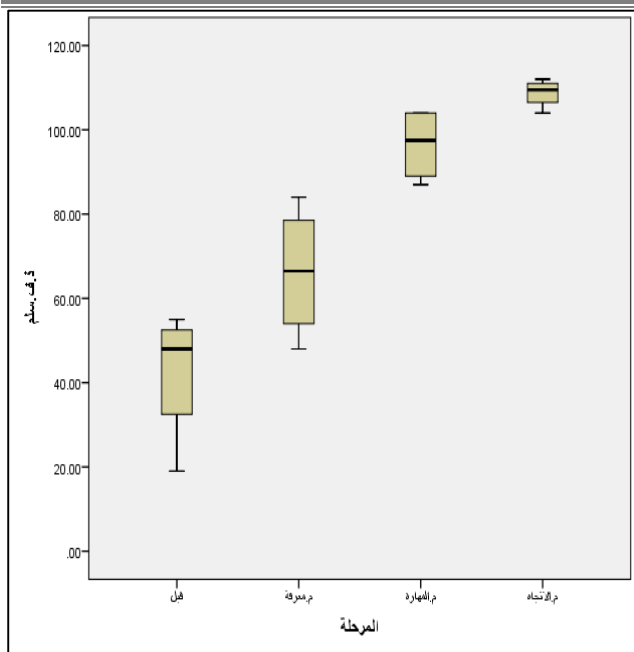
واضحة، متحديّة	أ* تحب التميز، النجاح، الشهرة، تركز على التفاصيل ب* حققت: الفرح، الضحك، الاجتهاد، المساعدة	متقبّلة	متوازنة	الحالة 03
الرغبة في التحرر	أ* فاقد للمرح و السرور، فاقد للسلام و الراحة ب* حققت: النجاح، العمل، اللعب	غير متوافق مع المرض	ضعيف الثقة بالنفس	الحالة 04
ملاحظة: الكلمات الواردة عند العنصر ب* منقولة عن الحالات المشاركة				

نلاحظ من خلال ما سبق أن هناك تغيير في نظرت الطفل لذاته بعد تطبيق البرنامج و كذا اتضحت لهم جل مشاكلهم مع المرض، و زادت معها رغبتهم في تأسيس حياة مشتركة مع المرض كجزء منهم يمكن التحكم فيه، كما أن صور الذات التي صنعوها في الأشغال معبرة عنهم، و سمحت له بالتنفيس عن مشاعرهم دون قيود، و خلق اتجاهات واضحة، بالإضافة الى التجارب الواقعية التي اندرجت ضمن الأنشطة المخصصة لهذه المرحلة.

#### ❖ عرض نتائج سلم فعالية الذات لدى الأطفال المرضى بالربو خلال مرحلة التشكيل

تم تطبيق سلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو على المشاركين خلال كل مرحلة من مراحل

البرنامج لرصد تطور هذه الفعالية، و الشكليين التاليين يوضحان أكثر:



شكل رقم 27: مستوى فعالية الذات عند الأطفال

شكل رقم 26: تطور فعالية الذات عند الأطفال

المرضى بالربو حسب كل مرحلة

المرضى بالربو حسب كل مرحلة

فالملاحظ هنا أن فعالية الذات قبل البرنامج كانت متباينة و منخفضة المستوى، لتتقلص فروق فعالية

الذات بين المشاركين في الاتجاه الإيجابي. أي، أن هناك ارتفاع في مستوى الفعالية بين مرحلة و أخرى. و

الجدول التالي يبين حجم هذه الفروق من خلال تحليل التباين.

جدول رقم 58: نتائج سلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو

تحليل التباين الثنائي				
	عدد العينة	المراحل	F	الدلالة
سلم فعالية الذات	04	=04 قبل	24.170	0.000
		=04 م. المعرفة		
		=04 م. المهارة		
		=04 م. الاتجاه		

فمن خلال هذا الجدول نجد أن قيمة  $F= 24.170$  و هي دالة احصائيا. أي، هناك فروق لمستوى فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو حسب مراحل تطبيق البرنامج.

و عليه، فعالية الذات عند المشاركين كانت قبل البرنامج منخفضة و متباينة تتراوح بين (20-60 نقطة)، و بعد البرنامج ارتفع مستوى الفعالية (الثقة) في مرحلة المعرفة ليتراوح بين (55-85)، لتستمر المعطيات في الارتفاع مع تقلص التباين بين الحالات في مرحلتي المهارة و الاتجاه لتتراوح الفعالية بين (90-105) و (105-115) على التوالي. (انظر الملحق رقم 09)

و هذا مؤشر على تأثير برنامج التربية العلاجية على فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو حسب كل مرحلة من مراحل.

### 2.1.3. عرض نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية

إلى جانب أن الأنشطة المطبقة في التربية العلاجية استهدفت جانب المعرفة و المهارة و الاتجاه. و في الوقت نفسه، مضمونها يستهدف أيضا تنمية فعالية الذات من خلال مصادرها، كما هو مبين في بروتوكول برنامج التربية العلاجية.

\*نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة (g1+g2) :

جدول رقم 59: نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة (g1+g2)

حجم الأثر مربع ايتا (Eta)		
حجم الأثر	Eta	Eta Squared
مصادر فعالية الذات	.750	.563
الإنجازات الأدائية	.480	.231
الخبرات البديلة	.405	.164

الاقناع اللفظي	.438	.191
الاستثارة الانفعالية	.378	.143

تعبّر هذه الفروق عن حجم الأثر لمجموعتين ضابطة و تجريبية، حيث أن قيمة  $\eta^2 = 0.563$

و هي تعبر عن حجم أثر مرتفع لأن  $0.14 < 0.563$  بناء على دليل قياس حجم الأثر بطريقة Eta

(MRC,2018)، إلى جانب تسجيل حجم أثر مرتفع عند جميع أبعاد مصادر فعالية الذات بالترتيب التالي:

الاستثارة الانفعالية > الخبرات البديلة > الاقناع اللفظي > الإنجازات الأدائية.

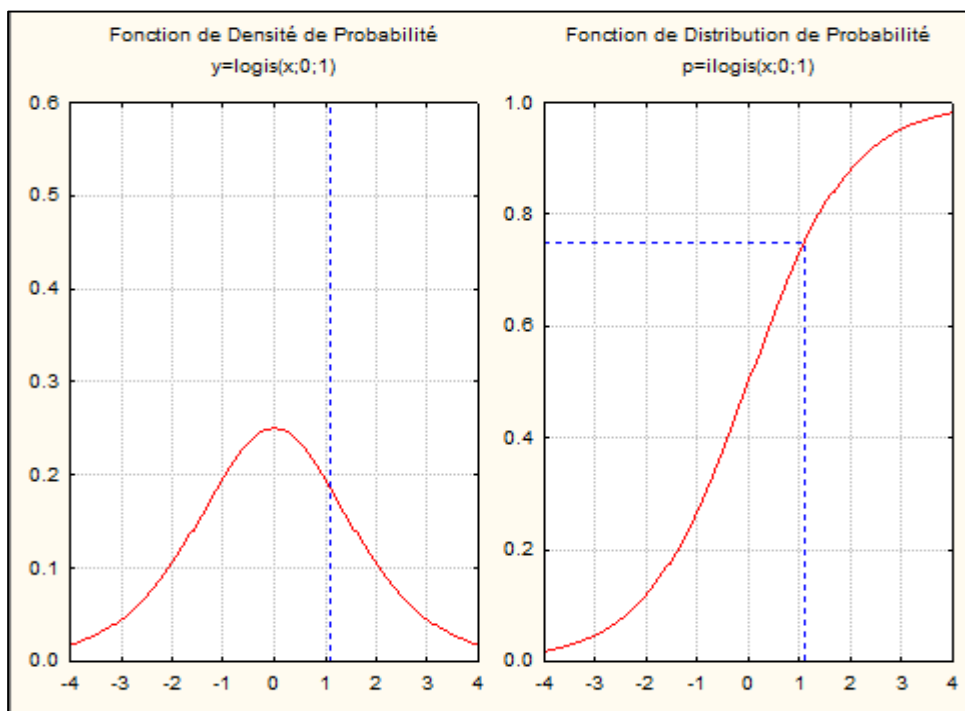
**جدول رقم 60:** نتائج حساب احتمالية التوزيع في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة  $(g1+g2)$

احتمالية التوزيع في مستوى فعالية الذات (Calculateur De Probabilités De Distribution)		
فعالية الذات بالنسبة للمجموعة	Logistique	P
$(g1+g2)$	1.098	0.75

حسب نتائج احتمالية التوزيع المتحصل عليها من برنامج "Ctistica" ( $\text{Logistique} = 1.098$ )، فإن

تأثير البرنامج على فعالية الذات مرتفع حيث أن  $P = 0.75$ ، و الشكل التالي يوضح احتمالية التوزيع لفعالية

الذات بالنسبة لحجم أثر المجموعة  $(g1+g2)$ :



شكل رقم 28: احتمالية التوزيع لفعالية الذات بالنسبة لحجم أثر المجموعة (g1+g2)

\* نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة g1:

$$d = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma} \text{ : (Cohen's d) بتطبيق قانون حجم الأثر لكوهين}$$

حيث أن:

$$D = \text{حجم الأثر}$$

$$\mu_1 - \mu_2 = \text{الفرق بين متوسطات الاختبار القبلي و البعدي}$$

$$\sigma = \text{الانحراف المعياري (Cohen, 1988)}$$

جدول رقم 61: نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة g1

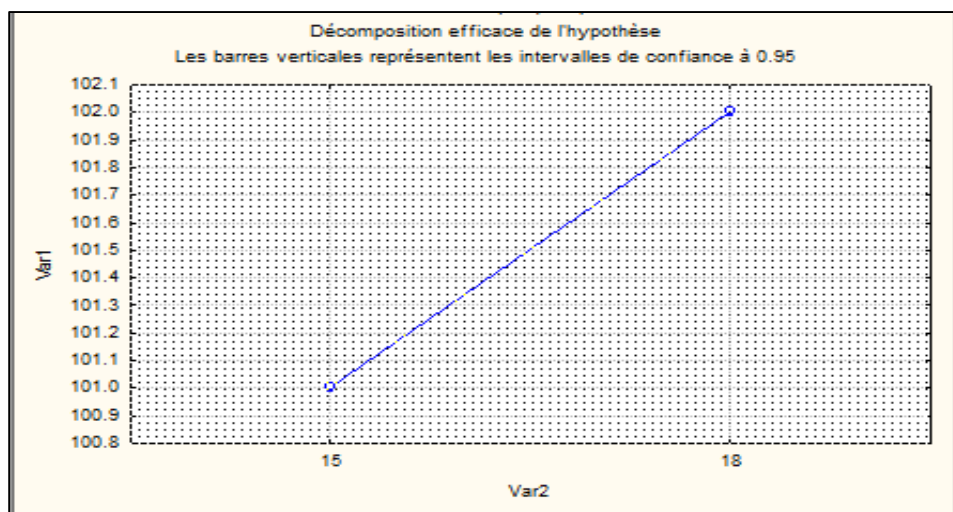
حجم الأثر (Cohen's d)		
	الانحراف المعياري	حجم الأثر
مصادر فعالية الذات	1.29099	0.64
الإنجازات الأدائية	.57735	0.28



الخبرات البديلة	.57735	0.28
الاقتناع اللفظي	.57735	0.28
الاستثارة الانفعالية	.57735	0.28

تعتبر هذه الفروق عن حجم الأثر للمجموعة الواحدة قبل و بعد تطبيق البرنامج، حيث أن قيمة Cohen's d = 0.64 و هي تعتبر عن حجم أثر متوسط لأن  $0.80 > 0.64$  بناء على دليل قياس حجم الأثر بطريقة Cohen's d (MRC,2018)، إلى جانب تسجيل حجم أثر متوسط بنفس المعدل ( 0.28 ) عند جميع أبعاد مصادر فعالية الذات.

والشكل التالية توضح مجموعة الفروق بالنسبة للمجموعة g1 المتحصل عليها من برنامج "Ctistica":



شكل رقم 29: توزيع مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة g1

\* نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة  $(g1+g3)+(g2+g4)$ :

جدول رقم 62: نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة  $(g1+g3)+(g2+g4)$

حجم الأثر مربع ايتا (Eta)		
حجم الأثر	Eta	Eta Squared
مصادر فعالية الذات	.900	.825
الإنجازات الأدائية	.404	.167
الخبرات البديلة	.333	.105
الاقناع اللفظي	.500	.125
الاستثارة الانفعالية	.368	.043

تعبّر هذه الفروق عن حجم الأثر للمجموعتين الضابطة و المجموعتين التجريبيتين، حيث أن قيمة Eta Squared = 0.825 و هي تعبر عن حجم أثر مرتفع لأن  $0.825 > 0.14$  بناء على دليل قياس حجم الأثر بطريقة Eta (MRC, 2018)، إلى جانب تسجيل حجم أثر مرتفع عند بُعد الإنجازات الأدائية و متوسط عند بُعد الاقناع اللفظي و الخبرات البديلة لأن  $0.125 > 0.06$  و  $0.105$  ، أما بالنسبة لبُعد الاستثارة الانفعالية فقد سجل حجم أثر ضعيف  $0.043 > 0.01$  ، و عليه نجد أن ترتيب مصادر فعالية الذات بغض النظر عن مستوى حجم الأثر يتطابق هنا مع نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة  $(g1+g2)$ .

فما سبق نجد أنه يوجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية حسب الدلالة العملية بثلاث طرق، حيث نصت الطريقة الأولى و الثالث على وجود حجم أثر مرتفع و تنوع في توزيع مصادر

فعالية الذات. أما بالنسبة للطريقة الثانية فقد كانت نتائج حجم الأثر تشير إلى أنه متوسط و توزيع مصادر فعالية الذات لها نفس الفروق.

و عليه فإن الفرضية الثالثة و التي تتمثل في وجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية محققة.

### 2.3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

ما يمكن القول عنه في هذه الفرضية و التي تعددت نتائجها حسب مراحل تطبيق البرنامج بغية إبراز مواطن التغيير عند الطفل المريض بالربو و هل تحققت أهداف البرنامج المسطرة لكل مرحلة. فقد خلصت نتائج هذه الفرضية في مرحلة المعرفة من حاجة للفهم العلمي للمرض و تأثيراته، حيث لوحظ فهم و استيعاب ماهية المرض بشكل متزايد لدى جميع الحالات مع تطور الجلسات، و كذا نسبة التباين بينهم تتقلص.

و قد ساعد على هذا أن الطفل هنا في هذه المرحلة العمرية يتميز بالعديد من المزايا و الكثير من الحاجات باعتبار أن تطوره الاجتماعي بلغ حدود النضج أما في الجانب المعرفي فقد تخلص من ازدواجية "الواقع-الخيال" و صار التمييز أسهل كما أنه يحاول فهم الأمور بشكل علمي واضح، على الرغم من التقلبات الحاصلة على جسده "البلوغ" (Ebussche & Ymard, 2010).

كما تم الاعتماد و التركيز على الطفل أكثر من الأولياء و هذا راجع لحاجة الطفل الملحة في التحرر و الشعور بالاستقلالية، و كذا الاهتمام بالبيئة الترابطية في تطبيق البرنامج بالإضافة إلى التدقيق في شخص مشرفي الرعاية و القائمين عليها، لأنه و كما خلص إليه عرض و تحليل الدراسات السابقة أن من أهم حاجات الطفل المريض الحاجة للثقة و نمط تواصل الايجابي و الادارة الذاتية من أجل نمو نفسي سليم (انظر فصل الدراسات السابقة). إلى جانب الاهتمام بممارسة الرياضة حسب ما يفيد هؤلاء الأطفال مع التركيز على تطبيق مقياس "FEV" الذي أظهرت نتائج التدريب عليه بالممارسة تحسنا واضحا بمرور الزمن و التكرار عند كل

الحالات المشاركة. استنادا لما خلصت إليه دراسة Panditi & Silverman عام (2003): أنه يجب على الأطباء الحصول على تقارير تقييم الأثر البيئي من الأطفال بدلاً من الآباء، ولكن يجب أن يكونوا مدركين لدقتها المحدودة وتكرارها لمقارنة الاستجابة الفيزيولوجية لممارسة الرياضة في بيئة معملية و ذلك بتطبيق مقياس "FEV" (Panditi & Silverman, 2003)، إلى جانب أنه على مشرفي الرعاية أن يختاروا عناصر من البيئة تكون أكثر التصاقا بالطفل و تأثيرا عليه، و أن تبعده عن كل الطرق التي لا تؤدي إلى المعرفة و العلم (خوري، 1996) حتى يكون هناك تفاعل ناجح، و هذا ما يمكن القول عليه أنه تحقق بشكل كبير مع الحالات أثناء تطبيق البرنامج.

و قد تم الاعتماد في مرحلة المهارة على بعض تقنيات العلاج المعرفي السلوكي باعتبارها داعمة للمبدأ التعليمي (النمذجة - التجريب)، حيث أن له تأثيراً مباشراً على فعالية الذات المتعلقة بالثقة في استعمال الأدوات و الأدوية الطبية بشكل سليم و فعال و منه تأثير غير مباشر لعلاج المرض من خلال المتابعة التي ذكرها Schunk عام (1989)، و هذا بالجمع بين المكافآت (التعزيز: لفظي/ مادي) والتحديد المشترك للأهداف (اشراك الطفل في التخطيط و وضع أهداف الجلسة اللاحقة) و كل ما يمكن من أنشطة أن تعزز مختلف مصادر فعالية الذات عند الطفل.

و باعتبار أن الطفل المريض بالربو يركز على الاقناع اللفظي كمصدر للفعالية (انظر نتائج الفرضية الأولى)، فقد كان التركيز عليها بالدرجة الأولى لجذب الطفل، و قد أكدت هذا تجربة "Brown & Inouye" عام (1978)، حين تم إخبار المشاركين بأنهم أدوا أداءً أفضل من النموذج أو النموذج نفسه، كانت نتائج فعاليتهم و أمد متابرتهم في انجاز المهمة أطول من الذين لم يخبروا عن كفاءتهم، و هذا يعني أن فعالية الذات ترتبط بالمتابعة بشكل إيجابي و منه المحاولة و الخطأ إلى غاية بلوغ النجاح، و كذلك تجربة "Zimmerman & Ringle" عام (1981) التي استهدفت جمع بيانات الثقة الخاصة بالكفاءة الذاتية عند الطفل و مدى

مثارته في حل الألغاز، فكانت النتائج الخاصة بالأطفال الذين شاهدوا النموذج الفعال و المتفائل أكبر من الأطفال الذين لم يتعرضوا لشيء. و هذا ما حققه الأطفال مرضى الربو في تطبيق البرنامج حين تم تدريبهم على استخدام البخاخات بطريقة سليمة. فإن استخدام أشكال الإقناع أو كما يعرف أيضا بالإقناع اللفظي (مثل: هذا صحيح. أنت جيد حقاً في هذا، أحسن، بإمكانك فعل الأفضل)، و كذا التعلم بالملاحظة و النمذجة يساعد على التغلب من المخاوف و الاستمتاع بالأداء و خاصة إن كان بشكل جماعي مع الأقران، و هذا ما لوحظ من أداء الأطفال فأهم شيء لتعلم الطفل هو الاستمتاع و الاحساس بأنه مخير لا مجبر في تعلم هذه التقنيات حتى و إن كان في صحيح التعبير مجبر للتعايش مع المرض و لكن الهدف يكمن في بناء علاقة ايجابية وطيدة مع المرض، حيث يكون مكسب للتعلم و التعرف على مهارات و ادراك امكانية التحكم بالمرض و السيطرة عليه للعيش معه بفعالية.

و عليه فقد كانت نتائج سلم فعالية الذات الخاص بالأطفال المرضى بالربو ذات تباين بين الحالات و مراحل تطبيق البرنامج في البداية ثم التقلص تدريجياً لتبرز تحسناً في مستوى فعالية الذات لجميع الحالات من خلال ارتفاع مستوى الثقة فيما يخص التعامل مع المرض و أعراضه و التحكم فيه.

و هذا يؤكد على ما جاء في الأطر النظرية أنه كلٌّ من النمذجة المعرفية والتعليم تزيد من فعالية الذات و تنمي المهارات، و تحفز على الاستمرار في المهمة (Schunk, 1989). بالإضافة للتعلم الجماعي و تأثيره على اكتساب المهارات و العلاج باعتبار الجلسات الخاصة بالمهارة و العلاج جماعية، فالاحتمال الذي أشار إليه "Schunk" وارد بشدة في أن يكون الأطفال قد ركزوا بشكل أكبر على النماذج المشتركة (نجاح المهمة) أكثر من التركيز على اختلافاتهم (معدل التعلم ، عدد الأخطاء ، نوع معتقدات الإنجاز)، فقد يكونوا قد استفادوا من هذه التجارب واستنتجوا أنه إذا كان النموذج(مشارك) يمكن أن يتعلم ، فإنهم يستطيعون ذلك أيضاً، و هذا ساعد في تكوين اتجاهات ايجابية نحو المرض على الرغم من أنها ليست بالمستوى المتوقع و لكن هناك تحسن

و تفاعل نابع عن رغبة الطفل في تحقيق ذلك التعايش المتوازن الذي يجعله يحقق ذاته عبر الزمن (المستقبل). إلى جانب ما حققه الأطفال من نشاط صور الكرتون الممثل للذات، حيث أشار "زهرا" عام (2001) بأن مفهوم الذات يعبر عن تكوين معرفي منظم و موحد و متعلم للمدركات الشعورية و التصورات و التقويمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد و يعتبره تعريفا نفسيا لذاته (زهرا، 2001) ، و الذات لها 3 محتويات: المحتوى المعرفي ، المحتوى العاطفي و المحتوى السلوكي، ففعالية الذات مرتبطة بمفهوم الذات نظرا لأنها مركز الشخصية الذي تتجمع حوله كل النظم الأخرى، فالذات المبدعة هي القادرة على تحقيق الذات من خلال فعالية الذات المدركة (حسين، 1993).

و منه، فإن حساب حجم الأثر بالطرق الثلاث كانت له دلالاته العملية بالشكل الايجابي، كما لوحظ أن توزيع مصادر فعالية الذات من خلال نتائج الاستبيان المطبق قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية على الأطفال المرضى بالربو قد توازى مع توزيع الأطفال الأصحاء. أي، أن توزيع مصادر فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو قبل تطبيق البرنامج كانت تعتمد على الاقناع اللفظي بالدرجة الأولى، و بعد تطبيق البرنامج صار المصدر الأساسي للفعالية الذاتية هو الانجازات الأدائية كما هو عند الأطفال الأصحاء إلى جانب الاستئارة الانفعالية بشكلها الايجابي.

و عليه، اكتساب الأطفال وسائل أفضل تعزز الإحساس القوي بالفعالية من خلال تنمية سلوكهم وطرق التفكير المعبرة عنها، كالإنجاز والرفاهية الشخصية المحققة من أجل ادارة المرض. و التي يقترب بها إلى درجة الثقة في القدرة على تخطي و تحقيق المهام الصعبة مثل التحديات التي ينبغي إتقانها بدلاً من التهديدات التي ينبغي تجنبها (أساليب الوقاية و العلاج و التعايش معها). وهذه النظرة الفعالة تعزز الاهتمام الجوهري والانخراط العميق في الأنشطة، و هذا الذي حصل مع الحالة 04 التي كانت تعد من أضعف المشاركين و أصعبهم. حيث، أن وضع أهداف صعبة لأنفسهم والحفاظ على الالتزام يقوي اتجاههم. أي، يستعيدون بسرعة شعورهم

بالفعالية بعد الفشل أو النكسات. و يعزوه إلى عدم بذل جهود كافية أو نقص في المعارف والمهارات التي يمكن الحصول عليها. فهم يقترحون من حالات التهديد مع التأكد من أنهم يستطيعون السيطرة عليها. مثل ما قال " Bandura " فهذه النظرة الفعالة تنتج الإنجازات الشخصية، وتقلل من الإجهاد و من قابلية التعرض للاكتئاب أو الاضطرابات السلوكية الأخرى (Bandura, 1994). و بعدها يصبح مصدر الإقناع اللفظي هو المصدر الثالث لتقوية معتقدات الطفل مريض الربو بأن لديه ما يلزمه للنجاح بالإضافة للخبرات البديلة و المزاج الايجابي (العاطفة و الجسد).

#### 4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

##### 1.4. عرض نتائج الفرضية الرابعة

توجد فروق في مستوى فعالية الذات عند الأطفال المصابين بمرض الربو بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية تعزى لعوامل : الجنس، السن، المستوى التعليمي للطفل ،مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، مستوى الدخل المادي للأسرة، نوع السكن.

##### 1.1.4. عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى للعوامل

سألقة الذكر حسب معطيات المجموعة 01 و 03 (الخاضعة للبرنامج)

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس:

جدول رقم 63: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل الجنس (الخاضعة للبرنامج)

Mann-Whitney U				
الدلالة	Mann-Whitney U	الجنس	عدد العينة	فعالية الذات
0.038	6.000	02=ذكور 02=إناث	04	الذات

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Mann-Whitney U = 6.000 بمستوى

دلالة ( 0.038)، و هي دالة احصائيا على وجود فروق في مستوى فعالية الذات و التي تعزى لعامل الجنس،

لصالح الاناث، و هذا ما وضحته نتائج اختبار (توكي) أيضا.

