



جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



الموضوع:

الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذ:

د. يوسف عدوان

من إعداد الطالبة:

ثلجة لموفق

أعضاء لجنة المناقشة

د. نادية بوشلاق	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيساً
د. يوسف عدوان	أستاذ محاضر " أ "	جامعة باتنة	مشرفاً ومقرراً
د. عبد الفتاح أبي ميلود	أستاذ محاضر " أ "	جامعة ورقلة	مناقشاً
د. وردة بلحسيني	أستاذ محاضر " أ "	جامعة ورقلة	مناقشاً

شكر و تقدير

الحمد لله حمداً كثيراً كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، والصلوة والسلام على معلم البشرية سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

بداية أحمد الله كثيراً فالحمد لله الذي هدانا لهذا وما كنا لنهتدي لولا أن هدانا.

لا يسعني إلا أن أتقدم بالشكر وعظيم الامتنان إلى كل من تعلمت منهم، وأخص بالذكر أستاذي المشرقة الدكتور يوضف مدوان على ما أبداه من إشرافه كريم ونصح وتوجيه مفيد وحرص على إتقان العمل. كما يسعدني أن أتقدم بالشكر والتقدير والاحترام إلى لجنة المناقشة: البروفسور نادية بوشلاق، الدكتور عبد الفتاح أبي ميلود، والدكتورة وردة بلحسيني على قبولهم مناقشة مذكرتي، ولا أنسى شكري للدكتور سامر جميل رضوان على المساعدات العلمية التي قدمها لي وشكري للأستاذ الدكتور عمار شوشان.

كما أود أن أعرب عن عميق امتناني وتقديري لمن كان لهم الفضل عليا في كل خطوة من خطوات حياتي أفراد عائلتي، الوالدين، الأخوة والأخوات.

كما أتوجه بالشكر للأب الروحي السيد محمد معدودة لما تلقيت منه من تشجيع للعلم وتشجيع للغور في أعماق علم النفس بنظرة طبية وواقعية وبينية.

كما وأتوجه بالشكر إلى النساء المصابات بسرطان الثدي اللاتي مثلن بحينة الدراسة بالرغم من آلامهن إلا أنهم قدموا لي المساعدة من أجل انجاز الجانب التطبيقي من الدراسة.

كما وأشكر كل المسؤولين الذين قدموا لي التسهيلات وكذلك الأخصائيين النفسانيين في مركز مكافحة السرطان باتنة كل باسمه .

ولا أنسى تشكراتي لـ فطيمة بوزيان، لزمير مروهي لمساندتهما لي طيلة مشوار انجاز المذكرة وتشكراتي لـ رابع صغراوي وزوجته نادية طالبي.

وشكري وعرفاني إلى جميع من ساعدني في إتمام هذه الرسالة من قريب أو من بعيد ، كما ولا أنسى زملاء الدفعة.

نشكرا لكم جميعا

مختصر الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي، ومصدر الضبط الصحي السائد لدى هذه العينة وكذا معرفة تقديرات الكفاءة لديهن، وتأثير بعض المتغيرات في كل من الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي. وقد شملت الدراسة عينة قوامها 90 مريضة بسرطان الثدي، بمتوسط عمري مقداره 45 سنة، و اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية:

- مقياس الكفاءة الذاتية لـ "Schwarzer & Jerusalem" في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان.
 - مقياس مصدر الضبط الصحي لـ "Wallston & al" و الذي أعده نور الدين جبالي
- وقد تم التأكد من صدق و ثبات الأداتين على العينة المحلية، و أستخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات و الفرضيات.
- و أسفرت الدراسة على النتائج التالية:
- البعد الخارجي هو البعد السائد لدى عينة الدراسة، فقد بلغ المتوسط الحسابي له (47.87) وبذلك تتحقق الفرضية الأولى.
 - ارتفاع درجات توقعات الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة عكس ما نصت عليه الفرضية الثانية.
 - لا توجد علاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي بمختلف أبعاده ما يدل أن الفرضية الثالثة تحققت.
 - هناك فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيات وأيضا فروق في الكفاءة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المطلقات.
- أما في أبعاد مصدر الضبط الصحي فقد كانت فروق في بعد الحظ تعزى للمستوى التعليمي لصالح المستوى الابتدائي، وفروق في بعد الحظ تعزى للعمل لصالح غير العاملات. أما بقية العوامل لم تؤثر وتمثلت في السن، مكان السكن، الجراحة، نوع الاستئصال كلي أم جزئي، مدة العلاج، مرحلة الورم، سن الزواج، سن إنجاب أول مولود، وعدد الأولاد.
- هذا وقد تم مناقشة هذه النتائج في ضوء الإطار النظري وما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة.

Résumé de l'étude

Le but de cette étude est d'identifier la nature de la relation entre les différents aspects du lieu de contrôle la santé et l'auto-efficacité chez un échantillon de patientes atteintes du cancer du sein.

L'étude a visé un échantillon de 90 patientes atteintes du cancer du sein dont la moyenne d'âge 45ans, en utilisant les instruments suivants :

- l'échelle de l'auto-efficacité générale des attentes de Schwarzer, traduit en arabe par Radwan
- l'échelle de lieu de contrôle de la santé de Wallston, traduit en arabe par Jabali.

Ainsi on a validé la fidélité et la constance de ces échelles sur l'échantillon local. et on a utilisé les SPSS pour l'analyse des résultats

- La moyenne a atteint la valeur 47.87 ce qui confirme la première hypothèse
- L'augmentation de l'auto-efficacité a contredit la deuxième hypothèse
- Il n'existe pas une corrélation significative entre l'auto-efficacité et lieu de contrôle de la santé
- Il y a une variabilité significative en l'auto-efficacité au profit des patientes universitaires et les patientes mariées divorcées, en ce qui concerne le facteur de l'extrinsèque du hasard s'était au profit du patientes ayant le niveau scolaire primaire. les autres variables tels l'âge, le sexe. Lieu de résidence, chirurgie, l'ablation n'ont pas atteint un niveau significatif et n'ont aucune influence sur l'auto-efficacité et lieu de contrôle de la santé.

Ces résultats ont été analysés et discutés à partir du cadre théorique et les résultats des études précédentes.

فهرس المحتويات

المحتوى	الصفحة
شكر و عرفان	-
ملخص الدراسة	-
فهرس المحتويات	-
قائمة الجداول	-
قائمة الأشكال	-
مقدمة	1
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
1. الإشكالية	6
2. الفرضيات	9
3. أهداف البحث	9
4. أهمية البحث	9
5. التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث	10
6. الدراسات السابقة	11
7. تعليق عام	16
الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية	
1. تعريف الكفاءة الذاتية	19
2. التطور النظري لنظرية الكفاءة الذاتية لباندورا	25
3. مصادر الكفاءة الذاتية	34
4. أبعاد الكفاءة الذاتية	39
5. الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي	44
الفصل الثالث: مصدر الضبط الصحي	
1. تعريف مصدر الضبط	51
2. التطور النظري لنظرية مصدر الضبط لروتر وظهر مصدر الضبط الصحي	54
3. أبعاد مصدر الضبط ومصدر الضبط الصحي	58
4. مصادر مركز الضبط	62
5. مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي	63
الفصل الرابع: تطبيقات الكفاءة الذاتية، ومصدر الضبط الصحي في المجال الصحي	
1. المقاربات المعرفية الاجتماعية في الصحة	68
2. تأثير الكفاءة الذاتية و مصدر الضبط الصحي في المناعة	73
3. التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية	80
4. التأثيرات البيوكيميائية للكفاءة الذاتية	81
5. عمل الميكانيزمات المعرفية والايوبودية في مراقبة الألم	82
الفصل الرابع: سرطان الثدي	
1. فيزيولوجية السرطان	87
2. الجهاز المناعي والسرطان	87

90	3. الفيزيولوجية المرضية لسرطان الثدي
93	4. الأسباب وعوامل الخطورة لسرطان الثدي
94	5. علاج سرطان الثدي
96	6. الفحص الدوري للثدي
97	7. سيكولوجية مرضى سرطان الثدي
الجانب الميداني	
الفصل السادس: إجراءات الدراسة الميدانية	
109	1. منهج الدراسة
109	2. الدراسة الاستطلاعية
110	3. الدراسة الأساسية
118	4. أدوات الدراسة
123	5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
الفصل السابع: نتائج الدراسة	
125	1. عرض نتائج الدراسة
132	2. تفسير نتائج الدراسة
137	3. مناقشة عامة
143	اقتراحات
145	ملخص الدراسة
148	المراجع
155	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الصفحة
1	يوضح خصائص العينة حسب السن.	111
2	يوضح خصائص العينة حسب المستوى التعليمي.	111
3	يوضح خصائص العينة حسب مكان السكن.	112
4	يوضح خصائص العينة حسب العمل.	112
5	يوضح خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية	112
6	يوضح خصائص العينة حسب سن الزواج بالنسبة للمتزوجات.	113
7	يوضح خصائص العينة حسب مدة الزواج بالنسبة للمتزوجات.	113
8	يوضح خصائص العينة حسب سن إنجاب أول مولود.	114
9	يوضح خصائص العينة حسب عدد الأبناء.	114
10	يوضح خصائص العينة حسب مرحلة الورم	115
11	يوضح خصائص العينة حسب نوعية العلاج المتبع	115
12	يوضح خصائص العينة حسب نوعية الاستئصال في حالة الجراحة.	116
13	يوضح خصائص العينة حسب مدة العلاج.	116
14	يوضح معامل الارتباط و معامل ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية.	120
15	يوضح دلالة قيمة (ت) صدق المقارنة الطرفية لمقياس الكفاءة الذاتية	121
16	يوضح معامل الارتباط سبيرمان براون و معامل ألفا كرونباخ لمقياس مصدر الضبط الصحي.	121

122	يوضح دلالة قيمة (ت) صدق المقارنة الطرفية لمقياس مصدر الضبط الصحي.	17
122	يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي و الدرجة الكلية للبعد	18
122	يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد الحظ و الدرجة الكلية للبعد	19
123	يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد ذوي النفوذ و الدرجة الكلية للبعد.	20
125	يوضح متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد مصدر الضبط الصحي	21
125	يوضح متوسطات درجات أفراد العينة في الكفاءة الذاتية	22
125	يوضح معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة	23
126	يوضح قيمة (ت) بين الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي حسب مكان السكن.	24
126	يوضح قيمة (ت) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و العمل	25
127	يوضح قيمة (ت) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و الجراحة.	26
127	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و السن.	27
128	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و المستوى التعليمي.	28
128	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و الحالة الاجتماعية.	29
128	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و سن الزواج	30
129	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة الزواج.	31
129	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و سن إنجاب أول مولود.	32
130	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي وعدد الأولاد.	33
130	يوضح قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي	34

	و مرحلة الورم.	
131	يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة العلاج.	35
131	يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و استئصال الثدي.	36

الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
ملحق (1)	جمع البيانات	156
ملحق (2)	مقياس مصدر الضبط الصحي	157
ملحق (3)	مقياس الكفاءة الذاتية	158

قائمة الأشكال

الرقم	اسم الشكل	الصفحة
شكل (1)	نموذج الحتمية المتبادلة	25
شكل (2)	عمليات التعلم بالملاحظة	28
شكل (3)	عوامل التعلم بالملاحظة	29
شكل (4)	عوامل التنظيم الذاتي للسلوك	32
شكل (5)	أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا	34
شكل (6)	مصادر الكفاءة الذاتية	40
شكل (7)	العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية	43
شكل (8)	محددات السلوك حسب "روتر"	56
شكل (9)	أبعاد مصدر الضبط	58
شكل (10)	تكون السرطان – المراحل وميكانيزم الاستجابة والمراقبة	88
شكل (11)	تشريح الثدي	91
شكل (12)	خصائص العينة حسب السن.	111

111	خصائص العينة حسب المستوى التعليمي.	شكل (13)
112	خصائص العينة حسب مكان السكن.	شكل (14)
112	خصائص العينة حسب العمل.	شكل (15)
113	خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية.	شكل (16)
113	خصائص العينة حسب سن الزواج بالنسبة للمتزوجات.	شكل (17)
114	خصائص العينة حسب مدة الزواج.	شكل (18)
114	يمثل خصائص العينة حسب سن إنجاب أول مولود.	شكل (19)
115	خصائص العينة حسب عدد الأبناء .	شكل (20)
115	خصائص العينة حسب مرحلة الورم.	شكل (21)
116	خصائص العينة حسب نوعية العلاج المتبع.	شكل (22)
116	خصائص العينة حسب نوعية الاستئصال.	شكل (23)
117	خصائص العينة حسب مدة العلاج.	شكل (24)

مقدمة:

يعتبر سرطان الثدي من أكثر السرطانات انتشارا بين نساء العالم ككل وبين نساء الجزائر بصفة خاصة، وهذا لا يعني أن الرجال في منأى منه، ولكن الإصابة لديهم تبقى نادرة، وسرطان الثدي هو ورم خبيث ينشأ من خلايا الثدي نفسها. حيث تأخذ هذه الخلايا في التغير حتى تصبح مختلفة شاذة عن بقية الخلايا فتتكاثر بطريقة غير طبيعية وغير منتظمة، مخالفة بذلك النظم الأساسية التي تتحكم في نمو وانقسام الخلايا الطبيعية وقد ينمو السرطان بطيئا جدا ويبقى محدودا لمدة طويلة ولكن البعض الآخر قد ينمو ويتكاثر سريعا ويمتد إلى أبعاد كثيرة ويهاجم الأنسجة المجاورة، بل إنه مع الوقت تخرج منه أجزاء إلى مجاري الدم والسائل اللمفاوي وتهاجم مختلف أجهزة الجسم.

وثبت علميا أن للعوامل النفسية دوراً في نشأت الأورام السرطانية أو استمرارها ونموها، وذلك من خلال تأثير الانفعالات على الجهاز العصبي، وبالتالي على الجهاز المناعي، و لنمط سلوك مريض السرطان أيضا تأثيرا في صحته الجسدية. هذا ما جعل علماء النفس يُوسعون أبحاثهم حول الأورام السرطانية وعلاقتها بمتغيرات نفسية خاصة في مجال علم نفس الصحة ومن بين هذه المتغيرات متغيرا الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي.

والكفاءة الذاتية من المكونات المهمة للنظرية المعرفية الاجتماعية لألبرت باندورا (Bandura.A)، وهي مجموعة من توقعات الفرد حول أدائه لسلوك معين. وحُدد السلوك الإنساني في ضوء نظرية باندورا بتفاعل ثلاثة عوامل وهي العوامل الذاتية، والعوامل السلوكية، والعوامل البيئية هذه العوامل سميت بنموذج الحتمية التبادلية. فالعوامل الشخصية هي معتقدات الفرد حول قدراته واتجاهاته، أما العوامل السلوكية فهي مجموعة الاستجابات الصادرة عن الفرد في موقف ما، وعوامل البيئة هي الأدوار التي يقوم بها من يتعاملون مع الفرد.

وقد احتلت الكفاءة الذاتية في السنوات الأخيرة مكانة مهمة في علم نفس الصحة، حيث لها أهمية في الكشف عن القيام بسلوك صحي ما. كما وأن لها أهمية بالنسبة لإجراءات التأثير الوقائية و لإجراءات تقويم مدى نجاح هذه الإجراءات.

وهناك فرق بين توقعات الكفاءة الذاتية المرتبطة بالتصرفات الصحية بصورة خاصة وبين توقعات النتيجة التي يعبر عنها من خلال مصطلح قناعات الضبط. وانبثق مفهوم "قناعات الضبط" كمفهوم مستقل عن نظرية التعلم الاجتماعي لروتر (Rotter,1966) وقد أُطلق عليه مصطلحات متعددة مثل : مصدر التحكم ، وجهة الضبط، مصدر الضبط ، محل التبعية ... إلخ. ومصدر الضبط هو إدراك الفرد للعوامل التي أثرت في المواقف، هل هي ذاتية، أم أنها خارجية.

وتبعاً لذلك صُنّف الأشخاص إلى نوعين، "الداخليين" و"الخارجيين" فذوي التحكم الداخلي هم الذين اعتقدوا أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم وتصرفاتهم هي بسبب عوامل داخلية، أما ذوي الضبط الخارجي فهم من اعتقدوا أن ما حدث لهم من أحداث هي بسبب عوامل خارجية كالحظ و الصدفة أو تأثير الآخرين من ذوي النفوذ.

وقد قام العديد من الباحثين بتطوير مفهوم مصدر الضبط ليحتل مكانة هامة في بحوث علم النفس الاجتماعي والشخصية، كما وأنه تم تناوله في مجال الصحة وأطلق عليه مصطلح مصدر الضبط الصحي. و يشير مفهوم مصدر الضبط الصحي إلى درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية.

إن نظرية مصدر الضبط الصحي تبنت فكرة اختلاف الأفراد في كيفية نظرتهم لصحتهم و سلوكياتهم الصحية، فمعتقدات الأفراد حول مصادر التعزيزات المتعلقة بالصحة و ارتباطها بالسلوكيات الناتجة عنها هي التي تحدد درجة عزو الفرد لما يحدث له . وأعتبرت كل من الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الداخلي من أهم الموارد الشخصية المُنمية للصحة. وهي صالحة من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها.

حيث أظهرت مجموعة من الدراسات وجود علاقة بين الإجهاد واستراتيجيات التغلب على الإجهاد وتوقعات الكفاءة، و أمكن إثبات أنه كلما كانت توقعات الكفاءة الذاتية أعلى كانت ارتكاسات الإجهاد اضعف، وأن تنمية توقعات الكفاءة الذاتية تقود أيضاً إلى رفع قوى المناعة وأيضاً إلى تحسين استراتيجيات التغلب، وأن الأشخاص الذين يمتلكون توقع كفاءة مرتفع يستطيعون تحمل مقدار أعلى من الألم . كما وأن توقعات الكفاءة الذاتية مؤشرات جيدة للتنبؤ بالقيام بسلوكيات الكشف عن سرطان الثدي، والتنبؤ بنتائج برامج رقابة استهلاك الكحول. وقد تبين أيضاً أن للكفاءة الذاتية تأثير على ضغط الدم ومعدل ضربات القلب و مستويات الكاتيكيولامينات عند التعامل مع المواقف الصعبة أو المهددة، وانتعاش القلب والأوعية الدموية.

و خلصت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية، فقد أثبتت بعض تلك الدراسات أن الأفراد الذين يمارسون الفحوص الذاتية للثدي هم من ذوي البعد الداخلي أو البعد الخارجي لذوي النفوذ عكس أولئك الذين يرفضون ممارسة هذه الفحوص.

وأثبتت دراسات أخرى أن ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية والتشاؤم، وفي نفس الوقت هم أقل استعداداً لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية.

كما وتبين أن الداخليين أكثر ايجابية و أكثر محاولة لمواجهة الضغوط، وأكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى.

وتبين أيضا أن المعتقدات الداخلية وتأثير الآخرين ترتبط ايجابيا بإدارة مرض السكر النوع الأول، كما تبين أن مصدر الضبط الداخلي يرتبط بالقدرة على خفض الوزن، وفي دراسة على مرضى القصور الكلوي وجدت أن ذوي البعد الداخلي يعرفون أكثر حول وضعهم ويرغبون في المعرفة ليكونوا مستعدين أكثر للعلاج عن الذين لهم البعد الخارجي.

كل ما سبق عرضه شكل دافعا قويا لتناول هذا المتغيرات معا بالدراسة. ومن بين الدوافع أيضا حداثة مواضيع علم النفس الصحي في الوطن العربي. فتناول المتغيرين الحاليين أي الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي معا لم ينل قدره الكافي من الدراسات العربية.

وللدراسة الحالية أهمية علمية وعملية فمن الناحية العلمية فهي إضافة للمكتبة العربية في مجال علم النفس أما من الناحية العملية فتكمن أهمية دراسة المتغيرين السابقين في فهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة وكذا الممارسات المنمية لها. كما وأن للدراسة أهمية كبيرة لكونها تتعلق بأحد الأمراض المستعصية والواسعة الانتشار في البيئة المحلية ألا وهو سرطان الثدي، وبالتالي إلقاء الضوء على العوامل النفسية المسببة أو تزيد من حدة هذا المرض، أو أنها تعيق علاجه، وبالتالي الوقوف على برامج لترقية الصحة لدى الأفراد من وقاية وعلاج.

ولأجل تحقيق أهداف الدراسة تم تطبيق مقياسين هما مقياس مصدر الضبط الصحي و مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة على عينة من السيدات المصابات بداء سرطان الثدي أغلبهن من شرق الجزائر (باتنة، خنشلة، أم البواقي) إضافة لبعض الحالات المتفرقة من (بسكرة، سكيكدة، ورقلة، تبسة، سطيف، المسيلة). وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية يتم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. وتنوه الطالبة الباحثة أن الدراسة أجريت في فترة زمنية تلت ظروف سياسية مضطربة وحرارة مست البلاد لسنوات عديدة تسببت في الكثير من الصدمات والأزمات والضغوط النفسية (كفقدان أعزاء، تيتيم، مجازر، فقدان الشعور بالأمن، أزمات مادية،....الخ) ، هذه الأحداث أثرت في الأفراد وكان لها وقع على سلوكياتهم واستجاباتهم لأحداث الحياة، وبالتالي على صحتهم النفسية والجسدية فانتشرت بذلك الاضطرابات السيكوسوماتية بشكل رهيب مباشرة بعد الأزمة السياسية.

وتوصلت الدراسة الحالية حسب النتائج المتحصل عليها وحسب ما افترضته الباحثة إلى أن أفراد عينة الدراسة هم من ذوي النفوذ الخارجي وهو ما يتوافق مع العديد من الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي لدى عينات من المرضى، كما وتوصلت الدراسة إلى أن توقعات الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة مرتفعة والنتيجة تختلف مع أغلب الدراسات التي تناولت الكفاءة الذاتية لدى عينة من المرضى. كما وخلصت الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين متغيري الدراسة.

وعلى العموم فقد بينت الدراسة أنه توجد فروق في متغيري الدراسة تعزى لبعض العوامل الديمغرافية والصحية دون غيرها.

وقد واجهت الطالبة الباحثة خلال انجاز هذه الدراسة بعض الصعوبات في تطبيق أدوات الدراسة و كان ذلك بسبب خصوصية الحالة الصحية العامة للحالات إذ كانت فيما يبدو تحت تأثير الآثار الجانبية العلاج الكيميائي من جهة و عدم ألفتها بمثل هذا النوع من أساليب البحث من جهة أخرى، و لكن دون أن يقف ذلك عائقا كبيرا في وجه إنجاز هذه الدراسة، حيث تمكنت الطالبة الباحثة من تخطيه من خلال ما قامت به من مساندة وجدانية لبعض أفراد عينة البحث اللاتي كن بحاجة لها.

وتعتبر الدراسة الحالية من الدراسات المهمة في مجال علم نفس الصحة وبالتحديد في مجال الأورام السرطانية، فقد سلطت الضوء على سرطان الثدي وهو من أخطر وأوسع السرطانات انتشارا في العالم ككل وفي الجزائر بصفة خاصة، وبالتالي تفتح نتائج الدراسة المتوصل لها آفاقا جديدة للبحث في هذا المجال "أفاق علمية وعملية" أما العملية فتتمثل في استغلال نتائج الدراسة من الناحية الوقائية والتنبيه بالمرض أو حتى من ناحية الخطط العلاجية وبالتالي التطوير من الأساليب المنمية للصحة لدى الأفراد والتخلي عن العلاجات التقليدية التي لم تعد تجدي نفعاً. أما من الناحية العلمية فقد تكون نتائج الدراسة بداية لدراسات علمية أو أبحاث أكاديمية جديدة من الممكن أن تصمم فيها مقاييس خاصة بفئة مرضى سرطان الثدي.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة
6. الدراسات السابقة

1- إشكالية الدراسة:

مما لا شك فيه أن للعوامل النفسية والاجتماعية تأثير على الصحة عبر مسارات مختلفة ومتعددة، وبالرغم من ذلك مازال العديد من الأطباء يهملون أو ينكرون دور هذه العوامل في ظهور الأمراض العضوية، من جهتهم علماء النفس دافعوا بشدة عن تأثير تلك العوامل ما أدى إلى ظهور تخصصات تُعنى بهذه المسألة أهمها علم النفس المناعي العصبي وعلم النفس الجسدي أو ما يعرف بالبيكوسوماتيك، حيث صنف الكثير من الأمراض بأنها أمراض سيكوسوماتية على غرار السكري، الضغط الدموي، القرحة المعدية، الربو والسرطان. هذه الأخير تم تناوله من قبل العديد من الباحثين فقد أجريت أبحاث مبكرة تؤكد العلاقة بين السرطان والعوامل النفسية، وكشفت دراسات أخرى عن وجود بعض سمات الشخصية المستهدفة للإصابة بالسرطان وسميت بالشخصية النمط "ج". بالرغم من هذا فإن الأبحاث التي أجريت لاكتشاف العلاقة بين نمط الشخصية والسرطان هي أبحاث ذات منهجية ضعيفة وأفضل الأبحاث منها قدمت نتائج مخيبة ولا تتعدى نسبة خمسة بالمائة في الارتباط بين الشخصية والسرطان (fische,2002,p.54)، من جهة أخرى أشارت العديد من الدراسات إلى علاقة العوامل النفسية بالجهاز المناعي والمرض، وأن للحالة الانفعالية و المعرفية تأثيراً في ظهور السرطان. هذا ما أدى إلى انقسام النخبة العلمية من حيث مدى صحة وجود هذه العلاقة، ففي سنوات الثمانينات بالتحديد كان هناك صراع واضح نتيجة دراسات علم الأوبئة، بعض هذه الدراسات أثبتت وجود علاقة بين السرطان والاكتئاب بينما ذهبت أخرى إلى إنكار هذا مما أثار انتقادات علماء علم النفس العصبي المناعي، أما الذين قاموا بالبحث عن العلاقة الموجودة بين الجانب المعرفي والسرطان لا يعتقدون أن الأمراض الورمية هي نتيجة مباشرة لتمثيلات الانفعالات (Bottaccioli, 2012,p.548). وعلى العموم وبغض النظر عن أن العوامل الانفعالية سبب مباشر في الإصابة بأنواع السرطانات المختلفة أم لا؟ وبالنظر من زاوية أخرى فإن للإصابة بالسرطان تأثير في الجانب المعرفي لدى المرضى بعد الإصابة. وسرطان الثدي من بين أكثر أنواع السرطانات التي تهدد المرأة بالرغم من أنه يصيب حتى الذكور ولكن بشكل نادر، فمن المعلوم أن المصابات بسرطان الثدي يدخلن في دوامة من المشاكل النفسية كالإكتئاب، القلق، اضطراب صورة الجسد (في حالة استئصال الثدي) وغيرها، حيث أن هذه المشاكل تبدأ بمخاوف ما قبل التشخيص، والصدمة بعد التشخيص وما يليها من إنكار وعدم التصديق، تليها مرحلة الانفعال الشديد والحسرة وبعدها محاولة التكيف مع المرض وتقبله والبحث عن سبل العلاج. فاعتقاد المريض بمدى قدرته على التكيف والتعامل مع وضعه الصحي

هو عامل مهم، كما أن النتائج الصحية الإيجابية لها علاقة بإحساس المريض بمدى قدرته على السيطرة على المرض والتعامل معه (أبو الخير، 2009، ص4). وتشير العديد من الدراسات أن للحالة النفسية تأثير في نمو الأورام السرطانية خاصة عندما يكون الورم في مراحله الأولى عندئذ يكون للتفاؤل والإقبال على الحياة، ومواجهة المرض أثر إيجابي كبير (أبو الخير، 2009، ص11). وترتبط الكفاءة الذاتية ايجابيا بسمات التفاؤلية ومشاعر القيمة الذاتية والضبط الداخلي ودافعية الانجاز، وسلبا مع سمات القلق والاكتئابية والعصابية (رضوان، 2010، ص10).

فالأفراد الذين لديهم إحساس قوي بالكفاءة الذاتية يركزون تفكيرهم على تحليل المشكلات، للوصول إلى الحلول المناسبة، بينما الأفراد الذين لديهم شعور بعدم الكفاءة الذاتية فان تفكيرهم يتحول إلى الداخل فيتسبب بالوقوع بالمشكلات (رضوان، 2010، ص415). ويرى شفارتز (schwarzer) أن الكفاءة الذاتية بعد شخصي ثابت يعبر عن القناعة الذاتية بالتمكن من مواجهة المطالب الصعبة استنادا إلى التصرفات الذاتية.

و قد أوضحت مجموعة من الدراسات التي قام بها "Bandura.A" أن الصحة لن تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية أو كفاءة الذات و الممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الإيجابية، أي عندما تُصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي الصحي للفرد (عدودة، 2008، ص14).

وهناك أدلة على أن لتوقعات الكفاءة الذاتية عند التعامل مع الضغوط تأثير على وظيفة المناعة، فقد استنتج باندورا أن تنمية توقعات الكفاءة الذاتية تقود إلى رفع قوى المناعة وأيضا إلى تحسين استراتيجيات التغلب فبناء القناعات التفاؤلية يمكن أن يعوض الضعف الحاصل في جهاز المناعة الناجم عن الإجهاد (رضوان، 1997، ص29). كما وأن الأشخاص الذين لديهم فعالية ذات عالية هم أكثر قدرة على السيطرة على الألم من أولئك الذين لديهم انخفاض في الفعالية الذاتية. فقد أشارت نتائج مينينغ ورايت (Manning & Writ, 1983) إلى أن الأشخاص الذين يمتلكون توقع كفاءة مرتفع يستطيعون تحمل مقدار أعلى من الألم وبالتالي يحتاجون أيضا إلى كميات أقل من الأدوية المسكنة للألم من أولئك الذين يمتلكون توقع كفاءة منخفض.

وإلى جانب الأمثلة المذكورة أعلاه هناك مجموعة من الأمثلة الأخرى حول توقعات الكفاءة والتي تبرهن فاعلية توقعات الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي، الأمر الذي قاد تصور توقعات الكفاءة الذاتية ليصبح نموذجاً أساسيا في إطار علم نفس الصحة إلى جانب النماذج

الأخرى التي تسعى إلى تفسير السلوك الصحي والسلوك الخطر عند الناس (رضوان، 1997، ص29)، على غرار مصدر الضبط الصحي.

فمصدر الضبط الصحي يتمثل في اعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتحدد من خلال عوامل داخلية أو خارجية (صدفة، تأثير الآخرين)، أين تؤكد الدراسات دور النزعة الداخلية لمصدر الضبط في مدى قيام الفرد بالسلوك الصحي والمواجهة الايجابية عكس ذوي النزعة الخارجية، كما وتؤكد بعض الدراسات أن ذوي مصدر الضبط الداخلي يكونون أكثر وعياً بوضعهم الصحي ويرغبون في المعرفة أكثر حول مرضهم، عكس ضبط الصحة للصدفة يرتبط سلباً مع العناية الذاتية الطبية (عيادي، 2009، ص65).

وقد أشار روتر (1966) أن وجهة الضبط الداخلية تضمن مستوى مرتفعاً من الصحة، وهو نفس الأمر الذي أكدته علماء المناعة النفسية العصبية حيث وجدوا أن استجابة الفرد تقع على متصل أحد طرفيه وجهة الضبط الداخلية والطرف الآخر وجهة الضبط الخارجية، وموضع الفرد على هذا المتصل يحدد مستوى صحته. فوجهة الضبط الداخلية والشعور بالسيطرة يؤثر إيجابياً على التوازن البيوكيميائي في الجسم، ومن ثم الاحتفاظ بمستوى مرتفع من الصحة الجسمية، بينما يؤدي افتقاد السيطرة إلى إفراز ثلاثة موصلات عصبية ذات أثر سيء على الصحة، وهذه الموصلات هي: السيروتونين، الدوبامين، النورإبينفرين.

وفي هذا الصدد تبين الدراسات أن مصدر الضبط هو عامل وسيط في حدوث المرض وأن له أهمية في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض (جبالي، 2007، ص15)، وقد تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين السلوك الصحي ومصدر الضبط الصحي، والتي توصلت في مجملها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية كما وتبين أن الداخليين أكثر إيجابية وأكثر محاولة لمواجهة الضغوط.

من خلال ما تم عرضه توصلت الباحثة إلى تحديد المشكلة الراهنة:

ما هي العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي عند المصابات بسرطان

الثدي؟

2- فرضيات الدراسة:

عند تفحص الإشكالية السابقة لاحظت الباحثة بأنها ترتبط بأبعاد مختلفة كما وأن لكل بعد مستويات مختلفة، وكل مستوى يرتبط بمتغيرات متفاوتة من حيث شدتها واتجاهها، لهذا ارتأت الباحثة صياغة الفرضيات الآتية:

- 1- تتوقع الباحثة سيادة البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي.
- 2- تتوقع الباحثة انخفاض في تقديرات الكفاءة الذاتية لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي.
- 3- لا توجد علاقة دالة إحصائية بين تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي.
- 4- توجد فروق في تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغيرات: المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، العمل، السن، مكان السكن، الجراحة، نوع الاستئصال، مدة العلاج، مرحلة الورم، سن الزواج، سن إنجاب أول مولود، وعدد الأولاد.

3- أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة فيما يلي:

أنها تتناول موضوعاً مهماً، وهو علاقة الكفاءة الذاتية بمصدر الضبط الصحي لدى عينة من الإناث المصابات بسرطان الثدي وكذا علاقتهما بمتغيرات متعددة كالسن والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية للمريضة بعد الإصابة بسرطان الثدي ، حيث تعتبر الإصابة بالسرطان خبرة صادمة قد تؤثر في مكونات الكفاءة الذاتية وبالتالي يجب العمل على تغييرها أو تعديلها للوصول إلى الاعتقاد الأمثل بالشعور بالكفاءة كما وقد تؤثر الإصابة بتغير نوع مصدر الضبط الصحي داخلي ، أم خارجي. أو العكس من ذلك أي أنها بسبب سيادة بعد معين من مصدر الضبط الصحي قد يؤدي للإصابة.

4- أهداف الدراسة: تهدف الدراسة لما يلي:

- معرفة علاقة مصدر الضبط الصحي بالكفاءة الذاتية لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي.
- التعرف على أثر الإصابة بمرض سرطان الثدي على الكفاءة الذاتية.
- التعرف على الكفاءة الذاتية لدى الإناث اللاتي فقدن جزء من أنوثتهن بعد استئصال للثدي.

- تهدف الدراسة إلى معرفة إذا ما كانت هناك فروق في الكفاءة الذاتية و مصدر الضبط الصحي لدى أفراد عينة الدراسة تعزى لسن المريضة وعملها وحالتها الاجتماعية وكذا تطور المرض.

5- التعريفات الإجرائية لمتغيرات الدراسة:

الكفاءة الذاتية: هي مجموعة من التوقعات والأحكام الصادرة عن الفرد من أجل القيام بسلوك معين، وذلك نتيجة إدراكه لإمكاناته العقلية، والجسمية، والاجتماعية، والانفعالية. إجرائيا هي الدرجة الكلية التي تتحصل عليها المريضة في مقياس الكفاءة الذاتية.

مصدر الضبط الصحي: هو الجهة التي يعتقد الفرد أنها تلعب الدور الأساسي في حالته الصحية سلبا و إيجابا. أين يعتقد الفرد أن صحته تتحكم فيها عوامل داخلية (ذاته) أو خارجية (الحظ أو الصدفة أو الآخرون من الأطباء والعاملين في حقل الصحة...).

إجرائيا هي الدرجة التي تتحصل عليها المريضة في مقياس مصدر الضبط الصحي.

سرطان الثدي: هو شكل من أشكال الأمراض السرطانية التي تصيب أنسجة الثدي، وعادة ما يظهر في قنوات (الأنابيب التي تحمل الحليب إلى الحلمة) وغدد الحليب ويصيب الرجال والنساء على السواء، ولكن الإصابة لدى الذكور نادرة الحدوث.

6- الدراسات السابقة:

تتناول الباحثة في هذا الجزء بعض الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة بغية مقارنتها بالدراسة الحالية، حيث لم تدرج بعض الدراسات الأخرى لأن الباحثة لم تحصل على نسخة كاملة من تلك الدراسات، واكتفت فقط بالدراسات الكاملة التي وقعت بين يديها وجميعها لم تتناول متغيرات الدراسة الحالية مجتمعة معا كما وأنها لم تجرى على عينة مرضى سرطان الثدي بالتحديد وإنما تناولت بعض العينات معظمها مرضى سيكوسوماتيين. كما وتم استبعاد الدراسات التي تناولت الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمتغيرات بعيدة عن الصحة، وتم أيضا استبعاد الدراسات غير المحلية واكتفت الباحثة بالدراسات المحلية وذلك للتقارب في الوضع الاجتماعي، الاقتصادي، الثقافي، البيئي....الخ.

أ- دراسات تناولت الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمتغيرات أخرى:

1-دراسة رزقي رشيد (2012) بعنوان "الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرض القصور الكلوي المزمن". وهدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والانضباط الصحي، وشملت العينة 114 فردا من الجنسين، اعتمدت الدراسة على مقياس توقعات الفعالية الذاتية العامة لرالف شفارتز واستبيان الانضباط الصحي من إعداد الباحث، وتوصلت لعدة نتائج أهمها: وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وبين أبعاد الانضباط الصحي (الالتزام بحصص تصفية الدم، إتباع الحمية الغذائية، تناول الأدوية، المتابعة الطبية، عدم الإجهاد البدني)

2- دراسة قريشي فيصل (2011) بعنوان "التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية". وهدفت الدراسة لعدة أهداف منها التحقق من وجود علاقة بين التدين وفعالية الذات، وكذا العلاقة بين الكفاءة الذاتية والازمان وكذا السن، التحقق من وجود فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي. وقد تم استخدام المنهج الوصفي ، شملت عينة الدراسة (62) مريضا من الجنسين، استخدمت فيها مقياس السلوك الدين لصبحي موسى القدرة (2007)، ومقياس فعالية الذات إعداد نادية سراج جان (2000) ، وقد أسفرت الدراسة عن عدة نتائج أهمها:

- وجود علاقة بين التدين والكفاءة الذاتية.
- وجود علاقة سالبة بين فعالية الذات ببعديها التعايشية/المعرفية والازمان والسن ، وانعدام تلك العلاقة بين البعدين الآخرين الاجتماعي / الانفعالية.

- عدم وجود فروق في درجة الفعالية الذاتية بأبعادها باختلاف الجنس والمستوى التعليمي لدى العينة.

3- دراسة "رحاحلية سمية" (2010) بعنوان "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي". هدفت الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وتكونت عينة الدراسة من (93) مريضاً من الجنسين، يعانون أنواعاً مختلفة من مرض السرطان. تم استخدام المنهج الوصفي الارتباطي. كما تم استخدام مقياسين هما: مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر، واستبيان تقبل العلاج من إعداد الباحثة. وقد أسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين تقبل العلاج والكفاءة الذاتية.

4- دراسة عدودة صليحة (2009) بعنوان "الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى الشريان التاجي". هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية و أسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. وشملت الدراسة عينة قوامها (40) فرداً من الجنسين (21) ذكراً و (19) إناثاً، بمتوسط عمري مقداره 50 سنة وقد اعتمدت الدراسة على الأدوات التالية: مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف شفارتزر، واستبيان أسلوب الحياة من إعداد الباحثة. وقد أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية وكل من عامل التغذية وعامل الرياضة لدى مرضى قصور الشريان التاجي.
- وجود علاقة ارتباطية سلبية بين الكفاءة الذاتية وكل من عامل التدخين وعامل الكحول لدى مرضى قصور الشريان التاجي.

تعليق على الدراسات التي تناولت الكفاءة الذاتية وعلاقتها بمتغيرات أخرى:

من خلال عرض تلك الدراسات تبين أن أقرب دراسة للدراسة الحالية كانت دراسة (رحاحلية) أين تناولت الكفاءة الذاتية عند مرضى السرطان بصفة عامة بينما الدراسة الحالية تناولتها عند عينة من مريضات سرطان الثدي، بينما بقية الدراسات فقد تناولت الكفاءة عند عينات أخرى من المرضى هم مرضى القصور الكلوي المزمن، مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، مرضى قصور الشريان التاجي، وكلها أمراض مزمنة، وقد كانت العينات من الجنسين بعكس الدراسة الحالية التي تتناول فقط الإناث، ومن حيث حجم العينة فقد كانت عينات صغيرة تراوحت بين (50) فرداً و (114) فرداً، أما من ناحية الأدوات فقد تم استخدام مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لرالف (شفارتزر) وهو نفس المقياس المستخدم في الدراسة الحالية، ما عدا

دراسة (قريشي) والتي استخدم فيها مقياس فعالية الذات لـ (نادية سراج جان) (2000). وتم فيها استخدام المنهج الوصفي، وهو المنهج المتبع في الدراسة الحالية، وقد أسفرت نتائج تلك الدراسات عن وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وبين الانضباط الصحي، التدخين، تقبل العلاج، نمط الحياة.

ب- دراسات تناولت مصدر الضبط الصحي وعلاقته بمتغيرات أخرى:

1- دراسة "جبالي نور الدين" (2009) بعنوان "علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي" وهدفت الدراسة للتعرف على البعد السائد لدى عينة من المرضى السيكوسوماتيين قوامها (205) فردا من الجنسين، وكذا الكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغيرات مثل الجنس، المستوى الثقافي، الحالة الاجتماعية، إضافة للعلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والاضطراب السيكوسوماتي. واستخدمت الدراسة مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون وقائمة كرونل للاضطرابات السيكوسوماتية. وقد أسفرت عن عدة نتائج أهمها:

- البعد السائد هو بعد مصدر الضبط الداخلي.
- وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) لصالح الذكور، وفروق لصالح المتزوجين لنفس البعد، وفروق كذلك تعزى للمستوى التعليمي لصالح الجامعيين في البعد الداخلي، ولصالح المستوى الابتدائي في بعد الضبط الخارجي.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) والسن.

2- دراسة "احمان لبنى" (2012) بعنوان "دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي"

هدفت الدراسة لمعرفة دور كل من مصدر الضبط الصحي والمساندة الاجتماعية في العلاقة بين الضغوط النفسية والمرض الجسدي، اعتمدت الدراسة على عينة قوامها (335) فردا من الجنسين، واستخدمت أدوات متعددة منها مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون الذي كيفه جبالي. وأسفرت الدراسة على عدة نتائج أهمها:

- يعتقد أفراد العينة بالانخفاض في مصدر الضبط الصحي الخارجي، الحظ، والارتفاع في مصدر الضبط الصحي الداخلي.
- الذكور والأفراد أكبر سنا أكثر اعتقادا في مصدر الضبط الصحي الخارجي، نفوذ الآخرين.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية تعزى لمتغير السن والجنس في كل من بعدي مصدر الضبط الصحي الداخلي الحظ.

3- دراسة "مرازة وليدة" (2009) بعنوان "مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان" هدفت الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة بين مركز ضبط الألم و استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان. ومن بين أهداف الدراسة تحديد مركز الضبط لدى مرضى السرطان و إبراز الفروق في متوسطات أبعاد مركز ضبط الألم لدى مرضى السرطان التي تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية. و تكونت عينة الدراسة من (52) مريضا، (27) ذكرا، (25) أنثى ، يعانون أنواعا مختلفة من مرض السرطان . يتراوح سنهم بين (21) سنة (56)سنة، استخدام المنهج الوصفي الارتباطي، كما تم استخدام مقياسين: مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم و مقياس استراتيجيات المواجهة المعدل من طرف كوسون. و قد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- ارتفاع درجات أفراد العينة في بعد ذوي النفوذ لمركز ضبط الألم، واستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل.

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

- وجود علاقة ارتباطية جزئية بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال و كل من البعد الداخلي، وبعد الحظ لمركز ضبط الألم. و عدم تحقق العلاقة بين بعد ذوي النفوذ و أي من استراتيجيات المواجهة.

4- دراسة عزوز اسمهان(2009) بعنوان "مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي". وهدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و نوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، نوع الضبط السائد لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، كما درست تأثير بعض المتغيرات الوسيطة في مصدر الضبط مثل السن والجنس والمستوى التعليمي، وتمثلت العينة في (72) مريض بالقصور الكلوي المزمن من الجنسين و تم الاعتماد على مقياسين هما: مقياس مصدر الضبط الصحي لـ (والستون) و الذي أعده للغة العربية جبالي نور الدين. و مقياس استراتيجيات المواجهة لـ Cousson (1996).

و توصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها:

- وجود علاقة ارتباطية جزئية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و نوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد عينة الدراسة، أين وجدت علاقة ارتباطية بين استراتيجية المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية و بعدي الضبط الخارجي (ذوي النفوذ، الحظ)
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض.
- عدم وجود فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الجنس والمستوى التعليمي.
- 5- دراسة عيادي نادية (2009) بعنوان "علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة" وتكونت عينة الدراسة من (275) طالبا جامعيًا من الجنسين وقد هدف الدراسة لمعرفة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي. استخدم فيها مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون، ومقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثة بإتباع المنهج الوصفي. وقد أسفرت عن النتائج التالية:

- عدم وجود علاقة بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي.
- وجود علاقة بين البعد الداخلي و أيضا بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي.

