

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة الماستر أكاديمي

الميدان: العلوم الإجتماعية

الشعبة: علم النفس وعلوم التربية

التخصص: علم النفس العيادي

مقدمة من طرف الطالبة

سهام كرامة

بعنوان

فاعلية الذات وعلاقتها بالقلق الإجتماعي لدى النساء
المصابات بالسرطان.
دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف – ورقلة-

نوقشت يوم: 2016 /05/24 أمام اللجنة المناقشة :

رئيسا

د/- بلحسيني وردة أستاذ محاضر (أ)

مناقشا

د/- زكري نرجس أستاذ محاضر (أ)

مشرفة ومقرر

د/- بن زين نبيلة أستاذ محاضر (أ)

السنة الدراسية: 2015 / 2016

الإهداء

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد نبي الهدى والرحمة وسيد المرسلين، الحمد لله على نعمة الإسلام وكفى بها من نعمة، والشكر له على ما يسر لنا من سبل العلم، ثم الشكر والتقدير والثناء والاعتراف بالفضل لأولي الفضل من أهل العلم و المعرفة، وردا وإعترافا بجميل صنعهم وإكراما لهم.

كما أهدي هذا العمل والإنجاز وهذا الجهد والعناء والثمرة إلى أمي وأبي قال الله تعالى " وأخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب إرحمهما كما ربياني صغيرا " وأشكرهم جزيل الشكر و مرافتهما لي طول سنوات الدراسة و الله حفطي إخواني طول تشجيعهم لي " عفاف ، زكرياء ، أسامة ، محمد علي ، أسيا وإلى أجمل من تقسمت معهم وإلى كل بعيد وقريب تربطهم بي صلة قرابة وكل العائلة وزملاء الدراسة بثينة ، أحلام ، خدوج ، سميحة ، كنزة ، هاجر ، أمال ، زاهية ، واهيبة ، نور الهدى ، عائشة ، سليمة ، كريمة ، خديجة ، ريمة ، مبروكة ، عيلة ، مسعودة ، سماح ، شهرزاد ، سعدية ، نسرين ، سعيدة ، دليلة ، سليمة ، فاطيمة ، آيات ، هشام ، نصري ، ولا سنوات طوال الأوقات لي نار من كل إلى أنسى لا الأخير وفي واحد، وأصدقائي واحد و كل زملاء دفعة علم النفس العيادي 2015-2016.

و قلمي يذكرهم من كل العلم طريق

سهام

شكر وعرافان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيدنا محمد نبي الهدى والرحمة وسيد المرسلين، الحمد لله على نعمة الإسلام وكفى بها من نعمة، والشكر له على ما يسر لنا من سبل العلم، ثم الشكر والتقدير والثناء والاعتراف بالفضل لأولي الفضل من أهل العلم و المعرفة، وردا وإعترافا بجميل صنعهم وإكراما لهم.

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير إلى الأستاذة الفاضلة " بن زين نبيلة "

التي تفضلت علي برعايتها وسعة صدرها للإشراف على هذا العمل وعلى ما قدمته لي من توجيهات ونصائح وإرشادات .

كما أتقدم بالشكر والعرافان للأستاذة الذين أشرفوا على تكويننا و تعليمنا بكلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية طوال هذه السنين و الذين لم يخلوا علينا بالنصيحة نخص بالذكر الأستاذة "جعفور ربيعة " و"بن مجاهد فاطمة الزهراء" "بلحسيني وردة" و "خلادي يمينة" و"صالح طارق" و"حمودة سليمة" و خميس سليم " و "وازي الطاوس " .

كما أتقدم بجزيل الشكر إلى أمي وأبي وإخواتي وأصدقائي وكل دفعة علم النفس العيادي 2015-2016

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى النساء المصابات بالسرطان لمساهمتهن في إتمام هذا العمل

راجين من المولى عز وجل الشفاء العاجل لهن ولكل المؤمنين

و نشكر كل من ساعدنا في إتمام هذا العمل من قريب و من بعيد فإذا نسيهم القلم القلب يذكرهم

سهام

ملخص الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن الفروق في القلق الإجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات لدى النساء المصابات بسرطان، الفروق بين ذوات الفاعلية المرتفعة في القلق الاجتماعي تبعاً للمستوى التعليمي ومستوى المساندة الاجتماعية، ومعرفة الفروق بين ذوات الفاعلية المنخفضة في القلق الاجتماعي تبعاً للمستوى التعليمي ومستوى المساندة الاجتماعية .

من أجل تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي المقارن الذي يتلائم مع غرض الدراسة، كما تم استخدام مقياس فاعلية الذات والقلق الاجتماعي والمساندة الاجتماعية على عينة مكونة من (100) امرأة مصابة بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة بعد تقدير صدقها وثباتها وباستخدام اختبار "ت" للدلالة الفروق تم التوصل إلى النتائج الآتية :

- لا يختلف القلق الاجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان .

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق) -أقل من (ثانوي)

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعاً للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق) -أقل من (ثانوي).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها للدراسة الحالية أنه لا توجد علاقة بين فاعلية الذات والقلق الاجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان .

ملخص الدراسة بالفرنسية

Résumé

Le rôle de cette étude c'est la découverte ou bien la détermination des différences dans la trouble sociale à la différenciation du niveau d'efficacité de soi chez les femme infectant a cancer les différentes entre s'efficacité élève dans le trouble sociologique a la reconnaissance de s différentes entre l'efficacité bas (diminue) dans la trouble sociologique a la niveau éducatif et le niveau d'aide sociologique

Pour la détermination des rôle d'étude on va utiliser un méthode dexriptif comparatif qui instable avec le rôle d'étude et aussi utilise la mesureur d'efficacité de soi et trouble sociologique et l'aide sociologique a un échantillon coutent a (100) femme en effectue a la cancer dans l'hôpital Mohamed Boudiaf a Ouargla après appréciation et l'emploie dé un examen "T" pour les différentes les rèeltat obtenus sants.

Le rôle de cette étude c'est la découverte ou bien la détermination des différences dans la trouble sociale à la différenciation du niveau d'efficacité de soi chez les femme infectant a cancer les différentes entre s'efficacité élève dans le trouble sociologique a la reconnaissance des différentes entre l'efficacité bas (diminue) dans la trouble sociologique a la niveau éducatif et le niveau d'aide sociologique

La trouble ne différencie pas la différenciation de niveau sociologique d'efficacité de soi chez l'échantillon de femme infectue a la cancer N'existé pas des différente a un signaux.

فهرس الموضوعات

الموضوع	الصفحة
الإهداء	أ.....
كلمة شكر	ب.....
ملخص الدراسة.....	ج.....
ملخص الدراسة بالفرنسية.....	د.....
فهرس الموضوعات.....	ه.....
قائمة الجداول.....	ط
قائمة الأشكال.....	ي
فهرس الملاحق.....	ي.....
مقدمة.....	1.....

الجانب النظري

الفصل الأول: تقديم موضوع الدراسة

1- تحديد الاشكالية	5.....
2- تساؤلات الدراسة	11.....
3- فرضيات الدراسة	12
4- أهمية الدراسة.....	12.....
5- أهداف الدراسة.....	14.....
6- التحديد الإجرائي للمفاهيم	15.....
7- حدود الدراسة.....	16.....

الفصل الثاني : فاعلية الذات

-تمهيد

- 1- تعريف فاعلية الذات 19
 - 2- نظرية فاعلية الذات 22
 - 3- أبعاد فاعلية الذات 26
 - 4- مصادر فاعلية الذات 28
 - 5- أنواع فاعلية الذات 34
 - 6- الخصائص العامة لفاعلية الذات..... 36
 - 7- الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات 37
 - 8- الخصائص العامة لمنخفضي فاعلية الذات 37
- خلاصة الفصل .

الفصل الثالث : القلق الإجتماعي

-تمهيد

- 1- المنظور التاريخي وبداية ظهور القلق الإجتماعي 40
- 2- تعريف القلق الاجتماعي 43
- 3- مظاهر ومكونات القلق الإجتماعي 45
- 4- أنواع الفرعية القلق الإجتماعي 48
- 5- أسباب القلق الإجتماعي..... 49
- 6-تشخيص القلق الإجتماعي..... 51
- 7- الإتجاهات النظرية المفسرة للقلق الإجتماعي..... 53
- 8- التدخلات العلاجية للقلق الإجتماعي..... 58

الجانب الميداني

الفصل الرابع : الإجراءات المنهجية للدارسة الميدانية

-تمهيد

- 1- المنهج المتبع في الدارسة 63
- 2- الدارسة الإستطلاعية 63
- 3- مجتمع الدارسة..... 65
- 4- عينة الدارسة 65
- 5- أدوات الدارسة 66
- 6- الخصائص السيكمترية للأدوات 68
- 7- إجراءات تطبيق الدارسة الأساسية 80
- 8- الأساليب الإحصائية 80

-خلاصة الفصل

الفصل الخامس : عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدارسة

تمهيد

- 1- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة 83
- 2- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى 90
- 3- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية 93

95.....	4- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.
99.....	5- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.
103.....	-خلاصة ومقترحات
106.....	قائمة المصادر والمراجع
114.....	الملاحق.

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
66	توزيع العينة حسب المستوى التعليمي	1
67	أبعاد مقياس القلق الإجتماعي	2
68	أبعاد مقياس المساندة الإجتماعية	3
70	صدق أداة فاعلية الذات بطريقة المقارنة الطرفية	4
72	ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة ألفا كرومباخ (لبشير معمريه)	5
74	صدق إستبيان القلق الإجتماعي بطريقة المقارنة الطرفية.	6
75	ثبات مقياس القلق الإجتماعي بطريقة التجزئة النصفية	7
77	صدق إستبيان المساندة الإجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية	8
78	ثبات مقياس المساندة الإجتماعية بطريقة التجزئة النصفية	9
80	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في القلق الاجتماعي تبعا لمستوى فاعلية الذات	10
83	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في القلق الاجتماعي لدى ذوات فاعلية الذات المنخفضة تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).	11
91	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في القلق الاجتماعي لدى ذوات فاعلية الذات المرتفعة تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).	12
96	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في القلق الاجتماعي من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية	13
99	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في القلق الاجتماعي من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية	14

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
23	العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج.	1
25	نموذج الحتمية المتبادلة في نظرية فاعلية الذات.	2
27	يبين أبعاد فاعلية الذات وعلاقتها بالأداء لدى الأفراد	3
30	المصادر وعلاقتها بأحكام فاعلية الذات والسلوك أو الناتج النهائي للأداء	4
59	الدومة المعرفية	5

قائمة الملاحق

عنوان الملحق	الرقم
إستبيان فاعلية الذات	1
إستبيان القلق الإجتماعي	2
إستبيان المساندة الإجتماعية	3

مقدمة

مقدمة

يعد القلق شعور طبيعي في كل الكائنات الحية والهدف منه حماية الكائن الحي من خطر قريب أو دفعه إلى الاهتمام بأمر مهم بالنسبة له، يتفاعل الكائن الحي مع الخوف أو القلق إما بالهروب من مصدر الخوف أو بالمواجهة مع هذا المصدر وهذا ما يحدث تمامًا مع الأشخاص الذين يعانون من الخوف الاجتماعي؛ وهو خوف الشخص من بعض المواقف الاجتماعية التي يكون فيها محط أنظار الناس مثل أن يلقي محاضرة أو يناقش رسالة دكتوراه أو بعض المواقف العامة مثل حضور الاجتماعات في العمل أو أن يتعامل مع أشخاص غرباء عنه. من المهم معرفة أن المصاب بالرهاب الاجتماعي يدرك جيدًا أن الأعراض التي تظهر عليه أثناء التعرض لمثل هذه المواقف مبالغ فيها (بدر محمد، 2004، 338).

قد يؤدي إرتباط الأعراض السلوكية والمعرفية والفيزيولوجية للقلق الاجتماعي بالنسبة مريضات بسرطان إلى قلق وإكتئاب و سلوك التجنب (الهروب) من المواقف الاجتماعية ، صعوبة التعبير عن الذات في المواقف الاجتماعية ، وضوح إنكماش عن إقامة علاقة أو الإحتكاك بالغرباء إلى درجة تؤثر على دوره الاجتماعي وتؤثر على فاعليتهم لذواتهم ومنه تنخفض فاعليتهم لذاتهم ، وتصبح المريضات يعانين من القلق الاجتماعي وتظهر عليهم الذين لايتقون في أنفسهم وفي قدراتهم ولايتحدون الصعوبات ويتراجعون بسرعة وليس لديهم طموحات نحو تحقيق مستقبلهم ليس هناك جهد ومثابرة وقوة وعزيمة وصعوبة في المهام الصعبة و نتيجة لذلك بكل سهولة يأتي الإكتئاب والضغط ، ونستنتج أن منخفض الفاعلية الذاتية غير قادرين على تحمل مسؤوليتهم ولاجهد ومثابرة وهذ يؤدي إلى أمراض نفسية منها القلق الاجتماعي (بشير معمرية، 2011، 200). كل ما سبق يعطي أهمية لهذه الدراسة في الكشف عن إختلاف القلق الاجتماعي بإختلاف مستوى فاعلية الذات لدى النساء المصابات بالسرطان.إشتملت هذه الدراسة على خمسة فصول ، جانب نظري وجانب تطبيقي ويحتوي كل منهما على ما يلي:

ويحتوي هذا الأخير على الفصل الأول إشكالية الدراسة، ثم فرضيات الدراسة ثم الأهمية وأهداف الدراسة والتعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة، والفصل الثاني فاعلية الذات ويشمل تعريف فاعلية الذات ، نظرية فاعلية الذات ، أبعاد فاعلية الذات ، مصادر فاعلية الذات وكذلك تتضمن المتغير الوسيطى المساندة الإجتماعية فقد تضمنت تعريف المساندة الإجتماعية وأهميتها ودور المساندة الإجتماعية في الصحة ، وأنواع فاعلية الذات ،خصائص العامة لفاعلية الذات ،الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات ، الخصائص العامة لمنخفضي فاعلية الذات ، والفصل الثالث القلق الإجتماعي ويشمل تعريف القلق الإجتماعي ونبذة تاريخية وبداية ظهور القلق الإجتماعي ومظاهر ومكونات القلق الإجتماعي وأنواعه وأسبابه وتشخيص القلق الإجتماعي والنظريات المفسرة له والتدخلات العلاجية للقلق الإجتماعي .

الجانب التطبيقي :

تم تخصيص هذا الفصل للدراسة الميدانية، وهو يشتمل على الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية ويشمل المنهج المتبع في الدراسة ،الدراسة الإستطلاعية ، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة، أدوات الدراسة، الخصائص السيكومترية للأدوات الدراسة، إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية ، الأساليب الإحصائية ، والفصل الخامس ويشمل عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة ويضم عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضية العامة ، عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية الأربعة .

الباب الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

تقديم موضوع الدراسة

1-تحديد المشكلة

2-تساؤلات الدراسة

3-فرضيات الدراسة

4-أهداف الدراسة

5-أهمية الدراسة

6-التحديد الإجرائي للمفاهيم .

7-حدود الدراسة

1- تحديد المشكلة:

يعد القلق الاجتماعي من الأمراض النفسية واسعة الانتشار حيث أصبح ظاهرة ملحوظة في العصر الحاضر، وذلك نتيجة لظروف الحياة الصعبة والمعقدة التي يعيشها الفرد حيث يتطلب منه القيام بأدوار اجتماعية مختلفة لإشباع حاجته للنجاح والتفوق، فعندما لا يجد الفرد سبيل لإشباع هذه الاحتياجات ولا يحقق رغباته بشكل صحيح وسليم يكون ربما عرضه للكثير من الأمراض النفسية منها الشعور بالإحباط والإخفاق والقلق وغيرها مما يؤثر سلبا على شخصيته، لكن يبدو أن القلق الاجتماعي ظاهرة إعتيادية يعيشها الفرد ويتميز بها دون سائر المخلوقات الحية فهو مرافق لتجربة الإنسان وإضطرابه لإختيار مسالك لا تتفق مع حاجاته ورغباته راضخا بذلك لمطالب المجتمع، وتزداد المعوقات التي تواجه مع تزايد ضغوط الحياة الحديثة التي يعيشها (الوقفي راضي، 1998، 20).

يؤثر القلق الاجتماعي بشكل سلبي على شخصية الفرد، مما ينجم عنه عدم ثقته بنفسه والخوف من المشاركة الجماعية، والإختلاط مع الآخرين نتيجة لخوف إفتراضي يصنعه الفرد لنفسه بدون أي مبرر فالقلق الاجتماعي إذن عبارة عن أفكار تدور في مخيلة الفرد وتكون ناتجة عن قصور في العلاقات الاجتماعية للفرد مع الآخرين، مما تجعله يشعر بالوحدة والألم والمعاناة بسبب إحساسه بعدم تقبل الآخرين له وإهمالهم إياه، كما يكون أيضا نتيجة لشعوره بإفتقاد الحب والاهتمام من جانب الآخرين، وهذا يجعله يتصور أنه عاجز عن خلق علاقات اجتماعية متمسة بالألفة والمودة والصدقة الحميمة وبالتالي يشعر بالوحدة النفسية. (بشير معمرية، 2011، 203).

أصبح القلق الاجتماعي موضع إهتمام الباحثين منذ إدارجه كفتة تشخيصية مستقلة ضمن الطبعة الثالثة من الدليل الإضطرابات النفسية التشخيصي والإحصائي الصادر عام (1980) عن رابطة الطب النفسي الأمريكية وقد حدد القلق الاجتماعي في أحدث التعريفات بأنه إضطراب الآخرين (APA) أكثر ما يميزه من ملاحظة الآخرين، والتي تدرك بأنها سلبية، حيث يعايش الفرد القلق من التصرف، أو التكلم أمام الآخر خوفا من الإنتقادات السلبية والتي تمثل العرض الإكلينيكي البارز في الإضطراب. (بشير معمرية، 2009، 3). ويظهر أفراد ذوي القلق الاجتماعي مظاهر تبرز عليهم من خلال مظاهر سلوكية مختلفة كسلوك الهرب من المواقف الاجتماعية، قلة التحدث والكلام بحضور الغباء، التردد في التطوع للأداء المهام فردية أو إجتماعية، مشاعر الضيق عند الإضطراب في الحديث أولا أو في المناسبات الاجتماعية، الخوف من أن يكون ملاحظ ما الآخرين، التلعثم في الكلام، ومظاهر فسيولوجية وتتمثل في الأعراض

الجسدية تشمل زيادة النبض، زيادة دقات القلب، مشاكل في المعدة (كسوء الهضم والإنتفاخ)، رطوبة وعرق زائد في اليدين والكفين، جفاف في الفم والحلق، الإرتعاش الإرادي، اضطرابات التنفس (كسرعة في التنفس، والهيجان)، ونقص الحيوية والنشاط والمثابرة، وتوتر العضلات، واللازمات العصبية، ورمش العينين، كما أن له مظاهر معرفية تتمثل في أفكار تقييمية لتقدير الذات، القلق الدائم من إرتكاب الأخطاء، التفكير المستمر والمتكرر للمواقف الإجتماعية المثيرة للقلق وما يعتقدون الآخرون، إمتلاك خيالي سلبي، الإنتباه الزائد من قبل الفرد بنفسه. (خفاجي والشاوي، 2009، 8).

و تظهر العلاقة إذن جلية بين الأمراض العضوية والأمراض النفسية من خلال تأثير الجسم على النفس والعكس، فالأمراض العضوية قد تؤدي إلى ظهور أعراض نفسية، فالشخص المصاب بمرض عضوي كالسرطان مثلاً، قد يتفاعل مع هذا المرض بالشعور بالحزن والضيق، وبطبيعة الحال تمر المرأة التي يتم تشخيصها بسرطان بالعديد من التقلبات النفسية، فالتغيرات الجذرية في نمط الحياة والخوف من الموت و التغيرات الجسدية في الشكل البدني، أو تغير النظرة إلى الذات والتحول في الوضع الإجتماعي و الإعتبارات المالية و الوظيفية، كل هذه أمور في غاية الأهمية عند أي امرأة أصيبت بسرطان، والشعور بالحزن والأسى أمر عادي أثناء هذه الأزمة. تشعر غالبية النساء حين يكتشفون إصابتهم بسرطان بعدم التصديق والرفض واليأس وقد يعانون من صعوبات في النوم وفقدان للشهية ومن تفكير مقلق بشأن المستقبل، والقلق من ناحية المجتمع. (لطفى الشربيني، 2011، 375). عندما تبرز مظاهر القلق الإجتماعي في موقف ما فإن المريضات المصابات بالسرطان يخافون من تلك المواقف الإجتماعي. مما يزيد من مخاوفهم ويضعف ثقتهن بأنفسهن، فيجعلهن عرضة لهذه المشاعر في المستقبل مما يزيد الحالة سوءاً وتعقيداً.

كما أكدت عدة دراسات أن نسبة إنتشار القلق الإجتماعي في الولايات المتحدة الأمريكية يشير الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع إلى نسبة تقع بين من 3% إلى 13% إنتشار مدى الحياة، وتبلغ نسبة القلق الإجتماعي بين 10% إلى 20%.

وفي دراسة شلبي (1987) Chaleby أكد أنه في بعض الدراسات في العالم العربي إضافة إلى الملاحظات العيادية وجود أن القلق الإجتماعي واسع الإنتشار في مجتمعتنا العربية وتصل نسبة المصابين من مرضى العيادات النفسية إلى حوالي (13%) من عموم المرضى كما أكدت عدة دراسات إرتباط القلق الإجتماعي بعدد من الإضطرابات النفسية الأخرى حيث يبلغ معدل إرتباط القلق الإجتماعي بالإكتئاب النفسي حوالي (33%) وبإضطرابات القلق العام حوالي (27%) وبالخوف من الأماكن الواسعة حوال

(19%) وأن معدل الارتباط القلق الإجتماعي العام بالمخاوف النوعية حوال (4.16%) وبإضطراب ضغوط مابعد الصدمة حوالي (3.17%).(طه عبد العظيم، 2009، 107).

ولعل من أهم مظاهر القلق الإجتماعي الخوف من التقييم السلبي أحد الأسباب الجوهرية التي تكمن وراء القلق الإجتماعي وأن المرضى الذين يتسمون بالقلق الإجتماعي المرتفع تكون لديهم الخشية، حساسون وملتصقون بذواتهم ، ويخشون الأمر الذي يبدو كأنهم مراقبين ومحاصرين بنظراتهم على نحو يجمد حركاتهم وبشغل فاعليتهم ويقعدهم عن الحركة ويتحول أي خطأ يرتكبونه إلى كارثة بالنسبة لهم تغرقهم في الخجل وتعزز ميلهم للانسحاب،(فاروق عبد الفاتح، 1987، 19) .

ومن السمات الأساسية للقلق الإجتماعي هي الخوف المزمن من المواقف المختلفة تشعر فيها المريضات بأنهن محط الأنظار ، والخوف من القيام بسلوك مخجل أوفاضح ، والخوف من تقييم الآخرين ،ومن سمات القلق الإجتماعي المرتفع الخوف من الحديث أمام الجمهور ، ومراقبة الناس للمريضات أثناء ممارستهن بعض الأنشطة .وتعد درجة معينة من القلق (متوسط) من القلق الإجتماعي سوية وعادية ، وخاصة في المواقف التي تتضمن متطلبات جديدة ،عند الحديث أمام الناس لأول مرة مثلاً،غير أن هذه الدرجة من القلق الإجتماعي ، إذا صارت مرتفعة ومستمرة ، تصبح غير سوية ، ويصبح الخوف من المواقف الإجتماعية مزعجا للمريضات . (دبرأ.هوب .رتشارد ج. هيمبرج ،2002،232).

وعليه فإن إقتران القلق الإجتماعي بمثل هذا الإضطراب يسبب للنساء المصابات بسرطان عجزا واضحا على المستوى الإجتماعي والمهني والثقافي والتعليمي ، ونظر للانتشاره مابين المريضات وتأثيره على أغلب مجالات حياتهم ، فإن العقود الأخيرة شهدت تزايد الإهتمام به من قبل العلماء والباحثين ، وفي محاولتهم لتقديم نماذج تفسيرية لهذا الإضطراب بحثا عن أساليب علاجية ملائمة، فقد قدم السلوكيون نموذجا يفترض أن القلق الإجتماعي ينشأ من مهارات إجتماعية غير ملائمة ، أي العادات الخاطئة التي تعلمها المريض لكل يقلل من درجة القلق والتوتر والإحساس بالغزي ، وبالتالي يكون إرتباطات شرطية مرضية ،وبناء فعل منعكس سوي جديد ليكون بديلا عنه ، وهكذا فقد السلوكيون أساليب علاجية وتقنيات مختلفة يسميها لزورس Lazarus بالطيف الواسع للعلاج السلوكي منها العلاج بالتعرض الذي إستخدمه إميلكامب Emmelkamp (2004) وأثبتت فعاليتها في علاج القلق الإجتماعي ، ويقوم هذا الأسلوب على المواجهة الفعلية والتخيلية للمواقف التي يثيرها القلق الإجتماعي وسلوك التجنب .كما تم إستخدام تقنية إزالة الحساسية بالتدريج على نطاق واسع مابين السلوكيون وهي تقنية وضعها وولبي Wolpe مبنية على الإشرط

المضاد ، وأعطت نتائج مشجعة في علاج أغلب اضطرابات القلق ، بما في ذلك القلق الإجتماعي .(وردة بلحسني ،2011،2).

أما المعرفيون فقد قدموا نموذجا تفسيرا يركز على مفهوم المخطط أي البناء المعرفي الأساسي الذي يقود إلى عملية معالجة المعلومات ،وفقا لهذ الواجهة يرى بك وإمري (Emery et Beek) أن الذين يعانون من القلق الإجتماعي هم الذين يرون العالم على أنه مكان خطر ومهدد ومن ثم يظل هؤلاء الأفراد شديدي التيقظ بإستمرار للمواجهة أي تهديد محتمل ،مما يؤدي إلى تجاهل الإشارات الإيجابية أو الأمانة ،كما يبخل تقدير الذكريات الناجحة السابقة ، ومصادر الثقة بالنفس ، ولذلك فإن المخططات تنعكس بذاتها في شكل أخطاء منطقية في التفكير ، وقد المعرفيون علاجات تستهدف إعادة الصياغة المعرفية للمرضى وتغيير إعتقادتهم اللاعقلانية وتقييم السلبي الذاتي .(وردة بلحسني ،2011،2).

وهناك دراسات سابقة حول القلق الإجتماعي تناولت منها ما ربط القلق الإجتماعي وعلاج المعرفي السلوكي وبمتغيرات أخرى منها ، وإتفقت مع دراسة "جوزيف" (1992) وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي لدى الذكور والإناث وأسفرت النتائج وجود علاقة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي بين الذكور والإناث وإرتفاع تقدير الذات لديهم لصالح الذكور وذلك لعدم إدراك الذكور لقدراتهم الإجتماعية والإبداعية والأكاديمية أدى إلى إرتفاع تقدير الذات لديهم وأن هناك فروق بين الجنس في تقديرالذات لصالح الذكور وذلك أن الذكور يرون أنفسهم أكثر قدرة في الإعتماد على النفس ، و دراسة "وحيد مصطفى كامل" (2004) هدفت الدراسة على التعرف على العلاقة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي لدى أطفال ضعاف السمع وأسفرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي للأطفال ضعاف السمع لدى الجنسين ووجود فروق بين الجنسين في مستوى القلق الإجتماعي لصالح الإناث وكانوا الذكور أكثر تقديرا لذاتهم أكثر من الإناث ، و دراسة " علائ علي حجازي" (2013) إلى دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي والأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية وأسفرت النتائج توجد علاقة إرتباطية موجبة بين القلق الإجتماعي والأفكار اللاعقلانية أي أنه كلما زادت الأفكار اللاعقلانية زاد القلق الإجتماعي .