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على أنه توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج

تعزى لعامل الجنس محققة، أي أنه توجد فروق تعزى لعامل الجنس بعد تطبيق البرنامج لصالح الاناث (انظر

الملحق رقم 10).

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن:



جدول رقم 64: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن (الخاضعة للبرنامج)

فعالية الذات	عدد العينة	العمر	التباين	المتوسط	الوسيط	أدنى درجة	أعلى درجة
الذات	04	11 سنة	3.00	16.5	17	14	18

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل السن فيها يتمثل في "11 سنة"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، لنجد أن القيم المبينة في الجدول تدل على وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل السن. و عليه، فإن الفرضية هنا محققة.

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للطفل:

جدول رقم 65: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل (الخاضعة للبرنامج)

فعالية الذات	عدد العينة	المستوى التعليمي للطفل	التباين	المتوسط	الوسيط	أدنى درجة	أعلى درجة
الذات	04	جيد	3.00	16.5	17	14	18

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل المستوى التعليمي للطفل فيها يتمثل في "جيد"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، لنجد أن القيم المبينة في الجدول تدل على وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل. و عليه، فإن الفرضية هنا محققة.

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة

المرض:

جدول رقم 66: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض (الخاضعة للبرنامج)

Kruskal Wallis Test					
	عدد العينة	مدة المرض	K.W.T	الدلالة	منحنى اختبار توكي
فعالية الذات	04	1=عام 1=عامين 1=03 سنوات 1=05 سنوات	////	////	

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Kruskal Wallis Test غير متحصل عليها

لعدم توفر شروط اختبار الاعتدال، غير أن نتائج اختبار (توكي) تشير إلى وجود فروق في مستوى فعالية الذات و التي تعزى لعامل مدة المرض.

و عليه، فإن أخذنا بنتائج اختبار (توكي) نجد أن الفرضية التي تنص على وجود فروق في مستوى

فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض محققة. لصالح مدة المرض 03 سنوات.

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للوالدين:

جدول رقم 67: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين (الخاضعة للبرنامج)

Mann-Whitney U				
الدلالة	Mann-Whitney U	المستوى التعليمي للوالدين	عدد العينة	فعالية الذات
0.038	6.000	02=ثانوي 02=جامعي	04	

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Mann-Whitney U = 6.000

بمستوى دلالة (0.038)، و هي دالة احصائياً على وجود فروق في مستوى فعالية الذات و التي تعزى لعامل

المستوى التعليمي للوالدين، و هذا ما وضحته نتائج اختبار (توكي) أيضاً.

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على أنه توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج

تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين محققة لصالح المستوى الثانوي (انظر الملحق رقم 10).

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى المادي للأسرة:

جدول رقم 68: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى المادي للأسرة (الخاضعة للبرنامج)

أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	المتوسط	التباين	المستوى المادي للأسرة	عدد العينة	فعالية الذات
18	14	17	16.5	3.00	جيد	04	

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل المستوى المادي للأسرة فيها يتمثل في "جيد"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، لنجد أن القيم المبينة في الجدول تدل على وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل مستوى المادي للأسرة. و عليه، فإن الفرضية هنا محققة.

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع

السكن:

جدول رقم 69: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع

السكن (الخاضعة للبرنامج)

فعالية	عدد العينة	طبيعة السكن	التباين	المتوسط	الوسيط	أدنى درجة	أعلى درجة
الذات	04	مهوى	3.00	16.5	17	14	18

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل نوع السكن فيها يتمثل في "مهوى"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، لنجد أن القيم المبينة في الجدول تدل على وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل نوع السكن. و عليه، فإن الفرضية هنا محققة.

\* فمن خلال النتائج نجد أن الفرضية الرابعة محققة على المشاركين في البرنامج، أي أن البرنامج أثر

على فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو على مستوى جميع الأصعدة المرتبطة بشخصيتهم أو بأسرتهم،

أو بمحيطهم.

2.1.4. عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى للعوامل

سابقة الذكر حسب معطيات المجموعة 02 و 04 (الغير الخاضعة للبرنامج)

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

الجنس:

جدول رقم 70: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

الجنس (الغير الخاضعة للبرنامج)

Mann-Whitney U				
الدلالة	Mann-Whitney U	الجنس	عدد العينة	فعالية الذات
0.049	6.250	02=ذكور 02=اناث	04	

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Mann-Whitney U = 6.250 بمستوى

دلالة (0.049)، و هي دالة احصائية على وجود فروق في مستوى فعالية الذات و التي تعزى لعامل الجنس،

لصالح الاناث، و هذا ما وضحته نتائج اختبار (توكي) أيضا.

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على أنه توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج

تعزى لعامل الجنس محققة، أي أنه توجد فروق تعزى لعامل الجنس بعد تطبيق البرنامج لصالح الاناث (انظر

الملحق رقم 10).

- عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن:

جدول رقم 71: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل السن (الغير الخاضعة للبرنامج)

أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	المتوسط	التباين	السن	عدد العينة	فعالية الذات
15	13	13.5	13.75	0.91	11 سنة	04	الذات

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل السن فيها يتمثل في "11

سنة"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، و التي تبين فيها المعطيات الوصفية من تباين و

متوسط و وسيط بأنه لا توجد فروق ذات دلالة.

و عليه، فإن الفرضية هنا غير محققة، أي أنه لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق

البرنامج تعزى لعامل السن ( أيضا انظر الرسومات البيانية في الملحق رقم 10).

- عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للطفل:

جدول رقم 72: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل (الغير الخاضعة للبرنامج)

فعالية الذات	عدد العينة	المستوى التعليمي للطفل	التباين	المتوسط	الوسيط	أدنى درجة	أعلى درجة
	04	11 سنة	0.91	13.75	13.5	13	15

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل المستوى التعليمي للطفل فيها يتمثل في "جيد"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، و التي تبين فيها المعطيات الوصفية من تباين و متوسط و وسيط بأنه لا توجد فروق ذات دلالة.

و عليه، فإن الفرضية هنا غير محققة، أي أنه لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق

البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للطفل (أيضا انظر الرسومات البيانية في الملحق رقم 10).

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة

المرض:

جدول رقم 73: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض (الغير الخاضعة للبرنامج)

Kruskal Wallis Test				
فعالية الذات	عدد العينة	مدة المرض	Chi-Square	الدلالة
	04	عام=01 عامين=02 03سنوات=01	2.667	0.264

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Chi-Square المتعلقة بحساب Kruskal Wallis Test = 2.667 عند مستوى دلالة (0.264)، و هي غير دالة احصائيا على وجود فروق في مستوى فعالية الذات تعزى لعامل مدة المرض، و لكن بالنسبة لنتائج اختبار (توكي) فهي تعبر عن وجود فروق في مستوى فعالية الذات لصالح العاميين (انظر الملحق رقم 10).

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على وجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل مدة المرض غير محققة، و لكن إن أخذنا بالنتائج المتحصل عليها من اختبار (توكي) فهي محققة.

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى التعليمي للوالدين:

جدول رقم 74: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين (الغير الخاضعة للبرنامج)

Mann-Whitney U				
الدلالة	Mann-Whitney U	المستوى التعليمي للوالدين	عدد العينة	فعالية الذات
0.049	6.250	02=ثانوي 02=جامعي	04	

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول نجد أن قيمة Mann-Whitney U = 6.250 عند مستوى دلالة (0.049)، و هي دالة احصائيا على وجود فروق في مستوى فعالية الذات و التي تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين، و هذا ما وضحته نتائج اختبار (توكي). (انظر الملحق رقم 10)

و عليه، فإن الفرضية التي تنص على أنه توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى التعليمي للوالدين محققة لصالح المستوى الجامعي.



• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى المادي للأسرة:

جدول رقم 75: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل

المستوى المادي للأسرة (الغير الخاضعة للبرنامج)

Mann-Whitney U							
الدلالة	Mann-Whitney U	أعلى درجة	أدنى درجة	المتوسط الحسابي	المستوى المادي للأسرة	عدد العينة	
////	////	15	13	13.66	03=جيد	04	
		14	14	14	01=متوسط		
اختبار (توكي)							
فعالية الذات							

من خلال النتائج المتحصل نجد أنه تعذر حساب الفروق Mann-Whitney U لعدم تحقق شروطها بالنسبة للتوزيع الاعتدالي، لذلك تم اعتماد نتائج اختبار (توكي) و التي تنص من خلال المنحنى البياني المبين على وجود فروق في مستوى فعالية الذات لصالح المستوى المادي المتوسط للأسرة. و عليه، فإن الفرضية التي تنص على وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى لعامل المستوى المادي للأسرة محققة.

• عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع

السكن:

جدول رقم 76: النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق البرنامج تعزى لعامل نوع

السكن (الغير الخاضعة للبرنامج)

أعلى درجة	أدنى درجة	الوسيط	المتوسط	التباين	نوع السكن	عدد العينة	فعالية الذات
15	13	13.5	13.75	0.91	مهوى	04	

من خلال النتائج المبينة في الجدول، نلاحظ أن العينة في المجموعتين عامل نوع السكن يتمثل في "مهوى"، أي أن الفروق هنا ترتبط فقط بدرجات فعالية الذات، و التي تبين فيها المعطيات الوصفية من تباين و متوسط و وسيط بأنه لا توجد فروق ذات دلالة.

و عليه، فإن الفرضية هنا غير محققة، أي أنه لا توجد فروق في مستوى فعالية الذات بعد تطبيق

البرنامج تعزى لعامل نوع السكن.

\*أي أن الفرضية محققة فيما يعزى لعامل: الجنس، مدة المرض، المستوى التعليمي للوالدين، المستوى المادي للأسرة، و غير محققة فيما يعزى لعامل: العمر، المستوى التعليمي للطفل، طبيعة السكن. و عليه، فإن عامل الزمن للمجموعتين (02-04) الغير خاضعتين للبرنامج قد أثر على مستوى فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو فيما يخص العوامل المتعلقة بالأسرة، و بعض مما هو متعلق بشخص الطفل كالجنس و مدة المرض.

و يمكن تلخيص ما سبق عرضه من النتائج بالشكل التالي الموضح في الجدول:

جدول رقم 77: ملخص نتائج الفرضية الرابعة

العوامل	الجنس	العمر	المستوى التعليمي للطفل	مدة المرض	المستوى التعليمي للوالدين	المستوى المادي للأسرة	طبيعة السكن
المجموعات							
المجموعة 03U01	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق
المجموعة 04U02	توجد فروق	لا توجد فروق	لا توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	توجد فروق	لا توجد فروق

## 2.4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

بالنسبة للمجموعة 03U01 فقد تحصلنا على وجود فروق عند جميع العوامل المحددة و هذا يمكن مرده إلى تأثير برنامج التربية العلاجية الذي ركز على بناء قدرات الأفراد تقنيات تعليمية، تحفيزية، بناء المهارات ورفع الوعي لدى عناصر السياق (مشرفي الرعاية الصحية، الأطفال المرضى، الأسرة، المدرسة- لكون مكان التطبيق في المدرسة فقد تم استقطاب بعض الجمهور الذي صار على وعي-،..) توفير السياسات البيئية

الداعمة التي تشجع وتعزز تغيير السلوك. من خلال التأثير على كل من هذه العوامل الداخلية والخارجية ، من أجل تغيير هادف ومستدام يمكن أن يحقق صحة الأفراد والمجتمعات، كما جاء في توصيات المنظمة العالمية للصحة (WHO, 2012).

فبموجب أن فعالية الذات الهدف الرئيسي من هذا البرنامج نجد أن امتلاك المهارات اللازمة للكفاءة الذاتية العالية مطلوبة لتحقيق الثقة بالنفس و الإدارة الذاتية للمرض. فهي مرتبطة بالحوافز الضرورية التي يمكن أن يفتقرها من يملك فعالية الذات فلا تظهر بوادرها على السلوك (Bandura, 1986)، و هذه الحوافز مختصرة حسب اقتراح "Bandura & al": "أنه عندما تحد القيود الاجتماعية وعدم كفاية الموارد من الأداء الأكاديمي، قد تتجاوز فعالية الذات الأداء الفعلي لأنه ليس من الأمور التي لا يعرف الطلاب ما يجب عليهم فعله بل أنهم غير قادرين على القيام بما يعرفونه" (Bandura, 1995). أي، من المستحيل أن يكون الطفل بدون فعالية و إنما تفاعل القدرات الداخلية و الظروف الخارجية يشكلان معتقدات ذاتية ايجابية أو سلبية تؤثر على مستوى الفعالية، و لهذا فالعوامل الشخصية (العمر، الجنس، مدة المرض، المستوى التعليمي) و العوامل الاجتماعية (المستوى التعليمي و المادي للوالدين)، و العوامل البيئية (طبيعة السكن) تعد ضمن العوامل المؤثرة على الفعالية إن تم تحفيزها و استثمارها كوسائل تنمية لمصادر فعالية الذات.

أما بالنسبة للمجموعة 04U02 فيمكن ربط النتائج المتحصل عليها بالتعلم الذي طوره الطفل المريض طوال حياته، و هذا يبرز علاقة المرض بالوقت (من لحظة الإعلان عن التشخيص حتى الاستيلاء على المشكلة الصحية و التحكم فيها) ومواجهته مع تطور مرضه، إلى جانب الظروف الخاصة بالموضوع و المتعلقة بمشكلة صحية يواجهها بشكل يومي (Ebussche & Ymard, 2010)، فعلى سبيل المثال: اقتراح "Wilkinson & Whitehead" عام (2009)، أن توقع الإدارة الذاتية يحدث غالباً دون حدوث تغييرات ضرورية في الهياكل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية التي تؤثر على قدرة الفرد على النجاح في إدارة مرضه

المزمن بنجاح مع توقع أن الفرد سوف يكون قادرا على إدارة عملية المرض عندما يفشل نظام الرعاية الصحية في القيام بذلك. إلا أنه هنا بالنسبة للطفل المريض بالربو لوحظ من خلال نتائج هذه الفرضية أن هذه العوامل يمكن أن يكون لها تأثير على فعالية الذات (و التي لا يمكن انكار دورها الفعال في تحقيق الادارة الذاتية للمرض من خلال تعزيزها لمفهوم الثقة بالنفس عند الطفل) بمرور الوقت و خاصة تلك التي لها علاقة بالأسرة و مدة المرض. و حتى الجنس باعتبار أن مرض الربو يكون أكثر شيوعاً عند الأولاد أكثر من الفتيات، بمعدل 2.5- 03 (Formosa, 2008).

## 5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

### 1.5. عرض نتائج الفرضية الخامسة

نتوقع وجود علاقة ايجابية بين المرض و المريض (طفل . أسرة ) و الفريق المعالج بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية .

بناء على الملاحظات المسجلة من قبل الباحثة و كذا سبر الآراء الخاصة بالأطفال المشاركين في

البرنامج المتعلقة بالسياق قبل و بعد التطبيق، تم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم 78: التواصل بين عناصر السياق قبل و بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية

الحالات	قبل	بعد
الحالة 01 - الطفل مع المرض - الطفل مع الأسرة	-متقبلة للمرض -الأم غير مبالية و جادة اتجاه مرافقة الطفلة مع المرض.	-التعايش معه بشكل أنه جزء منها يجعلها متميزة. -مشاركة الأم البسيطة (لم تكن تلتزم بالحضور) خلق حافزا لها لفهم المرض و مشاركتها لابنتها معاش المرض بشكل متوازن.

<p>-علاقة تواصل ممتازة تتميز بمبادرة المريضة بطرح الأسئلة، و تفاعلها يحفز الطبيب على التعامل الجيد معها و خلق صداقة بينهما.</p>	<p>-علاقة تواصل جيدة</p>	<p>- الطفل مع الطبيب</p>	
<p>-التماس نقطة مشتركة للتعايش مع المرض، و هي: صورة الذات التي يرغب بتحقيقها و التي تلزمه أن يحسن ادارته الذاتية بشكل فعال، بالإضافة إلى تمكنه من التعبير عن ما يزعجه (كالذي يدخن امامه). -دعم الأم ايجابي (التزامها الدائم بالحضور، و رغبتها في تحقيق الأهداف المشتركة في البرنامج)، فتح مجال للطفل للتحرر دون الاعتمادية، و منه نحو المرض. -علاقة تواصل جيدة، اضيف لها الاحساس بالبعد الانساني.</p>	<p>-متردد فيما يخص المرض.  -الأم حريصة و الطفل منقهم  -علاقة روتينية ذات مصلحة.</p>	<p>- الطفل مع المرض  - الطفل مع الأسرة  - الطفل مع الطبيب</p>	<p>الحالة 02</p>
<p>-علاقة واضحة و متحدية. رغبتها في تحقيق ذاتها اكبر من المرض.</p>	<p>-متقبلة للمرض  - علاقة جيدة</p>	<p>- الطفل مع المرض - الطفل مع الأسرة</p>	<p>الحالة 03</p>

<p>-علاقة جيدة على الرغم من عدم حضور الأم (وجد دعم منها و تشجيع)</p> <p>- علاقة تواصل جيدة، اضيف لها الاحساس بالبعد الانساني.</p>	<p>-علاقة روتينية ذات مصلحة.</p>	<p>- الطفل مع الطبيب</p>	
<p>-تفعيل الخطوات الأولى للتحرر من التبعية (صورة المرض عند الأم) إلى خلق صور خاصة به (صورة الذات و المرض).</p> <p>-على الرغم من حضور الأم لجلسة واحدة إلا أنها لم تتجاوب لتؤثر بالشكل الكافي لتفيد الطفل، لذلك كان التركيز كله على الطفل لاحتوائه و تعديل صورته نحو الذات و المرض. و قد لاق هذا تفاعل ايجابي لحد ما سمح له بتحسين مستوى الفعالية و صورة الذات لديه.</p> <p>-تحسن العلاقة مع الطبيب بشكل ملفت، حيث نقص مستوى القلق و التوتر.</p>	<p>-غير متوافق مع المرض</p> <p>-علاقة استبدادية ضاغطة من قبل الأم (تحب السيطرة و اللفت الأنظار)، أثرت جدا على الطفل و صورته الذاتية و حتى نحو المرض و خصوصا الثقة.</p> <p>-علاقة يسودها التوتر، و الخوف و القلق مرتبطة بصورة المرض السلبية.</p>	<p>- الطفل مع المرض</p> <p>- الطفل مع الأسرة</p> <p>- الطفل مع الطبيب</p>	<p>الحالة 04</p>

من خلال ما سبق، نلاحظ أن نمط التواصل بين عناصر السياق كان متباينا قبل تطبيق البرنامج حسب الحالات، فمنها من كان عنده ايجابيا و الآخر سلبيًا. و هذا مرتبط بصورة الذات الخاص بالطفل و الأسرة (الأم) و كذا المرض، حيث أنه بعد تطبيق البرنامج لوحظ تحسن في نمط التواصل مع مختلف عناصر السياق بالاتجاه الايجابي من خلال الأنشطة التي كانت تستهدف تحسين العلاقة مثلا: مشاركة الأم في البرنامج مع الطفل في بعض الأنشطة، التأكيد على الأمهات أن الوعي و المعرفة سبيل هام في كيفية التعامل مع الطفل و مرضه الربو، لعب الطفل للدور ... (ارجع أيضا لجدول صورة الذات و المرض عند الطفل المريض بالربو)، إلى جانب أسلوب تعامل الطبيب مع الطفل، فمن الأطباء من يعمل بشكل آلي و منهم من يعمل بشكل انساني و هذا الأخير هو الذي ساعد الأطفال في انشاء صورة ايجابية للعلاقة مع الطبيب (انظر الحالة 01-02-03)، أما الحالة 04 فالتحسن كان بعد البرنامج و تأزمها من قبل يمكن مرده للعلاقة أم/طفل. و عليه، فان الفرضية التي تنص على: توقع وجود علاقة ايجابية بين المرض و المريض (طفل . أسرة) و الفريق المعالج بعد تطبيق برنامج التربية العلاجية محققة.

## 2.5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

التواصل شيء مهم في حياة الانسان منذ ولادته، فهو يسمح له بالتعرف و الفهم و التطور، و قد برزت أهميته كعنصر أساسي في ضمان فعالية برامج التربية العلاجية عند تحليل الدراسات السابقة و التي من خلالها اعتمد تطبيق البرنامج الآني على بناء نمط تواصل ايجابي بين مختلف عناصر السياق و هذا ما تحقق حسب ما جاء من نتائج تسمح بأخذ تصور عام قبل و بعد تطبيق البرنامج، حيث لوحظ تحسن في العلاقة بين مختلف عناصر السياق بعد التطبيق.

لنجد أن أهم علاقة مؤثرة هي الطفل مع الأسرة، و خاصة أن للأسرة أهمية كبيرة من حيث وظيفتها و التي تُدرِك كمصفوفة من المهام ( البيولوجية و الاجتماعية و الاقتصادية و العاطفية و النفسية و الأخلاقية و



الدينية) و التي تسهم بشكل رئيسي في تطوير مهارات الطفل و المراهق المتعلقة بالمواجهة و التعامل بكفاءة مع مواقف الاجهاد اليومي التي يخضع لها(علاء الدين والعلي، 2014) و بالخصوص الطفل و المراهق المريض، و قد أكدت هذا العديد من الدراسات التجريبية أن هناك علاقة بين الأداء السلبي لوظيفة الأسرة و مشاكل الأطفال العاطفية و السلوكية و العكس صحيح.

و هنا كمنت الصعوبة في بناء اتجاهات ايجابية نحو المرض و الذات عند الطفل، لأن للوالدين -الأم- مكانة ذات أولوية عنده سمحت بالضغط عليه من حيث كثرة المراقبة و الاهتمام التي فرضها المرض، و منه كان العمل في أغلبه متمركز على الطفل، و وجود الأم كان ضمن أهداف محددة لتوعية و تحسين هذه العلاقة (المرض/ طفل-أم) و التي لاقت تفاعل ايجابي لحد ما (بالخصوص في لعب الدور من خلال المسرحية التي كانت من تأليفهم و التي جعلتهم يفهمون الآخر) بغية التحرر و بناء علاقة مستقلة بين مختلف عناصر السياق، و قد أكدت هذا نتائج دراسة حول الصورة الوالدية للطفل المريض بالربو على أن العلاقة الوالدية مميزة و لذلك نجد أن الأطفال المرضى و خاصة منذ الصغر لهم تعلق كبير بالأسرة من الناحية العاطفية، إلا أنها تشكل ثقلا عليهم اتجاه الرغبة في الاستقلالية مما يجعل لقدراتهم حدودا على الرغم من اعتقاداتهم بفعاليتها (صالح و شقرونة، 2019)، و الاحساس بالتحرر و تجربة مواقف ايجابية مع عناصر السياق تدعم روح المبادرة لديهم و اعتقادهم الايجابي اتجاه قدراتهم حيث أن الحالات التي خضعت للبرنامج تحسن مستوى فعالية الذات لديها.

فخبرات الفعالية الأولية تتركز في الأسرة. ولكن، مع نمو الطفل يتوسع العالم الاجتماعي بسرعة ليصبح الأقران أكثر أهمية في تطوير معرفة الذات لديهم (Bandura, 1997). إلى جانب التأثير القوي على تطويرها باللعب (Bandura, 1994)، لذلك كان الاعتماد المتبنى في جل الأنشطة مبني على الألعاب التربوية العلاجية الهادفة بشكل تعاوني و مرة بشكل تنافسي مع اشراك مختلف عناصر السياق. حيث أن هناك دراسة

حديثاً أن 23.9 % من المرضى يفضلون أن يكون لهم دور نشط، 37.5 % شكل من أشكال التعاون مع الطبيب، و 40.4 % دور سلبي، وهذا مهما كان مستوى شدة الربو (Raheison, 2006). إلا أن جودة الحياة بالنسبة للأطفال المرضى حسب دراسة « Dazord & al » التي خلصت إلى أن جودة الحياة عند الطفل المريض بمرض مزمن على العموم تتأزم من الناحية الاجتماعية (الأسرة) ثم تأتي الناحية النفسية فالجسدية (Dazord & al., 2000)، و هذا يعني أن نمط التواصل يؤثر على الطفل بشكل متفاوت الحدة و متكامل.

حيث وجد من خلال النتائج أيضاً أن العلاقة الانسانية الرابطة بين المريض (الطفل) و الطبيب المشرف تؤثر على نظام الفحص و منه نجد أن العلاقة بين الطبيب و الطفل المريض تتأثر بالعلاقة بين الطفل المريض و أسرته و التي بدورها تؤثر على الطفل المريض و المرض بحد ذاته و هذا كله يؤثر على بناء الاتجاهات عند الطفل.

و لهذا فنمط التواصل الايجابي يؤسس لتصور ايجابي حسب ما تطابق من نتائج مع معطيات الفرضية

الثالثة في شق بناء الاتجاه.