تعليق على الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي وعلاقته بمتغيرات أخرى

- من خلال عرض تلك الدراسات تبين أن كل الدراسات بحثت في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي ومتغيرات أخرى، لدى عينات مختلفة فمنها من تناولت الأمراض السيكوسوماتية بصفة عامة مثل دراسة كل من (جبالي) و (أحمان) وأخرى تناولت عينة مرضى السرطان (مراقة) بصفة عامة دون تحديد نوع معين منه وهي تتفق مع الدراسة الحالية غير أن الدراسة الحالية اختارت فئة محددة هي فئة مريضات سرطان الثدي، بينما تناولت دراسة (عزوز) مرضى القصور الكلوي، وتناولت دراسة (عيادي) فئة طلبة الجامعة وقد تم إدراجها لأنها تناولت متغير صحي هو السلوك الصحي. وقد كانت العينات من الجنسين بعكس الدراسة الحالية التي تتناول فقط الإناث، ومن حيث حجم العينة فقد كانت عينات تراوحت بين عينات كبيرة مثل دراسة (جبالي) ب (205) فردا ودراسة (أحمان) ب (335) فردا، ودراسة (عيادي) ب (275) فردا وعينات صغيرة تمثلت في دراسة مراقة ب (52) فردا، ودراسة عزوز ب (72) فردا. أما من ناحية الأدوات فقد تم استخدام مقياس والستون بصورته المعربة من طرف جبالي وهو نفس المقياس المستخدم في الدراسة الحالية، ما عدا دراسة (مراقة) والتي استخدم فيها مقياس مركز ضبط الصحة متعدد الأبعاد الخاص بالألم وهو كذلك من إعداد

والستون. وتم استخدام المنهج الوصفي في تلك الدراسات، وهو المنهج المتبع في الدراسة الحالية. وقد كانت نتائج تلك الدراسات مختلفة نوعاً ما، فقد أثبتت دراسة كل من (جبالي) ودراسة (أحمان) أن البعد السائد لدى أفراد العينتين هو البعد الداخلي بينما وجدت دراسة (مراzone) أن البعد السائد هو بعد ذوي النفوذ، كما وجد (جبالي) فروق في أبعاد مصدر الضبط تعزى لمتغير الجنس و متغير الحالة الاجتماعية (لبعد ذوي النفوذ)، والمستوى التعليمي والسن (البعد الداخلي والخارجي). بينما وجدت دراسة (أحمان) فروق تعزى لمتغير الجنس والسن في مصدر الضبط الصحي الخارجي ونفوذ الآخرين وعدم وجود فروق تعزى لمتغير السن والجنس في بعدي مصدر الضبط الصحي الداخلي و الحظ. بينما دراسة (مراzone) أكدت عدم وجود فروق في أبعاد مركز ضبط الألم تعزى لمتغير الجنس ، السن ، الحالة الاجتماعية، وهي تتفق مع نتائج دراسة (عزوز) أين أثبتت عدم وجود فروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغير الجنس والمستوى التعليمي.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

تتفق الدراسات السابقة في أنها تهتم بجانب مهم من علم النفس وهو علم نفس الصحة وكيف لمتغيرات كالكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي تأثير في صحة الأفراد.

وقد كان اختلاف في نتائجها بالرغم من أنها تقريباً من نفس البيئة المحلية ومعظمها تمت في ولاية باتنة، أين نجد تقريباً نفس الخصائص الجغرافية، والاجتماعية والثقافية، وتقريباً نفس العادات والتقاليد السائدة، كما وأنها تمت تقريباً في فترة زمنية متقاربة (ما بين 2009-2012) وهي فترة عقلت أزمات سياسية وحالات من عدم الأمن والتي أدت بطريقة أو بأخرى للتدهور في صحة الأفراد. ويمكن تفسير ذلك الاختلاف ربما لتأثير المستوى التعليمي فقد تختلف إجابات المفحوصين الأميين عن المفحوصين المتعلمين خاصة ذوي المستوى العالي ليس في الاعتقاد في حد ذاته وإنما لوضوح معنى العبارات أو عدم وضوحها خاصة وأنها باللغة العربية الفصحى، وقد يعود الاختلاف لحجم العينات فكلما كان حجم العينة كبير كلما كانت النتائج أقرب للمصادقية فقد اختلف حجم العينات في الدراسات السابقة من صغيرة إلى متوسطة إلى كبيرة و تراوح عدد أفراد العينات في الدراسات المذكورة ما بين (50-335) وهو فرق قد يشكل الاختلاف. كما لا يمكن تجاهل دور المرض في التغيير من معتقدات الأفراد والتغيير في سلوكياتهم، فبعض الأمراض تعتبر خطيرة ومستعصية والبعض الآخر يعتبر مألوف بالرغم من خطورته، كما وأن لتأثير الجنس وقع، فكما هو معلوم ففي الثقافة العربية والمحلية توجد فروق بين الذكور والإناث، في التنشئة الاجتماعية، وممارسة الحرية، والمسؤوليات... الخ .

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

1. تعريف الكفاءة الذاتية
2. التطور النظري لنظرية الكفاءة الذاتية لباندورا
3. مصادر الكفاءة الذاتية
4. أبعاد الكفاءة الذاتية
5. العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية
6. سمات ذوي الكفاءة المرتفعة وذوي الكفاءة المنخفضة
7. الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي

تعد الكفاءة الذاتية Auto-efficacité من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لـ (ألبرت باندورا) (Albert Bandura)، حيث خضع هذا البناء لتطبيقات متعددة على يد باندورا وسيكولوجيين آخرين، وقد اتخذته العديد من الدراسات الحديثة موضوعاً لها خاصة في مجال تعديل السلوك وعلم نفس الصحة.

ويُشير مصطلح الكفاءة الذاتية حسب باندورا إلى الاعتقاد الذي يمكننا بواسطته أن ننظم وننتج سلوكياتنا وهي نوع من تقييم لكفاءتنا وإمكاناتنا، وهي تؤثر في الخيارات التي نقوم بها، كيف نحس وكيف نقاوم العراقيل (Hansenne, 2003, p.150). وهذا يعني أنه إذا اعتقد الفرد بأنه يمتلك القوة لإنجاز الأهداف المطلوبة فإنه يحاول جعل هذه الأشياء تحصل فعلاً، بمعنى آخر أن الكفاءة الذاتية تُشير إلى الاعتقادات الافتراضية التي يمتلكها الفرد حول قدراته على تنظيم وتنفيذ المخططات العملية المطلوبة لإنجاز الهدف المراد. وهذه الاعتقادات في رأي باندورا تلعب دوراً هاماً في التكيف النفسي والاضطراب وفي تحديد مدى نجاح أي علاج للمشكلات الانفعالية السلوكية (مقدادي، دون، ص2)،

والكفاءة الذاتية عامة وخاصة، فالعامة هي اعتقاد الفرد بقدرته على مواجهة تشكيلة واسعة من المطالب المرهقة أو الصعبة، في حين تكون الكفاءة الذاتية الخاصة مقتصرة على مهمات محددة، كما أن الكفاءة الذاتية متغيرة وموقفية. (رضوان، 2010، ص11).

وقد أكدت الكثير من الدراسات أن الكفاءة الذاتية ترتبط إيجابياً بسمات كالتفاؤلية ومشاعر القيمة الذاتية والضبط الداخلي (وهو احد متغيرات الدراسة الحالية)، ودافعية الانجاز، في حين ترتبط الكفاءة الذاتية سلباً مع سمات القلق والاكتئابية والعصابية، والعجز، وانخفاض التقدير الذاتي، وامتلاك أفكار تشاؤمية عن مدى القدرة على الإنجاز، والنمو الشخصي (على، دون، ص1).

1- تعريف الكفاءة الذاتية *Auto-efficacité*:

تتناول الباحثة بعض التعريفات الواردة في التراث العلمي لمصطلح الكفاءة الذاتية. أين يشير مصطلح الكفاءة الذاتية أو توقعات الكفاءة الذاتية أو فعالية الذات لنفس المفهوم في هذا البحث.

أ- التعريفات الأجنبية

أ-1- تعريف باندورا (1977): الكفاءة الذاتية هي " أحكام الفرد وتوقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول لمواجهة الصعوبات وانجاز السلوك" (محمود، 2009، ص04). وفي وقت لاحق عرف باندورا (1994) الكفاءة الذاتية بأنها "معتقدات الناس حول قدراتهم على القيام بمستويات معينة من الأداء، الذي يتحكم في أحداث تؤثر على مجرى حياتهم." (حسونة، 2009، ص06) من خلال التعريفين يتضح أن باندورا طور من مفهوم الكفاءة الذاتية حيث في البداية عرفها بأنها أحكام وتوقعات وبعدها اعتبرها معتقدات حول أداء السلوك هذا ما يدل أن المصطلح خضع للتغيرات والتطورات عبر الزمن.

أ-2- تعريف شيرر (Cherer) (1982): الكفاءة الذاتية هي "مجموعة من التوقعات العامة التي يمتلكها الشخص والتي تقوم على الخبرة الماضية، والتي تؤثر على توقعات النجاح في المواقف الجديدة (العبدلي، 2008، ص44).

يلاحظ أن شيرر في تعريفه أشار لأثر الخبرة الماضية في تحديد التوقعات التي تشكل الكفاءة الذاتية وأكد أنها هي من تؤثر في توقعات النجاح مستقبلا من خلال تعميم تلك الخبرات الماضية التي مر بها الفرد على المواقف الجديدة دون توضيح للخبرة هل هي بالتجربة؟ أم أنها تتم فقط بالملاحظة والنمذجة؟

أ-3- تعريف كيرتش (Kirsch): "الكفاءة الذاتية هي ثقة الشخص في قدراته على انجاز السلوك، بعيدا عن شروط التعزيز" (الجبوري، 2013، ص4)

في تعريف كيرتش المختصر لم يعطي أهمية للتعزيز كمؤثر في فعالية الذات بمعنى أنها مستقلة تماما عن التعزيز في حين أن الثقة في حد ذاتها تتأثر بالتعزيزات. كما وانه نجد أن باندورا - في مواضع أخرى- قد أشار إلى أن الثقة بالنفس من مظاهر الكفاءة إلى جانب الاستبصار والدافعية.

أ-4- تعريف كرامبن (Krampen) (1978): يرى أن توقعات كفاءة الذات تقوم على فرضيات الفرد حول إمكانات تحقيق خيارات سلوكية معينة، وهذا يتضمن إدراك وتقدير الفرد لحجم القدرات الذاتية التي تمكنه من القيام بسلوك معين بشكل ناجح (المساعد، 2011، ص40). من خلال التعريف يتضح أن كفاءة الفرد مرتبطة بمدى توقع نجاحه في أدائه لسلوك ما من خلال فرضيات يضعها بنفسه.

أ-5- تعريف شانك (Shunk) (1983): "تتعلق الكفاءة الذاتية بالأحكام على مدى الجودة التي يستطيع بها المرء أن ينظم و يستخدم مجريات الأحداث في المواقف التي تحتوي على عناصر جديدة" (عدودة، 2009، ص34).

يتفق تعريف شانك مع تعريف باندورا حيث يرى أن الكفاءة الذاتية تشير إلى اعتقادات الفرد في قدرته لإنتاج مهمة معينة. ويشير شانك في تعريفه إلى الجانب الدافعية لدى الفرد من خلال الجودة عند أداء السلوك.

أ-6- تعريف بوفارد و بينارد (Bouffarde et Pinard) (1988): "هي الحكم الذي يحمله الفرد حول قدرته على تنظيم واستخدام مختلف الوظائف اللازمة لتحقيق نشاط ينوي القيام به" (رحاحلية، 2010، ص44).

يُلاحظ أن تعريف كل بوفارد وبينارد يتوافق مع ما رمى إليه كرامبن أي توقعات الفرد حول مدى نجاحه في تحقيق نشاط معين.

أ-7- تعريف برن ينج (Bruning) (1989): "الكفاءة الذاتية هي ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة واستخدامه لإمكاناته المعرفية، ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة، وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدراته على النجاح في أداء المهمة". وهو نفس التعريف الذي أعطاه ميرفي للكفاءة الذاتية (الجبوري، 2013، ص54).

كان تعريف برنينج واضح وشامل أين أشار إلى مصادر الكفاءة ولدور البيئة، والمعارف، والمهارات الاجتماعية في تشكيل الكفاءة الذاتية.

أ-8- تعريف شيل (Shell) (1989): "الكفاءة الذاتية هي الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص و يطبقون مهاراتهم المعرفية و السلوكية، و الاجتماعية الموجودة في أداء مهمة معينة، ويعبر عنها بأنها صفة شخصية في القدرة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين" (الدردير، 2004، ص210).

من خلال التعريفين السابقين نجد أنهم متقاربان لحد بعيد أين عُرِفَت الكفاءة الذاتية بأنها ميكانيزم يتأثر بدور البيئة والمعارف وكذا المهارات الاجتماعية والسلوكية وقد كان هذين التعريفين أكثر تفصيلاً من سابقهم.

أ-9- تعريف جيست وميتشل (Gist & Mitchell) (1992) : أن أحكام الكفاءة الذاتية 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 الدافعة التي تحرك سلوك الفرد بطريقة مباشرة (العبدلي، 2008، ص45). من خلال التعريف السابق تمت الإشارة لدور التعلم والدافعية في الكفاءة الذاتية وهي من أساسيات نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا.

أ-10- تعريف دوفان وواكر (Dovan & Walker) (1997) : "الكفاءة الذاتية هي القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب و من ثم التأثير في العمليات و مجريات الأمور لإحداث التغيير و التطور" (عدودة، 2009، ص33).

في هذا التعريف لم تُعرف الكفاءة بأنها توقعات أو أحكام وإنما هي القدرة الفعلية على أداء السلوك، لكن لا يمكن للفرد ان يكون متأكد من قدرته على أداء سلوك معين ربما لأول مرة سيؤديه أو ربما ليست نفس الظروف التي أدى فيها سلوك مشابه للسلوك المطلوب، بمعنى أن قدرات الفرد تتأثر بعدة عوامل ولا يمكن أن تكون ثابتة.

أ-11- تعريف شفارتزر (Schwarzer) (1994) : "توقعات الكفاءة الذاتية عبارة عن بعد من أبعاد الشخصية، وتعني القدرة في التغلب على المهمات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد، وهي تدفع الشخص لاختيار المتطلبات والقرارات المتعلقة باستراتيجيات التغلب على المشكلات، كذلك تؤثر على الجهود المبذولة ومدى الاستهلاك المادي والمعنوي الذي سيبذله الفرد لمواجهة مشكلة ما" (المساعيد، 2011، ص04).

يذهب شفارتزر لاعتبار أن الكفاءة الذاتية هي بعد ثابت من أبعاد الشخصية تتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات من خلال التصرفات الذاتية.

أ-12- تعريف هالين ودنهار (Hallinan & Danaher) (1994) : الكفاءة الذاتية هي شعور الأفراد بالثقة لأداء المهام، والقدرة على مواجهة المشكلات في المواقف المختلفة" (بنبي خالد، 2010، ص416).

يشير التعريف بأن الكفاءة هي شعور يمتلكه الفرد حول قدرته على أداء مهمة معينة، وهو تقريباً نفس التعريف الذي أتى به كيرتس.

أ-13- تعريف فسيل (Vasil) (1996): الكفاءة الذاتية هي إدراك الفرد لقدراته على أداء سلوك ما بنجاح والذي يستمد ويصاغ من خلال الخبرات الاجتماعية" (العبدلي، 2008، ص45).
يشير فسيل للدور الفعال للخبرات الاجتماعية في الكفاءة الذاتية كما ويؤكد بأنها إدراك أو اعتقاد حول أداء السلوك.

أ-14- تعريف مايور (1996): "هي قناعة الفرد بمدى وجود القدرة لديه على أداء سلوكيات معينة" (محمود، 2009، ص04).

يُلاحظ أن تعريف مايور كان أكثر عمومية وأقل تفصيلاً إلا أنه شمل المعنى العام للكفاءة وبأنها توقعات حول إمكانية أداء السلوك.

أ-15- تعريف ويلكينغ (Wilkening) (1997): "هي الإمكانية والقدرة على التأثير النشط و ممارسة الضبط عبر مظاهر البيئة، والإيجابية اتجاه الأحداث المختلفة، و هي مظاهر تسهم في شعور الفرد بالقدرة على الإنجاز و تقدير الذات (عدودة، 2009، ص33).

من خلال التعريف السابق يُلاحظ أنه تمت الإشارة للضبط والإيجابية وكذا تقدير الذات كمتغيرات لها تأثير في فعالية الذات أو أنها من مظاهرها.

أ-16- تعريف مادوكس وماير (Maddux & Meier) (1995): "الكفاءة الذاتية عبارة عن توقعات محددة ترتبط بسلوك محدد في موقف محدد" (بني خالد، 2010، ص416).

من خلال التعريف يتضح أن الكفاءة موقفية ومتغيرة على حسب السلوك والموقف وهو ما يؤكد شفارتزر.

أ-17- تعريف باجرس (Pajares) (1999): "هي اعتقاد الفرد في إمكاناته الذاتية وثقته في قدرته ومعلوماته، وأنه يملك من المقومات ما يمكنه من تحقيق المستوى الذي يرتضيه أو يحقق له التوازن محدداً جهوده وطاقاته في هذا المستوى (علوان، دون، ص227).

يشير التعريف أن الكفاءة الذاتية هي اعتقادات الفرد حول نفسه لأجل تحقيق هدف معين ويشمل ذلك القدرات والمعارف والجهود.

ب- التعريفات العربية:

ب-1- تعريف المرى إسماعيل (1990) " أن الشخص الكفاء هو الشخص المناسب ذو الأهلية الذي يستطيع تحقيق الهدف بعزيمة و بحزم و تأكيد، و لا يدع مزيدا يمكن تحقيقه، و يضيف إلى ذلك أن الشخص الكفاء يكون عادة ذا حيوية مجتهدا فطنا يقظا " (الدردير، 2004، ص115).

في تعريف إسماعيل تم إعطاء صفات الإنسان الكفاء دون تعريف للكفاءة بحد ذاتها.

ب-2- تعريف عباينة والزغول (1998): " الكفاءة الذاتية هي أحكام الفرد المتعلقة بقدرته على تنظيم أنماط من النشاطات المرغوبة وتنفيذها لتحقيق مستويات محددة من الأداء " (بني خالد، 2010، ص416).

هذا التعريف قريب من تعريف باندورا للكفاءة الذاتية أين عرفت الكفاءة بأنها أحكام الفرد حول قدراته.

ب-3- تعريف الزيات (2001) : "هي اعتقاد، أو إدراك الفرد لمستوى، أو كفاءة، أو فاعلية إمكانياته أو قدراته الذاتية، وما تنطوي عليه من مقومات عقلية معرفية، وانفعالية، ودافعية، وحسية، وفسولوجية عصبية لمعالجة المواقف، أو المهام، أو المشكلات، أو الأهداف الأكاديمية، والتأثير في الأحداث لتحقيق إنجاز ما في ظل المحددات البيئية القائمة" (علوان، دون، ص227).

يُلاحظ أن الزيات قدم توضيحا مفصلا في تعريفه للكفاءة أين أشار لمصادر الكفاءة كما وأشار إلى مبدأ الحتمية المتبادلة الذي تنص عليه نظرية باندورا.

ب-4- تعريف العدل (2001): الكفاءة الذاتية هي ثقة الفرد الكامنة في قدراته، خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة وغير المألوفة، أو هي اعتقادات الفرد في قواه الشخصية، مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك دون المصادر أو الأسباب الأخرى للتفاوت (الجبوري، 2013، ص54).

أعطى العدل تعريفا للكفاءة موضحا فيه أنه من خلال توقعات الكفاءة يمكن تفسير السلوك.

ب-5- تعريف الدردير(2004): "الكفاءة الذاتية هي توقع النجاح في مهمة، وهذا التوقع يكون ناتجا عن إيمان بمهارة الأداء الكلية للفرد ، وأن ذلك يؤثر على اختياره للأنشطة ، ومقدار ما يبذله من جهد ، ومدى قدرته على مواجهة العوائق ، والعقبات (على،دون،01).

ب-6- تعريف سعيد (2005): " هي اعتقاد الفرد بخصوص قابليته على أداء سلوكيات معينة والتي تؤدي إلى نتائج متوقعة والنتيجة عن مبادرة الفرد ومثابرته والجهد الذي يبذله للوصول إلى تلك النتائج" (محمود،2009،ص04).

من خلال التعريفين السابقين يتضح أن الكفاءة متعلقة بالأداء وبالجهد.

ب-7- تعريف جابر : "أن الكفاءة الذاتية أو توقعات الكفاءة الذاتية يقصد بها توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوباً فيها في أي موقف معين"، وبالتالي فإنه عندما تواجه الفرد مشكلة أو موقفاً معيناً يتطلب حلاً، فإن الفرد يحاول أن يعزو لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك أو الحل للمشكلة قبل أن يبدأ بالسلوك، أي يتوقع أن باستطاعته مواجهة هذا الموقف، وهذه الاستطاعة أو القدرة يجب أن تكون موجودة عند الفرد على أساس من المعرفة الحقيقية وليس بشكل خيالي أو دون قناعة واقعية " (المساعد،2011،ص04).

إذن من خلال التعريف يتضح أن الكفاءة الذاتية هي تقييم يعطيه الفرد لنفسه عن قدرته للقيام الفعلي بالسلوك هذا التقييم ينبع من قناعات الفرد التي اكتسبها من الخبرات السابقة.

ومما سبق من تعريفات أجنبية أو عربية وكملخص لها يمكن تعريف الكفاءة الذاتية بأنها "مجموعة من التوقعات والأحكام الصادرة عن الفرد من أجل القيام بسلوك معين. وذلك نتيجة إدراكه لإمكاناته العقلية، والجسمية، والاجتماعية، والانفعالية".

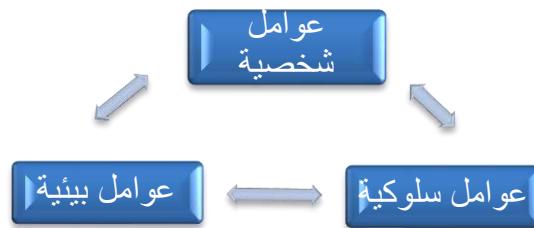
2- التطور النظري لنظرية الكفاءة الذاتية لباندورا:

اشتق باندورا نظرية الكفاءة الذاتية من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها والتي أكد فيها أن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك، ومختلف العوامل المعرفية، والشخصية، والبيئية. وقد نشر باندورا مقالة له بعنوان كفاءة الذات نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك، حيث خضع هذا المفهوم للعديد من الدراسات ، ولقي دعماً متنامياً ومطرداً من العديد من نتائج هذه الدراسات . ثم طور المفهوم بحيث ربطه بمفهوم الضبط الذاتي للسلوك في نظريته الاجتماعية المعرفية، من خلال ما نشره عن الأسس الاجتماعية للتفكير والسلوك (علوان، دون، ص228).

ولمعرفة التطور النظري لنظرية الكفاءة الذاتية كان لابد من التطرق للافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الاجتماعية وفيما يلي أهم هذه الافتراضات:

- الحتمية المتبادلة: في هذه النظرية توجد نقطة مهمة و أساسية هي أن السلوكيات تحددها عوامل البيئة وعوامل شخصية والتي منها العوامل المعرفية كالمعتقدات، التوقعات، الإدراكات الذاتية بالإضافة إلى العامل البيولوجي. فهذه النظرية هي نظرية معرفية اجتماعية تأخذ بعين الاعتبار العوامل الذاتية الفردية (Hansenne, 2003, p.149). وهذا ما يسميه باندورا بمبدأ الحتمية المتبادلة، وعلى أساس هذا المبدأ يفسر سلوك الفرد. وهذه العوامل (البيئة، الفرد، السلوك) تشكل نظاماً متشابكاً من التأثيرات المتبادلة والمتفاعلة (انظر الشكل رقم 1).

شكل رقم (1): نموذج الحتمية المتبادلة



و هذا التفاعل المتبادل بين العوامل الثلاثة لا يعني أن لها قوة متساوية، و يعني بالضرورة أنها تحدث في وقت متزامن. كما أنها ترتبط مع بعضها ببعض بواسطة متغيرات وسيطية، ويرى باندورا أن كل عامل من هذه العوامل يحتوي على تأثيرات معقدة منها ما يحدث قبل السلوك وتشمل المتغيرات الفسيولوجية، والعاطفية، والأحداث المعرفية، ومنها ما يحدث

أثناءه أو بعده (المزروع، 2007، ص71) وتتمثل في أشكال التعزيز والتدعيم أو العقاب الخارجية أو الداخلية.

إن التأثير المتبادل بين العناصر الموجودة في الشكل لها نتائج عديدة، فالسلوكيات لها تأثير على المعتقدات وعلى التوقعات وهذا مالا يدعو للشك، فعندما نتصرف بطريقة فعالة نعزز صورنا عن ذاتنا وتزداد ثقتنا في أنفسنا والعكس صحيح، فعند إخفاقنا في مهمة ما لا تعزز صورنا وتتغير توقعاتنا.

- التعلم بالملاحظة: يعتبر التعلم بالملاحظة عنصر أساسي في نظرية باندورا، إن التعلم الإنساني معقد، أكثر من أن يكون مكتسب بواسطة التعزيز السلبي أو الإيجابي، فيمكن تعلم أيضا سلوكيات متقدمة بملاحظة سلوكيات الآخرين بالنمذجة و التقليد. فعند التكلم عن التعلم بالنمذجة و بملاحظة سلوكيات الآخرين (سواء بالصدفة أو بالقصد) يؤدي هذا إلى تكوين فكرة على كيفية إنتاج سلوكيات جديدة، هذه الفكرة تكون كدليل للحركة، فالأفراد قادرون على تعلم ما يجب فعله انطلاقا من رؤية نماذج قبل إصدار السلوكيات (Hansenne, 2003, p.149). (أين يمكن بالتعلم عن طريق الملاحظة تجنب عمل أخطاء فادحة، أما الاعتماد على التعزيز المباشر يجعل الإنسان يعيش في عالم خطير). كما أن الملاحظون قادرون على حل المشاكل بالشكل الصحيح حتى بعد أن يكون النموذج أو القدوة فاشلا في حل نفس المشاكل، فالملاحظ يتعلم من أخطاء القدوة مثلما يتعلم من نجاحاته وإيجابياته.

- التعلم بالملاحظة محكوم بأربع عمليات مترابطة هي:

المرحلة الأولى: عمليات الانتباه و هي القدرة على عمل تمييزات بين الملاحظات وتحليل المعلومات. وهي تحدد الملاحظة الانتقائية في ضوء تأثير النمذجة والتي يتم فيها مواجهة النموذج المتمثل في الشخص المهم الذي يجذب انتباه الملاحظ فإذا كان الانتباه بعيد عن المظاهر المهمة لهذا الشخص يكون التعلم ناقص، تجدر الإشارة إلى أننا لا نتصرف بطريقة ساذجة عند الملاحظة فقد كونا إدراكات مسبقة عن الأشياء واستعداداتنا تقودنا إلى اختيار نموذج دون آخر فالأشخاص الذين نعرفهم والمواقف التي نتعرض لها تقدم لنا سلوكيات متعددة للملاحظة (Hansenne, 2003, p.151). بمعنى آخر هناك العديد من العوامل التي تؤثر على اكتشاف وفحص النماذج في البيئة الاجتماعية والرمزية منها العمليات المعرفية والتصورات السابقة، وقيم الملاحظ، والتكافؤ الفعال، والجاذبية والقيم، والأنشطة الملاحظة. ومع ذلك فإن الأفراد لا يتأثرون بالأنشطة التي يتم نسيانها (العبدلي، 2008، ص44).

أما المرحلة الثانية فهي عمليات التذكر أو التمثل الرمزي ففي الواقع إننا لا نتخذ النموذج المقترح بطريقة سلبية بل نستدمجه في أنظمتنا التمثيلية بعد مقارنته بما لدينا مسبقا في الذاكرة و تأويله ثم تخزينه في الذاكرة بصورة رمزية (Hansenne,2003,p.151). وتتولى التصورات السلوكية إنتاج القواعد التي تعمل على بناء الأحداث المناسبة للظروف المتغيرة. وقد تؤدي التصورات المسبقة والحالة الانفعالية إلى استحضار تأثيرات متحيزة على الأنشطة التي يقوم بها الفرد (العبدلي، 2008، ص44).

فمن خلال عمليات الاحتفاظ بسلوكيات النموذج أو تخزينها في الذاكرة بعيدة المدى واستيعابها وتمثلها وترميزها وتحويلها إلى صيغ رمزية، بحيث تحدث تغييرا في البناء المعرفي والذي يؤدي إلى تغيير في السلوك. وهناك أسلوبين أو نظامين رئيسيين للتمثيل الداخلي:

- التخيل أو التصور الذهني، فعند الملاحظة يحدث نوع من الإشراف الحسي، بين ما تجري ملاحظته من أنماط سلوكية تصدر عن النموذج، وبين الرموز التي يقوم عليها التخيل أو التصور الذهني، يمكن معه استرجاعها عند الحاجة. هذه التصورات أو الصور البصرية تلعب دورا أساسيا أو مركزيا في التعلم بالملاحظة وخاصة خلال مراحل النمو المبكرة.

- الترميز اللفظي للأحداث أو الوقائع التي لوحظت. فعند ملاحظة النموذج يقوم الفرد بعملية الترميز اللفظي لما يلاحظه أو لما يفعله النموذج الملاحظ، وهذه الأنماط أو الصيغ الترميزية يمكن تسميعها أو ترديدها داخليا في وقت لاحق عندما يحاول الفرد اجترارها أو تذكرها، وعمليات الترميز اللفظي تيسر الكثير من أنماط التعلم بالملاحظة لأنها تمكن الفرد من استيعاب وتمثل وتخزين الكثير من المعلومات في صيغ سهلة قابلة للتخزين والاحتفاظ .

إن النظام الأول أكثر تصويرا و الثاني أكثر وصفا .

والمرحلة الثالثة هي مرحلة إنتاج النموذج أو إنتاج السلوك، وتعرف بعمليات تكاثر حركية و يتضمن عدة عمليات، فمن أجل أن نحكي نموذجا معيناً يجب أن نحول التمثيل الرمزي للسلوك إلى تصرفات مناسبة. عمليات التكاثر الحركي تتضمن أربع مراحل فرعية هي : التنظيم المعرفي للاستجابة، بداية الاستجابة، مراقبة الاستجابة، تصفية وتقنية الاستجابة. إن الفعالية التي بواسطتها نستطيع إنتاج السلوكيات الملاحظة تتعلق في بادئ الأمر بمهاراتنا الفردية و بالمهارات السابقة وتشابه النموذج المقترح مع النموذج المؤلف، كذلك تتعلق الفعالية الذاتية بالمعلومة المستقبلية إذا ما كانت مكتملة أم لا مثلاً، لذا يجب تعديل السلوك حسب النتائج إلى غاية تطابقه مع النموذج الملاحظ أو النموذج المحدد (Hansenne,2003,p.151). في الأخير يمكن تمييز مرحلة رابعة متعلقة بالنتائج والتي تترجم في العمليات الدافعية ، ففي الواقع لا يمكن إصدار

سلوك إلا على أساس توقعات الأشخاص والنتائج المتحصل عليها وتعزيزها إيجاباً أم سلباً. (Hansenne, 2003, p.153) تفرق النظرية المعرفية الاجتماعية بين العلم (الاكتساب) والأداء، لأن الأفراد لا يقومون بكل ما تعلموه ، فالإكتساب ما تعلمه الشخص ويستطيع القيام به والأداء وهو ما يستطيع الشخص بالفعل القيام به. ولا يظهر سلوك بدون باعث فالدافع الصحيح ليس فقط القيام بالأداء الفعلي للسلوك لكن أيضاً التأثير في العمليات الأخرى التي تدخل في التعلم بالملاحظة. ويتأثر أداء السلوك الناتج عن الملاحظة بثلاثة أنواع من الدوافع المحفزة وهي : النتائج المباشرة، والخبرات البديلة، والإنتاج الذاتي، فالأفراد يميلون إلى أداء السلوك الناتج عن النمذجة إذا كان يؤدي إلى نتائج قيمة مباشرة وليس العكس، حيث إن نجاح الآخرين يعطي الفرد دفعة للقيام بسلوك مماثل، بينما الإخفاق والسلوكيات ذات العواقب الوخيمة تؤدي إلى كف السلوك، والمعياري الشخصي يوفر مصدراً آخر للدافعية حيث إن التقويم التفاعلي الذي يملكه الفرد لسلوكه ينظم الأنشطة الناتجة عن التعلم بالملاحظة ، إذ يسعى الفرد إلى الأنشطة التي تحقق الرضا الشخصي، وتعطي الإحساس بالأهمية، و إن تأثير الخبرات البديلة على فاعلية الذات لا يتضمن فقط تعرض الأفراد لنماذج، فالنماذج تعمل من خلال شبكة معقدة من العمليات المعرفية (العبدلي، 2008، ص54).

شكل رقم (2): عمليات التعلم بالملاحظة



- يخضع التعلم بالملاحظة لعوامل متعلقة بالفرد الملاحظ وكذا عوامل متعلقة بالنموذج الملاحظ وأخرى متعلقة بالظروف البيئية.

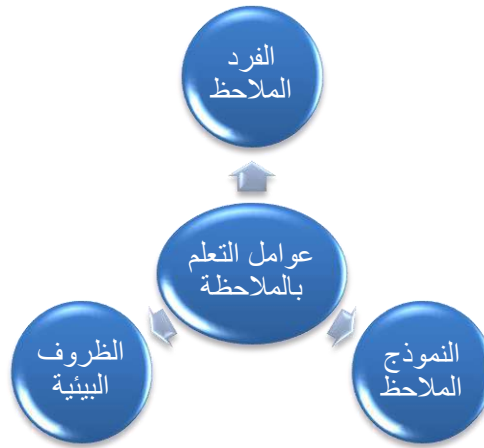
أما الخاصة بالفرد الملاحظ فنذكر منها : العمر الزمني والاستعداد العقلي العام واتجاهه نحو النموذج ، إدراكه لمدى أهمية ما يصدر عن النموذج وتقديره للقيمة العلمية والمكانة الاجتماعية له كما يدركها الفرد . الجاذبية الشخصية أو الارتياح النفسي القائم على التفاعل مع النموذج .

أما المتعلقة بالنموذج الملاحظ (القوة) فنذكر:

الخصائص المتشابهة مثل تماثلهم في العمر والجنس المكانة الاجتماعية والوظيفة والكفاءة والسلطة .

أما المتعلقة بالظروف البيئية أو المحددات الموقفية للتعلم بالنمذجة فمنها : مدى التوافق بين القيم السائدة والمحددات الثقافية والاجتماعية والدينية والأخلاقية من ناحية وبين ما يصدر عن النموذج. مدى ملاءمة الظروف الموقفية التي يحدث فيها التعلم بالملاحظة من حيث الزمان والمكان والوسيلة وحجم التفاعل القائم بين الفرد الملاحظ والنموذج الملاحظ (الزيات، 2001، ص367).

شكل رقم (3): عوامل التعلم بالملاحظة



- تؤكد نظرية الكفاءة الذاتية على معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، ففاعلية الذات لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد وإنما كذلك بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها، ويرى باندورا أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم، وتنظيم سلوكهم الاختياري، وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات وبالتالي يمتلكون التوقعات المتعلقة بالفاعلية الذاتية للقدرات الخلاقة، والاختيار المحدد للأهداف، والأحداث ذات الأهداف الموجهة، والجهد المبذول لتحقيق الأهداف والإصرار في مواجهة الصعوبات والخبرات الانفعالية (العبدلي، 2008، ص54).

- تلعب المعرفة دورا رئيسيا في التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة. ويشير مفهوم المعرفة إلى النظم اللغوية والتمثيل الذهني الداخلي للمعلومات وترميزها وتخزينها وتجهيزها ومعالجتها بحيث تشكل أطرا تفسيرية وإدراكية تستقبل من خلالها المعلومات وتستدخل. وحيث إن التعلم الاجتماعي القائم على الملاحظة يحدث في إطار أو سياق اجتماعي فإن استيعاب وتفسير واستدخال هذا السياق الاجتماعي يتأثر بما لدى الفرد من أطر معرفية ، وبصورة أكثر دقة بالبناء المعرفي للفرد وما ينطوي عليه من محتوى معرفي وخبرات واستجابات ونواتج هذه الاستجابات ومن ثم يؤثر كل هذا على عمليات الانتقاء الذاتي للاستجابات (الزيات، 2001، ص373).

- التعزيز ميسر لعملية التعلم لكنه ليس ضروري لإتمامها أو لاكتساب التعلم. وليس من الضروري أن يحدث التعزيز بصورة مباشرة أو فورية كي يكون تأثيره على التعلم بالملاحظة إيجابيا حيث تتوقف فاعلية التعزيز على أهميته النسبية للتعلم. وهناك العديد من العوامل الأخرى غير التعزيز ومتربّاته تقف خلف ما يعمل به الناس أو يسلكونه. فكثير من الأنماط السلوكية التي تصدر عن الفرد يجد نفسه مدفوعا لأدائها دون سبب أو تفسير يكون واضحا له على الأقل (الزيات، 2001 ، ص373).

- يوجد عددا من التعزيزات مثل :

أ (التعزيز العرضي: تعزيز خارجي وعلاقته بالسلوك اعتباطية وليس نتيجة طبيعية للسلوك، فعدد من الأنشطة التي نحتاج لتعلمها من الصعب القيام بها في بداية الأمر ولا تصبح هذه الأنشطة ذات قيمة ومعنى إلا عندما نصبح بارعين ونجيدها بطريقة فيها مهارة ومقدرة. والبواعث العرضية ترفع من مستوى الميول والرغبات في ممارسة الأنشطة أو تخفيضها.

ب (التعزيز الجوهرى : فبعض التعزيزات الجوهرية تظهر طبيعياً في علاقتها بالسلوك عن التأثير الحسي، سلوكيات أخرى تولد تأثير فسيولوجيا فمثلا تمارين الاسترخاء تخفف من التعب والإنهاك العضلي. في مواقف وأمثلة أخرى ليس السلوك نفسه أو التغذية الرجعية هي المكافأة ولكنه إحساسنا وشعورنا نحو الموقف. فالرضا الذاتي يعزز من تطبيق أو ممارسة هذا السلوك.

ويظهر عندما نتعلم سلوكا مناسباً من نجاحات وأخطاء الآخرين في الحياة اليومية.

ج (التعزيز البديل: التعزيز البديل يمكن أن يأخذ شكلا عقابيا أو ثوابا، التعزيزات البديلة تعدل أفكارنا ومشاعرنا وتصرفاتنا في خمس طرق (وظائف) وهي :

✓ وظيفة إعلامية نخبرنا ماذا سيحدث للآخرين عندما يتصرفون بطريقة معينة.

- ✓ وظيفة دافعية أو حافزية وذلك بإثارة التوقعات فينا والتي تجعلنا نتلقى عقوبات أو جزاءات بسبب تصرفات مماثلة .
- ✓ وظيفة تعليمية انفعالية فالنماذج في العادة تعبر عن رد فعل انفعالي في حين يتلقى هؤلاء عقابا أو مكافأة وهذه الاستجابات بالتالي تثير الانفعالات فينا .
- ✓ وظيفة تقييمية تؤثر في كيفية تقييمنا للأنشطة المختلفة ونتائجها .
- ✓ وظيفة تأثيرية فنحن نتأثر بالطريقة التي يستجيب فيها النموذج للمعاملة التي يتلقاها .
- (د) التعزيز الذاتي : الناس لديهم استعدادات لردود فعل ذاتية تتيح لهم السيطرة على اعتقاداتهم ومشاعرهم وتصرفاتهم . والتعزيز الذاتي يزيد من الأداء من خلال وظيفته الدافعية فالأفراد يحفزون ويدفعون أنفسهم لكي يعيشوا على مستوى معين من الأهداف والمعايير، ويعتقد باندورا أن معظم سلوكنا كراشدين منظم بالعملية المستمرة للتعزيز الذاتي .
- يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على 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 (الجبوري، 2013، ص). وترى نظرية التعلم الاجتماعي أن هناك ثلاث مكونات تمثل عمليات تستخدم في التنظيم الذاتي للسلوك على ضوء علاقة السلوك بنتائجه وهذه العمليات هي :
- الملاحظة الذاتية : فمن خلال عملية الملاحظة الذاتية يتباين السلوك الإنساني من حيث نمطه وتعتمد الدلالة ومعدل الاستجابات أو تواترها أو النوعية الوظيفية لهذه العملية على نوع النشاط الذي يحظى بالاهتمام والملاحظة، حيث تختلف الأحكام التي تصدر عن الأفراد باختلاف انساقهم القيمية وبنيتهم المعرفية .
- التقدير الحكمي: هل هو مُرضٍ بحيث يستحق التقدير أو المكافأة أو مثير لسخط الآخرين ويستحق العقاب حيث تصدر هذه الأحكام على ضوء المعايير أو المستويات التي يتشربها الفرد في ظل الإطار الثقافي الحاضن له وعوامل التنشئة الأسرية وأنماطها ، وهذه المعايير أو المستويات ربما تكون داخلية ومن ثم تظل هذه الأحكام نسبية حيث يصعب إصدار أية أحكام على سلوكيات الفرد أو أفعاله مستقلة عن سياقها النفسي أو الاجتماعي أو الإدراكي.
- الاستجابة الذاتية والتقويم الذاتي لردود الأفعال بصفة خاصة، حيث تنطوي هذه العملية على إثارة العديد من التساؤلات المستمرة حول ما هي ردود الأفعال التي تستثير الإثابة وما هي

ردود الأفعال التي تستثير العقاب ومن ثم يمكن اختيار أنماط استجابات الإثابة وتجنب أنماط الاستجابات التي يترتب عليها العقاب (الزيات، 2001، ص381).

عندما يرتب الإنسان المتغيرات البيئية الموقفية ويبنكر أسسا معرفية لإنتاج الآثار المرغوبة التي يمكن اشتقاقها من المتغيرات فإنه يمارس خاصية تنظيم وضبط الذات. وعلى ذلك فإن الطاقة أو القدرة العملية تكون مشغولة بالتفكير الرمزي الذي يمدنا بالطرق أو الوسائل أو الأساليب أو الاستراتيجيات التي تمكننا من التفاعل المستمر والناجح مع البيئة .

شكل رقم (4): عوامل التنظيم الذاتي للسلوك



- يرى باندورا أن الناس الذين يتصرفون بطرق شاذة هم في الغالب يملكون حسا ضعيفا من الكفاءة الذاتية ، فهم لا يؤمنون بأنهم يستطيعون بنجاح أداء السلوكيات التي تتيح لهم التكيف مع الحياة اليومية . توقعاتهم المتدنية تقودهم إلى تجنب تلك المواقف التي تسبب تهديدا لهم وتشعرهم بعدم قدرتهم على القيام بأداء أدوار جيدة ، لذلك نراهم ونتيجة لما سبق لا يخطرطنون في نشاطات يمكن أن تظهر قدراتهم وتعمل على تغيير حسهم أو شعورهم بالفاعلية الذاتية . والتعرض لهذه المواقف يتم بصورة تدريجية حتى يستطيع هؤلاء تحسين فاعليتهم الذاتية وبالتالي زيادة المدة أو الوقت الذي يقضونه في تلك المواقف المخيفة.

أخيرا يقدم (Hansenne) نقدا لنظرية باندورا حيث يرى أن النظرية مهمة، تسمح بتوسع مفهوم التعلم وذلك بإعطائه بعد إنساني عكس النظرية السلوكية المتطرفة لسكينر التي عرفت انتقادات واعتمادها على الحيوان في تفسير التعلم، فهذه النظرية لها تطبيقات مهمة في مختلف الميادين وبالأخص فهم الميكانيزمات الاجتماعية ومساعدة الأفراد الذين يعانون من

اضطرابات سلوكية، ففي هذه الأخيرة يمكن مساعدة الأفراد عن طريق النمذجة التخفيف من قلقهم نتيجة مواجهتهم لوضعية ما. أو مساعدتهم على تنمية مهارات خاصة ويعتبر التدريب على المهارات الاجتماعية أحسن مثال على ذلك فبواسطة لعب الدور يمكن تعليم الفرد مختلف الطرق لإنتاج سلوك توكيدي .