وبينما لألم الأحداث الدراسات فهناك من يربط القلق الإجتماعي بفاعلية الذات حيث يعتبر فاعلية الذات بأنها شعور الفرد بالقدرة على التصرف أو إمكان القيام بسلوك من أجل التأثير في العمليات المحيطة أو مجريات الأمور ، سواء في المجال الإجتماعي أم السياسي ، حتى يدرك الفرد أنه بإمكانه القيام بدور

ما في إحداث هذا التغيير، وإن الفاعلية الذاتية التي قدمها باندورا هي الإنجاز، ونجاح والأداء و منها المواظبة و الرفع من فاعلية الذات وقدراتها على مواجهة العديد من المشكلات التي تقف سدا بين الإنسان وبين ثقته بنفسه، وهي سمة شخصية يمتلكها الفرد بخصوص ثقته في قدرته ومهاراته و إعتقداته وإستعداداته لتطبيق المهارات المعرفية والسلوكية والإجتماعية التي لديه من أجل التصدي للضغوط والأحداث التي تؤثر على حياته مع التعامل معها والسيطرة عليها. (رشا عبد العزيز موسى، 1994، 217).

وتعد فاعلية الذات من أهم أبنية الفروق الفردية التي تؤثر على فاعلية تنظيم الذات وذلك في مجالات تحقيق الأهداف الشخصية، كما أنها تعتمد على معتقدات المرضى حول قدرتهم على النجاح فيما يقوم به من أعمال يكلفون بها، وهي تسهم في فاعلية الأداء من خلال زيادة الدافعية وبذل الجهد بالإضافة إلى أنها تعمل على خفض حدة القلق والشعور بإنهزام الذات، والتفكير السلبي. فهي بذلك تهتم بالحكم على المقدرة الشخصية (شيماء عويضة ومحمد نزيه محمدي، 2015، 132). كما أوضح (باندورا، 1994) أن فاعلية الذات هي التي تهتم بمعتقدات الفرد حول قدرته على ممارسه الضبط والتحكم في الأحداث التي تؤثر على الحياة، فهذه المعتقدات تؤثر على الاختيارات الحياتية، ومستوى الدافعية وكفاءة وجودة الوظائف والتغلب على الاكتئاب والضغوط النفسية. فالفاعلية الذاتية ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الفرد فقط ولكنها تشمل الحكم على ما يستطيع الفرد إنجازه كما أنها نتاج للمقدرة الشخصية. (الجاشر، 2008، 23)

وإن الفاعلية الذاتية عندما تكون لدى المريضات مرتفعة تمكنهم من مشاركة في مجموعة من الخصائص ولهم إيمان في قدراتهم ويتميزون بمستوى مرتفع بثقة بنفس وتحمل المسؤولية والتواصل مع الآخرين وتفوق على الصعوبات التي تواجههم و ولديهم طاقة وقدرة وعزيمة و مستوى عال من الطموح للتحقيق الأهداف والنفاؤول في الأمور ويخططون لمستقبلهم ويتحملون جميع الضغوط وكل هذا يساهم في إعطاء الفرد خصائص مرتفعة للفاعلية الذاتية حتى يتمكن من مواجهة ضغوط الحياة ونسنتج من أن فاعلية الذات المرتفعة هم مؤمنين و مثابرين وقوة الإردة فهم قادرين على تحدي الصعوبات وحل مشكلاتهم وذلك مستمدة قوتهم من مصدر المساندة الإجتماعية التي تعطيها الأسرة للمريضات والأصدقاء كل الدعم الإجتماعي والنفسي وتعمل على حماية المريضات من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي، كما أن لها تأثير إيجابي على حياة الفرد بصفة عامة سواء كان معرضا للضغط أم لا؛ إذ أنها تحد من احتمالية وقوع الحدث الضاغط على الفرد وتعمل على حماية صحته النفسية والجسدية، كما تساعد على التكيف الإيجابي

في حالة الإصابة بالمرض، كما تتدخل المساندة الاجتماعية لتعمل على تعديل آثار الحياة الضاغطة وما يترتب عنها فيعمل أعضاء المحيط الاجتماعي على تهدئة الفرد وإقناعه بان المشكلة ليست مهمة أو مؤثرة، كما يحدث في حالة مرض السرطان مثلا فوجود أفراد مشجعين للفرد ويحاولون تقليل مخاوفه من مضاعفات المرض وسلبياته وتشجيعه على رؤية الجانب الايجابي من المرض وتعطيهم قوة فاعلية لذاتهم و تجعلهم أكثر تكيفا مع المرض وأكثر إقبالا على إتباع السلوكات الصحية الملائمة وتصحيحا للمواقف السلبية (محمد عبد الرحمن، 1999، 324).

وأن هذه المشكلة لم تدرس على المرضى السرطان بل دارست على طلاب الجامعة والمراهقين ودارسة القلق العادي وفاعلية الذات ومن الدراسات السابقة: دراسة "نيفين عبدالرحمان المصري" (2011) وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية سالبة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات، فهو غير دال إحصائيا وتحققت العلاقة الدارسة وتوصلت الدارسة أن وهذا يعني أن كلما زاد القلق إنخفضت الفاعلية الذاتية. ودارسة "هيام صابر صدق شاهين" (2012) وهدفت الدارسة للمعرفة العلاقة بين القلق وفاعلية الذات لدى عينة من تلاميذ ذوي صعوبات التعلم لعينة عددها (146) وأسفرت نتائج الدارسة وجود علاقة سلبية بين فاعلية الذات والقلق وقد تحققت فرضية الدارسة بعكس أن الأشخاص ذوي فاعلية الذات المنخفضة يعيشون معدلات عالية من القلق، بمعنى أن كلما إرتفاع القلق إنخفضت الفاعلية الذاتية، وكذلك دارسة "إبراهيم معالي" (2013) وهدفت الدارسة للمعرفة فاعلية برنامج في القلق النفسي وتنمية فاعلية الذات لدى الطلبة المتميزين وعينة عدده (90) و توصلت النتائج لاتوجد فروق ذات الدلالة الإحصائية عند بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فاعلية الذات والقلق النفسي وأبعاده للبرنامج العلاج، وأسفرت النتائج إلى مدى فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين فاعلية الذات وتخفيض القلق. دارسة "هاي وبرين" Hay & Bryne (2000) وهدفت الدارسة التعرف إلى فاعلية برنامج إرشادي يعتمد على أسلوب حل المشكلات في مساعدة الطالبة المتميزون على خفض القلق وزيادة التحصيل الدارسي وعينة عددها (20) وتوصلت النتائج لاتوجد فروق ذات الدلالة الإحصائية عند بين متوسطات درجات المجموعات التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس فاعلية الذات والقلق وبرنامج العلاج وأسفرت النتائج إلى مدى فاعلية البرنامج العلاجي في تحسين فاعلية الذات وتخفيض القلق.

ومن هنا يمكن القول أن هذه الدارسة لم تطرح على المرضى بل طرحت على أفراد أسوياء وأظهرت نتائج باهرة من خلال علاقة القلق بفاعلية الذات وبرنامج علاجية للفاعلية الذات للتخفيف من القلق وأظهرت

نتائج وتحسن الأفراد وعلاجهم ، ونرى في هذه الدراسة الحالية التي سيتم دراسة هذه المتغيرات القلق الإجتماعي وفاعلية الذات و المساندة الإجتماعية على مريضات السرطان ومن هنا يمكن أن نطرح التساؤل التالي :

هل يختلف القلق الإجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان؟

تساؤلات الدراسة:

قصد الإحاطة بمشكلة الدراسة تمت صياغة التساؤلات التالية :

1- هل يختلف القلق الإجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) ؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) ؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية ؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية؟

3-فرضيات الدراسة :

1- لا يختلف القلق الإجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).

4-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية.

5- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية.

4-أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في أهمية متغيراتها على النحو التالي:

1-4-فاعلية الذات:

تبرز أهمية فاعلية الذات في أنها تمثل الجسر بين الأفكار والسلوك فتطوير الأفكار المتعلقة بالذات وجعلها أكثر إيجابية له أثر كبير في السلوك وبالتالي في إكتساب عادات ومهارات جديدة ذات العلاقة بالذكاء الروحي والتكيف مع المرض بالنسبة للنساء المصابات بالسرطان، وتعتبر فاعلية الذات عن مدى قدرة الفرد على إنجاز التصرفات المطلوبة للتعامل مع المواقف المستقبلية، وأحكام فاعلية الذات هي التي تؤثر في إختيار الفرد للأنشطة والمواقف البيئية تماشيا مع فاعلية الذات عندهم، فالمواقف الذي يعتقدون أنه أعلى من قدرتهم يتحاشونه ويقبلون على الأفعال التي يعتقدون أنهم قادرين عليها، وإدراك الناس لفاعليتهم يؤثر على

خطتهم المستقبلية فالذين لديهم إحساس مرتفع بفعالية الذات يرسمون خططا ناجحة توضح الخطوط الإيجابية الموصلة للإنجاز بينما ذوو فعالية الذات المنخفضة يرسمون خططا فاشلة

إن الناس الذين يتقنون بقوة قدرتهم على حل المشكلات تكون فعالية الذات لديهم عالية وعلى النقيض من ذلك الذين يعانون من مشكل في فاعليتهم . (كازدن ، 1979، 725) . وأن النساء المصابات بالسرطان والذي يمكن أن تؤثر الفعالية الذاتية على مستويات الدافعية لديهن فالدافعية عنصر أساسي للنساء المصابات بالسرطان حيث تحفزهم وتحملهم يعملون على إستمرارية سلوكياتهم للتعلم ، والفعالية الذاتية هي المعتقدات التي يطورها النساء المصابات بسرطان للإكمال مهماتهم بنجاح وتطور الفعالية الذاتية نتيجة العلاقة الثلاثية بين البيئة والسمات الشخصية والسلوك حيث تؤثر الفعالية الذاتية في إكمال المهمة وإجراء العمل والمشاركة وأن الفعالية الذاتية أساس للإختيار ماذا تفعل النساء المصابات بالسرطان والإبقاء على كمية الجهود المطلوبة لتحقيق العمل والإحتفاظ بتجارب وكيفية التعايش مع السرطان .

2-4- القلق الإجتماعي :

تبرز الأهمية القلق الإجتماعي في أنه يعد مرض العصر والذي يلعب دورا في تكيف الفرد مع بيئته الخارجية مما يؤثر في عملياته التفاعلية وهو متمركز حول الأفكار القلق عامة والقلق الإجتماعي خاصة وبالتحديد لدى النساء المصابات بالسرطان ، كما تعتبر كنز للمعرفة النظرية حول القلق الإجتماعي وأسبابه ومظاهره ونظرياته . وأنه يتيح للدارسات المستقبلية المجال لإستحداث برامج ذات فعالية في القلق الإجتماعي، قد تساهم النتائج بما يعين القائمين على الباحثين النفسانيين في مراعاة الحالة النفسية والإجتماعية التي يكون فيها النساء المصابات بسرطان وذلك من جانب وقائي ووضع خطط مناسبة للعلاج.

3-4- المساندة الإجتماعية :

تبرز أهمية المساندة الإجتماعية: تتعلق المساندة الاجتماعية باعتقاد النساء المصابات بسرطان بأن ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات يعتبر مصدراً من مصادر الدعم الفعال، وهي تؤثر في كيفية إدراك النساء المصابات بسرطان للأحداث الصادمة وفي كيفية مواجهتها ؛ فهي لا تخفف أو تلتطف من وقع الأحداث فحسب بل قد يكون لها تأثيرات واقية أو شافية من أثر هذه الصدمات ، ومعرفة تأثير المساندة الإجتماعية كمتغير وسيطي ومعرفة تأثيرها دورها المساندة الاجتماعية في الصحة ، وإن المساندة الاجتماعية تتعلق بإعتقاد النساء المصابات بسرطان في مدى وجود أو توفر أشخاص مقربين يمكن أن يتقو

بهم، ويعتقدون أن بوسعهم أن يعتنوا بهم ويحبونهم وبيقون بجانبهم عند الحاجة إليهم . والنظر للمختصون في ميدان علم النفس الصحي إلى المساندة الاجتماعية على أنها مصدر من مصادر الوقاية الأولية والتكيف بإيجابية إلى ذلك ، والتعرف على الطرق التي تزيد من فعالية المساندة الاجتماعية أو تعمل على توفيرها من أهل المريضات المصابات بسرطان وأصدقاءهم تعد مصدرا أساسيا للتكيف النفسي والصحي، ويجب تشجيع المريضات على التعرف على الإمكانيات الممكنة للمساندة الاجتماعية التي توفرها البيئة المحيطة. كما يمكن للمختصين في علم النفس الصحة أن يساهموا في تطوير آليات المساندة الاجتماعية والكشف عن طرق تساهم في تكوين الروابط الاجتماعية، وتطوير وسائل تمكن من التعرف على الأشخاص الذين لا يستطيعون الاستفادة منها وتقديم التكفل المناسب لتطوير جوانب شخصيتهم.

4-4- النساء المصابات بسرطان :

تبرز أهمية عينة مرض السرطان عند النساء من خلال أنه أخطر الأمراض المزمنة التي باتت تعرف إنتشارا واسعا في المجتمع الجزائري ، مخلفة عدد وفيات كبير سنويا ، بسبب الإكتشاف المؤخر للمرض ، ونقص فاعلية الذات ونقص التواصل الإجتماعي والقلق من ناحية المجتمع وكذلك تدني مستوى تقبل العلاج مما يفاقم حالتهم الصحية ويحد من إحتتمالات العلاج .

ومن هنا تتضح أهمية الدراسة من خلال الكشف عن وجود علاقة بين فاعلية الذات والقلق الإجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان وإستعمال المساندة الاجتماعية كمتغير وسيطي.

5-أهداف الدراسة :

1-الكشف عن الفروق في القلق الإجتماعي بإختلاف مستوى فاعلية الذات لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان.

2- الكشف عن الفروق في القلق الإجتماعي لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) .

3-الكشف عن الفروق في القلق الإجتماعي لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) .

4- الكشف عن الفروق في القلق الإجتماعي لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً لمستوى المساندة الإجتماعية .

5- الكشف عن الفروق في القلق الإجتماعي لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعاً لمستوى المساندة الإجتماعية.

6-التعريف الاجرائية:

1- فاعلية الذات :

فاعلية الذات هي الإدراك الذاتي لقدرات النساء المصابات بسرطان على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين وتوقعاتهم عن كيفية الأداء الحسن ومقدار الجهد والنشاط والمثابرة المطلوبة عند تعاملهم مع المواقف والتنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك .

وهي الدرجة الكلية التي تحصل عليها المصابة بمرض السرطان لدى عينة الدراسة على المقياس فاعلية الذات المعد من طرف بشير معمرية سنة "2011" . وهي مستويان مرتفع ومنخفض

فاعلية مرتفعة: تعتبر كل امرأة مصابة بالسرطان حصلت على درجة أكبر من متوسط المقياس ذات فاعلية مرتفعة.

فاعلية منخفضة: تعتبر كل امرأة مصابة بالسرطان حصلت على درجة أقل من متوسط المقياس ذات فاعلية منخفضة.

2- القلق الاجتماعي:

هو إستجابة مصحوبة بالتوتر والاضطراب لدى النساء المصابات بسرطان للمواجهة الأخرين كالأقران والوالدين والأسرة والجيران، وهو قلق الإنفعالات غير السارة يختبرها الفرد نتيجة الخوف من التقويم الاجتماعي الأمر الذي يترتب عليه إنخفاض القيام المبادرة والأنشطة الاجتماعية" وهي الدرجة التي تحصل عليها المصابة بمرض السرطان لدى عينة الدراسة عند إجابتها على مقياس القلق الاجتماعي المعد من طرف وردة بلحسيني سنة "2011".

3- المساندة الاجتماعية:

وجود أو توفر الأشخاص الذين يمكن للنساء المصابات بسرطان أن يتقوا فيهم، وهم أولئك الذين يتركون لديهم انطباعات بأنهم في وسعهم أن يعتنوا بهم، وأنهم يقدرونهم ويحبونهم ويقدمون لهم الدعم المادي والمعنوي والانفعالي والأدائي الذي يتلقونه من قبل المحيطين بهم ومدى قدرتهم على تقبل و إدراك هذا الدعم".

وهي الدرجة الكلية التي تحصل عليها المصابة بمرض السرطان لدى عينة الدراسة عند إجابتها على عبارات مقياس المساندة الاجتماعية المعد من طرف بشير معمريّة سنة "2011". وهي مستويان مرتفع ومنخفض.

مساندة مرتفعة: تعتبر كل امرأة مصابة بالسرطان حصلت على درجة أكبر من متوسط المقياس ذات مساندة مرتفعة.

مساندة منخفضة: تعتبر كل امرأة مصابة بالسرطان حصلت على درجة أقل من متوسط المقياس ذات مساندة منخفضة.

4- النساء المصابات بالسرطان :

ويقصد بالنساء المصابات بالسرطان النساء المتزوجات أو غير المتزوجات اللاتي يتعالجن بمستشفى محمد بوضياف بورقلة .

7- حدود الدراسة:

7-1- حدود زمنية: تم إجراء الدراسة خلال السنة الدراسية 2015- 2016 وبالضبط الفترة الزمنية من 5 مارس إلى 23 أبريل 2016.

7-2- حدود مكانية: أجريت الدراسة الميدانية على عينة من النساء المصابات بسرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة.

7-3- حدود بشرية : تم إجراء الدراسة على عينة تتكون من (100) امرأة مصابة بالسرطان .

الفصل الثاني

فاعلية الذات

-تمهيد

- 1- تعريف فاعلية الذات .
- 2- نظرية الفاعلية الذات .
- 3- أبعاد فاعلية الذات .
- 4- مصادر فاعلية الذات .
- 5- أنواع فاعلية الذات .
- 6- خصائص فاعلية الذات.
- 7- الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات .
- 8- الخصائص العامة لمنخفضي فاعلية الذات .

-خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد مفهوم فاعلية الذات من مفاهيم علم النفس الحديث الذي وضعه باندورا والذي يرى أن معتقدات الفرد عن فاعليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة ، سواء المباشرة أو غير المباشرة ، ولذا فإن الفاعلية الذاتية يمكن أن تحدد المسار الذي يتبعه كإجراءات سلوكية ، إما في صورة ابتكارية أو نمطية ، كما أن هذا المسار يمكن أن يشير إلى مدى اقتناع الفرد بفاعليته الشخصية وثقته بإمكاناته التي يقتضيه الموقف، و تُعد فاعلية الذات من أهم أبنية الفروق الفردية التي تؤثر على فاعلية تنظيم الذات وذلك في مجالات تحقيق الأهداف الشخصية كما أنها تعتمد على معتقدات الفرد حول قدرته على النجاح فيما يقوم به من أعمال يُكلف بها وهي تسهم في فاعلية الأداء من خلال زيادة الدافعية وبذل الجهد بالإضافة إلى أنها تعمل على خفض حدة القلق والشعور بإنهزام الذات والتفكير السلبي ، فهي بذلك تهتم بالحكم على المقدرة الشخصية، وسنتناول في هذا الفصل تعريف فاعلية الذات ، نظرية فاعلية الذات ، أبعاد فاعلية الذات ، مصادر فاعلية الذات ، أنواع فاعلية الذات ، خصائص العامة لفاعلية الذات ،الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات ، الخصائص العامة لمنخفضي فاعلية الذات .

1-تعريف فاعلية الذات:

هناك من الباحثين من إستعمل مفهومي الفعالية الذاتية والكفاءة الذاتية بشكل متداخل :

المفهومين مثل "رايت" 1980 وأخرون الذي إستعمل **Master (Wrght & others)**

" بمعنى التمكن ، أي كيف يكون الفرد كفا وفعالا ونشطا ومثابرا في محاولته لضبط بيئته والسيطرة عليها (رشاد عبد العزيز موسى،1994،217).

وقام كل من "ناديتش ،ديمام" **Naditch & Dimai** (1975) بتحديد مفهومي الفعالية الذاتية في أربعة مجالات هي : 1- الكفاءة الأكاديمية .2- الكفاءة الإجتماعية .3- الرياضية .4- المنزلية . كما حدد " روزينا لاو (R.lao 1970) " الكفاءة في المجال الأكاديمي وذلك بتقسيمه إلى قياس للأداء ، ومتوسط الدرجات التحصيلية ، والثقة الأكاديمية ،

، والثقة الذات ، والخبرات ، والطموحات التعليمية (رشاد عبد العزيز موسى ،1994، 218).

"إن مفهوم الفعالية الذاتية قريب لمفاهيم ويشير كل من "باهاردواج، ويلكينج Baharadwag §WilKening (1980) عديدة مثل: دافع الكفاءة، ومصدر الضبط الداخلي

"والدافع إلى الإنجاز" لما كلياند " 1953 others § McClelland الخارجي " لروتر

Rotter (1966) وتحقيق الذات والسببية الشخصية و آخرون، و تحقيق الذات والسببية الشخصية "شامر" Charmer 1968، وتظهر فعالية الذات في قدرة الفرد على التحكم في سلوكه و دافع الأصالة الداخلية والخارجية "ديسي Deci" (1975) في مواقف البيئية التي يتعرض لها (لولوة حمادة ، حسن عبد اللطيف، 2002، 240).

-وعليه الحالية تتبنى الطالبة في الدراسة الحالية مصطلح المرادف باللغة العربية فاعلية الذات ، efficacy-Slef .

-عرفت من طرف عديد من الباحثين:

كما ذكرها (جاسر ، 2008، 22)عرفها (باندورا، 805 ، 1989 ، Bandura &Wood)

بأنها الثقة في قدرات الفرد على تحريك الحافز والمصادر الإدراكية وسلسلة منتظمة من الأحداث المطلوبة لمقابلة متطلبات الموقف .

أما (عبدالرحمن الطيري ، 1994، 11) فقد عرفها " بأنها اعتقاد الفرد أنه قادر على أداء عمل من الأعمال بشكل جيد وبشكل ناجح وأن وجود هذا الاعتقاد يؤثر على مستوى الأداء من خلال زيادة كثافة العمل وكذلك استمرارية الجهود ومن ثم التقليل من مستوى الضغط والحد من الفرص المحدثة له ، والاعتقاد بالفعالية الذاتية لدى الفرد هو الذي يحدد له الأنشطة التي يختارها بالإضافة إلى تحديد السلوكيات المنشودة وتأثيرها على نوع الجهد المبذول ومدته" .

كما عرفها (أيمن غريب قطب ، 1997 ، 134) إلى أن الفعالية الذاتية هي "توافر الخصائص والإمكانات الشخصية بما يسمح للفرد ببلوغ الهدف وتحقيق التطور و النمو و التغلب على الأزمات والعقبات المواجهة لذلك بالأساليب المختلفة و إستثمار الإمكانات لخدمة هذه الأهداف الشخصية والبيئية والاجتماعية وفق أفضل السبل الممكنة .

كما عرفت (عواطف صالح ، 1993 ، 46) الفعالية الذاتية بأنها " قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين والتحكم في الأحداث التي تؤثر في حياته وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداء المهام والأنشطة التي يقوم بها الفرد والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل.

وعرفه (جابر عبد الحميد ، 1990 ، 252) أنها قدرة الفرد على التخطيط ، وممارسة السلوك الفعال الذي يحقق النتائج المرغوبة في موقف ما ، والتحكم في الأحداث ، والمواقف المؤثرة على حياته ، وإصدار التوقعات الذاتية الصحيحة عن قدرة الفرد على القيام بمهام ، وأنشطة معينة ، والتنبؤ بمدى الجهد ، و المثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك العمل ، أو النشاط.

-ومنه نجد أن في كافة التعريفات التي تم عرضها أنها جميعا تتفق على أن فعالية الذات هي قدرة الفرد على تنفيذ وتنظيم مجموعة من الأحداث وكذلك تحريك الحافز والمصادر الإدراكية كذلك يشتركون في أن أداء العمل بشكل جيد وإعتقادات الفرد بأن فعالية الذات هي التي تحدد له الأنشطة التي يختارها وكذلك تحقق نتائج مرغوبة وتوقعاته عن كيفية الأداء الحسن والمثابرة وكذلك تحديد السلوكيات المنشودة وتأثيرها على نوع الجهد المبذول ومدته ، التنبؤ بمدى نجاح في تحقيق ذلك السلوك .

-ومما سبق فإن مفهوم الفاعلية الذاتية الذي قدمه "باندورا" في نظريته له دور فعال في الإنجاز ، ونجاح والأداء و مفهوم الفاعلية المواظبة و الرفع من فاعلية الذات وقدراتها على مواجهة العديد من المشكلات التي تقف سدا بين الإنسان وبين ثقته بنفسه ، وعلى ضوء ماتم عرضه على فاعلية الذات نستخلص أن جميع التعاريف تصب في مجال واحد أن فاعلية الذات هي سمة شخصية يمتلكها الفرد بخصوص ثقته في قدراته ومهاراته و إعتقاداته وإستعداداته لتطبيق المهارات المعرفية والسلوكية والإجتماعية التي لديه من أجل التصدي للضغوط والأحداث التي تؤثر على حياته مع التعامل معها والسيطرة عليها .

2/- نظرية فاعلية الذات " ألبرت باندورا" (1977):

تعد نظرية باندورا (1977) للتعلم الإجتماعي من أكثر النظريات إستعمالا **SOCial** **theory Learning** في الدراسة والبحث والمحددات النفسية والإجتماعية لسلوك الإجتماعي (يخلف،2001،34).

إنطلق باندورا (1977) في تنظيره للفاعلية الذاتية من إعتقاده بأن التأثير المرتبط بالمتغيرات يأتي من الدلالة للفرد، وليس من مكون هذه المتغيرات مرتبطة للفرد، وليس من مكون هذه المتغيرات مرتبطة على نحو ألي تعطيها الفاعلية التنبؤية للإستجابة (**PredecitiveEfficacy**) وقد نظر "باندورا" للفاعلية الذاتية على أنها أحكام الفرد أو توقعاته على أدائه لسلوك في مواقف يتسم بغموض ، وتنعكس هذه التوقعات في إختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء والمجهود المبذول ، والمثابرة ومواجهة (**Stressful**) أوالذات ملامح غامضة مصاعب إنجاز السلوك (يخلف،2001،34).

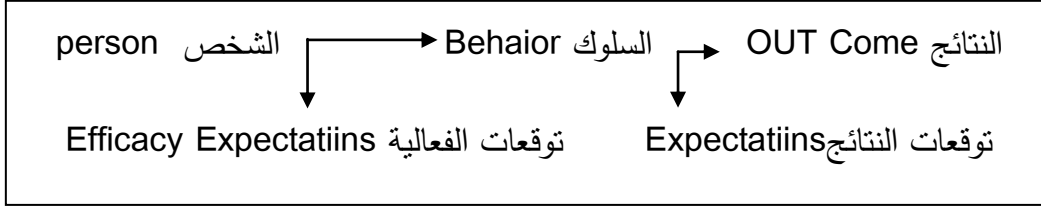
-وتقوم نظرية فاعلية الذات " لباندورا " على الأحكام التي يصدرها الفرد ، وعلى مدى قدرته على تحقيق الأعمال المختلفة المطلوبة منه عند التعامل مع المواقف المستقبلية ، ومعرفة العلاقة بين هذه التعليمات والأحكام الفردية والسلوك التابع لها والنتائج عنها ،وهذه الأحكام تعتبر محددات السلوك لدى الفرد في المواقف المستقبلية (صالح عواطف،1993،462).

-ويرى باندورا **Bandura** (1977) : أن سلوك الفرد يحدث وفقا لتوقعاته الخاصة بكل من

1-توقعات النتائج **OUT Come Expectatiins**

2-توقعات الفعالية **Efficacy Expectatiins**

ويبدو ذلك من خلال الشكل رقم (1) الشكل رقم (1) العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج.