## II. المناقشة العامة

حسب ما جاء في نتائج الدراسة سألقة الذكر و التي تركز على أهمية مصادر فعالية الذات في بناء و تنمية فعالية الذات و التي أبرزت أنه أمر ضروري للطفل المريض، و بالخصوص أنها تعد خاصية مؤقتة و سهلة التأثير تتميز بوضعية الموقف (المجال المادي) و المهام ذات الصلة (المجال المعنوي...الأهداف) (Bandura, 1977) و التي تركز على المعرفة حسب "Piaget". أي، كلما زادت خبراتنا للأشياء زادت معرفتنا بها و أسست للنضج و التوازن، فهي خلاصة العلاقة بين الفرد و محيطه ( Oubrayrie & Lescarret, 1997). ليأتي "Bandura" يدعّم هذا في نظريته المعرفية الاجتماعية. و هذا الذي وفرته التربية العلاجية كوسيلة من خلال مبدئها الذي يدعم الكفاءة بكل أشكالها.

فالتكيف الذي حققه المشاركون من خلال البرنامج (الإدارة الذاتية+ تصور إيجابي للمرض، ثقة بالنفس) يدعم عملية النمو بطريقة سليمة -حتى و لو أن المرض سيؤثر بطريقة أو بأخرى على مساره النمائي- و العامل الفارق في هذه الحالة هو تحقيق جودة الحياة و التي كما تم ملاحظتها تنتج فقط بتكاتف جهود عناصر السياق ضمن علاقة تكافؤية تتراوح بين الأخذ و العطاء.

و التي هي معطيات تساهم ايجابا في تنمية الطفل من الناحية المعرفية و السلوكية و منها الصحية الجسدية، كما أنها تسمح بتأسيس قاعدة صلبة للطفل يتحمل بها أعباء المرض و آثاره الجانبية و يتجاوزها إلى مفهوم أن المرض شيء مميز لديه، مكنه من خوض تجارب و التعلم منها ليكون بها أقوى، حيث أنه امتلاك ميزة مصدر الاقناع اللفظي أفضل من الأطفال الأصحاء إلى جانب تحسنه في مصدر الانجازات الأدائية التي أصبحت من خلال التجربة المعاشة ( المشاركة في التربية العلاجية) المصدر الأساسي لديه كالأطفال الأصحاء، ليصبح الطفل المريض بالربو لا يتأثر بالأخريين بقدر ما يتأثر بتجاربه الخاصة و يصنعها بنفسه

على غرار ما كان به في السابق، و هذا يمكن مرده حسب " Cynthia & bobko " إلى زيادة التعرض

للخبرات التربوية المناسبة (Cynthia & bobko, 1994).

و هذا ما خلص له في الغالب جل الأطفال المشاركون في برنامج التربية العلاجية، دون أن ننسى دور التعلم بالملاحظة باعتباره منبع لمصدر الخبرات البديلة. و الذي يؤثر أكثر عندما يكون النموذج مشابها للملاحظ في الوضع الاقتصادي و الثقافي، الجنس و الحالة الاجتماعية (Brown & Bettine, 1999) و التي كانت في عين الاعتبار عند اختيار المشاركين، حيث لا توجد فروق بينهم بالنسبة لهذه العوامل.

و لهذا كان تطبيق برنامج التربية العلاجية يركز على جملة الأهداف الأساسية المتعلقة بالكفاءة (المعرفة- المهارة- الاتجاه) و التي أشار إليها Lenz & Shortridge-Baggett عام (2002) على أنها من العوامل التي تؤثر على تغيير السلوك (Cooper, 2010)، إلى جانب الأهداف المستخلصة من تحليل الدراسات السابقة و التي تؤثر على النمو النفسي عند الطفل و هي: الادارة الذاتية، الثقة بالنفس، نمط التواصل الإيجابي، جودة الحياة المتعلقة بالصحة. و التي ترتبط حسب " Bowling " بالمستوى الأمثل للحالة النفسية و الجسدية و الدور و الأداء الاجتماعي الذي يقوم به الفرد، بما في ذلك العلاقات و المعتقدات و الصحة، اللياقة و الارتياح في الحياة و الرفاهية (Bowling, 2001)، و كذا المعرفة العلمية و توجيه نمط التفكير للإيجابي منه، من خلال الأنشطة المتنوعة و التي اعتمد اختيارها في تطبيق البرنامج على تغذية مصادر فعالية الذات، إلى جانب التسليم بأن الطفل أكثر ابداعا من الراشد فيما يتعلق بسياسات التعايش لتحقيق التوازن ( الاستيعاب و المواءمة)، المطلوب فقط من المحيط أن يتقبل هذا الطفل و يحبه بصدق، و يسعى لفهمه من خلال توفير بيئة ترابطية خاصة به.

فمصادر فعالية الذات تساهم في: التحديد الواضح للأهداف الذاتية، إحساس قوي بالمرونة بالخصوص

اتجاه الفشل، المثابرة و الالتزام ، تحقيق الثقة بالنفس و الرضا عنها، توجيه السلوك وخلق حوافز للاستمرار

(Bandura, 1997) و هذا بتقليل العادات الصحية الخاطئة واعتماد ودمج عادات تعزيز الصحة في نمط حياتهم المعتادة (Schunk, 1989)، بالإضافة إلى أن هناك فوائد تطويرية لتشخيص وظيفة المناعة المحسنة من خلالها، أثناء تطوير قدرات التكيف الضرورية، فهناك بعض الأدلة على أن تزويد الناس بوسائل فعالة لإدارة الضغوطات قد يكون له تأثير إيجابي على وظيفة المناعة (Dorresteyn Stevens, 2010)، و التي منها التحكم في المرض و ادارته، و حتى يمكننا الوصول بها إلى اضعاف المساعي الابداعية، و هذا ما لاحظناه بالنسبة لتفاعل المشاركين في البرنامج (الابداع و المبادرة في التجاوب مع الأنشطة و كذا انعدام تسجيل الغياب أو زيارة الطبيب طيلة تطبيق البرنامج إلا في حالات الضرورة القصوى، بل كان منهم كل الحرص على الالتزام + اكتساب خبرة في استعمال مختلف البخاخات و FEV بشكل صحيح و سليم يحقق فعالية الأدوية، و قد تحسن استعمالهم لها مع مرور الجلسات). (انظر عرض نتائج الفرضية الثالثة)

و عليه، يمكن اعتبار تغيير معتقدات الفعالية من خلال تعزيز الحالة البدنية للإنسان، وخفض مستويات الإجهاد والميول العاطفية السلبية، وتصحيح التفسيرات الخاطئة لحالات الجسد، بالإضافة إلى الإقناع اللفظي والفيولوجي و العاطفي و التي هي كما أشار إليها " Bandura " عام (1997)، لأن ظروف الحياة ليست المجهددة في حد ذاتها، ولكن عدم القدرة المتصورة على إدارتها هي الموهنة. وبالتالي، فإن التعرض للضغوطات مع القدرة على السيطرة عليها ليس له أي آثار بيولوجية سلبية. لكن، التعرض لنفس الضغوطات دون القدرة على السيطرة عليها يضعف جهاز المناعة (Dorresteyn, 2010)، ويسهم في تطوير الاضطرابات الجسدية ويسرع تطور المرض و بالخصوص أن مرض الربو من بين الأمراض ذات العلاقة بالأمراض المناعة الالتهابية. و هنا تبرز أهمية فعالية الذات بمختلف الأبعاد الجسدية و النفسية و حتى الاجتماعية عند الطفل المريض بالربو من خلال الدعم المستمر لمصادرهما.

و هذا يتوافق مع ما أقره بانورا (1982) بأن الأفراد الذين يشعرون بفعالية أكثر هم الذين يستمرون فترة أطول. أي، أن تعزيز الفعالية ضمن برنامج تعليمي للتربية العلاجية يضمن لحد ما تأثير نفسي ايجابي طويل الأمد للمريض (الطفل) و منه بلوغ مستوى تعايش متوازن مع المرض و به يتخطى الطفل أزمته، التي تصبح جزءا منه ترافق نموه المستمر في جميع المستويات الجسمية و العقلية و حتى النفسية، و التي تدخل قصرا لتصبح جزءا من ذاته تنموا معه، لتصبح ضمن مطلب النمو ( **Developmental Task** ) عنده.

و لما لا تكون امكانية ابداع الطفل المريض بخلق استراتيجيات جديدة للمعايشة مع المرض و التحكم فيه، و هذا بناء على الفرضية المركزية لفعالية الذات بأنها متغير مهم في فهم السلوكيات في السياقات التعليمية. حيث تؤكد التقاليد النظرية المختلفة على أهمية معتقدات الأفراد فيما يتعلق بقدراتهم على التحكم في الجوانب الهامة من حياتهم (Schunk, 1989).

فمثلا الأطفال المرضى بالربو و هم محل دراستنا، يمكن أن يصاب به ذوي الاستعداد البيوطولوجي في أي وقت إما بعد الولادة أو بعد مدة، و هذا يعني أنه يؤثر على النمو و خاصة النفسي منه، حيث أكدت العديد من الدراسات على وجود بعض الاضطرابات السلوكية الانفعالية للأطفال المرضى بالأمراض المزمنة بشكل عام و سوء التوافق النفسي للأطفال المرضى بالربو كدراسة (Lima & Guerra) عام 2010 و دراسة (Kopel & Sheryl) عام 2001، و غيرها من الدراسات التي تناولت متغيرات أخرى كالقلق و التوتر...

و هذا ما يميز التربية العلاجية الخاصة بالطفل و يستدعي وجوبها هو ميزة الطفولة و أهمية منعكساتها على شخصية الفرد و مخططاته المعرفية لفهم أحداث و مواقف الحياة و كذا نمط حياته الذي يتبناه و مدى سعيه لتحسين جودتها من خلال فهم حاجات و متطلبات هذا الطفل المريض بالربو- و التي تتفاوت بين حاجات يومية بيولوجية و نفسية (رعاية و اهتمام)، اجتماعية (تواصل و تقبل) و ثقافية (فكر و معرفة) ، فهي وسيلة تطل على مستقبل الطفل و تحافظ على مميزاته.

و هذا من بين الأسس التي يمكن مرد نتائج حجم الأثر من متوسط إلى مرتفع لهذه الدراسة و التي أوضحت أن مصادر فعالية الذات من أهم العوامل المؤثرة و المؤشرات الدالة على تغير مستوى الفعالية، و تغيير السلوك الذي منه يحقق العلاج حسب خصوصية مرض الربو.

كما يمكننا القول: أنه يمكن استثمار التربية العلاجية في تنمية فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو، و في الوقت نفسه يمكن استثمار فعالية الذات في تحقيق أهداف التربية العلاجية. كون أن الفعالية في طور البناء و الهيكلة، و المرض يعتبر جزء من كيان الطفل، يحتاج الى احتواء كذاك الذي توفره التربية العلاجية.

### III. توصيات و مقترحات الدراسة

سمحت الدراسة الحالية بتصميم بروتوكول برنامج تربية علاجية خاص بالأطفال المرضى بالربو يستهدف تنمية مصادر فعالية الذات العامة عند الطفل المريض بالربو، و في نفس الوقت استهدف رفع مستوى فعالية الذات المتعلقة باتجاه الطفل نحو مرض الربو و العلاج، بالإضافة إلى فرصة تجريبه و حساب مدى تأثيره على فعالية الذات عند الطفل المريض بالربو. حيث خلصت النتائج إلى وجود تأثير عالٍ تطوره و نمت معه هذه الفعالية في كل مرحلة من مراحل تطبيق البرنامج، ليصبح تباين هذه المصادر مماثل بما هي عند الطفل السليم و التي تتوزع بالشكل التالي: مصدر الخبرات البديلة > الإقناع اللفظي > الاستثارة الانفعالية  $\geq$  الانجازات الأدائية ، بعدما كان الإقناع اللفظي عنده هو المصدر الأكثر استثمارا و تأثرا بالمواقف، و هذا يدل على أن الطفل صار أكثر واقعية و تحررا مع قدرته على ضبط انفعالاته من خلال التنمية الحاصلة في مصدر الانجازات الأدائية و الاستثارة الانفعالية.

كما أن هذه الدراسة أوضحت أيضا خصائص هذه العينة و متطلباتها النفسية من حاجة للاحتواء و الاهتمام الذي يسمح بالاستقلالية، و كذا اكتساب الكفاءة بمختلف أبعادها و التي حققت للطفل المريض بالربو الثقة بالنفس و الادارة الذاتية إلى جانب تحسين نمط تواصل السياق الذي ينتمي إليه، و هذا يدل على فعالية هذا

البرنامج الذي أثبت و أكد من خلال نتائجه المختلفة المتحصل عليها من معالجة الفرضيات المحققة على امكانية استثمار التربية العلاجية في تنمية فعالية الذات عند الطفل، و استثمار فعالية الذات عنده في تحقيق أهداف التربية العلاجية في الوقت نفسه.

و عليه، من خلال ما خلصت له هذه الدراسة من ملاحظات و نتائج، و إلى جانب ما عاشته الباحثة في تجربتها البحثية هذه، وضعت بعض المقترحات و التوصيات التي من وجهة نظرها يمكن أن يتطور هذا البحث و يفعل من حيث شقيه العلمي و العملي، لتقترح:

1- صياغة مستمرة و مستحدثة لبرامج التربية العلاجية تواكب التطور العلمي في مختلف التخصصات المتدخلة بشكل متناسق من علوم الطب و الصيدلة، النفس و التربية، الاجتماع، التكنولوجيا و الهندسة، التغذية .... بالإضافة إلى احترام البعد الثقافي للأفراد.

2- نحتاج أولاً إلى أن ننشر مفهوم التنقيف الصحي لدى الأولياء قبل التوجه للتربية العلاجية عند الأطفال، من أجل تحقيق نتائج أكثر فعالية.

3- الالتزام بتدريب مشرفي الرعاية الصحية و تأهيلهم للممارسات الميدانية في تطبيقات التربية العلاجية، لأنه ليس كل مختص يمكنه تطبيق التربية العلاجية و بالخصوص الموجهة منها للأطفال... ففاءة الطفل من كفاءة المشرف.

4- محاكاة أنشطة التربية العلاجية لمصادر فعالية الذات باعتبار هذه الأخيرة استثمار مهم في حياة الطفل و بالأخص إن كان مريض بمرض مزمن.

5- اسهام التربية العلاجية في سد ثغرات النمو عند الطفل المريض بمرض مزمن و بالخصوص النفسي و الاجتماعي منه، و لذلك يجب اعطاء مرحلة التشخيص التربوي حقها الكافي، بغية تجاوز أهداف التربية العلاجية من تحقيق الادارة الذاتية إلى الادارة الحياتية.



6- نتيج فرصة مشاركة الأطفال في بناء برامجهم التربوية العلاجية الخاصة بهم، من أجل ترسيخ أكثر للثقة بالنفس

و تدبير استراتيجيات مبتكرة للإدارة الذاتية مع تحسين اتجاه التواصل.

7- توسيع ممارسات التربية العلاجية من المستشفيات و العيادات الخاصة و المراكز إلى المدارس أيضا (من

مقترحات مدراء المدارس)

8- كسب الدعم المادي و المعنوي من الهيئات الخاصة بالرعاية الصحية و مراكز البحث العلمي

ضمن اتفاقيات تشجع تطبيق برامج التربية العلاجية لمختلف الأمراض المزمنة لتحقيق فعالية أوسع و جودة

الحياة للمرضى بالإضافة إلى الحد من وبائية هذه الأمراض و التحكم فيها، و هذا بشكل دوري.

مراجع



## مراجع

- 1- ابراهيم أبراش. (2009). المنهج العلمي و تطبيقاته في العلوم الاجتماعية. الأردن: دار الشروق للنشر و التوزيع.
- 2- أبو القاسم عبد القادر صالح و آخرون. ( 2001 ). المرشد في اعداد البحوث و الدراسات العلمية. السودان: مركز البحث العلمي و العلاقات الخارجية. ط01 .
- 3- أحمد بدر. (1996). أصول البحث العلمي و مناهجه. مصر: المكتبة الأكاديمية. ط09.
- 4- أحمد علي. (2012). مفهوم المعلومات و ادارة المعرفة. دمشق: مجلة جامعة دمشق. المجلد 28. العدد 01. ص 475 - 513.
- 5- إيمان عباس الخفاف. (2013). التعلم الانفعالي: تعلم كيف تفكر انفعاليا. مصر: دار النشر المنار.
- 6- بتلر جيلان و توني هوب. (1998). إدارة العقل. الرياض: مكتبة جرير
- 7- بدير كريمان. (2012). الأسس النفسية لنمو الطفل. مصر: دار المسيرة. ط3.
- 8- بندر بن محمد حسن العتيبي. (2008). اتخاذ القرار و علاقته بفعالية الذات و المساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف: دراسة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس: جامعة أم القرى.
- 9- توما جورج خوري. (1996). الشخصية (مقوماتها، سلوكها، علاقتها بالتعلم). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر و التوزيع. ط1.
- 10- الجنابي صاحب عبد مرزوك. (2019). علم النفس المعرفي رؤية تربوية معاصرة. الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع.
- 11- جون أيرس ترجمة جولي صليبيا. (2002). الدليل الطبي للأسرة الربو- أعراض ، اختبارات ، تشخيص و معالجات، مساعدات ذاتية و نمط الحياة. الجمعية الطبية البريطانية. بيروت: اكااديمية انترناشيونال للنشر و الطباعة.
- 12- جيار. م (Geyer.M) ترجمة رضون سامر جميل. (2012). مدخل للمعالجة النفسية التفاعلية الديناميكية طرائق العلاج النفسي الفردي. الإمارات: دار الكتاب الجامعي.

- 13- حلاوة جمال رضا، صالح علي محمود موسى. (2009). مدخل إلى علم التنمية. مصر: دار الشروق للنشر و التوزيع. ط01.
- 14- الدباغ فخري. (1980). العلاج النفسي. أنواعه، أساليبه، مدارسه. العراق: دار الحرية للطباعة.
- 15- رافدة الحريري، فاتن عبد الحميد، حسن الوادي. (2017). أساسيات و مهارات البحث التربوي و الاجرائي. الأردن: دار أمجد للنشر و التوزيع. ط 01.
- 16- زهران حامد. (2001). الصحة النفسية و العلاج النفسي. ط 3. القاهرة. عالم الكتب.
- 17- سالم حمود صالح الحراشنة. (2012). التوجيه و الارشاد (الدليل الارشادي العملي للمرشدين التربويين و العاملين مع الشباب). الأردن: دار الخليج للنشر و التوزيع.
- 18- سامي عبد القوي. ( 2002 ). الاتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل و البدن و تطبيقاتها. القاهرة: جامعة عين الشمس.
- 19- سليمان عبد الواحد ابراهيم. (2013). علم النفس التعليمي "نماذج التعلم و تطبيقاته في حجرة الدراسة. الأردن: دار أسامة للنشر و التوزيع. ط1.
- 20- سناء نصر حجازي. (2014). علم النفس الاكلينيكي للأطفال. الأردن: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- 21- شيري بروت و آخرون. (2002). الرعاية المبتكرة للحالات المزمنة. منظمة الصحة العالمية .
- 22- صالح عواطف حسين. (1993). الفعالية الذاتية و علاقتها بضغوط الحياة لدى الشباب الجامعي. مجلة كلية التربية. جامعة المنصورة العدد 32. ص 461-487.
- 23- طارق عبد الرؤوف محمد عامر. (2018). مفهوم و تقدير الذات. القاهرة: دار العلوم لنشر و توزيع. ط1.
- 24- عباس محمد عوض. ( 1999 ). مدخل إلى علم النفس النمو. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 25- عبد الحميد محمد حسن عزت. (2011). الاحصاء النفسي و التربوي: تطبيقات باستخدام برنامج SPSS18. القاهرة: دار الفكر العربي.

- 26- عبد الخالق أحمد محمد. (2016). علم نفس الشخصية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية. ط2.
- 27- عبد الكريم حسن محسن . (2012) . البعد النفسي و الفسيولوجي للألوان في المباني العلاجية : حالة دراسية "مجمع الشفاء الطبي بقطاع غزة" . مجلة جامعة الأقصى : سلسلة العلوم الطبيعية. المجلد 16. العدد 01. ص01- 38.
- 28- عبد المنعم أحمد الدريديري. (2004). دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي. الطبعة الأولى. مصر: عالم الكتب.
- 29- عبد الهادي و جودت عزت(2011). علم النفس التربوي. عمان: دار الثقافة.
- 30- عثمان يخلف. (2001). علم نفس الصحة (الأسس النفسية و السلوكية). قطر: دار الثقافة. ط1.
- 31- علاء الدين جهاد، العلي تغريد. (2014). الأداء الوظيفي الأسري كما يدركه المراهقون و علاقته بالكفاءة الاجتماعية و القلق. الأردن: المجلة الأردنية في العلوم التربوية. المجلد 10. العدد 01. ص65-88.
- 32- فؤاد زكريا. (1978). التفكير العلمي. الكويت: عالم المعرفة
- 33- كاميليا عبد الفتاح. (1998). سيكولوجية العلاج الجماعي للأطفال. مصر: دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.
- 34- محمد أبو هاشم حسن.(2005). مؤشرات التحليل البعدي Meta-Analyses لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا. جامعة الملك سعود: مركز بحوث كلية التربية.
- 35- محمد الشيخ حمود. (2010). أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء الأسوياء و الجانحون "دراسة ميدانية مقارنة في محافظة دمشق". جامعة دمشق: مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية. المجلد 26. العدد 04. ص17-56.
- 36- محمد طه بدوي. (2000). المنهج في علم السياسة. الاسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- 37- مديرية الصحة المدرسية. (2017). احصائيات عن الصحة المدرسية لولاية باتنة للأطفال المرضى بالربو -باتنة-. الجزائر.

- 38- مسعود فاطمة. (2018). الطموح الأكاديمي و الثقة بالنفس. مركز الكتاب الأكاديمي.
- 39- مصطفى حسين باهي، محمد عبد الفتاح عنان، حسني محمد عز الدين. (2002). التحليل العملي (النظرية - التطبيق). مصر: مركز الكتاب للنشر.
- 40- معاوية أبو غزال و شفيق فلاح. (2010) العدالة المدرسية و علاقتها بالفعالية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الأساسية في محافظة اربد " دراسة تطورية ". دمشق: مجلة جامعة دمشق. المجلد 26. العدد 4 .
- 41- هيامه صابر صادق شاهين. ( 2012). فعالية الذات مدخل لخفض أعراض القلق و تحسين التحصيل الدراسي لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم. مجلة جامعة دمشق. المجلد 28. العدد 4.
- 42- Afonco.C., Devundara.A., Jeansonnie.S & Segbor.E.(2012). De la Théorie de l'Apprentissage Social à la Théorie Sociocognitive. Paris : IPFA
- 43- Alberta health services. (2018). Pre-Doctoral Residency In Pediatric & Child Clinical Psychology Alberta Children's Hospital . Canada: Discipline of Psychology.
- 44- Alfred F. & al. (2006). Seven Characteristics of Successful Work Relationships. [www.aafp.org](http://www.aafp.org): Retrieved 21-10-2018.
- 45- Allen P.J., Vessey J.A., Schapiro N. (2009). Primary Care of the Child With a Chronic Condition E-Book. USA: Elsevier Health Sciences (Ed).
- 46- Aubier M. (2013). Asthme (L') : Savoir le reconnaître pour bien vivre avec. France : Odile Jacob (Ed).
- 47- Authier.D. (2018). Recherche d'une méthodologie d'observation et d'analyse de la relation patient/soignant dans les ateliers d'Éducation thérapeutique. Open edition journals. N° 39. <https://journals.openedition.org/dse/2345>.
- 48- Bacoran B.S. (2006). Essentials of patient education. New-York : Jones and Bartlett publishers.
- 49- Balcou-Debussche M.(2016). De L'éducation Thérapeutique Du Patient A La Littérature En Santé : Problématisation Socio-Anthropologique D'opgiets Didactiques Contextualisés. France : Archives Contemporaines (Ed).
- 50- Bandura A. (1997). Self Efficacy . The Exercise of Control. New York : W.H. freeman.
- 51- Bandura A.(2001). social cognitive theory. an agentive perspective annual review of psychology. vol 52. pp 1-26 .