تجدر الإشارة إلى أن هذه النظرية أدت إلى ميلاد تأكيدات أمبيريقية وأنها تأسست على قواعد تجريبية صلبة، فالنجاح الذي عرفته النظرية المعرفية الاجتماعية زادت من أهميتها فهي تأخذ في الحسبان الوضعيات الاجتماعية المعقدة في بيئتها الطبيعية كما أنها استجابت للانتقادات الموجهة للنظريات الكلاسيكية للتعلم التي انحصرت في وضعيات تجريبية في المختبر، بالإضافة فان النظرية الاجتماعية المعرفية تنظر إلى الفرد كوحدة و تهتم بالجانب الانفعالي والمظاهر الذاتية له على عكس نظرية التعلم لسكينر أما نظرية باندورا فتظهر أنها غير محصورة في الشخصية بل هي أوسع من ذلك وهي تشمل مجال أوسع من ذلك. (Hansenne,2003 ,p.153)

ظهور الكفاءة الذاتية:

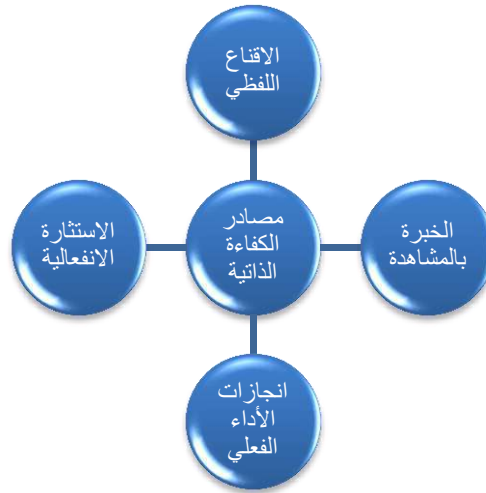
قدم باندورا نظرية متكاملة لفعالية الذات تأسست على قواعد النظرية المعرفية الاجتماعية مؤكداً أنها نتاج لعشرين عاماً من البحث السيكلوجي امتدت من سنة 1998 إلى 1988، وعبر عن الكفاءة الذاتية بأنها قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء أداء الأفراد في المجالات المختلفة ، وإن إدراك الفعالية الذاتية يسهم في فهم وتحديد أسباب المدى المتنوع من السلوك الفردي والمتضمنة في التغيرات، وفي سلوك المثابرة الناتج عن حالات الأفراد المختلفة ، ومستويات ردود الأفعال للضغوط الانفعالية ، وضبط الذات ، والمثابرة من أجل الإنجاز ، ونمو الاهتمامات في مجالات خاصة ، والاختيار المهني (حسن،2005،ص37).

وتؤكد الأطر النظرية التأثير الشديد لمعتقدات فاعلية الذات في مجالات النشاط الإنساني المتعددة سواء الأكاديمية، أو الصحية، أو العمل، أو الأخلاق، وحتى المجال السياسي والاجتماعي؛ فالإنسان يميل إلى السعي والنضال من أجل أهدافه إذا اعتقد في قدرته على إنجاز النتائج المرغوب فيها بمجهوده الشخصي ودون مساعدة أحد. أن الأهداف التي يضعها الأشخاص لأنفسهم بغية اشتراكهم في أنشطة مختلفة لتحقيق هذه الأهداف، وكذلك التقدم الذي يحققونه تجاه أهدافهم، كل ذلك يتقرر بشكل كبير في ضوء مستوى فاعلية الذات لديهم (شاهين،2012،ص155).

3- مصادر الكفاءة الذاتية:

وفقا لباندورا، فإن هناك أربعة محددات لمعتقداتنا عن الكفاءة الذاتية: انجازات الأداء الفعلي، الخبرة بالمشاهدة، والإقناع اللفظي، والاستثارة الانفعالية. وتعد انجازات الأداء الفعلي أكثر المصادر أهمية للمعلومات الخاصة بالكفاءة الذاتية (برافين، 2010، ص142) إن مفهوم الكفاءة الذاتية قريب من مفهوم الشخصية. (Hansenne, 150, 2003). ويؤكد سكولت (Schult, 1990) أن من أهم مصادر تدعيم المشاعر الخاصة بالفعالية الذاتية الوالدين، والمدرسين، والأصدقاء، والمعالجين، ويمثل الوالدان أهم هذه المصادر في تنمية وتطوير فعالية الذات في سنوات الطفولة. (المخلافي، 2010، ص485)، وذلك من خلال ترتيب الأهداف التي نجح بها الفرد وإبراز أفضل الأهداف التي تم إحرازها وتحقيقها بين الآخرين بصورة واضحة، أو بمعنى آخر معرفة الخبرات الناجحة ثم عرض النماذج الملائمة التي تم إنجازها فعلاً من هذه الخبرات واستخدامها في تدعيم الفرد من خلال الإقناع اللفظي والتشجيع حتى تقوية القدرات التي ترفع من مستوى الكفاءة الذاتية للفرد. (مقداي، دون، ص2) ويبين الشكل رقم (5) هذه المصادر.

شكل رقم (5): مصادر الكفاءة الذاتية



3-1 الإنجازات الأدائية:

الانجازات الأدائية أو الخبرة الفعالة للتحكم هي من المصادر الأكثر تأثيراً على المعتقدات في الكفاءة الذاتية لأنها تتأسس على التحكم الذاتي في الأعمال المراد إنجازها (Rondier, 2003, p.02)، ويقصد بها التجارب والخبرات التي يقوم بها الفرد وتعتمد أساساً

على الخبرات التي يمتلكها الفرد، فكلما عرف الفرد النجاح في خبرة سلوكية ما، زاد اعتقاده في قدراته الفردية في انجاز الأعمال المطلوبة، وبالتالي تدعم الكفاءة الذاتية لدى الفرد؛ بينما تُنقص الإحباطات من الكفاءة الذاتية (Rondier,2003,p02)، و تكرار الفشل يقلل من الشعور بالكفاءة الذاتية ويثبطها، خاصة إذا كان الفشل قبل بناء شعور متين بالفعالية (العلوان،2011،ص400) وتجدر الإشارة انه عند تحقيق فاعلية ذاتية مرتفعة من خلال النجاحات المتكررة فإن الأثر السلبي للفشل العارض عادة ما يتناقص، بل إن الإخفاقات العارضة التي يتم التغلب عليها من خلال الجهود الدؤوبة يمكن أن ترفع الدافعية الذاتية، ويمكن لفاعلية الذات أن تعمم إلى مواقف أخرى سبق وأن كان الأداء فيها ضعيفاً لانعدام الفاعلية الذاتية (العبدلي،2008،ص44).

كما ويرى باندورا (1986) أن تغير الفاعلية الذاتية 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، والتوقيت الزمني للنجاحات والإخفاقات، بمعنى أن الإخفاقات إذا حدثت قبل الشعور بالفاعلية فإنها تقلل من هذا الشعور، والأسلوب الذي يتم به تنظيم وبناء الخبرات معرفياً في الذاكرة. (العبدلي،2008،ص53).

ويلخص جابر عبد الحميد(1990) تأثير الانجازات الادائية في الكفاءة الذاتية في النقاط التالية:

- إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى كفاءة الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو العمل .
- إن الأعمال التي يتم إنجازها بنجاح من قبل الفرد معتمدا على نفسه تكون أكثر تأثيرا على كفاءة ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين.
- إن الإخفاق المتكرر يؤدي في اغلب الأحيان إلى انخفاض كفاءة الذات، وخاصة عندما يعلم الشخص أنه قد بذل أفضل ما لديه من جهد. (عبد الحميد،1990،ص 287)
- في حين يرى الزيات تأثير الانجازات التالية على اعتقادات الكفاءة الذاتية للفرد يتحدد بـ:

- ✓ فكرته المسبقة عن إمكانياته وقدراته و معلوماته.
- ✓ إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف.
- ✓ الجهد الذاتي النشاط الموجه بالأهداف.
- ✓ حجم أو كم المساعدات الخارجية.
- ✓ الظروف التي من خلالها يتم الأداء أو الإنجاز.

- ✓ الخبرات المباشرة السابقة للنجاح أو الفشل.
- ✓ أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها، و إعادة تشكيلها في الذاكرة.
- ✓ الأبنية القائمة على المعرفة و الخصائص التي تميزها (الزيات، 2001، ص511)

2-3 النمذجة أو الخبرات البديلة:

وتعرف أيضا باسم التعلم بالعبرة أو بالإنبابة أو الخبرة غير المباشرة ويعتبر المصدر الثاني الأكثر أهمية بعد الإنجازات الأدائية لبناء شعور قوي بالفعالية، و تتمثل في التعلم الذي يعتمد على ظاهرة المقارنة الاجتماعية أي بمعنى آخر الملاحظة، فعند ملاحظة أشخاص يعيشون موقف صراع دون تناقضات يؤدي هذا بالملاحظين إلى زيادة اعتقادهم في قدرتهم على النجاح والعكس عند رؤية إخفاقات غيرهم يؤدي إلى زرع الشك في اعتقاداتهم (Rondier,2003,p.02)

إذن الخبرة بالمشاهدة تجعلنا قادرين على ملاحظة نجاحات وإخفاقات الآخرين، وتقويم أنفسنا بناء عليهم، وتكوين معتقداتنا عن كفاءة ذاتنا وفقا لذلك. وهكذا، فمن خلال عملية تسمى التعلم بالملاحظة فإننا نتعلم أشياء عن العالم وعن أنفسنا من خلال ملاحظة الآخرين. نحن لسنا بحاجة لأن نعاش كل شي مباشرة لتتعلمه. (برافين، 2010، ص142)، هذه الملاحظات يستقيها الفرد من النماذج الاجتماعية المحيطة؛ فيزداد شعوره بكفاءته الذاتية عندما يلاحظ أن من يماثلونه في القدرة قادرون على القيام بمهمة ما. (العلوان، 2011، ص400)

ويضيف باندورا (1986) أن نظرية المقارنة الاجتماعية نشأت لتفسير التقويم الذاتي للقدرة في ظل غياب محك محايد، فهناك العديد من العمليات التي من خلالها تؤثر الخبرات البديلة على التقويم الذاتي لفاعلية الذات، ومن هذه العمليات المقارنة الاجتماعية، فأداء الآخرين المشابه لأداء الفرد يشكل مصدراً مهما للحكم على القدرة الذاتية، كما أن مراقبة الأفراد لأدائهم تحت ظروف معينة والذي يؤدي إلى نتائج ناجحة يوضح بطريقة مباشرة حدود قدرات الفرد، وهذا ما يطلق عليه محاكاة الذات. (العبدلي،...). والتعلم بالملاحظة تتحكم فيه أربع عمليات فرعية - وقد تمت الإشارة لها في نظرية التعلم الاجتماعي- وهي (عملية الانتباه، عملية الذاكرة، عملية إنتاج السلوك، العملية الدافعية).

3-3 الإقناع اللفظي:

ويعتبر مصدرا مهما في معتقدات الكفاءة الذاتية، و الذي يعني أن الأفراد يزداد الاعتقاد لديهم في النجاح والقيام بالأعمال التي تعيقهم عن طريق الإيحاءات والتحذيرات والنصائح و الاستفسارات والتي تأتيهم لفظيا عن طريق الآخرين فيما قد يكسبهم نوعا من الترغيب في الأداء أو الفعل، و يؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولاته لأداء المهمة إلا أن الاعتقادات الناجمة عن هذه الطريقة تكون ضعيفة خاصة عندما تستعمل بصفة منعزلة وذلك لان الأفراد ليسو معنيين بالخبرة المعاشة بالإضافة إلى أن النتائج يمكن أن تتأثر بالخبرة و الصدق (Rondier,02,2003).

ويضيف باندورا أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو واسع جدا مع الثقة فيما يملكونه من قدرات و ما يستطيعون إنجازه، و أنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي و الأداء الناجح في رفع مستوى الكفاءة الشخصية و المهارات التي يمتلكها الفرد) (عدودة، 2009، ص38).

و يشير هذا المصدر أيضا إلى عمليات التشجيع و التدعيم من الآخرين أو ما يسمى بالإقناع الاجتماعي، حيث يؤثر السياق الاجتماعي، و الإطار الثقافي الحاضن المدعم لدور الجهد الذاتي للفرد على تنامي اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد.

وبالرغم من أن الإقناع الاجتماعي وحده يملك حدوداً 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 للقيام بأداء ناجح يستطيعون أن يبذلوا جهداً عظيماً أكثر من أولئك الذين يتلقون المساعدة فقط، ومع ذلك فإن وجود الإقناع اللفظي وحده دون تهيئة الظروف الملائمة للأداء الفعال يؤدي غالباً إلى الفشل الذي يضعف الثقة بالمقنع، ويقوض الفاعلية الذاتية المدركة للمتلقين للإقناع وبالتالي فإن هناك علاقة تفاعلية وفي نفس الوقت مستقلة لآثار الإقناع اللفظي على فاعلية ذات (العبدلي، 2008، ص56).

إذن من خلال الإقناع اللفظي فإننا نتأثر بالاتجاهات والمعتقدات التي تصلنا من الآخرين والتي تتعلق بما نستطيع فعله. فالثقة فينا التي تصلنا من الوالدين أو الشركاء أو الأصدقاء يمكن أن تصنع فرقا كبيرا في معتقداتنا عن كفاءتنا الذاتية مقارنة بالتعبير عن الشك ونقص الثقة. وعلى

جانب آخر، فإن مثل هذه التعبيرات عن الثقة يجب أن يتبعها انجاز فعلي يؤكد لها لكي تصبح ذات معنى يساهم في إحساسنا بالكفاءة الذاتية. (برافين، 2010، ص142)

3-4 الحالة الفسيولوجية و النفسية:

الحالة الفيزيولوجية والانفعالية تلعب دور مهم في الإحساس بالكفاءة الذاتية وتمثل دور العاطفة أو الحالة النفسية في التقييم، اين يكون تقييم الفرد إيجابياً؛ إذا كان في حالة انفعالية أو مزاجية جيدة بينما يكون تقييمه سلبياً؛ إذا كان في حالة مزاجية سلبية (الجبوري، 2013، ص..). فعندما يربط شخص ما حالة انفعالية كالقلق مثلاً بضعف في انجاز سلوك مرغوب فيه يؤدي هذا إلى الشك في قدرته على الانجاز وهذا يؤدي بدوره إلى الفشل عكس الشخص الذي يزداد لديه الاعتقاد في النجاح عندما تكون حالته مستقرة (Rondier, 2003, p.02).

كما أن الإثارة الانفعالية الشديدة تؤثر سلباً على الكفاءة الذاتية؛ بينما تعمل الاستثارة الانفعالية المتوسطة على تحسين مستوى الأداء ورفع الكفاءة الذاتية. (العلوان، 2011، ص400)

وتظهر الاستثارة الانفعالية بصفة عامة في المواقف الصعبة والتي تتطلب مجهوداً كبيراً، وتعتمد على الموقف وتقويم معلومات القدرة فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية، والأشخاص يعتمدون جزئياً على الاستثارة الفسيولوجية في الحكم على فاعليتهم، بالإضافة إلى ذلك فهناك متغير مهم يعتبر أكثر تأثيراً في رفع فاعلية الذات وهو ظروف الموقف نفسه.

وترتبط معلومات الاستثارة بعدة متغيرات هي :

- مستوى الاستثارة : فالاستثارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.
- الدافعية المدركة للاستثارة الانفعالية : فإذا عرف الفرد أن الخوف أمر واقعي فإن هذا الخوف قد يرفع فاعلية الشخص، ولكن عندما يكون خوفاً مرضياً فإن الاستثارة الانفعالية عندئذ تميل إلى خفض الفاعلية.
- طبيعة العمل : أن الاستثارة الانفعالية قد تيسر النجاح للأعمال البسيطة وغالبا تعطل الأنشطة المعقدة (العبدلي، 2008، ص57).

وأخيراً من خلال وعينا باستثارتنا الانفعالية فإننا نتلقى معلومات تتعلق بكفاءتنا الذاتية في موقف ما على سبيل المثال: الإحساس بالتهديد، وزيادة ضربات القلب المصاحبة لفشل محتمل مقابل الانتعاش المصاحب لنجاح متوقع. (برافين، 2010، ص143)

إن هذه المصادر ليست ثابتة دائماً و لكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الشخص على قدراته، وهذه المصادر تسمح للأفراد باكتساب درجات في الكفاءة الذاتية للقيام بعمل ما (Rondier, 2003, p.02).

4- أبعاد الكفاءة الذاتية:

يرى باندورا (Bandura, 1977) أنه يمكن قياس توقعات الكفاءة المدركة ذاتياً وفق ثلاث سمات هي : مستواها، عموميتها و ثباتها. ويرى أن معتقدات الفرد عن فعالية ذاته تختلف تبعاً لهذه الأبعاد.

ويتعلق المستوى بتعدد وصعوبة المشكلة، فالإنسان يستطيع أن يجمع خبرة كفاءته الذاتية تجاه المشكلات البسيطة والشديدة، بينما تقوم سمة العمومية على شيوع المواقف، أي يمكن لتوقعات الكفاءة أن تكون خاصة أو يمكن تعميمها على مجموعة كاملة من المواقف. ويقصد بسمة القوة الثبات حتى عند وجود خبرات متناقضة، فتوقعات الكفاءة الذاتية القوية تظل أكثر قدرة على المقاومة على الرغم من وجود مجموعة من الخبرات المتناقضة، في حين أن التوقعات الضعيفة يمكن أن تنطفئ بسهولة من خلال القدرات المتناقضة. وقد استخدم باندورا هذه الوجوه في سياق العلاج السلوكي من أجل ضبطها إجرائياً. وتشكل دراساته على مرضى برهاب الأفاعي مثلاً جيداً حول ذلك. فقد سئل المرضى، على سبيل المثال، فيما إذا كان باستطاعتهم في الجلسة العلاجية اللاحقة ملامسة أفعى محددة (المستوى) وفيما إذا كان باستطاعتهم كذلك لمس أفاعي أخرى (درجة العمومية) وأيضا أي درجة هم واثقون من ذلك (الثبات) (رضوان، 1997، ص28).

الشكل رقم (6): أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا



4-1 مستوى الكفاءة الذاتية

ويقصد به مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة، ويتعلق بتعقد وصعوبة المشكلة، فالإنسان يستطيع أن يجمع خبرة كفاءته الذاتية تجاه المشكلات البسيطة والشديدة (رضوان، 1997، ص28).

ويختلف هذا المستوى تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف ويبدو قدر الفاعلية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها. ومع ارتفاع مستوى فاعلية الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يُقبلون على مواقف التحدي، وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدنى مستوى الخبرة، والمعلومات السابقة (عدودة، 2009، ص33).

ويذكر باندورا أن مستوى الفاعلية لدى الأفراد يختلف تبعاً لعدة عوامل مثل : مستوى الإلتقان، وبذل الجهد، والدقة، والإنتاجية، والتهديد والتنظيم الذاتي المطلوب، فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن فرداً ما يمكن أن ينجز عملاً معيناً عن طريق الصدفة، ولكن هي أن فرداً ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة، من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء. (العبدلي، 2008، ص51).

2-4 العمومية:

تقوم العمومية على شيوع المواقف، أي يمكن لتوقعات الكفاءة أن تكون خاصة أو يمكن تعميمها على مجموعة كاملة من المواقف (رضوان، 1997، ص28). بمعنى انتقال فعالية الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالأفراد غالباً ما يعممون إحساسهم بالفاعلية في المواقف لأن العمومية تحدد من خلال مجالات للمواقف التي يتعرضون لها وفي هذا الصدد يذكر باندورا الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، أين تتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية و التي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة ، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل : درجات تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية، والمعرفية، والوجدانية، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف. وكذا خصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه (الجبوري، 2013، ص58).

3-4 القوة أو الشدة:

يشير هذا البعد إلى عمق الإحساس بالفعالية الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد الفرد أنه بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة. ويتدرج بعد القوة على متصل ما بين قوى جداً إلى ضعيف جداً (الزيات، 2001، ص510). وتحدد قوة فعالية الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى ملاءمتها للموقف. ويقصد أيضاً بالقوة والثبات حتى عند وجود خبرات متناقضة، فتوقعات الكفاءة الذاتية القوية تظل أكثر قدرة على المقاومة على الرغم من وجود مجموعة من الخبرات المتناقضة، في حين أن التوقعات الضعيفة يمكن أن تنطفئ بسهولة من خلال القدرات المتناقضة. (رضوان، 1997، ص28)

5- العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية:

لقد تم تصنيف العوامل المؤثرة في فعالية إلى ثلاث مجموعات هي: (سالم،دون،ص137)

المجموعة الأولى التأثيرات الشخصية :

لقد أشار زيمرمان (Zimmerman) إلى أن إدراكات فاعلية الذات لدى الأفراد في هذه المجموعة تعتمد على أربع مؤثرات شخصية:

أ . المعرفة المكتسبة : وذلك وفقاً للمجال النفسي لكل منهم.

ب . عمليات ما وراء المعرفة : هي التي تحدد التنظيم الذاتي لدى الأفراد.

ج . الأهداف : إذ أن الأفراد الذين يركنون على أهداف بعيدة المدى أو يستخدمون عمليات الضغط لمرحلة ما وراء المعرفة قيل عنهم أنهم يعتمدوا على إدراك فاعلية الذات لديهم وعلى المؤثرات وعلى المعرفة المنظمة ذاتياً.

د . المؤثرات الذاتية : وتشمل قلق الفرد ودافعية مستوى طموحه وأهدافه الشخصية. (سالم،دون،ص137)

المجموعة الثانية : التأثيرات السلوكية وتشمل ثلاث مراحل

أ . ملاحظة الذات : إذ أن ملاحظة الفرد لذاته قد تمده بمعلومات عن مدى تقدمه نحو إنجاز أحد الأهداف.

ب . الحكم على الذات : وتعني استجابة الأفراد التي تحتوي على مقارنة منظمة لأدائهم مع الأهداف المطلوب تحقيقها وهذا يعتمد على فاعلية الذات وتركيب الهدف.

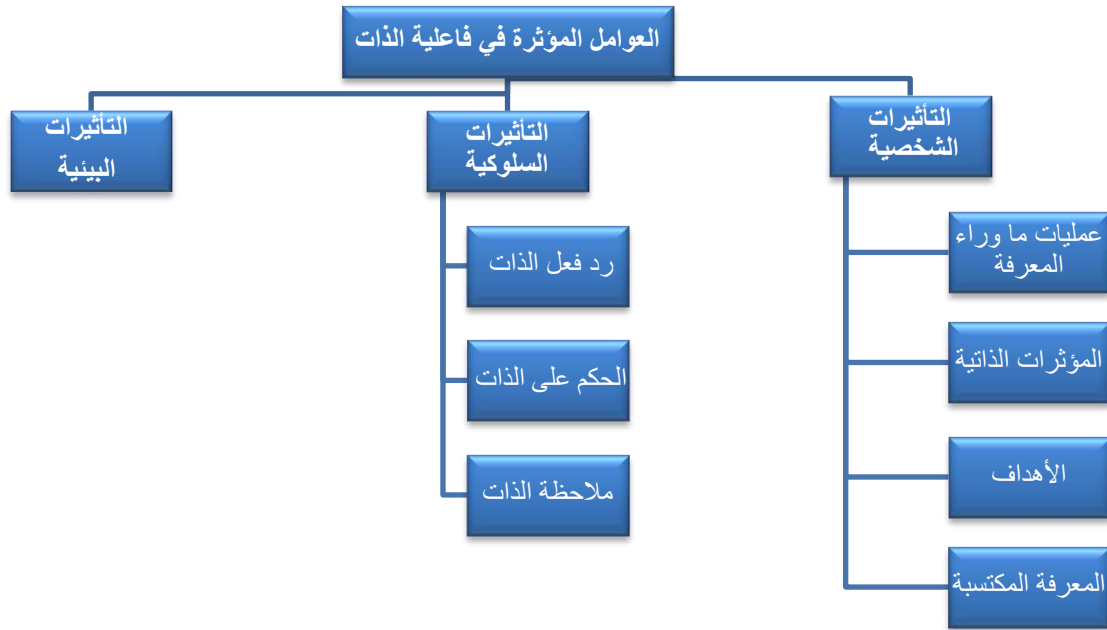
ج . رد فعل الذات الذي يحتوي على ثلاثة ردود هي:

- ردود الأفعال السلوكية وفيها يتم البحث عن الاستجابة التعليمية النوعية .
- ردود الأفعال الذاتية الشخصية وفيها يتم البحث عما يرفع من استراتيجيتهم أثناء عملية التعلم.
- ردود الأفعال الذاتية البيئية وفيها يبحث الأفراد عن أنسب الظروف الملائمة لعملية التعلم.

المجموعة الثالثة : التأثيرات البيئية:

لقد أكد باندورا على موضوع النمذجة في تغيير إدراك المتعلم لفاعلية ذاته مؤكداً على الوسائل المرئية (سالم،دون،ص138).

شكل رقم (7): العوامل المؤثرة في الكفاءة الذاتية.



6- سمات ذوي الكفاءة المرتفعة وذوي الكفاءة المنخفضة:

ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة يتميزون:

- ✓ بمستوى عال من الثقة بالنفس .
- ✓ لديهم قدر عال من تحمل المسؤولية .
- ✓ لديهم مهارات اجتماعية عالية وقدرة فائقة على التواصل مع الآخرين .
- ✓ يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم.
- ✓ لديهم طاقة عالية .
- ✓ لديهم مستوى طموح مرتفع.
- ✓ يعززون الفشل للجهد غير الكافي .
- ✓ يتصفون بالتفاؤل .
- ✓ لديهم القدرة على التخطيط للمستقبل .
- ✓ لديهم القدرة على تحمل الضغوط .

بينما ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة فيتميزون بأنهم:

- ✓ يخلون من المهام الصعبة .
- ✓ يستسلمون بسرعة .

- ✓ لديهم طموحات منخفضة .
- ✓ ينشغلون بنقائصهم ، ويهولون المهام المطلوبة .
- ✓ يركزون على النتائج الفاشلة .
- ✓ ليس من السهل أن ينهضوا من النكسات .
- ✓ يقعون بسهولة ضحايا للإجهاد والاكتئاب (مصبح، 2011، ص48).

7- الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي:

اهتم باندورا بفاعلية العلاج النفسي وإجراءاته ، فهو يؤمن بأنه لابد وأن تبني الإجراءات العلاجية على فهم جيد للميكانيزمات الأساسية والتي بواسطتها يظهر التغيير المطلوب كما أنه يجب أن نطبق هذه الإجراءات على مستوى عيادي حتى يكون لدينا شاهد واضح على قوة تأثيرها وفعاليتها. وحسب باندورا فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية أي عندما تصبح فعالية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد (يخلف، 2001، ص103) .

وترجع أهمية معتقدات الكفاءة الذاتية لكونها تؤثر على اختيارات الفرد لأي النشاطات يشترك فيها بما في ذلك النشاطات المتعلقة بصحته، وكم من جهد يبذله في موقف ما، وكم من وقت يستغرقه في أداء مهمة، وكذلك استجابته الانفعالية أثناء توقعه لموقف ما واستغراقه فيه . من الواضح أن يفكر الفرد ويشعر ويتصرف بشكل مختلف في المواقف التي يشعر فيها بالثقة في قدرته، عن المواقف التي لا يشعر فيها بالأمان أو الكفاءة. وبالتالي فإن الأفراد سيختلفون في أفكارهم ودافعيتهم وانفعالاتهم وأدائهم في المواقف وفقا للفروق بين معتقدات الكفاءة الذاتية. وفي بحث متعلق مع هذه المسألة درس باندورا وسيرفون (Bandura& Cervone,1983) تأثيرات الأهداف ومعتقدات الكفاءة الذاتية على الدافعية والمثابرة في أداء إحدى المهام. في هذا البحث قام المبحوثون بأداء نشاط مجهد في ظل وجود أو غياب هدف من النشاط، وكذلك في ظل وجود أو غياب مردود يمكنه أن يؤثر على معتقداتهم عن كفاءتهم الذاتية. وبعد فترة بذلوا فيها بعضا من النشاط المبدئي، وضع المبحوثون تقديرا عن درجة رضاهم أو عدم رضاهم إذا أدوا نفس المستوى من الأداء في جلسة، وكذلك قدروا ما أدركوه عن مستوى كفاءتهم الذاتية بالنسبة لمستويات الأداء المختلفة الممكنة. وبعد ذلك تم قياس أدائهم في الجلسة التالية. وقد وجد أن الجهد التالي كان في أشد مستوياته عندما كان المبحوثون راضيين عن أدائهم الذي كان دون المستوى، وعندما كانت أحكامهم عن كفاءتهم الذاتية مرتفعة . بعبارة أخرى، من الواضح أن معتقدات

الكفاءة الذاتية تلعب دورا في المثابرة على أداء المهمة. كما أن زيادة معتقدات الكفاءة الذاتية وتقويتها يعد جزءا مهما أيضا في الجهود العلاجية المبذولة لجعل المرضى يواجهون المواقف المخيفة لهم، ويتجنبون الانتكاسة بعد جهود التغلب على أنماط سلوك الأكل والشرب والتدخين، أو أية سلوكيات أخرى غير صحية (برافين، 2010، ص144).

وواحدة من أكثر الجهود البحثية الباهرة مؤخرا كانت ربط معتقدات الكفاءة الذاتية بالصحة. ومحور هذا البحث هو علاقة الكفاءة الذاتية المدركة بأداء الجهاز المناعي. فنتوفر دلائل على أن المشقة الشديدة يمكن أن تؤدي إلى خلل جهاز المناعة، في حين أن تحسن القدرة على مواجهة المشقة يمكن أن يزيد من كفاءته. وفي تجربة مصممة لفحص أثر الكفاءة الذاتية المدركة للتحكم في الضغوط على جهاز المناعة، وجد باندورا وزملاؤه أن الكفاءة الذاتية المدركة قد زادت في الواقع من الأداء الوظيفي لجهاز المناعة (برافين 2010، ص144). وفي هذا البحث، تم اختبار مبحثين من المصابين بالربو (الخوف من الشعبتين)، تحت ثلاثة ظروف: مرحلة خط الأساس الضابط، حيث لا يتعرض المبحثون فيها للمثير المخيف، ومرحلة اكتساب كفاءة ذاتية مدركة، ويتم خلالها مساعدة المبحثين على اكتساب إحساس بدرجة من كفاءة التعايش، ومرحلة لأعلى كفاءة ذاتية مدركة بمجرد ما يطور المبحثون الإحساس بكفاءة تعايش تامة. وفي كل مرحلة تم سحب كمية قليلة من دم المبحثين وتحليلها للكشف عن وجود الخلايا التي تساعد على تنظيم جهاز المناعة. فمثلا تم قياس مستوى خلايا (T) المساعدة، المعروف أنها تلعب دورا في تدمير الخلايا السرطانية والفيروسات. وقد أشارت هذه التحليلات إلى أن الزيادة في معتقدات الكفاءة الذاتية كانت مصاحبة للارتفاع في أداء جهاز المناعة، كما استدل عليه من زيادة مستوى خلايا (T) وهكذا، فعلى الرغم من أن تأثيرات المشقة يمكن أن تكون سلبية إلا أن نمو الكفاءة المدركة في مواجهة الضغوط يمكن أن تكون لها خصائص تكيفية قيمة على مستوى أداء جهاز المناعة. (برافين، 2010، ص145) وثبت أيضا من خلال دراسات أخرى أن توقعات الكفاءة الذاتية مؤشرات شخصية قوية في التعامل مع الإجهاد، وهناك أدلة على أن لتوقعات الكفاءة الذاتية عند التعامل مع الضغوط تأثير على وظيفة المناعة، فقد استنتج باندورا أن تنمية توقعات الكفاءة الذاتية تقود إلى رفع قوى المناعة وأيضا إلى تحسين استراتيجيات التغلب فبناء القناعات التفاضلية يمكن أن يعوض الضعف الحاصل في جهاز المناعة الناجم عن الإجهاد (رضوان، 1997، ص29). كما وأن الأشخاص الذين لديهم فعالية ذات عالية هم أكثر قدرة على السيطرة على الألم من أولئك الذين لديهم انخفاض في الفعالية الذاتية.

فقد أشارت نتائج مينينغ ورايت (Manning & Writ,1983) إلى أن الأشخاص الذين يمتلكون توقع كفاءة مرتفع يستطيعون تحمل مقدار أعلى من الألم وبالتالي يحتاجون أيضا إلى كميات أقل من الأدوية المسكنة للألم من أولئك الذين يمتلكون توقع كفاءة منخفض. وتشكل الدراسات المتعلقة بالتغلب على الألم قبل الولادة مثالا حول ذلك، (رضوان، 1997، ص29). وبالتالي يمكن العمل في الخطط العلاجية على تقوية الكفاءة الذاتية لمواجهة الألم الذي يصاحب مرضى السرطان خاصة في المراحل المتقدمة منه.

وقد أظهرت مجموعة من الدراسات وجود علاقة بين الإجهاد واستراتيجيات التغلب على الإجهاد أو المشقة وتوقعات الكفاءة، حيث تعتبر توقعات الكفاءة جزء من موارد التغلب التي يمتلكها شخص ما. كما وان التقدير المعرفي للإجهاد أو المشقة يرتبط بموارد التغلب هذه. و أمكن إثبات أنه كلما كانت توقعات الكفاءة الذاتية أعلى كانت ارتكاسات الإجهاد أو المشقة اضعف (رضوان، 1997، ص29).

كما وأن توقعات الكفاءة الذاتية مؤشرات جيدة للتنبؤ بالقيام بسلوكيات للكشف عن سرطان الثدي (مثل الفحص الذاتي للثدي). أيضا وُجد أن توقعات الكفاءة الذاتية تُمكن من التنبؤ بنتائج برامج رقابة استهلاك الكحول، و ثبت أيضا أن توقعات الكفاءة الذاتية مؤشرات شخصية قوية في التعامل مع الإجهاد. وقد تبين أيضا أن للكفاءة الذاتية تأثير على ضغط الدم ومعدل ضربات القلب و مستويات الكاتيكولامينات عند التعامل مع المواقف الصعبة أو المهددة، وانتعاش القلب والأوعية الدموية (Schwarzer,2003).

وكان من الواضح وجود فعالية لعلاج المرضى الذين يعانون من أمراض القلب و التهاب المفاصل الروماتويدي عند تعزيز معتقدات الكفاءة الذاتية لديهم، وكذا تخفيف الألم والتهاب المفاصل بسبب تعزيز الكفاءة (Schwarzer,2003). هذه الفعالية يمكن تعميمها على بقية المرضى الذين يعانون أمراض مزمنة ومستعصية بما في ذلك مرضى الأورام السرطانية.

إن لتوقعات الكفاءة الذاتية تأثير على البرامج العلاجية، كبرامج التغذية، إتباع نظام غذائي، ومراقبة الوزن، والتغذية الوقائية يمكن أن تحكمها معتقدات الكفاءة الذاتية من خلال دورة التنظيم الذاتي. وقد وُجد أن للكفاءة الذاتية فعالية أفضل عندما يكون التغيير في نمط الحياة العامة. بما في ذلك ممارسة الرياضة البدنية، وتقديم الدعم الاجتماعي حيث تكون احتمالية الانتكاسة أقل. كما وجدت تشامبليس وموراي (1979) أن من الأشخاص الذين يعانون من زيادة

الوزن أولئك الذين كان لديهم شعور عال من الكفاءة الذاتية كانوا أكثر استجابة للعلاج السلوكي.
(Schwarzer,2003)

وإلى جانب الأمثلة المذكورة أعلاه هناك مجموعة من الأمثلة الأخرى حول توقعات الكفاءة وتعديل السلوك في مجالات مثل النشاطات الرياضية والسلوك الجنسي والعدوى والاكتئاب والتوقف عن التدخين واستخدام الواقي لدى الذكر في الممارسة الجنسية الصحية (رضوان،1997،ص29) التي تبرهن فاعلية توقعات الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي، الأمر الذي قاد تصور توقعات الكفاءة الذاتية ليصبح نموذجاً أساسياً في إطار علم نفس الصحة إلى جانب النماذج الأخرى التي تسعى إلى تفسير السلوك الصحي والسلوك الخطر عند الناس(رضوان،1997،ص29).

تعد الكفاءة الذاتية من الأبعاد المهمة في الشخصية لمالها من اثر كبير في سلوك الفرد وتصرفاته، حيث تلعب دوراً رئيسياً في توجيه السلوك وتحديده، ووفقا لباندورا، فان هناك أربعة محددات لمعتقداتنا عن الكفاءة الذاتية: انجازات الأداء الفعلي، الخبرة بالمشاهدة، والإقناع اللفظي، والاستثارة الانفعالية. كما أن الصورة التي يكونها الفرد عن إمكانياته العقلية والمعرفية التي تطورت عبر التنشئة الأسرية والمواقف الحياتية والخبرات السابقة التي تفاعل معها تزوده بتصور يحدد فيه توقعاته للنجاح او الفشل الذي يواجهه عند تعرضه لمواقف وخبرات معينة، وبالتالي فإن مفهوم الكفاءة الذاتية يعمل عمل الدوافع نحو النجاح إذا كانت الخبرات السابقة ناجحة، ونحو الفشل اذا كانت الخبرات السابقة محبطة، ويعتمد الفرد في تطوير مفهوم كفاءته الذاتية المدركة على المقارنات التي يجريها بين ما لديه من قدرات وإمكانيات واستعدادات وبين قدرات رفاقه وإمكانياتهم واستعداداتهم، ويمكن قياس توقعات الكفاءة وفق ثلاث سمات هي : مستواها، عموميتها و ثباتها. حيث تختلف معتقدات الفرد عن فعالية ذاته تبعاً لهذه الأبعاد. أما العوامل المؤثرة في فعالية الذات فهي التأثيرات الشخصية والمتمثلة في المعرفة المكتسبة، عمليات ما وراء المعرفة و الأهداف. و التأثيرات السلوكية وتشمل ثلاث مراحل هي ملاحظة الذات الحكم على الذات و رد فعل الذات ، وأخيرا التأثيرات البيئية.

إن إدراك المرء لذاته وقدراته وبأنه يمتلك السيطرة على المثير الضاغط، ترتبط عادة بتكيف أفضل مع هذا المثير. كما لوحظ في حالات الأمراض المزمنة والمستفحلة كمرض السرطان والذي نتناوله في هذه الدراسة ونخص بالذكر سرطان الثدي، إن الإحساس بالفعالية الذاتية يعتبر غاية في الأهمية للتكيف مع المرض، كما وان لتوقعات الكفاءة الذاتية تأثير على البرامج العلاجية.

الفصل الثالث: مصدر الضبط الصحي

1. تعريف مصدر الضبط
2. التطور النظري لنظرية مصدر الضبط
لروتز وظهور مصدر الضبط الصحي
3. أبعاد مصدر الضبط ومصدر الضبط الصحي
4. مصادر مركز الضبط
5. مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي
6. أنماط مصدر الضبط الصحي

يعتبر مصدر الضبط (Lieu de contrôle) متغير سيكولوجي هام يفسر من خلاله السلوك الإنساني كما يُمكن أيضا من التنبؤ بالسلوك. وقد نشأ هذا المفهوم -أي مصدر الضبط- من خلال أعمال جوليان روتر (1954) (Julian Rotter) في نظرية التعلم الاجتماعي، ثم قام كل من فارز (Phares) وجيمس (James) بتطويره ليحتل مكانة هامة في بحوث علم النفس الاجتماعي والشخصية. ويشير مصدر الضبط إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث و المواقف التي يمر بها و الشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها. (الأحمد، 2001، ص209).

وقد قام "Rotter" بتصنيف الأفراد بناء على نوعية التعزيز ولإدراكاتهم لمعنى الحدث إلى نوعين: أصحاب وجهة الضبط الخارجي External Locus of Control، وهم من يدركون أن الأحداث لا تتوقف على سلوكهم الخاص، بينما تعتمد على الحظ أو القدر، أو الآخرين الأقوياء، أو القوى المحيطة بهم، وأصحاب وجهة الضبط الداخلي Internal Locus of Control، وهم من يدركون أن الأحداث تتوقف على سلوكهم الخاص وإلى عوامل تتعلق بشخصيتهم مثل الذكاء أو المهارة . (ياركندي، 2003، ص)، ويرى روتر أن مركز الضبط كمتغير من متغيرات الشخصية يهتم بالمعتقدات التي يحملها الفرد بخصوص أي العوامل هو الأكثر تحملا للنتائج الهامة في حياته، من خلال إدراكه للعلاقة السببية بين السلوك ونتيجته وهذا ما يجعل الأفراد يختلفون في تفسير معنى الأحداث المدركة بالنسبة لهم بسبب طبيعة التعزيز المتوقع لهذه الأحداث، فهم يميلون أكثر إلى تكرار السلوك الجديد إذا تم تدعيمه إيجابيا.

ومصدر الضبط استخدم في العديد من الدراسات الحديثة وخاصة في مجال تعديل السلوك والشخصية والصحة النفسية والعلاج النفسي. أين يعتبر مصدر الضبط الصحي أحد أشكال مصدر الضبط المتعلق بالمجال الصحي.

1- تعريف مصدر الضبط:

مفهوم مصدر الضبط من المفاهيم الحديثة نسبياً في الدراسات السلوكية ولذلك تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي الانجليزي (Control Of Locus) أو المصطلح الفرنسي (Lieu de contrôle) مثل : مصدر التحكم ، وجهة الضبط، موضع الضبط، مصدر الضبط، مركز التحكم وموضع التحكم، محل التبعة... إلخ وهي ترجمات حرفية لا تؤدي إلى نفس المعنى السلوكي للمصطلح الأجنبي.

وقد استخدم روتر مصطلحي الضبط الداخلي للتدعيم Internal Control of Reinforcement في مقابل الضبط الخارجي للتدعيم Externnd control of Reinforcement ، بينما استخدم تلاميذه مع بداية السبعينيات مصطلحاً واحداً فقط هو (Control Of Locus) وهذا يعني موقع الضبط أو مصدر الضبط .

و سيتم خلال هذا البحث استخدام مصطلح "مصدر الضبط" للدلالة على ترجمة المصطلح الأجنبي (Control Of Locus) .

أ- التعريفات الأجنبية:

أ-1- تعريف روتر (Rotter,1966): مصدر الضبط هو عندما يدرك الفرد أن التعزيز الذي يحصل عليه يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة نسبياً فإنه يكون ذا تحكم داخلي أما إذا أدرك أن التعزيز لا يعتمد على سلوكه أو خصائصه يكون ذا تحكم خارجي. بمعنى أن ذوي التحكم الداخلي يعتقدون أن التدعيمات المتعلقة بأفعالهم وتصرفاتهم ترتبط بعوامل داخلية تتعلق بشخصيتهم، أما ذوي الضبط الخارجي فيعتقدون أن ما يحدث لهم من أحداث يرجع أساساً إلى العوامل الخارجية كالحظ و الصدفة أو تأثير الآخرين من ذوي النفوذ (يخلف، 2001، ص91).

يُلاحظ من خلال تعريف روتر بأنه اعتبر مركز الضبط متغير يتعلق بمعتقدات الفرد بخصوص أداءه للسلوك وما يترتب عليه من نتائج.

أ-2- تعريف كراندل (Crandall , 1973): الضبط الداخلي هو أن يتصور الأفراد أن الأحداث الايجابية التي تحدث لهم تكون نتيجة جهودهم الخاصة، بينما الأحداث السلبية تكون نتيجة القدر و الحظ والصدفة. أما الضبط الخارجي هو أن يتصور الأفراد أنهم مسؤولون عما يحدث لهم من مآسي. أما الأحداث الايجابية فتكون من كرم الآخرين أو من القدر (معمرية، 2012، ص15).

يختلف تعريف كراندل عن تعريف روتر وحتى تعريفات بقية الباحثين، حيث يصنف مصدر الضبط حسب نوعية الأحداث ايجابية أم سلبية. أين يرى أن الأحداث الايجابية عند ذوي الضبط الداخلي تعزى لذواتهم أما عند ذوي الضبط الخارجي فتعزى للآخرين أو الحظ، بينما الأحداث السلبية عند ذوي الضبط الداخلي تعزى للقدر والحظ بينما لدى ذوي الضبط الخارجي فتعزى لذواتهم.

أ-3- تعريف ماريا روب (Maria Rupp, 1974): أن اعتقاد الفرد في سماته الشخصية هو الذي يجعله يحدد مصدر التعزيزات. فإذا اعتقد أن سماته الشخصية هي التي لها القدرة على التأثير في أحداث حياته، فانه يكون ذا مصدر داخلي. أما إذا نسب التعزيز إلى الحظ أو الصدفة، مثل الحوادث المفاجئة أو الربح في اليانصيب، فيكون ذا ضبط خارجي (معمرية، 2012، ص15).

حسب تعريف روب فإن الفرد داخلي الضبط يعتقد في قدرته الشخصية، بينما الخارجي الضبط فيعتقد في الحظ والصدفة.

أ-4- تعريف تيفورد (Teford, 1981): يرى أن الناس ينسبون نجاحهم الشخصي إلى القدرة والجهد (عوامل داخلية)، بينما يلقون بفشلهم على الحظ السيئ أو ظروف خارجية لا يتحكمون بها. في حين يميلون إلى عزو فشل الآخرين إلى تصرفاتهم المتأصلة (معمرية، 2012، ص15). الملاحظ لهذا التعريف أنه يركز على النجاح أو الفشل لدى الفرد فالنجاح بسببه والفشل بسبب الآخرين بينما فشل الآخرين فبسببهم وحدهم، بمعنى أن التعريف يعتمد على إحصاء حالات النجاح وحالات الفشل لتحديد مصدر الضبط.

أ-5- تعريف ورييل و ستيل ويل (Worill&Still Well, 1981): مركز الضبط يصف التوقع العام للفرد حول العلاقة بين مجهوده ومهاراته وهدفه في النجاح والتفوق (معمرية، 2012، ص15).