المصدر (Bandura1977) كما أورد في (بشير معمريه ،2011،203)

وبعني ذلك أن توقعات الفاعلية الذاتية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك ، ويقرر باندورا (1986) أن كلا من الفاعلية الذاتية والتوقعات عن المخرجات أليتان تتدرجان في مايسمى بتقييم الذاتي (evalutaion-Slef) وهما يحدان معا إنجاز السلوك على نحو ما (المشيخي،2009،75).

-إن فاعلية الذات المرتفعة والمنخفضة ترتبط بالبيئة ،فعندما تكون الفاعلية مرتفعة ويضيف "باندورا"(1982) والبيئة ملائمة يغلب أن تكون النتائج ناجحة ، وعندما ترتبط فاعلية الذات المنخفضة بالبيئة غير ملائم يصبح الشخص مكتئبا ، حين يلاحظ أن الآخرين ينجحون في الأعمال الصعبة بالنسبة له ،وعندما يواجه الأشخاص ذوالفاعلية المرتفعة مواقف بيئية غير ملائمة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة ، وقد إستخدموا الإحتجاج والتنشيط الإجتماعي أو حتى القوة للإثارة التغيير ،ولكن إذا أخفقت جهودهم فسوف يستخدمون مسلكا جديدا ،وحين ترتبط فاعلية الذات المنخفضة مع البيئة غير الملائمة فثمة تنبؤ ، بعدم المبالاة والخضوع واليأس (جاسر ،2008، 25).

-ويذكر(الجاسر ،2008،29) يشير في كتابه أسس التفكير والأداء أن نظرية أن " باندورا"(1986) التي وضع أساسها ،والتي أكد فيها بأن فاعلية الذات،إشتقت من النظرية المعرفية الإجتماعية (Social Cognitive theory) الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل الشخصية والمعرفية والبيئية .وفيمايلي إفتراضات النظرية ومحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الإجتماعية :

1- يمتلك الأشخاص القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها ، وتطوير مجموعة مبنكرة من الأفعال والإختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبوء بالنتائج ، والجمع بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.

2- إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين ، كما أنها مواجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي ، كالتنبوء ، وهي تعتمد بشكل كبير على عمل الرموز .

3- يمتلك الأشخاص القدرة على التأمل الذاتي ، والقدرة على التحليل وتقييم الأفكار و الخبرات الذاتية ، وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك .

4- يمتلك الأشخاص القدرة على التنظيم الذاتي ، عن طريق التحكم المباشر في سلوكهم ، وعن طريق إختيار أو تغيير ظروف البيئة ، 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.

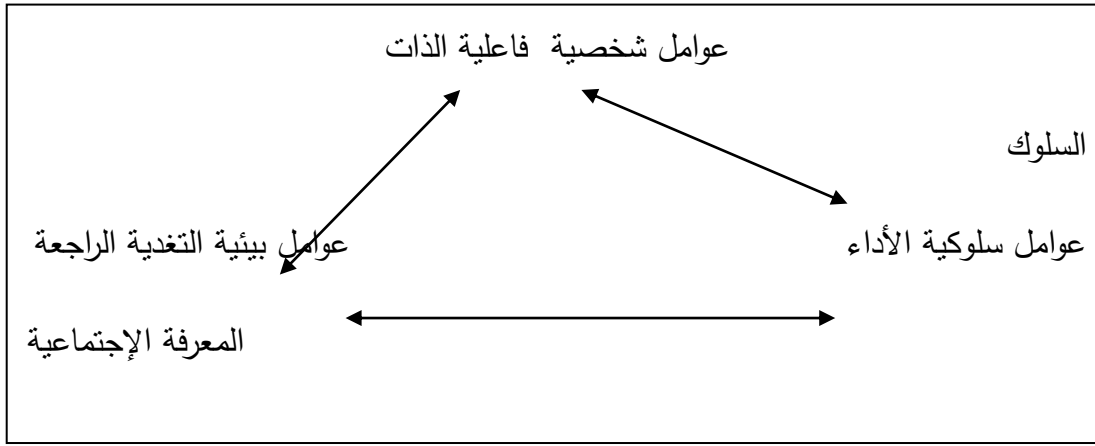
5- يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ، وهذا التعلم يقلل بشكل كبير من الإعتداء على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ ، ويسمح بإكتساب السريع للمهارات المعقدة ، والتي ليس من الممكن إكتسابها فقط عن طريق الممارسة .

6- أن كل من القدرات السابقة (القدرة على عمل الرموز ، التفكير المستقبلي ، التأمل الذاتي ، التنظيم الذاتي ، التعلم بملاحظة) وهي نتيجة تطور الأليات والأبنية النفسية- العصبية المعقدة ، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك ولتزويده بالمرونة اللازمة .

7- تتفاعل كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية (معرفية ، إنفعالية ، بيولوجية) والسلوك طريقة متبادلة ، فالأفراد يستجوبون معرفيا وإنفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية ، ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي ، والذي يؤثر بدوره أيضا على الحالات المعرفية والإنفعالية والبيولوجية، ويعتبر مبدأ الحتمية من أهم إفتراضات النظرية المعرفية (Determinism Reciprocal) الإجتماعية .

وبالرغم من أن هذه المؤثرات ذات التفاعل التبادلي إلا أنها ليس بضرورة تحدث في وقت متزامن وأنها ذات قوة متكافئة وتهتم نظرية الفاعلية الذاتية بشكل رئيسي بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة ، التابع للنظرية المعرفية الإجتماعية ، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الإنفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والإنفعال والأحداث البيئية على المعرفة ، وتؤكد نظرية فاعلية الذات إلى 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 عمله بتلك المهارات الممتلكة (جاسر، 2008، 32).

شكل رقم (2) نموذج الحتمية المتبادلة في نظرية فاعلية الذات.



المصدر (Bandura، 24،1986) كما ذكرني الشكل رقم (2) (الجاسر، 2008، 32)

يتبين من الشكل السابق أن نظرية فاعلية الذات تهتم بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة التابع للنظرية المعرفية الإجتماعية ، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الإنفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والإنفعال والأحداث البيئية ، على المعرفة (الجاسر ، 2008، 32).

-ومما سبق نستخلص أن نظرية فاعلية الذات للبانديورا للتعلم الإجتماعي تقوم على الأحكام التي يصدرها الفرد ، وعلى مدى تحقيق الأعمال المختلفة المطلوبة منه عند التعامل مع المواقف المستقبلية ومعرفة العلاقة بين هذه التعليمات والأحكام الفردية والسلوك التابع لها والنتائج عنها ، كذلك ركزت النظرية على توقعات التي يرها بانديورا هي : توقعات النتائج ، توقعات الفعالية ، كما أكد في كتابه أسس التفكير والأداء أن نظرية فاعلية الذات لها إفتراضات

ومحددات منهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الإجتماعية ويرى أن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين ، يمتلك الأشخاص القدرة على التأمل الذاتي ، تعليم الأفراد ملاحظة سلوك الآخرين التفاعل كل من أحداث البيئة والعوامل الذاتية الداخلية والسلوك المتبادل ، وأكد باندور في نظريته بتأثير المعرفة على الإنفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والإنفعال والأحداث البيئية على المعرفة.

3- أبعاد فاعلية الذات (Dimensions of self- efficacy):

وقد ثلاثة حدد باندورا (1977) أبعاد:

1- قدرة فاعلية الذات (Magnitude):

وهو يختلف تبعا لطبيعة وصعوبة الموقف ، ويتضح قدرة فاعلية الذات بصورة أكبر عندما تكون المهام مترتبة ، وفقا لمستوى الصعوبة والإختلافات بين الأفراد، في توقعات الفاعلية ، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ، ومتوسط الصعوبة ، ولكنها ، تتطلب مستوى الأداء شاق في معظمها (الجاسر، 2008، 32) .

و يذكر باندورا (1986) أن مقدار الفاعلية الذاتية يتحدد بمستوى الإتقان وبذلك الجهد والإنتاجية والدقة والتنظيم الذاتي .

فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن الفرد مايمكن أن ينجز عملا معيناً عن طريق الصدفة ، ولكن القضية هي أن الفرد مالمديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة من خلال مواجهة مختلف الحالات العدول عن الأداء (الجاسر، 2008، 33).

2- العمومية (Generality):

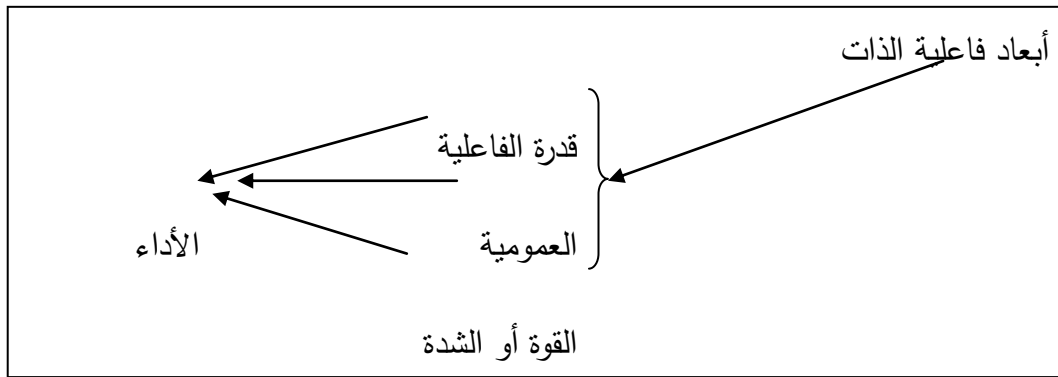
يشير باندورا (1977) هنا إلى إنتقال توقعات فاعلية الذات من موقف إلى موقف متشابهة ، فالشخص يستطيع النجاح في أداء المهام ،مقارنة بنجاحه في أداء مهام متشابهة (الجاسر ، 2008، 33)

وفي هذا الصدد يؤكد باندورا (1986) أن العمومية تتحدد من خلال مجالات أنشطة متسعة في المقابل مجالات المحددة ، وأنها تختلف بإختلاف عدد من الأبعاد مثل :درجة تشابه

الأنشطة ، والطرق التي تعبر بيها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية ، الوجدانية ، السلوكية ، ومن خلال التفسيرات الوصفية للموقف ، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه (الجاسر، 2008، 33).

3- الشدة والقوة (Strength):

ويؤكد باندورا (1986) أنها تحدد ضمن خبرة الشخص ومدى مناسبتها للموقف ، وأن الفرد الذي يمتلك التوقعات المرتفعة يمكنه المواضبة في العمل ، وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الصعبة (الجاسر ، 2008، 33). في هذا الصدد إلى أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة ويشير باندورا المرتفعة التي تمكن من إختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح، كما يذكر أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة (الجاسر ، 2008، 33). الشكل (3): يبين أبعاد فاعلية الذات وعلاقتها بالأداء لدى الأفراد



أبعاد فاعلية الذات عند باندورا في الشكل رقم (3) المصدر (باندورا ، 1986)

كما أورد (الجاسر ، 2008، 33).

-كما رأينا ونستخلص أن أبعاد فاعلية الذات تعتمد على ثلاثة عوامل رئيسية هي الأولى قدرة فاعلية الذات التي تعتمد على صعوبة الموقف والإختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية الذاتية وتتطلب مستوى عال من الأداء المتعب أما الثانية العمومية التي تعتمد على إنتقال الفاعلية الذاتية من موقف إلى موقف متشابهة عكس قدرة فاعلية الذات التي في موقف صعب والإختلافات أما العمومية فهناك تشابه فخص يستطيع النجاح في أداء المهام أما العامل

الثالث القوة التي تعتمد على شخصية الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة وبذل الجهد في مواجهة الخبرات الصعبة .

4- مصادر فاعلية الذات (self- efficacy Sources):

يرى "باندورا" (1986) أن معتقدات الأفراد حول فعليتهم الذاتية يمكن أن تنتمي من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية مؤثرة وهي :

1- الإنجازات الأدائية (performance Accomplishmen):

ويذكر "باندورا (1986) أن هذا المصدر له تأثير خاص ، ويقصد بها التجارب والخبرات التي يقوم بها الفرد لأنه يعتمد أساسا على الخبرات التي يمتلكها الأفراد فالنجاح عادة يرفع توقعات الفاعلية الذاتية ، بينما الإخفاق المتكرر يخفضها وبعد أن يتم تحقيق فاعلية ذاتية مرتفعة من خلال النجاحات المتكررة فإن الأثر السلبي للفشل العارض عادة ماتتناقص ، بل إن الإخفاقات العارضة التي يتم التغلب عليها من خلال الجهود الدؤوبة يمكن أن ترفع للدافعية الذاتية ،ويمكن الدافعية الذاتية أن تعمم إلى مواقف أخرى سبق وأن كان الأداء فيها ضعيف لإنعدام الفاعلية الذاتية (بشير معمرية ،2011،201) .

ويضيف باندورا (1986) أن تغيير 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 المعرفية في الذاكرة . (بشير معمرية ،2011،200) .

وترى "لويد ويليامز" LLOYD WILLIMAS أنه بالرغم من الأفراد أنهم يعتمدون على

إنجازتهم الأدائية للحكم على ترى "لويد ويليامز" فاعليتهم الذاتية ، فإنهم يستخدمون مصادر أخرى للمعلومات ،كمهارات الحكم الذاتي ،والتي تختلف عادة عن الإنجازات السابقة وعندما يقع هذا التناقض تصبح فاعلية الذات أفضل منبع للإنجازات المستقبلية .

(بشير معمرية ،2011،200).

2- الخبرات البديلة (Vicarious Experience):

ويرى "باندورا" (1986) أن الأفراد لا وهي تعني الخبرات غير المباشرة ، كمعلومات تصدر من الآخرين ، يتقون في نموذج الخبرة كمصدر أساسي للمعلومات فيما يتعلق بمستوى فاعلية الذات ، ولذلك فإن الكثير من التوقعات تشتق من الخبرات البديلة ، ورؤية أداء الآخرين للأنشطة الصعبة ويمكن للخبرات البديلة أن تنتج توقعات مرتفعة عن طرق الملاحظة ، والرغبة في التقدم ، والمثابرة ومقارنة القدرات الذاتية بالنسبة للقدرات الآخرين ، ويضيف "باندورا" أن تقدير فاعلية الذات يتأثر جزئياً بالخبرات البديلة ، أو رؤية الآخرين يؤدون بنجاح ، وبالرغم من ضعف المكونات المدركة في ملاحظة الآخرين فإن عرض النماذج المشابهة يمكنها أن تنقل معلومات حول فاعلية الذات والتنبؤ بالأحداث البيئية . (الجاسر،2008،32).

محك محايد ، فهناك العديد من العمليات التي (1986) أن نظرية المقارنة الاجتماعية نشأت للتفسير التقييم الذاتي للقدرة في ظل) غياب ويضيف " باندورا" Bandura

من خلالها تؤثر الخبرات البديلة على التقييم الذاتي للفاعلية الذات ،ومن هذه عمليات المقارنة الاجتماعية ، فأداء الآخرين المشابه للأداء الفرد يشكل مصدرا مهما للحكم على القدرة الذاتية ، كما أن مراقبة الأفراد للأدائهم تحت ظروف معينة والذي يؤدي إلى نتائج ناجحة يوضح بطريقة مباشرة حدود القدرات ،الفرد وهذا ما يطلق ، عليه محاكاة الذات (SELF-Modelig). (بشير معمرية ،2011،201).

3- الإقناع اللفظي (Verabal persuasion):

ويذكر " باندورا" (1982) أن الإقناع اللفظي هو الحديث الذي يتعلق بالخبرات معينة (للآخرين ،والإقناع بها من قبل الفرد ،أو المعلومات تأتي من الفرد لفظيا تأتي من طريق الآخرين فيما قد يكسبه نوعا من التغيريب في الأداء ، ويؤثر على سلوك الفرد أثناء المحاولة للقيام بمهمة ،وإن الإقناع الاجتماعي له دور مهم في تقدم الإحساس بالفاعلية الشخصية .وبالرغم من أن الإقناع الاجتماعي وحده يملك حدود معينة لخلق حس ثابت بالفاعلية الذاتية

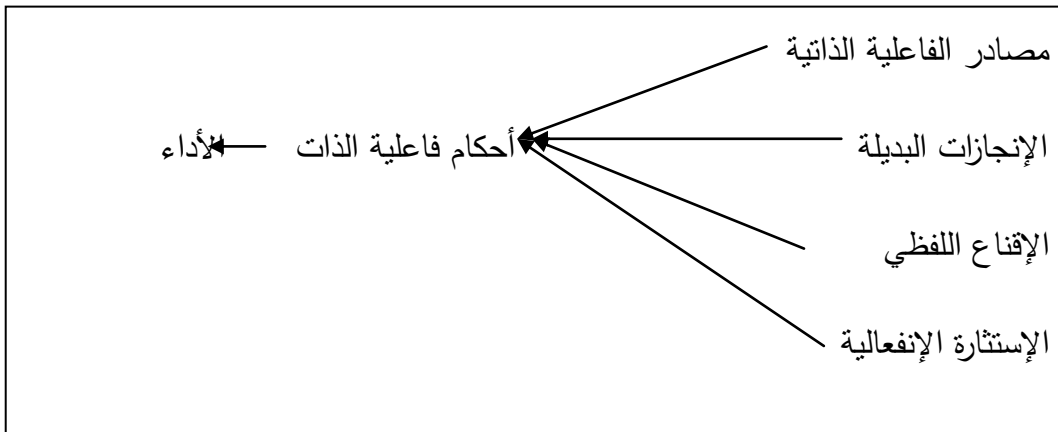
، لكنه يمكن أن يساهم في النجاحات التي تتم من خلال الأداء التصحيحي ، فأشخاص الذين يتلقون الإقناع الإجتماعي يملكون قدرات خاصة للتصدي للمواقف الشائكة ، ويتلقون المساعدة بأداء المقبول كما يستطيعون أن يبذلوا جهدا كبيرا من أولئك يتلقون المعاونة فقط ، ومع ذلك فإن وجود الإقناع اللفظي وحده دون تهيئة الظروف المناسبة للأداء الفعال ويؤدي غالبا إلى الفشل الذي يضعف الثقة بالمقنع ، ويقوض الفاعلية الذاتية المدركة للمتلقى للإقناع ، وبالتالي فإن هناك علاقة تفاعلية وفي نفس الوقت مستقلة ، للأثار الإقناع اللفظي على فاعلية لذاته .

(بشير معمريه ، 2011، 201).

4- الإستثارة الإنفعالية (Emotional Arousal):

ويذكر " باندور " (1977) أن الإستثارة الإنفعالية تظهر في المواقف الشائكة بصفة عامة والتي يبذل فيها جهدا جبارا ، وتعتمد على المواقف وتقييم معلومات القدرة فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية ، وهي المصدر الرئيسي لمعلومات فاعلية الذات وتؤثر عليها ، فالأشخاص يعتمدون جزئيا على الإستثارة الفيزيولوجية للتقييم فاعليتهم ، فالقلق والضغط يوثران على فاعلية الذات والإستثارة الإنفعالية المرتفعة عادة ماتضعف الأداء ، كما يمكن خفض الإستثارة الإنفعالية بواسطة النمذجة ، وبإضافة هناك متغير مهم يعتبر أكثر تأثيرا في رفع فاعلية الذات ، وهو ظروف الموقف نفسه (الجاسر ، 2008، 33).

الشكل رقم (4) يمثل المصادر وعلاقتها بأحكام فاعلية الذات والسلوك أو الناتج النهائي للأداء .



شكل رقم (4) مصادر فاعلية الذات باندور المصدر (باندورا ، 1977)

كما أورد (الجاسر، 2008، 33).

-ونستخلص مما سبق أن مصادر فاعلية الذات تركز على أربعة مصادر هي : الإنجازات الأدائية فهو يعتمد أساسا على الخبرات التي يمتلكها الأفراد فالنجاح عادة يرفع التوقعات الفاعلية الذاتية وبينما الإخفاق المنكر يخفضها ويتم تحقيق فاعلية الذات المرتفعة من خلال النجاحات المتكررة، وأن الأثر السلبي ينقص بينما المصدر الثاني الخبرات البديلة وهي الخبرات غير مباشرة وهي معلومات تصدر من الآخرين وأن التوقعات تشتق من الخبرات البديلة ليس مثل الإنجازات الأدائية التي تعتمد على خبرات الفرد وتوقعته للفاعلية الذاتية مرتفعة أو منخفضة ، أما الخبرات البديلة فهي تشتق التوقعات وتنتج خبرات بديلة مرتفعة وخبرات بديلة منخفضة أما المصدر الثالث فهو الإقناع اللفظي وهو المعلومات التي تأتي من الفرد لفظيا تأتي عن طريق الآخرين وقد يكسبه نوعا من التغريب في الأداء وهو يؤثر على سلوك الفرد أثناء القيام بمهمة فهو عكس الإنجازات الأدائية، و الخبرات البديلة التي تعتمد على خبرات الفرد مباشرة وغير مباشرة والمصدر الرابع وهو الإستثارة الإنفعالية وهي تظهر في مواقف الشائكة والتي يبذلون فيها جهدا وقوتهم الجبارة وهي تعتمد على المواقف وتقييم المعلومات فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية وهي المصدر الرئيسي لمعلومات فاعلية الذات وتؤثر عليه ، وهونك إستثارة إنفعالية مرتفعة تضعف الأداء يمكن تخفيف إستثارة إنفعالية بواسطة النمذجة ، وهي تختلف عن الإنجازات الأدائية و الخبرات البديلة والإقناع اللفظي الذي يعتمدون على خبرات الفرد وعلى توقعات الكفاءة الذاتية أما الإستثارة الإنفعالية تعتمد على المواقف وتقييم الأفراد بالنسبة فاعلية الشخصية وتعتبر هي المصدر الرئيسي .

-المساندة الإجتماعية :

وتعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا مهما من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل والأمن الذي يحتاجه الفرد عندما يشعر أن هناك ما يهدده أو أن طاقته استنفدت، وكلما تقدم العمر بالفرد كلما كان بحاجة إلى التواصل الاجتماعي والدعم مع الآخرين والقبول والتقدير والانتماء. وترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض.

وتعرفها "كرديدي (2008)" بأنها تلك العلاقة القائمة بين الفرد والمحيطين به من الأفراد والأسرة والأصدقاء والصحة الإجتماعية التي يدرك الفرد التي من خلالها الثقة في الآخرين والإعتماد عليهم في إشباع حاجتهم .(سميرة كرديدي،2008،457).

ويعرفها "تايلور Tylor (2008)" بأنها الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والإهتمام والإحترام والتقدير ، ويشكلون جزءا من دائرة " .وأنها علاقاته الإجتماعية ، ويرتبط معهم بمجموعة من الإلتزامات المتبادلة مثل : الوالدين ، وشريك الحياة ، والحبيب ، والأقارب والأصدقاء ،والذين يرتبط معهم بعلاقات إجتماعية ومجتمعية .(شيلي تايلور،2008،445). وتعتبر المساندة الإجتماعية لها أهمية كبرى من خلال إن للمساندة الإجتماعية لها تأثير عن طريقة التفكير وأفعال ومشاعر الآخرين من خلال تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض أن شبكة المساندة الإجتماعية تستطيع أن تمد الفرد بالآتي ماجواير" Maguire(1991) وبناء على نظرية حيث إنه يتم تعزيز الفرد من قبل الأسرة والآخرين

1- Sense of self -تمد الفرد إحساسه بذاته.

2-تمد الفرد بالتشجيع والتغذية المرتدة الإيجابية حيث أن (Encouragement And

(Positive social) حيث أن نظام المساندة الإجتماعية الإيجابية قيمة وأهمية **(Positive support system**) بمد الفرد بالتغذية المرتدة بأن له قيمته وأهميته .

3- يمد الفرد بالفرص الإجتماعية (socialization opportunities).

4- يساعد نظام المساندة الإجتماعية للفرد في تحديد المشكلات والبحث عن الحلل ومساعدة مناسبة له .

5- تحمي الفرد من الضغط حيث إن الفرد الذي لديه مساندة إجتماعية قوية يستطيع أن يتعامل مع الضغوط الحياتية اليومية بشكل أكثر نجاحا من الذين لديهم ضعف في المساندة الإجتماعية .(مهاده حسن،2004،37). وإن المساندة الإجتماعية لها دور في الصحة النفسية حيث صار اليوم البحث في العوامل الوقائية من أهم الجوانب التي تجرى في مجال الصحة النفسية متبنية مبدأ (الوقاية خير من العلاج)، وتم تحديد العديد من العوامل الوقائية ومنها مايتعلق بالخصال الشخصية كالأمل والتفاؤل والصلابة النفسية والثقة بالنفس، ومنها مايتعلق بالبيئة الإجتماعية ومنها المساندة الإجتماعية ، وإن المساندة الإجتماعية تعتبر عاملا واقيا من

الأثار السلبية للأحداث الحياة المثيرة للمشق، فعلى سبيل المثال إستعمل "كيسلر" وآخرون **Kessler & others 1985** مفهوم للمساندة الإجتماعية للإشارة بها هي تلك الميكانيزمات التي تقوم بها العلاقات الشخصية المتبادلة بين الأفراد لوقايتهم من الأثار الشديدة لضغوط أحداث الحياة . (شعبان رضوان ، عادل الهريدي، 2001، 74).

وفي مجال دور المساندة الإجتماعية في التخفيف من الإضطرابات الفيزيولوجية، تبين من الدراسات النفسية ، أن المساندة الإجتماعية تقلل ، في مختلف الظروف ، من ردود الأفعال الفيزيولوجية والعصبية التي تصدر كإستجابات للضغط ، أين ويلجأ مختصون طريق علم النفس لدراسة هذه العلاقة إلى نموذج الضغط الحاد (**Acute Stress Paradigm**) ويلجأ مختصون أخذ الأفراد إلى المخبر، وتعريضهم لمهام تسبب لهم الضغط ، مثل : الحديث أمام مجموعة غير متجاوبة من المستمعين ، أو تكليفهم بالمهام يجدونها صعبة في التحكم فيها . ثم قياس إستجاباتهم السيمماوتية ، والإستجابات الصادرة عن الأجهزة الهيبيوتالاموسية والنخامية المنشطة لقشرة الأدرلينالين (الغدة الكظرية أو فوق الكلية) فقط لوحظ دائما هذه الإستجابات كانت أكثر إنخافضا عند وجود رفيق يقدم المساندة ، مما هو الأمر في حالة عدم توفر ذلك ، كما تبين أنه مجرد وجود الإعتقاد لدى الأفراد بإمكانهم الحصول على المساندة ، أو لدى التفكير في المساندة التي يحصلون عليها عادة ، كان يؤدي إلى نتائج مفيدة . (شيلي تايلور، 2008، 447).

-ونستخلص مما سبق أن المساندة الإجتماعية لها أهميتها أن لكل من المساندة الاجتماعية أو الإسناد أو الدعم الاجتماعي أو الموارد الاجتماعية أو الإمكانيات الاجتماعية أو الإمدادات الاجتماعية مفهوم واحد و أن يدرك الفرد انه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة أن يكون لدي هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، تعبر المساندة الاجتماعية عن إمكانيات متوفرة فعلا أو مدركة من طرف الفرد في بيئته الاجتماعية و تعتبر المساندة الاجتماعية علاقة تبادلية بين فردين على الأقل فهي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين بشكل دائم أو منقطع ، كما قد تأتي من أفراد لا يعرفهم الفرد، فهي تقدم من قبل أفراد وجماعات وتقدم إلى أفراد أو جماعات. كما أن المساندة الاجتماعية والصحة النفسية تمد المساندة الاجتماعية الفرد بأشكال مختلفة ومتباينة من الإمدادات الوجدانية والأدائية والمعلوماتية والمادية وتساهم في تخفيف الأثار السلبية لأحداث

الحياة الضاغطة، كما تجعل الفرد يتمتع بصحة نفسية وجسدية، أو يتكيف مع الوضعية المرضية في حالة الإصابة بالمرض.