- 52- Bandura A, Transcription par : P. Landry. (2006). autoformation et agentivité humaine. Université Stanford(Californie): 7ème colloque européen sur l'autoformation.
- 53- Bandura A. ( 1986). social foundations of thought and action: A social cognitive theory. New York : Prentice Hall.
- 54- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. Vol. 84 (2). pp191-215.
- 55- Bandura A. (1994). Self-efficacy. New York: Academic Press. Ramachandran (Ed.).*Encyclopedia of human behaviour*. Vol 4. pp 71-81.
- 56- Bandura A. (1995). Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press
- 57- Bandura A.( 2003). Auto-efficacité.Lesentiment d'efficacité personnelle. Paris : Editions de Boeck Université.
- 58- Bandura A., Taylor C. B., Williams S. L., Mefford I. N & Barchas J. D. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self-efficacy. USA: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 53(3). PP 406-414.
- 59- Bandura, A . (1982) . Self-Efficacy Mechanism in Human Agency. USA : *Journal of American Psychologist*. Vol. 37 (2). PP 122 – 147
- 60- Barry A. Bunting & Carole W. Cranor. (2006). The Asheville Project: Long-Term Clinical, Humanistic, and Economic Outcomes of a Community-Based Medication Therapy Management Program for Asthma. USA : *Journal of the American Pharmacists Association*. Vol. 46 ( 2).
- 61- Bartlett E.(1983). Educational self-help approaches in childhood asthma.USA : *Journal of Allergy and Clinical Immunology* .Vol 72 (5). Part 2. PP 545-554.
- 62- Baud D.(2009). L'Education thérapeutique pour les nuls. France: Centre hospitalier de dreux.
- 63- BCGuidelines.ca. (2015). Asthma in Children – Diagnosis and Management . [www.BCGuidelines.ca](http://www.BCGuidelines.ca) .
- 64- Beltramini A. (2017). Pain Assessment in Newborns, Infants, and Children. *Pediatr Ann*. Vol.10 (46). pp 387-395. NCBI
- 65- Benrebrit D & Rahmoun N. (2016). Création d'outils et évaluation de l'éducation thérapeutique pour l'amélioration de l'observance des patients atteints de LMC au sein du service d'hématologie clinique du CHU Tlemcen. Université Abou Bekr Belkaïd : Memoire de Fin d'études Pour L'obtention Du Diplome de Docteur En Pharmacie.
- 66- Beydon N & al. (2012). Qualité de vie, contrôle de l'asthme, cotininurie et éducation thérapeutique de l'enfant asthmatique. *Journal de Santé publique*. vol 24 ( 2). pp 105-119.



- 67- Bhatia R. (2017). Asthme chez l'enfant. Le manuel MSD version pour le grand public. <https://www.msmanuals.com/fr/> : 25/06/2019 . 15h :30min.
- 68- Bin Redzuan M & Nikkhah H.A. (2010). The Role of NGOs in Promoting Empowerment for Sustainable Community Development. Journal of Human Ecology. Vol 30 ( 2).
- 69- Bjorklund R. (2005). Asthma: Health alert. New York: Benchmark Books (Ed).
- 70- Bourdin Arnaud & al. ( 2009 ).éducation thérapeutique du patient asthmatique. la presse médical. vol 38 (12).
- 71- Bowling A. (2001). Health-related quality of life, (Review of Disease-Specific Quality of life Measurement Scales). Philadelphia: University Press Buckingham. pp1 – 19.
- 72- Brown C. & Bettine, L. (1999). Self-Efficacy Beliefs and Career Development. Journal of Assessment. Vol. 10 (3). PP 232- 251.
- 73- Buer.JK. (2014). Origins and impact of the term “NSAID”: Inflammopharmacology . Vol 22 (5). PP 263- 7
- 74- Bursch B., Schwankovsky L.,Gilbert J & Zeiger R.(1999). Contruction and Validation of four childhood asthma a self-management scales : parent barriers, child and parent self-efficacy, and parent belief in treatment efficacy. Journal of asthma.vol 36. PP115-128.
- 75- Calop J., limat S.& Fernandez C.(2008). Pharmacie clinique et thérapeutique.3éme édition. Paris : Elsevier masson. PP1274-1278.
- 76- Carré.P. (2004). Bandura : une psychologie pour le XXIe siècle .Paris: L’Harmattan Savoirs.
- 77- Castro.K et Kraft.M. (2008). Clinical Asthma E-Book. Elsevier Health Sciences.
- 78- Centre d' Éducation du Patient asbl. (2016). Les modèles explicatifs des comportements de santé. Centre d' Éducation du Patient asbl. <https://www.educationdupatient.be/index.php/education-du-patient/que-vit-le-patient/croyances-et-hbm>.
- 79- Chan D.S & al. (2007). Internet-Based Home Monitoring and Education of Children With Asthma Is Comparable to Ideal Office-Based Care: Results of a 1-Year Asthma In-Home Monitoring Trial. USA: the American Academy of Pediatrics. Vol 119 ( 3).
- 80- Chivers,G & cheethan, G. (2001). How professionals learn in practice: an investigation of informal learning amongst people working in professions. Journal of European industrial training. Vol 25. Pp 247-292.
- 81- Châteaux V. (2008). L'enfant asthmatique et ses parents. France : Harmattan (Ed).
- 82- Clark M.V. (2010). Asthma: A Clinician's Guide. USA: Révisée (Ed).

- 83- Cohen J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences. USA: Lawrence Erlbaum associates. 2<sup>nd</sup> Edition.
- 84- Collège National des Enseignants de Réanimation Médicale(CNERM). (2011). Enseignement du 2eme Cycle Polycopie National. Item 193 : Détresse respiratoire aiguë de l'adulte. Corps étranger des voies aériennes supérieures. CNERM
- 85- Connie.D.( 2014).patient self-management. Centre comprehensive motivationnal interventions (C.C.M.I) : practice support program (P.S.P).
- 86- consultative group on ECCD. (2001). Early childhood development : The key to a full and productive life. World Bank.
- 87- Cook. (2003). Systemes familiaux et thérapie familiale. Geopsy.com: psychologie interculturelle et psychothérapie.
- 88- Cooper J.S. (2010). Psychometric Testing of Cooper Parental Self-Efficacy Scale-Child Health Behavior, A dissertation submitted to the School of Graduate Studies in the Health Sciences for the degree of Doctor of Philosophy in the School of Nursing . Virginia : University of Mississippi Medical Center Jackson. <http://hdl.handle.net/10755/296017>. 26-Jul-2017 10:26:53.
- 89- Corbett C & Fleming S.E.(2005). Self-managing chronic conditions. Washington stat university : [www.nursing.wsu.edu](http://www.nursing.wsu.edu).
- 90- Cottrell S.(2003). Skills for Success. Londres: Palgrave Macmillan Ltd.
- 91- Cynthia L & Bobko P. (1994). self Efficacy Beliefscomparison of five measures. Journal of Applied psychology. Vol. 69 (3). PP 342- 365.
- 92- Czuba. Cheryl E. (1999). Empowerment: What Is It?. The Journal of Extension. Vol 37 ( 5). [www.joe.org](http://www.joe.org)
- 93- Dautzenberg M. (2006). Guide pratique de l'asthme. France : Elsevier Masson (Ed).
- 94- Dazord A & al. (2000). Qualité de vie des enfants : intérêt de son évaluation. Comparaison d'enfants en bonne santé et dans des situations de vulnérabilité (psychologique, sociale, somatique). L'Encéphale. Vol 26 ( 5). pp46-55
- 95- De La Tribonnière X. (2016). Pratiquer l'éducation thérapeutique: L'équipe et les patients. France : Elsevier Masson (Ed).
- 96- Degennaro L.(2013). Someday is today, Learning & living with cancer advocating for your child's educational needs.
- 97- Delion P. (2008). La fonction parentale. Bruxelles : [yapaka@yapaka.be](mailto:yapaka@yapaka.be).
- 98- Diane. Finkle.(2009). Responding to Children's Needs Important Developmental Milestones in Young Children. University de Montréal. Centre of Excellence for Early Childhood Development (CEECD).
- 99- Dorresteyn S. C. (2010). Clinical Immunology Serology, A Laboratory Perspective. USA : F.A. Davis Company. 3rd edition.

- 100- Douglas J & Elward. K. (2010). Asthma: Clinician's Desk Reference. Virginia: Manson publishing (Ed).
- 101- Drotar D.(1997).Relating Parent and Family Functioning to the Psychological Adjustment of Children with Chronic Health Conditions: What Have We Learned? What Do We Need To Know?. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol 22 (02). pp. 149-165
- 102- Dutau G & Didier A. (2005). L'asthme sévère. Paris : John Libbey Eurotext Limited.
- 103- [Dutau](#) G. & [Didier](#) A. (2006). L'asthme sévère Collection Pathologie, science, formation Pathologie, science: Formation. France : John Libbey Eurotext (Ed).
- 104- Epelbaum C & Ferrari P.(1991). RÉACTIONS PSYCHOLOGIQUES À LA MALADIE CHEZ L'ENFANT,paris
- 105- Epstein S & Morling B. (1995). Kernis M.H.chapter1: Is the self motivated to do more then enhance and/ or verify it self ?. *Efficacy, Agency, and Self-Esteem Edited*. New York : Springer Science & Business Media. PP09-29.
- 106- Epstein S. (1992). Coping ability, negative self-evaluation, and overgeneralization: Experiment and theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. vol 62. pp826-836.
- 107- Ferri F.F.(2019). Ferri's Clinical Advisor. Elsevier Health Sciences.
- 108- Flecky K & Gitlow L. (2010). Service-Learning in Occupational Therapy Education: Philosophy and Practice. London: Jones and Bartlett publishers
- 109- Format Santé. (2007). VIH et Pays en Développement Contribution de l'éducation thérapeutique des patients. Format Santé - 7 ème Journée de réflexion - 22 janvier 2007.
- 110- Formosa M.C. (2008). Asthma in childhood. *Malta Medical*. vol 20 (1) . pp35- 43.
- 111- Fournier,R. (2017). Une évolution probable de la communication humaine. Chapitre un : Aux origines de la communication humaine: du gestuel au gestuel
- 112- Gallefoss F., Bakke P.S & Kjærsgaard P. (1999). Quality of Life Assessment after Patient Education in a Randomized Controlled Study on Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med*. Vol 159 (03). pp 812–817.
- 113- Gauron A. (2011). Evaluation d'un programme d'éducation thérapeutique des enfants asthmatiques au sein d'une l'école de l'asthme: les jeux de l'air. HAL: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00628212>.
- 114- Golay L., Lagger G & Giordan A.(2010). Motiver pour changer : un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique. Université de Genève : Service d'enseignement thérapeutique pour maladies chronique, Laboratoire de didactique et épistémologie des sciences.
- 115- Grenier B, Bourdillon F & Gagnayre R. (2007). Le Développement De L'éducation Thérapeutique En France : Politiques Publiques Et Offres De Soins Actuelles. France : Santé Publique. Vol .19( 4). Pp. 283-292.

- 116- Group on Education Florence (GEF). (2000). Defining Quality in Education. New York : UNICEF.
- 117- Groupe de travail de O.M.S . ( 1998 ). éducation thérapeutique du patient programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. paris : Edition O.M.S
- 118- Gruber K. (2015, July 23). The importance of self-confidence. Retrieved from <http://www.livestrong.com/article/138172-the-importance-self-confidence>
- 119- Hanson Jean . ( 1998 ). parental self-efficacy and asthma self-management skills . journal for spicialists in padiatric nursing. Vol 3 (04).
- 120- Hatfield N.T. (2003). Broadribb's Introductory Pediatric Nursing. USA: Lippincott Williams & Wilkins (Ed).
- 121- Haute Autorité de santé. (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. France : CEDEX. [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
- 122- Ichou F.P. (2015). Gregory au sourire d'un ange : Un enfant asmathique. France : Société des Ecrivains (Ed).
- 123- Jennifer B., LevinKenneth R., LoflandJeffrey E., CassisiAmir M., Poreh E & Blonsky R. (1996). The relationship between self-efficacy and disability in chronic low back pain patients. International Journal of Rehabilitation and Health. Vol 2. Issue 1. pp 19-20.
- 124- Jones T. L & Prinz R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment. Clinical Psychology Review. vol 25(3). pp 341-363.
- 125- Kopel & Sheryl. ( 2001 ). behavioral adjustment in children whith asthma . universitaires corresponddant .
- 126- Kouicem Khadidja. ( 2010 ). The Effect Of Classroom Interaction On Developing The Learner's Speaking Skill. Constantine University.
- 127- Kremp O. & Roussey M. (2010). Pédiatrie sociale ou l'enfant dans son environnement. France : Doin (Ed).
- 128- l'OMS.(1998). Education Thérapeutique du Patient Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Copenhague : Organisation Mondiale de la Santé .
- 129- Laaban J.P & al. (1996). Asthme aigu grave. Paris : MASSON.
- 130- Lagger G., Pataky Z & Golay A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. Rev Med Suisse. vol 5. pp 688-690 .
- 131- Lakhanpaul M & al. (2019). Qualitative study to identify ethnicitiespecific perceptions of and barriers to asthma management in South Asian and White British children with asthma. <http://bmjopen.bmj.com> .

- 132- Lalancette R. (2014). L'étude de Cas en Tant Que Stratégie Pédagogique aux études Supérieures : Recension Critique Québec : Livres en ligne du CRIRES. En ligne [http://lel.crires.ulaval.ca/public/etude\\_de\\_cas\\_strategie.pdf](http://lel.crires.ulaval.ca/public/etude_de_cas_strategie.pdf).
- 133- Le Rhun A & al. (2006). Programme d'éducation thérapeutique collective pour l'enfant asthmatique à Nantes -An evaluation of a patient education programme for children with asthma at a French teaching hospital -(« l'espace du souffle », Nantes) (2002-2003). *Journal Santé publique*. Vol 18 ( 2). pp 289-298.
- 134- Lemire L. (2010). Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Québec.
- 135- Lenz R. E & Shortridge-Baggett L M.(2002).Self-Efficacy In Nursing: Research and Measurement Perspectives. Springer Publishing Company.
- 136- Lesourd B., Juchet A., Broué-Chabbert A & Colineaux H. (2014). À l'École de l'Asthme... Bilan et évaluation d'une éducation thérapeutique. France : *Revue Française d'Allergologie*. Vol 54 (06). pp 438-450.
- 137- Levinson W.(1997). Doctor-Patient Communication and Medical Malpractice: Implications for Pediatricians. *Pediatric Annals*. Vol 26(3). pp186-193.
- 138- Liang J & al. (2017). Interdisciplinary model of care (RADICALS) for early detection and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in Australian primary care: study protocol for a cluster randomised controlled trial. <http://bmjopen.bmj.com>.
- 139- Lima & Guerra . (2010 ). psychological adjustment of children with asthma « study of associated variables ». *span J psychol*. vol 13 (03).
- 140- Loughheed.M & al.( 2012). Diagnosis and management of asthma in preschoolers, children and adults. Canada: Canadian thoracic society
- 141- Maddux J & Kleiman E. (2016). Self-Efficacy. In R. Biswas-Diener & Diener E. (Eds), *Noba textbook series: Psychology*. Champaign, IL: DEF publishers. DOI:nobaproject.com.
- 142- Maddux, J. E., & Dawson, K. (2014). Promoting physical fitness in adulthood: A focus on exercise. New York: In T. Gullotta & M. Bloom (Eds), *Encyclopedia of primary prevention and health promotion*. PP821-827. 2nd ed.
- 143- Maehr M & Pintrich P.R. *Advances in motivation and achievement*. Greenwich, CT: JAI Press. Vol 10. pp 1-49.
- 144- Marray & Nadel's.R.C, et al. (2015). *Textbook of Respiratory Medicine E.Book* : Elsevier Saunders. Edition 06. Vol 01. P2208.
- 145- [Martyn Shuttleworth](#). (Feb 16, 2009). Solomon Four Group Design. Retrieved Aug 08, 2019 from Explorable.com: <https://explorable.com/solomon-four-group-design>

- 146- Mason R.J. Broaddus V.C., Martin T.R., King T.E., Schraufnagel D., Murray J.F. et Nadel J.A. (2010). Murray and Nadel's. Textbook of Respiratory Medicine. Philadelphia: E-Book: 2-Volume Set. Elsevier Health Sciences (Ed).
- 147- Mason R.J., Murray J.F. Nadel J.A. & Gotway M. (2015). Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. Canada: Elsevier Health (Ed).
- 148- Mauri A & al. (2017). A structured therapeutic education program for children and adolescents with type 1 diabetes: an analysis of the efficacy of the "Pediatric Education for Diabetes" project. USA : NCBI
- 149- Mcghan S.L., Cicutto L.C & Befus A.D. (2005). Advances in development and evaluation of asthma education programs. Current Opinion in Pulmonary Medicine: Vol 11(01). pp 61-68.
- 150- McNeil D.(2012). How Language began: Gesture and Speech in Human Evolution. Cambridge. University Press.
- 151- Montalbano Laura & al. (2018). Therapeutic educational pathway effect on asthma control: a pilot study. European respiratory journal. <https://erj.ersjournals.com>.
- 152- Mozetic U & Smiljana K. (2004). English Language Overseas Perspectives and Enquiries (ELOPE): Studies In The English Language And Literature In Slovenia. University Ljubljana.
- 153- MRC. (2018). Rules of thumb on magnitudes of effect sizes. University of Cambridge : MRC. cognition and brain sciences unit.
- 154- Muzaffar A. (2008). Learner's psychology Professional Competency Enhancement Program for Teachers (PCEPT). National Academy of Higher Education (NAHE).
- 155- Muzaffar A. (2010). Module II: Learner's Psychology Professional Competency Enhancement Program for Teachers (PCEPT). National Academy Of Higher Education (NAHE) Learning Innovation Division Higher Education Commission (HEC)
- 156- Nagels M & Lasserre Moutet A. (2015). Réflexions critiques sur la conception d'un référentiel de compétences en éducation thérapeutique du patient. HAL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01104620>.
- 157- Norman P & Conner M. (2017). Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology. <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/self-efficacy>
- 158- Nunnally J. C. (1978). Psychometric theory. New York: McGraw-Hill. 2nd ed.
- 159- Olga Trađ. (2017) .Characteristics of a Modern Workplace - Look For them When Searching for a New Job . [www.netguru.co](http://www.netguru.co): Retrieved 22-10-2018.
- 160- Opolski M. & Wilson L. (2005). Asthma and depression: a pragmatic review of the literature and recommendations for future research. *Clin Pract & Epidemiol Ment Health*. Vol .1(18).

- 161- Oubrayrie N & Lescarret O . (1997). Pratiques éducatives, Estime de soi et compétences cognitives. France : SPIRALE - Revue de Recherches en Éducation .N° 20. pp 7-25.
- 162- Oucaud J.E & al. (2010). Éducation thérapeutique du patient Modèles, pratiques et évaluation. France :Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.
- 163- Pajares F. (1996). Self -Efficacy Beliefs in Academic Settings. Review of Educational Research. Vol. 66 (4). PP 542 – 578.
- 164- Pajares. F. Current Directions in Self-efficacy Research, Advances in motivation and achievement. Emory University : Greenwich, CT: JAI Press. Vol 10. pp 1-49
- 165- Pajares.F. (2005). *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* . chapter 15 .Self-Efficacy During Childhood and Adolescence, Implications for teachers and parents. Information Age Publishing. PP 339-367.
- 166- Panditi & Silverman. (2003). Perception of exercise induced asthma by children and their parents. BMJ journal : Archives of Disease in childhood. Vol 88 ( 9). PP 807-811.
- 167- Piperini M.C. (2016). L'éducation pour la santé: Théories, pratiques et méthodes d'évaluation. Belgique : De Boeck Supérieur, (Ed).
- 168- Poh Michael. (2017). " Characteristics of A Positive Work Environment" , [www.hongkiat.com](http://www.hongkiat.com): Retrieved 21-10-2018.
- 169- Price C & al. (2019). Large care gaps in primary care management of asthma: a longitudinal practice audit. <http://bmjopen.bmj.com>.
- 170- Raheison C. (2006). Place de l'éducation thérapeutique dans l'asthme sévère The role of therapeutic education in severe asthma. Paris : Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique .vol 46. p 145–147.
- 171- Redon M. (2017). Etude de l'impact du programme d'éducation thérapeutique ABC d'air chez des patients asthmatiques non contrôlés. THESE présentée à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon Circonscription Médecine pour obtenir le grade de Docteur en Médecine. France : Université de Bourgogne.
- 172- Rémi S & Sylvie J. (2016). PÉDAGOGIE et NEUROPSYCHOLOGIE. Lyon
- 173- Rigby M & Sanchis E. (2006). The concept of skill and its social construction. European journal of vocational training. vol 1(37). PP22-33.
- 174- Rosenthal R & Stern D.F. (2019). Clinical Education in Physical Therapy. London: Jones and Bartlett publishers
- 175- Scholnick E.K .(2013). New Trends in Conceptual Representation: Challenges To Piaget's Theory. USA : Psychology Press.
- 176- Schunk D,H. (2012). Learning Theories An Educational Perspective. New York : pearson. 6th Edition .

- 177- Schunk, D. H., & Miller, S. D. (2002). Self-efficacy and adolescents' motivation. *Academic Motivation of Adolescents*. Charlotte, NC: Information Age Publishing. pp 29-52
- 178- Schunk. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors. *Educational Psychology Review*. vol 1. pp173-208.
- 179- Schwarzer R & Renner B. (2009). *Health-Specific Self-Efficacy Scales*. Berlin : University Berlin.
- 180- Service des recommandations et références professionnelles (SRRP). (2001). *Éducation Thérapeutique du Patient Asthmatique -Adulte Et Adolescent-*. ANAES.
- 181- Service des recommandations et références professionnelles (SRRP). (2002). étude appliquée d'un programme d'éducation thérapeutique pour les enfants asthmatiques âgés entre (2-18) ans avec les parents. ANAES
- 182- Simon D., Traynard P.Y, Bourdillon F, Gagnayre R., et Grimaldi A. (2013). *Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques*. France: Elsevier Masson (Ed).
- 183- Simon D., Traynard P-Y., Bourdillon F., Gagnayre R & Grimaldi A. (2009). *Education thérapeutique – prevention et maladie chronique-*. France: Elsevier masson. 2éme édition.
- 184- Slama-Chaudhry & al. (2013). *Le Patient Diabétique : De L'itinéraire Clinique À L'enseignement Thérapeutique*. Gêneve : Hug.
- 185- Sobande P.O & Kericsmar C.M. (2008). Inhaled Corticosteroids In Asthma Management. *Respiratory care journal*. Vol 53 (05). PP 625-631.
- 186- Stevens.C.D. (2010). *Clinical immunology and serology : a laboratory perspective*. Philadelphia : F.A. Davis Company.3<sup>rd</sup> edition.
- 187- Stiphanie. (2014). Internal Validity: Definition and Examples. *Statistics How To*. WordPress. [statisticshowto.datasciencecentral.com/internal-validity/](http://statisticshowto.datasciencecentral.com/internal-validity/). 2019.
- 188- Taylor, J. (1989). The effects of personal and competitive self-efficacy and differential outcome feedback on subsequent self-efficacy and performance. *Cognit. Therapy Res*. Vol 13. pp 67-79.
- 189- the National Association of School Psychologists (NASP). (2010). *Self-Efficacy: Helping Children Believe They Can Succeed*. Bethesda : newspaper of the National Association of School Psychologists. Vol. 39(3).pp301-305. [www.nasponline.org](http://www.nasponline.org).
- 190- Thomas M & al. ( 1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. USA: APA PscNET.
- 191- Trost S. G., Sallis, J. F., Pate R. R., Freedson P. S., Taylor W. C & Dowda M. (2003). Evaluating a model of parental influence on youth physical activity.



- 192- Tsunami Publishing. (2017). Le Manuel Du Generaliste Les Urgences Cardiovasculaires Et Thoraciques. Bukupedia. Vol 01.
- 193- University of Wisconsin System (UWS). (2019). Medical treatment beyond first aid : [www.wisconsin.edu](http://www.wisconsin.edu). 15/08/2019.10 :51.
- 194- Vargas-Schaffer G & Cogan J. (2014). Patient therapeutic éducation Placing the patient at the centre of the WHO analgesic ladder. Canada : CFP\*MFC. Vol 60 (03).pp 235-241. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3952757/>
- 195- Vervloet & al. (2002). Occupational asthma in France: a 1-yr report of the Observatoire National de Asthmes Professionnels project. France: European Respiratory Journal. Vol 19. P 84-89.
- 196- Vignier N. (2013). Soins infirmiers et gestion des risques - Soins éducatifs et préventifs - Qualité des soins et évaluation des pratiques. France : Elsevier Masson (Ed).
- 197- WHOQOL Group. (1994). *Development of the WHOQOL: Rationale and current status*. International Journal of Mental Health, n° 23. PP24-56.
- 198- William M.K. (2006). Internal Validity. Web Center For Social Research Methods. [socialresearchmethods.net/](http://socialresearchmethods.net/).2019.
- 199- World Health Organization (WHO). (2012). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators.WHO : Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- 200- Zimmerman B. J. (1989). Models of Self Regulated Learning and Academic Achievement.USA : Journal of American Educational. Vol. 12 (3). PP 1-25

ملاحقہ

ملحق رقم 01: مراسلات

-الموافقة على ارسالية لمستشفى بن فليس التهامي -باتنة-

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة الصحة والسكان وصلاح المستشفيات  
المركز الاستشفائي الجامعي "بن فليس التهامي" - باتنة-

مديرية النشاطات الطبية والشبه الطبية  
مكتب متابعة المتربصين /الرقم/ 2016/م.ن.ط.ش.ط

## رخصة تربص

يرخص مدير النشاطات الطبية والشبه طبية :

للطالبة : - شقرون فاطمة الزهراء

بصفتها ، طالبة دكتوراه في علم النفس و علوم التربية و الأطفونيا بجامعة باتنة 01" وذلك لإجراء بحث علمي ميداني حول اثر التعليم العلاجي على الفعالية الذاتية للطفل مريض بالحساسية عند الأطفال على مستوي مصلحة "طب الأطفال".