بالرغم من أن هذا التعريف كان شامل لحد ما، فهو يعتبر مصدر الضبط توقع معمم إلا أنه لم يتم الإشارة لنوعي مصدر الضبط.

أ-6- تعريف موريس (Morris, 1982): مصدر الضبط يعتمد على كيفية تأثير التدعيمات في السلوك. حيث يميل ذوو الاعتقاد في الضبط الداخلي أن يروا أنفسهم سادة على أقدارهم وعلى أنهم أصل تعزيزاتهم وما يحصلون عليه من مكافآت، أما ذوو الضبط الخارجي فيميلون إلى أن يؤكدوا على الحظ والصدفة (معمرية، 2012، ص15).

وهو تقريبا ما أتى به روتر فهو اعتقاد الفرد في أصل التعزيز وقد ميز بين ذوي الضبط الداخلي والخارجي.

أ-7- تعريف ليفكورت (Lefcourt، 1984): هو بعد من أبعاد الشخصية يؤثر في العديد من أنواع السلوك و أن الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم و السيطرة في أموره الخاصة و العامة يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط و التمتع بحياته و إمكانية توافقه مع بيئته (مراقة، 2009، ص45).

يعتبر ليفكورت مصدر الضبط بعدا من أبعاد الشخصية له علاقة بتوافق الفرد مع بيئته.

ب- التعريفات العربية:

ب-1- تعريف أبو ناهية (1984): هو اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يحدد لدرجة كبيرة ما الذي سيحدث في حياته أو بيئته المحلية، وأنها تتقرر دائماً بأفعاله الخاصة وقدراته وأنه يستطيع تجنب الأحداث السيئة التي تواجهه فيها، وأنه قادر على حماية مصالحه الشخصية وحصوله على ما يريد ويرجع ذلك إلى عمله وجهد (أبو سكران، 61، 2009).

في تعريف أبوناية لمصدر الضبط تمت الإشارة وبشكل واضح لذوي مصدر الضبط الداخلي مع إهمال ذوي المصدر الداخلي، فهو تعريف ركز على جانب واحد فقط من جانبي مصدر الضبط.

ب-2- تعريف صفوت فرج (1986): هو متغير أساسي من متغيرات الشخصية يتعلق بتفكير الفرد، و أي العوامل هي الأقوى و الأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته، العوامل الذاتية من مهارة و قدرة و كفاءة، أم عوامل خارجة عن نطاق الفرد كالمصادفة و الآخرين الأقوياء (مراقة، 2009، ص45).

يرى فرج في التعريف أن مصدر الضبط متغير هام من متغيرات الشخصية.

ب-3- تعريف رجاء الخطيب (1990): هو إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج و الأحداث هل هي مسؤولية داخلية يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة و قدرته الشخصية، أم أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد (موسى، 1988، ص212).

نلتمس في التعريف السابق أن الخطيب ركز على مسؤولية الفرد عن نتائج السلوك

ب-4- تعريف يعقوب (2002): هو إدراك الفرد لموقع القوى التي تتحكم بالتعزيز، سواء كانت هذه القوى تقع داخل الفرد ويكون مسؤولاً عنها ويتحكم فيها، أو خارجة عنه ولا يمكن التحكم

فيها وينظر إليه من منظور تعليمي وهي مدى توقع الفرد لاحتفال أن يؤدي ذلك السلوك إلى تعزيز وطبيعة الموقف النفسي، لذلك فإن التنبؤ بالسلوك يتطلب معرفة هذه المتغيرات.

وأخيراً ومن وجهة نظر Mc Connell فإنه يشير إلى أن بعض الناس يعتقدون أنهم أسياد على أقدارهم ويتحملون مسؤولية ما يحدث لهم. ويعتقد آخرون أنهم لا حول ولا قوة لهم فيما يتعلق بأقدارهم، حيث أنهم يعتبرون أنفسهم مخلوقات تتحكم فيها قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها. فإنه لا توجد أنماط نقية من الفئتين (معمرية، 2012، ص15). كما ولا يجب الوقوع في خطأ الاعتقاد أن أي فرد يجب أن يكون إما من الذين يعتقدون في الضبط الداخلي، أو من الذين يعتقدون في الضبط الخارجي، فلكل فرد درجة على خط متصل يمتد بين الطرفين، فالاختلاف بين الفئتين هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع.

من خلال عرض بعض التعريفات الواردة في التراث العلمي لمفهوم مصدر الضبط يمكن أن نستخلص أن مصدر الضبط يشير إلى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول أو غير مسؤول عن السلوك وعن نتائجه، حيث يعتقد ذوي الضبط الخارجي أن ما يحدث لهم من أحداث يرجع إلى الحظ و الصدفة أو الآخرين، أما ذوي الضبط الداخلي فيعتقدون أنهم مسؤولون عما يحدث لهم، كما وأن فئتي ذوي الضبط يقعان على خط متصل.

2- التطور النظري لنظرية مصدر الضبط لروتر وظهور مصدر الضبط الصحي:

أبرز روتر (Rotter) من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي مفهوم مصدر الضبط أين قدم هذا المفهوم في نسق نظري متكامل مستند إلى مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمعرفية حيث أعطى تفسيراً للسلوك الإنساني في كونه يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ويكتسب من التفاعل مع الآخرين.

يعتقد روتر أن باستطاعة البيئة مراقبة السلوك وإن حدوث السلوك بصفة كاملة لا تحدده الطبيعة أو أهمية الأهداف والتعزيز لكن بتوقعات الأفراد لنتائج سلوكهم وبالأخص الرابط السببي الذي يربط به الفرد سلوكه مع الحصول على التعزيز (Hansenne, 2003, P.153).

يشير التعزيز في نظرية التعلم الاجتماعي لروتر إلى كل من لديه التأثير على مصادفة وتوجه ونوع السلوك ويعتقد روتر أن التعزيزات لها قيمة، أي أن الفرد يختار من بين التعزيزات الممكنة التعزيز الذي له قيمة أكثر. مثال إذا كان لدينا أكثر من مشروع (تعزيزات) في نهاية الأسبوع نختار المشروع الذي يؤدي إلى الاستمتاع (Hansenne, 2003, P.153).

إن المفهوم الأساسي في النظرية هو التوقع وتعريفه تقييم الفرد لاحتمال ظهور التعزيز نتيجة سلوكه في وضعية معينة، ويصر روتر على أن الوضعية الواحدة مختلفة من فرد لآخر لتفسير السلوك، فسلوكياتنا تملئها علينا توقعاتنا في معظم الحالات، بالرجوع إلى المثال السالف إننا نختار مشروع نهاية الأسبوع حسب توقعاتنا، المشروع الأكثر أهمية. بمعنى آخر أن السلوك هو نتيجة التعزيزات ونتيجة التوقعات فإذا كانت التعزيزات والتوقعات مرتفعة فإن احتمال حدوث السلوك يكون مرتفع والعكس إذا كان التعزيز والتوقع منخفضان ينقص احتمال حدوث السلوك (Hansenne,2003 ,P.155).

ويمكن إيجاز المسلمات التي تقوم عليها نظرية التعلم الاجتماعي لروتر فيما يلي:
(شهاب، 2010، ص 12)

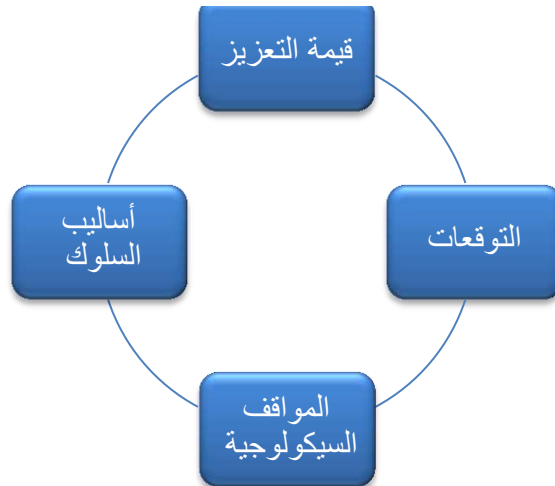
- ✓ إن الشخصية يتم تعلمها على أساس تفاعل الفرد وبيئته المدركة ذات المعنى أي أن الكثير من السلوك يحدث في بيئة مليئة بالمعاني من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- ✓ توجد وحدة في الشخصية، إذ أن هناك علاقة متبادلة بالنسبة لخبرات الشخص أي تفاعلاته مع البيئة، ان الشخصية بكل مظاهرها المستقرة هي موضوع البحث إذ تلتحم الخبرات الجديدة بالشخصية بواسطة التراكم المعرفي، وعلى الرغم من أن عملية التغير تظل ممكنة عن طريق تفضيل الخبرات الجديدة المناسبة.
- ✓ يقرر روتر أن السلوك لا يرتبط فقط بالأهداف أو بأهميتها بل يتحدد أيضاً بتوقع الفرد أن هذه الأهداف ستتحقق .
- ✓ يوصف السلوك الإنساني بأنه سلوك هادف فقد يكون من أجل هدف يناضل الفرد لتحقيقه، أو من أجل استبعاد ضرر يسعى لتجنبه، ويشير هذا المفهوم إلى مبدأ الدافعية في السلوك، فيمكن تحديد الدوافع الإيجابية والسلبية عن طريق ملاحظة السلوك المباشر فالحدث أو المثير يتحدد كمعزز إيجابي إذا كان سلوك الشخص موجهاً نحو تحقيق هدف معين، وعندما يحاول الأفراد تجنب شيء ما يكون الهدف سلبياً ومن هنا يعتبر أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي التوقعات محددات أولوية للسلوك. (شهاب، 2010، ص 12)

أما المفاهيم الأساسية في النظرية فهي:

- ✓ إمكانية السلوك هو القدرة الكامنة لأي سلوك يحدث في أي موقف من المواقف، او في أكثر من موقف كما هو محسوب بالنسبة لأي شكل أو مجموعة من أشكال التعزيز (التدعيم) .

- ✓ التوقع : هو الاحتمالية الذي يضعها إنسان ما بأن التعزيز يحدث كوظيفة للسلوك المحدد الذي سيقوم به في موقف معين أو في مواقف معينة (حجاج، 1986، ص192)، والتوقع نوعان: نوع خاص يعتمد على القدر الذي اكتسبه الفرد من الخبرات ، وآخر عام يعتمد على انتقال التعلم من مواقف أخرى يلاحظها الفرد.
- ✓ قيمة التعزيز أو التدعيم :هي درجة تفضيل المرء ورغبته في حصول تعزيز ما، إذا كانت فرص حصول أشكال التعزيز الأخرى البديلة المتساوية (حجاج، 1986، ص192).
- ✓ الموقف النفسي: هو البيئة الداخلية أو الخارجية أو كليهما معاً والتي تحفز الفرد بناء على خبراته وتجاربه السابقة كي يتعلم كيف يستخلص أعلى مستوى من الإشباع في أنسب مجموعة من الظروف، فحالة الفرد في موقف ما تؤثر في تحديد قيمة التعزيز والتوقع ومن ثم تؤثر على القدرة الكامنة لإمكانية حدوث سلوك ما (شهاب، 2010، ص12).

شكل رقم (8): محددات السلوك حسب "روتر".



مصدر الضبط:

في حالات محددة كل الأفراد يمكن لهم إدراك الرابطة بين السلوك والتعزيز بنفس الطريقة ويكون توقع المكافئة من وظيفة الخبرات السابقة المتشابهة فمثلاً إذا كان التلميذ متعود على النجاح في الامتحانات سيكتسب ميلاً نحو النجاح. فماذا يحدث عند مواجهة وضعيات جديدة ؟ هنا يظهر متغير آخر ولقد اظهر روتر أن الأفراد لديهم نوعين من التوقع والذي يمكن أن نصنفهم كطريقتين في التعريف بالعلاقة الموجودة بين السلوك والتعزيز ويتعلق الأمر بمصدر الضبط الذي هو عبارة عن الدرجة التي عندها يعتقد الفرد أن نتائج سلوكه متعلقة بمهاراته الخاصة أو أنها متعلقة بخصائصه الفردية من ناحية، أو أنها متعلقة بمتغيرات عشوائية أخرى كالحظ، القدر، الآخرين من ناحية أخرى، في الحالة الأولى نتحدث عن مصدر الضبط الداخلي

أما في الحالة الأخرى يكون مصدر الضبط خارجي، إن مصدر الضبط الداخلي يمكن ملاحظته عند الأفراد الذين يعززون العلاقة بين السلوك والتعزيز إلى عوامل فردية، مثال إذا فشل الطالب في الامتحان فانه يرد ذلك إلى عدم تحضيره الجيد أو انه كان متعب، كما أن مصدر الضبط الخارجي يكون عند الأفراد الذين يفسرون العلاقة الموجودة بين السلوك والتعزيز إلى عوامل خارجية .

يقول روتر بان مصدر الضبط ليس من سمات الشخصية لأنه يتغير حسب الوظيفة والموقف، فمثلا عند خبرة ما يكون توقع الأفراد للنتائج مرتبط إما بالخطأ أو مرتبط بمهاراتهم على سواء فإنهم سيتصرفون بطريقة مختلفة على ضوء التعليمات التي يتلقونها (Hansenne,2003 ,P.155).

مصدر الضبط الصحي:

يشير مفهوم مصدر الضبط الصحي (HLC) حسب والستون (Wallston,1978) ومعاونوه إلى الدرجة التي يعتقد الفرد فيها أن صحته تتحكم فيها عوامل داخلية (ذاته) أو خارجية (الخطأ أو الصدفة أو الآخرون من الأطباء والعاملين في حقل الصحة...) (جبالي،2007،ص67)، بمعنى هو درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات أو التعابير مثل أنا المسؤول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخرون يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض، بقاء بصحة جيدة مجرد حظ (عزوز،2009،ص27).

مصدر الضبط الصحي مستمد من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر ،حيث أسس روتر مقياس مصدر الضبط الداخلي الخارجي أحادي البعد يتكون من 29 بند و يقيس الخصائص ثنائية القطب للشخصية، الذي يسمح بتقييم اختلاف الأشخاص حسب معتقداتهم و درجة تعزيزاتهم. إلا انه يوجد أحيانا بعض المشاكل في هذا المفهوم والذي يعترف به روتر هو انه يتطابق مع الرغبة الاجتماعية التي مفادها أن الأفراد يرغبون في نيل إعجاب الآخرين وذلك بإظهار الخصائص المعززة في المجتمع كالنزاهة والوفاء والطيبة فعند ما يجيب الأفراد على أسئلة مقياس مصدر الضبط يريدون إظهار صورة جيدة عنهم ويريدون ترك انطباع جيد عنهم لدى المعالجين أو الباحثين أكثر من إعطاء صورة حقيقية عن أنفسهم بالإضافة إلى أن بنود

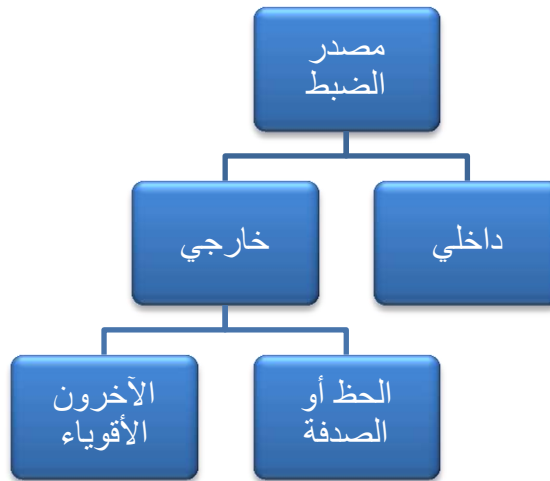
المقياس تمتاز بالشفافية ويمكن الإجابة عنها دون صعوبة و حتى التكهن بنوع الإجابة لإظهار امتلاك التحكم الداخلي (Hansenne ,2003, P.157).

و في فترة (1973-1976) شككت Hannah Levenson في أحادية البعد حيث قامت بتطبيق مقياس روتر على العديد من العينات و أثبتت أن التنبؤ و الفهم يمكن تحسينه بدراسة القضاء و القدر بمعزل التحكم الخارجي و قوى الآخرين، كما ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى بربارا وكنيث والستون (Wallston & Barbara) حيث قاما بإعداد أداة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم.

3- أبعاد مصدر الضبط ومصدر الضبط الصحي:

مصدر الضبط ذو بعدين داخلي و خارجي وهذا حسب ما قدمه روتر. وتبعاً لذلك فالأفراد ينقسمون إلي فئتين فئة التحكم الداخلي، وفئة التحكم الخارجي.

شكل رقم (9): أبعاد مصدر الضبط.



أ- مصدر الضبط الداخلي:

يعرفه يعقوب (2002) بأنه اعتقاد الفرد أن أي حدث أو فعل أو ما سوف يحدث يكون مرتبطاً ارتباطاً مباشراً بأفعاله، وهو يرجع هذه الأفعال لما بذله من جهد وما أظهره من مهارة عالية سواء كانت النتائج إيجابية أو سلبية (أبو سكران، 2009، ص59). أي أن ذوو الضبط الداخلي مسؤولون عما يحدث لهم فيعززون نجاحهم وفشلهم إلى ذواتهم، ففي حالة النجاح يرجع الفرد السبب إلى قدراته ومهاراته وجهوده، وفي حالة الفشل يرجع السبب إلى إهماله وتهاونه وعدم حرصه (بدوي، 2013، ص412).

وبمعنى آخر أن ذوي الضبط الداخلي يعتقدون أن ما يحدث لهم من مواقف هي تحدث بسببهم سواء كانت ايجابية أم سلبية.

و أهم الخصائص الذي يتميز بها أفراد فئة الضبط الداخلي هي:

- ✓ البحث والاستكشاف للوصول إلي المعلومات ، ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في البيئة. فضلا عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بشكل أو أشكال مختلفة.
- ✓ القدرة على تأجيل الإشباع ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم.
- ✓ يأخذون خطوات تتسم بالفعالية والتمكن لتحسين حال بيئتهم.
- ✓ المودة والصداقة في علاقاتهم مع الآخرين .فهم أكثر حبا واحتراما من قبل الآخرين وأكثر تعاونا ومشاركة للآخرين، وأكثر توكيدية تجاه الآخرين.
- ✓ العمل والأداء المهني حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذين يعملون فيه والبيئة المحيطة بهم كما أنهم أكثر إشباعا ورضا عن عملهم.
- ✓ التحصيل و الأداء الأكاديمي، حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي وأساليبهم في حل المشكلات، كما أنهم أكثر تفتحاً ومرونة في التفكير وأكثر إبداعاً، وأكثر تحملاً للمسائل والمشكلات الغامضة (بن زاهي، 2012، ص29).
- ✓ الصحة النفسية والتوافق النفسي، فهم أكثر احتراماً للذات وأكثر قناعة ورضا عن الحياة وأكثر اطمئناناً وهدوءاً وأكثر ثقة بالنفس وأكثر ثباتاً انفعالياً، وأقل قلقاً، وأقل اكتئاباً، وأقل إصابة بالأمراض النفسية .
- ✓ يكونون أكثر حذراً أو انتباهاً لتلك النواحي المختلفة من البيئة التي تزودهم بمعلومات مفيدة لسلوكهم المستقبلي.
- ✓ يعطون قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة أو الأداء، ويكونون عادة أكثر اهتماماً بقدراتهم وبفشلهم أيضاً (بدوي، 2013، ص413).
- ✓ وعليه فإن أفراد فئة الضبط الداخلي يتميزون بصفات ايجابية تساعد على تحقيق النجاح في حياتهم الخاصة وفي مجتمعهم بصفة عامة. (بن زاهي، 2012، ص29) .

ب- مصدر الضبط الخارجي:

الضبط الخارجي: حسب "روتر" وهو أن يدرك الفرد أن التدعيم الذي يلي أفعاله وتصرفاته الشخصية أمراً مستقلاً، وغير متسق بصورة دائمة مع تصرفاته فإنه يدركه كنتيجة للحظ أو للصدفة أو القدر أو كنتيجة لتأثير الآخرين من ذوي النفوذ . (ياركندي، 2003، ص)

كما ويعرفه يعقوب (2002) بأنه اعتقاد الفرد أن ما حدث له في مواقف معينة ليس مرتبطاً بما يفعل في هذه المواقف، بل هو مرتبط بالحظ أو القدر أو بسبب تدخل آخرين ويرجع نجاحه أو فشله في حقيقة الأمر إلى عوامل خارجية لا تخضع لإرادته (أبو سكران، 2009، ص60). بمعنى أن ذوي الضبط الخارجي يعتقدون أنهم ليسوا المسؤولون عما يحدث لهم سواء نجاحاً أو فشلاً، ويعزون ذلك إلى الحظ أو القدر أو الآخرين الأقوياء.

ويتميز الأفراد ذوو الضبط الخارجي بـ:

- ✓ يكون لديهم سلبية عامة وقلة في المشاركة والإنتاج .
- ✓ ينخفض لديهم الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الأحداث.
- ✓ لديهم فشل في التوقعات للأحداث (توقعات منخفضة للنجاح).
- ✓ يتصرفون في المواقف بأسلوب غير ملائم وفعال.
- ✓ يفتقرون للثقة في القدرة على ضبط ما يحدث في مواقف معينة (مراzone، 2008، ص51).
- ✓ يرجعون الحوادث الإيجابية أو السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي.
- ✓ تنخفض لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة (أبوسكران، 2009، ص62).
- ✓ المساييرة المفرطة و انعدام الثقة بالنفس.
- ✓ أكثر قلقاً واستياء ، وتمرکز حول الذات والتحكم فيها .

حسب أهم الصفات المميزة لكلتا الفئتين يتضح أن أفراد فئة الضبط الداخلي لديهم مزايا أكثر مقارنة بفئة الضبط الخارجي، وبالرغم من ذلك يذكر فاريز (1976 Phares) أن أفراد فئة الضبط الداخلي لا يتصفون كلهم بالفعالية والتفوق حيث وجد بعضهم متصلبين، قاسيين أخلاقياً، يواجهون المشكلات بانفعال مبالغ، لا يتعاطفون مع الآخرين أو يقدمون لهم المساعدة لأنهم يعتقدون أن الشخص الذي يواجه المشكلات هو المسؤول عنها وهو من وضع نفسه فيها وبالتالي عليه أن يواجهها بنفسه ولا يجوز تقديم المساعدة له. كما ويذكر أن ذوي الضبط الخارجي لديهم مهاراتهم النوعية التي لا تتوفر لدى داخلي .

في الحقيقة "روتر" لم يقصد أن يقسم الناس إلى داخلي الضبط أو خارجي الضبط، إلا أنه يرى أن هناك بعض الدلالات الشخصية بالنسبة لبعض الخصائص العامة للأفراد الذين يصنفون على أنهم مرتفعون أو منخفضون على بعد الاعتقاد في الضبط الداخلي مقابل الضبط الخارجي (معمرية، 2011، ص17)، وبمعنى آخر أنه ليس كل فرد إما داخلي الضبط أو خارجي الضبط وإنما لكل فرد درجة على خط متصل طرفيه الفئتين المذكورتين.

ج- أبعاد مصدر الضبط الصحي

قامت ليفنسون سنة (1974) بتقسيم مصدر الضبط الصحي إلى ثلاث أبعاد داخلي، ذوي النفوذ، الحظ. أما بربارا ووالستون فقد قاما بإعداد أداة تقيس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم، تتكون من (18) عبارة تنصب في ثلاثة أبعاد كل بعد يحتوي على ست عبارات (يخلف، 2001، ص93) هي:

- البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي: ويقاس مدى اعتقاد الفرد بأنه مسؤول عن صحته أي أن مصدر صحته داخلي ويرجع أساسا إلى عوامل داخلية وبالتالي مسؤولية صحته تقع على عاتقه.

- بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي (خارجي): ويقاس هذا البعد مدى اعتقاد الفرد بأنه غير مسؤول عن صحته أي أن مصدر صحته هو خارجي ويتحكم فيها ذوي النفوذ من أطباء و أفراد العائلة و الأصدقاء.

- بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي: ويعكس هذا البعد مدى اعتقاد الفرد بأن صحته أو مرضه يحدث بمجرد الصدفة أو سوء الحظ أو القدر.

حسب مفهوم مصدر الضبط الصحي فإن ذوي التحكم الداخلي للصحة يعتقدون أن صحة الفرد هي مسألة تتعلق بما يقوم به هذا الأخير من نشاطات صحية ايجابية كي يحمي صحته ويرتقي بها. ويعتقد ذوي التحكم الخارجي عكس ذلك، أي أن صحتهم يتحكم فيها ذوي النفوذ أو عوامل أخرى كالحظ والصدفة.

د- أنماط مصدر الضبط الصحي:

ركزت معظم الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى (08) أنماط محتملة كما يقترح والستون و آخرون (1978) انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد و هذه الأنماط هي:

- 1- داخلي خالص (درجات مرتفعة على مصدر الضبط الداخلي و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين و الحظ).
- 2- نفوذ الآخرين خالص (درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين و منخفضة على بعدي الداخلي و الحظ).
- 3- حظ خالص (درجات مرتفعة على بعد الحظ و منخفضة على بعدي الداخلي و نفوذ الآخرين).
- 4- خارجي مزدوج (درجات مرتفعة على بعدي الحظ و نفوذ الآخرين و منخفضة على بعد الداخلي).
- 5- الاعتقاد في الضبط (درجات مرتفعة على بعدي نفوذ الآخرين و الداخلي و منخفضة على بعد الحظ).
- 6- النمط السادس (درجات مرتفعة على بعدي الداخلي الحظ و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين).
- 7- المجيب بنعم (درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة).
- 8- المجيب بلا (درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة). (جبالي، 2007، ص 61).

4 - مصادر مركز الضبط:

إن المصادر التي يعزو إليها الأفراد أسباب حصولهم على التعزيز متعددة بالنسبة للفتنين فإذا كان التعزيز مضبوطا بالعالم الداخلي للفرد، فإن مصادره المحتملة هي ما يلي:

1-4- الذكاء والقدرات العقلية: فالفرد يعتقد أنه يستطيع فهم البيئة وضبط أحداثها لصالحه وهو مسؤول عما يناله من ثواب أو عقاب.

2-4- المهارة والكفاءة والاستفادة من الخبرات السابقة: للسيطرة على البيئة.

3-4- السمات الانفعالية والمزاجية: فالفرد يكون اعتقادا حول نفسه بأنه يتوفر على خصائص تمكنه من التحكم في الأحداث البيئية وينال التعزيزات المرغوبة، وهذه الخصائص هي: الثقة بالنفس الاكتفاء الذاتي، الطموح، المثابرة والجدية (معمرية، 2012، ص 21).

أما إذا كان الحصول على التعزيز مضبوطا بالقوى الخارجية، فإن مصادره المحتملة هي ما يلي (معمرية، 2012، ص 21):

الحظ أو الصدفة: حيث يعتقد الفرد أن العالم غير قابل للتنبؤ أو التأثيرات الاجتماعية غير الخاضعة للعقل من وجهة نظره هي المسؤولة عن نتائج سلوكه.

القدر: فالفرد يكون اعتقاده بأنه لا يمكن أن يغير من مسار الأحداث لأنها مقدرة سلفاً. الآخرون الأقوياء: فالتعزيز يكون في أيدي الآخرين كالأباء والمسؤولين، وهؤلاء لا يستطيع أن يؤثر فيهم لأنه ضعيف.

هذا المصدر مرتبطاً بالأول والثاني، حيث يكون الفرد اعتقاداً بأن العالم صعب والحياة معقدة ويصعب فهمها، وأن نصيب الفرد فيها مقدر سلفاً، وهذا ما يجعل شروط الحصول على التعزيز بعيدة عن الضبط الشخصي.

5- مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي:

يساعد مقياس مصدر الضبط في التمييز بين الأفراد الذين يعتقدون أنه يمكن التأثير في صحتهم بسلوكهم والأفراد الذين لا يجدون أي رابط بين صحتهم و سلوكهم، هذه النقطة مهمة بالذات في التربية الصحية (Hansenne, 157, 2003)، وفي هذا الصدد تبين الدراسات أن مصدر الضبط هو عامل وسيط في حدوث المرض وأن له أهمية في التنبؤ بالسلوك الوقائي من المرض (جبالي، 2007، ص15)، كما أن له تأثير في علاقة المريض والقائمين على الرعاية الصحية.

وقد تناولت العديد من الدراسات العلاقة بين السلوك الصحي ومصدر الضبط الصحي، والتي توصلت في مجملها إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والسلوكيات الصحية كما وتبين أن الداخليين أكثر ايجابية و أكثر محاولة لمواجهة الضغوط. ففي دراسة لوالستون و آخرون (1987) أوضحت أنه من بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مختلفة (التهاب المفاصل ، القصور الكلوي ، الأمراض القلبية....) الذين يتميزون ببعد ذوي النفوذ و خاصة بعد الحظ يمثلون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخليين. وفي دراسة أخرى لوالستون وآخرون حول علاقة مصدر الضبط الصحي الداخلي والسعي للمعلومة المرتبطة بالصحة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم أثبتت أن الأفراد مرتفعي الصحة والذين يتصفون ضمن "الداخليين" يرغبون أكثر في قراءة المعلومات المرتبطة بارتفاع ضغط الدم عن الخارجيين، وهذا ما أكدته دراسة (Sproles, 1977) على مرضى القصور الكلوي أين وجدت أن ذوي البعد الداخلي يعرفون أكثر حول وضعهم ويرغبون في المعرفة ليكونوا مستعدين أكثر للعلاج عن الذين لهم البعد الخارجي، بمعنى أن المعتقدات الداخلية ترتبط بالرغبة في المعرفة أكثر حول المرض (عيادي، 2009، ص65)، أما دراسة فازر Phares (1976) حول مصدر الضبط الخارجي وجد أن الأشخاص الذين لديهم ضبط خارجي كانوا

أكثر خضوع، يمثلون قلق أكثر و تقدير ذات منخفض، وفي دراسة أخرى لفارز (1978) وجد أن الأفراد داخلي الضبط غالبا ما يبحثون عن معلومات عن حالتهم الصحية ويمتلكون مثل تلك المعلومات (أحمان، 2012، ص147). في حين وجد روتر (1966) أن ذوي الضبط الخارجي يمثلون قلق أكثر و مشاكل تكيف و اضطرابات نفسية. أما في دراسة كوهن و ادوارد Cohen & Edward فتوصلا إلى أن التحكم الداخلي يخفف الاضطرابات الناجمة عن وضع ضاغط بينما التحكم الخارجي يضاعفها. فالأفراد ذوي الضبط الداخلي يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أحداث يمكن السيطرة عليها، وذلك لكونهم يشعرون بالتحكم في حياتهم وعالمهم الخاص وهم يسعون أيضا إلى إتباع أساليب صحية ووقائية للتخفيف من وطأة الضغوط بهدف الحفاظ على صحتهم، لاعتقادهم أن سلوكهم الفردي هو المسؤول عن صحتهم ومرضهم (أحمان، 2012، ص149). أما الأفراد ذوي الضبط الخارجي يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أحداث خارجة عن السيطرة ولا يمكن التحكم فيها، لأنهم يشعرون بالعجز واليأس وضعف المسؤولية الشخصية عن ما يحدث في حياتهم وعالمهم الخاص مما يسبب لهم انفعالات سلبية مختلفة منها الضيق والكدر والتي تقوم بدورها على تحريض الاستجابات الفيزيولوجية للضغط والتي يترتب عنها ظهور الأمراض المختلفة (أحمان، 2012، ص149). وفي دراسة أجراها كل من " سيمن وسيمن" في سنة (1983) حول العلاقة بين مركز ضبط الصحة والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية أظهرت نتائجها أن ذوي التحكم الخارجي هم أقل استعدادا وميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية، بينما كان ذوي التحكم الداخلي أكثر ميلا إلى تنفيذ سلوكيات صحية وقائية والعناية بأنفسهم من خلال ممارسات صحية وإجراءات صحية أخرى يتخذونها بثلاثة أضعاف من ذوي التحكم الخارجي، أما "لو" (1982) فوجد علاقة إيجابية بين التحكم الذاتي في الصحة وإتباع القواعد الصحية السليمة وأن ذوي التحكم الخارجي عرضة لحالة العجز المكتسب المرضية والتشاؤم، وفي نفس الوقت هم أقل استعدادا لتنفيذ سلوكيات صحية إيجابية قد تحقق لهم سيطرة أفضل على حياتهم وتجسد طموحاتهم (أحمان، 2012، ص149).

ومن بين الدراسات أيضا دراسات ربطت مصدر الضبط الصحي ببعض السلوكيات الصحية منها دراسة (Bulck, Ross, 1975) التي أظهرت أن مصدر الضبط الداخلي يرتبط بالقدرة على خفض الوزن، ودراسة (Williams, 1972) أكدت علاقة مصدر الضبط الداخلي باستخدام حزام الأمن والبدء بعناية الأسنان الوقائية. وفي دراسة (Grady, 1981) وجدت أن الأفراد الذين

يقرون بممارسة الفحوص الذاتية للثدي ترتبط بارتفاع البعد الخارجي لذوي النفوذ و البعد الداخلي عن أولئك الذين يرفضون ممارسة هذه الفحوص.

ودراسة (Goldstein,1980) وجدت أن المعتقدات الداخلية وتأثير الآخرين ترتبط ايجابيا بإدارة مرض السكر النوع الأول (عيادي،2009،ص65).

ومن ناحية أخرى إن ممارسة الفحص الذاتي للثدي يتقرر جزئيا في ضوء المعتقد الصحي، فالنساء اللواتي يشعرون بوجود قليل من العوائق ويدركن أهمية الفحص كأسلوب للكشف المبكر عن سرطان الثدي، هن اللواتي -على الأغلب- أكثر ميلا لممارسة هذا الفحص. وهذا ينطبق أيضا على النساء اللواتي لديهن على وجه العموم، اهتمام كبير بموضوع الصحة، أو بسرطان الثدي. كما أن القيام بالفحص الذاتي للثدي، يتقرر أيضا في ضوء نظرية السلوك المخطط، لاسيما فيما يتعلق بما يحملنه من اتجاهات ايجابية إزاء الفحص الذاتي للثدي، ومدرجات تؤكد مساندة المعايير الاجتماعية للقيام بممارسة الفحص الذاتي، وتلعب معتقدات الفرد المتعلقة بمصدر الضبط الصحي دورا في التنبؤ بالممارسة الذاتية للفحص. فالمرأة التي تدرك أن بإمكانها التحكم بأوضاعها الصحية، تكون أكثر ميلا لممارسة الفحص الذاتي من النساء اللواتي يعتبرن الصحة أمرا تقررته عوامل عارضة أو عوامل أخرى خارجة عن إرادتهن. ولكن القيام بكيفية الفحص الذاتي تعد أيضا من العوامل المهمة (تايلور،2008،ص215).

إن الثقة الذاتية بتوفر المقدرة على الفحص الذاتي للثدي، يمكن زيادتها من خلال التدريب على نماذج تعد لهذا الغرض. إضافة لذلك فإن مثل هذا التدريب قد يحسن مستوى فعالية الذات المتعلقة بالفحص الذاتي، والتي تعد واحدة من أفضل العوامل التي تنبئ عن إمكانية القيام بالفحص الذاتي الفعال والمتكرر (تايلور،2008،ص216).

وخلاصة القول فإن مصدر الضبط المستمد من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر أدى دون شك إلى القيام بالعديد من البحوث والدراسات، ويعتبر هذا المفهوم مهم جدا في العديد من مجالات علم النفس. و يشير مصدر الضبط إلى اعتقاد الفرد للعلاقات السببية بين السلوك والنتائج، وينقسم إلى بعدين بعد الضبط الداخلي وبعد الضبط الخارجي حيث يقع الأفراد على خط متصل يشكل هذين البعدين طرفي هذا المتصل، وبالتالي يقسمون إلى فئتين فئة الضبط الداخلي و فئة الضبط الخارجي، ففئة الضبط الداخلي يعتقدون أن نجاحهم أو فشلهم يعود لقدراتهم ومهاراتهم، أو عجزهم وتهورهم، بينما فئة الضبط الخارجي فيعتقدون أن سبب نجاحهم أو فشلهم إنما يعود لأسباب ليست لهم بها حيلة، كالحظ والقدر أو أنه هناك من يسيطرون عليهم من الآخرين الأقوياء وذوي النفوذ، ويؤكد روتر على أن لكل فئة خصائص تميزها عن الأخرى.

وقد انبثق من هذا المفهوم مفهوم آخر هو مصدر الضبط الصحي والذي يشير إلى درجة اعتقاد الأفراد بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية، فمنهم من يعتقد أن صحته أو مرضه ترجع لذاته كإتباع نمط صحي معين، ومنهم من يعتقد أن هناك من يتحكم بصحته كالأطباء، ومنهم من يعتقد أن صحته أو مرضه مجرد صدفة أو حظ ليس إلا.

وقد عرف مفهوم مصدر الضبط الصحي استعمالا واسعا في المجالات الصحية المختلفة، حيث استخدمه الأطباء والباحثون في دراسات وبحوث تناولت قضايا الصحة المختلفة، وقد توصلت الدراسات والبحوث إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته.

الفصل الرابع: تطبيقات الكفاءة الذاتية،

و الضبط الصحي في المجال الصحي

1. المقاربات المعرفية الاجتماعية في الصحة
2. تأثير الكفاءة الذاتية و مصدر الضبط الصحي في المناعة.
3. التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية.
4. التأثيرات البيوكيميائية للكفاءة الذاتية لمواجهة العوامل الضاغطة.
5. عمل الميكانيزمات المعرفية واللاويودية في مراقبة الألم.

تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي على الجانب المعرفي الذي بدأ يغلف إجراءات السلوك العلاجي، فمن خلال مفهومها الخاص بمركز الضبط الذي أتى به روتر تستطيع أن تقدم إسهاما له أهميته في مجال الصحة، كما قدم باندورا هو الآخر في السنوات الأخيرة مفهوما في نظرية التعلم الاجتماعي، أين أعتمد باندورا بصورة متزايدة على الطرق المعرفية وبخاصة في أبحاثه على طرق حفز تغير السلوك وهذه الجهود متناغمة إلى حد كبير مع منهج روتر الرائد (حجاج، 1986، ص199).

إن إدراك المرء لذاته وقدراته، وبأنه يمتلك السيطرة على المثير الضاغط، ترتبط عادة بتكيف أفضل مع هذا المثير. كما لوحظ في حالات الأمراض المزمنة والمستفحلة أن الإحساس بالضبط الذاتي أو بالفعالية الذاتية يعتبر غاية في الأهمية للتكيف مع المرض (تايلور، 2008، ص808)، كما وأن لمصدر الضبط الصحي تأثير في حدوث المرض، وفي التنبؤ بالسلوك الوقائي منه، كذلك دورا في العلاج والتغيير من السلوك غير الصحي.

ومن خصائص العلاج الذي يتبع وجهة نظر التعلم الاجتماعي أن أسلوب العلاج يجب أن يتناسب مع المريض ويتطلب هذا مرونة كبيرة من أساليب المعالج، نظرا لعدم وجود أسلوب خاص يمكن أن ينطبق على جميع الحالات. (روتر، 1984، ص156)، وثمة خاصية عامة أخرى من خصائص نظرية التعلم الاجتماعي وهي تطبيق اتجاه حل المشكلات على صعوبات المريض. فمن الممكن عادة فهم المرضى في ضوء فشلهم في مقابلة تحديات التوافق في مجتمعهم وفي استخدام إمكانياتهم أو مميزاتهم. وبالتالي، فالنظرية تؤكد على تنمية مهارات حل المشكلات وتطويرها مثل السعي وراء الطرائق البديلة للوصول إلى الأهداف، وتحليل نتائج السلوك، وفهم دوافع الآخرين، ومحاولة تحليل كيفية اختلاف موقف عن غيره من المواقف. (روتر، 1984، ص157)، هذا ما أدى لظهور العديد من النظريات والنماذج المستمدة من المقاربة المعرفية الاجتماعية والتي تركز معظمها على مفهومي الضبط الصحي والكفاءة الذاتية وهذا ما سيتم تناوله في الفقرة التالية.

1- المقاربات المعرفية الاجتماعية في الصحة

- نموذج الاعتقادات حول الصحة :

إن نموذج الاعتقادات حول الصحة أو (HBM .health belief model) طور من أجل فهم لماذا بعض الأشخاص لا يخضعون لفحوص تسمح بالتشخيص المبكر للمرض، وكذلك لمعرفة والتنبؤ إذا كان الأفراد يتبعون التعليمات الوقائية (Fisher, 2002, p.25)، وحسب هذا

النموذج فان الشخص يتبنى السلوك الصحي بتقييمه لدرجة التهديد المصاحب للمرض والكلفة اللازمة للعمل الوقائي والفائدة منه . إن إدراك الخطر يتأثر بمدى إحساس الفرد بإمكانية إصابته بمرض ما (إدراك قابلية التعرض) واعتقاداته بمدى خطورة المرض (إدراك الخطر) مثال، شخص مدخن يعاني من زيادة الوزن يمكن أن يتعرض إلى أمراض قلبية (إدراك قابلية التعرض) والتي قد تؤدي إلى الوفاة (إدراك الخطر) فعندما يصل التهديد إلى درجة معينة فان احتمال تبني سلوك خاص للوقاية يتعلق باعتقاد الفرد أن الفائدة الناتجة عن الفعل (التقليل من الخطر، تعليمات الأمن) تكون اكبر من الكلفة (جسدية، نفسية، مالية) بالإضافة إلى العراقيل التي يواجهها. في المثال السابق فإن الشخص الذي يعاني من الوزن الزائد فان احتمالية إقلاعه عن التدخين أو ممارسته الرياضة أو إتباع حمية يتعلق بمدى توقعه أن تكون الفائدة الصحية المرجوة من ممارسة هذه السلوكيات اكبر من الكلفة (Fisher ,2002,p.26). زيادة على هذا فان هذا النموذج يحتوي على عوامل ديموغرافية (الجنس و العمر) و نفس اجتماعية (المكانة الاجتماعية، الشخصية) والتي تعمل كمعدلات في إدراك خطر المرض، وعلى عوامل محركة للفعل ضرورية لتحفيز السلوك.

هذه العوامل ذات منشأ داخلي (اختفاء الأعراض) ومنشأ خارجي (الدعاية الإعلامية عبر وسائل الإعلام) فالشخص المدخن في المثال السابق سيتخذ إجراء وقائي عندما يكون ضحية آلام غريبة في القفص الصدري أو أن الطبيب يقرر تغيير نمط حياته. إن هذا النموذج أدى إلى إجراء الكثير من التجارب الامبريقية وقد أثبتت أن هذا النموذج مفيد في تحليل القيام بالسلوكيات الوقائية ويظهر انه لا يمكن تطبيقه في ما يخص السلوكيات المعقدة كالوقاية من السيدا. إن أهم ما يكمن في هذا النموذج بالنسبة للنماذج الأخرى هو إدراك التكلفة ومعوقات السلوك التي تجعل من الفرد يتخذ سلوكيات وقائية وبالتالي تكون التكلفة قليلة .

على ضوء هذه النتائج والتي أدت بدورها إلى اقتراح تعديلات على هذا النموذج من بينها اقتراح (king 1983) والذي يهدف إلى إدخال محددات المعتقدات وبالأخص مسارات العزو السببي والتي انطلقا منها يفسر الفرد سبب المرض، في النموذج المكمل يعتقد ان معلومات العزو تؤثر إما في التفسيرات و إما المعتقدات المتعلقة بالصحة وهذه المتغيرات تنبؤ بالسلوك .

في تحليله النقدي أكد كل من (Sheeran Et Abraham 1995) أن التركيبات المشتركة للنموذج سهلة الفهم والتطبيق حتى لغير الأخصائيين النفسيين وإنها تسمح للمهنيين التدخل بفعالية على مختلف السلوكيات (Fisher, 2002,p-p 27,28) .

- مقارنة عملية التأثير على الصحة :

هذه المقاربة تعتمد على المنظور الاجتماعي المعرفي والذي يعرف بعملية الفعل على الصحة (health action process approach) وهو عبارة عن نموذج نظري استعمل من أجل تحديد تأثير المعتقدات على الكفاءات الذاتية بالنسبة للمتغيرات الأخرى المتعلقة بالصحة.

إن المفاهيم الأساسية لهذا النموذج هو اكتساب و ظهور و الإبقاء على السلوك الصحي والتي تكون على شكل سيرورة تنقسم إلى مرحلتين . مرحلة التحفيز والتي فيها يختار الأفراد الفعل وذلك بخلق النية أو القصد ومرحلة الإرادة أو مرحلة الفعل والتي تهتم بالمتغيرات التي تؤثر في تزايدها واستمرارها. في الحالة الأولى أي مرحلة القصد يتحكم في انجاز الهدف ثلاثة متغيرات على المستوى المعرفي وهي إدراك الخطر، انتظار النتيجة وإدراك الفعالية الذاتية (Fisher ,2002, p.28).

أما مرحلة الفعل فتشمل على ثلاثة مستويات، المستوى المعرفي (انجاز مخطط العمل ومراقبة العمل)، المستوى السلوكي (الفعل)، المستوى الموضوعي (العراقيل أو المصادر الخارجية).