5- أنواع فاعلية الذات :

صنف العلماء فاعلية الذات إلى عدة أنواع منها :

1- فاعلية القومية (POPulation Efficacay):

يذكر جابر (1990) أن الفاعلية القومية قد ترتبط بأحداث لا يستطيع المواطنون السيطرة عليها مثل (إنتشار تأثير التكنولوجيا الحديثة، التغير الاجتماعي السريع في أحد المجتمعات الأحداث التي تجري في أجزاء أخرى من العالم) .والتي يكون لها تأثير على من يعيشون فيها في الداخل ،كما تعمل على إكسابهم أفكار ومعتقدات عن أنفسهم بإعتبار أصحابهم قومية واحدة أو بلد واحد .(بشير معمرية ،2011،204).

2- الفاعلية الجماعية (Collective- Efficacy):

ويشير باندورا إلى أن هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام جماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها , الأفراد يعيشون غير منعزلين إجتماعيا ، وأن الكثير من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الاجتماعية والمساندة للإحداث أي تغير فعال ، وإدراك الشخص لفاعليتهم الجماعية يؤثر فيما يقبلون على عمله كجماعات ، ومقدار الجهد الذي يبذلونه وقوتهم التي تبقى لديهم إذا خففوا في الوصول إلى النتائج و أن جذور فاعلية الجماعة تكمن في فاعلية أفراد هذه الجماعة ، ومثال ذلك : فريق المنافسة الفكرية إن كان يؤمن في قدرته ومقدارته على التغلب على الفريق المنافس ،فتتحول لديه الفاعلية الجماعية إلى مرتفعة والعكس صحيح (بشير معمرية،2011،204).

3- فاعلية الذات العامة (Generalized self- efficacy) :

وقد عرفها باندورا(1986) بأنها قدرة على القيام الشخص الذي يحقق نتائج إيجابية ومقبولة في موقف محدد، والسيطرة على الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الأشخاص ، وقد أ

صدرت التوقعات الذاتية عن كيفية قيامه بالمهام والأنشطة التي أسندت إليه، والتنبؤ بالجهد والنشاط، والمواظبة اللازمة لتحقيق العمل الموكل إليه (بشير معمرية، 2011، 204).

4- فاعلية الذات الخاصة (self Secific - efficacy):

ويقصد بها أحكام الأشخاص الخاصة المنوطة بمقدرتهم على القيام بمهمة محددة في نشاط معين مثل: الرياضيات (الأشكال الهندسية) أو في اللغة العربية (الإعراب - التعبير) (بشير معمرية، 2001، 205).

5- فاعلية الذات الأكاديمية (Academic self- efficacy):

تعرف فاعلية الذات الأكاديمية على أنها إدراك الشخص على قدرته على القيام بمهام التعليمية، بمستويات مرغوبة فيها، أي أنها تعني قدرة الفاعلية في موضوعات الدراسة المتنوعة داخل القسم، وهي تتأثر بعدد المتغيرات منها حجم أفراد القسم، وعمر الدارسين، ومستوى الإستعداد الأكاديمي للتحصيل الدراسي (بشير معمرية، 2011، 205).

النوع المقصود في هذه الدراسة التي تبنته الطالبة هو فاعلية الذات العامة .

-ونستخلص مما سبق أن أنواع فاعلية الذات تختلف فيما بينها حيث نجد النوع الأول فاعلية القومية وهي ترتبط بأحداث لا يستطيع المواطنون السيطرة عليها ويكون لها تأثير على من يعيشون فيها في الداخل كما تعمل على إكسابهم أفكار ومعتقدات عن أنفسهم فهم من قومية واحدة وهذا يختلف عن فاعلية الذات الجماعية التي تعتمد على الجماعة فهي تؤمن بنظام الجماعي عكس الفاعلية الذاتية القومية التي تعتمد على السيطرة وعلى المواطنون أما فاعلية الذات العامة فهي هي القدرة على تحقيق النتائج إيجابية ومقبولة في موقف معين والسيطرة على الضغوط الحياتية وتوقعات الذاتية الجهد والمثابرة على عكس فاعلية الذات الخاصة التي تعتمد على أحكام الشخص الخاصة والمقدرة على القيام بمهمة محددة في نشاط معين وهي تختلف عن فاعلية الذات العامة التي تتمد على النتائج الإيجابية واشل توقعات، بينما فاعلية الذات الأكاديمية هي إدراك الشخص على قدرته على القيام بمهام التعليمية وهي تتعلق بموضوعات الدراسة داخل القسم وبعدد المتغيرات المتعلقة بقسم، وهذا يختلف عن فاعلية الذات العامة

والخاصة الذين يعتمدان على القدرة على تحقيق النتائج الإيجابية و الأخرى تعتمد على أحكام الفرد الخاصة ومقدرته على تحقيقها أما فاعلية الذات الأكاديمية تعتمد على الدراسة .

6- الخصائص العامة لفاعلية الذات : هناك خصائص عامة للفاعلية الذات وهي :

1- مجموعة القرارات والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الشخص وإمكانيته ومشاعره . 2- ثقة الشخص في أداء عمل ما بجدارة . 3- توفر قدر من الإستطاعة سواء كانت فيزيولوجية أو عقلية أم نفسية ، مع وجود دافعية في الموقف .

4- توقعات الشخص لأداء العمل في الحاضر والمستقبل . 5- الإعتقاد بأن الشخص يمكنه تنفيذ الأحداث المطلوبة ،أي أنها تشمل المهارات الممتلكة من طرف الشخص وحوكمه على مايمكنه القيام به ، مع ما يتوفر لديه من مهارات . 6- ليست السمة ثابتة في السلوك الشخصي ،أي أنها مجموعة من الأحكام لاتتصل بما يقوم به الفرد فقط ، بل تشمل أيضا الحكم على يمكن تحقيقه ،وأنها نتيجة للقدارات الشخصية . 7- أنها تنمو من خلال تفاعل الفرد مع بيئته ومع الآخرين ، كما أنها تنمو بالتدريب وإكتساب الخبرات المختلفة . 8- أنها ترتبط بالتوقع والتنبؤ وليس بالضرورة أن تعكس التوقعات قدرة الشخص وإمكانيته الحقيقية ، فمن الممكن أن تكون الإمكانيات قليلة ،ولديه توقع بافاعلية الذات المرتفعة . 9- تتحدد بعدة عوامل منها :صعوبة الموقف ،كمية الجهد ،مدى مواظبة الشخص . 10-هي إدارك وتوقع مترجم إلى بذل الجهد وتحقيق النتائج المنشودة.

و هذه الخصائص تخضع فاعلية الإيجابية الذات الإيجابية للتنمية والتطوير وذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية الملائمة .

(بشير معمرية ،2011،198).

- ونستخلص مما سبق أن خصائص فاعلية الذات العامة فهي تعتمد على أن فاعلية الذات يجب أن يكون لها مجموعة قرارات ومعلومات عن الشخص وإمكانته ومشاعره ويجب أن تكون ثقته بنفسه و تتوفر قدرته من العزيمة والقدرة والإرادة و توقعات الشخص للمستقبل وحكم الشخص على نفسه أنه قادر على إنجاز بما يتوفر من إمكانيات عنده و وتحقيق قدرته

الشخصية وتفاعله مع بيئته ويمكن أن يتوقع فاعلية الذات مرتفعة وفاعلية الذات منخفضة وكذلك أن فاعلية الذات تتحدد بجهد والمثابرة والقوة والإرادة.

7- الخصائص العامة لمرتفعي فاعلية الذات :

يذكر باندور (1977) أن هناك خصائص عامة يتصف بها ذوي فاعلية الذات المرتفعة، والذين لهم إيمان قوي في قدراتهم وهي :

1- التفوق في العمليات العقلية . 2- الإستعمال الجيد للمهارات المعرفية.

3- المثابرة العالية في البحث عن الحلول للمشكلات . 4- الدافعية للإنجاز . 5- التحدث الشخصي للذات في إنجاز الأعمال . 6- الإلتزام بالهدف أو المهمة . 7- توقع الإنجاز . 8- تنظيم الذات. 9- المرونة في التفكير . 10- الدقة في التقييم . 11- التغلب على العقبات بالجهد المتواصل . 12- تحويل الفشل إلى النجاح . 13- الخروج من الخبرات الصعبة على أفضل وجه . 14- سرعة التخلص من الإستراتيجيات الخاطئة . 15- القدرة على التخلص من السلوك غير المرغوب فيه. (بشير معمرية ، 2011، 199).

-ونستخلص مما سبق أن الخصائص العامة لمرتفعي الفعالية الذاتية أنهم يشتركون في مجموعة من الخصائص ولهم إيمان في قدراتهم ويتميزون بمستوى مرتفع بثقة بنفس وتحمل المسؤولية والتواصل مع الآخرين وتفوق على الصعوبات التي تواجههم و ولديهم طاقة وقدرة وعزيمة و مستوى عال من الطموح لتحقيق الأهداف والتفاؤل في الأمور ويخططون لمستقبلهم ويتحملون جميع الضغوط وكل هذا يساهم في إعطاء الفرد خصائص مرتفعة للفعالية الذاتية حتى يتمكن من مواجهة ضغوط الحياة ونسنتج من أن فاعلية الذات المرتفعة هم مؤمنين و مثابرين وقوة الإرادة فهم قادرين على تحدي الصعوبات وحل مشكلاتهم .

8- الخصائص العامة للمنخفضي فاعلية الذات :

يذكر باندورا(1977) أن هناك سمات يتميز بها ذوي فاعلية الذات المنخفضة (الذين لا يثقون في قدراتهم) تتمثل في التالي :

1- يتعاملون مع المهام الصعبة بالخجل . 2- يذعنون بسرعة . 3- يملكون طموحات منخفضة

4- يفرغون جهودهم في نقائصهم ، ويضخمون المهام المطلوبة . 5- ينشغلون بالنتائج الفاشلة

والتأهفة . 6- يصعب عليهم النهوض من النكبات . 7- يعثرهم الضغط والإككتاب بكل سهولة.(بشير معمرية ، 2011، 200).

-ونستخلص مما سبق أن خصائص فاعلية الذات المنخفضين للفاعلية ذاتهم الذين لا يثقون في أنفسهم وفي قدراتهم ولا يتحدون الصعوبات ويترجعون بسرعة وليس لديهم طموحات نحو تحقيق مستقبلهم ليس هناك جهد ومثابرة وقوة وعزيمة وصعوبة في المهام الصعبة و نتيجة لذلك بكل سهولة يأتي الإككتاب والضغط ، ونستنج أن منخفض الفاعلية الذاتية غير قادرين على تحمل مسؤوليتهم ولا جهد ومثابرة وهذا يؤدي إلى أمراض نفسية .

خلاصة الفصل :

ومن خلال هذا الفصل الذي عرضنا فيه أهم الجوانب النظرية للفاعلية الذاتية المتمثلة في تعريفها ، أنواعها ، مصادرها ، أبعادها ، والنظريات فاعلية الذات ، والخصائص العامة للفاعلية الذات ، الخصائص العامة للمرتفعي فاعلية الذات ، الخصائص الخاصة للفاعلية الذات ، ونستخلص من هذا العرض أن الفاعلية الذاتية تجعل الفرد أكثر إهتماما بأنشطة المختلفة والإستغراق فيها ، وأكثر مثابرة لتحدي الصعاب حيث يبذل أقصى جهد لمواجهة الفشل وتجاوزه ، كما ينظر إلى المهام الصعبة على أنها مصدر للتحدي وإثبات الكفاءة ، وغالبا ما ينسب نجاحه إلى ذاته ، بينما ينسب الإخفاق في بعض المواقف إلى عدم كفاية المعلومات أو الجهد المبذول .

الفصل الثالث

القلق الإجتماعي

-تمهيد

1- المنظور التاريخي وبداية ظهور القلق الإجتماعي .

2- تعريف القلق الاجتماعي

3- مظاهر ومكونات القلق الإجتماعي

4- أنواع الفرعية القلق الإجتماعي

5- أسباب القلق الإجتماعي

6-تشخيص القلق الإجتماعي

7- الإتجاهات النظرية المفسرة للقلق الإجتماعي

8- التدخلات العلاجية للقلق الإجتماعي.

-خلاصة الفصل

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرضاً المفهوم الأساسي للدراسة وهو القلق الاجتماعي ، فقد تم وصف القلق الاجتماعي ، لأول مرة في الولايات المتحدة الأمريكية على ، وفي فرنسا ، بيد "بيرد" **Beard (1879)** ، وتم الفصل هذا الإضطراب عن الخوفات ، وإشملت كتابات المؤلفين على أنواع المخاوف تتعلق بأكل ، والمصافحة ، والإحمرار والخجل ، والتحدث والكتابة ، والتقيؤ في وجود الناس الآخرين ، بالإضافة الى أنواع أخرى من المخاوف التي تظهر عند بدأ المحادثة (مجدي الدسوقي ، 2004 ، 3) ، ويعد إضطراب القلق الاجتماعي من أكثر أنواع القلق شيوعاً ، ويحتل الترتيب الثالث من بين الإضطرابات المرضية الأكثر إنتشاراً في العالم بعد الإكتئاب وإدمان الكحوليات . في أي مرحلة من مراحل الحياة (أمانى عبد المقصود ، 2007 ، 7) ، وتبلغ نسبة إنتشاره حوالي (15%) . وسنتناول في هذا الفصل إلى ونبذة تاريخية عن القلق الاجتماعي وتعريف القلق الاجتماعي وأنواعه وأسبابه و التشخيص والتدخلات العلاجية والنظريات المفسرة له .

1- المنظور التاريخي وبداية ظهور القلق الاجتماعي:

يرجع مفهوم مصطلح المخاوف المرضية (الفوبيا) في أصله إلى كلمة إغريقية تعني الرعب والخوف ، حيث كان يستدعي الخوف والرعب لدى أعدائهم ، ولذلك الإغريق في العصور القديمة يعتقدون أن الإله " فوبوس **phobos** كانت تسمى العديد من المخاوف لديهم بالفوبيا ، ومن وجهة نظر التاريخية تم وصف القلق الاجتماعي والتجنب الاجتماعي والخجل مبكراً منذ أيام العالم هيبوقراط وأن مصطلح الفوبيا الاجتماعية أول ما قدم كان على يد **جانيت** في عام (1903) ، وذلك لوصف المرضى الذين يخافون من كونهم محل موضع ملاحظة من الآخرين ، مثل الخوف من الكلام والكتابة أمام الآخرين ، وفي عام (1930) استخدم " تشيلدر " **Schilder jane** " مصطلح العصاب الاجتماعي "**socail Neurosis** لوصف المرضى ذوي الخجل . "

الإجتماعي الشديد ، ومع ظهور العلاج السلوكي (1950) وعقب أعمال جوزيف وولبي المبكرة عن التحصين كفننية علاجية سلوكية إزداد إهتمام رواد العلاج السلوكي بدراسة المخاوف

المرضية ، وقد بدأت دراسة القلق الاجتماعي كنوع مختلف ومميز إضطرابات القلق الأخرى على يد "ماركس" Marks Isaa عالمة الطب النفسي البريطانية (1966) ، وقد حظيت هذه الفكرة بإعتراف وتقدير رابطة الطب النفسي الأمريكية ، ولذلك في عام (1980) تم إدراج الفوبيا الاجتماعية في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية على الرغم من أن تعريفها في ذلك الوقت كان مقصورا على الخوف من مواقف الأداء إجتماعي واحد يسبب الضيق والكدر للفرد ، وكان الأفراد ذوو القلق الاجتماعي كثيرا ما يتم تشخيصهم تحت إضطراب الشخصية التجنبية ، ولكن هذا المعيار والمحك التشخيصي للفوبيا الاجتماعية تم توسيعه في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الإصدار الثالث المعدل عام (1987) والدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الإصدار الرابع (1994) ، وحيث إن الفوبيا الاجتماعية قبل صدور الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الإصدار الثالث عام (1980) . كانت تعتبر نوعا من القلق ، فإن لهذا السبب لم تحظ بإهتمام كبير الباحثين على عكس إضطرابات القلق الأخرى مما دفع ذلك بعض الباحثين والعلماء مثل "لييوتيز" LibOWITZ (1985) إلى وصف القلق الاجتماعي (Neglected anxiety disorder) وذلك أنه لم يحظى بالدراسة الإمبريقية مقارنة إضطراب القلق المهمل بإضطرابات القلق مثل : إضطراب الهلع والخوف من الأماكن المتسعة والمخاوف النوعية ، ولكن في السنوات والعقود الماضية تزايد الإهتمام بدراسة أسباب القلق الاجتماعي وطبيعته وعلاجه ، ويرجع هذا إلى الإهتمام في جزء منه إلى إدراك الحقيقة أن هذا الإضطراب يمثل مشكلة كبيرة في الصحة النفسية حيث ترتفع معدلات إنتشار إضطراب بين أفراد ويؤثر بشكل سلبي على مختلف الجوانب حياتهم ، وقد حظي إضطراب القلق الاجتماعي وتصل حوالي (13%) القلق الاجتماعي بإهتمام كبير من البحث والدراسة . مما أدى ذلك إلى وجود عدد ضخم من الدراسات ، وتم تحديده وتعريفه بشكل دقيق يتضمن الخوف وتجنب المواقف التي يكون فيها الفرد عرضة للتقييم السلبي من الآخرين ، حيث يكون في هذه المواقف الاجتماعية المخيفة محل الملاحظة وإمعان للنظر فيها من الآخرين ، وأصبح هذا الإضطراب يصنف كأحد إضطرابات القلق ، وذلك وفقا للتصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية الإصدار الرابع (1994) وبعد ذلك أجريت العديد من الدراسات وذلك

للتمييز بين هذا الإضطراب عن إضطرابات القلق الأخرى ، وذلك على مستوى القياس والعوامل المسببة له والأنواع الفرعية. (طه عبد العظيم ،2009،43)

تشير بعض الدراسات الى أن بداية ظهور القلق الاجتماعي يكون في الطفولة والمراهقة المبكرة ، حيث ان الخوف من التقييم السلبي من الآخرين والوعي بالذات من المنظور النمائي يظهر في سن 8 سنوات ، وبالتالي فان القلق الاجتماعي يبدأ مع هذا العمر ، و يشير ستين (Stein 2001) أن بداية ظهور إضطراب الإلتحاق الاجتماعي تحدث غالبا في الطفولة والمراهقة المبكرة ، وذلك نتيجة للكف الإلتقائي والخجل ، حيث أن القلق الإلتقائي في الطفولة يرتبط بعدة عوامل هي : شدة الخوف ، تجنب المواقف الإلتقائية ، والخوف من التقييم السلبي وهناك إختلاف بين بداية ظهور كل من القلق الإلتقائي ، والقلق الإلتقائي النوعي ، القلق الإلتقائي العام يظهر في سن مبكرة عن القلق الإلتقائي.

كما أظهرت بعض الدراسات أن هناك مرحلتين يكثر فيهما ظهور هذا الإضطراب وهما مرحلة ما قبل المدرسة ويظهر القلق الإلتقائي فيها على شكل خوف من الغرباء ، والمرحلة الأخرى بين 12-17 سنة ، ويظهر القلق الإلتقائي فيها على شكل من النقد والتقييم الإلتقائي من الآخرين بالرغم من أن القلق الإلتقائي يبدأ مبكرا في الحياة ، إلا أنه يعتبر أيضا من الإضطرابات النفسية المزمنة التي تستمر لفترة طويلة من الوقت دون علاج ،إما بسبب الإرتباك والحرص من حالتهم ، وخجلهم من الحالة النفسية كالإكتئاب ، والزيادة في معدلات تعاطي الكحوليات والعقاقير والمخدرات ، سعيا في الهروب أو التخفيف من القلق ، فضلا عن الصعوبات والقصور في الوظائف المهنية والإلتقائية والمادية والصحية . (طه عبد العظيم حسين،2009،58).

نستخلص مما سبق أن المنظور التاريخي وبداية ظهور القلق الإلتقائي أنه في الأول كان يرجعونه مخاوف مرضية والرعب والخوف عند الإغريق قديما ومع ظهور العلاج المعرفي السلوكي من دراسة المخاوف المرضية إلى القلق الإلتقائي على يد (ماركس 1966) البريطاني وحطيت باعتراف وتقدير الرابطة الأمريكية وفي الإصدار الثالث للدليل التشخيصي من فوبيا إجتماعية وكانت تعتبر نوع من القلق ثم في الدليل الإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية أصبح يصنفوه كأحد إضطرابات القلق وذلك على مستوى القياس دراسات حول القلق الإلتقائي

وارتفع معدلات إنتشاره حيث تصل (13%) وركزو على تعريف واحد ودقيق أنه خوف وتجنب المواقف التي يكون فيها الفرد عرضة للتقييم السلبي من طرف الآخرين حيث يكون في هذه الموقف الإجتماعية المخيفة محل الملاحظة وإمعان فيها من الآخرين ،وأشارت بعض الدراسات أن القلق الإجتماعي يظهر في الطفولة والمراهقة المبكرة وذلك بسبب الخوف من التقييم السلبي من الآخرين والوعي بالذات والكف الإجتماعي والخجل من المنظور النمائي وأشار يظهر في ثمانية سنوات وأشار أن القلق العام والقلق النوعي يظهر في سن مبكرة عن القلق الإجتماعي كما أظهرت الدراسات أن القلق الإجتماعي يظهر عبر مرحلتين مرحلة ما قبل المدرسة ويظهر فيها الخوف من الغرباء أما مرحلة 12-17 و يظهر فيها القلق على شكل النقد من الآخرين بالرغم من أن القلق الإجتماعي يبدأ مبكرا في الحياة .

2/- تعريف القلق الاجتماعي:

تعرفه ("أمال الفقي، 2001، 49") المخاوف المرضية بأنها ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير المنطقي المرتبط بالمواقف الاجتماعية المتعددة ،والمطلوب من الفرد التفاعل معها بايجابية ، ولكنه ينسحب منها أو على الأقل يتجنبها حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط وأحيانا ما يرتبط ذلك السلوك بدلالة لاشعورية داخل الفرد.

ويرى ("محمد إبراهيم عيد، 2000، 50) أن القلق الإجتماعي : هو خوف مرضي مبالغ فيه وغير معقول ، ويوصف أنه مبالغ ، هائم ، طليق ، يصاحبه تغيرات فسيولوجية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي الإدري .

ويعرفه (" سامر جميل رضوان"، 2001، 24) بأن القلق الإجتماعي : هو الخوف من المجهول وتجنب المواقف التي يفترض فيها الفرد ان يتعامل ويتفاعل مع الآخرين ، ويكون معرضا نتيجة لذلك الى نوع من انواع التقييم ،أما السمة الأساسية للقلق الإجتماعي تتمثل في الخوف الواقعي من التقييم السلبي لسلوك من قبل الآخرين .

والقلق الإجتماعي في الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (dsim) يعرفه بأنه الخوف الناتج لواحد او اكثر من المواقف الاجتماعية والتي يطلب منها الأداء من الفرد والتي يكون فيها الفرد أمام الغرباء او يكون في موقع التقييم او الفحص من قبل الآخرين ويكون

الخوف الناتج عن الارتباك أو التحقير والاذلال ، ويدرك الفرد ان خوفه غير عقلاني او غير منطقي.(The American Psychiatric Association 1994).

ويعرفه التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات النفسية (icd-10): الصادر من المنظمة الصحة العالمية (who) أن القلق الاجتماعي : بأنه الخوف من التدقيق وإمعان النظر في الفرد من خلال الناس الاخرين ,وهذا يؤدي بالفرد بتجنب المواقف الاجتماعية ، وان الكثير من المخاوف الاجتماعية لدى الفرد ترتبط بانخفاض تقدير الذات لديه ، والخوف من النقد(WHO,1992,22).

ويعرفه (أتماكا 2004، 93) القلق الاجتماعي بأنه اضطراب من اضطرابات القلق التي تتميز باخوف من المواقف الاجتماعية التي يكون فيها الفرد موضع تقييم .

ويعرفها (وحيد مصطفى كامل ، 2008 ، 32)القلق الاجتماعي بأنه استجابة مصحوبة بالتوتر والاضطراب عند مواجهة الاخرين كأقران ، والوالدين ، والمدرسين ، والجيران .

ونرى أن كافة التعريفات إتفقت على أن القلق الإجتماعي كما ترى "أمال الفقى" هو المخاوف المرضية وهو ذلك النمط من السلوك الذي يتسم بالخوف غير منطقي المرتبط بالمواقف الاجتماعية المتعددة ، والفرد ينسحب منها ويتجنبها حتى يبتعد عن الشعور بالإحباط بينما يرى " محمد إبراهيم عيد"أن القلق الإجتماعي هو خوف مرضي مبالغ فيه غير معقول وإختلاف بين الرأي السابق في أنه يصاحبه تغيرات فسيولوجية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي الإدري، و قد إتفق تعريف " أماكا " مع التعريف السابق أن القلق الإجتماعي و خوف من المواقف الاجتماعية التي يكون فيها الفرد موضع تقييم ، و هذا مايتفق مع التصنيف العاشر للاضطرابات النفسية للمنظمة العالمية أن القلق الإجتماعي بأنه الخوف من التدقيق والإمعان تنتظر في الفرد من خلال الناس الآخرين وهذا يؤدي بالفرد بتجنب المواقف الاجتماعية وأن الكثير من المخاوف الاجتماعية لدى الفرد ترتبط بإنخفاض تقدير الذات والخوف من النقد ، ويتفق مع الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية بأنه الخوف الناتج لواحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية والتي يطلب منها الأداء من الفرد والتي يكون فيها الفرد أمام الغرباء أو يكون في موقع التقييم من قبل الآخرين ويكون الخوف ناتج عن الإرتباك ويدرك الفرد خوفه أنه غير عقلاني أو غير منطقي ،و إختلاف هذان التعريفان عن التعريف السابقة، و سامر

جميل رضوان " وعرف القلق الاجتماعي بأنه الخوف من المجهول وتجنب المواقف التي يفترض فيها أن يتعامل ويتفاعل مع الآخرين والسمة الأساسية للقلق الاجتماعي هو الخوف من التقييم السلبي لسلوك من قبل الآخرين ، و يتفق مع تعريف و" وحيد مصطفى كامل " أن القلق الاجتماعي بأنه إستجابة مصحوبة بالتوتر والإضطراب عندما مواجهة الآخرين كالأقران والوالدين والمدرسين والأصدقاء .

وبناء على ماسبق يمكن إستخلاص مايلي: أن القلق الاجتماعي بأنه عبارة عن خوف مستمر وملحوظ وقلق شديد يظهر لدى الأفراد في مواقف التفاعل الاجتماعي والأداء العام ،حيث يكون سلوكهم موضع ملاحظة و إمعان وتدقيق للنظر فيه من الآخرين ، سواء كان ذلك واقعيا أو متخيلا ، والحكم والتقييم السلبي من الآخرين عليهم أعراض جسمية مثل العرق والارتعاش وإحمرار الوجه والصعوبة في الحديث والمعارف السلبية ، والتي غالبا ماتكون مصاحبة لهذا الأعراض مثل كل واحد يعتقد أنني غبي أو أنهم يضحكون علي ويرتفع مستوى القلق لديه ، والخوف والتجنب يتعارض بشكل دال مع الوظائف الاجتماعية والأسرية والمهنية والأكاديمية للفرد.

3- مظاهر ومكونات القلق الاجتماعي :

للقلق الاجتماعي عدة مظاهرتختلفت من شخص للأخر حسب أساليب التنشئة وإستعدادته ومكوناته البيولوجية ويمكن تحديدها: حيث يرون (خفاجي والشاوي،2009،8):

1- مظهر السلوكي :

سلوك الهرب من المواقف الاجتماعية ،قلة التحدث والكلام بحضور الغرباء ،التردد في التطوع لأداء المهام (فردية أو الاجتماعية) ، مشاعر الضيق عند الإضطراب للحديث أولا أو في المناسبات الاجتماعية ،الخوف من أن يكون ملاحظ من الآخرين ،التلعثم في الكلام .