باتنة في: 2016/12/04

مدير النشاطات الطبية والشبه الطبية

  
المركز الاستشفائي الجامعي، باتنة  
الدكتور ماصوي محمد كمال  
مدير النشاطات الطبية و الشبه الطبية  


- ارسالية لمديرية الصحة المدرسية باتنة

من السيدة: صالحى حنيفة أستاذة محاضرة أ

تخصص علم النفس العيادي

مشرفة على أطروحة الطالبة :

شقرونة فطيمة الزهرة طالبة دكتوراه

تخصص علم النفس العيادي

إلى السيد: بو عبد الله

بمديرية الصحة -باتنة-

الموضوع:

طلب تصريح للاطلاع على الملفات الطبية للأطفال المرضى بالربو التابعة للمقاطعة التربوية 8ع

-متوسطة سفح الجبل باتنة-

بشرفني التقدّم إلى سيادتكم بطلبي هذا و المتمثل في: طلب تصريح للاطلاع على الملفات الطبية للأطفال المرضى بالربو التابعة للمقاطعة التربوية 8ع القاطن مقرها بمتوسطة سفح الجبل باتنة، و ذلك لأخذ بعض المعلومات و الاحصاءات التي من شأنها أن تساعد الطالبة "شقرونة فطيمة الزهرة" في انجاز أطروحتها لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، الموسومة بـ " تأثير برنامج تربية علاجية خاص بأطفال مرضى الربو 8-14".

و كلي أمل في تلقي كل الدعم منكم ....

و في الأخير، تقبلوا مني فائق الاحترام و التقدير...

إمضاء رئيس القسم

الأستاذ: بشار الله سليمان

إمضاء المشرف

أ. س. صالحى حنيفة

- الموافقة على ارسالية الاستفادة و التعاون من مفتشية التربية -باتنة-

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التربية الوطنية

مدير التربية  
إلى السيدات و السادة :  
مديري المدارس الابتدائية  
تحت إشراف مفتش الإدارة

مديرية التربية لولاية باتنة  
مصلحة التكوين والتفتيش  
مكتب الامانة  
الرقم: 2017/0.71

الموضوع: الموافقة على إجراء دراسة ميدانية

المرجع: إرسالية نائب العميد المكلف بالدراسات ما بعد التدرج و البحث العلمي و العلاقات الخارجية بكلية العلوم الاجتماعية  
- جامعة باتنة 01 -

بناء على المراسلة المشار إليها في المرجع أعلاه،  
أطلب منكم الترخيص للطلاب : شقرونة فطيمة الزهرة بإجراء دراسة  
ميدانية بمؤسسات التربوية التابعة للمقاطعة باتنة 08ع في إطار التحضير لأطروحة الدكتوراه  
حول موضوع "تأثير برنامج تربية علاجية خاص بأطفال مرضى الربو 8-14 -"،  
ابتداء من 2017/11/22 إلى غاية نهاية المهمة .

ملاحظة: - احترام النظام الداخلي للمؤسسة.

باتنة في : 2017/11/21

عن مدير التربية و بتفويض منه  
رئيس مصلحة التكوين و التفتيش  
بركنات نصر الدين



## - استمارة مشاركة

## استمارة مشاركة

حول موضوع تربية و تعليم مريض الربو الذي يتراوح عمره بين 8-14 سنة،  
 فيما يخص كل ما هو متعلق بمرضه و تقبله و كيفية استعمال أدواته العلاجية بطريقة صحية تخفض لديه الأعراض  
 المرضية، حيث يتم تطبيق البرنامج في 12 جلسة بمعدل جلسة في الأسبوع مدتها ساعتان، يشرف على تقديمه أخصائية  
 نفسانية و طبيبة مختصة في أمراض الحساسية و الربو.  
 تقوم المدرسة الابتدائية "عبد الله رضوان" باحتضان هذا البرنامج للتربية العلاجية كل يوم ثلاثاء من الساعة 13.00 إلى  
 15.00

يسرنا أن يستفيد أولادكم من هذا البرنامج المعد لهم خصيصا و الذي يهدف لتحقيق حياة صحية أفضل لهم.

## ❖ شروط المشاركة

الرغبة الصادقة في المشاركة و الاستفادة  
 الالتزام بالمواعيد، و بالبرنامج لغاية جلسته الختامية  
 التعاون قدر الامكان مع المختصين للخروج بالنتائج المرجوة  
 مشاركة الأم أو أحد الوالدين في بعض الجلسات و التي تحددها الأخصائية النفسية إن أمكن  
 ❖ معلومات عامة حول المشترك

الاسم: .....

اللقب: .....

الجنس: ذكر انثى

العمر: .....

المستوى التعليمي: .....

اسم الاب: ..... المستوى التعليمي: .....

المهنة: .....

اسم و لقب الام: ..... المستوى التعليمي: .....

المهنة: .....

رقم الهاتف: .....

## ❖ تصريح شرفي:

انا الممضي اسفله..... و لي المشارك (ة).....، الحامل للبطاقة الوطنية رقم: .....  
 أصرح بشرفي بأنني أسمح له(ها) بالمشاركة في برنامج تربية علاجية الذي تشرف عليه الأخصائية النفسية شقرونة فاطمة  
 الزهراء ، و أنني موافق على جميع شروط المشاركة.

إمضاء الولي:



## ملحق رقم 02: استبيان مصادر فعالية الذات

معلومات عامة (اضيفت هذه المعطيات عند تطبيق الدراسة الأساسية):

- الاسم:.....
  - العمر: .....
  - الجنس : ذكر ..... أنثى .....
  - السنة الدراسية:.....
  - مدة المرض بالربو: .....
  - طبيعة السكن: متهوي و مشمس ..... غير متهوي و غير مشمس .....
  - المستوى المادي للأسرة: ضعيف.....حسن ..... جيد .....
  - المستوى التعليمي للوالدين:
  - المستوى التعليمي للأب: أمي ..... ابتدائي..... متوسط ..... ثانوي..... جامعي.....
  - المستوى التعليمي للأم: : أمي ..... ابتدائي..... متوسط ..... ثانوي..... جامعي.....
- التعليمة :

عزيزي ، عزيزتي:

يشرفني ان أقدم بين يديك مجموعة من العبارات و أرجو أن تقرأها و تجيب عليها بما يعبر عن شعورك الحقيقي، وما تقوم به بالفعل بوضع علامة ( \* )، حيث لا توجد إجابات صحيحة وإجابات خاطئة على هذه الأسئلة.



لا	نعم	العبارة
		هل تقوم بإنجاز أعمالك اليومية وحدك دون مساعدة من الآخرين؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع اتمام أي مهمة موكلة إليك؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع ممارسة النشاطات التي تعتبر تحدي بالنسبة لك؟
		هل تفضل القيام بأعمال تحتاج جهدا جسديا؟
		هل تفضل القيام بأعمال تحتاج جهدا فكريا؟
		هل أصدقاؤك يشبهونك؟
		هل انت أفضل من أصدقاؤك؟
		هل سبق و ان عملت شيء صعب بالنسبة لك بعد أن رأيت نجاح الآخرين فيه؟
		هل من حولك أشخاص ناجحون ؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع عمل شيء جديد لم يسبق لك عمله ؟
		هل تزيد ثقتك بنفسك ان شجعك الناس بانك قادر على عمل شيء ما ؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع اتمام مهمتك على الرغم من تشكيك الآخرين في قدرتك على اتمام العمل؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع ان تدافع عن فكرتك او عملك ؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع اتمام عملك ضمن جماعة؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع أن تقنع شخصا أكبر منك بما عملته دون الخوف منه؟
		هل تعتقد بأنك تستطيع ان تعبر عن ما تشعر به بكل صراحة؟
		هل تشعر بتسارع دقات قلبك حين تعمل ما ترغب به؟
		هل تصر على النجاح ان اخفقت؟
		هل تشعر بالسعادة حين تنجز شيئا؟
		هل انت تثق بنفسك؟

## ملحق رقم 03: سلم فعالية الذات عند الأطفال المرضى بالربو

الاسم: ..... الجلسة رقم: .....

اقرأ العبارة جيدا ثم اختر رقم من 1 إلى 8 بوضع (\*) اما الرقم الذي يناسب حسب ما ينطبق عليك من نسبة

ثقة ازاء هذه المهام:

08	05	04	03	02	01	العبارة
واثق بكل تأكيد	واثق تماما	واثق لحد كبير	واثق لحد ما	واثق قليلا	لست واثقا أبدا	كم أنت متأكد بأنك تستطيع أخذ أجهزة الاستنشاق في الأوقات القادمة التي تعاني فيها من مشاكل تنفسية جادة؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع استعمال أجهزة الاستنشاق بشكل صحيح؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع منع حدوث مشاكل تنفسية جادة؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع الحصول على موعدك القادم مع طبيبك؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع ابطاء نفسك في منع حصول مشاكل تنفسية جادة؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع تجنب الأشياء التي تسبب لك الحساسية؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع أن تتعلم المهارات التي تحتاجها في السيطرة على الربو؟
						إذا كان هناك شخص يدخل بقربك، كم أنت متأكد بأنه يمكنك سؤاله بالتوقف؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع التحكم في المشاكل التنفسية الجادة بدلا من الذهاب إلى غرفة الطوارئ؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع الحفاظ على مرضك الربو من ان يزداد سوءا إذا بدأت اعراض كالصفير أو السعال؟
						كم أنت متأكد بأنك تستطيع أن تبقى هادئا أثناء المشاكل التنفسية الجادة؟

					كم أنت متأكد بأنك تعرف تناول ادويةك أثناء المشاكل التنفسية الجادة؟
					كم أنت متأكد بأنك تستطيع قول متى يمكنني السيطرة على المشاكل التنفسية الجادة في المنزل؟
					كم أنت متأكد بأنك تعرف متى يجب عليك الذهاب إلى غرفة الطوارئ أثناء المشاكل التنفسية الجادة؟

ملحق رقم 04: نموذج من شبكة ملاحظة السياق (مريض-مرض-طبيب)

المحور	الملاحظة	التكرار عند كل حالة	ملاحظات أخرى
رصد العلاقة التكافؤية بين الطبيب و المريض	عدم تجاهل الطبيب للمريض "يناديه باسمه"		
	تحدث الطبيب مع المريض حسب ما يفرضه عمره " حاجات المريض"		
	انضباط الطبيب أو المعالج بالوقت الدوائي أو الفحص		
	تسهيل الأمور الاجرائية و توضيحها "الاتفاق على مواعيد الفحوص، و اجراءات الدخول للمستشفى"		
	حسن التواصل مع المريض فيما يخص التعريف بالمرض و مساعدته في تخطي صدمة المرض		
	يرشد الطبيب المريض و أهله إلى ما هو من حقهم و ما هو من واجباتهم		
	يتخذ الطبيب القرار اللازم لصالح المريض و يلتزم به		
	يحترم المريض شخصية الطبيب "صورة الطبيب"		
	يثق المريض في الطبيب		

						يستشير المريض الطبيب في جميع انشغالاته دون خوف	
						الطبيب يستجيب و يتقبل تساؤلات المريض	
						وقوع خلافات بين الطبيب و المريض	
						الاصغاء الجيد بين المريض و الطبيب	
						قلق المريض عند حضور الطبيب	
						فرح المريض عند حضور الطبيب	
						يأتي الطبيب عند المريض و هو مبتسم ذو طاقة ايجابية	
						يعرف المريض مرضه	رصد العلاقة التكافؤية بين المريض و المرض
						يشعر بالذنب أو أنه فعل شيء سيء في حياته	
						يشعر بحاجة للحنان و اللطف "الاحتواء"	
						يحتاج إلى معرفة الآلية العلمية لمرضه	
						تقبل نمط الحياة الذي فرضه المرض	
						السعي وراء تحسين الأجواء المحيطة لحياة أفضل	
						عيش مرضي لصدمة المرض	
						ادارة الألم " توجيه الشعور بالألم و التخلص منه"	
						نظرة سلبية لمفهوم المرض	
						تعامل ناضج مع نوبات المرض	
						الالتزام بالقواعد الصحية الخاصة بالمرض	
						تذمر من الواقع	

					يأس من المستقبل	
					الخوف من الموت	
					تحدي المرض و طموح في المستقبل	
					تعاون بين الطاقم الطبي و الأسرة لصالح المريض	رصد العلاقة التكافؤية بين المرض ، المريض و أسرته ، الطبيب أو الطاقم الطبي
					تقبل الأسرة لوضع الطفل المريض	
					الالتزام بالعلاج و الأساليب الوقائية المقترحة من قبل الطاقم الطبي	
					وجود ألفة أسرية بين وحدات النسق	
					ثقة بين وحدات النسق	
					المتابعة العلمية و بذل الجهد في محاولة فهم خصوصيات الحالة المرضية من قبل الأسرة	
					المتابعة العلمية و بذل الجهد في محاولة فهم خصوصيات الحالة المرضية من قبل الطاقم الطبي	
					توفير هيكله ملائمة للطفل المريض تحفظ خصوصية الطفل و المرض	
					توفر الوسائل الطبية لدفع الطاقم الطبي للبدل و العطاء	
					مشاركة الأسرة في تحسين الجو العام للهيكلة	
					الحرية في المبادرات	
					تبادل الخبرات بين المرض	
					حسن لعب الأدوار " الكل يجيد لعب دوره و يحفظ حدوده"	

						تكامل وظيفي بين الطاقم الطبي
						نشاطات ترفيهية بناءة

### ملحق رقم 05: نموذج عن المقابلة الموجهة لعناصر السياق

- بطاقة البيانات الشخصية للطفل مريض الربو

#### \*البيانات الشخصية :

- الاسم :
- الجنس : أنثى ذكر
- العمر :
- المستوى الدراسي:
- المنطقة الجغرافية :
- مكان السكن : عمارة بيت كراء
- فردى جماعى

#### \*بيانات الحالة المرضية :

- المرض : .....
- نوعه : .....
- مدة المرض : .....
- المرحلة المرضية : .....
- وجود أمراض أخرى : .....

## • بطاقة للطفل المريض بالربو

كيف تمضي يومك : .....

هل أنت كثير الزيارات عند الطبيب ؟ لا نعم : لماذا ؟ .....

احكي لي قصة مرضك : .....

.....

.....

كيف تشعر الآن نحو مرضك : .....

.....

ماهي الطرق التي تستخدمها لتحمي نفسك من نوبة الربو : .....

.....

ما هي الأشياء التي حين تقوم بها تزيد من سوء حالتك ؟ .....

هل خضعت لبرنامج تربية حول مرضك من قبل : لا نعم : أين؟ متى؟ .....

من علمك ؟ ماذا تعلمت ؟ .....

ماذا تغير فيك بعد هذه التجربة ؟ .....

هل المسكن الذي تسكن فيه يساعد حالتك الصحية : .....

هل تمارس الرياضة ؟ لا : لماذا ؟ نعم : ما هي ؟ .....

من يكون معك في أغلب الأوقات من أسرتك ، من تتعامل معه أكثر من أسرتك و تحكي له كل شيء : .....

.....

أين نضع نفسك في أسرتك : الأب ..... الأم ..... الأخ(ة) الأكبر ..... الأخ الأوسط ..... الأخ الأصغر ....

هل تعرف العديد من الأشخاص ؟ لا نعم : هل تتمتع بصحبة جيدة معهم ؟ .....

هل تجد صعوبة في التعامل مع الآخرين ؟ لا نعم : لماذا ؟ .....

هل تحمل ذكريات جميلة في حياتك؟ لا : هل هي بسبب المرض ؟ .....

نعم ( قبل و بعد المرض ) : ما هي ؟ .....

## • بطاقة للمرافق ( الأم )

-أسئلة حول نمو الطفل :

الحمل كان : مرغوب فيه غير مرغوب فيه  
 كيف كانت فترة الحمل : ..... الولادة : طبيعية عسيرة قيصريية  
 مراحل نموه الحركي ( الحبو و المشي ، الأسنان و الكلام ... ) : طبيعية تأخر في النمو  
 الحالة النفسية أثناء فترة الحمل : جيدة متوازنة سيئة  
 هل هناك أحداث مهمة في الأسرة فترة الحمل و بعدها : .....  
 مساره الدراسي : جيد متوسط ضعيف  
 هل كان يمرض دائما ؟ لا نعم : ما هي الأمراض التي كانت تصيبه ؟ .....

-أسئلة حول مرض الطفل :

كيف اكتشفتم مرض ابنكم ؟ .....  
 هل تقبلتم المرض ؟ نعم لا : كم استغرقتم من الوقت للتأقلم معه ؟ .....  
 هل تحسن منذ القطرة الأولى ؟ نعم لا ، على أي أساس حكمت : .....  
 من هو الأكثر تقبل للمرض هو أم أنتم : .....  
 ماذا تعرفون عن المرض : .....

- أسئلة حول سلوكيات الطفل و انفعالاته :

ما هو طبيعه : هادئ عصبي متقلب المزاج

ماهي الصفات التي تميزه من بين اخوته : .....

هل الطفل متفاعل أو منطوي : ..... في أي موقف ؟ .....  
 هل لديه مشاكل توافقية في المدرسة أو في الأسرة ؟ لا نعم : ماهي ؟ .....  
 هل يتذمر من مرضه ؟ لا نعم : متى ؟ .....  
 هل هو متعايش مع مرضه ؟ لا نعم : كيف ؟ .....

-أسئلة حول تأثير الأسرة بالمرض (استراتيجيات الأسرة) :

هل أنت و الزوج متفاهمان و متعاونان معا على رعاية الطفل ؟ .....  
 هل تأثر نظام الأسرة ( تغيرت حياتكم ) بعد مرض الطفل : نعم لا  
 و في أي مسار تغيرت : جيدة سيئ مستقر  
 كيف تتم الرعاية بالطفل المريض و باقي أفراد الأسرة ؟ .....  
 و هل تشعرين بأنك مقصرة إزاء الأسرة : .....  
 ماهي الاجراءات التي تفعولونها للتحسين من حالته الصحية ( قبل ، أثناء ، بعد النوبة ) :



## • بطاقة للطبيب المعاین او الطاقم الطبي

كيف أتى أول مرة ( ماهي الأعراض التي كان يعاني منها ) :

.....

ما هو التشخيص الأولي للمرض :

كيف أخبرت العائلة ؟ ..... ما ردة الفعل :

كيف أخبرت الطفل ؟ ..... ما ردة الفعل :

ما هو العلاج الذي خضعه :

هل يتقيد بتعليماتك و ينفذها بدقة ؟ لا نعم : مثل ماذا ؟

هل هو فضولي لمعرفة نوع مرضه و آثاره ؟ لا نعم : ما نوع الأسئلة التي يطرحها  
.....؟

.....

ما دور الأسرة في مساعدة طفلها ؟

ما نوع العلاقة التي تربطك به؟ جيدة سيئة طبيب صديق

ما نوع العلاقة التي تربطك بأسرة الطفل : التعاون و التفاهم ( الثقة ) عدم الاهتمام ( جافة )

هل هناك أشخاص مشتركون في الرعاية الصحية له ؟ لا نعم :

من هم :

ما نوع العلاقة بينك و بينهم : متكاملة الوظيفة علاقة ايجابية بالنسبة للطفل علاقة سلبية بالنسبة للطفل

ما نوع العلاقة بينهم و بين المريض : جيدة(انسانية) سيئة ( لا انسانية و اهمال ) علاقة جافة (عمل)

هل الهيكله الاستشفائية مواتية للعلاج الفعال من تجهيزات و امكانيات : .....

ما نوع المبادرات التي يمكن أن يقدمها الطبيب كمساعدة لطفل مريض بهذا المرض:

.....

## - بطاقة للأخصائي النفسي المتابع

## - بطاقة تاريخ الحالة المرضي

الأعراض التي سبق و أن مرض بها :

.....

.....

مرضه المزمن :

الأعراض :

.....

.....

التشخيص :.....نوعه:.....

درجة الخطورة : .....

تأثر الأعضاء الأخرى بسبب المرض :

.....

.....

هل تابعه أخصائي نفسي : لا نعم

الملاحظات عن الطفل :

.....

.....

.....

الملاحظات عن الأسرة :

.....

.....

.....

التشخيص :

.....

العلاج المقترح : .....

## • نموذج من المقابلة الموجهة الخاصة بالطفل مريض الربو

المحور	سؤال الفاحص	نعم	لا	أحيانا	جواب آخر
التاريخ الشخصي	ما اسمك ، عمرك ؟				
	هل تنام جيدا ؟				
	هل تأكل ما يفيد صحتك ؟				
	هل تحب اللعب وحدك أم مع الآخرين ؟				
	هل لديك أصدقاء ؟				
	هل يحبك أصدقاؤك ؟				
	هل تحب أسرته ؟				
	هل والديك متفاهمين أم لديكم مشاكل عائلية ؟				
	كيف تتعامل مع اخوتك ؟				
	ماهي الصفات التي تميزك عن الآخرين ؟				
التاريخ المرض	حين تكون في مشكلة هل تستطيع حلها بمفردك ؟				
	لما يغضبك أحد أو تنزعج من موقف هل تعبر عن ذلك بسهولة؟				
	هل تحب فهم كل ما يدور من حولك من احداث ؟				
	هل أنت دائم المرض ؟				
	ماهو مرضك ؟				
	منذ متى و أنت مريض ؟				
	ماذا تعرف عن مرضك ؟				

				ماذا يعني لك المرض ؟	
				كيف تتعامل حين تأتيك النوبة ؟	
				هل انت خائف ؟	
				ماذا أضاف لك المرض في حياتك ؟	
				كيف ترى نفسك من بين أصدقائك ؟	
				هل ترى نفسك محروم من أشياء غيرك يمكنه القيام بها ؟	
				كيف ترى المستشفى و الأطباء ؟	
				ما هي النشاطات التي تقوم بها في المستشفى ؟	
				هل يحبك أهلك ؟	تعامل الأسرة مع المريض
				من أنت في أسرتك ؟	
				هل ترى أن مرضك يزعج أسرتك و يآثر عليها ؟ كيف ؟	
				كيف يتعامل أفراد أسرتك معك اثر تتبعك للبرنامج العلاجي او حين تأتيك النوبة التي تصيبك؟ من هو أهم شخص بالنسبة لك ؟	
				هل تحب الذهاب إلى المدرسة ؟ لماذا ؟	المدرسة و الرفاق
				ما هي المواد التي تحب دراستها ؟	
				كيف يعاملك الأستاذ ؟	
				كيف يعاملك زملاؤك ؟	
				من يساعك حين تمرض في المدرسة ؟	
				هل يعرف زملائك مرضك ؟	
				ما هي النشاطات التي تمارسها في المدرسة و تستمتع بها ؟	
				ما هي الصعوبات و المشاكل التي تجدها في المدرسة ؟	
				و ماهي الحلول التي وجدتها للتخلص من هذه الصعوبات و المشاكل	
				هل لديك هوايات ؟ ماهي ؟ و كيف تمارسها ؟	التوجهات المستقبلية
				منذ متى و انت تمارسها ؟	
				هل يعيقك مرضك على ممارستها بحرية ؟	
				إلى أين ترى نفسك تصل بها ؟	
				هل ترغب في تنميتها ؟ أم تملء الفراغ بها فقط ؟	
				كيف تتخيل نفسك و انت كبير ؟	
				إلى ماذا تطمح أن تصير بالمستقبل ؟	
				ما هي أمنياتك ؟	
				هل ترى في المرض مشكلة لتحقيق أمنياتك أم هو تحدي ؟	

## ملحق رقم 06: نموذج من الأسئلة التقييمية المتعلقة بالمرض "الربو"

الاسم:

العمر:

الجنس:

التعليمة: اختر الاجابة المناسبة من بين هذه البدائل بوضع دائرة عليها:

1- ما اسم العملية التي نقوم بها لادخال O2 الأوكسجين و اخراج CO2 ثاني اكسيد الكربون؟

2- ما هو مرض الربو؟

3- ما هو السبب الرئيسي لنوبة الربو؟

4- متابعة الطبيب الأخصائي في أمراض الحساسية و الربو أمر: ممل  مهم  غير ضروري 5- يعتبر مرض الربو من الأمراض : المزمنة  المؤقتة  النادرة 6- ماذا يجب فعله قبل تناول الرشاشة: فتحها  رجها  رشها 

7- ماذا يجب عليّ للوقاية من حدوث النوبة؟

8- عند حدوث النوبة: أقلق و أخاف  أهدأ و أتناول دوائي 9- علاقتي بالمرض: سيئة  جيدة  مميزة 10- مرض الربو يمكن: علاجه  لا يمكن علاجه 

11- كيف ترى أنت هذا المرض؟ .....

12- ما هي الأسئلة التي تراودك الآن و ترغب بمعرفة اجابتها؟ .....

## ملحق رقم 07: خاص بحالات الدراسة الأساسية

- الحالة 1 (من المجموعة 01):
- بطاقة البيانات الشخصية للطفل مريض الربو

## • البيانات العائلية :

-والدين : الأم : حية\* ممتة

الأب : حي\* ميت

نوع العلاقة الأبوية : متزوجين (نوع الزواج : مرغوب\* عن اكره )  
منفصلين ( أسبابه : .....