يعتبر مفهوم الكفاءة الذاتية في هذا النموذج أساسية فهي لا تؤثر فقط في مسار القرار بل تؤثر أيضا في بدء واستمرار الفعل، فالاعتقادات في الكفاءة الذاتية تؤثر بصورة خاصة على التكوين المعرفي لمخططات الفعل (التبصر بالسيناريوهات التي تسمح بتحقيق الأهداف) والتي تعتبر ضرورية من أجل عدم السلوك بطريقة خاطئة أو اعتباطية، زيادة على هذا فعندما يبدأ العمل يجب أن يكون مراقب معرفيا .

هناك عدة أبحاث أثبتت أن إدراك الفعالية الذاتية تؤثر بصفة فعالة على القصد والعادات سواء في اكتساب سلوكيات صحية أو في تغيير السلوكيات الخطيرة فإذا كان الأفراد واثقون على أنهم يستطيعون انجاز الأفعال بطريقة فعالة فإنهم يحسون أنهم معنيون أكثر في انجاز هذه الأفعال ويواجهون الصعوبات بطريقة أفضل. (Fisher ,2002,p.25) .

- نموذج مرحلة التغيير:

ظهر هذا النموذج من خلال البحث في التوقف عن التدخين وعلاج الإدمان وشرب الكحول. ويرى هذا النموذج أن تغيير السلوك يكون من خلال التقدم وليس من خلال الموقف، مع اختلاف استعداد الأفراد للتغيير والنشاط. ويكون التغيير بعدة مراحل وهي: مرحلة ما قبل الوعي (عدم الوعي بوجود مشكلة صحية)، مرحلة الوعي الصحي، مرحلة التخطيط (رغبة قوية في التغيير)، مرحلة التنفيذ (التعديل الفعلي للسلوك)، مرحلة الاحتفاظ (تجنب الانتكاس)، وأخيرا مرحلة الانتهاء (قدرة على مقاومة الانتكاس).

وهذا النموذج مفيد في تخطيط البرامج الصحية والمساعدة على اتخاذ تقنيات الإدارة الذاتية (عيادي، 65، 2009).

- النماذج المدمجة :

اقترح كل من روتر وششام وكوين (Chesham& Quine & Rutter) نموذج عام من اجل دمج النتائج الأساسية للنماذج التقليدية هذا النموذج يهدف إلى تحديد المتغيرات التي تربط بين الأصناف الاجتماعية (المستوى الاجتماعي، الدخل، السكن) هذه المتغيرات تكون على صنفين.

المتغيرات الاجتماعية الانفعالية والتي تشمل على الخبرات وحضور أو غياب الدعم، هذه المتغيرات لها تأثير مباشر على الردود الانفعالية، لأنها تستطيع على سبيل المثال إحداث القلق أو الاكتئاب أو نقص في تقدير الذات.

المتغيرات المعرفية و التي تحتوي على مداخل إلى المعلومات والمعارف والاستعدادات المعرفية (المعتقدات، السلوك والمراقبة الذاتية) ويعتبر مفهوم المواجهة coping أساسي في هذا النموذج .

إن المتغيرات المعرفية و الاجتماعية الانفعالية تعتبر من المؤثرات في الموارد و الاستراتيجيات التي بواسطتها يواجه الأفراد الصعوبات والمشاكل .

إن هذا النموذج يطبق من اجل التنبؤ ببعض السلوكيات كالتشخيص المبكر لسرطان الثدي و تبعيات الحمل (Fisher, 2002, p-p28 ,30) .

- النموذج التكاملي و المتعدد العوامل:

مؤخرا استحدث نموذج تكاملي في علم النفس الصحي يأخذ في الحسبان العوامل التي تمت دراستها بصورة منفصلة .

✓ عوامل بيئية: حوادث في الحياة، الشبكة الاجتماعية، التعرض لمختلف عوامل الخطر.....الخ

✓ عوامل فردية: السمات، نمط السلوك،....الخ والتي تلعب دور في وقائي أو عكس ذلك.

✓ عوامل تفاعلية: تفاعل الفرد مع المحيط والتي تلعب دور وظيفي أو اضطرابي.

إن كل من هذه المجموعات من العوامل تساهم في تفسير المعايير المتنوعة في الأبحاث كالصحة النفسية أو الجسدية وأحيانا الاجتماعية.

هذا النموذج يلائم بصورة خاصة الأبحاث العرضية أين تقاس كل المتغيرات في نفس الوقت والأبحاث الطولية أين تقيم الأحداث السابقة ثم التفاعل بين الفرد ومحيطه ثم الحالة الصحية اللاحقة في أوقات مختلفة، في الواقع تقيم العوامل البيئية والفردية في أول الوقت على أنها حوادث من الماضي أو على أنها إشارات، والعوامل التفاعلية على أنها معدلات حقيقية وتقيم الصحة في نهاية المسار، إن هذا النموذج هو نموذج مرن بما فيه الكفاية ليلائم بعض التنبؤات الطبيعية المختلفة (الاحتراق النفسي، العودة إلى العمل، المهارات الاجتماعية والوظيفية، الاكتئاب...الخ) لذلك يجب أن يكون دقيق ومحدد لكل تكيف ولكل سياق يرغب في دراسته وكل مجتمع يراد ملاحظته، كما يلائم هذا النموذج عوامل الخطر وعوامل التشخيص (Fisher,2002, p-p.30-32).

2- تأثير الكفاءة الذاتية و مصدر الضبط الصحي في المناعة:

تؤكد العديد من الدراسات بأن للعوامل النفسية الاجتماعية تأثيرا في الجهاز المناعي، هذا التأثير يكون عن طريق الرابط العصبي، العصبي الكيميائي، والرابط العصبي الغددي، بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي، فالاستجابات البيولوجية الناتجة عن الكفاءة الذاتية كتنشيط الجهاز المستقل وإفراز الكاتيكولامينات تؤثر في تعديل الجهاز المناعي (Bandura,2007,p.412).

بإستطاعة المناعة الخلوية، والخلايا الطبيعية القاتلة (NK) بصورة خاصة، أن تقوم بوظيفة الرقابة في الجسم والقضاء على الخلايا السرطانية، والخلايا المصابة بالفيروس. كما أن نجاح العلاج والشفاء يعتمد بدوره على نجاح أساليب تعزيز المناعة لدى الأفراد (تايلور، 2008، ص 816)، من خلال تطوير أساليب علاجية تتضمن العمل على زيادة الكفاءة الذاتية و التغيير في معتقدات مصدر الضبط الصحي من الخارجي إلى الداخلي. لهذا كان من الضروري إلقاء نظرة على المناعة.

أ- الجهاز المناعي:

إن خلايا الجهاز المناعي التي تتولد في نقي العظم والعقد اللمفية والطحال وال тимوسية، تستعمل بروتينات صغيرة من أجل اتصال بعضها ببعض. وبوسع هذه المراسيل الكيميائية أيضا أن تبعث إشارات إلى الدماغ عبر الدم أو المسالك العصبية، وثبت علميا أن هناك رابطة قوية بين الدماغ والمناعة تتكون من ألياف ذات طاقة ادرينالية adrenergique وبيبتيدية تنبثق من النخاع الشوكي تقوم باستثارة الغدد اللمفاوية thymus، والنخاع العظمي، والطحال والأنسجة اللمفاوية عن طريق الجهاز الودي، وعند التحام هذه الألياف بالأعضاء تتفرع وتتوسع وتتحد بشكل قوي مع الكريات البيضاء وهنا تتكون مشابك حقيقية تدعى الالتصاق العصبي المناعي (Bottaccioli, 2012,p-p. 254-256).

في أواخر القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين أثبتت الأبحاث التي قام بها كل من دافيد فالتر وكارن بيلوتش مجموع الالتحامات بين الجهاز الإعاشي والأعضاء اللمفاوية، وأثبتت انه ليس كل من الجهازين الودي والنظير ودي فقط هما اللذان لهما ترابطات مع الخلايا المناعية بل حتى الجهاز المحيطي له ترابطات مع الخلايا المناعية .

إن الشبكة الممتدة من الألياف العصبية والتي تحيط بأجزاء كبيرة من الأعضاء لها اتصالات قوية مع الخلايا البيضاء والخلايا المناعية الأخرى، تفرز البيبتيدات والنواقل العصبية في المناطق التي تحدث فيها الاستجابات المناعية والالتهابية. إن المثبرات التي تأتي من الجهاز العصبي الحافي لها دخل في الشبكة المعقدة من المثبرات والتفاعلات التي تحدد الاستجابة الالتهابية.

لقد كان هناك تغير واضح ومهم في المفهوم السائد أن نشاط الخلايا المناعية يكون بعد التعرف على الأجسام الغريبة، بل إن نشاط الخلايا المناعية T يكون مستقلا عن وجود أو التعرف على الأجسام الغريبة. وإن من بين المنشطين للخلايا المناعية نجد المواد التي يفرزها الجهاز العصبي كالدوبامين والنورادرينالين والنوروبيبتيدي المادة p(sp) والنوروبيبتيدي (y)، السوماتوستاتين (somatostatin)، البيبتيد الخاص بتنشيط الأوعية المعوية (vip) البيبتيد المرتبط مع الكالستونين (ggrp). هذه المواد هي المواد التي اكتشفت في الأبحاث إلا أن في الحقيقة تقوم النهايات العصبية بإفراز مواد أخرى. (Bottaccioli, 2012, p-p. 254-256.)

يمكن للضغط النفسي أن يحد من قدرة الخلايا القاتلة في القضاء على الأورام السرطانية. وتدل هذه النتيجة على أهمية نشاط الخلايا القاتلة في المحافظة على بقاء بعض مرضى السرطان على قيد الحياة خصوصا مرضى سرطان الثدي. (تايلور، 2008، ص819). أين تعمل مواقف التحدي أو التهديد على استثارة الاستجابة الكربية للدماغ، التي تعمل بدورها على إطلاق هرمون ينبه تيقظا فيزيولوجيا وينظم الجهاز المناعي. والمكونات المفتاحية للاستجابة الكربية هي: الوطاء والموضع الأزرق في الدماغ والغدة النخامية والجملة العصبية الودية وغدة الكظر.

يعد المحور HPA (الوطاء - النخامة - الكظر) مكونا مركزيا لاستجابة الدماغ الهرمونية العصبية للكرب. فعندما ينبه الوطاء، يُفرز الهرمون المحرر للموجهة القشرية (CRH) في الجملة البابية النخامية، التي تزود النخامة الأمامية بالدم. وعندئذ ينبه الهرمون CRH النخامة لتفرز في الدم الهرمون الموجه لقشرة الكظر (ACTH). ثم يدفع هذا الهرمون غدة الكظر لتحرر الكورتيزول، الهرمون المتعارف للكرب، والذي يستثير الجسم لواجه مواقف التحدي. بيد أن الكورتيزول يعدل آنئذ الاستجابة الكربية بتأثيره في الوطاء، لينشط التحرير المستمر للهرمون CRH. ولكونه أيضا منظما مناعيا قويا، فإن الكورتيزول يعمل على أجزاء من الجهاز المناعي كي يمنعها من أن تفرط في فاعليتها، فلا تلحق الأذية بالخلايا والنسج الصحيحة.

يمكن للدماغ والجهاز المناعي إما أن يُنبه أو يثبط أحدهما الآخر. فخلايا الجهاز المناعي تنتج السيتوكينات (إشارات كيميائية)، التي تنبه الوطاء عبر الدورة الدموية أو الأعصاب المنتشرة في أنحاء الجسم. ويُنشط الهرمون CRH، الذي ينتجه الوطاء، ويعمل تحرير الكورتيزول على إخماد الجهاز المناعي. وبتأثيره في جذع الدماغ، فإن الهرمون CRH ينبه الجملة العصبية الودية التي تستثير الأعضاء المناعية، وينظم هذا الهرمون الاستجابات الالتهابية في أنحاء الجسم كافة. ويؤدي تعطل هذه الاتصالات بأية طريقة من الطرق، إلى استعداد أكبر للإصابة بالأمراض وإلى مضاعفات مناعية. إذن الزيادة في إفراز الكورتيزول تقلل مناعة الجسم، حيث تقلل من الخلايا اللمفاوية، والخلايا القاتلة الطبيعية، وتزيد في نفس الوقت من الخلايا السرطانية (علي، 2002، ص20).

تمتد السبل الصادرة عن العصبونات المفرزة للهرمون CRH في الوطاء إلى الموضع الأزرق في جذع الدماغ. وتؤثر سبل مستقلة لعصبونات وطائية أخرى (متجهة إلى جذع الدماغ) في فاعلية الجملة العصبية الودية التي تعدل الاستجابات الالتهابية، كما أنها تنظم الفعاليات الاستقلابية والقلبية الوعائية. ويحدث تنبيه الموضع الأزرق بواسطة الهرمون CRH سلوكا صائنا كالتيقظ والخوف. ويزود الموضع الأزرق بدوره الوطاء بتغذية ارتجاعية، ليستمر في إنتاج الهرمون CRH، ويؤثر أيضا في الجملة العصبية الودية. وإن التغذية الارتجاعية الذاتية التثبيط تُبقي على فعاليات الهرمون CRH والموضع الأزرق تحت السيطرة.

تنتقل الإشارات المناعية إلى الدماغ عبر الدورة الدموية إما مباشرة وإما بصورة غير مباشرة. فالخلايا المناعية، كالوحدات (نمط من الخلايا الدموية البيض)، تنتج مرسالا كيميائيا، يعرف بالإنترلوكين 1 (IL-1) الذي لا يجتاز عادة الحاجز الدموي الدماغي. بيد أن أوعية دموية دماغية تحوي موصلات فيها مَسْرَب، تسمح لجزيئات الإنترلوكين 1 بالعبور إلى الدماغ. عندئذ تفعل هذه الجزيئات المحور HPA وجملا عصبية أخرى. كما أن الإنترلوكين 1 يترابط بمستقبلات موجودة على الخلايا البطانية (التي تبطن الأوعية الدموية الدماغية). ويدفع هذا الترابط إنزيمات الخلايا لتنتج أكسيد النتريك أو البروستاغلاندينات prostaglandins، التي تنتشر إلى الدماغ وتؤثر مباشرة في العصبونات.

يُعدّ تبديل الفاعلية الجينية للخلايا المناعية أحد تأثيرات الكورتيزول. وإن مستقبل الكورتيزول في الخلية المناعية تربط ببروتينات ضخمة. فعندما يدخل الكورتيزول الخلية وينضم إلى مستقبله، ينزاح البروتين وتنسبط المستقبل. وعندئذ تنضم المستقبل إلى الـ DNA في النواة، مغيرة بذلك انتساخ الخلية RNAm وإنتاجها للبروتين. ويتربط جزيئان آخران، هما c-foc

و c-jun، بالمستقبل لزيادة نوعية فعلها. تغادر البروتينات المُنْتَجَة الخلية وتؤثر تأثيراً مباشراً في إنتاج السيوكينات واللمفاويات.

ويمكن للكرب النفسي أن يؤثر في استعداد المرء للإصابة بالأمراض الخمجية. فتنظيم الجهاز المناعي بواسطة منظومة الكرب الهرمونية العصبية يزودنا بالأساس البيولوجي لفهم الكيفية التي يؤثر وفقاً لها الكرب في هذه الأمراض.

كما وارتبطت أساليب من نوع الكبت والإنكار والتجنب مع انخفاض الوظيفة المناعية للجسم، كما ارتبطت الأحداث الضاغطة الشديدة، وأساليب التعامل الشاقة باضطرابات طويلة الأمد في جهاز المناعة، وتبين أن سوء تنظيم الجهاز المناعي قد يستمر لسنوات حتى بعد انتهاء الحدث الضاغط (علي، 2002، ص15). في حين أن البيئة الإيجابية المشجعة لعلاقات اجتماعية واسعة أو لمعالجات نفسية جماعية، تعزز الاستجابة المناعية ومقاومة الأمراض. كما أن النسوة اللواتي أصيبن بسرطان الثدي مثلاً ويتلقين أثناء المرض تشجيعاً اجتماعياً إيجابياً قوياً، تكون أعمارهن أطول بشكل بيّن من أعمار قريناتهن اللواتي كن محرومات من ذلك التشجيع.

وقد أكدت أبحاث هيغو بسدوفسكي (Hugo Besdowsky) في سنوات السبعينات إضافة إلى أبحاث كبيرة هي الأخرى، أثبتت أثر الكورتيزون في تعطيل المناعة. وثبت في سنوات التسعينات أن فرط إفراز الكورتيزون المتواصل والناتج عن نظام الضغط يؤدي إلى تثبيط استجابة النظام المناعي الموجود على بروفيل TH1، ويضعه على النظام المناعي بروفيل TH2 وبشكل موازي أثبتت الأبحاث الحديثة أن الكاتيكولامينات لها نفس التأثير، إذا فقد تأكد الدور التثبيطي للضغط للمناعة وبالتحديد على الجهاز المناعي TH1 الذي يمثل الاستجابات المناعية ضد الفيروسات والتحويلات الخبيثة للخلايا. لكن، إذا كانت الاستجابة للضغط هي استجابة بيولوجية أساسية تضع الجسم في مواجهة الحدث الضاغط فلماذا إذن تلغى الاستجابة المناعية. إن تفسير هذا التناقض ممكن إذا أضفنا للضغط عامل الوقت، فالضغط الحاد والذي يستمر لوقت محدد له أثر تنشيطي للجهاز المناعي وهذا يمكن إثباته بوصف جرعات قليلة من الكورتيزون والكاتيكولامين. فالجرعات الفيزيولوجية للكورتيزون تزيد في إفراز مضادات الأجسام وتكاثر الخلايا البيضاء T4 نفس الشيء بالنسبة للكاتيكولامينات فهي تقوم بتنشيط الخلايا القاتلة والخلايا البيضاء B5 وذلك على مدة زمنية قصيرة. ففي مدة زمنية متوسطة أو طويلة يقوم كل من الكورتيزون والكاتيكولامين بإلغاء النشاط المناعي وذلك بوضع الجهاز المناعي في صيغة TH2 ويقوم الكورتيزون بإتلاف بروفيل السيوكين Cytokine وذلك عن

طريق إلغاء IL-12 وإعطاء الأفضلية لـ IL-4 و IL-10 ، نفس الشيء بالنسبة للكاتيكولامين والذي له نفس الأثر. من هذه الزاوية نرى أن الضغط المزمن له نفس تأثيرات العلاج الكيميائي الذي يشمل الكورتيزون (Bottaccioli,2012,p-p.254-256).

فعندما يكبت المرء انفعالاته على الدوام ولا يبدي أي انفعال، يفرز الجسم هرمون الكورتيزون بكميات كبيرة، مما يؤدي إلى خلل في وظيفة هذا الهرمون. ووجد أن أمراضاً كثيرة مردها إفراز مزمن لهذا الهرمون، وأهمها السرطان.

وهناك وجهة نظر أخرى على مستوى الضغط (Stress) و استراتيجيات المواجهة (coping) ونتائج مقاومة السرطان، حيث أخذت بعض الدراسات في السنوات الأخيرة في البحث عن العلاقة الموجودة بين التحكم في الضغوط والسرطان. وقد توصلت أن بعض الأفراد المضغوطين stressé واجهوا السرطان بطريقة جيدة في ما يخص معاودة المرض وزيادة مدة الحياة أكثر من الأفراد الهادئين. في الواقع إن الأفراد المصابين بالسرطان الذي لديهم أحسن مآل للمرض ليس الأفراد الأكثر كرباً (stress) بل الأفراد الذين لديهم القدرة على المواجهة (coping) والقدرة على استعمال مواردهم الخاصة بطريقة موسعة (fischer;2002) والمقصود هنا ذوي الكفاءة الذاتية العالية.

ب- تأثير مركز الضبط في الجهاز المناعي:

يرى روتر (1966) في نظريته عن وجهة الضبط أن وجهة الضبط الداخلية التي تعني اعتقادنا العميق بأن أفعالنا تؤثر في المواقف التي نعيشها – وبالطبع ليس كل المواقف- تضمن لنا مستو مرتفعاً من الصحة، وهو نفس الأمر الذي أكدته علماء المناعة النفسية العصبية حيث وجدوا أن استجابة الفرد تقع على متصل أحد طرفيه وجهة الضبط الداخلية والطرف الآخر وجهة الضبط الخارجية، وموضع الفرد على هذا المتصل يحدد مستوى صحته. فوجهة الضبط الداخلية والشعور بالسيطرة يؤثر إيجابياً على التوازن البيوكيميائي في الجسم، ومن ثم الاحتفاظ بمستوى مرتفع من الصحة الجسمية، بينما يؤدي افتقاد السيطرة إلى إفراز ثلاثة موصلات عصبية ذات أثر سيء على الصحة، وهذه الموصلات هي: السيروتونين الذي تتضمن وظائفه تنظيم المزاج، وإزالة الألم عن طريق تنشيط إفراز الاندروفين. والموصل الثاني هو الدوبامين المسؤول عن الإحساس بالإثابة والسعادة واللذة. والموصل الثالث هو النورايبينفرين الذي يؤدي تكسيره في المشبكات العصبية إلى حالة الاكتئاب ويعد الابينفرين والدوبامين من أهم الموصلات العصبية

المسؤولة عن النشاط والنوم والشهية والمزاج والجنس والتدعيم واللذة، ومن ثم يلعبان دورا هاما في الوظيفة العقلية. وعندما يقل الإحساس بالسيطرة ينخفض مستوى هذين الموصليين، ويحدث نتيجة لذلك العديد من الاضطرابات في الوظائف السابقة، كما يزيد إفراز الكورتيزون الذي يقلل من المناعة فتصبح أكثر عرضة للإصابة بالأمراض (علي، 2002، ص39).

ج- تأثير الكفاءة الذاتية في الجهاز المناعي:

هناك عدة أبحاث تفترض انه يمكن التأثير في الجهاز المناعي بواسطة عوامل نفس اجتماعية هذا التأثير على التعديل المناعي يكون كما سبق الذكر عن طريق الروابط العصبية، الكيميائية، والعصبية الغدية، بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي فالأجهزة البيولوجية هي أجهزة مترابطة ببعضها البعض، فالاستجابات البيولوجية الناتجة عن الكفاءة الذاتية كتنشيط الجهاز المستقل وإفراز الكاتيكولامينات يؤثر في تعديل الجهاز المناعي وهناك ثلاثة طرق من خلالها يمكن للكفاءة الذاتية التأثير على الجهاز المناعي، وهي عن طريق الضغط والاكتئاب والتعلم بالتوقع (Bandura, 2007, p.412).

الوساطة عن طريق الضغط : عدم القدرة على التحكم في الأحداث الضاغطة يؤدي إلى إضعاف الجهاز المناعي وبالتالي إلحاق الضرر بالصحة، والتعرض للعوامل الضاغطة دون التحكم فيها يثبط نشاط الوظيفة المناعية، بينما في حالة التحكم فيها أي العوامل الضاغطة بكفاءة لا يؤثر على المناعة. وقد ثبت ذلك من خلال دراسات أجريت على حيوانات تم تعريضها لعوامل فيزيقية ضاغطة غير متحكم فيها تختلف في الشدة وفي الإزمان.

إن للخلايا المناعية مستقبلات للأندورفينات والبيبتيدات الأوبيودية تؤثر سلبا في السيروتات المناعية، فقد ثبت مثلا أن انخفاض سمية الخلايا القاتلة الطبيعية الناتجة عن عدم القدرة على التحكم في العوامل الضاغطة تكون عن طريق الأندورفينات، وعندما تعطل الميكانيزمات الأوبيودية بواسطة مضادات Opiacés فإن الضغط الناتج عن عدم فعالية المواجهة يفقد قدرته على الكف المناعي (Bandura, 2007, p.413).

تزيد الضغوط لدى الأفراد عندما يتعلمون تسيير البيئية وتوسيع كفاءاتهم، فالضغط الذي ينشط عند الشعور بالكفاءة قد يكون إيجابيا ومختلفا عن الضغط الذي ينتج عن مواقف صعبة لا تكون للفرد فيها أي قدرة على التحكم، كما أثبت بعض الدراسات أن التعرض للعوامل الضاغطة يصاحبه عادة ضعف في الجهاز المناعي ويظهر ذلك في نقص تكاثر اللعفاويات تجاه استثارة

مولد الانقسام الخلوي، وانخفاض في نشاط اللمفاويات التائية والخلايا القاتلة الطبيعية، بالإضافة إلى تحكم مناعي أقل في الفيروسات الكامنة وانخفاض إنتاج الأنترفيرون وإصلاح غير جيد لـ ADN اللمفاويات المعرضة للأشعة X (Bandura,2007,p.413) .

الوساطة عن طريق الاكتئاب: إن الاكتئاب والحزن يخفضان من الوظيفة المناعية ما يزيد من التعرض للأمراض، وكلما أشد الاكتئاب كلما كان هبوط المناعة أكثر. والاكتئاب له علاقة مع الأمراض الالتهابية عند ظهور وانتشار الأورام الخبيثة و تكاثر الخلايا السرطانية، غير أن الطريقة التي يتم بها تأثير الاكتئاب على الوظيفة المناعة غير معروفة. وتشير بعض المعطيات أن هبوط الوظيفة المناعية يتوسطه سياق انفعالي قبل التغيرات السلوكية المصاحبة لمستوى النشاط أو سلوكيات الغذاء والنوم. وتشير هذا النتائج إلى أن الشعور بضعف الكفاءة يؤثر سلبا على المناعة وذلك عن طريق تأثيرات وسيطة للاكتئاب وذلك بطرق متعددة. كما أن إدراك عدم الكفاءة في التطابق مع معايير صارمة للقيم الذاتية وكذا تحقيق نشاطات مرضية يؤدي بالضرورة إلى الاكتئاب بالإضافة إلى أن الشعور بعد الكفاءة المعرفية في توقيف الاجترارات الاكتئابية يساهم في استمرارية وخطورة وطول الفترات الاكتئابية (Bandura,2007,p.416).

الوساطة المركزية : يمكن للجهاز العصبي المركزي تنظيم الوظيفة المناعية، ومنه فإن تفاعلية الكفاءة الذاتية مع المناعة تكون بواسطة تغيير في التوقعات المركزية، فإذا كانت الاستجابات الفيزيولوجية تنشط عادة بإشارات محيطية فإن هذه الإشارات قادرة على تنشيط استجابات فيزيولوجية من خلال تعلم التوقعات.

وقد أثبت تجارب على الحيوان وكذلك على الإنسان أن تعلم التوقعات بإمكانه أن يرفع من الوظيفة المناعية كما يمكنه تخفيضها. فعند إحداث تغيرات معرفية في معتقدات الكفاءة فإن ذلك سيمس تغيرات فيزيولوجية، فرفع الكفاءة الذاتية يؤدي إلى الخفض في استثارة الجهاز العصبي الذاتي، والعكس من ذلك فخفض الكفاءة الذاتية يؤدي إلى رفع استثارة الجهاز العصبي الذاتي. إذن معتقدات الكفاءة الذاتية تتأثر بالوضعية الراهنة فقد تكون لها آثار مثبطة للمناعة أو محفزة لها وذلك حسب طبيعة هذه المعتقدات وطريقة ترجمتها معرفيا (Bandura,2007,p.417).

3 - التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية :

بما أن السلوكيات يمكن لها التأثير على المتغيرات البيولوجية فإن هذا موضوع يجدر التطرق إليه فحدوث مختلف أنواع القلق يصاحبها إفراز الاندورفين داخلي المنشأ والذي يسمى Opoides Morphinomimetiques. إن البحث عن الحداثة يؤدي إلى تحرير متزايد للدوبامين الذي يؤدي بدوره إلى تعزيز الموقف.

فحسب نظرية باندورا، يمكن للعوامل البيئية أن تؤثر في المتغيرات البيولوجية وهذا ما تم تأكيده عن طريق دراسة أجريت على نساء يعشن مع بعضهن البعض حيث تبين أن العادة الشهرية لهن متزامنة بينما لم تكن كذلك من قبل، إلا أن هذه الدراسة لاقت معارضة واعتبرت كعمل منهجي أكثر من أنها ظاهرة واقعية بينما أيدها البعض (Hansenne,2003, p.149).

إن الإحساس بالكفاءة يمكن له تفعيل مسارات بيولوجية مختلفة تعمل كمعدلات للصحة والمرض إن من أكبر التأثيرات البيولوجية للمعتقدات بالكفاءة الذاتية تظهر عندما يواجه الفرد عوامل الضغط الحادة أو المزمدة في الحياة اليومية، ويساهم الضغط الذي هو عبارة عن حالة انفعالية ناتجة عن المخاطر المدركة في إحداث الكثير من الاضطرابات الجسدية (Bandura,2007,p.396). لقد أثبتت التجارب التي أجريت على الحيوانات أن التحكم يعتبر كمبدأ أساسي في فهم الآثار البيولوجية للضغط فالتعرض إلى مصادر الضغط ليس له مخاطر جسدية إذا كانت هناك القدرة على التحكم والعكس صحيح فإذا كان هناك تعرض لنفس المصادر الضاغطة دون وجود القدرة على التحكم يؤدي هذا إلى تفعيل الأنظمة الغدية العصبية، الكاتكولامينيك cathecolaminique والاوبييد opioide، وإلى الإضعاف الوظيفي للجهاز المناعي، إن كل من حدة الضغط و استمراره يتحكم فيهما الضبط المدرك لمتطلبات الحياة اليومية فلقد أثبتت الأبحاث الوبائية والارتباطية أن غياب الضبط السلوكي أو الإدراكي للمتطلبات البيئية تزيد في احتمال التعرض إلى العدوى البكتيرية و الفيروسية مما يساهم في ظهور الاضطرابات الجسدية ويساهم في سرعة تطور المرض (Bandura,2007,p.412). كما استطاع باندورا (1992) أن يثبت أن التشجيع التجريبي لتوقعات الكفاءة الذاتية تسبب في تقوية المناعة (شوارز، 1994، ص 85).

4- التأثيرات البيوكيميائية للكفاءة الذاتية لمواجهة العوامل الضاغطة:

ترى النظرية الاجتماعية المعرفية أن الاستجابات للضغط هي نتيجة لضعف في الإحساس بالكفاءة الذاتية في التحكم في المخاطر والمتطلبات البيئية فإذا كان الأفراد يعتقدون أنهم يملكون القدرة على التحكم في العوامل الضاغطة بفعالية هذه الأخيرة لا تؤثر فيهم (Bandura.2007,p.396).

إن فهمنا للآثار البيولوجية نتيجة التعرض للعوامل الضاغطة غير المتحكم فيها يعتمد على تجارب أجريت على الحيوانات تقتضي وجود عوامل فيزيائية ضاغطة غير متحكم فيها . فالعوامل الضاغطة تأخذ أشكالاً متنوعة تؤدي بدورها إلى ردود جسدية متنوعة مما يتطلب وضع حدود فاصلة بين مختلف العوامل الضاغطة وكيفية التحكم. فالعوامل الضاغطة لا تؤدي فقط إلى الاضطراب لكن تحدث رضوض جسدية قد تؤدي إلى تفعيل المسارات الفيزيولوجية فمعظم العوامل الضاغطة المهمة والتي يجب على الإنسان مواجهتها تتضمن خواطر نفسية، زيادة على هذا فإن معظم الاستجابات للعوامل الضاغطة تتحكم فيها الاعتقادات في الكفاءة الذاتية لاستراتيجيات المواجهة (coping) أكثر من العوامل نفسها. (Bandura.2003,p397) وبالتالي فإن تنمية الكفاءة الذاتية يؤدي إلى تطوير استراتيجيات المواجهة.

نشاط الجهاز المستقل: في دراسات أجريت على الجهاز المستقل، كان هناك مستوى مرتفع للكفاءة الذاتية على جميع المستويات عند المصابين بالخوف وذلك بفضل النمذجة أو الضبط فبعد قياس مستوى الضغط الذاتي ونشاط الجهاز المستقل نتيجة التفاعل المقلق مع الخطر الخوفي وقياس الاستجابة للضغط لوحظ عند المصابين بالخوف ضبط موجه إلى غاية اعتقادهم في كفاءتهم في الخبرات السابقة .

فالمصابين بخوف الثعابين لم يضطربوا جسدياً بعد اعتقادهم في كفاءتهم الذاتية في حين يزداد كل من خفقان القلب والضغط الدموي عندهم أثناء الأنشطة المقلقة كلما يشكون في كفاءتهم الذاتية. فعندما يواجهون الأعمال الصعبة بكفاءة ضعيفة فإنهم يتخلصون منها بسرعة وكانت كفاءتهم الذاتية تتوقف عند هذا الحد. كما يوجد عدد قليل من المصابين بالفوبيا يقوم بتلك الأعمال بمهارة وتحليل .

إن إيقاع القلب يكون أكثر اضطراباً من ارتفاع الضغط الدموي عند الانسحاب من الأنشطة المقلقة مما يدل على مختلف طرق نشاط الجهاز المستقل عند مستوى منخفض من

الكفاءة الذاتية، فالكاتيكولامينات التي تؤثر على الجهاز المستقل يتم إفرازها في أوقات مختلفة وأثناء مواجهة العوامل الضاغطة الخارجية كما يكون إيقاع القلب حساس بالنسبة للتغيرات الظرفية للكاتيكولامين، ويؤثر الإفراز السريع لـ الاينيفرين epinephrine إلى التأثير على نشاط القلب والضغط الدموي (Bandura, 2003, p. 398).

نشاط الكاتيكولامين: عرفت دراسة الآثار البيولوجية للكفاءة الذاتية انتشارا واسعا وذلك بإيجاد رابط بين قوة الكفاءة الذاتية وإفراز كاتيكولامينات البلازما والكاتيكولامينات عبارة عن نواقل عصبية لها دور أساسي في ربط الدماغ مع بقية الجسد وفي إفراز هرمونات الضغط ففي دراسة أجريت على إفراز الكاتيكولامينات عند المصابين بالفوبيا، أدى توسيع الكفاءة لديهم بواسطة برامج التحكم في المخاطر الخوفية التي تحتوي على معلومات وقائية ضد مصادر الخوف إلى ظهور استراتيجيات فعالة للتحكم في هذه المخاوف . كما انه وجدت علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية ومستوى إفراز الكاتيكولامين في البلازما، هذه الإفرازات تعكس قوة الكفاءة الذاتية، وأدى اعتقاد الخوفين في تحكمهم في المخاطر إلى انخفاض مستوى إفراز كل من الاينيفرين epinephrine والنورواينيفرين، و متايز الدوبامين والذي يعرف بـ dopac كما يؤدي الشك في الكفاءة الذاتية إلى زيادة إفراز الكاتيكولامينات. إن الدور الحاسم للتحكم في النشاط البيولوجي قد ثبت في التحليل الجزئي لتغير إفراز الكاتيكولامين عندما يكتسب المصابين بالخوف التحكم في مصادره (Bandura, 2007, p. 399).

نشاط الاندورفين: إن الجسم ينتج مواد مضادة للألم تدعى الاندورفينات والتي تشبه المورفين الذي يثبط انتقال السيالة العصبية، هذه الـ opoides ذاتية المنشأ لها دور أساسي في تعديل الألم وفي آثار الضغط، لقد أثبتت التجارب التي أجريت على الحيوانات التي تعرضت إلى تأثيرات الألم انه يمكن للضغط أن يؤدي إلى إفراز الاندورفين الذي يثبط انتقال الألم. أما بالنسبة للإنسان فإن الإحساس بالكفاءة الذاتية في مقاومة المتطلبات البيئية هي التي تؤدي إلى تفعيل نشاط الاندورفين (Bandura, 2007, p. 401-402).

5- عمل الميكانيزمات المعرفية والابويودية في مراقبة الألم:

إن الألم ظاهرة نفس فيزيولوجية جد معقدة تتأثر بالعوامل نفس اجتماعية أكثر من تأثرها بالخبرات الحسية التي تكون نتيجة نشاط مستقبلات الألم . إن الألم يمكن تعديله بواسطة ميكانيزمات مختلفة وذلك إما بواسطة العمل التثبيطي للابويود opioide وعن طريق المسارات

المعرفية كالانتباه ومختلف العمليات المعرفية التي تخفض الوعي. إن الكفاءة الذاتية يمكن لها تخفيض حدة الألم بواسطة عوامل معرفية متعددة للأفراد الذين يعتقدون أنهم لديهم القدرة على تخفيض الألم يستعينون بكل المهارات والكفاءات التي يمتلكونها وتعلموها للإبقاء على مجهوداتهم في مواجهة الألم أما بالنسبة للأفراد الذين يعتقدون أنهم غير أكفاء فإنهم يتخلون بسرعة عن المقاومة عند عدم ظهور نتيجة إيجابية. إن الكفاءة الذاتية يمكن لها التحكم في الألم بواسطة مختلف المسارات النفسية فقد لاحظ (Reese 1983) أن التقنيات الموجهة لخفض الألم كالاسترخاء والدواء المزيف تساعد في زيادة الكفاءة الذاتية في تحمل الألم فكلما زاد الاعتقاد في الكفاءة الذاتية انخفض مستوى الألم (Bandura,2007,p.403-404).

تم في هذا الفصل تناول نماذج ومقاربات مستمدة من المقاربة المعرفية الاجتماعية والتي تركز معظمها على مفهومي الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، وقد تم الخروج على الجهاز المناعي للإنسان وتأثير كل من الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط فيه ، ومنه تأثيرهما في أمراض مناعية كمرض السرطان الذي سيتم تناول نوع منه في الفصل القادم ألا وهو مرض سرطان الثدي.

الفصل الخامس: سرطان الثدي

1. فيزيولوجية السرطان
2. الفيزيولوجية المرضية لسرطان الثدي
3. الأسباب وعوامل الخطورة لسرطان الثدي
4. علاج سرطان الثدي
5. الفحص الدوري للثدي
6. سيكولوجية مرضى سرطان الثدي

يتكون جسم الإنسان من مليارات الخلايا ذات الوظائف المختلفة، جميعها تخضع لنظام دقيق في انقسامها وافرازها ووظائفها فإذا خرجت خلية واحدة عن النظام وانقسمت انقسامات غير طبيعية وغير منتظمة بدون الحاجة لخلايا جديدة فإنها تكون عددا من الخلايا أكثر مما هو مطلوب وسوف تتكون لدينا أنسجة فائضة. ومن ثم تؤدي لظهور كتلة هذه الكتلة عبارة عن عدد كبير من الخلايا التي لا تخضع للنظام الانقسامي العام، وهذا ما يطلق عليه (ورم). والورم إما أن يكون حميدا أو خبيثا فالأورام الحميدة Tumeurs Bénin ليست أوراما سرطانية ويمكن إزالتها، وفي أكثر الحالات لا تعود للظهور. أما الأورام الخبيثة Tumeurs Malintentionné فتقسم الخلايا الخبيثة بسرعة ولا تموت حسب النظام العام للخلايا وبإمكانها غزو وتخريب الخلايا المجاورة وباقي أعضاء الجسم، كذلك يمكن لهذه الأورام أن تتفكك وتدخل في مجرى الدم أو الجهاز الليمفاوي، وهذا ما يعرف بالسرطان، فالسرطان مجموعة من الأمراض تزيد عن المائة مرض، يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة. وينجم السرطان عن خلل في الوراثة الجينية (ADN)، يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها. ومن المعروف أن الخلايا السرطانية، بعكس خلايا الجسم الأخرى، لا تفيد الجسم، وإنما تستنزف طاقته وإمكاناته. (تايلور، 2008، ص811). والأورام السرطانية تختلف عن بعضها اختلاف كبيرا كما وأنها تختلف من مريض إلى آخر.

1-فيزيولوجية السرطان:

من المعروف أنه في بداية تكون السرطان هناك تشويه في ADN ناتج عن المواد المسببة للسرطان الموجودة في الأغذية والماء، أو المنتشرة في البيئة، والإشعاعات....الخ، هذا التشويه لا يتحول بالضرورة إلى خلايا سرطانية، فالخلية من الممكن أن تكون منشأ السرطان، كما يمكنها أيضا أن توقفه، في الواقع يمكن إصلاح التشوه الجيني وبالتالي توقيف التحول إلى ورم خبيث. في الوقت الحاضر استبعد العلماء الفرضية التي تفصل بين الطريقتين التي يتكون فيها السرطان، أي تشكل الخلية وتطورها إلى خلية خبيثة، بل كل واحدة منهما هي عبارة عن نتيجة للآخرى بالإضافة إلى ذلك فإن العلماء لا يتحدثون عن هاتين المرحلتين بل عن مسار التشكل لعدة مراحل. وفي الأخير فإن هناك نسبة فردية بالإصابة بالسرطان أمام نفس العوامل المسببة فمثلا ليس كل مدخن سيصاب بسرطان الرئة (Bottaccioli, 2002, p.536).

إن نمو الأورام وتطورها مربوط بتغذيتها فالأورام تضع بنفسها طرقها الخاصة للتموين. ومن الشروط الأساسية لانتشار الأورام هو وجود شبكة من الأوعية الدموية داخل الكتلة الورمية وبدون هذه المخارج لا تستطيع الخلايا الخمجية الانتشار خارج الكتلة، وهذه الأوعية الدموية التي تغذي الورم لا توجد قبل تشكل هذا الأخير بل تظهر وتتزايد مع الورم. وشبكة الأوعية لا تتشكل بصفة منتظمة بل بعشوائية وغالبا ما تتكون من الأوعية الصغيرة تتشابك فيما بينها بطريقة شاذة، إن تكوين الأوعية ضروري للأورام من أجل ضمان التغذية وتعتبر في نفس الوقت مخرج وهروب للخلايا الخبيثة والتي تنتشر بدورها في باقي الأعضاء، يعتبر تكوين الشبكة الوعائية سبيل سهل لخروج الخلايا الخبيثة لأن الأوعية التي تنشأها الأورام بنفسها لها بطانة ذات مسمات والتي يسهل اختراقها من قبل الخلايا الخبيثة.

هناك مواد محفزة لتكوين أوعية جديدة وهي عوامل نمو والمعروفة سابقا وتتمثل في: عامل النمو الخاص بالألياف (FGF)، عامل النمو المتحول α و β (TGF- α et TGF β)، عامل النمو للطبقة العليا من الجلد (EGF)، عامل النمو المشتق من الصفائح (PDGF)، وعامل النمو الخاص للأوعية (VEGF) (Bottaccioli, 2002, p.532).

2- الجهاز المناعي والسرطان:

في نهاية الستينات عرف علم النفس المناعي تطورا سريعا وفي نفس الوقت كانت الفكرة المسيطرة أن الأورام تتشكل من الخلايا التي هي جزء من الجهاز الذاتي هي خلايا لا تملك

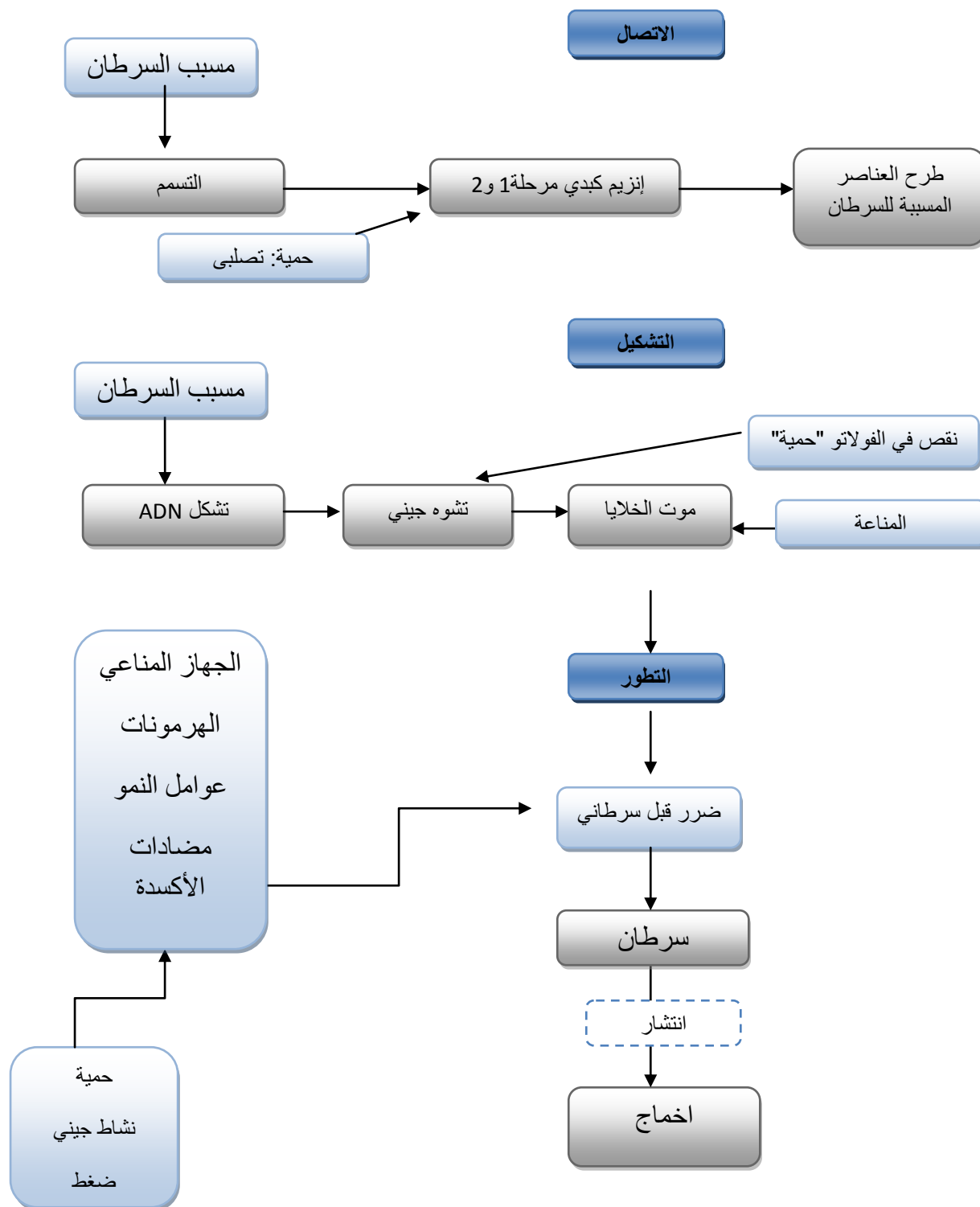
مضادات الأجسام التي يمكن للجهاز المناعي التعرف عليها بأنها غريبة، وقد أكد peul «erlich في نظريته أن الخلايا الخبيثة تتكون باستمرار في الجسم ويمكن القضاء عليها والكشف عنها، ذلك لأنها تحمل علامات خاصة تسمح للجهاز المناعي بالتعرف عليها، وتعرف نظريته باسم "المراقبة المناعية للأورام"، هذه النظرية استعملت بعد 50 من قبل توماس (Tomas)1958 وفي السبعينات أخذ بها العالم المشهور في علم المناعة FM. Burnet، وحسب هذه النظرية فإن الأورام تملك مضادات الأجسام متميزة يمكن للجهاز المناعي التعرف عليها، كما توجد هناك أدلة على وجود هذه المضادات اكتشفها مخبر Steven Resenberg (Bottaccioli, 2002, p.544).