2- مظهر فسيولوجي :

ويتمثل في الأعراض الجسدية تشمل زيادة النبض ، زيادة دقات القلب ، مشاكل في المعدة (كسوء الهضم والانتفاخ)، رطوبة وعرق زائد في اليدين والكفين ،جفاف في الفم والحلق ،الإرتعاش الإرادي ،إضطرابات التنفس (كسرعة في التنفس ، والهيجان)، ونقص الحيوية والنشاط والمثابرة ، وتوتر العضلات ،والأزمات العصبية ، ورمش العينين .

2-مظهر معرفي :

وتتمثل في أفكار تقييمية لتقدير الذات ،القلق الدائم من إرتكاب الأخطاء ، التفكير المستمر والمتكرر للمواقف الإجتماعية المثيرة للقلق وما يعتقد الآخرون ،إمتلاك خيالي سلبي ،الإنتباه الزائد من قبل الفرد بنفسه .

يرى (السيد ، 2001،54) أن القلق الإجتماعي يشتمل على مكونين أساسيين هما :

1- **قلق التفاعل** :وهو عبارة عن القلق الناشئ من التفاعل المتوقع بين الفرد والآخريين ,وهو يحدث نتيجة الخجل أو التفاعل مع أناس جدد أو غرباء .

2- **قلق المواجهة** : وهو عبارة عن القلق الناشئ من المواجهة الغير المتوقعة ,ويظهر ذلك من خلال التحدث والإتصال .

بينما يرى (رضوان،2001،49) أن المكونات الأساسية للقلق الإجتماعي هي :

1- **مكون الفسيولوجي** : ويشير هذا المكون إلى ظهور بعض الأعراض الفسيولوجية على الأفراد ذوي القلق الإجتماعي ، وذلك عندما يواجهون أحد المواقف الإجتماعية ، أو حتى مجرد التفكير في هذه المواقف .

2- **مكون المعرفي** :يشير هذا المكون إلى الإعتقادات والأفكار السلبية والإفترضات و التوقعات غير التوافقية لدى الفرد ,فالكون المعرفي يلعب دورا حاسما في إستمرار وبقاء القلق الإجتماعي .

3- مكون السلوكي: ويتضمن السلوكيات يتضمنها الأشخاص ذوي القلق الاجتماعي بهدف محاولة التحكم في الموقف وخفض مستوى القلق لديهم .

في حين ترى (جمال، 1997، 31) أن هناك أربعة أبعاد للقلق الاجتماعي هي :

1- الإرتباك: يكون مصحوبا بقهقهة أو العصبية أو الشعور بالغباء .

2- الشعور بالخزي: وهو إزدراء الذات و إذالها والشعور بالكأبة .

3- قلق الجمهور: وهو الشعور بالخوف والإنزعاج وعدم الإنتظام عند وجود الآخرين .

4- الخجل: ويستدل عليه من كبح السلوك إجتماعي متوقع مع مشاعر التوتر و الإحراج والإرتباك .

نستخلص مما سبق أن مظاهر ومكونات القلق الاجتماعي أن المظاهر لديها ثلاثة هي مظهر السلوكي ويعتمد السلوكيات قلة الحديث والكلام بحضور الغريباء و الخوف من أن يكون ملاحظ من طرف الآخرين والتلعثم في الكلام ، و مظهر الفسيولوجي ويتمثل في الأعراض الجسدية وتمل زيادة ضربات القلب والإرتعاش والمظهر المعرفي ويشمل أفكار تقييمية لتقدير الذات والقلق الدائم من إرتكاب الأخطاء وهي تتفق مع المكونات القلق الاجتماعي ومنها كذلك المكون الفسيولوجي ، كذلك يشمل الأعراض الفسيولوجية وذلك لمواجهة المواقف الاجتماعية ومكون معرفي كذلك يشير إلى المعتقدات والأفكار السلبية والإفترضات والمكون المعرفي يلعب دورا حاسما في إستمرار وبقاء القلق الاجتماعي ومكون السلوكي ويتضمن سلوكيات الأفراد بهدف التحكم في المواقف وخفض مستوى القلق لديهم ، وهونك من قسم المكونات إلى قلق التفاعل وهو القلق الناشئ من تفاعل الفرد المتوقع بين الفرد والآخرين نتيجة الخجل والتفاعل مع أناس غريباء كذلك قلق المواجهة وهو قلق ناشئ من المواجهة الغير المتوقعة وذلك من خلال التحدث والإتصال ، وهونك أربعة أبعاد للقلق الاجتماعي الإرتباك و الشعور بالخزي وقلق الجمهور وهو الشعور بالخوف وعدم الإنتظام عند وجود الآخرين أما نوع الآخر فهو الخجل وهو كبح السلوك الاجتماعي ويمكن القول أن مكونات القلق الاجتماعي ومظاهره تكشف لنا عن القلق الاجتماعي عند الأفراد .

4- أنواع الفرعية للقلق الاجتماعي: ويرى (البناء، 2002، 19) واشتملت الأنواع

الفرعية للقلق الاجتماعي على نوعين أساسيين هما :

1- **القلق الاجتماعي المعمم**: ويتضمن مدى واسع من المثيرات والمواقف الاجتماعية

المخيفة، حيث يكون الخوف لدى الفرد في معظم المواقف الاجتماعية .

2- **القلق الاجتماعي الغير المعمم**: فهو يرتبط بتجنب عدد محدود من مواقف الأداء

والتفاعل الاجتماعي حيث يظهر الخوف، في موقف أو موقفين .

-وقد أوضحت الدراسات أن القلق الاجتماعي أكثر شيوعا و أكثر شدة، وتكون نتائجه خطيرة

وتؤدي إلى العجز وقصور رئيسي في حياة الفرد ،و إلى الإعاقة المختلفة في الوظائف

الاجتماعية والتربوية والمهنية والأكاديمية للفرد .

-وقدأوضحت (وردة بلحسيني ، 2011، 30) أن هوفمان Hofmann&al (1999) أثبتت

وجود النمط الفرعي للفوبيا الاجتماعية المعممة في المقابل النمط الأخر غير معمم ، وذلك على

عينة من المراهقين ، حيث حددت الدراسة الطريقة الإجرائية لتشخيص الفرد على أنه يعاني

من القلق الاجتماعي (الفوبيا الاجتماعية) المعممة بحصوله على درجة متوسطة على الأقل

من (Holt & al,1992)لأربعة للمخاوف الاجتماعية التي طرحتها هولت وآخرون

القلق وذلك في المجالات الموقفية والتي تتضمن:

أ - التحدث أو التعامل الرسمي.

ب- التحدث أو التعامل الغير الرسمي.

ج- الوقوع تحت ملاحظة الآخرين

د- التوكيدية .

حيث تم تشخيص 44.5 بمائة من أفراد العينة يعانون من القلق الاجتماعي على أنهم يعانون

من القلق الاجتماعي المعمم وسجل هؤلاء الأفراد درجات أعلى بدرجة دالة على مقياس تقدير

الذاتي للقلق و الإكتئاب مقارنة بأفراد العينة وتتشابه هذه النتائج مع. نتائج الدراسات التي أجريت مع مرضى القلق الإجتماعي من البالغين مثل دراسة تيرنير وآخرون .

ونستخلص مما سبق أن أنواع القلق الإجتماعي إشملت على نوعين هونك قلق إجتماعي المعمم ويتضمن مدى واسع من المثيرات والمواقف الإجتماعية المخيفة ويكون الخوف لدى الفرد في معظم المواقف الإجتماعية أم النوع الثاني هو قلق إجتماعي الغير معمم فهو يرتبط بتجنب عدد محدود من مواقف الأداء و التفاعل الإجتماعي ويظهر الخوف في موقف أو موقفين و أثبت هوفمان أن هناك قلق إجتماعي معمم وقلق إجتماعي غير معمم وهويعمد على أربعة مخاوف طرحها وهي التحدث أوالتعامل الرسمي و التحدث والتعامل غير الرسمي والوقوع تحت ملاحظة الآخرين والتوكيدية وأكدت الدراسات أن الأفراد يعانون من قلق إجتماعي معمم وسجلو هؤلاء الأفراد أعلى درجة وهذ يبين لنا أن أنواع القلق الإجتماعي تركز على القلق المعمم .

5- أسباب القلق الإجتماعي :

وهونك عوامل عدة تفسر القلق الإجتماعي تسهم في ظهور القلق الإجتماعي منها كما ذكرها (حسين، 2009، 69) :

1- الأسباب الوراثية (الإستعدادات الوراثية) :

ويقصد بها الإستعداد الورثي أن الفرد يرث الجينات المسؤولة عن الإضطراب الكيميائي الذي يحدث للقلق ،ويكون مسؤولا عن طبيعة الأعراض وعن العوامل الكيميائية المسؤولة عن القلق ،والتي ربما تتمثل في زيادة إستثارة نهايات الأعصاب الموجودة في المشتبكات العصبية في النظام الإدينارليني ، والتي تسرف في إنتاج أمنيات الكاتيكل مع زيادة نشاط المستقبلات ، مع وجود نقص في الموصلات الكيميائية المانعة ، ونتيجة هذا النقص تستثار أشكال المخ بشكل زائد وينتج من هذه الزيادة أعراض القلق .

2- أسلوب التعلق :

الأطفال ذو التعلق الغير الأمن يميل أبأوهم إلى النبذ والرفض لهم ،كما يؤدي أسلوب التعلق الغير الأمن إلى ظهور المفهوم السلبي عن الذات وعن الآخرين لدى الفرد ويرتبط بوجود العديد من المشكلات النفسية لدى الأطفال ومنها القلق الإجتماعي .

3- أساليب المعاملة الوالدية :

تساهم أساليب المعاملة الوالدية غير السوية القائمة على المستويات المرتفعة من الحماية الزائدة ، والتحكم والضوابط والقيود التي تفرض على الطفل والتي تحول دون تعريضه للمواقف الإجتماعية في ظهور القلق الإجتماعي .

4- العوامل المعرفية :

إن الأفراد ذوي القلق الإجتماعي لديهم نزعة نحو تقييم أنفسهم بطريقة سلبية ,كما أنهم يميلون إلى المبالغة في تقدير إدراك الناس الآخرين للقلق الشخصي لديهم .

5- عوامل مرتبطة بعلاقات الأقران :

إن علاقة بين القلق الإجتماعي وعلاقات الأقران هي علاقات تبادلية ، حيث أن الطفل القلق الإجتماعيا يكون أكثر معايشة للعلاقات السلبية مع الأقران ، وذلك مقارنة مع الأطفال العاديين ، وأن هذه الخبرات تؤدي الى التفاقم و إستمرار القلق الإجتماعي لديه .

-ونستخلص مما سبق أن أسباب القلق الإجتماعي تسهم في ظهور القلق الإجتماعي فهي يمكن إرجعها إلى على العوامل الوراثية وهي أن يرث الفرد الجينات المسؤولة عن الإضطراب الكيميائي الذي يحدث للقلق ويكون مسؤولا عن طبيعة الأعراض وعن عوامل كيميائية المسؤولة عن القلق وكذلك يمكن إرجاعها إلى أسلوب التعلق ويؤدي هذا الأسلوب إلى النبذ وهوغر أمن إلى ظهور المفهوم السلبي عن الذات وعن الآخرين ويمكن إرجاعه إلى أساليب المعاملة الوالدية وهي إذ كانت غير سوية القائمة على مستويات المرتفعة من الحماية الزائدة والتحكم في الضوابط والقيود وهونك من يرجعها إلى العوامل المعرفية للأفراد الذين تكون لديهم نزعة نحو

تقييم أنفسهم بطريقة سلبية ومبالغة القلق الشخصي لديهم ويمكن إرجاعها للعوامل مرتبطة بالأقران ويكون الطفل أكثر معايشة السلبية مع الأقران وذلك مقارنة مع الأطفال العاديين وأن هذه الخبرات تؤدي إلى تفاقم القلق الاجتماعي ويمكن القول أن من أسباب القلق الاجتماعي هو أسلوب المعاملة الوالدية وأسلوب التعلق وعوامل المعرفية وعوامل مرتبطة بالأقران وأسباب الورثية كلها تساهم في ظهور القلق الاجتماعي .

6- تشخيص القلق الاجتماعي:

لقد جاء التصنيف في أول تصنيف للفوبيا الاجتماعية بظهور الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي والإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM II) سنة 1980 حيث عرف بالرهاب الاجتماعي بأنه الموقف الذي يتعرض له الشخص ، يحتمل تعرضه لملاحظة أو تفحص الآخرين .

ثم إتسع هذا المفهوم بظهور النسخة المعدلة من الدليل التشخيصي الثالث (DSM III-R) ليشمل الأفراد الذين لديهم مخاوف تمتد لمدى أوسع من المواقف الاجتماعية ، ثم جاءت النسخة الرابعة للدليل التشخيصي سنة (DSM IV) (1980) والذي صاغ تعريفاً أشمل للقلق الاجتماعي والذي اعتبره خوفاً من الخزي أو الإرتباك في المواقف الاجتماعية أو مواقف الأداء أمام أشخاص غير المألوفين ، بحيث يكون عرضة للتفحص من قبل الآخرين وقد أعطاه وقد حدد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM IV) معايير تشخيص الرهاب الاجتماعي (APA, 1996, 206) كما يأتي :

أ- خوف واضح ومستديم من مواقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتضمن الأداء أو الإنجاز التي يتعرض فيها الشخص لأناس غريباء أو الإحتمال تفحص (مراقبة) الآخرين له . يخاف الشخص من أنه سيتصرف بطريقة ستكون مذهلة أو محرجة.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال يجب أن يكون هناك مايدل على وجود القدرة لدى الطفل على إقامة علاقات إجتماعية مع من يعرفهم مناسبة لمرحلته العمرية ، وأن يحدث القلق الاجتماعي في المواقف التي تجمعهم بأقرانه لا في تعامله مع الراشدين فحسب .

ب- يثير التعرض للمواقف الاجتماعية القلق بشكل دائم ، والذي قد يتخذ شكل هجمه هلع مرتبطة طرفياً أو مهياة بطرق محددة.

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد يأتي التعبير عن القلق في صورة صراخ ، أو ثورات المزاج أو التجمد أو الإنكماش عن العلاقات الإجتماعية التي تجمع الطفل بأشخاص لا يعرفهم .

ج- يدرك الشخص أن خوفه مبالغ فيه وغير معقول .

ملاحظة: بالنسبة للأطفال قد لا يتوفر هذا الشرط .

د- يجري تجنب المواقف الإجتماعية أو الأدائية المخيفة أو بخلاف ذلك قد يتعلمها الشخص مع قلق أو ضائفة شديدين .

هـ- يؤثر التجنب أو التوقع القلق أو الضائفة في المواقف الاجتماعية أو الأدائية المخيفة بشكل بارز في الأنشطة الإعتيادية الطبيعية من حيث الأداء الوظيفي المهني أو العلاقات الاجتماعية.

ر- تكون المدة لدى ممن تقل أعمارهم عن 18 سنة و 6 أشهر على الأقل .

ز- لاينجم الخوف أو التجنب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (سوء إستخدام العقار ،تناول الدواء) أو حالة طبية عامة لايعلها إضطراب عقلي آخر .مثل: إضطراب هلع مع او بدون رهاب الساح او اضطراب قلق و تشوه جسدي أو إضطراب إرتقائي شامل أو إضطراب الشخصية الفصامية .

و- إذكان هونك حالة طبية عامة أو إضطراب عقلي آخر ،فإن الخوف في (أ) لا يكون مرتبطا به مثل:- لا يكون الخوف بسبب التأتأة أو إظهار سلوك إطعامي شاذ في القهم العصبي والنهام العصبي.(تيسير حسون،2004،111،112).

وفي نفس السياق فإن إضطراب القلق الإجتماعي يحتل موقعا في تصنيف الأمم المتحدة المعروف بالتصنيف الدولي العاشر والذي أصدرته المنظمة الصحية العالمية للإضطرابات النفسية والسلوكية (ICD -10) والذي أصدرته المنظمة الصحية العالمية (WHO) في عام (1992) حيث يضع إضطراب القلق الإجتماعي ضمن " فئة القلق الرهابي " مستخدما مفهوما " الفوبيا الإجتماعية "الذي يتحدد في هذه الوثيقة الدولية بأنه " إضطراب يبدأ غالبا في مرحلة المراهقة ،ويتمركز حول الخوف من نظرة الآخرين ويؤدي إلى تجنب المواقف الإجتماعية ". " وتبدو الفوبيا الإجتماعية في أعراض نفسية أو سلوكية أو فيسيولوجية تظهر في مواقف إجتماعية معينة ،حيث يعتبر الإحجام عن المواقف الرهابية من أبرز معالم الفوبيا

الإجتماعية والذي يبلغ في الحالات الشديدة إلى العزلة الإجتماعية الكاملة ، وعادة ماترتبط الفوبيا الإجتماعية بإنخفاض مستوى تقدير الذات والخوف من النقد .(إيمان بنجابي،2008،18) .

-ونستخلص مما سبق أن الدليل التشخيصي أعطى تصنيفا للقلق الإجتماعي بالنسبة للراشدين وبالنسبة للأطفال و أشار الدليل أن القلق خوف واضح ومستديم من مواقف أو اكثر من المواقف الاجتماعية أو المواقف التي تتضمن الأداء أو الإنجاز التي يتعرض فيه الشخص لأناس غريباء أو الإحتمال تفحص (مراقبة) الآخرين له أما بالنسبة للأطفال يجب أن يكون هناك مايدل على وجود القدرة لدى الطفل على إقامة علاقات إجتماعية مع من يعرفهم مناسبة لمرحلته العمرية وركز على عندما يكون في موضع الآخرين يؤدي هذا التعرض غالبا إلى إثارة القلق الذي قد يأخذ شكلا يرتبط بهذا الموقف أو ذلك ، أو يأخذ شكل نوبة هلع ، ويدرك الفرد تماما أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة ولكنه مع ذلك يخاف المواقف الإجتماعية ويتجنبها ويخبر قلقا شديدا وتوترا يؤثر سلبا على روتين حياته العادي وأدائه الوظيفي والمهني والعادي أو الأكاديمي ، وعلى أنشطته الإجتماعية وعلاقاته ويمكن القول أن الدليل التشخيصي يساهم في كشف عن القلق الإجتماعي بشكل صحيح بالنسبة للراشدين أو الأطفال .

7- الإتجاهات النظرية المفسرة للقلق الإجتماعي:

تعددت الإتجاهات النظرية في تفسير القلق الإجتماعي ، فهناك من ينظر للقلق الإجتماعي على أنه عادات وسلوكيات متعلمة تم إكتسابها وتعلمها من خلالها الخبرات التشريطية المؤلمة وعن طريق عملية النمذجة والنقص في المهارات الإجتماعية لدى (النظرية السلوكية) ،أو هي نتيجة لوجود عمليات معرفة خاطئة ومحركة (النظرية المعرفية) ، وفيما يأتي نستعرض النظريات القلق الإجتماعي .

1- النظرية السلوكية : تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني ماهو إلا مجموعة من العادات تعلمها الفرد أو إكتسابها أثناء مراحل النمو المختلفة ، وتتحكم في تكوينها قوانين الدماغ ،وأن الإضطراب الإنفعالي ناتج من عوامل مختلفة :

-الفشل في إكتساب أو تعلم سلوك مناسب .

-تعلم أساليب السلوكية غير مناسبة أو مرضية .
 -مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع إتخاذ القرار المناسب .
 -ربط إستجابات الفرد بمنبهات جديدة للإستثارة الإستجابة .(أحمد الحريري،2009،138).
 فإضطرابات نفسية والسلوكية والعصابية حسب هذه النظرية عبارة عن سلوك مكتسب يتم تعلمه من خلال التشريط .وقد ركز المعالجون السلوكيون بشدة على مرض مثل(الرهابين)، الذين إكتسبوا مخاوف أو أشكالاً من القلق، إذ يفترض أن المخاوف تكتسب عن طريق الإشتراط الكلاسيكي، الذي يرتبط فيه مثير محايد بمثير مؤلم أو غير سار (حسين فايدة،2008،67).وقد عمل " واطسن " من خلال هذا المبدأ وحول التدليل عليه بتجربته الشهيرة التي إستطاع من خلالها تعليم الطفل (ألبرت الصغير) الخوف من الفأر خوفاً مرضياً بعد أن كان يألفه ويلعب معه بل أن الطفل تعلم تعميم الإستجابة الخوف على الأشياء غير الحادة كالفراء والقطن والمنقوش والأرانب .وقد زاد إيمان السلوكيين برأي " واطسن" بعد أن إستطاعت "ماري كوفر جونز " علاج الطفل الصغير يدعى بيتر الصغير من المخاوف المرضية من الأرانب بإستخدام مبادئ التشريطية . (لويس مليكة،1994،14) .

حيث إفترض السلوكيون أن الإضطرابات الإنفعالية ردود فعل متعلمة يتغلب بها الشخص على مختلف المواقف العصبية، وعند العلاج يضعون في حيز التطبيق مبادئ التعلم وتوجد عدة مداخل رئيسية في العلاج السلوكي، منها الإشرط المضاد والذي يعد كسراً للرابطة بين المنبه و إستجابة معينة حدث لها إشرط تقليدي(أمثال الحويلة،2010،65).وعلى نحو أكثر تحديداً يعتقد المعالجون السلوكيون أن السلوك الشاذ ينمو عن طريق الإشرط، وإنه عن طريق إستخدام مبادئ الإشرط يمكن أن ينتج الشفاء . وبكلمات أخرى يقوم المعالج السلوكي على إفتراض أن الإشرط الكلاسيكي والإشرط الإجرائي يستطيع تغيير السلوك غير مرغوب فيه إلى نموذج أكثر مرغوبية من السلوك . (حسين فايد،2008،65) . وقد ذكر "مورر"(Mourer) أحد أصحاب النظرية السلوكية أن النموذج السلوكي يميز بين مرحلتين أساسيتين للإكتساب السلوك ولتفسيره والمخاوف المرضية :

المرحلة الأولى : ترى أن الأحداث المحايدة تصبح مرتبطة بالخوف نتيجة للإقترانها بمنبهات - هي أحداث طبيعية - تؤدي إلى الإثارة عدم الراحة والقلق ، ومن خلال عملية التشريط فإن الأفكار أو الصور العقلية تصبح ذات القدرة على الإنتاج القلق وعدم الراحة .

المرحلة الثانية : تتكون فيها الفرد إستجابة تجنبية يقوم بها ليخفض من القلق والذي أستثير من مختلف المنبهات المثيرة للخوف والقلق .(سعاد البشر، 2007، 46). وفي حالة القلق الإجتماعي تفترض هذه النظرية أن المهارات المطلوبة موجودة ولكنها تمنع من ظهور في المواقف الإجتماعية بسبب إستجابة القلق الشرطي . فالقلق هو سلوك يتعلمه الفرد كأى سلوك أخر ، وأن أى مثير عادي يمكنه أن يحدث نفس تأثير المثير المخيف ، وذلك إذا إكتسب المثير الأول (المحايد) خاصية الإخافة من خلال الإرتباط. (محمد اللاذقاني، 1995، 10).

- فقد دمج "باندورا " عدة عوامل وحاول تقديم نظرية تتصف أكثر بالشمول (العوامل البيولوجية والبيئية والمعرفية) ، و إعتبر أن قدرا كبيرا من سلوكياتنا يتم عن طريق التعلم بملاحظة والإقتداء ، وحتى السلوك المرضي وخاصة الخوف فإن الأطفال يمكن أن يتعلموا إستجابة الخوف من والديهم الرهابيين . ووفقا لنظرية التعلم فإن التذكر ليس شرطا أساسيا ، وتفترض النظرية أن الإنسان قد مر بتجارب ربما تكون شديدة وذاكرها قد زالت من الذاكرة ، ولكن تراكمات الصدمات والتجارب المؤلمة يؤدي بالإنسان إلى تكوين سلوك تجنبى وما يرافقه من الخوف والقلق من الموقف المثير . (عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، 1999، 288).

- ونستخلص مما سبق أن النظرية السلوكية تعتمد في نظريتها للقلق الإجتماعي على السلوك الإنساني وهي عادات يتعلمها الفردى ويكتسبها أثناء مراحل الطفولة ويتحكم فيها في تكوينها قوانين الدماغ وهونك من يرجعها إلى الإضطراب الإنفعالي الفشل في إكتساب أو تعلم سلوك مناسب و تعلم أساليب السلوكية غير مناسبة أو مرضية و مواجهة الفرد لمواقف متناقضة لا يستطيع إتخاذ القرار ربط إستجابات الفرد بمنبهات جديدة للإستثارة الإستجابة ، وترتكز هذه النظرية النفسية السلوكية العصبية على السلوك المكتسب يتم تعلمه من خلال التشريط ، وترتكز الإشتراط الكلاسيكي كما بينا كذلك تجربة " وطنس " على تعليم الطفل "ألبرت الضغير " ونجح في تجربته وهو تعليم الطفل الخوف المرضي من الفأر بعد أن كان يألفه ، وإستعمل العلاج

مبدئ التشريط الكلاسيكي، وأبرز السلوكيون أن للإكتساب السلوك ولتفسير المخاوف المرضية إقترح السلوكيون مرحلتين هما : المرحلة الأولى أن الأحداث الطبيعية تؤدي إلى الإثارة وعدم الراحة والقلق ومن خلال عملية التشريط فإن كل تلك الصور العقلية تصبح ذات القدر على الإنتاج القلق وعدم الراحة وذلك نتيجة إرتباط الخوف بمنبهات ، والمرحلة الثانية وهي أن الفرد تكون له إستجابة تجنبية يقوم بها ليخفف القلق والذي تستثيره المنبهات المثيرة للخوف والقلق ، وأبرز في النظرية رأي " ألبرت باندورا " وهو صاحب نظرية التعلم الإجتماعي الذي أكد أن يتبنى موقف الحتمية المتبادلة والذي يصور التفاعل بين السلوك والمحددات الداخلية للفرد والمحددات الخارجية كلها على الأخر وهذه المحددات هي متغيرات معرفية في طبيعتها تحدث من ملاحظة الإنسان سلوكه ،وأكد أن سلوكتنا تكتسب عن طريق الملاحظة وحتى السلوك المرضي عن طريق الخوف ويمكن للأطفال أن يتعلموا سلوكات من والديهم الرهابيين ،وكذلك يركز ألبرت باندورا على يمر الفرد بتجارب تكون شديدة وذاكرها مازال في الذاكرة ولكن تراكمات الصدمة والتجارب المؤلمة يؤدي إلى الإنسان إلى سلوك تجنبى وهذا هو الخوف المستثار ، ومما سبق نرى أن النظرية المعرفية ركزت على الإشتراط الكلاسيكي وإرجاع السلوكيون الخوف إلى خبرات الطفولة الماضية وإلى عمل الدماغ وإلى العوامل الإنفعالية وإلى الملاحظة والذاكرة وتركم الصدمات التجارب المؤلمة وأهملت هذه النظرية جانب المعرفي اللاشعور كل شئى أرجعته للماضي والتشريط الكلاسيكي .

2- النظرية المعرفية (Cognitive Theory):

تلعب المعارف دورا كبيرا في تحدي مستوى الصحة النفسية للفرد ، وذلك الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته والعالم من حوله ، بمعنى الطريقة التي يفكر بها الفرد في ذاته والبيئة المحيطة به هي التي تحدد الإستجابات الإنفعالية والسلوكية والتوافق النفسي والإجتماعي لدى الفرد ،وبدلا من النظر إلى القلق الإجتماعي على أنه ينتج نتيجة عوامل نفسي لا شعورية أو عملية تشريط خاطئة فإن النظرية المعرفية تؤكد على الدور الهام الذي تلعبه المعارف في نمو وإستمرار القلق الإجتماعي فالأفكار السلبية والتعريفات المعرفية والإعتقادات اللاعقلانية وأحاديث الذات السلبية كلها تلعب دورا هاما في إحداث الإضطرابات النفسية عامة . (طه عبد العظيم، 2009، 128).