جيدة\* متوازنة لحد ما سيئة

-المستوى التعليم و المهني للأبوين :

الأم : المستوى التعليمي : ثانوي المهنة : ربت بيت

الأب : المستوى التعليمي : ثانوي المهنة : عون أمن

-عدد الإخوة : ذكور 1 إناث 2

-الرتبة : الثانية

## • بيانات الحالة المرضية :

-المرض : الربو الربو الموسمي)

-أعراضه : حساسية من الغبار و الحليب و  
البييض، سعال، ضيق تنفس

-مدة المرض : عام

-المرحلة المرضية : الدرجة الأولى

-وجود أمراض أخرى : ///

## • البيانات الشخصية :

-الاسم : "أ"

-الجنس : أنثى\* ذكر

-العمر : 11 سنوات

-المستوى الدراسي: 5 ابتدائي

-المنطقة الجغرافية :باتنة وسط

-مكان السكن : عمارة\* بيت كراء

فردى\* جماعي

## • بطاقة للطفل المريض بالربو

كيف تمضي يومك : عادي في القرابة ، نحل واجباتي، نراجع، نلعب، نعاون أُمي.... عندي برنامج ، كل شيء بوقته للنشاطات، ليكور ،...

هل أنت كثير الزيارات عند الطبيب ؟ لا \* نعم : لماذا ؟ ساعات حسب صحتي

احكي لي قصة مرضك : لما كنت صغيرة نمرض بزاف بالزكام، أما l'asthme قبل عام حكمتني الحساسية من بعض الأدوية، و عندي حساسية من الحليب و البيض ، الجو (حبوب الطلع) و الغبار يخليوني نسعل بزاف حتى نتخنق و بالخصوص لما يتبدل الجو ... نعيًا نتنفس.

كيف تشعر الآن نحو مرضك : صعب ... بصبح يمكن الشفاء منه

ماهي الطرق التي تستخدمها لتحمي نفسك من نوبة الربو : نبعد على الحوايج يلي ديرولي الحساسية كيما الحليب، اللبن، البيض، أم الجو ما نقدرش نتحكم فيه، و لما تجيني النوبة نحاول نهدأ و نتناول دوايا

ما هي الأشياء التي حين تقوم بها تزيد من سوء حالتك ؟ لما ناكل الحوايج يلي ديرولي الحساسية

هل خضعت لبرنامج تربية حول مرضك من قبل : لا \*

هل المسكن الذي تسكن فيه يساعد حالتك الصحية : هيه عمارة متهوية

هل تمارس الرياضة ؟ نعم\* : ما هي ؟ هيه، خاصة في المدرسة

من يكون معك في أغلب الأوقات من أسرتك ، من تتعامل معه أكثر من أسرتك و تحكي له كل شيء: ماما و بابا

أين نضع نفسك في أسرتك : بين ماما و بابا، نحس روجي أنا القافزة في دارنا بابا هك يقول، نشتي نلعب نتحرك، نقرأ ننجح...

هل تعرف العديد من الأشخاص ؟ لا \* نعم هل تتمتع بصحية جيدة معهم ؟ هيه، نحكي معاهم أكل

هل تجد صعوبة في التعامل مع الآخرين ؟ لا\* نعم : لماذا ؟ نتعامل معاهم كيما يتعاملوا معايا

هل تحمل ذكريات جميلة في حياتك؟ أول مرة دخلت فيها لمدرستي ... هي أفضل وحدة في باتنة

## • بطاقة للمرافق (الأم)

-أسئلة حول نمو الطفل :

الحمل كان : مرغوب فيه \* غير مرغوب فيه  
 كيف كانت فترة الحمل : الولادة : طبيعية \* عسيرة قيصيرية  
 مراحل نموه الحركي ( الحبو و المشي ، الأسنان و الكلام ... ) : طبيعية \* تأخر في النمو  
 الحالة النفسية أثناء فترة الحمل : جيدة \* متوازنة سيئة  
 هل هناك أحداث مهمة في الأسرة فترة الحمل و بعدها : لا  
 مساره الدراسي : جيد \* متوسط ضعيف  
 هل كان يمرض دائما ؟ لا نعم \* : ما هي الأمراض التي كانت تصيبه ؟ الزطرة ، و الحساسية  
 -أسئلة حول مرض الطفل :

كيف اكتشفتم مرض ابنكم ؟ لاحظنا أنها تمرض بزاف في الربيع، تضال تشكي بلي عيات تتنفس، فشلانة، بصح  
 واحد النهار بلي تعبت بزاف و ديناها للطبيب ، هو الحق طمانا.  
 هل تقبلتم المرض ؟ نعم \* لا : كم استغرقتم من الوقت للتأقلم معه ؟ مش بزاف  
 هل تحسن منذ الفترة الأولى ؟ نعم\*  
 من هو الأكثر تقبل للمرض هو أم أنتم : كلنا  
 ماذا تعرفون عن المرض :ليس بخطير، مزمن، يمكن شفاؤه، يصيب الجهاز التنفسي....

- أسئلة حول سلوكيات الطفل و انفعالاته :

ما هو طبيعه : هادئ + نشيط\* عصبي متقلب المزاج

ماهي الصفات التي تميزه من بين اخوته : طيبة و نشيطة، قافزة تاع الدار

هل الطفل متفاعل\* أو منطوي هل لديه مشاكل توافقية في المدرسة أو في الأسرة ؟ لا \*  
 هل يندمر من مرضه ؟ لا \* نعم : متى ؟  
 هل هو متعايش مع مرضه ؟ لا نعم\* : كيف ؟ ماهوش في الدرجة يلي يخلع، عندها تدابير وقائية  
 حاولوا نتحكموا فيها و نطبقوها.

-أسئلة حول تأثير الأسرة بالمرض (استراتيجيات الأسرة) :

هل أنت و الزوج متفاهمان و متعاونان معا على رعاية الطفل ؟ الحمد لله  
 هل تأثر نظام الأسرة ( تغيرت حياتكم ) بعد مرض الطفل : نعم \* لا... مش بزاف، الحق هي يلي راهي  
 تعنتي بروحها خير منا حنا  
 و في أي مسار تغيرت : جيدة سيئ مستقر\*  
 كيف تتم الرعاية بالطفل المريض و باقي أفراد الأسرة ؟ عادي... أغلبهم كباروا ، عندي غير الصغيرة، هو  
 قرابتهم ضرك رجعت صعبية  
 ماهي الاجراءات التي تفلونها للتحسين من حالته الصحية ( قبل ، أثناء ، بعد النوبة ) : الدواء و الرشاشة

## • لمقابلة الموجهة الخاصة بالطفل المريض بالربو

المحور	سؤال الفاحص	نعم	لا	أحيانا	جواب آخر
التاريخ الشخصي	ما اسمك ، عمرك ؟				
	هل تنام جيدا ؟	*			
	هل تأكل ما يفيد صحتك ؟			*	
	هل تحب اللعب وحدك أم مع الآخرين ؟				مع الآخرين
	هل لديك أصدقاء ؟	*			
	هل يحبك أصدقاؤك ؟	*			
	هل تحب أسرتك ؟	*			
	هل والديك متفاهمين أم لديكم مشاكل عائلية ؟	*			بعض المشاكل مع الأسرة الكبيرة بلطافة
	كيف تتعامل مع اخوتك ؟				
	ماهي الصفات التي تميزك عن الآخرين ؟				المطالعة، الدراسة، مرحة و أحب القاء النكت و الألغاز
التاريخ المرضي	حين تكون في مشكلة هل تستطيع حلها بمفردك ؟	*			
	لما يغضبك أحد أو تنزعج من موقف هل تعبر عن ذلك بسهولة؟		*		أسكت
	هل تحب فهم كل ما يدور من حولك من احداث ؟	*			
	هل أنت دائم المرض ؟			*	
	ماهو مرضك ؟				الربو
	منذ متى و أنت مريض ؟				عندي عام
	ماذا تعرف عن مرضك ؟			*	
	ماذا يعني لك المرض ؟				يشبه الحريق
	كيف تتعامل حين تأتيك النوبة ؟				أحاول أن أهدأ و أخذ دوائي
	هل انت خائف ؟			*	
تعامل الأسرة مع المريض	ماذا أضاف لك المرض في حياتك ؟				////
	كيف ترى نفسك من بين أصدقائك ؟				عادي
	هل ترى نفسك محروم من أشياء غيرك يمكنه القيام بها ؟			*	
	كيف ترى المستشفى و الأطباء ؟				لم يسبق و أن دخلت للمستشفى
	ما هي النشاطات التي تقوم بها في المستشفى ؟				////
	هل يحبك أهلك ؟	*			
	من أنت في أسرتك ؟				القاهرة
	هل ترى أن مرضك يزعج أسرته و يآثر عليها ؟ كيف ؟				////
	كيف يتعامل أفراد أسرته معك اثر تتبعك للبرنامج العلاجي او حين تأتيك النوبة التي تصيبك؟				////
	من هو أهم شخص بالنسبة لك ؟				والدية، خاوتي، بالعموم عابيتي
هل تحب الذهاب إلى المدرسة ؟ لماذا ؟	*			مميزة	



تاريخ و رياضيات، أحب البحث..			ما هي المواد التي تحب دراستها ؟	المدرسة و الرفاق
بلطافة			كيف يعاملك الأستاذ ؟	
بلطافة			كيف يعاملك زملاؤك ؟	
////			من يساعك حين تمرض في المدرسة ؟	
البعض منهم			هل يعرف زملائك مرضك ؟	
الرياضة و الحفلات			ما هي النشاطات التي تمارسها في المدرسة و تستمتع بها ؟	
		*	ما هي الصعوبات و المشاكل التي تجدها في المدرسة ؟	
////			و ماهي الحلول التي وجدتها للتخلص من هذه الصعوبات و المشاكل	
السباحة أتمناها			هل لديك هوايات ؟ ماهي ؟ و كيف تمارسها ؟	
////			منذ متى و انت تمارسها ؟	
////			هل يعيقك مرضك على ممارستها بحرية ؟	
////			إلى أين ترى نفسك تصل بها ؟	
////			هل ترغب في تنميتها ؟ أم تملء الفراغ بها فقط ؟	التوجهات المستقبلية
كيما راني عالصغر... بنفس شخصيتي			كيف تتخيل نفسك و انت كبير ؟	
طبيبة			إلى ماذا تطمح أن تصير بالمستقبل ؟	
أن نكون بخير			ما هي أمنياتك ؟	
يحفظلي ربي والدية و خاوتي			هل ترى في المرض مشكلة لتحقيق أمنياتك أم هو تحدي ؟	

## الحالة 2 (المجموعة 01):

## • بطاقة البيانات الشخصية للطفل مريض الربو

## \*البيانات العائلية :

-والوالدين : الأم : حياة\* ميتة  
 الأب : حي\* ميت  
 نوع العلاقة الأبوية : متزوجين (نوع الزواج : مرغوب\*  
 عن اكراه)  
 منفصلين (أسبابه : .....)  
 جيدة\* متوازنة لحد ما سيئة  
 -المستوى التعليم و المهني للأبوين :  
 الأم : المستوى التعليمي : ثانوي المهنة : ربت  
 بيت  
 الأب : المستوى التعليمي : ثانوي المهنة :  
 موظف  
 -عدد الإخوة : ذكور00 إناث01  
 -الرتبة : الأول

## \*البيانات الشخصية :

-الاسم : "خ"  
 -الجنس : أنثى ذكر\*  
 -العمر : 11 سنة  
 -المستوى الدراسي: 05 ابتدائي  
 -المنطقة الجغرافية: باتنة وسط  
 -مكان السكن : عمارة بيت\* كراء  
 فردي جماعي\*

## \*بيانات الحالة المرضية :

-المرض : الربو  
 -أعراضه : سعال، ضيق في التنفس، صفير، اكزيما  
 -مدة المرض : 03 سنوات  
 -المرحلة المرضية : الدرجة الثانية

## • بطاقة للطفل المريض بالربو

كيف تمضي يومك: عادي... نقرا ، نلعب.... نحل واجباتي

هل أنت كثير الزيارات عند الطبيب ؟ لا نعم\* : لماذا ؟ مريض

احكي لي قصة مرضك : ما شفيتش كيفاه حتى بدا... منين كنت و أنا مريض

كيف تشعر الآن نحو مرضك : ///

ماهي الطرق التي تستخدمها لتحمي نفسك من نوبة الربو : لما نعيًا نتنفس ندير الرشاشة تاعي

ما هي الأشياء التي حين تقوم بها تزيد من سوء حالتك ؟ ما نعرف... ساعات هكاك و تنوض... بصح نتعب في الشتاء بزاف

هل خضعت لبرنامج تربية حول مرضك من قبل : لا\* تعلمت ندير دوايا وحدي، و ماما تعاوني

هل المسكن الذي تسكن فيه يساعد حالتك الصحية : هيه

هل تمارس الرياضة ؟ نعم\* : ما هي ؟ في المدرسة، نلعب بالفيلو (vélo)

من يكون معك في أغلب الأوقات من أسرتك ، من تتعامل معه أكثر من أسرتك و تحكي له كل شيء: ماما

أين نضع نفسك في أسرتك : الأب..... الأم\* ..... الأخ(ة) الأكبر ..... الأخ الأوسط ..... الأخ الأصغر ....

هل تعرف العديد من الأشخاص ؟ لا نعم\* : هل تتمتع بصحبة جيدة معهم ؟ هيه

هل تجد صعوبة في التعامل مع الآخرين ؟ أحيانا

هل تحمل ذكريات جميلة في حياتك: قرابتي للقران في المسجد

## • بطاقة للمرافق (الأم )

-أسئلة حول نمو الطفل :

الحمل كان : مرغوب فيه\* غير مرغوب فيه  
 كيف كانت فترة الحمل : ..... الولادة : طبيعية عسيرة قيصرية\*  
 مراحل نموه الحركي ( الحبو و المشي ، الأسنان و الكلام ... ) : طبيعية\* تأخر في النمو  
 الحالة النفسية أثناء فترة الحمل : جيدة متوازنة\* سيئة  
 هل هناك أحداث مهمة في الأسرة فترة الحمل و بعدها : لا  
 مساره الدراسي : جيد\* متوسط ضعيف  
 هل كان يمرض دائما ؟ لا نعم\* : ما هي الأمراض التي كانت تصيبه ؟ دائما ضعيف و مريض...  
 لضررك، ماذبي يديرو دائما هك للأولاد يقريوهم على مرضهم و ينعنولهم

-أسئلة حول مرض الطفل :

كيف اكتشفتم مرض ابنكم ؟ من عند الطبيب  
 هل تقبلتم المرض ؟ نعم\* و بصح طولنا شوي باه خرجنا على المرض، رخف عليه الحمد لله خير من بكري،  
 راهو مع الطبيب تاعو يتبعو.  
 من هو الأكثر تقبل للمرض هو أم أنتم : أنا

- أسئلة حول سلوكيات الطفل و انفعالاته :

ما هو طبعه : هادئ عصبي متقلب المزاج\*

ماهي الصفات التي تميزه من بين اخوته : ياخضلي الراي

هل الطفل متفاعل\* أو منطوي : لا باس به  
 هل لديه مشاكل توافقية في المدرسة أو في الأسرة ؟ لا\* حتى راهو صحبة مع خاوتي يلي من باباه  
 هل يتذمر من مرضه ؟ لا\* نعم : متى ؟ بصح تعب... ما يشكيش بصح حاسة بيه.  
 هل هو متعايش مع مرضه ؟ الحمد لله... مزية درتوا هذا البرنامج، جاء في وقتوا.. لأن مرضو زاد عليه هدم  
 اليمات

-أسئلة حول تأثير الأسرة بالمرض (استراتيجيات الأسرة) :

هل أنت و الزوج متفاهمان و متعاونان معا على رعاية الطفل ؟ هيه  
 هل تأثر نظام الأسرة ( تغيرت حياتكم ) بعد مرض الطفل : في العايلة لالا ، بصح مع الطفل هيه  
 و في أي مسار تغيرت : جيدة سيئ مستقر\*  
 ماهي الاجراءات التي فعلونها للتحسين من حالته الصحية ( قبل ، أثناء ، بعد النوبة ) : لما تتوصلوا النوبة و  
 يعيا يتنفس يدير الرشاشة و يشرب دواه.... يروح للطبيب.

• المقابلة الموجهة الخاصة بالطفل المريض بالربو

المحور	سؤال الفاحص	نعم	لا	أحيانا	جواب آخر
التاريخ الشخصي	ما اسمك ، عمرك ؟				/////
	هل تنام جيدا ؟	*			
	هل تأكل ما يفيد صحتك ؟	*			
	هل تحب اللعب وحدك أم مع الآخرين ؟				الآخرين
	هل لديك أصدقاء ؟				بزاف حتى الكبار
	هل يحبك أصدقاؤك ؟	*			اجل
	هل تحب أسرته ؟	*			
	هل والديك متفاهمين أم لديكم مشاكل عائلية ؟				متفاهمين
	كيف تتعامل مع اخوتك ؟				طبيعي، أعلمهم الأشياء المفيدة كالصلاة
	ماهي الصفات التي تميزك عن الآخرين ؟				التربية، فك الخصمات
التاريخ المرضي	حين تكون في مشكلة هل تستطيع حلها بمفردك ؟				مع الآخرين، احيانا وحدي
	لما يغضبك أحد أو تنزعج من موقف هل تعبر عن ذلك بسهولة؟				لا أستطيع التعبير
	هل تحب فهم كل ما يدور من حولك من احداث ؟	*			
	هل أنت دائم المرض ؟			*	نحس بالاختناق الربو
	ما هو مرضك ؟				
	منذ متى و أنت مريض ؟				منذ الصغر، من الحساسية للربو، الاكزيما
	ماذا تعرف عن مرضك ؟				مرض مزمن يشبه الزكام
	ماذا يعني لك المرض ؟				المعانات
	كيف تتعامل حين تأتلك النوبة ؟				الاستنشاق
	هل انت خائف ؟	*			
تعامل الأسرة مع المريض	ماذا أضاف لك المرض في حياتك ؟				مرض آخر – قصد العلاج-
	كيف ترى نفسك من بين أصدقاتك ؟				قوي و شجاع
	هل ترى نفسك محروم من أشياء غيرك يمكنه القيام بها ؟	*			العائلة ، توسويس، الاختناق، القلق
	كيف ترى المستشفى و الأطباء ؟				دخلتلوا بزاف، ما هوش مليح
	ما هي النشاطات التي تقوم بها في المستشفى ؟	*			
	هل يحبك أهلك ؟	*			نموت عليهم
	من أنت في أسرته ؟				مميز
	هل ترى أن مرضك يزعج أسرته و يآثر عليها ؟ كيف ؟	*			يجربوا علي
	كيف يتعامل أفراد أسرته معك اثر تتبعك للبرنامج العلاجي او حين تأتلك النوبة التي تصيبك؟				يحضروني العلاج
	من هو أهم شخص بالنسبة لك ؟				عمتي
هل تحب الذهاب إلى المدرسة ؟ لماذا ؟	*			واسعة	

رياضيات، علمية، و بزاف التربية الاسلامية			ما هي المواد التي تحب دراستها ؟	المدرسة و الرفاق
يحبني			كيف يعاملك الأستاذ ؟	
يحبوني كأنني الرئيس عليهم			كيف يعاملك زملاؤك ؟	
المدير			من يساعك حين تمرض في المدرسة ؟	
		*	هل يعرف زملائك مرضك ؟	
البدنية، الانشطة، القراءة			ما هي النشاطات التي تمارسها في المدرسة و تستمتع بها ؟	
الرياضيات			ما هي الصعوبات و المشاكل التي تجدها في المدرسة ؟	
أمي تساعدني و عمتي			و ماهي الحلول التي وجدتها للتخلص من هذه الصعوبات و المشاكل	
الرياضة، الأكل ، القراءة			هل لديك هوايات ؟ ماهي ؟ و كيف تمارسها ؟	
من الجمعة للحد			منذ متى و انت تمارسها ؟	
		*	هل يعيقك مرضك على ممارستها بحرية ؟	التوجهات المستقبلية
			إلى أين ترى نفسك تصل بها ؟	
			هل ترغب في تلميها ؟ أم تملء الفراغ بها فقط ؟	
متربي، و نصلي			كيف تتخيل نفسك و انت كبير ؟	
بيطري و لا طيار عسكري			إلى ماذا تطمح أن تصير بالمستقبل ؟	
أن أسعد الجميع			ما هي أمنياتك ؟	
		*	هل ترى في المرض مشكلة لتحقيق أمنياتك أم هو تحدي ؟	

## الحالة 03 (المجموعة 03)

## • بطاقة البيانات الشخصية للطفل مريض الربو

## \*البيانات العائلية :

-والوالدين : الأم : حياة \* مية  
 الأب : حي \* ميت  
 نوع العلاقة الأبوية : متزوجين (نوع الزواج : مرغوب \* عن  
 (كراه)  
 منفصلين (أسبابه : .....)  
 جيدة \* متوازنة لحد ما سيئة  
 -المستوى التعليم و المهني للأبوين :  
 الأم : المستوى التعليمي : جامعي المهنة موظفة بمديرية  
 الشباب  
 الأب : المستوى التعليمي : جامعي المهنة : مهندس معماري  
 -عدد الإخوة : ذكور 02 إناث 02  
 -الرتبة : الصغرى

## \*البيانات الشخصية :

-الاسم : "ت"  
 -الجنس : أنثى \* ذكر  
 -العمر : 11 سنة  
 -المستوى الدراسي : 5 ابتدائي  
 -المنطقة الجغرافية : باتنة وسط  
 -مكان السكن : عمارة بيت \* كراء  
 فردي \* جماعي

## \*بيانات الحالة المرضية :

-المرض : ربو  
 -أعراضه : الحساسية من الغبار و الصوف و الشيكولاطة،  
 ضيق التنفس و السعال  
 -مدة المرض : عامين  
 -المرحلة المرضية : الدرجة الثانية

## • بطاقة للطفل المريض بالربو

كيف تمضي يومك : عادي ، في القرابية... تفصيل في الذكر  
هل أنت كثير الزيارات عند الطبيب ؟ مش بزاف بصح لما نمرض  
هل خضعت لبرنامج تربية حول مرضك من قبل : لا \*  
هل المسكن الذي تسكن فيه يساعد حالتك الصحية : هيه، الدار واسعة و متهوية  
هل تمارس الرياضة ؟ نعم\* : ما هي أجهز في ممارسة الفروسية و السباحة ...  
من يكون معك في أغلب الأوقات من أسرتك ، من تتعامل معه أكثر من أسرتك و تحكي له كل شيء: بابا و ماما  
أين نضع نفسك في أسرتك : بين الأب و الأم... أكثر ميلا للأب  
هل تعرف العديد من الأشخاص ؟ لا نعم\* : رحلنا و بدلت المدارس  
هل تجد صعوبة في التعامل مع الآخرين ؟ لا نعم : لماذا ؟ أحيانا ...نحشم  
هل تحمل ذكريات جميلة في حياتك؟ لما تربيت في دار جدي

## • المقابلة الموجهة الخاصة بالطفل المريض بالربو

المحور	سؤال الفاحص	نعم	لا	أحيانا	جواب آخر
التاريخ الشخصي	ما اسمك ، عمرك ؟				////
	هل تنام جيدا ؟			*	
	هل تأكل ما يفيد صحتك ؟	*			
	هل تحب اللعب وحدك أم مع الآخرين ؟				مع الآخرين
	هل لديك أصدقاء ؟	*			
	هل يحبك أصدقاؤك ؟	*			
	هل تحب أسرتك ؟	*			
	هل والديك متفاهمين أم لديكم مشاكل عائلية ؟				متفاهمين
	كيف تتعامل مع اخوتك ؟				عادي، ساعات نتقابضوا و ساعات نتفاموا
	مطالعة و الرياضة				
	ماهي الصفات التي تميزك عن الآخرين ؟				
	حين تكون في مشكلة هل تستطيع حلها بمفردك ؟	*			
	لما بغضبك أحد أو تنزعج من موقف هل تعبر عن ذلك بسهولة؟			*	أخاف أن أرحح المشاعر
	هل تحب فهم كل ما يدور من حولك من احداث ؟	*			
التاريخ المرضي	هل أنت دائم المرض ؟			*	بصح ما نجى نرتاح نزيد نمرض