ميكانيزمات القضاء على الأورام:

إن التوجه الحالي للعلم لا ينكر وجود مضادات الأجسام للأورام، لكن يوضح أن هذه العملية لا تعني أن هناك قدرة على التعرف وتنشيط الجهاز المناعي، فالورم يمكن تدميره والتعرف عليه في حالة ما إذا كان جسم مناعي، أي أنه يستطيع تحفيز الاستجابة المناعية، فالأورام لها القدرة على بناء استراتيجيات إخفاء طبيعتها الجينية المناعية وبالتالي الهروب من المراقبة. عمليا كل خلايا الجهاز المناعي تتدخل في تدمير الأورام كالخلايا اللمفاوية وخلايا B، T، والخلايا القاتلة NK ... الخ. في الواقع يعتبر تنشيط الخلايا القاتلة ذو أهمية كبيرة لأنها تمس العديد من المجالات، إن الخلايا القاتلة تستطيع تدمير الأورام من نفس الطبيعة أو من طبيعة مختلفة، فقد ثبت تجريبيا أن النقص في هذه الخلايا يؤدي إلى زيادة في عدوانية الأورام خاصة على مستوى تكوين الأحماج.

في الأخير هناك ميكانيزم مهم في تدمير الأورام يكون كالآتي: تخترق كل من الخلايا اللمفاوية والبالعة الكتلة الورمية ومن الخلايا اللمفاوية هناك خلايا خارقة تسمى (Tumor TIL infiltrating lymphokou). هذه الخلايا وتحت تنشيط قوي لـ IL2 و IL4 (interleukin) تتحول إلى خلايا قاتلة تسمى خلايا LAK (الخلايا القاتلة المحفزة من قبل خلايا lymphokin) ويعتبر هذا الميكانيزم أساس العلاج المناعي (Bottaccioli, 2002, p.545).

شكل رقم (10): تكون السرطان – المراحل وميكانيزم الاستجابة والمراقبة



3- الفيزيولوجية المرضية لسرطان الثدي:

فيزيولوجيا يرتبط تطور ووظيفة الثدي بتبدل التحريض الهرموني والذي يتضمن الإستروجين والبروجسترون والبرولاكتين وأوكسي توسين وهرمون الدرق والكورتيزول وهرمون النمو. إفراز الهرمونات العصبية من تحت المهاد مسؤول عن تنظيم إفراز هرمونات غدة الثدي.

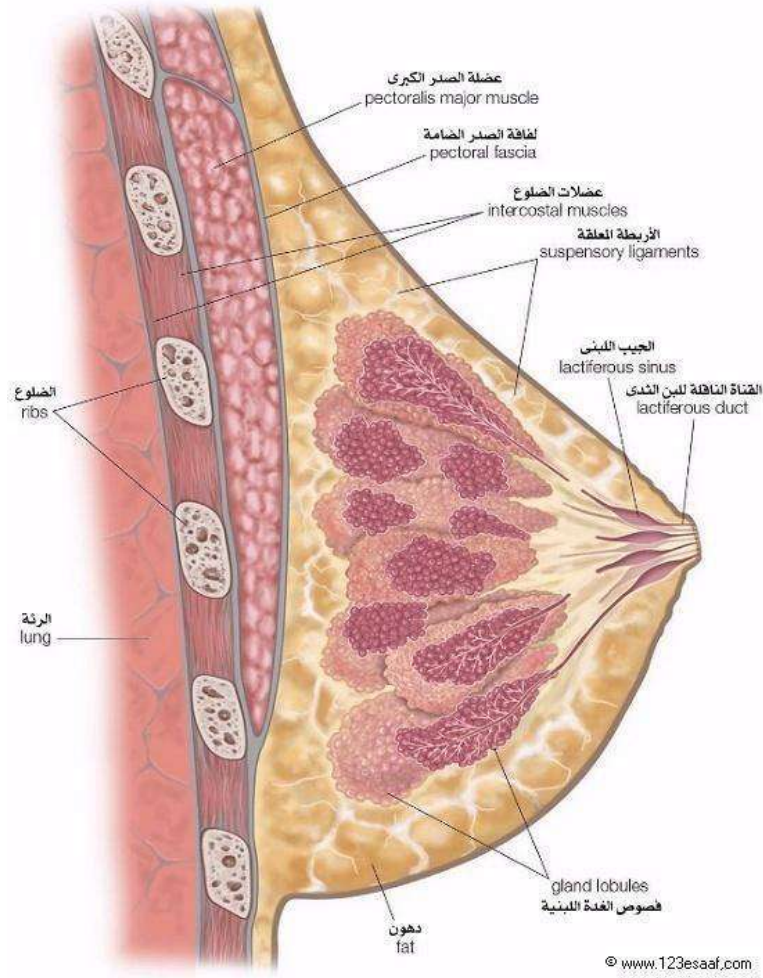
إن للاستروجين والبروجسترون والبرولاكتين تأثيرا غذائيا كبيرا على الثدي وهي أساسية لتطور وظيفة الغدة، يحرض الإستروجين التطور الأنثوي، والبروجسترون مسؤول بشكل رئيسي عن تمايز البشرات وتطور الفصوص، وينقص والبروجسترون أيضا من ارتباط الإستروجين في ظاهرة الثدي ويحدد تكاثر الجهاز الأنثوي، يعد البرولاكتين الهرمون الأساسي المحرض على الإفراز اللبني في الحمل وفي فترة ما بعد الوضع ويزيد البرولاكتين عدد مستقبلات الإستروجين. (فندي، 2000، ص11).

تشريحيا يتكون الثدي من نسيج غدي وشحوم ومن أنسجة داعمة، يقوم النسيج الغدي للثدي بإنتاج الحليب، الذي يمر من خلال قنوات صغيرة تدعى بالقنوات اللبنية، ويزداد اتساع هذه القنوات قبل وصولها إلى الحلمة لتشكل الجيوب اللبنية التي تقع تحت هالة الثدي من الداخل مباشرة. تصل بين الجيوب اللبنية، والخارج حوالي عشر قنوات ضيقة تمر من رأس الحلمة. وتوجد حول الحلمة دائرة داكنة اللون تدعى هالة الثدي، تحوي انتفاخات صغيرة هي الغدد التي تفرز سائلا زيتيا يساعد على الاحتفاظ بطراوة البشرة.

و تتحكم كمية الدهون في حجم الثدي بشكل رئيسي حيث أن النسيج المفرز للحليب نفس الحجم تقريبا لدى جميع السيدات، ونادرا ما يتماثل الثدي المرأة في الحجم. و في مؤخرة الثدي توجد طبقة من العضلات تفصله عن الأضلاع، و يتم توصيل الأكسجين و المواد الغذائية الضرورية إلى الثدي عن طريق الشرايين و الشعيرات الدموية المنتشرة و يوفر الجهاز الليمفاوي – و الذي يتكون من مجموعة من القنوات و العقد الليمفاوية التي توجد تحت الإبط وحول عظمة الترقوة وبداخل الصدر وهي التي تساهم في محاربة الالتهابات وفي تصفية السائل اللمفاوي من الفضلات والحماية اللازمة ضد العدوى (السائل اللمفي يحتوي على الخلايا المناعية التي تساهم في محاربة الالتهابات).

معظم الأوعية اللمفاوية في الثدي تؤدي إلى غدد لمفاوية في الإبط (الغدد اللمفاوية الإبطية). كما يضم الثدي أيضا شبكة من الأوردة و الشرايين و الأعصاب.

شكل رقم (11): تشريح الثدي



ويعتبر سرطان الثدي (Cancer du Sein) شكل من أشكال الأمراض السرطانية التي تصيب أنسجة الثدي و غدد الحليب ، حيث يتكون على شكل ورم خبيث بإمكانه غزو و تخريب خلايا الأنسجة التي تعتبر أساس تكوين الثدي. تشير الدراسات إلى أن امرأة واحدة من بين كل ثماني سيدات معرضة للإصابة بسرطان الثدي في فترة ما من حياتها، كما من الممكن أن يصاب الرجال به أيضا. أكثر حالات سرطان الثدي تبدأ من خلايا القنوات اللبينية الصغيرة. وتجدر الإشارة أن وجود بعض الأورام الحميدة يزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الثدي. ويشكل سرطان الثدي أحد الأسباب الرئيسية المسؤولة عن الموت الناجم عن الإصابة به في وقت ما من حياة المرأة، مع أن سرطان الثدي لا يتطور في العادة قبل سن الخامسة والأربعين (تايلور، 2008، ص214).

ويجب تحديد مرحلة المرض بمجرد تشخيص وجود ورم خبيث بالثدي . من أجل التخطيط للعلاج وإعطاء فكرة مبدئية عن مستقبل هذه المريضة. تقاس نسبة النجاح في علاج الأورام السرطانية عادة بوصول المريض إلى خمس سنوات بعد بدء العلاج. تقسم الأورام حسب تطور المرض، وهذه التقسيمات عالمية يرمز لها بـ TNM وتعتمد على:

*-T: حجم الورم (Tumeur) هذه أربع مراحل حسب قطر الورم بالسنتيمترات عند فحص الثدي.

*-N: حالة الغدد الليمفاوية (Ganglions) هذه أربع مراحل أيضا وتعتمد على حجم الغدد الليمفاوية تحت الإبط ووجود خلايا سرطانية بها أم لا؟

*-M: الانبثاثية أو مدى انتشار الورم في أجزاء أخرى من الجسم (Métastases) وهناك مرحلتان، إما ورم محدود في منطقة الثدي أو أن يكون الورم قد انتشر إلى أجزاء الجسم الأخرى (Fisher ;212 ;2002) .

كما ويمكن تقسيم أورام الثدي إلى خمس مراحل:

- المرحلة صفر Stade 0 : في هذه المرحلة يكون السرطان موضعي أو محوّل وهو سرطان غير اجتياحي مبكر جدا في الثدي لا يغزو الخلايا المجاورة، ويمكن استئصاله والاحتفاظ بالثدي أو استئصال الثدي بكامله.

- المرحلة الأولى Stade I : و هي مرحلة مبكرة من سرطان الثدي وقد يصيب فيها الأنسجة المجاورة، وتعني المرحلة الأولى أن السرطان لم يتجاوز الثدي.

- المرحلة الثانية Stade II : و هي أيضا مرحلة مبكرة من سرطان الثدي قد يصيب فيها الأنسجة المجاورة وقد ينتشر السرطان في العقد الليمفاوية تحت الإبط و قد تكون على درجتين Stade IIA أو Stade IIB .

- المرحلة الثالثة Stage III : و تسمى مرحلة السرطان الموضعي المتقدم، ويكون انتشاره أكثر في العقد الليمفاوية تحت الإبط وربما في الأنسجة الأخرى المحاذية للثدي. و تكون على 3 درجات Stade IIIA أو Stade IIIB أو Stade IIIC.

- المرحلة الرابعة Stade IV : وهي المرحلة الانبثاثية وفيها ينتقل السرطان من الثدي لباقي أعضاء الجسم كالعظام والرئة والكبد والدماغ.

أما عن أعراض سرطان الثدي فيمكن اختصارها فيما يلي (لا يشترط وجود جميع الأعراض): ألم موضعي في الثدي أو تحت الإبط (رغم أن معظم الأورام الخبيثة غير مصحوبة

بألم)، وجود كتلة أو غلظة بالثدي أو تحت الإبط، تغير في شكل أو حجم الثدي، إفرازات دموية أو غير دموية من الحلمة، تغير في مظهر أو لون الحلمة (انقلاب الحلمة للداخل بشكل مستمر، تغير في المكان أو الهيئة)، الشعور بتغيرات في الجلد أو الحلمة من حيث المظهر (تشققات، تهيج، انكماش، شد للداخل) أو من حيث الإحساس.

4- الأسباب وعوامل الخطورة لسرطان الثدي

غير معروف تماما ما هي أسباب حدوث سرطان الثدي ولكن توجد عوامل تزيد من فرص الإصابة بهذا المرض، غير أن وجود واحد أو عدد من هذه العوامل لا يعني حتمية إصابة الشخص بهذا المرض و هذه العوامل تشمل:

- العوامل الوراثية خاصة إذا تمثلت بإصابة الأم أو إحدى الأخوات، وهي تمثل 5% من عدد الحالات.

- احتمالية الإصابة بسرطان الثدي تكون أعلى في النساء اللاتي لديهن أقارب من الدرجة الأولى (أم، أخت، ابنة) مصابات بهذا المرض حيث ترتفع النسبة إلى الضعف. أما إذا كان الأقارب من الدرجة الثانية (الجدة، العمة، الخالة) سواء من ناحية الأم أو الأب فإن نسبة الإصابة ترتفع ولكن تكون أقل من الحالة الأولى.

- تغيرات جينية (5-10%) من حالات سرطان الثدي لها صلة بأسباب وراثية تتعلق بتشوهات بعض الجينات ومن أهم هذه الجينات BRCA 1 و BRCA 2 النساء اللاتي لديهن تشوهات في هذين الجينين يكن عرضة للإصابة بهذا المرض (80%) أكثر من النساء الأخريات.

- التاريخ الشخصي للإصابة بورم خبيث في الثدي أو الرحم أو المبيض فالمرأة المصابة بسرطان في أحد الثديين ترتفع لديها نسبة الإصابة بالمرض في الثدي الآخر أو في مكان آخر في الثدي نفسه.

- العوامل الغذائية وزيادة نسبة الشحوم (الدهون) في الأكل فزيادة الوزن في الجسم تزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي و لاسيما إذا كانت الزيادة قد بدأت بعد مرحلة البلوغ.

- الدورة الشهرية فالبلوغ قبل سن (12) سنة وانقطاعها بعد سن(50) سنة يزيد قليلا من نسبة الإصابة بسرطان الثدي.

- السيدات اللاتي لم يحملن أبدا، أو أنجبن طفلهن الأول بعد سن الثلاثين يزيد قليل من نسبة الإصابة بسرطان الثدي.

•العلاج الهرموني في سن اليأس. أصبح واضحاً أن استعمال هرموني الأستروجين والبروجيستيرون لعدة سنوات لعلاج أعراض سن اليأس يزيد قليل من نسبة الإصابة بسرطان الثدي.

•المواد الكحولية تزيد من نسبة الإصابة بسرطان الثدي والتي قد تصل إلى مرة ونصف مقارنة باللاتي لا يتعاطونه في حالة تناول 2-5 كؤوس في اليوم.

•التدخين قد يزيد من احتمالية الإصابة بسرطان الثدي.

•العرق فالنساء البيض أكثر عرضة للإصابة بسرطان الثدي من النساء السود والنساء الآسيويات أقل عرضة للإصابة بالمرض من الأمريكيات.

•العلاج بالإشعاع في منطقة الصدر في سن صغيرة يزيد من احتمالية حدوث سرطان الثدي.

•تلوث البيئة.

•عوامل أخرى غير معروفة.

5- علاج سرطان الثدي

يعتمد علاج سرطان الثدي على : مرحلة المرض، نوعية الخلايا السرطانية، ورغبة المريضة. أما طرق العلاج فهي:

الجراحة Chirurgie، العلاج بالإشعاع Radiothérapie، العلاج الكيميائي Chimiothérapie، العلاج الهرموني Hormonothérapie، العلاج الموجه، العلاج المناعي Immunothérapie، العلاج البيولوجي، العلاج البديل والعلاج المكمل، العلاج النفسي والدعم العاطفي.

و طرق العلاج هذه إما موضعية أو شاملة لجميع خلايا الجسم. أين تُستعمل الطريقة الموضعية للاستئصال أو القضاء أو السيطرة على الخلايا السرطانية في موضع معين، وتعتبر الجراحة والعلاج بالإشعاع من وسائل العلاج الموضعي. أما طريقة العلاج الشامل فهي تستعمل للقضاء أو السيطرة على الخلايا السرطانية في جميع أنحاء الجسم، وهذه الطريقة تشمل العلاج الكيميائي، و العلاج الهرموني، والعلاج المناعي. تؤخذ عن طريق الفم أو الحقن، ويمكن للمرأة أن تتلقى طريقة واحدة من العلاج أو مزيجاً من الطرق. ويختلف علاج سرطان الثدي حسب المرحلة (Fisher , 2002, p216).

في العلاج بالجراحة يتم استئصال الثدي كله (إما الجراحة القطعية أو الاستئصال الجذري المحوري، أو الاستئصال الجذري)، أو استئصال جزئي للثدي أو استئصال الورم فقط

من الثدي وهذه العملية عادة يليها العلاج بالإشعاع للقضاء على الخلايا السرطانية المحتمل بقاؤها في المنطقة المعالجة.

أما العلاج الإشعاعي فهو استعمال أشعة ذات طاقة عالية للقضاء على الخلايا السرطانية ومنعها من النمو. يكون الشعاع إما من الخارج ويصدر من جهاز خارج الجسم أو بوضع مواد إشعاعية في أنابيب بلاستيكية رقيقة مباشرة داخل الثدي وأحيانا تتلقى المريضة النوعين من العلاج . وتعطى الأشعة للعلاج إما مكاملة للعلاج الجراحي لتأكد من القضاء على جميع خلايا الورم السرطاني أو للقضاء على أي ورم آخر صغير بالثدي. أو تعطى الأشعة كعلاج وحيد حيث لا يمكن التدخل الجراحي.

أما العلاج الكيميائي فيقصد به استعمال الأدوية والعقاقير للقضاء على الخلايا السرطانية ، وتعطى الأدوية إما عن طريق الفم أو بالحقن في الوريد أو في العضل، وفي كل الطرق يعتبر العلاج الكيميائي علاجاً شاملاً لأن الأدوية تصل إلى جميع أنحاء الجسم عن طريق مجرى الدم . الأدوية التي تستخدم للعلاج الكيماوي قد تسبب ضرر لبعض الخلايا السليمة مما يؤدي إلى آثار جانبية منها غثيان وقيء، فقدان الشهية، تساقط الشعر، تقرحات بالفم، اضطرابات في الدورة الشهرية، ضعف المناعة، إمكانية الإصابة بالنزيف الخرجي والنزيف تحت الجلد حتى من الإصابات البسيطة نظراً للنقص في الصفائح الدموية. و يعطى العلاج الكيماوي في حالة سرطان الثدي بعد العملية الجراحية للثدي للتقليل من فرصة عودة الورم من جديد. ويعطى كعلاج رئيسي إذا انتشر المرض في أجزاء أخرى من الجسم. كما يعطى قبل العملية لجعل الورم يصغر في الحجم وبالتالي يسهل استئصاله مع الحفاظ على أكبر قدر ممكن من الثدي .

وبما أن سرطان الثدي له علاقة شديدة بالهرمونات الأنثوية وخصوصاً الأستروجين (بعض أنواع الخلايا السرطانية في الثدي تنمو إن كان في الورم السرطاني عدد كبير من مستقبلات هرموني الأستروجين ERs والبروجيسترون PgRs) ولذلك كان العلاج بالهرمونات أو ما يمنع إفرازها أو تأثيرها على الثدي من أول الطرق المستخدمة في علاج أورام الثدي، ولقد كان لاكتشاف مستقبلات الهرمونات بأورام الثدي فضل كبير في اختيار المريضات اللاتي يوجد لديهن مستقبلات للهرمونات في أورامهن، PR+ أو/و ER+ للعلاج الهرموني، وحوالي ثلثي مريضات سرطان الثدي توجد لديهن مستقبلات موجبة وذلك يعني أن ثلثي مريضات سرطان الثدي سوف يستجبن استجابة جيدة للعلاج الهرموني، أما إذا كانت مستقبلات الهرمونات سالبة PR- أو ER- فلا ينصح بإعطاء أي علاج هرموني.

بالإضافة إلى ذلك هناك العلاج الموجه هو استخدام عقاقير تم تصنيعها خصيصا لكي تعيق نمو وانتشار السرطان من خلل تداخلها مع الجزيئات التي تشارك في حدوث التسرطن. يتم التركيز على التغيرات الخلوية والجزيئية الخاصة بالسرطان وبالتالي يستهدف هذا النوع من العلاج التغيرات التي تسبب السرطان ولهذا قد تكون هذه العلاجات أكثر فاعلية من العلاجات الحالية وأقل ضررا على الخلايا الطبيعية.

أما العلاج المناعي فهو علاج يتم إنتاجه في المعامل ويعتمد على طريقة عمل الجهاز المناعي خصوصا فيما يتعلق بالطريقة التي يتعرف بها على الخلايا الغريبة عن خلايا الجسم الطبيعية ومعاملتها كخلايا عدوة و تدميرها.

6- الفحص الدوري للثدي:

إذا تم اكتشاف سرطان الثدي مبكرا فسيكون للمرأة خيارات عديدة لعلاجها وأمل أكبر في شفائها ويشمل الفحص الدوري على:

✓ الفحص الذاتي: يكتشف هذا الفحص السرطان بنسبة حوالي (25%) ويكون إجراؤه شهريا من قبل السيدة. ويتكون من ثلاث خطوات الخطوة الأولى عند الاستحمام أين يتم وضع اليد والأصابع مبسوطة فوق الثدي ، وأجراء حركات لطيفة فوق كل جزء من أجزاء الثدي من أجل تحرى وتقصى كل كتلة تورم أو أي ثخانة في الجلد. أما الخطوة الثانية فهي أمام المرأة، أمام المرأة تكون اليدين مرفوعتين عاليا فوق الرأس ويلاحظ ان كان هناك أي تبدل في شكل الثدي ، تورم ، أو انكماش في الجلد أو تبدلات في شكل الحلمة. والخطوة الثالثة خلال الاستلقاء، اين يتم فحص الثدي الأيمن بوضع وسادة أو منشفة تحت الكتف الأيمن واليد اليمنى خلف الرأس، ثم تبسط اليد اليسرى فوق الثدي الأيمن ويمسح بها الثدي بشكل دائري مع ضغط خفيف من الخارج ونحو المركز باتجاه الحلمة دون ترك أي جزء دون فحص، بنفس الطريقة التي فحص بها الثدي الأيمن يفحص الثدي الأيسر. في نهاية الفحص يتم الضغط على الحلمتين بلطف بين أصبعي السبابة والابهام وملاحظة خروج أي إفراز مائي أو دموي.

✓ الفحص السريري : يكتشف هذا الفحص السرطان بمعدل حوالي (40%) ويكون سنويا ويتم من قبل الطبيب أثناء الفحص العام.

✓ الفحص الإشعاعي (الماموجرام) أو مضافا إليه الموجات فوق الصوتية، يكتشف هذا الفحص السرطان بنسبة حوالي (90%) ويكون سنويا. هذا الفحص الدوري مهم جدا

وهو أفضل الفحوصات الدورية ويفضل أن يبدأ به من سن (35-39) سنة كقاعدة أولية، وعند سن (40) سنة وبعدها يجب إجراء هذا الفحص كل سنة.

7- سيكولوجية مرضى سرطان الثدي:

أ- بروفيل السرطان:

من المعروف أن العديد من أمراض السرطان تنتقل وراثيا، إلا أن الطريقة التي تتوزع من خلالها الأمراض السرطانية بين السكان معقدة للغاية. فقد دلت الدراسات الحديثة على وجود أساس وراثي لسرطان الثدي (تايلور، 811، 2008)، مما يساعد في تقييم عوامل الخطورة لدى العديد من أفراد العائلة. ولكن دراسة تاريخ العائلة لا تعطي دائما دلالة على وجود استعداد جيني موروث للسرطان، فإلى جانب الجينات هناك العديد من السمات التي يتم توارثها في العائلة عبر التنشئة الاجتماعية، كالحمية الغذائية، ونمط الحياة التي قد تؤثر في نسبة حدوث مرض ما (تايلور، 2008، ص 811).

وتشير بعض الدراسات أن بعض السرطانات لها أصول عرقية. فقد وجد أن سرطان الثدي شائع جدا بين سكان شمال أوروبا، بينما يندر نسبيا بين الآسيويين (تايلور، 811، 2008). كما ووجدت بعض الدراسات أن لبعض أصناف السرطان صلة بالمستوى الثقافي. فنجد بين أفراد الجالية اليابانية المقيمة في الولايات المتحدة الأمريكية، أن النساء اللواتي مكثن في أمريكا لفترة أطول وانخرطن كثيرا في الثقافة الأمريكية، معرضات أكثر من الأخريات للإصابة بسرطان الثدي ، وربما يكون هذا الاستعداد مرتبطا إلى حد كبير بتغيرات في الغذاء والحمية (تايلور، 2008، ص 811).

كذلك تتغير احتمالية الإصابة ببعض أنواع السرطان تبعا للمكانة الاجتماعية والاقتصادية. فسرطان الثدي في الولايات المتحدة مثلا يصيب النساء البيض والسود على درجة قريبة من المساواة، لكن تبين أن نسبة الإصابة تزداد لدى النساء السود اللواتي ترقين على السلم الاجتماعي الاقتصادي بحيث ترتفع احتمالية إصابتهن لتصل للمستوى نفسه لدى النساء البيض من المستوى الاقتصادي نفسه (تايلور، 2008، ص 814).

ب- الشخصية المعرضة للإصابة بالسرطان النمط "ج" type c

اهتم العلماء والباحثون بالدور الذي تلعبه شخصية الإنسان في تطوير السرطان منذ قرون، وحاولت الأبحاث الأولية ربط بعض أنواع السرطان بأشكال معينة من الشخصية ، وكان بعض الباحثين في الماضي يربطون بين سرطان الثدي من جهة، وصراعات تتعلق بالأمومة

والأنوثة، ونزعات ماسوشية تتضمن عدم القدرة على إطلاق العواطف السلبية، وكذلك مشاكل عدائية لم يتم حلها تجاه الأم من جهة أخرى (تايلور، 2008، ص816).

وقد قام بعض الباحثين حديثا بإجراء دراسات من نوع جديد، أين تناولت فكرة وجود شخصية ذات استعداد للإصابة بالسرطان، كالنمط سهل الانقياد والخانع، والنمط الذي يميل إلى كبت عواطفه كي لا تتدخل بأدائه لوظائفه الاجتماعية والعاطفية، فالشخص المعرض للإصابة بالسرطان يتميز بمعاناته من الكف، وبأنه محافظ اجتماعيا وإذعاني وقهري ومكتئب، إضافة إلى أنه شخص لا يواجه صعوبة في التعبير عن توتره وغضبه أو قلقه فقط، وإنما نجده يظهر بمظهر الشخص المبتهج والمغتبط وهادئ الطبع والمطيع والسلمي. ويتعلق الأمر بمجموعة مركبة تدعى أحيانا النمط "ج" وأحيانا النمط 1 .

وحسب باهنسون (Bahnsen ;1981) فإن مرضى السرطان يلجؤون إلى ميكانيزمات دفاع معينة كالإنكار والكبت، ويعبرون عن عواطفهم بصورة غير سوية، وأنهم يستجيبون للضغوط بالاكتئاب واليأس والاحتفاظ بالعواطف السلبية ولجمها (تايلور، 2008، ص816).

فالنمط ج أو ما يسمى بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان قدمه كل من جرير وموريس (Morris & Greer, 1980)، ثم طورته تيموشوك (Témochok) بعد ذلك. ويمكن تعريفه بأنه النمط المنطوي، ويتميز الأشخاص من هذا النوع بالعاطفة الجياشة وبأن لديهم دفاعات قوية وعدم القدرة على الاعتراف والتعبير عن عواطفهم مما يجعلهم يتألمون في صمت واستجابتهم للضغط تكون بواسطة ميكانيزمات قشرية كظرية حيث أنهم أكثر قابلية من غيرهم للإصابة بالأمراض المناعية، فقد اعتقد جرير وموريس أن النمط ج يرتبط جوهريا بتطور مرض السرطان وسرعة انتشاره .

وتعتبر تيموشوك أن الشخصية نمط "ج" عامل خطر في ظهور وتطور السرطان وتتمثل مميزاتها الأساسية في كظم الانفعالات العجز، اليأس، اللطف والهدوء، التعاون، الثبات أمام المصائب، احترام السلطة، عدم إثبات الذات.

كما يتسم النمط ج بالسماة التالية العجز عن التعبير عن الغضب الميل للموافقة والانصياع غير مؤكدا لذاته مضحي بذاته هادئ صبور ونتيجة لذلك فهو يعجز عن تفريغ التوتر، ولا يفصح عما يستبد به من انفعالات، ويشعر بالروتين ويعيش في وحدة، تافه ومعدوم الكفاءة وقاصر الهمة وفوضوي، يتمسك بالروتين ويعيش في وحدة نفسية يعاني الاكتئاب والتشاؤم ويشعر باليأس (عياش، 2009، ص.). وعلى الرغم من أن الشخصية من النمط "ج" تشمل مختلف المكونات

السابقة إلا تيموشوك (1987) ترى أنها تتميز أساسا بمكونين هما: إدراكات اكتئابية، وكبح الانفعالات.

أما دراسات لورانس ليشان (L.Leshan) على مرضى السرطان فتوصلت تقريبا لنفس نتائج تيموشوك، وقد حدد ثلاثة أنواع من أحداث الحياة التي يبدو أنها موجودة بشكل عام لدى مرضى السرطان وهي:

- ان هؤلاء المرضى يصفون طفولتهم بالطفولة البائسة، أن علاقتهم بالوالدين اتسمت بالعدائية والتوتر، وأنهم استشعروا الوحدة والعزلة في هذه الطفولة، وأنهم كانوا على يقين بأنهم لن يحصلوا على علاقات مشبعة ومُرضية في يوم من الأيام.
- استطاع هؤلاء أن يحصلوا في فترة البلوغ على شيء يمكن أن يقيموا معه علاقات انفعالية قوية، وهذا الشيء قد يكون شخصا أو وظيفة... الخ. وانهم استثمروا انفعالاتهم بقوة في هذا الشيء الذي أصبح بالنسبة لهم الشيء المركزي في حياتهم.
- إن شيئا ما قد حدث لهذا الموضوع الذي استثمروا فيه انفعالاتهم كأن يموت الشريك، أو يفقدوا الوظيفة... الخ. وأنهم لم يجدوا بديلا له (علي، 2002، ص20)

ويرى هوارو أن استجابات هذا النمط التي يسميها IE « Intériorité Emotion » تعتمد على تنشيط الكورتيزول ويميز ضمنها نمطين ثانويين هما:

- IE1 الذي يعكس الأفراد الذين تعلموا عن طريق التربية (بالمفهوم الواسع) التي تلقوها، التنازل عن طموحاتهم، والتقدير السلبي للذات، والاعتقاد بأنهم غير قادرين على تحقيق النجاح.
- IE2 ويخص هذا الأخير الأفراد الانفعاليين الذين يمنعون إظهار انفعالاتهم دون أن يعني ذلك عدم وجودها (بن زروال، 2008، ص232).

ويمكن تلخيص الخصائص الأساسية في النمط (ج) بما يلي:

- ✓ كبت الانفعالات القوية، ولاسيما الغضب.
 - ✓ الاستجابة لرغبات الآخرين وعدم السيطرة أو التسلط.
 - ✓ تجنب الاختصاص أو السلوك الذي يمكن أن يجرح الآخرين.
 - ✓ الميل إلى مشاعر العجز أو اليأس.
 - ✓ التضحية الذاتية.
 - ✓ الامتثال للسلوك المتعارف عليه والحفاظ على مظهر (الطف).
- في دراسة أجريت مقابلة نفسية مع نساء كانت لديهن عقدة في الثدي قبل يوم من أخذ عينة من أثدائهن، لرؤية ما إذا كانت لديهن الصفات الشخصية من النمط (ج) وعلى أساس هذا

التقويم النفسي وحده، تمكن الباحثون من التنبؤ بأي العيّنات المأخوذة من النساء ستظهر فيها الإصابة بسرطان الثدي بنسبة نجاح زادت عن (80%). وفي عام (1994) أسفرت دراسة أميركية عن نتائج مماثلة. فقد قيم العلماء في جامعة (باردو) الصفات النفسية لـ (826) امرأة دخلن مستشفى لفحص الثدي، فأتضح أن احتمال العثور على أورام خبيثة هو الأكبر بين النساء اللواتي أبدين صفة الكبت الانفعالي. ووجد أن عنصراً آخر في طائفة الخصائص المكونة للنمط (ج)، كثيراً ما يرتبط بالسرطان، هو الشعور باليأس. ففي دراسة تضمنت مقابلات نفسية مع نساء تحت الفحص بمسحة من عنق الرحم قبل أن تعرف نتيجة الفحص، أظهرت النتائج أن احتمال تشخيص ورم خبيث كان الاحتمال الأكبر بين النساء اللواتي عبرن عن مشاعر يأس. وتنبأت المقابلة وحدها بنتائج فحص المسحة في أكثر من ثلاث أو أربع حالات (حيدرة، 2005، ص12).

بالرغم من هذا فإن الأبحاث التي أجريت لاكتشاف العلاقة بين نمط الشخصية والسرطان هي أبحاث ذات منهجية ضعيفة وأفضل الأبحاث منها قدمت نتائج مخيبة ولا تتعدى نسبة خمسة بالمئة في الارتباط بين الشخصية والسرطان، إن نمط "ج" لا توجد فيه خاصية الاستعداد بل هو عبارة عن نمط تفاعلي مكتسب من قبل بعض الأفراد نتيجة تعرضهم لمواقف يرونها على أنها فقدان وخسارة، ولقد اتجهت بعض الأبحاث لدراسة بعض المتغيرات كقمع العواطف السلبية والذي يعتبر كعامل خطر بالإضافة إلى متغير العجز و اليأس والذي يعتبر كعامل تشخيصي (fische, 2002, p.54).

ج- المظاهر النفسية والسرطان

لاحظ جالين (200-120 ق م) في القرن الثاني الميلادي أن مريضات الملانخوليا melancholy لديهم ميل كبير للإصابة بالسرطان، وهذا ما تحدثت عنه الدراسات التي اهتمت بنمط الشخصية أو الشخصية العرضة للمرض، هذا إذا لاحظنا تأثير الجانب النفسي في ظهور السرطان أما إذا لاحظنا التأثير العكسي أي تأثير السرطان في الجانب النفسي للمصاب فقد استطاع أطباء القرن الثامن عشر أن يصفوا لنا بالتفصيل العديد من سمات الشخصية والخبرات الموجودة لدى مرضى السرطان، والتي تشير في معظمها إلى وجود الاكتئاب (علي، 2002، ص20). وهذا ما سيتم مناقشته في الفقرة التالية.

- الجانب المعرفي والسرطان

منذ عدة سنوات انقسمت النخبة العلمية من حيث مدى صحة وجود علاقة بين الجانب المعرفي وظهور السرطان وفي سنوات الثمانينات بالتحديد كان هناك صراع واضح نتيجة دراسات علم الأوبئة، بعض هذه الدراسات أثبتت بصفة واضحة وجود علاقة بين السرطان و الاكتئاب بينما ذهبت أخرى إلى إنكار هذا وقد شهدت سنة (1985) حدة الصراع. أين نشرت مجلة The New England Journal Of Medicine بحث لـباري كاسيليث "Barrie Cassileth" والذي اظهر عدم وجود أي علاقة بين ظهور الأورام والاكتئاب وكما تجري العادة عند هذه المجلة أن الأبحاث الأكثر دلالة يصاحبها افتتاحية يحررها مختصين في مثل هذه المواضيع، إلا أن هذه المرة الافتتاحية لم تحرر من مؤلفين خارج المجلة بل حررت من قبل مديرة المجلة مارسيا انجل "Marcia Angell" والتي استنتجت انه حان الأوان لتأكيد أن العلاقة الموجودة بين الجانب العقلي والمرض غير موجودة . مما أثار انتقادات علماء علم النفس العصبي المناعي، أما الذين قاموا ببحث عن العلاقة الموجودة بين الجانب المعرفي والسرطان لا يعتقدون أن الأمراض الورمية هي نتيجة مباشرة لتمثلات الانفعالات .

إن الأمر يتعلق، بأنه مادام هناك مسارات عصبية ذات اتجاهين، من وإلى الدماغ، متصلة بالأجهزة الأخرى والتي تكون واسطة مع بقية الأعضاء فان كل من النشاط الفكري والانفعالات هي بمثابة معدلات ومغيرات للحالة البيولوجية والتي تسهل بدورها الإصابة بالسرطان (Bottaccioli, 2012,p.548).

ومن بين الدراسات التي تطرقت لهذا الجانب، نجد تحليل قام به كل من (Freidman et Booth kewley 1987) حيث توصلوا أن بعض أبعاد الشخصية لها علاقة مع مختلف الأمراض ومنها السرطان، كالحقد والغضب والاكتئاب والقلق. حيث يركز الحقد على المعتقدات السلبية بالنسبة للعالم الآخر والذي ينظر إليه على أنه عائق ومصدر الفشل ويمكن تمييز تركيبات معرفية ومظاهر سلوكية في الحقد، عادة ما تصاحب الاستجابة الانفعالية نشاط في الجهاز الودي وفي القشرة الكظرية بالإضافة إلى زيادة إفراز التستوترون وزيادة في ارتفاع الضغط الدموي وسرعة في خفقان القلب. كما وان الغضب عامل ثنائي القطب في الشخصية وهو يحتوي على عواطف سلبية (الاكتئاب , القلق , ... الخ) ويؤثر على الجهاز العصبي المستقل (Fisher,2002 p.220).

وقد أثبتت أبحاث كثيرة أن مرضى السرطان هم أكثر اكتئاباً من بقية المرضى المصابين بأمراض أخرى غير أنه لا يمكن برهنة أن الاكتئاب هو سبباً للمرض أم أنه نتيجة له. وفي هذا الإطار وفي دراسة من أجل معرفة التغيرات البيولوجية الناتجة عن الحالة المعرفية قام (Ronald Glaser) من جامعة (Ohio) بدراسة بعض الأفراد المصابين بمرض نفسي مقسمين إلى فوجين حسب درجة الإصابة بالاكتئاب وكلا أفراد الفوجين يحملان كريات بيضاء فاسدة ثم قام بقياس درجة الفساد فوجد أنها جيدة عند الأفراد الأقل اكتئاباً والعكس صحيح (Fisher, 2002, p.221).

أما الدراسات التي اهتمت بتأثير الضغط في ظهور السرطان فهناك عدة بحوث أجريت على الحيوانات من بينها الأبحاث التي أجريت في جامعة (Trieste) من قبل عالم الصيدلية (Tullio Giralidi) توضح وجود انتشار واسع للأخماج عند الحيوانات التي تعرض إلى وضعيات ضاغطة. أما بالنسبة للأبحاث التي أجريت على الإنسان، تجدر الإشارة إلى أنه هناك دراسة أجريت على أكثر من ستة آلاف يهودي فقدوا أبناءهم في الحروب، ثم وثقت النسبة العالية للأورام اللمفاوية والدم والجهاز التنفسي فكانت نسبة الوفيات بالسرطان مرتفعة عند الأفراد الذين لديهم أورام من قبل أن يفقدوا أبناءهم.

إن الميكانيزمات البيولوجية التي يمكن لها أن تفسر الزيادة في نسبة السرطان ليست صعبة التكهن أو غامضة، كما هو معروف فإنه في مراحل تكون الورم، يقوم الجسم بتنشيط الأجهزة المضادة للتسمم وتدمير الخلايا (Néoplasique) ويقوم الجهاز المناعي عبر الخلايا القاتلة واللمفاوية (T) سيتوتوكسيك (Cytotoxique) بدور أساسي في محاربة الخلايا الخبيثة.

أما الأثر النفسي للسرطان

مرضى السرطان يعانون في فترات مختلفة من مشاعر وانفعالات وربما سلوكيات قد تتطور إلى اضطرابات نفسية إن لم يتم علاجها في الوقت المناسب وهذه الأعراض تبدأ منذ استقبال المريض لخبر إصابته بالسرطان. فعادة ما يصاحب المريض ضيق نفسي عند التصريح بوجود مرض السرطان وبالنتائج الاحتمالية المترتبة عنه كالموت المحتمل والألم والتغيرات الجسدية، فقدان الوظيفة.... الخ (Fischer, 2002, p.219).

ويمكن تحديد المراحل التي يمر بها مريض السرطان نفسياً كذلك التي يمر بها المرء حين إصابته بصدمة ما، إذ يمر المصاب بداية بطور الإنكار وعدم التصديق في أول أسبوع بعد

سماع خبر إصابته بالسرطان، ثم يدخل في طور الانفعال الشديد والحسرة الذي غالبًا ما يستمر لأسبوعين ويتضمن مشاعر القلق والخوف التي قد تصل لأقصى درجات الفزع، ومشاعر الحزن التي تبدأ من الحسرة والضيق لتصل إلى الاكتئاب السريري، ومشاعر الغضب التي قد يكون موجهاً ضد الذات أو الآخرين أو الظروف. ثم يدخل المصاب في طور التقبل الذي يستمر لشهر تقريباً. وفي هذه المرحلة يبدأ المصاب بالاستفسار عن طبيعة مرضه من حيث انتشاره وحجمه وعن خيارات العلاج المتاحة. بعد ذلك يمر المصاب بطور التعايش والتكيف الذي يشمل نوعين من التكيف مع نمط الحياة الجديد : التكيف الإيجابي، والتكيف السلبي. والتكيف الإيجابي يتمثل في مواجهة المريض للمرض والبحث عن الحلول، أما التكيف السلبي فهو يعني الهروب وعدم مواجهة الواقع. وتعتمد قدرة الشخص على التكيف الإيجابي أو السلبي على عدة عوامل منها : العوامل المتعلقة بشخصية الفرد وتكوينها، وعوامل مادية، وعوامل متعلقة بالشبكة الاجتماعية، وعوامل متعلقة بمصادر المجتمع (أبو خير، 2009، ص12).

ولذلك تعتبر معرفة الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السرطان ضرورية والتي بدورها تنقسم إلى صنفين، العوامل المتعلقة بالمرض والعوامل المرتبطة بالمصاب وأهله.

أما العوامل المتعلقة بالمرض: فهناك عدة مراحل يمكن أن يكون فيها مصدر للضغط النفسي والتي تتطلب من المصاب استعمال قدراته من أجل التكيف مع كل مرحلة من بين هذه المراحل نجد التصريح بالتشخيص، بداية العلاج، التحول من علاج إلى آخر. إن دور كل من طبيب السرطان والأخصائي النفسي في كل مرحلة له تأثير حاسم في التقليل من الضغط النفسي. عادة ما يكون دور أخصائي السرطان صعب وبالأخص في الفحص للمرة الأولى ثم في إعلان الخبر غير السار للمصاب كما يمتاز الفحص للمرة الأولى بنوع من التعقيد ذلك لأن الطبيب لا يعرف الشخص المصاب وليس لديه نظرة عن ردود أفعاله ولا رغبته في معرفة حقيقة مرضه (fischer, 2002, p.220).

إن الأبحاث الطبية التي أجريت حول حقيقة المرض عرفت تطور ملحوظ ففي سنة 1672 استنتج "صاموئيل" أن إظهار حقيقة المرض للمصاب يساعد في نجاح العلاج وفي سنة 1962 أكثر من 90 بالمئة من الجراحين الأمريكيين يخفون تشخيص السرطان على مرضاهم، في سنة 1981 أظهر تحقيق أن 50 بالمئة من المصابين بمرض سرطان الرئة أرادوا معرفة التشخيص، في دراسة "Eccossaise" أجريت على 250 مصاب كانت نسبة المصابين بالسرطان الذين يرغبون معرفة التشخيص ومعرفة نسبة الشفاء تتراوح بين 91 إلى 94 بالمئة

من المصابين أما حالياً فإن أكثر من 90 بالمئة من الأطباء يصرحون بالتشخيص للمريض (fischer, 2002, p.220).