وطبعا لوجهة نظر " بيك و إمري " ورايبي وهيمبراج Heimberg/ Rapee (1977) فإن الأفراد ذوي وطبعا اضطراب القلق الاجتماعي لديهم أخطاء معرفية تحدث كجزء من معالجة المعلومات لديهم ، ويتضمن ذلك تفسير المثيرات الغامضة على أنها تمثل تهديدا لهم ، كما أنهم يبالغون في تقدير إمكانية حدوث خطر ، فهؤلاء الأفراد يشيدون واقعهم من خلال الإنتقاء والتحويل والتشهير والتخزين وإسترجاع المعلومات عن أنفسهم وعن البيئة ، وهذا النشاط يؤثر على إستجاباتهم السلوكية والإنفعالية ، على هذا الأساس فإن معالجة المعلومات بطريقة خاطئة لدى الأفراد يؤدي إلى ظهور الأعراض الفسيولوجية والدافعية والسلوكية والإنفعالية لديهم (طه عبد العظيم ، 2009، 128).

-ونستخلص مما سبق أن النظرية المعرفية ركزت على تحديد مستوى الصحة النفسية للفرد وهي الطريقة التي يفكر فيها الفرد في ذاته ومحيطيه وهي التي تحدد لنا الإستجابات الإنفعالية والسلوكية والتوافق النفسي والاجتماعي للفرد ويؤكد المعرفيون أن الدور الهام الذي تلعبه المعارف في نمو وإستمرار القلق الاجتماعي و التحريفات المعرفية والإعتقادات اللا عقلانية وأحاديث الذات السلبية كلها تلعب دورا هاما في إحداث اضطراب النفسية عامة ، وقد رأينا رأي " بيك و إمري " و"رايبي وهيمبراج " أكدو أن النظرية المعرفية تركز على أخطاء معرفية تحدث كجزء من معالجة المعلومات لديهم ، ويتضمن ذلك التفسيرات الغامضة ، والمبالغة في تقدير حوث الخطر ، والتحويل والتشهير والتخزين والإسترجاع المعلومات عن أنفسهم وعن البيئة ، وهذا النشاط يؤثر على الإستجابات السلوكية والإنفعالية ، ومعالجة المعلومات بطريقة خاطئة لدى الأفراد يؤدي إلى ظهور الأعراض الفسيولوجية والسلوكية والإنفعالية . ومما سبق ونسنتج أن النظرية المعرفية تركز على المعارف والأفكار السلبية والتحريفات المعرفية والإعتقادات الخاطئة لدى الأفراد وتؤدي إلى اضطرابات نفسية ، ومعالجة المعلومات بطريقة خاطئة يؤدي إلى ظهور عوامل فسيولوجية وسلوكية و إنفعالية لديهم ، ومعنى هذا إهتماموا فقط بالعوامل المعرفية وأهملو العوامل السلوكية والعوامل الإنفعالية وركز و جانب اللاشعور .

-وبوضح يمكن القول أن العوامل المعرفية تلعب دورا مركزيا في ظهور وإستمرار القلق الاجتماعي مقارنة بإضطرابات القلق الأخرى ، والخوف من التقييم السلبي من الآخرين يمثل مشكلة لدى الأفراد ذوي المخاوف الإجتماعية ، وأن من عيوب النماذج المعرفية أنها تتضمن

مفاهيم وتكوينات إفتراضية من الدرجة العليا ، مثل المخططات المعرفية والتي يمكن قياسها فقط بطرق غير مباشرة ، ولكن مع هذا فإن هذه المفاهيم والتكوينات المعرفية أسهمت بدور فعال في فهم الإضطراب النفسي وظهور التدخلات المعرفية الإرشادية والعلاجية ، والتي تؤكد على تعديل الأفكار السلبية والإدراكات الخاطئة لدى الأشخاص ذوي القلق الإجتماعي ، حيث إن ذلك يمثل مكونا هاما في علاج القلق الإجتماعي ، وفي الحقيقة أظهرت البحوث والدراسات أن الأفراد ذوي القلق الإجتماعي الذين يتلقون العلاج بالتعريض مع إعادة البناء المعرفي يكونون أكثر نجاحا في تحقيق العلاج ، كما أوضحت الدراسات أن الأفراد ذوي القلق الإجتماعي يختلفون عن الأفراد العاديين في معالجة المعلومات فهم يعالجون المعلومات في البيئة بطريقة مختلفة عن الأفراد العاديين ، ويظهر ذلك في عد أبعاد وجوانب مختلفة وهي الإنتباه والتفسير والذاكرة.

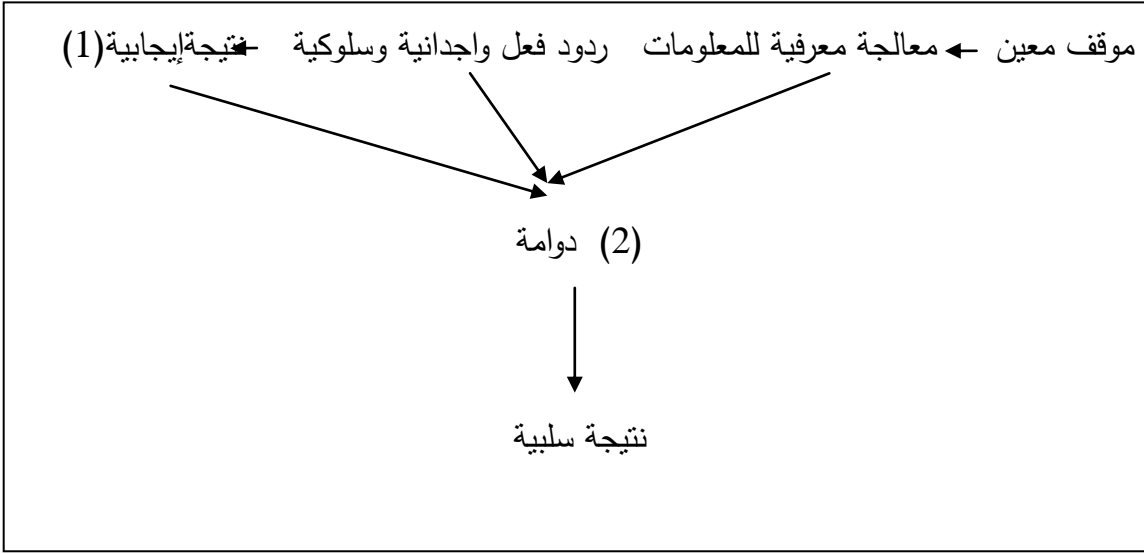
8- التدخلات العلاجية للقلق الإجتماعي :

يستخدم في علاج القلق الإجتماعي العديد من التدخلات والإتجاهات العلاجية النفسية ، ويتضمن ذلك ،العلاج المعرفي السلوكي.

-العلاج المعرفي السلوكي :

يبني العلاج المعرفي السلوكي على إستراتيجيات تؤخذ بعين الإعتبار بداية مثيرات القلق المسؤولة عن الإستجابات القلقية ،وهذه مصنفة إلى نمطين : داخلية يتم إستحدثها من قبل الفرد (أفكار ، صور ، أفكار لاعقلانية ومعتقدات) وخارجية يتم إستخدامها الخارج (تفاعل إجتماعي ، إنفصال)، حيث يؤدي التفاعل السلبي بين هذه المكونات إلى مايسمى الدوامة المعرفية في الشكل فمن خلال إتباع المسار رقم (2) يظل الفرد حبيس في هذه الدومة وتكون النتائج في الأخير سلبية في مواجهة المواقف ،والعكس من ذلك إذا أخذ الفرد المسار (1)

الشكل رقم (5) يوضح الدومة المعرفية



الشكل يوضح الدومة المعرفية رقم (5) المصدر (إسماعيل علوي ، بن عيسى زغبوش ، 2011، 81) كما أورد (وردة بلحسني ، 2011، 93).

وفي حالة الرهاب الاجتماعي تتفاعل هذه المكونات المعرفية والسلوكية والوجدانية كمايلي :

-ينتج عن المخططات المعرفية الخاطئة إعتقادات خاطئة وأفكار سلبية حول الذات والآخرين (موقف التفاعل الاجتماعي) والمستقبل ، وضعف التركيز والمشكلات الاجتماعية والشخصية كالخوف من تقييم الآخرين سلبا والتجنب والانسحاب ، وفقدان الأصدقاء ، وضعف التواصل الاجتماعي .

-ينتج عن المخططات المعرفية الخاطئة تغيرات إنفعالية ووجدانية سلبية ،مثل :الخوف والرهاب وتغيرات عضوية كالعصبية والشد والإرتجاف، وجفاف الحلق ،وسرعة ضربات القلب والإستثارة - يتمظهر البعدان السالفان في الإضطرابات السلوكية مثل : التلعثم في النطق (وردة بلحسني ، 2011، 93).

-ومما سبق نستخلص أن العلاج المعرفي السلوكي هو عبارة عن مضلة تنطوي على العديد من الإرشادات التي تتشابه في جوهرها وتختلف في تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات ، ويقوم هذا الأسلوب الإرشاد أيضا على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمسترشد من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التي تؤثر في السلوك وبذلك

نجد هذا العلاج منطقي وعملي في علاج المشكلات النفسية، وهو علاج الذي يدعم النجاح للأفراد ممن يعانون اضطرابات نفسية للتغلب على صعوباتهم ، وتطوير مهارتهم بحيث ينجحون في حل مشاكلهم الحالية، ويتمكنون مستقبلا من مواجهة أي تحديات .حيث عادة مايتضمن الجانب المعرفي أساليب معرفية لتعديل التفكير المختل وظيفيا ، ويضمن الجانب السلوكي ممارسة العملية وتعريضا يمثل الخبرة تصحيحية للأفكار والسلوكيات الغير المتوافقة.ونستنتج أن العلاج المعرفي السلوكي هو من أحدث العلاجات التي قدمها في علاج القلق الاجتماعي بشكل نجاح للأفراد والتخلص من هذه المخاوف المرضية .

خلاصة الفصل :

ومن خلال هذا الفصل الذي عرضنا فيه أهم الجوانب النظرية للقلق الاجتماعي المتمثلة في تعريفه ، المنظور التاريخي وبداية ظهور القلق الاجتماعي ، ومكوناته ومظاهره ، وأنواع القلق الاجتماعي ، وتشخيص القلق الاجتماعي و أسباب القلق الاجتماعي و النظريات المفسرة للقلق الاجتماعي والتدخل العلاج المعرفي السلوكي ويمكن القول أن القلق الاجتماعي هو خوف مستمر ناشئ من الفرد من البيئة والمحيط أو الأسرة بالنسبة للأطفال أو الراشدين وهو الخوف من المواقف الاجتماعية ويكتسبها الفرد على حسب النظرية السلوكية ويتم علاجها عن طريق التشريط الكلاسيكي وتكون عن طريق المعارف وإعتقادات خاطئة تتجسد للفرد ونموذ الذات السلبية معالجة المعلومات بطريقة الخاطئة إنها كلها تؤدي إلى ظهور القلق الاجتماعي ومن أنجح العلاجات الاجتماعي العلاج المعرفي السلوكي وهو علاج الذي يدعم الأفراد الذين يواجهون مشكلات نفسية للتغلب عليها وله تقنيات علاجية ناجحة ويتضمن أساليب سلوكية وأساليب معرفية لتصحيح الأفكار الخاطئة ومواجهة الصعوبات والنجاح الأفراد في حل مشاكلتهم.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

-تمهيد

1- المنهج المتبع في الدراسة

2- الدراسة الإستطلاعية

3- مجتمع الدراسة

4- عينة الدراسة

5- أدوات الدراسة

6- الخصائص السيكومترية للأدوات

7- إجراءات تطبيق الدراسة

8- الأساليب الإحصائية

-خلاصة الفصل

تمهيد :

يعد البحث العلمي عملية هادفة فهي تلتزم بعدد من القواعد العلمية التي تتوقف عليها جدوى البحث وأهمية نتائجه، والتي يجب على الباحث إتباعها وهذه القواعد ما هي إلا خطوات منهجية وضوابط توجه سلوك الباحث في تعامله مع موضوع الذي يتناوله بالدراسة والتحليل(صالح العساف، 1995،90) .

فبعدما تم التطرق في الفصول السابقة إلى مشكلة الدراسة وإطارها النظري سيتم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية التي تم إتباعها في هذه الدراسة من المنهج المتبع وحثيات الدراسة الإستطلاعية والعينة التي أجريت عليها الدراسة وكيفية إختيارها ، وهذه التي جمعت بها البيانات مع خصائصها السيكمترية وإجراءات تطبيق الدراسة الأساسية ، ومن ثم الأساليب الإحصائية المستخدمة وعرض وتحليل النتائج وتفسيرها .

1- المنهج المتبع في الدراسة :

تأتي مرحلة إختيار منهج البحث في مقدمة مراحل تصميم البحث وذلك لأن كل منهج له تصميماته ، بل إن كل ما يتلو إختيار المنهج من خطوات يشكل قاعدة لها فيما بعد؛ ويعرف"المنهج حسب أحمد بدوي (كما أورد في:صالح العساف، 1995،90) بأنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن حقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة، تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة ".

ولكون الهدف من الدراسة الحالية دراسة الفروق بين عدة مجموعات فقد كان المنهج الوصفي وتحديد الأسلوب المقارن هو المنهج المتبع في الدراسة الحالية لتحقيق أهدافها.

2- الدراسة الإستطلاعية:

تهدف الدراسة الإستطلاعية في أي بحث علمي إلى إستطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دارستها ، والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي ، وكذلك التأكد من الخصائص السيكمترية لأدوات الدراسة (مروان عبد المجيد، 2000،38).

2-1- أهداف الدراسة الإستطلاعية :

وعليه تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى:

- 1- إستخراج الخصائص السيكومترية لأدوات القياس .
- 2- معرفة مجمل الخصائص التي تتوفر في عينة الدراسة .
- 3- تقدير المدة الزمنية للتطبيق ، ومعرفة إلى أي مدى كان تجاوب أفراد العينة مع أدوات الدراسة بالإضافة إلى التمرن على تطبيق أدوات الدراسة .
- 4- الإطلاع على ميدان البحث والتحقق من إمكانية الإجراء التطبيقي.
- 5- بلورة موضوع البحث وصياغته بطريقة أكثر إحكاما (كمال زيتون،2004،32)

2-2- عينة الدراسة الإستطلاعية:

تم إختيار حجم العينة الاستطلاعية بطريقة عرضية من مجتمع الدراسة، وتم إجراء الدراسة بتاريخ 2016/03/13 حيث قدرت ب(30) امرأة مصابة بالسرطان من المقيّمات بمستشفى محمد بوضياف بورقلة.

2-3- نتائج الدراسة الإستطلاعية :

- 1-تم التحقق من الخصائص السيكومترية لكل من (مقياس فاعلية الذات، مقياس القلق الإجتماعي، مقياس المساندة الإجتماعية).
- 2-ضبط عينة الدراسة .
- 3-تقدير الزمن المستغرق للإجابة على بنود المقياس والذي يتراوح بين 20-30 دقيقة.
- 4- كان تجاوب النساء المصابات بسرطان مع البنود طبيعي مما يدل على وضوح العبارات.

3- مجتمع الدراسة:

يعني مجتمع الدراسة جميع الأفراد أو الأشخاص أو الأشياء الذين يكونون موضوع البحث حيث ضم الميدان النساء المصابات بالسرطان من المقيمت بمسشفى محمد بوضياف بورقلة سنة 2015/2016 ، والمقدر عددهن بـ (113) امرأة مصابة بمرض السرطان.

4- عينة الدراسة:

يعد اختيار العينة من أهم الأمور الضرورية في الدراسة كونها تعتبر أساس البحث العلمي ومن دونها لا يستطيع الباحث أن ينطلق في بحثه العلمي أو دراسته الميدانية، كما نجد أنّ هناك طرق عدة قد تساعدنا في اختيار العينة المطلوبة في الدراسة، وعلية تمثلت عينة الدراسة في النساء المصابات بالسرطان.

4. 1. حجم عينة الدراسة : بلغ حجم عينة الدراسة (100) امرأة مصابة بالسرطان .

4. 2. طريقة اختيار عينة الدراسة وحجمها: نظرا لمحدودية مجتمع الدراسة كانت الطالبة تهدف إلى الحصر الشامل ولكن تعذر الوصول إلى كل المجتمع وعليه فالعينة الحالية هي بمثابة العينة الممثلة، وليس من السهل عادة عند دراسة ظاهرة معينة في مجتمع ما أن يقوم الباحث بدراسة جميع أفراد ذلك المجتمع (بسبب الغياب، عدم القدرة على الاتصال مع كل المعنيين)، كما في كثير من الحالات يحاول الباحث تعميم نتائجه على المجتمع كله بعد دراسة جزء من ذلك الكل واستخدام هذا الجزء كأساس لتقدير الكل (طلعت منصور، 1984، 85) وعليه بلغ حجم أفراد العينة (100) امرأة مصابة بسرطان .

4. 3- خصائص العينة: لقد تمثلت خصائص عينة الدراسة حسب ما هو موضح في

الجدول التالي:

- حسب المستوى التعليمي:

تتوزع العينة حسب المستوى التعليمي إلى مجموعتين كالتالي : (أقل من ثانوي، ثانوي فما فوق) ويتضح هذا كما هو مبين في الجدول الآتي:

جدول (01): توزيع العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
%47	47	أقل من ثانوي
%53	53	ثانوي فما فوق
%100	100	المجموع

نرى أن المستوى التعليمي ثانوي فما فوق أكبر من أقل من ثانوي لدى النساء المصابات بسرطان .

5- أدوات الدراسة:

تم إختيار الاستبيان كأداة أساسية للدراسة حيث يعد الإستبيان من أكثر الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وبخاصة في العلوم الإنسانية والإجتماعية والتي تتطلب الحصول على المعلومات أو تصور آراء الفرد (رجاء دويدري، 2000، 330).

ولرصد الظاهرة المدروسة تم إستخدام عدة أدوات تبعا للمتغيرات المدروسة وهذه الأدوات هي:

-الأداة الأولى :إستبيان فاعلية الذات "بشير معمريّة سنة 2011 ."

-الأداة الثانية : مقياس القلق الإجتماعي "وردة بلحسني سنة 2011".

- الأداة الثالثة : إستبيان المساندة الإجتماعية "بشير معمريّة سنة 2011".

وسيتّم عرضها كالتالي:

5-1 إستبيان فاعلية الذات " بشير معمريّة سنة 2011 :

- وصف المقياس وطريقة تصحيحه:

يتكون المقياس من (30) بندا مصاغة بشكل إيجابي وكلها تقيس فاعلية الذات العامة، يجب عنها ضمن أربعة بدائل أو إختيارات هي : (لا) وتنال الدرجة صفر (0)، (قليلًا) وتنال

الدرجة واحدة (1)، (متوسطا) وتتنال الدرجة إثنان (2)، (كثيرا) وتتنال ثلاثة درجات (3)، وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين الصفر (لا وجود لفعالية الذات) و90 (إرتفاع فعالية الذات).

5-2- مقياس القلق الإجتماعي "وردة بلحسني سنة 2011":

يتكون مقياس القلق الإجتماعي من ستة وثلاثون فقرة (36) موزعة على ثلاثة أبعاد هي (سلوكيات التجنب والخوف من المواجهة الإجتماعية، الخوف من التقييم السلبي عند التفاعل الإجتماعي، الأعراض الفيزيولوجية) ويتم تصحيحها بإعطاء ثلاثة درجات (3) في حالة الإجابة (تنطبق علي كثيرا)، وإعطاء درجتان (2) في حالة الإجابة (تنطبق علي قليلا)، وإعطاء درجة واحدة (1) في حالة الإجابة (لا تنطبق علي الإطلاق)، وذلك على جميع الفقرات، وبذلك تكون أدنى درجة على المقياس (36) وأعلى درجة (108) ويكون المتوسط الفرضي للمقياس (72) والجدول التالي يفصل ذلك:

جدول رقم (02): أبعاد مقياس القلق الإجتماعي

عدد البنود	أرقام البنود	الأبعاد	
12	7,10,13,16,19,22,25,28,31,34, 1,4	سلوكيات التجنب والخوف من المواجهة الإجتماعية	1
12	8,11,14,17,20,23,26,29,32,35, 2,5	الخوف من التقييم السلبي عند التفاعل الإجتماعي	2
12	9,12,15,18,21,24,27,30,33,36, 3,6	الأعراض الفيزيولوجية	3

وأن أبعاد القلق الإجتماعي الثلاثة كلها قد صيغت بشكل سلبي كما هو موضح في

الجدول رقم (2)

5-3- إستبيان المساندة الإجتماعية "بشير معمريه سنة 2011":

يتكون هذا الإستبيان من (44) فقرة موزعة على بعدين وكل بند مصاغ بشكل إيجابي والجدول التالي يوضح توزع الفقرات وأبعادها:

جدول (03): أبعاد مقياس المساندة الإجتماعية

الأبعاد	أرقام البنود	عدد البنود
الأسرة	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22	22
الأصدقاء	23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,43,44	22

بالنسبة لطريقة تصحيح المقياس فقد تكون من 30 بندا ، يجب عنها ضمن أربعة بدائل أو إختيارات هي : (لا) وتناول صفرا (0)، (قليلًا) وتناول درجة واحدة (1)، (متوسطًا) وتناول درجتين (2)، (كثيرًا) وتناول ثلاثة درجات (3)، وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين الصفر (فاعلية ذاتية منخفضة) و 90 (فاعلية ذاتية مرتفعة).

6- الخصائص السيكومترية للأدوات:

لكي يتمكن الباحث من الوصول إلى نتائج تتمتع بقدر كافي من الدقة والموضوعية يتوجب عليه أن يقوم بإستخراج الخصائص السيكومترية لأدوات القياس المستعملة في الدراسة والمتمثلة في الصدق والثبات، حيث تم إجراء تطبيق أولي على عينة مقدره بـ (30) مريضة من النساء المصابات بالسرطان بمستشفى محمد بوضياف بورقلة .

6-1- الخصائص السكومترية لفاعلية الذات:

-الصدق:

يعد صدق الاختبار أهم خطوة في البحث العلمي لهذا لا يمكن الاستغناء عن حساب الصدق، وعرفه بشير معمرية على أنه : أهم خطوة من خطوات تقنين الاختبار النفسي، كما يعتبر أن صدق الاختبار من أهم الصفات الأساسية التي ينبغي أن تتوافر له، وإلا فقد قيمته كوسيلة لقياس الخاصية التي وضع لقياسها (بشير معمرية،197،2012).

- تم حساب معامل الصدق فاعلية الذات لصاحب المقياس الأصلي بثلاثة طرق :

-الصدق والثبات لبشير معمريّة على عينة التقنين : تكونت عينة التقنين من 381 فردا : منهم 184 ذكرا ، و 197 أنثى ، تراوحت أعمارهم عينة الذكور 27.18 وتروحت أعمار عينة الإناث 25.18 ، وتم سحب عينتين (ذكور ، إناث) من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة ، ومن كليات الحاج لخضر باتنة . تم تطبيق قائمة فاعلية الذات من قبل الباحث شخصيا ، واستغرقت عملية التطبيق من شهر نوفمبر 2010 إلى شهر ماي 2011.

6-1-1-2- الصدق التمييزي :

-عينة الذكور:

هذا النوع من الصدق ، تم إستعمال طريقة المقارنة الطرفية حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور ، حجم كل عينة يساوي 18 مفحوصا بواقع السحب 27 بالمائة من عينة كلية (66).

ويتبين أن قيمة "ت" (7.69) وهي أكبر من (0.01) و أن قائمة فاعلية الذات تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في فاعلية الذات ، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور .

-عينة الإناث :

تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث ، حجم كل عينة يساوي 20 مفحوصا بواقع السحب 27 بالمائة من العينة الكلية (73) والجدول يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسايين لعينة الإناث .

ويتبين أن قيمة "ت" (14.42) وهي أكبر من (0.01) إن قائمة فاعلية الذات تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في فاعلية الذات ، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور .

6-1-1-3- الصدق الإتفاقي:

تم تطبيق مقياس فاعلية الذات مع قائمة التفاوض (بدر محمد الأنصاري، 2002)، وإستبيان الشعور بالسعادة (مايسة النيال ، ماجدة خميس ، 1995، 32)، قائمة التفاوض بالنفس (سدني شروجر ، 2000)، إستبيان الأمل (سي ،ر،ستايدر

، وآخرون ، (1991) وإستفتاء الدافع إلى الإنجاز (عبد اللطيف خليفة ، 2006). وتبين أنها دالة إحصائياً عند 0.01 ودالة إحصائياً عند مستوى 0.05 وتبين أن معاملات الصدق الإتفاقي أن قائمة فعالية الذات تتصف بمعاملات صدق مرتفعة .

6-1-1-4- الصدق التعرضي: وتم حساب الصدق التعرضي أو التناقضي بتطبيق فعالية الذات مع إستبيان التشاؤوم (أحمد عبد الخالق ، 2000، 51) وقائمة اليأس / بيك (بدر محمد ، 2001، 165)، وتبين أنها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 وتبين من معاملات الصدق التعارضى أن قائمة فعالية الذات تتصف بمعاملات الصدق مرتفعة.

6-1-1-5- تقدير الصدق في الدراسة الحالية :

6-1-1-5-1- صدق المقارنة الطرفية :

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية تم التحصل على كل درجات الأفراد وبعدها قمنا بترتيب أفراد العينة تنازلياً، والتي عددها (30) فرد وأخذنا نسبة 33%، بمعنى (10) أفراد من الدرجات العليا والدرجات السفلى، ثم حساب المتوسط الحسابي لكلا الفئتين وكذا الانحراف المعياري لكل فئة، وبعدها تم التحصل على قيمة (ت) المحسوبة، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (4): صدق أداة فاعلية الذات بطريقة المقارنة الطرفية

م.د	القيمة الإحتمالية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.000	8.56	18	3.39	105	10	المجموعة العليا
				5.32	87.90	10	المجموعة الدنيا

يتضح من خلال الجدول رقم(4) أعلاه أن قيمة (sig=0.000) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وفإن إستبيان فاعلية الذات صادق و صالح للإستعمال بكل إطمئنان .

6-1-1-2- الثبات:

يقصد بثبات الاختبار الاتساق في النتائج ويعتبر الاختبار ثابتا إذا ما حصلنا منه على النتائج نفسها عند إعادة تطبيقه على الأفراد أنفسهم وفي ظل الظروف نفسها(مروان إبراهيم،2000،42).

6-1-1-2- طريقة ألفا كرومباخ :

هذه الطريقة هي إمتداد لطريقة (كيوروتشادسن 21،20) مع فرق واحد وهو أن طريقة (كيدوتشاردسن) تصلح في حالة الثنائي (0،1). (أحمد محمد الطيب ، ب،س،197). أما طريقة ألفا كرومباخ يمكن تطبيقها في الحالات التي تكون فيها : -الإستجابة على الفقرة متعددة الإختيار (عبد الكريم بوحفص ،2006،138).

ويربط معامل ألفا كرومباخ ثبات الإختيار بتباين بنوده فإزدياد نسبة تباينته البند بالنسبة إلى تباين الكلي يؤدي إلى إنخفاض معامل الثبات (المقدم عبد الحفيظ ،2003،160).