الربو			ما هو مرضك ؟	
عامين			منذ متى و أنت مريض ؟	
مرض صعوبة التنفس			ماذا تعرف عن مرضك ؟	
هو طهارة بالنسبة للمسلم قاتلهالي أمي و معلمتي			ماذا يعني لك المرض ؟	
اهدا و اخذ رشاشتي			كيف تتعامل حين تأتيك النوبة ؟	
	*		هل انت خائف ؟	
يقولو ما تجريش بصح انا نجري			ماذا أضاف لك المرض في حياتك ؟	
عادي			كيف ترى نفسك من بين أصدقائك ؟	
		*	هل ترى نفسك محروم من أشياء غيرك يمكنه القيام بها ؟	
دخلتو 3 مرات			كيف ترى المستشفى و الأطباء ؟	
////			ما هي النشاطات التي تقوم بها في المستشفى ؟	
		*	هل يحبك أهلك ؟	تعامل
الصغيرة			من أنت في أسرتك ؟	الأسرة مع
		*	هل ترى أن مرضك يزعج أسرتك و يآثر عليها ؟ كيف ؟	المريض
عادي			كيف يتعامل أفراد أسرتك معك اثر تتبعك للبرنامج العلاجي او حين تأتيك النوبة التي تصيبك؟	
ماما			من هو أهم شخص بالنسبة لك ؟	
فيها أصدقائي		*	هل تحب الذهاب إلى المدرسة ؟ لماذا ؟	المدرسة
عربية ، علمية، تربية اسلامية			ما هي المواد التي تحب دراستها ؟	و الرفاق
عادي			كيف يعاملك الأستاذ ؟	
عادي			كيف يعاملك زملاؤك ؟	
///			من يساعك حين تمرض في المدرسة ؟	
البعض			هل يعرف زملائك مرضك ؟	
الرياضة			ما هي النشاطات التي تمارسها في المدرسة و تستمتع بها ؟	
////			ما هي الصعوبات و المشاكل التي تجدها في المدرسة ؟	
////			و ماهي الحلول التي وجدتها للتخلص من هذه الصعوبات و المشاكل	
أرسم، أغني			هل لديك هوايات ؟ ماهي ؟ و كيف تمارسها ؟	التوجهات
///			منذ متى و انت تمارسها ؟	المستقبلية
///			هل يعيقك مرضك على ممارستها بحرية ؟	
///			إلى أين ترى نفسك تصل بها ؟	
////			هل ترغب في تنميتها ؟ أم تملء الفراغ بها فقط ؟	
معلمة			كيف تتخيل نفسك و انت كبير ؟	
///			إلى ماذا تطمح أن تصير بالمستقبل ؟	
///			ما هي أمنياتك ؟	
أستطيع تحقيقها			هل ترى في المرض مشكلة لتحقيق أمنياتك أم هو تحدي ؟	

## الحالة 04 (المجموعة 03)

## • بطاقة البيانات الشخصية للطفل مريض الربو

## • البيانات العائلية :

-والوالدين : الأم : حياة\* ميتة

-الأب : حي\* ميت

نوع العلاقة الأبوية : متزوجين

جيدة\* متوازنة لحد ما سيئة

-المستوى التعليم و المهني للأبوين :

الأم : المستوى التعليمي : جامعي المهنة : ربت بيت

الأب : المستوى التعليمي : ثانوي المهنة : أعمال حرة

-عدد الإخوة : ذكور 03

-اللاتة . الثالثة

## \*البيانات الشخصية :

-الاسم : "ب"

-الجنس : أنثى ذكر\*

-العمر :

-المستوى الدراسي: 05 ابتدائي

-المنطقة الجغرافية :باتنة وسط

-مكان السكن : عمارة\* بيت كراء

فردى\* جماعي

## \*بيانات الحالة المرضية :

-المرض: ربو

-أعراضه :سعال، صفير، ضيق التنفس، حساسية غبار و قطط

-مدة المرض : 05 أعوام

-المرحلة المرضية : الثانية

-وجود أمراض أخرى : ///

## • بطاقة للطفل المريض بالربو

كيف تمضي يومك: قرابة... لا أحبها، نقرا بوقت و نلعب بوقت

هل أنت كثير الزيارات عند الطبيب ؟ لا نعم\* : لماذا ؟ هيه، منين كنت صغير بديو في للطة والوا.. كل مرة عند واحد

احكي لي قصة مرضك : منذ الصغر...أولى ابتدائي و أنا بالرشاشه

كيف تشعر الآن نحو مرضك : الحزن.... السخانة دايمًا كل 15 يوم

ماهي الطرق التي تستخدمها لتحمي نفسك من نوبة الربو : ///

ما هي الأشياء التي حين تقوم بها تزيد من سوء حالتك ؟ حساسية الغبار و القطط

هل خضعت لبرنامج تربية حول مرضك من قبل : لا \* من علمك أخذ الأدوية؟ أمي .. و دايمًا وحدي

هل المسكن الذي تسكن فيه يساعد حالتك الصحية : هيه... متهوي و مشمس

هل تمارس الرياضة ؟ نعم\* : ما هي ؟ كاراتي... عندي عامين منين حبست

من يكون معك في أغلب الأوقات من أسرته ، من تتعامل معه أكثر من أسرته و تحكي له كل شيء: ///

أين نضع نفسك في أسرته : "لم يجد لنفسه مكان" بابا و ماما و اعرين

هل تعرف العديد من الأشخاص ؟ لا نعم\* : هل تتمتع بصحبة جيدة معهم ؟ لدي أصدقاء

هل تجد صعوبة في التعامل مع الآخرين ؟ لا\*

هل تحمل ذكريات جميلة في حياتك؟ كنخرجوا

## • المقابلة الموجهة الخاصة بالطفل المريض بالربو

المحور	سؤال الفاحص	نعم	لا	أحيانا	جواب آخر
التاريخ الشخصي	ما اسمك ، عمرك ؟				///
	هل تنام جيدا ؟	*			
	هل تأكل ما يفيد صحتك ؟	*			
	هل تحب اللعب وحدك أم مع الآخرين ؟				مع الآخرين
	هل لديك أصدقاء ؟	*			
	هل يحبك أصدقاؤك ؟				الله اعلم
	هل تحب أسرته ؟	*			
	هل والديك متفاهمين أم لديكم مشاكل عائلية ؟				متفاهمين
	كيف تتعامل مع اخوتك ؟				عادي، أصغرهم أقربهم
	ماهي الصفات التي تميزك عن الآخرين ؟		*		
	حين تكون في مشكلة هل تستطيع حلها بمفردك ؟		*		

اسكت			لما يغضبك أحد أو تنزعج من موقف هل تعبر عن ذلك بسهولة؟	
		*	هل تحب فهم كل ما يدور من حولك من احداث؟	
		*	هل أنت دائم المرض؟	التاريخ المرضي
الربو			ما هو مرضك؟	
05 سنوات			منذ متى و أنت مريض؟	
لا شيء ... ما نعرف والو عليه			ماذا تعرف عن مرضك؟	
الحزن.. نتخفق وحدي و ما يحسوش بي، علاقتي معاه مميزة			ماذا يعني لك المرض؟	
///			كيف تتعامل حين تأتيك النوبة؟	
		*	هل انت خائف؟	
لا شيء			ماذا أضاف لك المرض في حياتك؟	
/// -انكمش و انحنى-			كيف ترى نفسك من بين أصدقائك؟	
///		*	هل ترى نفسك محروم من أشياء غيرك يمكنه القيام بها؟	
عادي... مرفت، حديثهم جاف			كيف ترى المستشفى و الأطباء؟	
///			ما هي النشاطات التي تقوم بها في المستشفى؟	
///			هل يحبك أهلك؟	تعامل الأسرة مع المريض
///			من أنت في أسرتك؟	
///			هل ترى أن مرضك يزعج أسرتك و يآثر عليها؟ كيف؟	
....الرشاشة			كيف يتعامل أفراد أسرتك معك اثر تتبعك للبرنامج العلاجي او حين تأتيك النوبة التي تصيبك؟	
أمي نشيتها بصح واعرة بزف، نخاف منها.. تخنقني أكثر من المرض			من هو أهم شخص بالنسبة لك؟	
نمرق		*	هل تحب الذهاب إلى المدرسة؟ لماذا؟	المدرسة و الرفاق
الرياضيات			ما هي المواد التي تحب دراستها؟	
عادي			كيف يعاملك الأستاذ؟	
عادي			كيف يعاملك زملاؤك؟	
لا احد		*	من يساعك حين تمرض في المدرسة؟	
البعض			هل يعرف زملائك مرضك؟	
الرياضة			ما هي النشاطات التي تمارسها في المدرسة و تستمتع بها؟	
///			ما هي الصعوبات و المشاكل التي تجدها في المدرسة؟	
///			و ماهي الحلول التي وجدتها للتخلص من هذه الصعوبات و المشاكل	
///		*	هل لديك هوايات؟ ماهي؟ و كيف تمارسها؟	التوجهات المستقبلية
///			منذ متى و انت تمارسها؟	
///			هل يعيقك مرضك على ممارستها بحرية؟	
///			إلى أين ترى نفسك تصل بها؟	
///			هل ترغب في تنميتها؟ أم تملء الفراغ بها فقط؟	

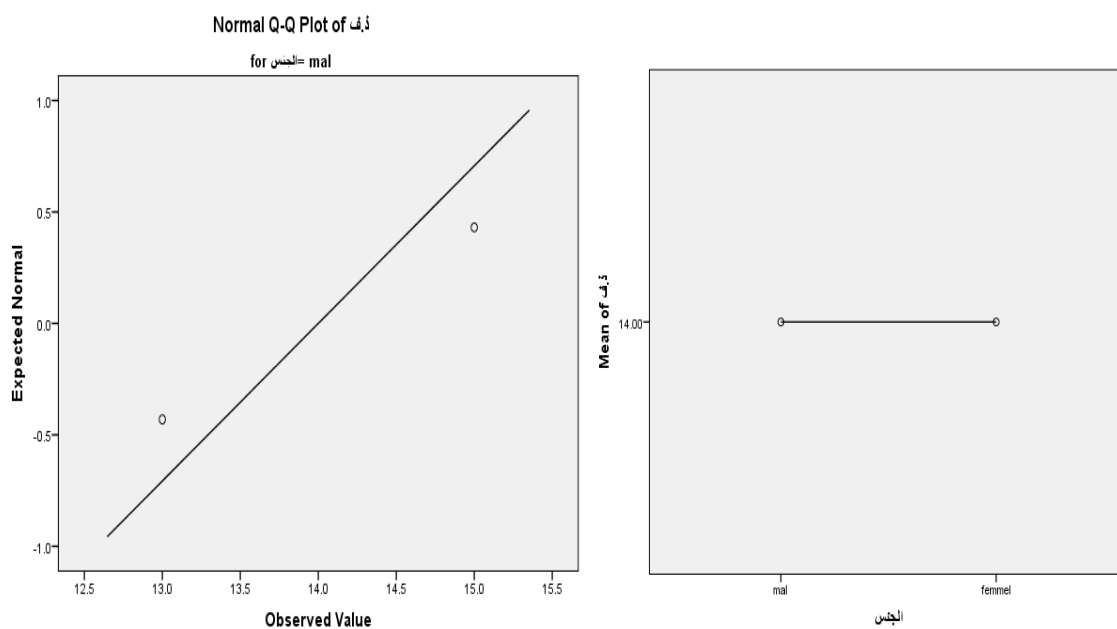
///				كيف تتخيل نفسك و انت كبير ؟
كيما بابا... اعمال حرة				إلى ماذا تطمح أن تصير بالمستقبل ؟
		*		ما هي أمنياتك ؟
		*		هل ترى في المرض مشكلة لتحقيق أمنياتك أم هو تحدي ؟

### ملحق رقم 08: نتائج خاصة بالفرضية رقم 02

عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى للعوامل سالفة الذكر حسب معطيات المجموعة 01 و 02

## • حسب الجنس

➤ اختبار التوزيع الاعتيالي:



➤ حساب الفروق Mann-Whitney u:

Test Statistics<sup>a</sup>

	استنبيا نمصادر فذ
Mann-Whitney U	9.500
Wilcoxon W	37.500
Z	-1.337
Asymp. Sig. (2-tailed)	.181
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.202 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: الجنس

b. Not corrected for ties.

## • حسب العمر

## • اختبار التوزيع الاعتدالي:

## Report

ف.ب.د

العمر	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
11.00	14.0000	4	.81650	.667	14.0000	13.00	15.00
Total	14.0000	4	.81650	.667	14.0000	13.00	15.00

## • حسب المستوى التعليمي للطفل

## • اختبار التوزيع الاعتدالي:

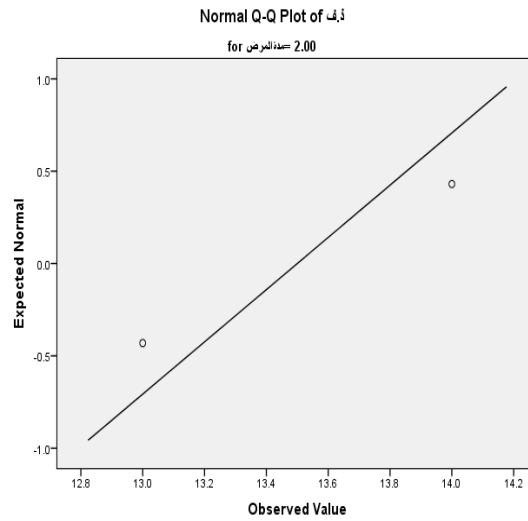
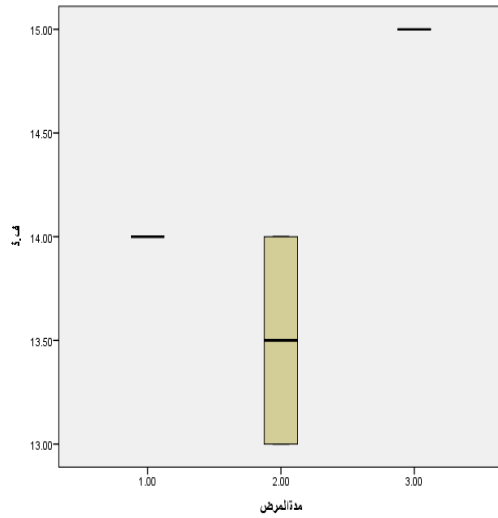
## Report

ف.ب.د

المستوى التعليمي للطفل	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
جيد	14.0000	4	.81650	.667	14.0000	13.00	15.00
Total	14.0000	4	.81650	.667	14.0000	13.00	15.00

• حساب مدة المرض

• اختبار التوزيع الاعتيادي:



• حساب الفروق Kruskal Wallis Test:

Test Statistics<sup>a,b</sup>

	ف.ب
Chi-Square	2.250
df	2
Asymp. Sig.	.325

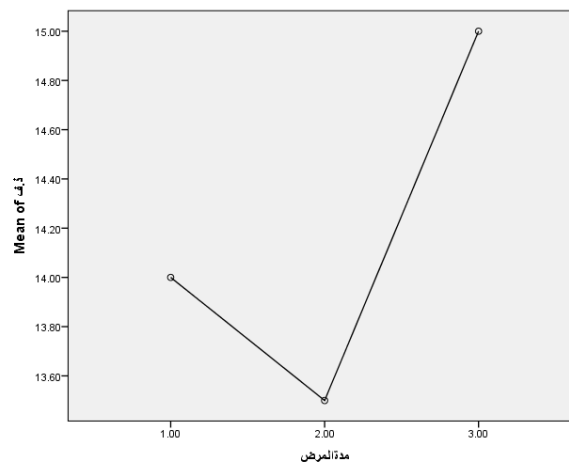
a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

مدّة المرض

Ranks

مدّة المرض	N	Mean Rank
عام	1	2.50
عامين	2	1.75
ف.ب سنوات 03	1	4.00
Total	4	





- حسب المستوى التعليمي للوالدين

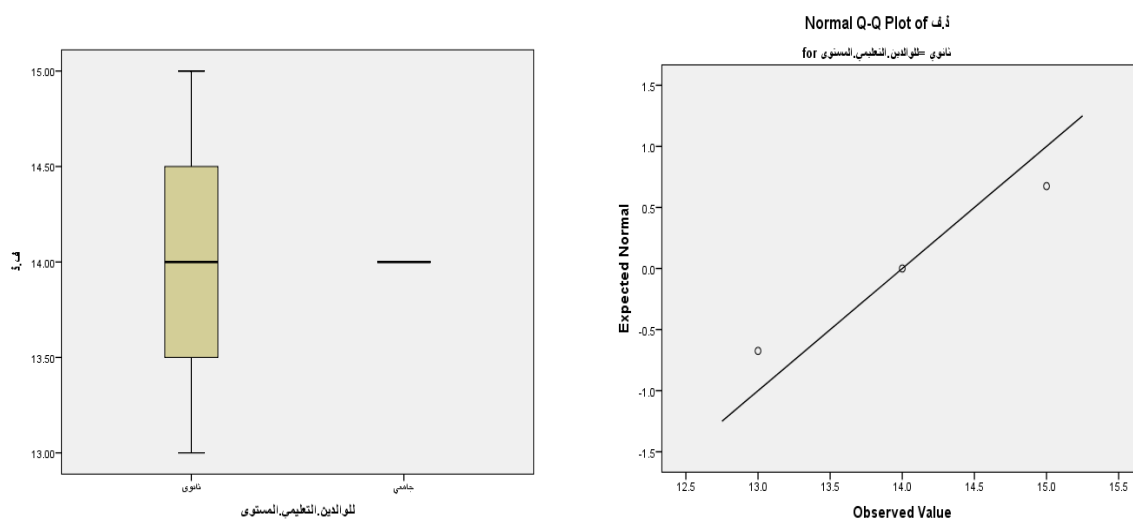
- اختبار التوزيع الاعتدالي:

Tests of Normality<sup>b</sup>

المستوى التعليمي للوالدين	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ثانوي	.175	3	.	1.000	3	1.000

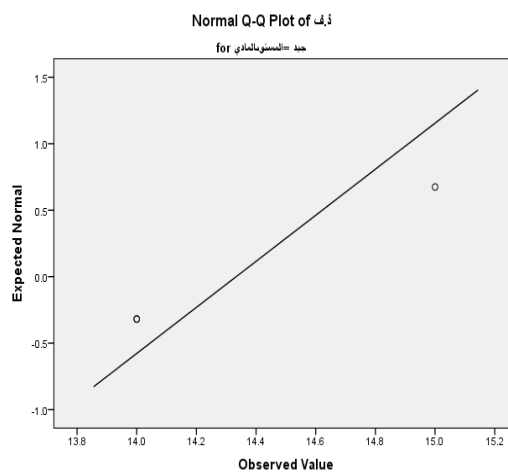
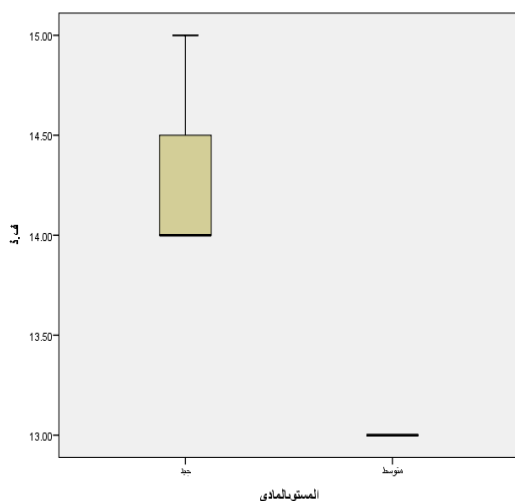
a. Lilliefors Significance Correction

b. is constant when = جامعي. It has been omitted.



- حسب الدخل المادي للأسرة

- اختبار التوزيع الاعتدالي:



#### Tests of Normality<sup>b</sup>

	المستوى المادي	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	جيد ف.ذ	.385	3	.	.750	3	.000

a. Lilliefors Significance Correction

b. . is constant when متوسط = المستوى المادي. It has been omitted.

- حسب طبيعة السكن

- اختبار التوزيع الاعتدالي:

#### Report

ف.ذ

طبيعة السكن	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
متنهي	14.0000	4	.81650	.667	14.0000	13.00	15.00
Total	14.0000	4	.81650	.667	14.0000	13.00	15.00

## ملحق رقم 09: عرض النتائج الخاصة بالفرضية رقم 03

## • نتائج سلم فعالية الذات

Test of Homogeneity of  
Variances

سلم ف.ذ

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.676	3	12	.094

## ANOVA

سلم ف.ذ

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	10740.500	3	3580.167	24.170	.000
Within Groups	1777.500	12	148.125		
Total	12518.000	15			

## سلم ف.ذ

	المرحلة	N	Subset for alpha = 0.05	
			1	2
Tukey HSD <sup>a</sup>	قبل	4	42.5000	
	م.معرفة	4	66.2500	
	م.المهارة	4		96.5000
	م.الاتجاه	4		108.7500
	Sig.		.072	.509

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

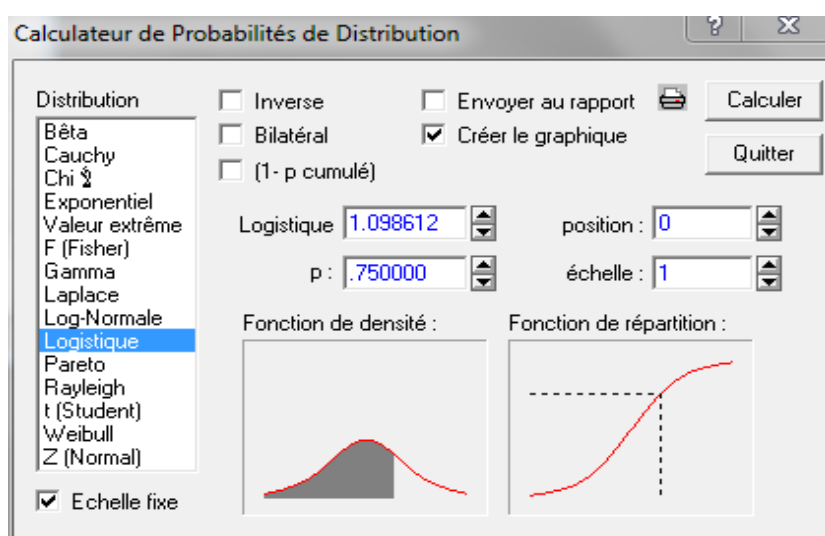
a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 4.000.

## • نتائج حجم الأثر

➤ نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة (g1+g2)

Measures of Association

	Eta	Eta Squared
مصادر.ف.ذ * المجموعة	.750	.563
بعد الانجازات.الأدائية * المجموعة	.480	.231
بعد الخبرات.البديلة * المجموعة	.405	.164
بعد الإقناع.اللفظي * المجموعة	.438	.191
بعد الاستثارة.الانفعالية * المجموعة	.378	.143



➤ نتائج الفروق في مستوى فعالية الذات بالنسبة للمجموعة g1:

	Paired Samples test		
	Paired deffirences		
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 المجموعة - مصادر.ف.ذ	3	1.29099	.64550
Pair 2 المجموعة - بعد الانجازات.الأدائية	1	.57735	.28868
Pair 3 المجموعة - بعد الخبرات.البديلة	0	.57735	.28868
Pair 4 المجموعة - بعد الإقناع.اللفظي	1	.57735	.28868
Pair 5 المجموعة - بعد الاستثارة.الانفعالية	1	.57735	.28868

## ملحق رقم 10: عرض النتائج الخاصة بالفرضية رقم 04

عرض النتائج المتعلقة بوجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج تعزى للعوامل سالفة الذكر حسب معطيات المجموعة 01 و 03

## • حسب الجنس

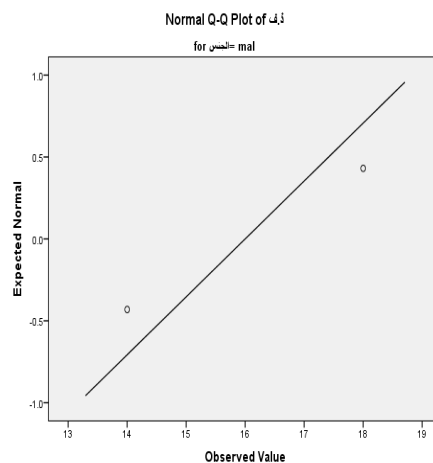
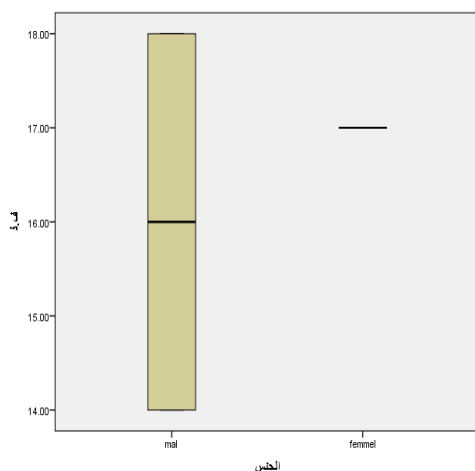
➤ اختبار التوزيع الاعتيالي:

Tests of Normality<sup>b</sup>

	الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Statistic	df	Sig.
ف.ذ	mal	.260	2	.

a. Lilliefors Significance Correction

b. is constant when الجنس = femmel. It has been omitted.



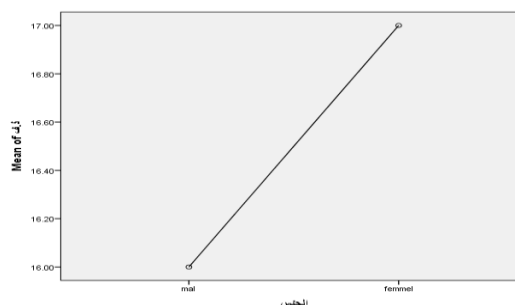
➤ حساب الفروق Mann-Whitney u:

Test Statistics<sup>a</sup>

	استنبيا تمصادر فذ
Mann-Whitney U	6.000
Wilcoxon W	42.500
Z	-2.037
Asymp. Sig. (2-tailed)	.038
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: الجنس

b. Not corrected for ties.