إن كل من العلاقة المباشرة بين المصاب والطبيب والتي تكون في مكان هادئ ومنعزل وإعطاء المعلومة الواضحة والإجابة عن تساؤلات المصاب بأسلوب مبسط يساهم في التقليل من الأثر النفسي.

العوامل المتعلقة بالمصاب

إن القدرات التكيفية للمصاب هي قدرات متغيرة فالشخصيات المستقرة التي ليس لها مرض نفسي فيما سبق تكون لديها مواجهة التشخيص وتستقبل بسرعة المعلومات وتبدأ العلاج بصورة فعالة كما يكون التكيف الجيد مع الوضعيات المتأزمة السابقة من العوامل التي تساعد في مواجهة السرطان .

إن الاستجابات النفسية للسرطان والتي تعتبر طبيعية عادة ما تظهر بشكل متكرر فهي تتمثل في عدم الثقة في التشخيص والإحساس بالانهيار وهي ردود أفعال لا تدوم طويل ثم تلي هذه الاستجابات مرحلة مختلطة من القلق والإحساس بالاكتئاب

هناك دراسة قام بها "Pettingale" والتي درست الاستجابة النفسية عند تشخيص السرطان والتأثير على المرض، هذه الدراسة أجريت على مجموعة من المصابين بمرض سرطان الثدي ومال المرض لمدة خمسة سنوات، فقسم المصابين إلى أربعة مجموعات حسب الخصائص النفسية الناتجة بعد ثلاثة أشهر من تشخيص السرطان وهي: رفض المرض، مقاومة المرض، تقبل المرض بعزم، الإحساس بالعجز. أثبتت الدراسة أن المصابين الذين لديهم مقاومة ورفض للمرض تعايشوا مع السرطان لمدة 10 سنوات دون معاودة المرض مقارنة بالمصابين الذين يحسون بالعجز في مواجهة المرض. أن نتيجة الدراسة هي ذات أهمية بالنسبة للمحور الذي يربط السرطان ومال المرض والتهيو العقلي (fischer ,2002, p.221).

كما قد تكون المشاكل النفسية إحدى الآثار الجانبية للعلاج . وأيضاً تراجع الوضع الصحي قد يتسبب ببعض الاضطرابات النفسية. أين نجد في حالة سرطان الثدي حالات تستدعي إزالة جزء من الثدي أو الثدي كله، حيث يخلق مشكلات تجميلية، والقلق حول صورة الجسم لا يحدث نتيجة تغير المظهر بعد الجراحة فقط، وإنما بسبب اعتبارات أخرى أيضاً، تتعلق

بالإحساس بأن جسد الإنسان لم يعد مكتملاً وقادراً على القيام بوظائفه بشكل سوي، وهذا ما يزيد من تعقيد ردود أفعال المريض تجاه العلاج (تايلور، 2008، ص820).

كما أن علاج سرطان الثدي بالجراحة وإزالة جزء من الألياف العضلية المحيطة القريبة قد يؤدي إلى ترهل أو انتفاخ في تلك المنطقة مما يحد من حركة الذراع. كما وتضطرب العلاقات الزوجية بعد التشخيص بالسرطان وبوجه الخصوص الجانب الجنسي منها، كما أن المخاوف المتعلقة بصورة الجسم والقلق حول ردود فعل الشريك، تمثل جوانب ضعف نفسية اجتماعية، خاصة عندما يكون هناك تشوهات جراحية، كما هي الحال في سرطان الثدي (تايلور، 2008، ص816). إذ تدل التجربة أن تقنيات المحافظة على الثدي واستئصال أجزاء منه فقط تقود إلى تكيف نفسي وزواجي وجنسي واجتماعي، أفضل من حالات الاستئصال الكلي للثدي.

ولا شك أن للوضع الاقتصادي والاجتماعي وكلفة العلاج دوراً في التأثير على الوضع النفسي للمريض، ولردود فعل أعضاء الأسرة حول إصابة أحد أعضائها بالسرطان تأثيراً كبيراً على المريض. ولا ننسى أن الألم عند مرضى السرطان في المراحل الأخيرة منه يكون شديد كما وإن آثار العلاج الكيماوي لها دخل بالحالة النفسية للمصاب.

خلاصة لما سبق فإن السرطان ينشأ عن خلل في الوراثة الجينية ، يؤدي إلى تسارع زائد في نموها وانتشارها، وسرطان الثدي أحد أنواع السرطانات والتي تصيب النساء بشكل واسع والرجال بشكل نادر. وقد تم في هذا الفصل تناول الفيزيولوجية المرضية لسرطان الثدي، الأسباب وعوامل الخطورة ،علاج سرطان الثدي ،الفحص الدوري للثدي.

كما وقد تم التطرق للجانب النفسي لمرض السرطان من خلال تناول سيكولوجية مرضى سرطان الثدي مروراً بـ بروفيل السرطان، الشخصية المعرضة للإصابة بالسرطان، كما وقد تناول المظاهر النفسية عند مرضى السرطان من خلال إلقاء الضوء على الجانب المعرفي والسرطان والعوامل المؤثر فيه.

الفصل السادس: إجراءات الدراسة

الميدانية

- 1- منهج الدراسة
- 2- الدراسة الاستطلاعية.
- 3- الدراسة الأساسية.
- 4- أدوات الدراسة.
- 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

من الصعب الفصل بين البحوث النظرية والتطبيقية نظرا للعلاقة التكاملية الموجودة بينهما، لهذا كان هذا الجانب من الدراسة ضروري، فالجانب التطبيقي يحاول الإجابة على الفرضيات المطروحة خلال الجانب النظري، و ذلك بتطبيق المناهج العلمية للبحث بهدف توسيع آفاق المعرفة العلمية حول مختلف مجالات الاهتمام من قبل الباحثين.

1- منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الوصفي، والمنهج الوصفي أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة وذلك من أجل الحصول على نتائج عملية يتم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة (عبيدات، 1999، ص46).

2- الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية للتعرف على مركز مكافحة السرطان بباتنة (C.A.C) وعن نوع العلاجات التي تُقدم فيه، الحالات التي تُستقبل، نوع الاستشفاء، مدة العلاج، الطاقة الاستيعابية الخ. وكذا الإجراءات الإدارية اللازمة للقيام بالدراسة. وقد تمت الدراسة الاستطلاعية خلال يومين الأول يوم 2014/05/30 كنظرة أولية حول المركز، واليوم الثاني لإتمام الإجراءات الإدارية اللازمة وكان ذلك يوم 2014/05/05 كما تم الاطلاع على الحالات الموجودة في قاعتي العلاج الخاصة بالنساء. ويمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية فيما يلي:

- التعرف على صعوبات الميدان، و الاستعداد للقيام بالدراسة الأساسية.
- جمع المعلومات الطبية و النفسية حول مجتمع الدراسة.
- مدى قابلية المريضات للقيام بتطبيق مقاييس الدراسة وهل الوضع الصحي قابل لذلك أم لا؟
- مدة إقامة المريضات بالمستشفى.
- إمكانية إجابة المريضات بمفردهن عن المقاييس أم ضرورة وجود الباحثة معهن.

3- الدراسة الأساسية

أ- الحدود المكانية: تحدد إجراء الدراسة الميدانية ب مركز مكافحة السرطان بباتنة (C.A.C)

ب- الحدود الزمنية: امتدت الدراسة الميدانية رسميا من 2014/05/06 إلى 2014/06/19 .

ج- الحدود البشرية:

* **عينة الدراسة:** تم اختيار العينة بطريقة قصديه من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في مريضات سرطان الثدي اللاتي يتابعن العلاج الكيميائي بمركز مكافحة السرطان بباتنة (C.A.C). وقد تمثلت عينة الدراسة في 90 مريضة بسرطان الثدي من اصل 124 مريضة بسرطان الثدي يتابعن العلاج داخل المركز خلال سنة 2014 (آخر الإحصائيات أخذت من المركز في يوم 2014/05/22). حيث أن المريضات يتابعن داخل المركز علاج كيميائي أو علاج هرموني في حين العلاج الجراحي يتم خارج المركز كما وأن العلاج الإشعاعي في ذلك الوقت (إلى غاية إنهاء الدراسة) كان يتابع خارج المركز.

ولتحقيق أهداف البحث قامت الباحثة بتطبيق أدوات دراستها على العينة المتكونة من 90 مريضة، وقد تم اختيار هذه الفئة بطريقة قصديه اعتمادا على:

1. ملفات المريضات.

2. تشخيص الطبيب المعالج (أين كانت تستثنى الحالات التي شخّصت سابقا بسرطان آخر قبل سرطان الثدي).

3. تواجد المريضات داخل المركز.

4. علم المريضة بأنها مصابة بسرطان الثدي (بعض المريضات لا يعلمن بتشخيصهن).

5. إقصاء مريضات مصابات باضطرابات عصبية شديدة، والمريضات اللاتي انتشر لديهن المرض لدرجة التأثير على وظائفهم العقلية.

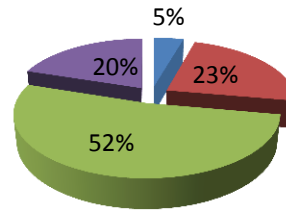
* خصائص العينة:

الجدول رقم (1) : يوضح خصائص العينة حسب السن.

السن	العدد	النسبة
20-30 سنة	04	4.44%
31-40 سنة	21	23.33%
41-50 سنة	47	52.22%
51- فما فوق	18	20%
المجموع	90	100%
المتوسط العمري	45.11	

شكل (12): خصائص العينة حسب السن

■ 20-30 سنة ■ 31-40 سنة ■ 41-50 سنة ■ 51- فما فوق

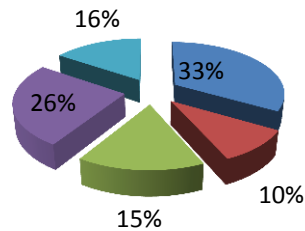


الجدول رقم (2) : يوضح خصائص العينة حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	العدد	النسبة
أمي	30	33.33%
ابتدائي	09	10%
متوسط	14	15.55%
ثانوي	23	25.55%
جامعي	14	15.55%
المجموع	90	100%

شكل (13): خصائص العينة حسب المستوى التعليمي

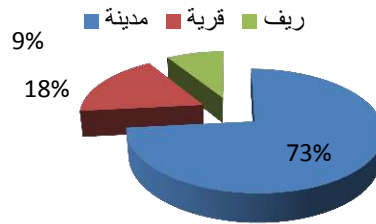
■ أمي ■ ابتدائي ■ متوسط ■ ثانوي ■ جامعي



الجدول رقم (3) : يوضح خصائص العينة حسب مكان السكن.

السكن	العدد	النسبة
مدينة	66	%73.33
قرية	16	%17.77
ريف	08	%8.88
المجموع	90	%100

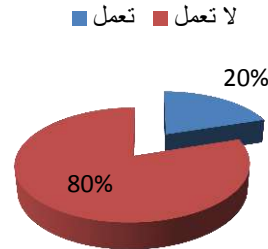
شكل رقم (14): خصائص العينة حسب مكان السكن



الجدول رقم (4) : يوضح خصائص العينة حسب العمل.

العمل	العدد	النسبة
تعمل	18	%20
لا تعمل	72	%80
المجموع	90	%100

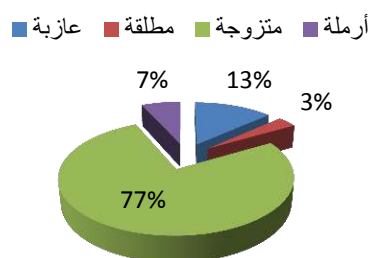
شكل رقم (15): خصائص العينة حسب العمل



الجدول رقم (5) : يوضح خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	العدد	النسبة
عازبة	12	%13.33
مطلقة	03	%3.33
متزوجة	69	%76.66
أرملة	06	%6.66
المجموع	90	%100

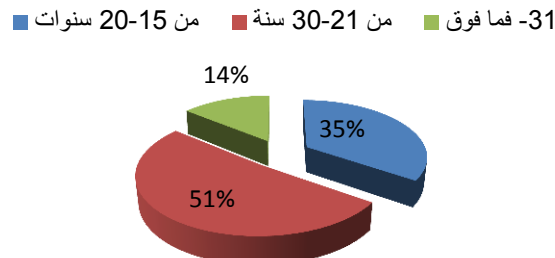
شكل رقم (16): خصائص العينة حسب الحالة الاجتماعية



الجدول رقم (6): يوضح خصائص العينة حسب سن الزواج بالنسبة للمتزوجات.

سن الزواج	العدد	النسبة
من 15-20 سنوات	27	34.61%
من 21-30 سنة	40	51.28%
31- فما فوق	11	14.10%
المجموع	78	100%

شكل رقم (17): خصائص العينة حسب سن الزواج بالنسبة للمتزوجات.

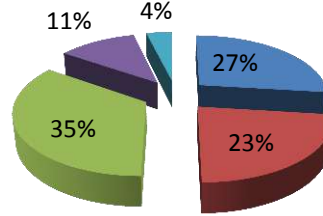


الجدول رقم (7): يوضح خصائص العينة حسب مدة الزواج.

مدة الزواج	العدد	النسبة
من 1-10 سنوات	21	26.92%
من 11-20 سنة	18	23.07%
21-30 سنة	27	34.61%
من 31-40 سنة	9	11.53%
من 41- فما فوق	3	3.33%
المجموع	78	100%

شكل رقم (18): خصائص العينة حسب مدة الزواج.

■ من 1-10 سنوات ■ من 11-20 سنة ■ من 21-30 سنة
■ من 31-40 سنة ■ من 41- فما فوق

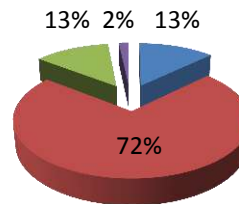


الجدول رقم (8): يوضح خصائص العينة حسب سن إنجاب أول مولود.

سن انجاب أول مولود	العدد	النسبة
أقل من 20 سنة	09	11,53%
من 20-30 سنة	51	65,38%
من 31-40 سنة	09	11,53%
لم تنجب	09	11,53%
المجموع	78	100%

شكل رقم (19): خصائص العينة حسب سن إنجاب أول مولود.

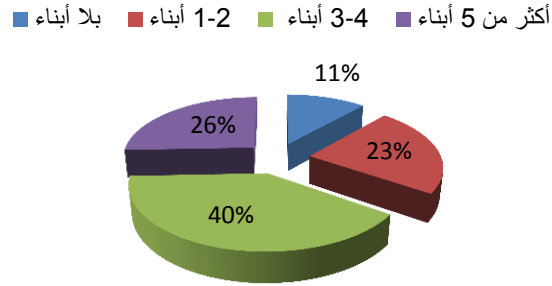
■ أقل من 20 سنة ■ من 20-30 سنة ■ من 31-40 سنة ■ لم تنجب



الجدول رقم (9): يوضح خصائص العينة حسب عدد الأبناء.

عدد الأبناء	العدد	النسبة
بلا أبناء	09	11,53%
1-2 أبناء	18	23,07%
3-4 أبناء	31	39,74%
أكثر من 5 أبناء	20	25,64%
المجموع	78	100%

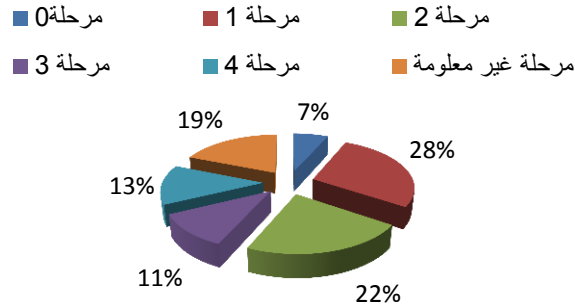
شكل رقم (20): خصائص العينة حسب عدد الأبناء



الجدول رقم (10): يوضح خصائص العينة حسب مرحلة الورم.

مرحلة الورم	العدد	النسبة
مرحلة 0	06	%6,66
مرحلة 1	25	%27,77
مرحلة 2	20	%22,22
مرحلة 3	10	%11,11
مرحلة 4	12	%13,33
مرحلة غير معلومة	17	%18,88
المجموع	90	%100

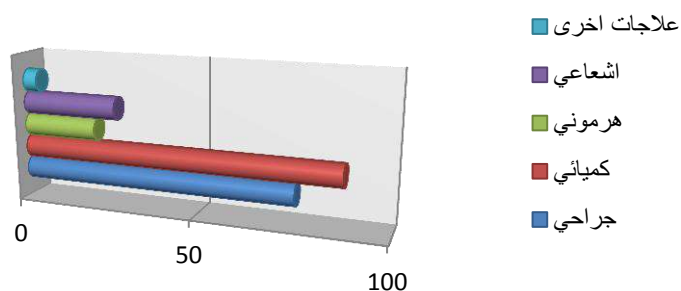
شكل رقم (21): خصائص العينة حسب مرحلة الورم.



الجدول رقم (11): يوضح خصائص العينة حسب نوعية العلاج المتبع.

نوع العلاج	العدد	النسبة
جراحي	76	%84,44
كيميائي	88	%97,77
هرموني	21	%23,33
إشعاعي	27	%30
علاجات أخرى	04	%4,44

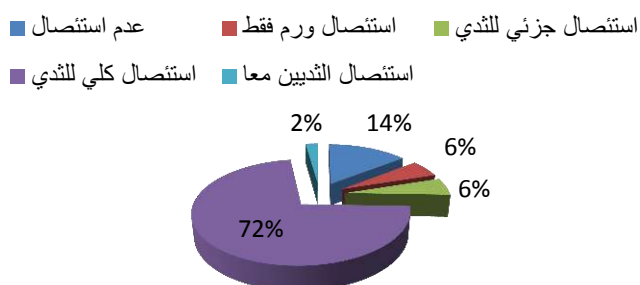
شكل رقم (22): خصائص العينة حسب نوعية...



الجدول رقم (12) : يوضح خصائص العينة حسب نوعية الاستئصال في حالة الجراحة.

الاستئصال	العدد	النسبة
عدم استئصال	13	14,44%
استئصال ورم فقط	05	5,55%
استئصال جزئي للثدي	05	5,55%
استئصال كلي للثدي	65	72,22%
استئصال الثديين معا	02	2,22%
المجموع	90	100%

شكل رقم (23): خصائص العينة حسب نوعية الاستئصال في حالة الجراحة

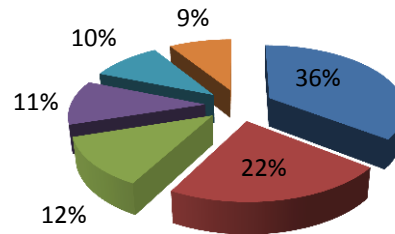


الجدول رقم (13) : يوضح خصائص العينة حسب مدة العلاج.

مدة العلاج	العدد	النسبة
من 1- 6 أشهر	32	35,55%
من 6 - 12 أشهر	20	22,22%
من 12 - 24 شهر	11	12,22%
من 24- 36 شهر	10	11,11%
من 36- 48 شهر	09	10%
أكثر من 60 شهر	08	8,88%
المجموع	90	100%

شكل رقم (24): خصائص العينة حسب مدة العلاج.

■ من 1 - 6 أشهر ■ من 6 - 12 أشهر ■ من 12 - 24 شهر
■ أكثر من 60 شهر ■ من 36 - 48 شهر ■ من 24 - 36 شهر



4- أدوات الدراسة:

أ- التعريف بالمقياسين: اعتمدت الباحثة على الأدوات التالية:

- مقياس الكفاءة الذاتية لـ "Schwarzer & Jerusalem" في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان.
- مقياس مصدر الضبط الصحي لـ "Wallston & al" و الذي أعده جبالي نور الدين

التعريف بمقياس توقعات الكفاءة الذاتية

وضع شفارتسر وجيروزيليم (Schwarzer & Jerusalem) مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية، و مواقف الإنجاز. و ينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة، لأنها تتسم بصفات العمومية و التفسير و التنبؤ بأنماط السلوك و الخبرة الممكنة. وقد قام لسامر جميل رضوان بترجمته للغة العربية. يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود ، يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من " لا - نادرا - غالبا - دائما " (أبو السعد، 2011، ص57) ويتراوح المجموع العام للدرجات بين (10 و 40) أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

البدائل	الدرجة
لا	1
نادرا	2
غالبا	3
دائما	4

وبالتالي فإن الدرجة المنخفضة تشير إلى انخفاض توقعات الكفاءة الذاتية العامة، والدرجة العالية تشير إلى ارتفاع في توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

وقد تم اختيار هذا المقياس لارتفاع خصائصه السيكمترية من صدق وثبات في الدراسات السابقة وخاصة منها الدراسات المحلية. كما وأن فقرات المقياس كانت مختصرة وهو ما يتناسب مع الحالة الصحية للمريضات

التعريف بمقياس مصدر الضبط الصحي

مقياس مصدر الضبط الصحي الذي أسسه Wallston & al (1978) و الذي أعده جبالي نور الدين، و يتكون الاستبيان من 18 عبارة تقيس ثلاث أبعاد كالآتي:

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

* بعد ذوي النفوذ: العبارات الخاصة به (3،5،7،10،14،18)

* بعد الحظ: العبارات الخاصة به (2،4،9،11،15،16)، و تتم الإجابة على بنود الاختبار وفق خمس اختيارات و يتم تصحيح الاختبار كما يلي:

البدائل	الدرجة
موافق تماما	05
موافق	04
غير متأكد	03
غير موافق	02
غير موافق تماما	01

و لمعرفة اتجاه مركز الضبط يحسب مجموع البنود المتعلقة بكل بعد.

وقد تم اختيار هذا المقياس لعدة أسباب منها: انه يتميز بخصائص سيكمترية جيدة. كما وسبق تناوله في نفس البيئة المحلية وطبق على عينات تعاني اضطرابات سيكوسوماتية.

- وقد تم تطبيق أداتي الدراسة فرديا ، إذ قامت الباحثة بـ :
 - توزيع مقياس الكفاءة الذاتية و مقياس مصدر الضبط الصحي.
 - إعطاء التعليمات اللازمة للمرضى.
 - التأكد من أوراق الإجابة، إذ تم عزل (4) حالات لعدم إجابتهم على كل البنود. و(6) أوراق لم تسترد من مجموع (100) حالة.

- بالنسبة للمريضات الأميات كانت الباحثة تقرأ عليهن العبارات وهن من يخترن الاستجابات المناسبة وتقوم الباحثة بملأ الاستمارة.

- أغلب المريضات المتعلّقات كن يفضلن وجود الباحثة معهن، أين كانت تتم قراءة العبارات عليهن وهن يقمن بتقديم الاستجابة وذلك لأسباب منها: عدم قدرتهن على حمل القلم والإجابة بسبب ابر المصل الموجودة بأيديهن، الرغبة في التعبير عن مكنوناتهم النفسية، الرغبة في التحدث عن المرض وتأثيره في حياتهم الشخصية والاجتماعية، نقل تجربتهم مع المرض لأكبر عدد من الأفراد، الإفصاح عن مخاوفهم ومآل المرض، الاستفادة من النصائح من أجل تقبل المرض ومن أجل العودة لممارسة الحياة الطبيعية... الخ. أين كانت تستغرق الباحثة قبل بدأ تطبيق المقاييس أو بعده من الوقت ما يفوق (30) دقيقة في بعض الأحيان مع مريضة واحدة.

ب- الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة:

- **الثبات :** في النسخة الألمانية تم قياس الثبات، وقد تراوح معامل الارتباط ألفا مابين (0.74- 0.93) ، أي أنه ذو موثوقية عالية. أما في النسخة العربية فقد قام الباحث سامر جميل رضوان بحساب الثبات، و أسفر حساب معامل الارتباط عن معامل ثبات مقداره 0.71 . في البيئة المحلية تم حساب الثبات من قبل العديد من الباحثين وكانت المعاملات ذات ثبات مقبول.

كما وقد قامت الباحثة في الدراسة الحالية بحساب الثبات وكانت النتائج كالتالي:
جدول رقم (14): يوضح معامل الارتباط سبيرمان براون و معامل ألفا كرونباخ لمقياس الكفاءة الذاتية.

معامل ألفا كرونباخ	معامل سبيرمان براون
0.69	0.84

تم حساب ثبات المقياس بواسطة طريقة التجزئة النصفية حيث بلغت قيمة معامل ارتباط سبيرمان براون 0.84 وهي قيمة مرتفعة تدل أن المقياس يتميز بالثبات.
معامل ألفا كرونباخ: و الذي أسفر عن معامل مقداره 0.69 و هي درجة تعكس ثبات المقياس.

- **الصدق:** في البيئة الألمانية: يترابط السلم مع متغيرات عديدة ترابطات إيجابية وسلبية، فمعامل الترابط مع الانبساط (0.49) والانطواء (-0.64) والعصابية (-0.42) والأمل بالنجاح (0.46) والخوف من الفشل (-0.54) ومع مشاعر القيمة الذاتية (0.52) والقلق العام (-0.54) ومع قلق الإنجاز (-0.42) ومع الخجل (-0.58) والفضول (0.44) وقناعات الضبط الداخلية (0.40).

في البيئة العربية: تم حساب الصدق من طرف الباحث سامر جميل رضوان عن طريق صدق الاتساق الداخلي: فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كما يلي على الترتيب: 0.83 ، - 0.83 ، - 0.83 ، - 0.82 ، - 0.82 ، - 0.84 ، - 0.82 ، - 0.82 ، - 0.82 ، - 0.82 ، وهي جميعها دالة عند مستوى الدلالة 0.01.

في البيئة المحلية: قامت الباحثة بحساب الصدق بطريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)

جدول رقم (15): يوضح دلالة قيمة (ت) صدق المقارنة الطرفية لمقياس الكفاءة الذاتية

قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
19,70	58	دال

من خلال الجدول رقم (15) تبين أن قيمة (ت) قد بلغت 19,70 وهي قيمة دالة أي توجد فروق دالة بين طرفي المجموعة ما يدل أن المقياس يتميز بالصدق

مقياس مصدر الضبط الصحي

الثبات:

جدول رقم (16): يوضح معامل الارتباط سبيرمان براون و معامل ألفا كرونباخ لمقياس مصدر الضبط الصحي.

معامل سبيرمان براون	معامل ألفا كرونباخ
0.72	0.53

تم حساب ثبات المقياس بواسطة طريقة التجزئة النصفية حيث بلغت قيمة معامل ارتباط سبيرمان براون 0.72 وهي قيمة مرتفعة تدل أن المقياس يتميز بالثبات.

معامل ألفا كرونباخ: و الذي أسفر عن معامل مقداره 0.53 و هي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

الصدق:

- الصدق بطريقة المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي)

جدول رقم (17): يوضح قيمة (ت) صدق المقارنة الطرفية لمقياس مصدر الضبط الصحي.

قيمة ت	درجة الحرية	الدلالة
18,14	48	دال

من خلال الجدول رقم (15) تبين أن قيمة (ت) قد بلغت 18.14 وهي قيمة دالة عند المستوى 0.01 أي أنه توجد فروق بين الفئات العليا والدنيا. ما يدل أن المقياس يتميز بالصدق.

- صدق التكوين: و تم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند و المقياس

الفرعي الذي ينتمي إليه، و الجداول التالية توضح معاملات الارتباطات المحسوبة.

الجدول رقم (18): يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي و الدرجة الكلية للبند

البند	البند 01	البند 06	البند 08	البند 12	البند 13	البند 17
قيمة معامل الارتباط	,56**	,58**	,56**	,47**	,45**	,60**
مستوى الدلالة	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

نلاحظ أن هناك علاقة بين بنود بعد الضبط الداخلي وكل بند من البنود المكونة له عند مستوى الدلالة 0.01.

الجدول رقم (19): يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد الحظ و الدرجة الكلية للبند.

البند	البند 02	البند 04	البند 09	البند 11	البند 15	البند 16
قيمة معامل الارتباط	,69**	,64**	,68**	,65**	,54**	,48**
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

نلاحظ أن هناك علاقة بين الحظ وكل بند من البنود المكونة له عند مستوى الدلالة 0.01.

الجدول رقم (20): يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد ذوي النفوذ و الدرجة الكلية للبعد.

البنود	البند 03	البند 05	البند 07	البند 10	البند 14	البند 18
قيمة معامل الارتباط	,70**	,54**	,64**	,47**	,43**	,33**
مستوى الدلالة	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

نلاحظ أن هناك علاقة بين بنود النفوذ وكل بند من البنود المكونة له عند مستوى الدلالة 0.01.

- من خلال النتائج الموضحة في جداول معاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و بنوده يمكن القول بأن هناك اتساق داخلي للاستبيان، و بالتالي فهو يمتاز بالصدق.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

جرى اختبار التحليلات الإحصائية طبقا لسمات العينة و فرضيات الدراسة، و قد تم التحليل الإحصائي بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية).

✓	النسب المئوية.
✓	معادلة بيرسون للارتباط.
✓	المتوسط الحسابي.
✓	معامل ألفا كرونباخ.
✓	"ت" و "ف"
✓	معامل الاتساق الداخلي.

الفصل السابع: عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الدراسة

2- مناقشة نتائج الدراسة

3- مناقشة عامة

1- عرض نتائج الدراسة:

أ- عرض نتائج الدراسة حسب الفرضية الأولى:

في ضوء الفرضية الأولى التي تشير إلى توقع الطالبة الباحثة أن يكون بعد مصدر الضبط الصحي السائد عند أفراد عينة الدراسة هو البعد الخارجي تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول رقم (21): يوضح متوسطات درجات أفراد العينة في أبعاد مصدر الضبط الصحي

أبعاد مصدر الضبط الصحي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
البعد الداخلي	22,83	4,67
بعد الحظ	22,70	5,52
البعد ذوي النفوذ	25,17	3,89

ب- عرض نتائج الدراسة حسب الفرضية الثانية:

في ضوء الفرضية الثانية التي تشير إلى توقع الطالبة الباحثة وجود انخفاض في قيم توقعات الكفاءة الذاتية عند أفراد العينة تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول رقم (22): يوضح متوسطات درجات أفراد العينة في الكفاءة الذاتية

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الكفاءة الذاتية	27,54	6,27

ج - عرض نتائج الدراسة حسب الفرضية الثالثة:

في ضوء الفرضية الثالثة التي تشير إلى توقع الطالبة الباحثة عدم وجود علاقة بين توقعات الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول رقم (23): يوضح دلالة قيم معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية.

المتغير	البعد الداخلي	بعد ذوي النفوذ	بعد الحظ
الكفاءة الذاتية	0,17	0,09	-0,13
الدلالة عند 0.01	غير دال	غير دال	غير دال

بالنظر إلى القيم الواردة في الجدول السابق تنبّه الباحثة إلى وجود علاقة سالبة بين بعد الحظ والكفاءة الذاتية لكنها تبقى علاقة غير دالة من الناحية الإحصائية.

د- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

1- في ضوء الفرضية الرابعة التي تشير إلى توقع الطالبة الباحثة و جود فروق في تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة تعزى لمتغيرات: المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، العمل، السن، مكان السكن، الجراحة، نوع الاستئصال، مدة العلاج، مرحلة الورم، سن الزواج، سن إنجاب أول مولود، وعدد الأولاد. تم الحصول على النتائج التالية:

الجدول رقم (24): يوضح دلالة قيمة (ت) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و مكان السكن.

السكن	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
مدينة	قيمة (ت)	1,14	-1,08	0,54
	المتوسط	28,00	22,32	22,94
ريف	قيمة (ت)	1,12	-1,13	0,59
	المتوسط	26,29	23,75	24,79
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

بالنظر إلى القيم الواردة في الجدول السابق تنبّه الباحثة إلى وجود فروق سالبة في قيمة بعد الحظ تعزى لمكان السكن لكنها تبقى غير دالة من الناحية الإحصائية.

الجدول رقم (25): يوضح دلالة قيمة (ت) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و العمل.

العمل	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
لا تعمل	قيمة (ت)	-1,66	2,22	1,57
	المتوسط	27,00	23,33	25,49
تعمل	قيمة (ت)	-1,50	2,59	1,25
	المتوسط	29,72	20,17	23,89
الدلالة	غير دال	دال	غير دال	غير دال

بالنظر إلى القيم الواردة في الجدول السابق تنبّه الباحثة إلى وجود فروق سالبة في قيمة الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير العمل لكنها تبقى فروق غير دالة من الناحية الإحصائية.

الجدول رقم (26): يوضح دلالة قيمة (ت) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و الجراحة.

الجراحة	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
غير قيمة (ت)	0,37	-,22	-1,17	-,11
جراحي المتوسط	28,15	22,38	24,00	22,69
جراحة قيمة (ت)	0,44	-,25	-1,08	-,10
المتوسط	27,44	22,75	25,36	22,86
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

بالنظر إلى القيم الواردة في الجدول السابق تنبّه الباحثة إلى وجود فروق سالبة في أبعاد مصدر الضبط تعزى لمتغير الجراحة لكنها تبقى فروق غير دالة من الناحية الإحصائية.

الجدول رقم (27): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و السن

السن	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	1,24	1,17	1,49	1,14
المتوسط	20-30	32,75	22,25	22,00
	31-40	27,95	21,10	26,24
	41-50	26,74	22,81	24,94
	أكثر من 50	28,00	24,39	25,22
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (28) يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي والمستوى التعليمي.

التعليم	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	2,46	6,22	0,61	0,81
المتوسط	أمي	25,20	25,03	22,97
ابتدائي	24,30	26,50	26,70	24,70
متوسط	27,62	20,08	25,69	22,85
ثانوي	27,26	21,22	24,52	21,61
جامعي	31,71	19,50	24,93	23,21
الدلالة	دال	دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (29): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي والحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	4,15	1,20	0,38	0,65
المتوسط	عازبة	21,58	25,58	24,33
مطلقة	34,33	17,67	23,00	24,33
أرملة	25,67	24,17	25,67	23,17
متزوجة	26,65	22,99	25,14	22,48
الدلالة	دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (30): بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و سن الزواج.

سن الزواج	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	0,20	1,28	0,21	0,06
المتوسط	15-20	24,26	24,70	22,52
21-30	27,28	22,15	25,28	22,78
أكثر من 30	26,82	22,09	25,45	22,18
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (31): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة الزواج.

مدة الزواج	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	0,47	0,86	1,00	1,34
المتوسط	أقل من 10	27,05	21,52	24,81
	10-20	27,72	21,78	24,39
	21-30	25,92	23,77	21,38
	31-40	28,00	25,11	23,89
	أكثر من 40	24,00	23,33	28,33
	23,00	23,44	21,38	21,86
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (32): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و سن إنجاب أول مولود.

سن إنجاب أول مولود	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	0,25	0,09	0,14	0,89
المتوسط	أقل من 20	28,33	22,78	25,22
	20-30	26,82	22,71	24,90
	30-40	26,67	23,78	25,67
	لم تتجب	25,89	23,00	25,56
	23,11	23,44	21,38	21,86
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (33): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و عدد الأولاد

عدد الأولاد	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	0.12	1.41	0.26	0.26
المتوسط	25,88	23,00	25,55	23,11
بلا أولاد				
1-2	27,05	22,05	24,55	21,72
3-4	26,74	21,93	24,96	22,74
أكثر من 5	27,35	25,00	25,60	22,95
لم تتجب	26,87	22,87	25,10	22,60
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (34): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و مرحلة الورم.

مرحلة الورم	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	0,53	2,18	2,27	1,29
المتوسط	29,00	22,33	21,33	21,17
0م				
1م	27,36	20,32	24,52	21,68
2م	27,50	23,80	24,95	23,15
3م	27,30	22,10	25,60	24,10
4م	29,67	22,42	27,08	21,83
مرحلة غير معلومة	26,00	25,59	26,12	24,71
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (35): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و مدة العلاج.

مدة العلاج بالأشهر	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	1,88	0,58	0,50	0,97
المتوسط	1-6	21,38	24,72	22,09
6-12	27,50	23,50	25,45	23,90
12-24	28,91	23,18	26,45	22,36
24-36	25,80	23,10	25,70	21,30
36-48	29,00	23,44	24,11	23,44
أكثر من 60	22,00	24,00	25,00	25,00
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

الجدول رقم (36): يوضح دلالة قيمة (ف) بين كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي و استئصال الثدي.

نوع الاستئصال	الكفاءة	بعد الحظ	بعد ذوي النفوذ	البعد الداخلي
قيمة (ف)	0,33	0,10	1,76	0,19
المتوسط	عدم استئصال	22,38	24,00	22,69
جزئي	28,80	22,10	23,70	23,70
كلي	27,24	22,85	25,61	22,73
الدلالة	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال

2- تفسير نتائج الدراسة:

2- تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الأولى:

تشير الفرضية الأولى إلى توقع شيوع البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي.

- من خلال النتائج المتوصل إليها من الجدول رقم (21) اتضح أن البعد الخارجي هو البعد السائد لدى عينة الدراسة، فقد بلغ المتوسط الحسابي له (47.87)، و بذلك تتحقق الفرضية الأولى من هذه الدراسة وبالتحديد بعد ذوي النفوذ بمتوسط حسابي قدره (25,17).

وكما كان متوقع فإن المصابين بأمراض مزمنة أو حادة يكونون في العادة ذو بعد خارجي يتمثل في بعد ذوي النفوذ ويعود ذلك إلى اعتقاد المرضى بأنهم غير قادرين على تدبير مرضهم وأن ذلك من اختصاص ذوي النفوذ من الأطباء والعاملين في القطاع الصحي لا سيما إذا تعلق المرض بمرض مزمن وخطير كمرض السرطان، كما ولا يمكن انكار دور التنشئة الاجتماعية والثقافة السائدة في المجتمع الجزائري والتي تضع ذوي النفوذ موضع الطاعة وبالأخص العاملين في قطاع الصحة من أطباء وممرضين، بدل الوقاية والتحكم في الأحداث. ولعل نسبة الشفاء بالنسبة لسرطان الثدي هي نسبة مرتفعة جدا مقارنة ببقية أنواع السرطانات الأخرى وأن لتأثير العلاج نتائجه في التحكم في المرض، أدت بالمريضات للمثول لنصائح الطبيب والالتزام بالعلاج. هذا وتعتقد الباحثة بأن لعامل المكان الذي أجريت فيه الدراسة تأثير في نتائجها، فقد تمت الدراسة داخل مركز صحي "مركز مكافحة مرض السرطان" أين تتلقى المريضات العلاج المناسب لهن، وبالتالي فهن في وضعية تلزمهن باختيار إجاباتهن وفق ما يتماشى مع الوضع، لاسيما وأنهن يعتقدن أن الباحثة تنتمي للطايف الطبي، وبالتالي يسعين لإعطاء الإجابة التي ترضي الباحثة في نظرهن، بالرغم من أنهن يعلمن أن الباحثة تقوم ببحث وأن الإجابات يجب أن تكون صادقة وفق ما يتوافق مع معتقداتهن.

ب- تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الثانية:

وكما هو معلوم فإن الفرضية تقول بانخفاض درجات توقعات الكفاءة الذاتية عند أفراد عينة الدراسة، وحسب الجدول رقم (22) فإن المتوسط الحسابي لتوقعات الكفاءة الذاتية يساوي (27.54) بانحراف معياري قدره (6.27).

ما يدل أن درجات توقعات الكفاءة الذاتية كانت مرتفعة. حيث أن درجات الكفاءة تتراوح ما بين (10 - 40) درجة، أين الدرجة (10) أدنى درجة وتدل على ضعف تقديرات الكفاءة الذاتية، والدرجة (40) أعلى درجة تدل على درجة مرتفعة وأن المتوسط الفرضي هو (25).

وقد بلغ عدد الحالات اللاتي تحصلن على تقديرات (25) (المتوسط الفرضي) أو أقل (37) حالة من أصل (90) حالة أي بنسبة (41%)، بينما حصلت (53) حالة على درجات أعلى من (25) أي بنسبة (59%).

إذن نسبة (59%) من أفراد عينة الدراسة هن ذوات كفاءة ذاتية عالية وهذا ما لا يتفق مع توقعات الفرضية الثانية.

من خلال نتائج الفرضية الأولى والتي أكدت نتائجها أن البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي هو السائد لدى عينة الدراسة. يُلاحظ أنه هناك بعض التناقض في النتائج، فذوي الكفاءة الذاتية العالية لديهم قدر عال من تحمل المسؤولية، يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس، لديهم مهارات اجتماعية عالية وقدرة فائقة على التواصل مع الآخرين، يعززون الفشل للجهد غير الكافي. وبالعكس من ذلك فإن ذوي الضبط الخارجي تنخفض لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية، يفتقرون للثقة في القدرة على ضبط ما يحدث، لديهم سلبية عامة وقلة في المشاركة والإنتاج، انعدام الثقة بالنفس، ومنه فإن نتيجة هذه الفرضية توحى بوجود عوامل أخرى قد أثرت في نتائج الدراسة. فقد ترجع النتيجة ربما لأثر المساندة الاجتماعية التي تتلقاها المريضات سواء كانت من الأسرة والأصدقاء أو من الطاقم الطبي من الأطباء والممرضين والأخصائيين النفسانيين المكلفين بهم. كما وأن توقعات الكفاءة تبقى على مستوى اعتقادات لا غير فقد تصدق أو تخيب.

وتعتقد الباحثة أن تقديرات الكفاءة الذاتية لدى عينة الدراسة كانت في الأصل ضعيفة وقد ارتفعت لعدة أسباب أثرت فيها، فلعل ذلك يعود إلى الدور الذي تلعبه النمذجة في رفع تقديرات الكفاءة، فعند ملاحظة أشخاص يعيشون موقف صراع دون تناقضات (مريضات يعايشن سرطان الثدي أو حتى أنواع أخرى من السرطان قد تكون أشد خطورة) يؤدي هذا بالملاحظين (المريضات حديثاً) إلى زيادة اعتقادهم في قدرتهم على النجاح (الشفاء)، وكما هو معلوم فإن أفراد العينة يتلقون العلاج داخل مركز مكافحة السرطان بباتنة بشكل منظم تقريباً كل (21 يوم) أي أنهم يلتقون ببعض البعض بشكل متكرر ودوري (نماذج اجتماعية محيطة يماثلونهم في القيام بمهمة ما)، وبالتالي يتأثرن ببعضهم البعض فنسبة كبيرة من أفراد العينة تفوق (64%) لديهم مدة علاج تزيد عن (6) أشهر، أين تشكل هذه النسبة نماذج حية تجعل المريضات يستقن منها شعور عال بالكفاءة تعمم لمجالات أخرى.

ومن المحتمل أن تكون هذه النتيجة راجعة لمقياس الكفاءة المستخدم، وهو مترجم للعربية من اللغة الألمانية وبالرغم من أنه تم التأكد من صدقه وثباته في البيئة الألمانية و باقي مناطق العالم

(أكثر من (26) بيئة مختلفة من العالم) ، بما ذلك البيئة العربية، كما وقد تم التأكد من خصائصه السيكومترية في البيئة المحلية على يد العديد من الباحثين، والباحثة هي الأخرى تأكدت من خصائصه السيكومترية فقد تكون النتيجة راجعة لعدم وضوح العبارات الخاصة بمقياس الكفاءة الذاتية لا سيما أنها كانت بالعربية الفصحى وأن نسبة كبيرة من عينة الدراسة وهي (33.33%) تمثل فئة الأميات، وبالتالي عدم وضوح العبارات بالقدر الكافي بالرغم من شرحها من قبل الباحثة باللهجة العامية الدارجة ومنه تكون الإجابات عشوائية، كما وان المتوسط العمري لعينة الدراسة قد بلغ (45) سنة وبالتالي قد يكون لعامل النضج تأثير في تغيير اعتقادات المريضا.

ج - تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الثالثة:

تشير الفرضية إلى عدم وجود علاقة دالة إحصائية بين تقديرات الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة. من خلال الجدول رقم (23) تبين عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقديرات الكفاءة الذاتية.

بالرغم من أن الدلالة الإحصائية تؤكد عدم وجود علاقة جوهرية بين الكفاءة الذاتية ومختلف أبعاد مصدر الضبط الصحي إلا أنه توجد علاقة سالبة بين بعد الحظ والكفاءة. بالعودة لنتائج الفرضيتين الأولى والثانية واللذان بينتا بأن البعد السائد لدى عينة الدراسة هو بعد ذوي النفوذ وأن درجات توقعات الكفاءة كانت مرتفعة، هذا ما يمكننا من تفسير نتائج الفرضية الحالية، فالاعتقاد في البعد الخارجي يجعل أفراد العينة يقتنعن بعدم إمكانية تغيير الوضعية التي هن بصدد مواجهتها، وبالتالي الاستسلام للأمر الواقع دون بذل أي جهود من طرفهن، فهن مجبرات ولسن مخيرات خاصة وأن الأمر يتعلق بالجانب الصحي، فالعديد من الحالات يعتبرن المرض امتحان وابتلاء وبالتالي لا دخل للكفاءة الذاتية في ذلك، وأنه عليهن تقبل ذلك بالصبر والرضوخ للواقع وتفويض أمرهن لمن لديهم دراية بمسألة المرض، وهذا نابع من تغلب الوازع الديني والقيم الثقافية السائدة. في حين أن الكفاءة الذاتية مسألة مستقلة عن الصحة والمرض.

د- تفسير نتائج الدراسة حسب الفرضية الرابعة:

والتي تشير إلى توقع وجود فروق في تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي.