6-1-1-3- طريقة التجزئة النصفية:

تعد طريقة التجزئة النصفية من بين الأساليب أو الطرق المستخدمة في تقدير درجات الثبات لأداة أو لاختبار معين، والتي عرفها "معمرية" على أنها الأسلوب الذي يتم فيه قسمة بنود الاختبار نصفين، ليس من منتصف الاختبار ، ولكن من بدايته حيث يتكون النصف الأول من البنود الفردية، ويتكون الثاني من البنود الزوجية. (بشير معمرية،2012،276)

-وتعني هذه الطريقة تجزئة الإختيار الواحد إلى جزئين متساوين ،ويشمل النصف الأول غالبا البنود الفردية والثاني البنود الزوجية ، ثم يحسب معامل الإرتباط بيرسون بين الجزئين ،والذي يشير إلى درجة التطابق فيها درجات نصف الاختبار ، ومن ثم يعدل الخطأ الناجم بقانون آخر .(صلاح مراد ، فوزية هادي ،2002،194) .

ولحساب ثبات أداة فاعلية الذات تم استخدام طريقة ألفا كرومباخ :

6-1-1-2-4-ثبات صاحب المقياس (للبشير معمريه) :

الجدول رقم(5) :ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة ألفا كرومباخ وطريقة إعادة الإختبار (لبشير معمريه)

م.د	معامل الثبات	حجم العينات	جنس العينة	نوع معامل الثبات
0.001	0.742	23	ذكور	طريقة إعادة التطبيق(بعد أسبوعين)
	0.689	28	إناث	
	0.697	51	ذكور وإناث	
	0.815	30	ذكور	معامل ألفا لكرومباخ
	0.769	36	إناث	
	0.783	66	ذكور وإناث	

من خلال الجدول يتضح أنه دال إحصائيا عند (0.01) و أن قائمة فاعلية الذات تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية ، مما يجعلها صالحة للإستعمال بكل إطمئنان ، سواء في مجال البحث العلمي النفسي أو مجال التشخيص العيادي.

6-1-1-2-5-تقدير الثبات في الدراسة الحالية: ولحساب ثبات مقياس فاعلية

الذات تم استخدام :

6-1-1-2-6-طريقة ألفا كرومباخ :

لتقدير ثبات الأداة تم استخدام طريقة ألفا كرومباخ، التي تعد من بين الطرق الإحصائية التي تستخدم في حساب الثبات، وبعد الحساب تحصلنا على قيمة تقدر ب 0.89 وهي قيمة مقبولة وتدل على ثبات مرتفع.

6-2-الخصائص السيكومترية للقلق الإجتماعي لوردة بلحسيني:

6-2-1-1-الصدق : إستعملت صاحبة المقياس ثلاثة أنواع من الصدق :

6-2-1-1-الصدق الظاهري (صدق المحكمين) : للبناء أداة الفلق الإجتماعي تكون من (44) بندا وتم عرضه على (9) محكمين (4) منهم أستاذة في علم النفس و (3) إحصائيين نفاسانيين و 2 طبيبين ، وتبين للباحثة نسبة الإتفاق (85 بمائة) للإبقاء الفقرة في المقياس ، وتم حذف فقرتين لم تحظى نسبة الإتفاق المحددة ،وتعديل أربعة فقرات من حيث الصيغة ،وبعد التعديلات الأستاذة المحكمين أصبح المقياس مكون من (42) فقرة موزعة على الأبعاد الثلاثة للمقياس أي الصورة الأولية التي إنطلاق منها الصدق التمييزي والصدق التلازمي وثبات المقياس .

6-2-1-2-الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية) : تم تطبيقه على عينة تتكون من (58) طالبا من طلاب الجامعة ، وتمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين حيث أخذت نسبة (27بمائة) تمثل الأفراد الدرجات العليا و نسبة (27بمائة) تمثل الأفراد الدرجات الدنيا وكانت النتيجة أن قيمة "ت" المحسوبة للدرجة الكلية للمقياس كانت (15.40) وهي دالة عند مستوى (0.01) وعليه فإن المقياس لديه القدرة على التميز بين الحاصلين على درجات مرتفعة والحاصلين على درجات منخفضة مما يؤكد على صدق المقياس .

3-الصدق التلازمي : وتم حساب صدق المقياس حيث كانت قيمة "ت" المحسوبة (6.22) وهي قيمة دالة عند (0.01) مما يدل على صدقه .

6-2-1-3- تقدير الصدق في الدراسة الحالية : استعملت الطالبة صدق المقارنة الطرفية فكانت النتائج على النحو المبين في الجدول التالي:

جدول رقم (6) : صدق إستبيان القلق الإجتماعي بطريقة المقارنة الطرفية

م.د	القيمة الإحتمالية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.000	11.56_	18	5.53	96.20	10	المجموعة العليا
				6.42	65.20	10	المجموعة الدنيا

يتضح من خلال الجدول رقم (6) أعلاه أن قيمة (sig= 0.000) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.05) ، و عليه فإن إستبيان القلق الإجتماعي صادق وصالح للإستعمال بكل إطمئنان .

6-2-2- تقدير الثبات: قامت صاحبة المقياس بإستخدام طرق هي:

6-2-2-1- طريقة التجزئة النصفية: بإستعمال معادلة تصحيح (سبيرمان بروان) وكانت النتيجة "ر" المحسوبة (0.91) أكبر من "ر" الجدولة (0.32) عند درجة الحرية (56) ومستوى الدلالة (0.01) وعليه فالمقياس ثابت .

6-2-2-2- طريقة ألفا كرومباخ للتجانس : النتيجة أن معامل ثبات مقياس القلق الإجتماعي بطريقة الإتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرومباخ كانت مساوية (0.911) وهي قيمة مرتفعة مما يؤكد على ثبات المقياس.

6-2-2-4- تقدير الثبات في الدراسة الحالية:

ولتقدير ثبات مقياس القلق الاجتماعي استخدمت الطالبة طريقتين هما ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية :

6-2-2-5- معادلة ألفا كرومباخ :

لتقدير ثبات الأداة تم استخدام معادلة ألفا كرومباخ، التي تعد من بين الطرق الإحصائية التي تستخدم في حساب الثبات، وبعد الحساب تحصلنا على قيمة تقدر ب 0.93 وهي قيمة مرتفعة مما يدل على أن ثبات الاختبار مرتفع.

6-2-2-6- طريقة التجزئة النصفية:

يتم حساب ثبات التجزئة النصفية عن طريق ثبات نصف الاختبار وليس كله لذلك ينبغي تصحيح معامل الارتباط الذي يمثل معامل ثبات التجزئة النصفية بمعادلة (سبيرمان بروان). تم تقسيم أداة القلق الإجتماعي إلى جزئين : الجزء الأول يضم الفقرات الفردية أما الجزء الثاني فيضم الفقرات الزوجية، وتم الحساب عن طريق Spss (النسخة 19)، والنتائج المتحصل في الجدول التالي :

جدول رقم(7) : ثبات مقياس القلق الإجتماعي بطريقة التجزئة النصفية

معامل الارتباط المحسوب		المؤشرات الإحصائية	
		المتغيرات	
معامل الارتباط ما قبل التعديل		البنود الفردية	
0.86	0.76	البنود الزوجية	

من خلال الجدول رقم(7) يتضح لنا أن معامل الارتباط قدر بين الفقرات الفردية والزوجية بـ(0.76)، وبعد تعديله بمعادلة الارتباط بيرسون وصل إلى (0.86)، أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه فالمقياس ثابت.

6-3- الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الإجتماعية :

6-3-1- الصدق:

- تقدير الصدق حسب صاحب المقياس (البشير معمريه) :

عينة التقنين : تكونت عينة التقنين 401 من فردا ،منهم 194 ذكرا ،207 أنثى ،ترواحت أعمار عينة الذكور بين 15-60 سنة، وتم حساب العينتين الذكور والإناث من تلاميذ وتلميذات التعليم الثانوي ومن كليات جامعة الحليج لخضر باتنة ، وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة ، ومن مراكز التكوين المهني ،والتكوين الشبه الطبي بمدينة باتنة، وتم تطبيق إستبيان المساندة الإجتماعية الباحث شخصيا ، وإستغرقت عملية التطبيق من شهر أكتوبر 2010 إلى شهر أبريل 2011 .

تم حساب معامل الصدق بثلاثة طرق هي:

6-3-1-2- الصدق التمييزي :

أ/- **عينة الذكور** : لحساب هذا النوع من الصدق تم إستعمال طريقة المقارنة الطرفية ،حيث تمت المقارنة بين عينتين ، تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور كل عينة يساوي 26 مفحوص ، بواقع السحب 27 بمئة من العينة الكلية ، (134) والجدول يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابين لعينة الذكور .

- ويتبين أن قيمة "ت" (17.33) وهي أكبر من (0.001) يتبين أن الإستبيان يتميز بقدر كبير على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في المساندة الإجتماعية ، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور.

ب/- **عينة الإناث** : تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث كل عينة يساوي 24 مفحوصة ، بواقع السحب 25 بمئة من العينة الكلية ،(90) والجدول يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابين لعينة الإناث. والجدول يبين قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابين لعينة الإناث.

و- يتبين أن قيمة "ت" (19.69) أكبر من (0.01) وعليه فإن الإستبيان يتميز بقدر كبير على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في المساندة الإجتماعية ، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الإناث.

6-3-1-3-6- الصدق الإتفاقي : لحساب هذا النوع من الصدق تم تطبيق قائمة المساندة الإجتماعية مع قائمة تقدير الذات (حسين عبد العزيز الدريني) وقائمة الصلابة النفسية (عماد محمد مخيمر ،2002) ويبين الجدول معاملات الارتباط بين القائمة المساندة الإجتماعية وقائمة تقدير الذات والصلابة النفسية .

ويبين أنها دالة إحصائيا عند (0.01) و أن معاملات الصدق الإتفاقي أن المساندة الإجتماعية تتصف بمعاملات صدق مرتفعة .

6-3-1-3-6-تقدير الصدق في الدراسة الحالية:

6-3-1-3-6- صدق المقارنة الطرفية :

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية، تم التحصل على كل درجات الأفراد وبعدها قمنا بترتيب أفراد العينة تنازليا، والتي عددها (30) فرد وأخذنا نسبة 33%، بمعنى (10) أفراد من الدرجات العليا والدرجات السفلى، ثم حساب المتوسط الحسابي لكلا الفئتين وكذا الانحراف المعياري لكل فئة، وبعدها تم التحصل على قيمة (ت) المحسوبة، ومقارنتها ب(ت) الجدولة، وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (8) يوضح صدق إستبيان المساندة الإجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية

م.د	القيمة الاحتمالية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجوعات المقارنة
0.05	0.000	-8.31	18	7.07	119.90	10	المجموعة العليا
				11.98	83.30	10	المجموعة الدنيا

يتضح من خلال الجدول رقم(8) أعلاه أن قيمة (sig=0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة (0.05) وعليه توجد فروق دالة إحصائية ، مما يعني أن الأداة قادرة على التمييز بين المجموعتين وعليه فالأداة صالحة للإستعمال.

6-3-2- تقدير الثبات حسب صاحب المقياس:

تم حساب معامل الثبات للصاحب المقياس بطريقتين : طريقة إعادة الإختبار وطريقة ألفا لكرومباخ . ويبين الجدول معامل الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة ألفا لكرومباخ .

الجدول رقم(14) : ثبات إعادة الإختبار وألفا كرومباخ للمقياس للمساندة

الإجتماعية لدى الجنسين (البشير معمرية)

م.د	معاملات الثبات	حجم العينات	جنس العينات	المتغيرات	نوع الثبات
0.001	0.769	35	ذكور	مساندة الأسرة	طريقة إعادة التطبيق (بعد 24 يوما)
	0.784	37	إناث		
	0.779	72	ذكور وإناث		
	0.769	35	ذكور	مساندة الأصدقاء	
	0.784	37	إناث		
	0.779	72	ذكور وإناث		
	0.769	35	ذكور	الدرجة الكلية	
	0.784	37	إناث		
	0.779	72	ذكور وإناث		
	0.889	36	ذكور	مساندة الأسرة	معامل ألفا لكرومباخ
	0.826	28	إناث		
	0.863	64	ذكور وإناث		
0.878	36	ذكور	مساندة الأصدقاء		
0.843	28	إناث			

	0.857	64	ذكور وإناث	
	0.885	36	ذكور	الدرجة الكلية
	0.811	28	إناث	الدرجة الكلية
	0.849	64	ذكور وإناث	

ويتبين أن طريقة إعادة الإختبار وطريقة ألفا لكرومباخ دالة عند مستوى 0.01 و عليه فإن المقياس صادق وصالح للإستعمال .

يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها أن أداة المساندة الاجتماعية تتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية ، مما يجعلها صالحة للإستعمال بكل إطمئنان ، سواء في مجال البحث العلمي النفسي أو مجال التشخيص العيادي .

6-3-2-1- تقدير الثبات في الدراسة الحالية:

ولحساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية تم استخدام طريقتين ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية:

6-3-2-2- طريقة ألفا كرومباخ :

لتقدير ثبات الأداة تم استخدام طريقة ألفا كرومباخ، التي تعد من بين الطرق الإحصائية التي تستخدم في حساب الثبات، وبعد الحساب تحصلنا على قيمة تقدر ب 0.93 وهي قيمة مرتفعة مما يدل على ثبات الاختبار.

6-3-2-3 - طريقة التجزئة النصفية :

تم تقسيم أداة المساندة الإجتماعية وباستخدام طريقة التجزئة النصفية بين النصف الأول الذي يضم الفقرات الفردية أما النصف الثاني فيضم الفقرات الزوجية، ، كانت النتائج المتحصل كما في الجدول التالي:

جدول رقم(9) : ثبات مقياس المساندة الإجتماعية بطريقة التجزئة النصفية

معامل الارتباط المحسوب		المؤشرات الإحصائية المتغيرات
معامل الارتباط بعد التعديل	معامل الارتباط ما قبل التعديل	البنود الفردية
0.94	0.91	البنود الزوجية

من خلال الجدول رقم (9) يتضح لنا أن معامل الارتباط بين الفقرات الفردية والزوجية قدر ب (0.91)، وبعد تعديله بمعادلة سبيرمان - براون إرتفاع إلى (0.94)، وهو معامل ثبات مرتفع وعليه فإن المقياس ذو ثابت مرتفع.

7- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

بعد الإطمئنان إلى صلاحية أدوات الدراسة من حيث صدقها وثباتها شرعت الطالبة في تطبيق الدراسة حيث تم توزيع 100 إستمارة بشكل فردي على النساء المصابات بالسرطان وبعد استرجاعه تم مراجعة الإستبيان للتأكد من تسجيل البيانات المطلوبة.

8- الأساليب الإحصائية :

-إختبار "ت" لعينتين مستقلتين (T. test) :

يعتبر من أهم الإختبارات الإحصائية، ويستخدم لإيجاد دلالة الفروق بين المتوسطات، وقد تمت الإستعانة به للتأكد من صحة الفرضية العامة والفرضيات الجزئية الأربعة .

-خلاصة الفصل:

من خلال إستعراض الإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة حاولت الطالبة أن توضح المنهج المتبع وهو " المنهج الوصفي بأسلوبه الإرتباطي والمقارن " وذلك تبعاً لطبيعة الموضوع والهدف المراد التوصل إليه، كما تم التعرف على الدراسة الإستطلاعية وكافة مجريتها ونتائجها مما سهل علينا طريقة إختيار العينة وإجراءات الدراسة الأساسية ، ومن خلال هذا الفصل تم التعرف على الأساليب الإحصائية المتبعة في الدراسة ، والتعرف على أداة الدراسة المستخدمة في جمع البيانات والتي تمثلت في "مقياس فاعلية الذات"، "مقياس القلق الإجتماعي"، "مقياس المساندة الإجتماعية " وتم التأكد من صحتها وثباتها ،حيث دلت النتائج على صلاحيتها ، ومن خلال ماسبق تم إمتلاك مفتاح الوصول إلى تفسير نتائج الدراسة وهو ماسوف نأتي على تفصيله في الجانب الموالي من الجانب التطبيقي.

الفصل الخامس

عرض وتحليل وتفسير و مناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية العامة

2- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية

الجزئية الأولى

3- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية

الجزئية الثانية

4- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية

الجزئية الثالثة

5- عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية

الجزئية الرابعة

تمهيد:

لا تكتمل الأهمية العلمية للبحوث الإجتماعية والنفسية إلا بعد التأكد من نتائجها ميدانيا من خلال جمع البيانات الخاصة بموضوع البحث بواسطة الأدوات المناسبة التي تسمح بربط العلاقة بين ماهو ظاهري وماهو ميداني ففي هذا الفصل تسعى الطالبة للتأكد من تحقق أوعدم تحقق الفروض المقترحة لذلك، وهذه المرحلة تعد مرحلة مهمة بإعتبارها تكشف عن مدى صدق أو خطأ الفرضيات.

1- عرض وتحليل وتفسير و مناقشة نتائج الفرضية العامة :

1-1- عرض وتحليل الفرضية العامة :

تنص الفرضية العامة على: " لا تختلف درجة القلق الإجتماعي بإختلاف مستوى فاعلية الذات لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان "

وللتحقق من فرضية الدراسة قامت الطالبة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين فكانت النتائج كماهو موضح في الجدول رقم (16)

جدول رقم (10): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودلالاتها

الإحصائية في القلق الإجتماعي تبعا لمستوى فاعلية الذات

م.د	القيمة الإحتمالية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.75	0.30	98	13.70	80.90	61	مرتفعي الفاعلية الذاتية
				13.03	81.74	39	منخفضي الفاعلية الذاتية

يتضح من خلال الجدول رقم(10) أعلاه أن قيمة (sig= 0.75) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق دالة إحصائية في القلق الإجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات لدى النساء المصابات بالسرطان .

1-2- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية العامة :

أشارت نتائج التحليل الإحصائي الخاصة بهذه الفرضية إلى أنه لا توجد فروق في القلق الإجتماعي باختلاف مستوى فاعلية الذات؛ بمعنى لا توجد علاقة بين القلق الإجتماعي وفاعلية الذات، وهذه النتيجة إتفقت مع الدراسات السابقة (ولكنها لا تصب في دراسة عينات سوية كتلاميذ وطلاب الجامعة) ، وإتفقت مع دراسة "أسو سعيدة" (2005) التي هدفت إلى معرفة تأثير تنمية فاعلية الذات لدى طلبة ذوي القلق الإجتماعي في المرحلة الجامعية وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين فاعلية الذات والقلق الإجتماعي أي أن فاعلية الذات لم تخفض من القلق الإجتماعي ، وإتفقت مع دراسة "حمدواي وداود" (2000) التي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين فاعلية الذات بمتغيرات الجنس ودرجة الإكتئاب والقلق وأشارت النتائج إلى عدم وجود فروق بين متوسطي الذكور والإناث وكذلك وجود القلق والإكتئاب لم تقدر الفاعلية الذاتية من تخفيضهم ، و إتفقت مع دراسة "الشعرواي" (2000) التي هدفت إلى كشف العلاقة بين الجنسين في فاعلية الذات والقلق ودافع الإنجاز الأكاديمي وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين فاعلية الذات والقلق ودافع الإنجاز الأكاديمي بين الجنسين ويعود ذلك إلى وجود فاعلية الذات ودافع الإنجاز الأكاديمي لكنها لم تخفف من القلق لدى الجنسين ، وإتفقت مع دراسة "تبيلة أبو زيد" (1996) التي هدفت إلى تعرف العلاقة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات لدى شباب الجامعة وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين قلق المستقبل وفاعلية الذات وفسرتها أن الشباب يعيش في حالة قلق على حياته ومستقبله ونظرته المتشائمة نحو المستقبل بسبب عدم قدرته على تحقيق الأهداف ورغم وجود فاعلية الذات لكنها لم تؤثر على القلق وبقيت النظرة السلبية للمستقبل ، وإتفقت مع دراسة "أحمد حسانين" (2000) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين قلق المستقبل وقلق الإمتحان وفاعلية الذات وكل من متغيرات الدافعية للإنجاز ومستوى الطموح ما بين الجنسين ذكور وإناث وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين قلق المستقبل وقلق الإمتحان وفاعلية الذات والدافعية للإنجاز ومستوى الطموح لدى الذكور والإناث وذلك برغم وجود فاعلية الذات ومستوى الطموح والدافعية للإنجاز إلا التي هدفت أنها لم تقدر على تخفيف قلق المستقبل وقلق الإمتحان، وإتفقت مع دراسة "حسن شامل" (1999) التي هدفت إلى كشف العلاقة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات بين الشباب المتخرجين من الجامعة وأسفرت النتائج

عن عدم وجود فروق بين قلق المستقبل وفاعلية الذات بين الشباب المتخرجين بالنسبة لمتغير الجنس والمستوى الإقتصادي والإجتماعي وتفسرها أنه برغم وجود فاعلية الذات لكنها لم تؤثر على قلق المستقبل ونظرة الشباب نحو المستقبل بسلبية برغم إختلاف الجنس ومستوى الإقتصادي والإجتماعي ، وإتفقت مع دراسة "نظمي أبو مصطفى" (1990) والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين فاعلية الذات وقلق الإمتحان ومستوى الإقتصادي والإجتماعي ومستوى الطموح لدى طلاب الثانوية وأسفرت النتائج عدم وجود علاقة وعدم وجود فروق ذات الدلالة الإحصائية بين قلق الإمتحان وفاعلية الذات ومستوى الإقتصادي والإجتماعي و مستوى الطموح وفسرها أن فاعلية الذات موجودة ولكنها لم تؤثر على قلق الإمتحان ومستوى الإقتصادي والإجتماعي والإجتماعي ومستوى الطموح ، وإتفقت مع دراسة "فايزة الأسود" (2004) والتي تهدف للمعرفة العلاقة بين مستوى القلق وفاعلية الذات ومستوى الطموح لدى الطلبة الجامعيين ، وأسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة وعدم وجود فروق دالة إحصائيا بين القلق وفاعلية الذات ومستوى الطموح لمتغيرات المستوى الدراسي والتخصص والجنس وهذا يعود إلى عدم تأثير فاعلية الذات على القلق مع إختلاف المستوى الدراسي ومستوى الطموح والتخصص والجنس لدى طلبة الجامعة،

وإتفقت مع دراسة بونر **BonnerM** (1986) لمعرفة العلاقة بين القلق والإكتئاب وفاعلية الذات ذوي صعوبات التعلم وأسفرت النتائج إلى عدم وجود فروق بين القلق والإكتئاب وفاعلية الذات ذوي صعوبات التعلم من المراهقين وذلك رغم وجود فاعلية الذات لكنها لم تخفف من القلق والإكتئاب مرتفعين ، وإتفقت مع دراسة "جيمي" **Jamie** (1995) التي هدفت للمعرفة العلاقة بين الإكتئاب والقلق وفاعلية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة ذو صعوبات التعلم وأسفرت النتائج إلى عدم وجود فروق بين الإكتئاب والقلق وفاعلية الذات برغم وجود فاعلية الذات إلا أنها لم تخفف من إرتفاع القلق والإكتئاب لدى طلاب الجامعة ذوي صعوبات التعلم ، إتفقت مع دراسة "تانج وودويست وود" **Westwood,P. Tang, N &** (2007) وقد هدفت الدراسة إلى البحث عن العلاقة بين القلق وفاعلية الذات والإنجاز الأكاديمي من طلبة المراهقين وقد أسفرت النتائج عدم وجود علاقة بين القلق وفاعلية الذات والإنجاز الأكاديمي لدى المراهقين برغم أن هناك فاعلية الذات والإنجاز الأكاديمي إلا أنهم لم يخففوا من القلق المرتفع ، وإتفقت مع دراسة "كوبركو" **Cubukcu.F** (2008) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق وفاعلية لدى الأشخاص الذين يتعلمون اللغة الأجنبية وأسفرت النتائج إلى عدم

وجود علاقة بين القلق وفاعلية الذات وأن متغير النوع لا يوجد له أي تأثير فيما يتعلق بمستوى القلق وفاعلية الذات وذلك برغم إختلاف النوع وجود الفاعلية الذاتية إلا أنه لم تؤثر على القلق.

ويمكن تفسير عدم وجود فروق في القلق الإجتماعي بإختلاف مستوى فاعلية الذات لدى النساء المصابات بسرطان يعني بأنه لا توجد علاقة بين فاعلية الذات والقلق الإجتماعي وذلك يعود إلى عدم قدرة فاعلية الذات على تخفيض القلق الإجتماعي حسب الدراسات السابقة، مما يكون له أكبر الأثر على صحتهم الجسدية والنفسية والسلوكية بسبب الفاعلية الذاتية حيث تجعل نظرة المصابات لذاتهم ول مستقبلهم بسلبية مما تؤدي إلى نظرتهم إلى الأهداف بصورة مرضية. ويؤكد "باندورا" بأنه كل ما إنخفضت مستوى فاعلية الذات تزداد الإستثارة الإنفعالية وهي مصدر من مصادر فاعلية الذات ، لذلك فالفاعلية الذاتية لم تؤثر على القلق الإجتماعي.

ويرى باندورا أن سبب الذي يقف خلف قدرة الفرد على إنجاز مهام بجد والحصول على درجات مرتفعة، ووجود بعضهم الآخر الذي يبذل مجهود أقل ويحصل على درجات أقل في فاعلية الذات و يناقش باندورا تأثير فاعلية الذات في النمو من خلال كل العمليات المعرفية والإنفعالية ففي الجانب المعرفي نجد أن معتقدات فاعلية الذات تحسن من الفهم والانتباه والذاكرة وأما في المجال الإنفعالي فإن معتقدات فاعلية الذات من شأنها أن تؤثر في نوعية الحياة الإنفعالية وقابلية الشخص للتعرض للقلق والإكتئاب .

وترى الطالبة أن التحكم في القلق الإجتماعي لا يتطلب فقط تطوير الذات ولكن التحكم في تحديد المعتقدات غير النافعة وغير الواقعية والأنماط السلوكية وإستبدال المعتقدات الخاطئة وغير النافعة بأخرى أكثر واقعية وأكثر توازناً، والتحكم في المهارات الإجتماعية والمواقف الإجتماعية والتقييم السلبي للأخريين وعدم إدراكهن لفاعلية الذات هو الذي يعطيها الصفة مما يزيد المريضات القلق الإجتماعي .

وترى الطالبة أن المريضات التي تعانين من القلق الإجتماعي تكون لهن نظرة سلبية للحياة مما يؤثر على تفكيرهم وعدم قدرتهم على التركيز والتقييم السلبي للأخريين والقلق دائماً من ارتكاب الأخطاء والتفكير الدائم والمستمر في المواقف الإجتماعية والانتباه الزائد من قبل المريضات بنفسهم وقلة التحدث والكلام بحضور الغرباء و التردد في التطوع لأداء المهام كلها تؤدي إلى عدم القدرة على مواجهة العقبات .

ووفقا للنظرية المعرفية الإجتماعية فإن المريضات ذوي فاعلية الذات يعايشون معدلات عالية من القلق ومما تجدر الإشارة إليه هنا أنه ليست الأحداث المهددة والمرعبة في حد ذاتها هي التي تثير القلق وإنما إحساس المصابات بعدم وجود الفاعلية الذاتية التي تخفف من القلق الإجتماعي حيث يرون أن فاعليتهم وكفايتهم في التوافق مع هذه الأحداث هو الذي يفجر القلق ويثيره، إن إدراك المريضات لعدم قدرتهن على مواجهة المواقف ربما يصبح أكثر تعقيدا نتيجة إدراكهم لعدم قدرتهم على مواجهة القلق الناتج عنهم ، إن إستجابة الخوف من الممكن أن تؤدي إلى الذعر والهلع ، كما أن المريضات نتيجة لأن الثقة تنقصهم بقدرتهم وإمكانتهم، ولأنهم يفتقرون إلى المثابرة والقدرة على تحديد الهدف وتحقيقه فإن ذلك ينعكس بشكل أو بآخر على مشاعرهم فنجدهم يشعرون بالخوف وتتناوبهم نوبات من التوتر خوفا من أن يوجه إليهم الآخرون أسئلة ولا يعرفون الإجابة عليه ، أو المشاركة في نشاط لا يرغبون فيه ليس مجرد عدم الرغبة في حد ذاتها وإنما لشكهم بقدرتهم على المشاركة والإنجاز ، وهذا ما عبرت معه بنود مقياس القلق الإجتماعي وعبارات بنود فاعلية الذات التي تصف المريضات رغم وجود فاعلية الذات إلا أنه بقي القلق الإجتماعي مرتفع فلم تؤثر الفاعلية الذاتية على القلق الإجتماعي وهو ما تجلى في عدم وجود إرتباط بين المتغيران .