## • حسب السن

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

## Report

ف.ب.د

العمر	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
11.00	16.5000	4	1.73205	3.000	17.0000	14.00	18.00
Total	16.5000	4	1.73205	3.000	17.0000	14.00	18.00

## • حسب المستوى التعليمي للطفل

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

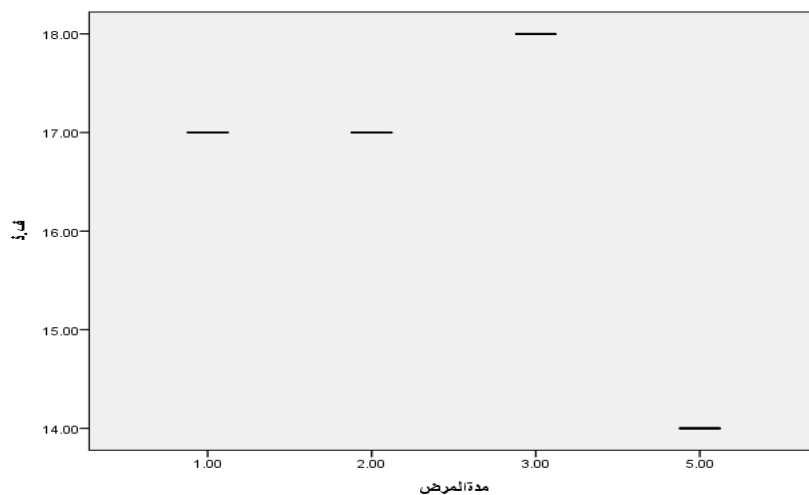
## Report

ف.ب.د

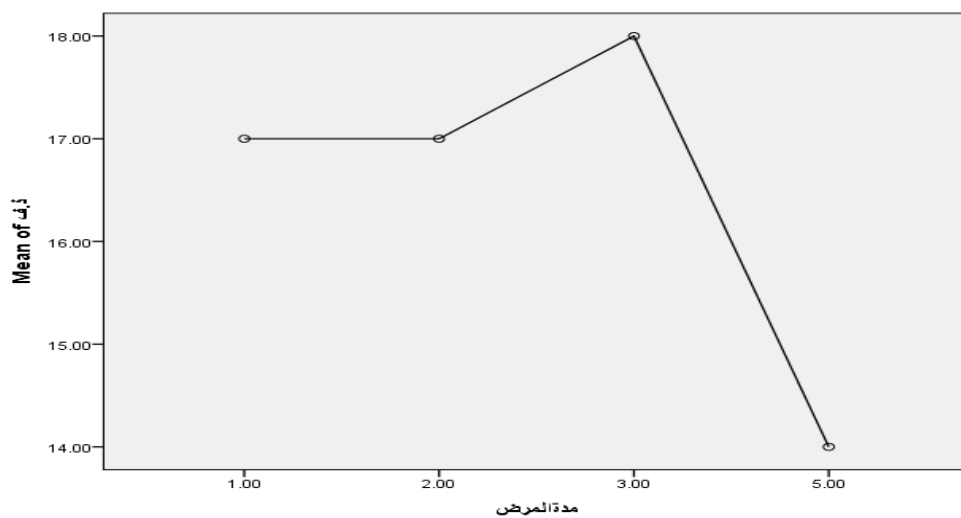
المستوى التعليمي للطفل	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
جيد	16.5000	4	1.73205	3.000	17.0000	14.00	18.00
Total	16.5000	4	1.73205	3.000	17.0000	14.00	18.00

## • حسب مدة المرض

➤ اختبار التوزيع الاعتمالي:



➤ حساب الفروق اختبار (توكي):



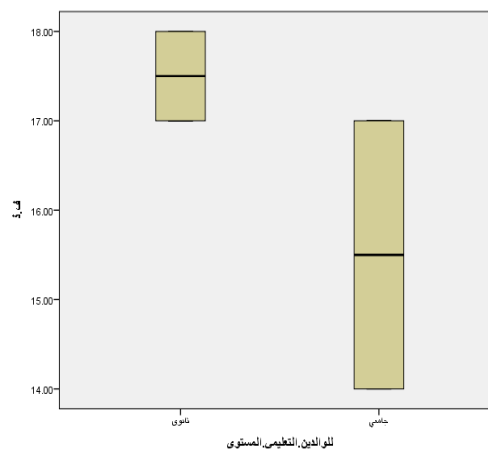
## • حسب المستوى التعليمي للوالدين

➤ اختبار التوزيع الاعتمالي:

Tests of Normality

	المستوى التعليمي للوالدين	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Statistic	df	Sig.
ف.ب.ث	ثانوي	.260	2	.
	جامعي	.260	2	.

a. Lilliefors Significance Correction



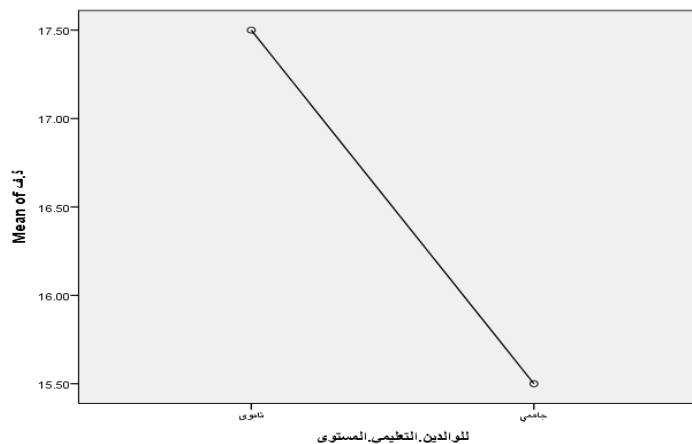
➤ حساب الفرق Mann-Whitney U:

Test Statistics<sup>a</sup>

	استتيا مصادرفذ
Mann-Whitney U	6.000
Wilcoxon W	42.500
Z	-2.037
Asymp. Sig. (2-tailed)	.038
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: م. التعليمي للوالدين

b. Not corrected for ties.



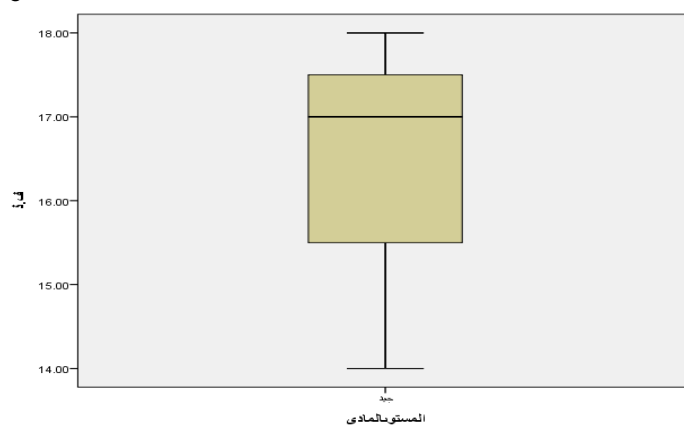


- حسب المستوى المادي للأسرة

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

Tests of Normality							
	المستوى المادي	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
	جيد	.364	4	.	.840	4	.195

a. Lilliefors Significance Correction

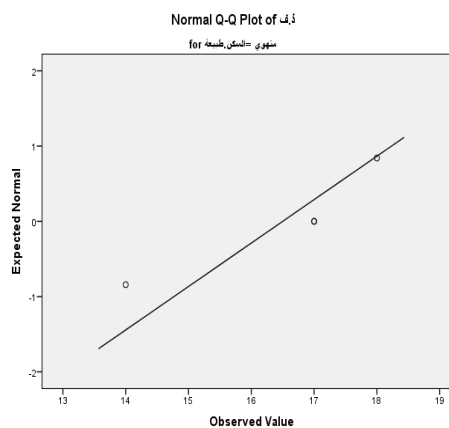
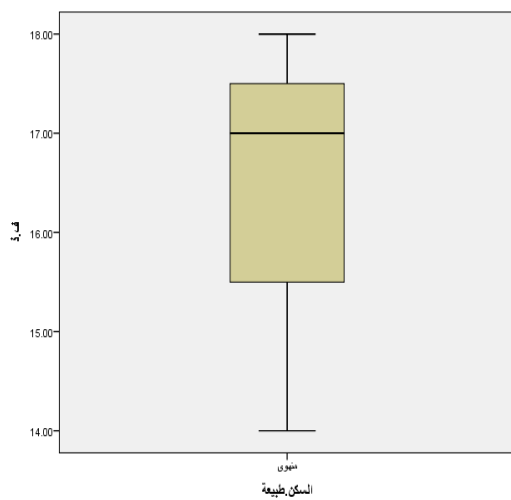


- حسب طبيعة السكن

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

Tests of Normality							
	طبيعة السكن	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
	متهوي	.364	4	.	.840	4	.195

a. Lilliefors Significance Correction



- عرض النتائج المتعلقة بعدم وجود فروق في مستوى فعالية الذات قبل تطبيق البرنامج  
تعزى للعوامل سالفة الذكر حسب معطيات المجموعة 02 و 04  
• حسب الجنس

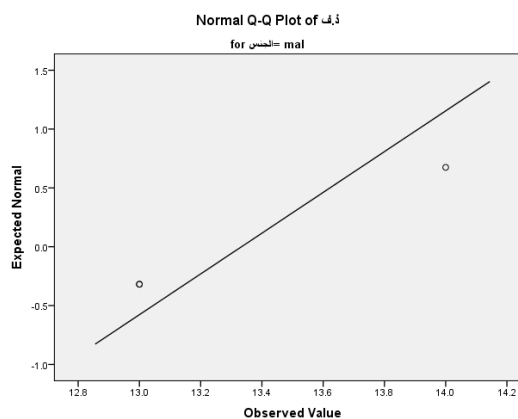
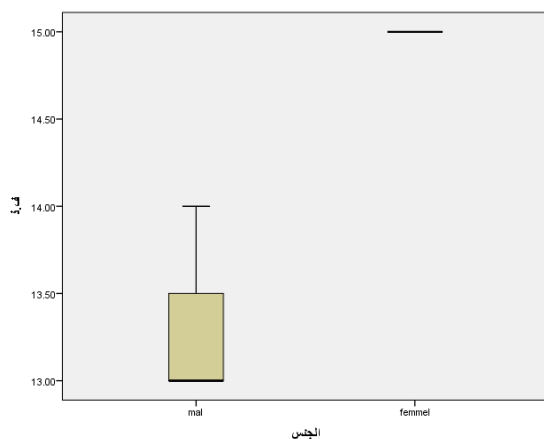
➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

Tests of Normality<sup>b</sup>

الجنس	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
mal	.385	3	.	.750	3	.000

a. Lilliefors Significance Correction

b. Constant when الجنس = femmel. It has been omitted.



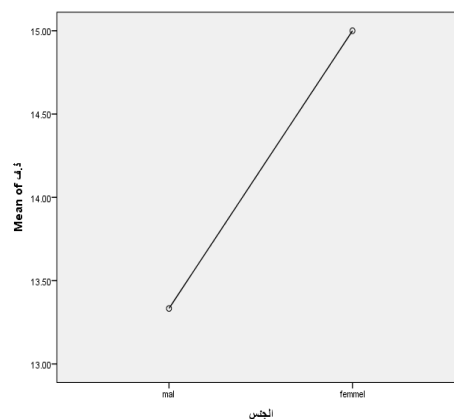
➤ حساب الفروق (اختبار توكي):

Test Statistics<sup>a</sup>

	استنبيا تمصادر فذ
Mann-Whitney U	6.250
Wilcoxon W	43.600
Z	-3.337
Asymp. Sig. (2-tailed)	.049
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: الجنس

b. Not corrected for ties.



## • حساب العمر

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

## Tests of Normality

	العمر	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ف.ب.د	11.00	.283	4	.	.863	4	.272

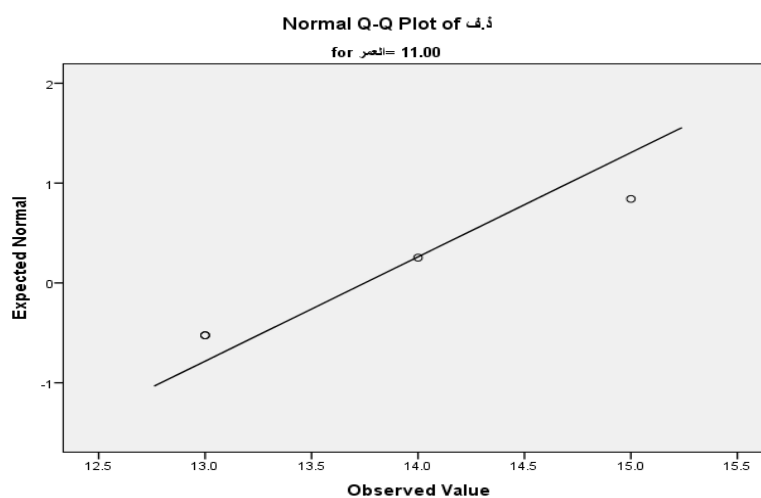
a. Lilliefors Significance Correction

## Report

ف.ب.د

العمر	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
11 سنة	13.7500	4	1.73205	.917	13.5000	13.00	15.00
Total	13.7500	4	1.73205	.917	13.5000	13.00	15.00

➤ حساب الفروق:



## • حسب المستوى التعليمي للطفل

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

## Tests of Normality

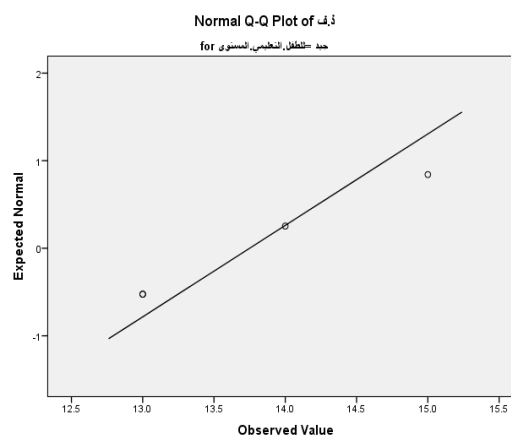
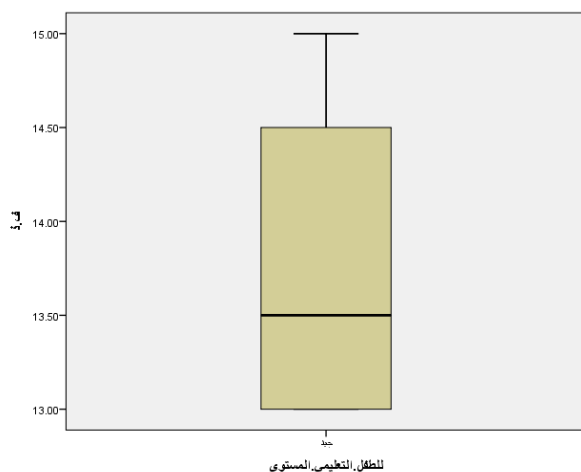
	المستوى التعليمي للطفل	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
فبذ	جيد	.283	4	.	.863	4	.272

a. Lilliefors Significance Correction

## Report

المستوى التعليمي للطفل	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
جيد	13.7500	4	1.73205	.917	13.5000	13.00	15.00
Total	13.7500	4	1.73205	.917	13.5000	13.00	15.00

➤ حساب الفروق:



## • حساب مدة المرض

## ➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

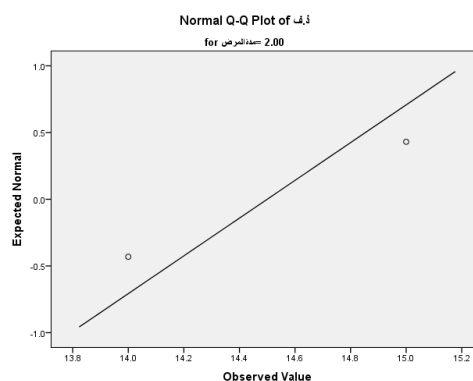
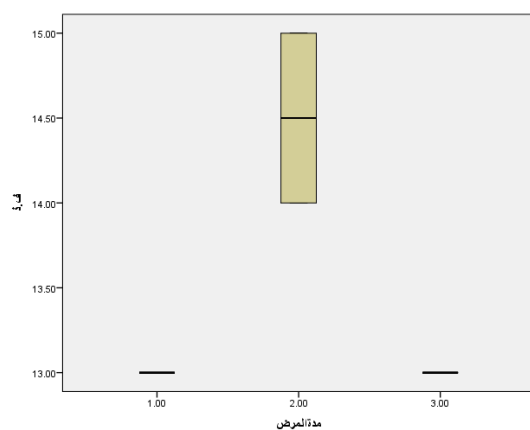
Tests of Normality<sup>a,c</sup>

	مدة المرض	Kolmogorov-Smirnov <sup>b</sup>		
		Statistic	df	Sig.
ف.ذ	2.00	.260	2	.

a. . is constant when 1.00 = مدة المرض. It has been omitted.

b. Lilliefors Significance Correction

c. . is constant when 3.00 = مدة المرض. It has been omitted.



## ➤ حساب الفروق Kruskal Wallis Test:

Test Statistics<sup>a,b</sup>

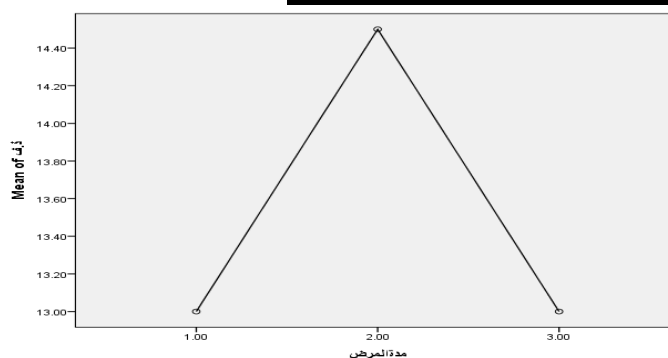
	ف.ذ
Chi-Square	2.667
df	2
Asymp. Sig.	.264

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: مدة المرض

## Ranks

	مدة المرض	N	Mean Rank
ف.ذ	عام	1	1.50
	عامين	2	3.50
	سنوات 03	1	1.50
	Total	4	



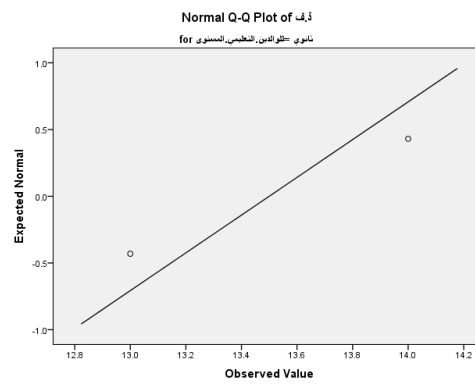
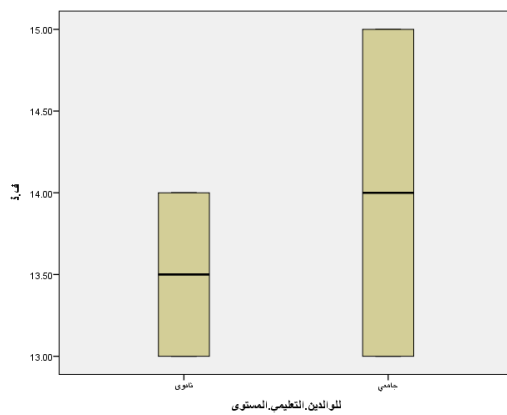
## • حسب المستوى التعليمي للوالدين

➤ اختبار التوزيع الاعتدالي:

## Tests of Normality

	المستوى التعليمي للوالدين	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Statistic	df	Sig.
ف.ذ	ثانوي	.260	2	.
	جامعي	.260	2	.

a. Lilliefors Significance Correction



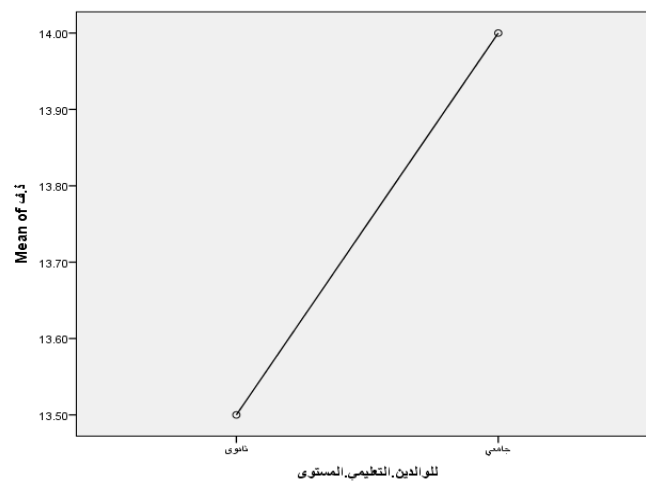
➤ حساب الفروق:

Test Statistics<sup>a</sup>

	استبيان مصادر فذ
Mann-Whitney U	6.250
Wilcoxon W	43.600
Z	-3.337
Asymp. Sig. (2-tailed)	.049
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.002 <sup>b</sup>

a. Grouping Variable: المستوى التعليمي للوالدين

b. Not corrected for ties.



## • حسب المستوى المادي للأسرة

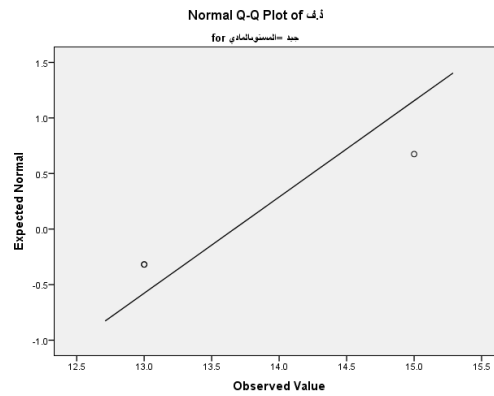
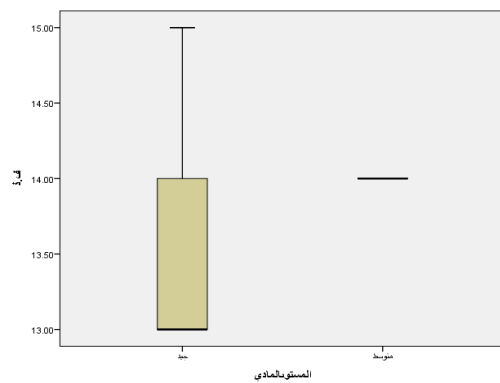
➤ اختبار التوزيع الاعتيالي:

Tests of Normality<sup>b</sup>

	المستوى المادي	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
ف.ذ	جيد	.385	3	.	.750	3	.000

a. Lilliefors Significance Correction

b. is constant when متوسط = المستوى المادي. It has been omitted.



## Ranks

	المستوى المادي للا سرّة	N	Mean Rank	Sum of Ranks
ف.ذ	جيد	3	2.33	7.00
	متوسط	1	3.00	3.00
	Total	4		

## • حسب طبيعة السكن

➤ اختبار التوزيع الاعتمالي:

## Tests of Normality

	طبيعة السكن	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
ف.ذ	متنهي	.283	4	.	.863	4	.272

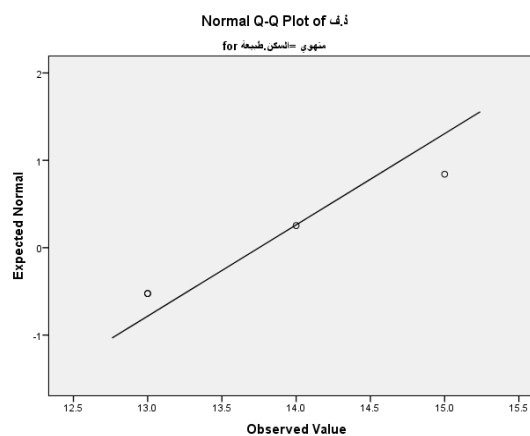
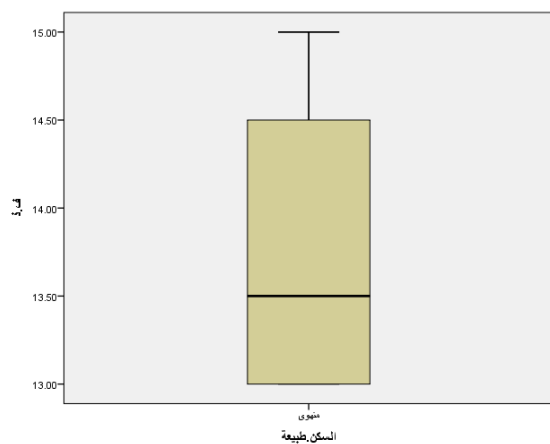
a. Lilliefors Significance Correction

## Report

ف.ذ

طبيعة السكن	Mean	N	Std. Deviation	Variance	Median	Minimum	Maximum
متنهي	13.7500	4	1.73205	.917	13.5000	13.00	15.00
Total	13.7500	4	1.73205	.917	13.5000	13.00	15.00

➤ حساب الفروق:





ملحق رقم 11: صور مختارة أثناء تطبيق برنامج التربية العلاجية