من خلال الجداول (24)،(25)،(26)،(27)،(28)،(29)،(30)،(33)،(34)،(35)، كانت هناك فروق تعزى لبعض المتغيرات دون غيرها .

أين نجد أنه هناك فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير المستوى التعليمي حيث كانت قيمة "ف" تساوي (2,46) لصالح الجامعيين بمتوسط حسابي قدره (31,71) ويمكن تفسير ذلك للأثر الذي يلعبه التعليم في تغيير معتقدات الكفاءة فمن خلال التعليم وخاصة العالي تكتسب الإناث نوعاً من الاستقلالية وتحرر من التبعية للآخرين لا سيما من الناحية الاقتصادية وذلك طبعاً بعد العمل إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى كفاءة الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو العمل، فالنجاح الأكاديمي الذي حققته الجامعيين يعزز صورتهم عن ذواتهم وبالتالي تزداد ثقتهم بأنفسهم وخاصة أن النجاح يمكن اعتباره فردي فهو أكثر تأثيراً على الكفاءة الذاتية.

وأيضاً هناك فروق في الكفاءة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية حيث كانت قيمة "ف" تساوي (4,15) لصالح المطلقات بمتوسط حسابي قدره (34,33). ولعل ذلك يعود إلى أن المطلقات في عينة الدراسة كفاءتهن الذاتية منذ البداية تتميز بالقوة والثبات حتى بعد وجود خبرة يمكن اعتبارها خبرة أليمة وهي الطلاق، فتوقعات الكفاءة الذاتية القوية تظل أكثر قدرة على المقاومة، وتجدر الإشارة أنه عند تحقيق فاعلية ذاتية مرتفعة من خلال النجاحات المتكررة فإن الأثر السلبي للفشل يتناقص، وكذا التوقيت الزمني للنجاحات والإخفاقات له دور في الكفاءة بمعنى أنه عند حدوث إخفاقات بعد الشعور بالفاعلية فإن ذلك ليس له تأثير في الكفاءة.

أما في أبعاد مصدر الضبط الصحي فقد كانت فروق في بعد الحظ تعزى للمستوى التعليمي حيث كانت قيمة "ت" تساوي (2,22) لصالح المستوى الابتدائي بمتوسط حسابي (26,50). ويمكن تفسير ذلك باعتبار أن ذوي المستوى الابتدائي يعتبرن من ذوات المستوى الضعيف ما يجعلهن عرضة لسيطرة التفكير الشعبي عليهن والايمان بالخزعبلات والغيبيات أكثر من الطبقة المرتفعة التعليم و لتأثير

وفروق في بعد الحظ تعزى للعمل حيث كانت قيمة "ت" تساوي (2,22) لصالح غير العاملات بمتوسط حسابي قدره (23,33).

ويبدو أن هذه النقطة بالذات تدعو للتساؤل فمن المروض أن السيدات العاملات أكثر استقلالية وأكثر اعتماداً على النفس وعلى المجهودات والأداءات الذاتية التي يقمن بها، وربما يفسر ذلك طبيعة البيئة الثقافية والاجتماعية والذهنيات السائدة في المجتمع الجزائري والتي تؤمن بالحظ بدرجة كبيرة خاصة وأن الحديث عن مصدر الضبط في المجال الصحي وليست مجالات أخرى.

أما متغيرات السن، مكان السكن ريف أم مدينة، العلاج الجراحي، نوع الاستئصال كلي أم جزئي، مدة العلاج، مرحلة الورم أو خطورة المرض، سن الزواج، سن إنجاب أول مولود، وعدد الأولاد فلم تكن هناك فروق لا في الكفاءة الذاتية ولا في أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لها إلا أنه تجدر الإشارة لأنه ربما الدلالة الإحصائية لم تبلغ للحد المطلوب وبالتالي الفروق ليست جوهريّة.

3- مناقشة عامة:

من خلال عرض النتائج السابقة يُلاحظ أن بعضها أي النتائج كانت متفقة مع توقعات الدراسة والبعض الآخر لم يتفق معها، فالدراسة بحثت بشكل رئيس عن طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي أين أثبتت عدم وجود تلك العلاقة. وإجمالاً فإن هذه النتائج تأثرت بالعديد من العوامل المتفاعلة فيما بينها، يمكن إيجازها فيما يلي:

انعدام العلاقة الموجودة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة أي المصابات بسرطان الثدي قد يعود ربما لارتفاع نسبة تقديرات الكفاءة الذاتية فكما كان متوقع بأن أفراد العينة ونظراً لإصابتهم بمرض مزمن وخطير تكون لديهم كفاءة ذاتية منخفضة لكن النتائج أتت بعكس ذلك، وتعتقد الباحثة أن تقديرات الكفاءة ارتفعت لعدة أسباب، فقد يكون لعامل النمذجة دوراً في ذلك حيث أكد باندورا على موضوع النمذجة في تغيير إدراك الفرد لفاعلية ذاته مؤكداً على الوسائل المرئية، الحملات التحسيسية التي تقوم بها وسائل الإعلام والجمعيات والتي تؤكد في مجملها أن نسبة الشفاء من سرطان الثدي هي نسبة كبيرة لاسيما عند اكتشافه في مراحل مبكرة. فمن خلال تجارب الحالات التي شفيت وكذا تطور الأساليب العلاجية، والاكتشافات الكيميائية الحديثة والمتجددة وجهود المنظمات الصحية في هذا المجال جعل الأثر السلبي للفشل يتناقص، وبالتالي ارتفاع تقديرات الكفاءة الذاتية، ويرى جيلف (Chelf) أن مرضى السرطان بمجرد التعبير عن انفعالاتهم والتحدث عنها، وسماع خبرتهم في مواجهة المرض يعطيهم الأمل والتفاؤل لاستمرار حياتهم، وكما هو معلوم فإن للكفاءة الذاتية علاقة موجبة بالتفاؤلية، ومن الممكن أن لعامل الإقناع اللفظي تأثير في زيادة الكفاءة و المقصود به أن الأفراد يزيد الاعتقاد لديهم في النجاح عن طريق الإيحاءات والتحذيرات والنصائح والاستفسارات التي تأتيهم لفظياً عن طريق الآخرين وهؤلاء الآخرين يتمثلون في القائمين بالرعاية الصحية من أطباء وممرضين وأخصائيين نفسانيين المتواجدين داخل المركز بصفة دائمة، إضافة إلى الأهل والأصدقاء. فكلما تلقت المريضة التشجيع والتدعيم كلما نمت اتجاهات إيجابية تسمح باكتساب درجات في الكفاءة الذاتية وتعمم لمواقف أخرى. من جهة أخرى يرى روتر بان مصدر الضبط ليس من سمات الشخصية لأنه يتغير حسب الوظيفة والموقف، فمثلاً عند خبرة ما يكون توقع الأفراد للنتائج مرتبط إما بالخطأ أو مرتبط بمهاراتهم على سواء فإنهم سيتصرفون بطريقة مختلفة على ضوء التعليمات التي يتلقونها ومنه فالعلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط ستخضع هي الأخرى لهذه التغيرات، كما وأن الأفراد حسب رأي روتر يرغبون في نيل إعجاب الآخرين وذلك بإظهار الخصائص المعززة في المجتمع

كالنزاهة والوفاء والطيبة فعندما يجيبون على أسئلة مقياس مصدر الضبط يريدون إظهار صورة جيدة عنهم ويريدون ترك انطباع جيد عنهم لدى المعالجين أو الباحثين أكثر من إعطاء صورة حقيقية عن أنفسهم ومنه فمصادقية العلاقة من مصداقية إجابات المفحوصين.

والعديد من الدراسات بحثت في متغيرات الدراسة ولكن الدراسات التي توفرت لدى الباحثة لم تبحث في العلاقة بينهما، وقد جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع بعض الدراسات في حين اختلفت مع أخرى، أين اتفقت مع نتائج دراسة (مرازقة، 2009) حيث بينت هذه الأخيرة انه يغلب على عينة دراستها (مرضى بالسرطان) الاعتقاد في الضبط الخارجي ووجدت أن البعد السائد لديهم هو بعد ذوي النفوذ، كما أثبتت دراسة (عزوز، 2009) بأن لدى عينة دراستها ميل للضبط الخارجي، في حين تختلف نتيجة هذه الدراسة مع النتائج التي توصلت إليها دراسة كل من (جباري، 2009) ودراسة (أحمان، 2012) والتي بينتا أن أفراد العينتين الذين خضعوا للدراستين لديهم درجات مرتفعة في مصدر الضبط الداخلي مقارنة بالبعدين الآخرين. وتوصلت دراسة (عزوز، 2009) إلى عدم وجود علاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة الحالية من حيث مدة العلاج، وعلى العكس توصلت دراسة (قريشي، 2009) إلى وجود علاقة سالبة بين فعالية الذات والإزمان. كما وأن الدراسة الحالية لم تجد تأثير للسن في كل من الكفاءة الذاتية وأبعاد مصدر الضبط الصحي وهي بذلك تتفق مع دراسة (مرازقة، 2009) في عدم وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد مركز ضبط الألم بين مرضى السرطان تعزى لمتغير السن. وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (قريشي، 2009) التي أثبتت وجود علاقة سالبة بين فعالية الذات والسن. وقد اختلفت أيضا مع دراسة (مرازقة، 2009) في عدم وجود فروق دالة إحصائية في أبعاد مركز ضبط الألم بين مرضى السرطان تعزى للحالة الاجتماعية (متزوجون أم عزاب)، كذلك جاءت نتائج الدراسة الحالية عكس ما توصلت إليه دراسة (قريشي، 2009) في عدم وجود فروق في درجة الفعالية الذاتية باختلاف المستوى التعليمي، وعليه فإن تضارب نتائج الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية سيكون كذلك في حالة البحث عن العلاقة بين الكفاءة والمصدر الضبط الصحي.

ويمكن التنويه لعوامل أخرى قد يكون لها علاقة بنتيجة الدراسة والقائلة بعدم وجود علاقة بين الكفاءة ومصدر الضبط الصحي، هذه العوامل خاصة بإجراءات البحث في حد ذاته والتي من بينها استجابات المفحوصات وهن بصدد تلقي العلاج على مقياسين في جلسة واحدة ، فعادة ما يعانون من الإرهاق والتعب خاصة وأن العديد منهن يقطعن مسافات طويلة للالتحاق بحصص العلاج (مثلا من مدينة بسكرة، خنشلة، تبسة...) وبالتالي معاناة السفر لها تأثير خاصة وأن

المركز يعمل بالنظام النهاري فقط (لا يمكن المبيت قبل أو بعد الحصة العلاجية)، إضافة للتأثيرات الجانبية للعلاج الكيميائي كالعثيان والتقيؤ، أين تم عزل العديد من الحالات تأثرن بمضاعفات العلاج، وأيضا تم عزل حالات في مراحل متقدمة من المرض (مرحلة Métastasis)، ومن المحتمل أن المفحوصات قمن باستجابات عشوائية بسبب الرغبة في الإنهاء بشكل سريع من الإجابة دون التمعن في المعاني الحقيقية للبند، ولعل لوجود الباحثة أثناء تطبيق المقياسين تأثير في استجابات المفحوصات وذلك لأنها كانت تملّي عليهن البنود حتى المتعلّقات منهن وتقوم بملأ الاستبيانين وفقا لما يخترن، وذلك لأن المريّضات يضعن بأيديهن ابر المصل ولا يستطعن الإجابة بمفردهن وفي نفس الوقت كن يفضلن وجود الباحثة معهن لمناقشة بنود المقياس كفرصة عن التعبير عن انفعالاتهم وخبرتهم مع المرض وما ترتب عنها من معاناة نفسية وحتى اجتماعية، كما وأن لصغر حجم العينة تأثير في نتيجة البحث بالرغم من أنها تمثل (72%) من مجتمع الدراسة إلا أنها تبقى عينة صغيرة الحجم نسبيا وعينة غير متناسقة من حيث المستوى التعليمي، السن، الحالة الاجتماعية، مرحلة الورم، نوعية العلاج....الخ.

من جهة أخرى فمنهج الدراسة المستخدم في هذه الدراسة وهو المنهج الوصفي والذي يعتمد على لغة الأرقام وعلى التحليل الإحصائي للمعطيات ربما لو أنه تم الاستعانة بالمنهج العيادي كمنهج تكميلي للبحث أو إيجاد منهج يجمع بينهما فقد تكون النتائج مختلفة عن ما توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية.

ولا يمكن بأية حال تجاهل دور الثقافة السائدة في المجتمع الجزائري وتأثيرها في نتائج الدراسة، فالثقافة الجزائرية تضع ذوي النفوذ موضع الطاعة وبالأخص العاملين في قطاع الصحة من أطباء وممرضين بدل الوقاية والتحكم في الأحداث. ولخصائص المرأة الجزائرية وتنشئتها الاجتماعية تأثير في ذلك، فهي مهما تقلدت مناصب مختلفة ومهما تحررت تبقى دائما في وضعية تابعة للرجل (الأب، الزوج، الأخ، الابن) ولا يمكنها اتخاذ قرارات بمفردها حتى التي تخصها وحدها ما يجعل معتقداتها حول كفاءتها الذاتية موضع شك. كذلك نسبة (80%) من أفراد العينة هن سيدات ماكنات بالبيت ولا يزاوّلن أي نشاط مهني وهذا طبعا راجع لطبيعة العينة فالمتوسط العمري للعينة هو (45) سنة بمعنى أن أغلب السيدات هن من جيل تأثر بعدم تعلم المرأة وبالتالي عدم عملها وهو فعلا ما ينطبق على عينة الدراسة فنسبة (33.33%) هن من السيدات الأميات، كما وأن المرأة الجزائرية تفضل لحد ما عدم العمل بعد الزواج للتفرغ لتربية الأولاد، فنسبة (76.66%) من أفراد العينة هن سيدات متزوجات و(13.33%) عازبات

أما بقية النسبة هي ما بين مطلقات وأرامل. ولطبيعة المرض وخطورته أيضا تأثير في نتائج الدراسة فكما هو معروف أن سرطان الثدي يعتبر كخبرة صادمة و مؤلمة تؤثر في شخصية المصابات هذه الخبرة غيرت نظرتهم للعلاج والالتزام بنصائح الطبيب، فاعتقاد المريضا بأنهن تسببن في مرضهن أو في تطوره بسبب عدم قيامهن بسلوكيات صحية كالفحوصات الروتينية والفحص الذاتي، أو قيامهن بسلوكيات غير صحية كالاستجابات لضغوط الحياة بشكل مبالغ فيه، أو التغاضي عن بعض أعراض المرض خوفا من أنها فعلا أعراض تؤكد السرطان، أدت بالمريضات إلى التغيير في عاداتهن الصحية كتعويض عن وقوعهن في المشكل أو تدارك عدم تطور المرض أكثر فأكثر وهذا ما يتوافق مع نموذج الاعتقادات حول الصحة فحسب هذا النموذج يتبنى الشخص السلوك الصحي بتقييمه لدرجة التهديد المصاحب للمرض والكلفة اللازمة للعمل الوقائي والفائدة منه وإدراك الخطر يتأثر بمدى إحساس الفرد بإمكانية إصابته بمرض ما (إدراك قابلية التعرض) واعتقاداته بمدى خطورة المرض (إدراك الخطر)، فعندما يصل التهديد إلى درجة معينة فإن احتمال تبني سلوك خاص للوقاية يتعلق باعتقاد الفرد أن الفائدة الناتجة عن الفعل (التقليل من الخطر، تعليمات الأمن) تكون اكبر من الكلفة (جسدية، نفسية، مالية) بالإضافة إلى العراقيل التي يواجهها، وفي حالة الإصابة الفعلية بالمرض كما في حالة مريضات سرطان الثدي فإن الخطر وقع فعلا وأن الوقاية قد فات أوانها، فهنا المريضات يتبنون سلوك جديد يتعلق بالتقليل من الخطر (مضاعفات سرطان الثدي) التي قد تؤدي إلى الموت (التكلفة) في حالة انتشار السرطان. من جهة أخرى عامل النضج الذي له تأثير في تغيير اعتقادات المريضات فالمتوسط العمري للعينة كان حوالي (45) سنة وهي مرحلة تتميز بالثبات الانفعالي حيث أن المتغيرات المعرفية و الاجتماعية الانفعالية تعتبر من المؤثرات في الموارد الاستراتيجية التي بواسطتها يواجه الأفراد الصعوبات والمشاكل، وتختلف مريضات السرطان عن بقية المريضات الأخريات المصابات بأمراض مزمنة، فهن أكثر عرضة للاضطرابات النفسية كالإكتئاب، قلق الموت، اضطراب صورة الجسد (خاصة في حالة الاستئصال)، اضطرابات النوم، اضطرابات التغذية وغيرها، هذه الاضطرابات النفسية لها وقع على استجابتهن خاصة منهن المصابات حديثا واللاتي مازلن تحت تأثير الصدمة فنسبة (35,55%) من عينة الدراسة و تمثل أكبر نسبة هن حديثات الإصابة (أقل من ستة أشهر) . ومن زاوية أخرى فالعينة متكونة من سيدات أغلبهن ذوات مستوى تعليمي محدود فنسبة السيدات الأميات كانت تفوق (33%) وهي أكبر نسبة في العينة، وبالتالي صعوبة في فهم بنود المقياسين بالرغم من أن الباحثة كانت في كل مرة تشرح البنود باللهجة العامية المتداولة، كما وأن السيدات الأقل

مستوى تعليمي يتأثرن أكثر بالثقافة الشعبية في مجال الصحة والمرض فمثلا نجد وحسب نتائج الدراسة أن البعد السائد لدى السيدات ذوات المستوى الابتدائي هو بعد الحظ، في حين وكما جاء في النتائج أيضا فإن السيدات الجامعيات كن أكثر كفاءة من غيرهن. في حين أن سن الزواج كان عند أغلبهن ما بين سن (21-30) سنة بنسبة (51.28%) ونسبة (34.61%) تزوجن في سن أقل من (20) سنة، وحسب نتائج الدراسة فقد كانت درجات توقعات الكفاءة الذاتية مرتفعة، ما يوحي بدور المساندة الاجتماعية من نوع شبكة العلاقات الحميمة والتمثلة في الزوج والأولاد حيث تبين الدراسات أن الدعم الاجتماعي من العوامل الأساسية التي تساعد الأشخاص الذين يتعرضون للضغوط على الصمود والتكيف مع تلك الضغوط (يعقوب، 2002، ص235)، فالدعم الاجتماعي يلعب دورا في استراتيجيات المقاومة لمواجهة وضبط المرض وهي تلعب دورا في تقييم النتائج والتي تعتبر حسب باندورا من عوامل إدراك الضبط والمراقبة إلى جانب توقع الفعالية الذاتية وإدراكها (زناد، 2013، ص169). أما مدة الزواج فقد كانت عند أغلبهن تفوق العشر سنوات وطبعا هذا له دخل بسن السيدات عينة الدراسة فأغلبهن فوق سن (45) سنة فكلما كانت مدة الزواج مرتفعة كلما كان الشعور بالاستقرار والأمن أفضل. هذا وقد غلب على عينة الدراسة سن إنجاب أول مولود ما بين الفترة العمرية (21-30) سنة بنسبة (65.38%) في حين أن نسبة السيدات المتزوجات اللاتي لم تتجن كانت (11.53%) فسن الإنجاب وحتى الإنجاب له علاقة بالهرمونات الأنثوية وبالتالي على المرض بحد ذاته، كما وأن لعدد الأولاد تأثير فأغلبهن لديهن أكثر من ثلاثة أولاد، والشائع عند أغلب السيدات أن سرطان الثدي يؤثر على الإنجاب، وهذا ما تم ملاحظته من خلال تساؤلات العديد من الحالات عن إمكانية الإنجاب عند الإصابة بسرطان الثدي وتأثير مختلف العلاجات على الحمل، أو عند إعرابهن بالراحة لأنهن أنجن قبل الإصابة بالمرض. ومن جهة أخرى فوجود الأولاد يشير إلى زيادة في الدعم الاجتماعي، فقد وجدت العديد من الدراسات أن مستوى ضئيلا من الدعم الاجتماعي يعتبر عاملا مهيئا للضغط في حين أن مستوى عاليا من الدعم الاجتماعي يزيد من الضبط المدرك ويخفف من آثار الضغط ويجعل الفرد أكثر قدرة على تحمل الوضعيات الضاغطة ومواجهتها (زناد، 2013، ص214). كما وأن لعامل الزمان ولتنوع العلاج المتبع وكذا الاستئصال تأثير في نتائج الدراسة بالرغم من أن أغلب هذه المتغيرات لم تكن لها تأثيرات مباشرة (لم تكن ذات دلالة إحصائية) لا في الكفاءة ولا في أبعاد مصدر الضبط الصحي، وبالعودة لخصائص العينة من الناحية العلاجية يلاحظ أن نسبة (13.33%) من المصابات هن في المرحلة الرابعة للورم وهي مرحلة خطيرة، ونسبة (84.44%) من عينة الدراسة خضعن للعلاج الجراحي وما يفوق

(74%) تم استئصال كلي للثدي وهي نسبة مرتفعة جداً، لها وقع على الحالة النفسية للمريضة وبالتالي استجابتهن. إذن كل هذه العوامل الاجتماعية والخصائص الديموغرافية لها علاقة بالصحة والمرض وبالتالي التأثير في متغيرات مثل الكفاءة الذاتية والمصدر الضبط الصحي وبالتالي التأثير في العلاقة بينهما.

وجدير بالذكر التنويه لعامل المكان الذي أجريت فيه الدراسة وتأثيره في عدم وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي، فقد تمت الدراسة داخل مركز صحي "مركز مكافحة مرض السرطان" أين تتلقى المريضات العلاج المناسب لهن، وبالتالي فهن في وضعية تلزمهن باختيار إجابتهن وفق ما يتمشى مع الوضع، لاسيما وأنهن يعتقدن أن الباحثة تنتمي للطايف الطبي، فهن يسعين لإعطاء الإجابة التي ترضي الباحثة في نظرهن، بالرغم من أنهن يعلمن أن الباحثة تقوم ببحث وأن الإجابات يجب أن تكون صادقة وفق ما يتوافق مع معتقداتهن، كذلك للظروف التي تعيشها أفراد العينة تأثير في نتائج البحث، هذه الظروف التي تختلف من ظروف اجتماعية مادية واقتصادية وحتى سياسية، فمثلا العبء المادي للمرض بالرغم من أن العلاج داخل المركز هو علاج مجاني وعلى عاتق الدولة وأن أغلب المريضات مؤمنات اجتماعيا، إلا أن مصاريف التحاليل والأشعة تشكل بالإضافة إلى تكاليف التنقل والسفر وأحيانا ندرة الأدوية داخل المركز وحتى داخل الوطن تشكل ضغطا نفسيا للمريضات قد يتسبب في اكتساب سلوكيات جديدة وغير مألوفة لديهن تؤثر في مزاجهن وانفعالاتهن. أما الظروف السياسية فلا يخفى على الجميع ما مرت بها الجزائر من أزمات سياسية حانكة، كذلك ما يشهده العالم اليوم من ظهور أزمات اقتصادية وإرهاب وثورات خاصة في الوطن العربي والإسلامي ما يثير انفعالات الأفراد ويستفز مشاعرهم ويزيد من قلقهم ومخاوفهم وكرههم ويأسهم، فيؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على نمط حياتهم وبالتالي سقوطهم كضحايا للأمراض النفسية والجسدية وبما أننا بصدد دراسة متغيرين تعنى بعلم نفس الصحة فبذلك سيكون لكل ذلك تأثير فيهما، إضافة لخصوصيات المناطق الجغرافية التي تنتمي إليها أفراد العينة، وكذا النسق الثقافي والاجتماعي وكما هو معلوم فإنه توجد علاقة وثيقة بين الصحة، المرض والنسق الثقافي والاجتماعي حسب العديد من الدراسات النفس اجتماعية، هذه بالتأكيد لها تأثير في سلوكيات أفراد العينة وعلى حالتهم النفسية وكذا على شخصياتهم وبالتالي التأثير في استجاباتهم المختلفة، فكل مجتمع يدرك المرض تبعا لقيمه وعاداته التي تحددها ثقافته، وكل مجتمع يخلق مرضاه، ولهذا يقول (Helman) عندما يتفق الناس في ثقافة أو مجتمع معين حول نماذج من الأعراض والعلامات وكذلك مصدرها وعلاجها فإن الأمر يصبح مرضا "شعبيا" (زناد، 2013، ص

(196)، فالملاحظ للخصائص الديمغرافية للعيننة يجد أن نسبة (73.33%) من عيننة الدراسة هن من سكان المدن أغلبها مدن كبرى والبقية هن من سكان القرى والأرياف مما يشير إلى أهمية العوامل البيئية (تلوث، ضغوط، ضجيج، استهلاك كبير للمواد المصنعة، ازدحام....) و التي من الممكن أن تؤثر في شخصية الأفراد وسلوكياتهم والاستجابة للضغوط وكذا في ظهور الأمراض، كما ولا يمكن تجاهل تأثير العشيرة السوداء في نزوح العديد من سكان الأرياف إلى المدن وبالتالي فإن النسب لا تعكس فعلا غلبة سكان المدن عن غيرهم. فقد أثبتت بعض الدراسات أن الأفراد في الأقطار الصناعية يعتمدون على ذواتهم أكثر ولا يكونون خاضعين لأسرهم مما ينتج عنه ضبط داخلي أكثر (مدور، 2005، 26)

وتجدر الإشارة أن هذه النتائج تبقى بحاجة إلى مزيد من البحث و الدراسة بغية الوصول إلى ضبط أكثر لهذه المتغيرات بتحسين شروط البحث و باستخدام أدوات أكثر دقة كمصدر ضبط صحي خاص بفئة مرضى سرطان الثدي ومقياس للكفاءة النوعية بالتحديد في مجال الأورام السرطانية، كما ويفضل أن تجرى بحوث على عينات اكبر حجما و بالتالي الاستفادة أكثر من نتائجها فالانتشار السريع للأمراض المزمنة كالسرطان بات وباء لابد من تضافر الجهود البحثية للتصدي له.

و أخيرا يمكن القول أن الكفاءة الذاتية تلعب دورا فعالا في مجال الصحة ويجب أن تستثمر في هذا المجال كما استثمرت في بقية المجالات كالمجالات التعليمية والمهنية، كما وأن لمصدر الضبط الصحي تأثير في التحكم والحفاظ على الصحة، وذلك بالأخذ بعين الاعتبار العوامل البيئية والفردية والتفاعلية والتي تساهم في تفسير المعايير المتنوعة في الأبحاث كالصحة النفسية أو الجسدية وأحيانا الاجتماعية.

اقتراحات: في ضوء ما توصلت إليه الدراسة الحالية من نتائج تقترح الباحثة ما يلي:

- إجراء المزيد من البحوث التي تبحث في العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي سواء على عينة مرضى سرطان الثدي أو على عينات مرضى آخرين وكذلك على عينة الأصحاء.
- إنشاء مقياس مصدر ضبط صحي خاص بمرضى سرطان الثدي.
- إنشاء مقياس للكفاءة الذاتية خاص بمرضى سرطان الثدي.
- دراسة كل من الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي وربطهما بمتغيرات أخرى كالمساندة الاجتماعية، جودة الحياة، العزو السببي، استراتيجيات المواجهة، الضغط النفسي وغيرهم من متغيرات علم نفس الصحة.
- بناء برامج علاجية لرفع الكفاءة الذاتية ودراسة فعاليتها على عينة من المرضى المزمنين.
- دراسة بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي ومقارنتها بعينة من الأصحاء.
- دراسة بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي ودراسة مقارنة بين اللاتي استأصلن الثدي واللاتي لم يستأصلن.

ملخص الدراسة:

نشأة الأمراض الجسدية وخاصة المزمنة منها - والتي من بينها مرض سرطان الثدي- قد تكون بسبب عوامل نفسية وسلوكية، ومن بين هذه العوامل السلوكية عدم ممارسة السلوكيات الصحية أو بالعكس ممارسة سلوكيات غير صحية، وكما هو معلوم فإن الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي اللذان يعتبران من أهم المفاهيم في مجال علم النفس الصحي، لهما دورا وسيطا بين الفرد وسلوكه الصحي، حيث أن الكفاءة الذاتية المرتفعة تؤدي بالفرد إلى ممارسة سلوكيات صحية وبالتالي تنمية صحته، كما وأن لمصدر الضبط الصحي هو الآخر تأثير في السلوك الصحي، فكلما كان الاعتقاد في مصدر الضبط الداخلي كلما كان كانت ممارسة السلوكيات الصحية بشكل أفضل.

وقد تم تناول هذه المتغيرات معا لعدة أسباب منها:

- ✓ مفهوم الكفاءة الذاتية لم يحظ نصيبا كبيرا في المجال الصحي بعكس المجالات الأخرى كالمجال المهني والتعليمي.
- ✓ مفهوم مصدر الضبط الصحي مؤشر مهم لممارسة الفرد لسلوكيات صحية أو غير صحية وبالتالي إمكانية تعديل السلوكيات من خلال برامج مبنية على الاعتقاد الذي يحمله الفرد حول من يتحكم في صحته.
- ✓ الانتشار الواسع لمرض سرطان الثدي عالميا وحتى وطنيا، فالمنطقة التي أجريت بها الدراسة صُنفت لسنوات عديدة من بين أولى المناطق وطنيا إصابة بهذا المرض.
- من هنا كان لا بد من تناول هذه المتغيرات مجتمعة معا. ففي حدود علم الباحثة لم يتم تناول هذه المتغيرات معا وخاصة في البيئة المحلية.

وقد استهدف البحث الإجابة على التساؤلات التالية:

- 1- ما هو بعد مصدر الضبط الصحي عند الإناث المصابات بسرطان الثدي؟
- 2- ما هي تقديرات الكفاءة الذاتية عند الإناث المصابات بسرطان الثدي؟
- 3- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي المختلفة؟

- 4- وتم أيضا فحص فروق قد تعزى لبعض المتغيرات الديمغرافية وأنواع المعالجة على متغيري مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية، (مثل الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، السن، مرحلة تطوّر الورم، مدة العلاج...الخ)؟

- وللتحقق من هذه التساؤلات تطلب استخدام مقاييس لقياس الكفاءة الذاتية ومصدر الضبط الصحي، فقد قامت الباحثة بتطبيق مقياس الكفاءة الذاتية لـ "Schwarzer &

Jerusalem" في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان، ومقياس مقياس مصدر الضبط الصحي لـ "wallston & al" و الذي أعده جبالي نور الدين.

- وقد استخدمت الباحثة المنهج الوصفي والذي يعتمد على وصف الظواهر كميا وكيفا.
- وقد كانت عينة الدراسة التي استخدمت في البحث (90) حالة من الإناث مصابات بسرطان الثدي يتابعن علاجهن داخل مركز مكافحة السرطان بباتنة.
- كما استخدمت الباحثة عدة وسائل إحصائية منها :

- ✓ النسب المئوية.
- ✓ معادلة بيرسون للارتباط.
- ✓ المتوسط الحسابي.
- ✓ معامل ألفا كرونباخ.
- ✓ "ت" و "ف"
- ✓ معامل الاتساق الداخلي.

وقد أظهرت نتائج البحث ما يلي:

- ✓ شيوع البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي (عينة الدراسة).
- ✓ درجات توقعات الكفاءة الذاتية كانت مرتفعة لدى الإناث المصابات بسرطان الثدي (عينة الدراسة).
- ✓ عدم وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي وتقديرات الكفاءة الذاتية.
- ✓ وجود فروق في تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى لمتغيرات تمثلت في العمل، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية.
- أين نجد أنه هناك فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح الجامعيات وأيضا فروق في الكفاءة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المطلقات.
- أما في أبعاد مصدر الضبط الصحي فقد كانت فروق في بعد الحظ تعزى للمستوى التعليمي لصالح المستوى الابتدائي، وفروق في بعد الحظ تعزى للعمل لصالح غير العاملات.
- ✓ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقديرات الكفاءة الذاتية و أبعاد مصدر الضبط الصحي تعزى إلى السن، مكان السكن ريف أم مدينة، العلاج الجراحي، نوع الاستئصال

كلي أم جزئي، مدة العلاج، مرحلة الورم، سن الزواج، سن إنجاب أول مولود، وعدد الأولاد.

- وقد جات هذه النتائج متوافقة مع فرضيات معينة في حين جاءت عكس ما كانت تتوقعه هذا الدراسة.

ومما لاشك فيه أن نتائج الدراسة تأثرت بعدة عوامل منها عوامل خاصة بعينة الدراسة، وأخرى راجعة لخصوصية المرض وتأثير العلاج، ومنها ما هو راجع للثقافة السائدة في المنطقة...، كما وان الطالبة واجهت بعض الصعوبات أثناء انجاز الدراسة الميدانية لكن ذلك لم يكن عائقا دون تحقيق أهداف الدراسة.

قائمة

المراجع

قائمة المراجع:

1. أبو الخير، فداء محمود (2009): علاقة الجنس والعمر بنسبة انتشار القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من مرضى السرطان في مركز الحسين للسرطان، مذكرة ماجستير.
2. أبو السعد، أحمد (2011): دليل المقاييس والاختبارات النفسية والتربوية، ج1، ط2، مركز دبيونو لتعليم التفكير، عمان، الأردن .
3. الأحمد، أمل(2001): بحوث و دراسات في علم النفس، ط1، الرسالة للطباعة و النشر، بيروت.
4. احمان، لبنى (2012): دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، أطروحة دكتوراه.
5. أبو سكران، عبد الله يوسف (2009): التوافق النفسي والاجتماعي وعلاقته بمركز الضبط للمعاقين حركيا في قطاع غزة، رسالة ماجستير
6. بدوي، عائشة، زكور، مفيدة (2013):مركز الضبط وعلاقته بمهارات التعامل مع الضغوط المهنية، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، عدد خاص بالملتقى الدولي حول المعاناة في العمل.ص ص 409-428.
7. بن زاهي منصور، بن الزين نبيلة (2012): مركز الضبط الداخلي- الخارجي في المجال الدراسي، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد السابع جانفي 2012 ص ص 23-34.
8. بني خالد، محمد(2010) : التكيف الأكاديمي وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت، مجلة جامعة النجاح للأبحاث ،مجلد 24 العدد 2.
9. برفين، لورانس (2010): علم الشخصية، ط1، ج 2 ترجمة: عبد الحليم محمود السيد وآخرون ، المركز القومي للترجمة القاهرة.
10. الجبوري، محمد عبد الهادي (2013): قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات والطموح الأكاديمي والاتجاه للاندماج الاجتماعي لطلبة التعليم المفتوح - الأكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك نموذجا، رسالة دكتوراه

11. جبالي، نور الدين (2008): علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم النفس العيادي.
12. حجاج، على حسين (1986): نظريات التعليم، ج2 ، عالم المعرفة.
13. حسونة، سامي عيسى (2009)، الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا قبل الخدمة، مجلة جامعة الأقصى، المجلد الثالث عشر، العدد الثاني، يونيو 2009 .
14. حسن، السيد محمد أبو هاشم (2005): مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مركز بحوث كلية التربية جامعة الملك سعود .
15. حيدرة، سناء محمد (2005) : الإنسان والمجتمع العدد 462 ص 12.
16. الحول، محمود شاهين وآخرون : كل ما يجب أن تعرفه عن سرطان الثدي في: <http://www.sehha.com>
17. رحاحلية، سميرة (2010): الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، رسالة ماجستير
18. رضوان، سامر جميل (1997): توقعات الكفاءة الذاتية "البناء النظري والقياس"، مجلة شؤون اجتماعية العدد الخامس والخمسون -السنة الرابعة عشرة- خريف ص ص 25-51، الشارقة
19. روتر، جوليان (1984): علم النفس الإكلينيكي، ترجمة عطية محمود هنا ، ط2، دار الشروق بيروت.
20. الزق، احمد يحي (2009): الكفاءة الذاتية الأكاديمية المدركة لدى طلبة الجامعة الأردنية في ضوء متغير الجنس والكلية والمستوى الدراسي، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 10 العدد 2 يونيو 2009.
21. زناد، دليلة (2013): علم النفس الصحي - تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة، دار الخلدونية، الجزائر.
22. زعطوط ، رمضان (2005): علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية لدى المرضى المزمنين، رسالة ماجستير.
23. الزيات، فتحي محمد (2001): علم النفس المعرفي، (ط1)، ج2، دار النشر للجامعات، مصر.

24. سالم، رفقة خليف (دس):علاقة فاعلية الذات والفرع الأكاديمي بدافع الإنجاز الدراسي لدى طالبات كلية عجلون الجامعية، مجلة البحوث التربوية والنفسية العدد الثالث والعشرون
25. شوارز. رالف(1994): ترجمة سامر جميل رضوان. التفاعلية الدفاعية و الوظيفية كشرطين للسلوك الصحي. مجلة الثقافة النفسية. ع38. المجلد10
26. شيلي تايلور(2008): علم النفس الصحي، ترجمة، وسام درويش بريك و آخرون، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
27. شهاب، شهرزاد محمد (2010): موقع الضبط وعلاقته بمتغيرات الجنس وسنوات الخدمة لدى المرشدين التربويين في مركز محافظة نينوى،دراسات تربوية، العدد العاشر، نيسان 2010، ص ص 11-14
28. شاهين ، هيام صابر صادق (2012) : فاعلية الذات مدخل لخفض أعراض القلق وتحسين التحصيل الدراسي لدى عينة من التلاميذ ذوي صعوبات التعلم، مجلة جامعة دمشق-المجلد- 28 العدد الرابع-2012-ص155
29. عبيدات،محمد، وآخرون(1999): منهجية البحث العلمي القواعد المراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، عمان.
30. العبد لي، سعد بن حامد آل يحي (2008): الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والتوافق الزواجي لدى عينة من المعلمين المتزوجين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير.
31. عثمان يخلف: علم نفس الصحة،دار الثقافة للطباعة و التوزيع ،الدوحة قطر ،ط 1، 2001.
32. عدودة، صليحة (2009): الكفاءة الذاتية و علاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، رسالة ماجستير.
33. علي، سامي عبد القوي (2002): الاتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل والبدن وتطبيقاتها
34. على، صفاء محمد (دس):الكفاءة الذاتية وتفسير السلوك الانساني، في <http://drsafaa-socialstudies.tech.com/articles.php?id=41> يوم

29/07/2013 13:49

35. العلوان، احمد ، المحاسنه، رنده (2011): الكفاءة الذاتية في القراءة وعلاقتها باستخدام استراتيجيات القراءة لدى عينة من طلبة الجامعة الهاشمية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد7 ، عدد4 ص ص
36. علوان، سالي طالب () :الكفاءة الذاتية المدركة عند طلبة جامعة بغداد، مجلة البحوث التربوية والنفسية العدد الثالث والثلاثون
37. عياش، ابراهيم محمد: أنماط الشخصية، الحوار المتمدن-العدد: 2515
38. عيادي، نادية (2009): علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوك الصحي لدى طلبة الجامعة، مذكرة ماجستير.
39. عزوز، إسمهان (2008): مصدر الضبط الصحي و علاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، مذكرة ماجستير.
40. محمود، كاظم محمود وآخرون (2009): أثر برنامج إرشادي على وفق أسلوب الفاعلية الذاتية في تنمية الأمانة المهنية والمسؤولية الشخصية لدى موظفي كلية التربية، مجلة ديالى، العدد41 ص ص
41. المخلافي، عبد الحكيم (2010): فعالية الذات الأكاديمية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى الطلبة،مجلة جامعة دمشق- المجلد - 26 ملحق2010 - ص ص 481-514
42. مدور، ملكية (2005): وجهة الضبط وعلاقتها بانماط التفكير، مذكرة ماجستير.
43. المساعيد، أصلان صبح (2011): التفكير العلمي عند طلبة الجامعة وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة في ضوء بعض المتغيرات، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية) المجلد التاسع عشر، العدد الأول، ص - 679 ص 707 يناير 2011
44. مصبح،مصطفى عطية ابراهيم (2011): القدرة على اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فعالية الذات والمساندة الاجتماعية لدى المرشدين التربويين بمحافظة غزة، مذكرة ماجستير.
45. مقدادي، يوسف (د س): فاعلية التدريب التوكيدي في تحسين الكفاءة الذاتية المدركة وخفض القلق ، بحث مقدم إلى المؤتمر الدولي السادس جودة الحياة وعلم النفس جامعة طنطا - الجمهورية العربية المصرية .

46. معمريّة، بشير (2012): مصدر الضبط والصحة النفسية، دار الخلدونية، الجزائر.
47. مرازقة، وليدة (2008): مصدر ضبط الألم و علاقته بإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، مذكرة ماجستير.
48. المزروع، ليلي (2007): فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء الوجداني لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى، مجلة العلوم التربوية والنفسية، البحرين، المجلد الثامن العدد الرابع ديسمبر 2007 ص ص 67-90.
49. ياركندي، هانم بنت حامد(2003): ضغوط العمل وعلاقتها بالقيادة التربوية ووجهة الضبط لدى مديرات المدارس بمحافظة جدة، مجلة رسالة الخليج العربي العدد 89 السنة الرابعة والعشرون.
50. يعقوب، غسان (1999): سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، ط1، دار الفارابي، لبنان.
51. Bandura. Albert. (2003). Auto-efficacité, traduit par Jacque Lecomte , De Boeck , Paris
52. Bandura. A. (2007). Auto-efficacité, traduction de Jacques Lecomte ; 2^{eme} édition ; De Boeck
53. Bandura. Albert. (2009). Self-efficacy in Changing Societies, Cambridge University Press.
54. Bottaccioli Francesco : psychoneuro endocrine immunologie, Résurgence ; France. 2012.
55. Fisher Gustave-Nicolas(2002) : Traité de psychologie de la santé ;Dunod, Paris.
56. Hansenne,M (2003):psychologie de la personnalité, 1^{er} édition , de boeck, Paris
57. Rondier .M (2003): Le sentiment d'efficacité personnelle ,L'orientation scolaire et professionnelle, Éditions De Boeck Université, Paris

58. Schwarzer. R & Renner. B : Health-Specific Self-Efficacy
Scales , Universität Berlin , Germany

الملاحق

الملحق 1: جمع البيانات

يرجى منك سيدتي ملأ المعلومات التالية بدقة لأن هذا يخدم البحث العلمي، تأكدي من أن إجابتك تبقى سرية.

الاسم (اختياري):

العمر:

الحالة الاجتماعية ☐ عازبة ☐ متزوجة ☐ مطلقة ☐ أرملة

في حالة الزواج:

سن الزواج:

مدة الزواج:

عدد الأولاد: سن إنجاب أول مولود

المستوى التعليمي : أمية ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐

العمل (إن وجد) :

السكن: الولاية:

مدينة ☐ ريف ☐ قرية ☐

مدة العلاج:

مرحلة الورم: المرحلة 0 ☐ المرحلة 1 ☐ المرحلة 2 ☐ المرحلة 3 ☐ المرحلة 4 ☐

نوع العلاج: جراحي ☐ كيميائي ☐ هرموني ☐ إشعاعي ☐ علاجات أخرى ☐

في حالة علاج جراحي

استئصال جزئي للثدي ☐ استئصال كلي للثدي ☐ استئصال الثديين معا ☐

الملحق 2: مقياس مصدر الضبط الصحي

التعليمات :

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة و المرض. اقرأ كل عبارة على حدا جيدا و المطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك و تصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك. أرجوا أن تجيب على كل العبارات و لا تترك عبارة دون إجابة ، اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجابتك عن العبارة السابقة ، اجب بصراحة و صدق لأن هذا يخدم البحث العلمي تأكد من أن إجابتك تبقى سرية.

الرقم	العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
01	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض					
02	إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفادي المرض					
03	المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض					
04	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة					
05	عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا					
06	أعتقد أنني متحكم في صحتي					
07	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما					
08	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض					
09	يلعب الحظ دور كبيرا في سرعة شفائي من المرض					
10	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي					
11	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة					
12	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي					
13	إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض					
14	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من(الأطباء،الأقارب،الأصدقاء....)					
15	اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه					
16	القدر و المكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة					
17	يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني					
18	إتباع إرشادات الطبيب حريا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي					

الملحق 3: مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة

تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة، وحدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع (X) امام كلمة واحدة فقط مما يلي: لا، نادراً، غالباً، دائماً.

ليس هناك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، وليست هناك عبارات خادعة. أجب بسرعة ولا تفكر كثيراً بالمعنى الدقيق لكل عبارة. ولا تترك أي عبارة دون إجابة.

العبارة	لا	نادراً	غالباً	دائماً
1 عندما يقف شخص ما في طريق تحقيق هدف أسعى إليه فإنني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.				
2 إذا ما بذلت من الجهد كفاية، فإنني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.				
3 من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي.				
4 أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير المتوقعة.				
5 اعتقد بأنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى لو كانت هذه مفاجئة لي.				
6 أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائماً الاعتماد على قدراتي الذاتية.				
7 مهما يحدث فإنني أستطيع التعامل مع ذلك.				
8 أجد حلاً لكل مشكلة تواجهني.				
9 إذا ما واجهني أمر جديد فإنني أعرف كيفية التعامل معه.				
10 أمتلك أفكاراً متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.				