وربما يرتبط حدوث القلق الإجتماعي بفعل الجانب الروحي لهاته النساء حيث تظن أغلبهن أن الله يعاقبهن على أخطائهن حين إبتلاهن بهذا المرض وهذا ما كانت تردده أغلب النساء المريضات بالسرطان أثناء تطبيق الإستبيان؛ وربما عدم وجود علاقة بين فاعلية الذات والقلق الإجتماعي يعود إلى عوامل أخرى ومتغيرات أخرى إرتبطت بالقلق الإجتماعي من الدراسات السابقة من بينها :

دراسة" رياض نايل العاسمي (2012) وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين تناقضات إدراك الذات والقلق الإجتماعي والإكتئاب لدى طلاب الجامعة وأسفرت النتائج وجود علاقة بين تناقضات إدراك الذات والقلق الإجتماعي والإكتئاب وفسرها أن تناقضات إدراك الذات للإكتئاب مرتفعة على تناقضات إدراك الذات للقلق الإجتماعي والإكتئاب المرتفع يؤثر على القلق الإجتماعي ، ودراسة "علي موسى علي الدبابش" (2011) تهدف الدراسة إلى معرفة فاعلية برنامج إرشادي مقترح للتخفيف من القلق الإجتماعي لدى طلبة مرحلة الثانوية وأثره على تقدير

الذات و أسفرت النتائج تأكيد فاعلية البرنامج الإرشادي في التخفيف من درجة القلق الإجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية ، وإتفقت مع دراسة "جوزيف" (1992) وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي لدى الذكور والإناث وأسفرت النتائج وجود علاقة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي بين الذكور والإناث وإرتفاع تقدير الذات لديهم لصالح الذكور وذلك لعدم إدراك الذكور لقدراتهم الإجتماعية والإبداعية والأكاديمية أدى إلى إرتفاع تقدير الذات لديهم وأن هناك فروق بين الجنس في تقديرالذات لصالح الذكور وذلك أن الذكور يرون أنفسهم أكثر قدرة في الإعتماد على النفس.

وإتفقت مع دراسة "وحيد مصطفى كامل" (2004)هدفت الدراسة على التعرف على العلاقة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي لدى أطفال ضعاف السمع وأسفرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين تقدير الذات والقلق الإجتماعي للأطفال ضعاف السمع لدى الجنسين ووجود فروق بين الجنسين في مستوى القلق الإجتماعي لصالح الإناث وكانوا الذكور أكثر تقديرا لذاتهم أكثر من الإناث ، وإتفقت مع دراسة " علائ علي حجازي" (2013) إلى دراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي والأفكار اللاعقلانية لدى طلبة المرحلة الإعدادية وأسفرت النتائج توجد علاقة إرتباطية موجبة بين القلق الإجتماعي والأفكار اللاعقلانية أي أنه كلما زادت الأفكار اللاعقلانية زاد القلق الإجتماعي ،و إتفقت مع دراسة "الفخراني" (2001) وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي والتفكير الألي والضغوط والإستثارة لدى طلاب الجامعة وأسفرت النتائج وجود علاقة إرتباطية موجبة بين القلق الإجتماعي والتفكير الألي والضغوط والإستثارة، وإتفقت مع دراسة "قلندر" (2003) وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي والتكيف الدراسي لدى طلاب الجامعة وأسفرت النتائج عن وجود علاقة بين القلق الإجتماعي والتكيف الدراسي كما كان متوسط القلق الإجتماعي متوسط بغض النظر للمتغيرات الجنس و التخصص وموقع السكن ، وإتفقت مع دراسة "عبد العال" (2006) وهدفت الدراسة لمعرفة علاقة القلق الإجتماعي ومشغبة الأقران في البيئة المدرسية وأسفرت النتائج وجود علاقة إرتباطية بين القلق الإجتماعي ومشغبة الأقران في البيئة المدرسية ويكون القلق الإجتماعي منتشر أكثر لدى الإناث، إتفقت مع دراسة "البدوي" (2009) وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي وعملية تجهيز المعلومات ودافعية الإجتماعية لدى تلاميذ الثانوية، وأسفرت النتائج وجود علاقة بين القلق الإجتماعي وعملية التجهيز ودافعية الإجتماعية

ووجود فروق بين التلاميذ في المستوى المرتفع والمنخفض من القلق الإجتماعي من إنتقاء الهدف وأن التلميذ الذين لهم المستوى المرتفع من القلق الإجتماعي هم الذين تكون لهم أكثر إنتقاء الهدف ومكونات توليد الإستجابة، وإتفقت مع دراسة "الهباص" (2010) وهدفت الدراسة للمعرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي والتدفق النفسي لدى عينة من المراهقين المستخدمين للإنترنت ، وأسفرت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية بين القلق الإجتماعي والتدفق النفسي لدى المراهقين من مستخدمي الإنترنت وأن إستخدام الإنترنت المفرط والعادي يساهم في التنبؤ للقلق الإجتماعي، وإتفقت مع دراسة "ملحم" (2012) وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين القلق الإجتماعي وإضطرابات الأكل والوسوس القهري وتقدير الذات في رضا صورة الجسم لدى المراهقين وأسفرت النتائج أن القلق الإجتماعي والوسوس القهري هما اللذان فسرا التباين على مستوى الرضا عن صورة الجسم وأن القلق الإجتماعي والوسوس القهري وإضطرابات الأكل كان لهم أثرا دالا في مستوى الرضا عن صورة الجسم ، وإتفقت مع دراسة "أمان أحمد محمود" (1994) وهدفت إلى توضيح العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق الإجتماعي لدى طلاب التعليم الثانوي والجامعي وأسفرت النتائج تخفيف القلق الإجتماعي والمخاوف الإجتماعية وعلاج المخاوف وزيادة الجرأة الإجتماعية وإثبات الذات لدى طلاب التعليم الثانوي والجامعي، وإتفقت مع دراسة " أن البانو" (1998) وهدفت الدراسة لمعرفة أهمية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من القلق الإجتماعي لدى المراهقين وأسفرت النتائج فاعلية البرنامج في التخفيض من المخاوف الإجتماعية لدى المراهقين ، وإتفقت مع دراسة "ريتشادز" (2004) وهدفت إلى التغلب على القلق الإجتماعي من خلال التغيير الدائم والمنطقي لدوائر العصبية بالمخ والتي تشمل على المشاعر والأفكار والإدراكات والإنفعالات والسلوكيات لدى المراهقين وأسفرت النتائج تحسن وفاعلية في علاج القلق الإجتماعي ، وإتفقت مع دراسة "أمان عبد المقصود وعبد الوهاب" (2007) وهدفت الدراسة للتحقق من برنامج معرفي سلوكي جماعي للعلاج للقلق الإجتماعي لدى المراهقين و طلاب الجامعة وأسفرت النتائج فاعلية برنامج في تخفيف من درجة الشعور بالقلق الإجتماعي بانسبة لمراهقين وطلاب الجامعة، وإتفقت مع دراسة "وردة بلحسني" (2011) وهدفت للمعرفة أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج القلق الإجتماعي لدى طلاب الجامعة وأسفرت النتائج فاعلية برنامج معرفي سلوكي في علاج القلق الإجتماعي كما

تبين نسبة إنتشار القلق الإجتماعي عند الإناث أكثر من الذكور وأن الفئة العمرية الأقل سننا تعاني أكثر من الفئة أكبر سننا من القلق الإجتماعي .

ونجد أن القلق الإجتماعي عنده علاقة بمتغيرات أخرى غير فاعلية الذات التي لم تكن هناك علاقة بين القلق الإجتماعي وفاعلية الذات التي برغم وجود فاعلية الذات إلا أنها لم تتمكن من تأثيرها على القلق الإجتماعي .

2- عرض وتفسير و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

2-1- عرض وتحليل الفرضية الجزئية الأولى :

تنص الفرضية الجزئية الأولى " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) .

وللتحقق من فرضية الدراسة قامت الطالبة باستخدام اختبار "ت" لعينتين مستقلتين فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (11)

جدول رقم (11):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في
القلق الاجتماعي لدى ذوات فاعلية الذات المنخفضة تبعاً للمستوى التعليمي
(ثانوي فما فوق -أقل)

(من ثانوي).

م.د	القيمة الإحصائية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.89	0.13	37	3.15	79.00	18	مستوى تعليمي مرتفع
				3.23	79.61	21	مستوى تعليمي منخفض

يتضح من خلال الجدول رقم(11) أعلاه أن قيمة (Sig = 0.89) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي لدى عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).

2-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى :

أشارت نتائج التحليل الإحصائي بهذا التساؤل أن الفرضية الجزئية الأولى إلى أنه لا توجد فروق في القلق الاجتماعي لدى ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).

وهذا النتيجة إتفقت مع الدراسات السابقة كدراسة (الجاسر 2008) ، ودراسة (الأسود، 2004) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين القلق والمستوى التعليمي في فاعلية الذات المرتفعة والمنخفضة وأسفرت النتائج أن برغم المستوى التعليمي مختلف تبقى فاعلية

الذات لم تتمكن من تخفيض القلق الإجتماعي المرتفع، كما إتفقت مع دراسة "محمود العشري (2004) التي هدفت لمعرفة أثر المستوى التعليمي والمستوى الثقافي والنوع والتخصص علمي أدبي وانعكاس المستوى التعليمي للوالدين على مستوى قلق المستقبل وفاعلية الذات لأبنائهم من طلاب الجامعة وأسفرت النتائج أن للبيئة النفسية والإجتماعية تأثير على قلق المستقبل وأنه لا توجد فروق بين المستوى التعليمي والمستوى الثقافي والتخصص في قلق المستقبل وفاعلية الذات أي كلما زاد تعليم الوالدين كلما إنخفض تعليم الأبناء وفاعلية لذواتهم والقلق نحو المستقبل أي أن برغم وجود الفاعلية للأبناء إلا أنها لم تتمكن من تخفيض القلق نحو المستقبل ، وإتفقت مع دراسة "محمد فرج وهويده محمود (2007) دراسة تهدف لتعرف العلاقة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات وحب الإستطلاع لدى طلاب الجامعة من مستوى التعليمي والإقتصادي والإجتماعي والثقافي والتخصص أدبي علمي وأسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات وحب الإستطلاع ومستوى الطموح للمستوى التعليمي والإقتصادي والإجتماعي والتخصص لدى طلاب الجامعة وهذا برغم وجود فاعلية الذات إلا أنها لم تؤثر على قلق المستقبل والمستويات والتخصص.

وتفسر هذه النتيجة كما يرى "باتدور" إن فاعلية الذات المرتفعة والمنخفضة ترتبط بالبيئة ، فعندما تكون الفاعلية مرتفعة والبيئة ملائمة يغلب أن تكون النتائج ناجحة ، وعندما ترتبط فاعلية الذات المنخفضة بالبيئة غير الملائمة يصبح الشخص مكتئبا ، حين يلاحظ أن الآخرين ينجحون في الأعمال الصعبة بالنسبة له ، وعندما يواجه الأشخاص ذوو الفاعلية المرتفعة مواقف بيئية غير ملائمة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة ، وقد إستخدموا الإحتجاج والتشيط الإجتماعي أو حتى القوة لإثارة التغيير ، ولكن إذا أخفقت جهودهم فسوف يستخدمون مسلكا جديدا ، وحين ترتبط فاعلية الذات المنخفضة مع البيئة غير الملائمة فثمة تنبؤ ، بعدم المبالاة والخضوع واليأس.

وترى الطالبة أن المريضات منخفضي الفاعلية الذاتية لا يوجد فرق بينهن وأن فاعلية الذات برغم وجودها غير أنها لم تتمكن من تخفيف القلق الإجتماعي وأن المستوى التعليمي لم يآثر في القلق الإجتماعي حيث أن المريضات ليس لديهن نفس المستوى التعليمي ؛ وذلك راجع ربما للبيئة المحيطة فقد تكون غير ملائمة فتكون هناك تنبؤ بالخضوع واليأس والإكتئاب والقلق

ويصبحون بهذا لا يتقون في أنفسهم وفي قدراتهم و لا يتحدون الصعوبات ويتراجعون بسرعة وليس لديهم طموحات نحو تحقيق مستقبلهم ليس هناك جهد ومثابرة وقوة وعزيمة وصعوبة في المهام الصعبة ونتيجة لذلك بكل سهولة يأتي الإكتئاب والضغط، وأن المريضات ذو الفاعلية الذاتية المنخفضة غير قادرين على تحمل مسؤوليتهم وليس هناك جهد ومثابرة وهذا يؤدي إلى أمراض نفسية منها القلق الإجتماعي الذي يزداد عند النساء المصابات بسرطان .

3- عرض وتفسير و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

3-1- عرض وتحليل الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق –أقل من ثانوي)

وللتحقق من فرضية الدراسة قامت الطالبة باستخدام اختبارات لعينتين مستقلتين فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول (12).

جدول رقم (12):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في القلق الاجتماعي لدى ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق –أقل من ثانوي)

م.د	القيمة الإحصائية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.40	0.84	59	13.59	79.62	35	مساعدة مرتفعة
				13.91	82.61	26	مساعدة منخفضة

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أعلاه أن قيمة (sig= 0.40) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي).

3-2- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الثانية :

أشارت نتائج التحليل الإحصائي بهذه الفرضية إلى أنه لا توجد فروق في القلق الإجتماعي لدى ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) وهذه النتيجة إتفقت مع الدراسات السابقة كدراسة الطالبة "نيفين عبدالرحمان المصري" (2011) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين القلق وفاعلية الذات والمتغير الوسيطى المستوى التعليمي والمستوى الدراسي وتوصلت النتائج إلى أنه لا توجد علاقة بين فاعلية الذات والقلق والمستوى التعليمي والمستوى الدراسي عند (0.05) وبرغم وجود إرتفاع فاعلية الذات لم تؤثر في القلق وكذلك دراسة (الجاسر 2008) ، ودراسة (الأسود، 2004) التي توصلت إلى عدم وجود فروق بين القلق والمستوى التعليمي في فاعلية الذات المرتفعة والمنخفضة وأسفرت النتائج أن برغم المستوى التعليمي مختلف تبقى فاعلية الذات لم تتمكن من تخفيض القلق الإجتماعي المرتفع، إتفقت مع دراسة "جنكيز" Jenkins (2004) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين القلق وفاعلية الذات والتعلق بالوالدين والجنس والتخصص والمستوى التعليمي لدى طلاب الجامعة وأسفرت النتائج عدم وجود علاقة بين فاعلية الذات والقلق والتعلق بالوالدين في التخصصات الأدبية والعلمية والجنس وعدم وجود فروق بين الوالدين في المستوى التعليمي وفاعلية الذات، وإتفقت مع دراسة "بلاكبورون ، دونالد" Blackborn, & Donald (1975) التي هدفت لمعرفة العلاقة بين مستوى الطموح التعليمي والوظيفي والمستوى التعليمي للأسرة والنشاط خارج الفصل والمنهج الدراسي، والقلق وفاعلية الذات لدى طلاب الثانوية وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق وعلاقة بين القلق وفاعلية الذات ومستوى الطموح والوظيفي والمستوى التعليمي للأسرة .

وتفسر هذه النتيجة انه ربما كان المستوى التعليمي لدى مرتفعي الفاعلية الذاتية منخفض ربما بسبب أنهم لم يتمكنوا من الحصول على القدر الكافي من التعليم والدارية الكافية ، فنجدهم

بحاجة إلى مساقات عملية تساعدهم على الفهم الصحيح للأمور ، وكما نجد أن المريضات الذين لديهم مستوى تعليمي متدن غير متعلمين نجدهم يعتمدون في علاجهم على الأفكار القديمة للأجدادهم بصورة أساسية وهذا يؤثر على حالتهم الصحية كما أن ثقفتهم بنفسهم تكون ضعيفة ، فنجد ذوي المستوى التعليمي المتدن يتمسكون فيما يعتقد فيهم آبائهم وأجدادهم ، وبالتالي يلغون قدراتهم الذاتية في مواجهة أي موقف في حياتهم ويستسلمون للتوكل دون أن يقوموا بدور الإيجابي للوقاية من المرض أو علاجه .

وترى الطالبة أنه كلما زاد القلق الاجتماعي إنخفضت الفاعلية الذات برغم من أن الفاعلية الذاتية كانت مرتفعة فإنها لم تتمكن من تخفيف القلق الاجتماعي وأن المريضات على اختلاف المستوى التعليمي لم يتأثروا بذلك أيضا لأنه يعيشون ظروف محيطة بهم متشابهة ، والإصابة بمرض السرطان وعدم مواجهة المواقف الاجتماعية وصعوبة التحكم في المهارات الاجتماعية والتقييم السلبي للآخرين والأعراض التي تصاحبهم يجدون صعوبات في إدراكهم لذاتهم مما يؤدي إلى ارتفاع القلق الاجتماعي بدرجة واحدة ولم يؤثر فيه المستوى التعليمي ونجد أن المعاناة واحدة والقلق الاجتماعي واحد وفاعلية الذات واحدة.

4- عرض وتفسير وتحليل ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

4-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

تنص الفرضية الجزئية الثالثة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية.

وللتحقق من فرضية الدراسة قامت الطالبة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (13)

جدول رقم (13):

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودالاتها الإحصائية في
القلق الاجتماعي من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً لمستوى
المساندة الاجتماعية.

م.د	القيمة الإحصائية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.44	0.78	37	17.98	76.84	13	مساندة مرتفعة
				11.73	80.57	26	مساندة منخفضة

يتضح من خلال الجدول رقم (13) أعلاه أن قيمة ($sig=0.44$) وهي أكبر من مستوى
الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة
من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المنخفض من فاعلية الذات تبعاً
لمستوى المساندة الاجتماعية.

4-2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة :

أشارت نتائج التحليل الإحصائي بهذه الفرضية إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية
في القلق الاجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى
المنخفض من فاعلية الذات تبعاً لمستوى المساندة الاجتماعية.

وهذه النتيجة إتفقت مع الدراسات السابقة من بينها دراسة "لويس" Louise, K. (2004)
التي هدفت لمعرفة العلاقة بين القلق وفاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من تلاميذ
ذوو صعوبات التعلم وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين القلق وفاعلية الذات والمساندة
الاجتماعية وكان القلق منبأ قويا بظهور الأعراض وبرغم وجود المساندة الاجتماعية والفاعلية
الذاتية لكنهم لم يؤثروا على القلق مما ظهرت الأعراض لدى الأطفال ذوو صعوبات التعلم ،

كما إتفقت مع دراسة الواردة عن رضوان والهاريدي (2001) المصدر "شلوتز وساكلو فاسك saklofske § Schultz (1984) وهدفت لمعرفة العلاقة بين المساندة الإجتماعية وفاعلية الذات والقلق والشعور بالوحدة ومركز الضبط لدى طلاب الجامعة وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين المساندة الإجتماعية وفاعلية الذات والقلق والشعور بالوحدة ومركز الضبط وأنه برغم وجود المساندة الإجتماعية وفاعلية الذات لم يؤثر في القلق والشعور بالوحدة ومركز الضبط لدى طلاب الجامعة ، وإتفقت مع دراسة الواردة عن "رضوان وهاريدي" (2001) مصدرها "موريل ونوريس" Norris § murrell (1984) وهدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين دور المساندة الإجتماعية ببعض المتغيرات القلق وفاعلية الذات والمستوى التعليمي بين أحداث الحياء والإكتئاب والمشاعر الوجدانية لدى عينة من الراشدين وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين المساندة الإجتماعية والقلق وفاعلية الذات ومستوى التعليمي والإكتئاب والمشاعر الوجدانية وذلك برغم وجود مساندة إجتماعية مرتفعة لم تتمكن من تخفيض القلق والإكتئاب وكانت المشاعر الوجدانية سلبية وهذا لا يتأثر بمستوى التعليمي أيضا .

وتفسر هذه النتيجة أي لا توجد فروق في القلق الإجتماعي لدى المريضات تبعاً لمستوى المساندة الإجتماعية لدى ذوات فاعلية الذات المنخفضة بأنه لم تتمكن المساندة الإجتماعية من تخفيف القلق الإجتماعي وبما أن فاعلية الذات المنخفضة واحدة فلم تأثر في القلق الإجتماعي حيث أن الإصابة بالسرطان بشكل عام تؤدي إلى ظهور العديد من الأعراض والإتجاهات السلبية الخاطئة نحو المريضات بنفسهم ونحو المحيطين بهم وعلاقتهم وهو الأمر الذي أشارت إليه بعض الدراسات "حيث أن المصابين بمرض السرطان يتسمون بالقلق الإجتماعي، والإكتئاب والعجز وإنخفاض الدافع ونقص المهارة وقلة بذل الجهد والتسرع وإستعجال الأمور وضعف الشخصية والإستسلام للهزيمة وإعتبرها أمر حتمي إضافة إلى الجمود والعجز والإضطراب في العلاقات العائلية". (بشير معمريّة، 2007، 133).

وأن المريضات بسرطان حيث يمر بالإكتئاب والقلق والشعور بالوحدة والخوف من مقابلة الناس وهذا يؤثر على حياته النفسية والإجتماعية وتمد المساندة الاجتماعية للمريضات بأشكال مختلفة ومتباينة من الإمدادات الوجدانية والأدائية والمعلوماتية والمادية وتساهم في تخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، كما تجعل المريضات يتمتعن بصحة نفسية وجسدية،

و يتكيف مع الوضعية المرضية في حالة الإصابة بالمرض، تقدم المساندة الاجتماعية في وقت الصعوبات والمشاكل لتعيد ثقة المريضات بأنفسهن وتعززها، كما تذكرها بعض الدراسات " وتتدخل المساندة الاجتماعية بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باثولوجية) عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفزيولوجية، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة ، وذلك بالتخفيف من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة ، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه ، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون لمضاعفات المرض. (علي عبد السلام ، 2001 ، 24).

كما أن المساندة الاجتماعية التي تتلقاها المريضات من خلال الجماعات التي تنتمي إليها: كالأسرة، الأصدقاء، والزملاء في العمل أو النادي تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض، وهي مؤشر هام من مؤشرات الصحة النفسية ومتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن إرتفاع مستوى الضغوط والتي تتمثل في القلق، والاكتئاب، والتوتر، والوحدة ، وكلما إتسع حجم شبكة العلاقات الاجتماعية كلما تمتع الأفراد بصحة نفسية بالمقارنة بالأفراد الذين لديهم شبكة من العلاقات الاجتماعية المحدودة في حين يرى أن كفاءة التفاعل الاجتماعي هو المؤشر الحاسم للصحة النفسية وليس حجمه أو مقداره.

كما تلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في تعديل العلاقة بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وبين الأعراض السيكوباتولوجية عامة وأعراض الاكتئاب خاصة، فهي لا تخفف من وقع هذه الضغوط فحسب ولكن قد يكون لها آثار واقية من أثر هذه الضغوط، كذلك تلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية، وتسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد، وللمساندة الاجتماعية أهميتها في الحياة المدرسية من أجل التكيف وزيادة الدافعية والقدرة على الإنجاز الأكاديمي والوصول إلى الأهداف المرجوة في مرحلة المراهقة المبكرة(حسين فايد، 1998، 165).

كما أن المساندة الاجتماعية تعتبر من المؤثرات القوية لتوافق الفرد مع المرض، كما أن غيابها تعدد سببا مباشرا لضعف توافق المريضات وتعايشهم مع مرض ، فالمريضات يحتاجون بشكل مستمر إلى مساندة اجتماعية ووجدانية من العائلة والأقارب والأصدقاء والجيران حتى تعطيهم

دافعا للتوافق مع المرض ، ومع ذلك فإنه يبدو أن المريضات لم يدركن حجم المساندة بشكل واقعي فلم يسيطرن على الأفكار السلبية في المواقف الإجتماعية وهذا ضعف في فاعلية ذاتهم وعدم الثقة بنفسهم والإستسلام لذاتهم وهذا يؤدي إلى زيادة المخاوف المرضية والتقييم السلبي للآخرين وصعوبة مواجهة المواقف الإجتماعية.

5- عرض وتفسير وتحليل ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة :

5-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة :

تنص الفرضية الجزئية الرابعة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية.

وللتحقق من فرضية الدراسة قامت الطالبة باستخدام اختبار ت لعينتين مستقلتين فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (14)

جدول رقم (14):المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة ت ودلالاتها

الإحصائية في القلق الاجتماعي لذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا

لمستوى المساندة الإجتماعية.

م.د	القيمة الإحتمالية sig	قيمة ت	د.ح	ع	م	ن	المؤشرات الإحصائية
							مجموعات المقارنة
0.05	0.67	0.42	59	13.90	80.53	49	مساندة مرتفعة
				13.29	82.46	12	مساندة منخفضة

يتضح من خلال الجدول رقم(14) أعلاه أن قيمة (sig= 0.67) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وعليه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في القلق الإجتماعي بين أفراد عينة من النساء المصابات بمرض السرطان من ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا لمستوى المساندة الإجتماعية.

5-2- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة :

أشارت نتائج التحليل الإحصائي بهذه الفرضية إلى أنه لا توجد فروق في القلق الإجتماعي لدى ذوات المستوى المرتفع من فاعلية الذات تبعا للمساندة الإجتماعية.

تفسر الطالبة هذه النتيجة إلى أن برغم وجود مساندة إجتماعية وفاعلية الذات المرتفعة من طرف المريضات نفسها فإنها لم تأثر في القلق الإجتماعي فالمريضات تساندن أسرتهن والأصدقاء وهو دليل قوة فاعلية الذات فهي تعبر عن واجبات وأدوار تقدمها الأسرة نحو المريضات، وتظهر الشمولية في مكونات الأسرة كما يحرص التشريع الإسلامي كل الحرص على توثيق أوامر الترابط الأسري بين أفراد الأسرة نفسها وككل على أساس المودة والرحمة والوفاء ، فالدور الذي تقوم به الأسرة الإسلامية عبر نظام يعبر عن دعم المساندة المقدمة لكل فرد في المجتمع عامة وفي الأسرة خاصة ، فهذه الإهتمامات تلعب دورا فعلا في تخفيف الأحزان والإرتقاء بالحالة النفسية وهذا يعمل جنبا مع جانب مع دور الطاقم الطبي لتخفيف المعاناة فيما يقدمه الجانب الطبي من سلوكيات كإستقبال وترحاب دافئ وإرشادات طبية والحديث مع المريضات بكل روح التفاعل والتعاون وتقديم الدعم النفسي قدر إستطاعتهم وحسب إدارتهم بجانب العلاج للمريضات ؛ ويأتي الدعم الآخر دعم الأصدقاء فمؤازرة صديقاتهم أثناء محنته يرفع من عزيمتهم ويحسن من حالتهم النفسية كون أنهم محط إهتمامات صديقاتهم وعدم إنقطاعهم عنهم ودائمي التواصل معهم والسؤال عليهم ، فالأصدقاء والصدافة عبارة عن مطلب نفسي تفاعل صادق بعيد عن التكلف، فهي التعاون والتعاقد والمساندة وإخاء أساسه البر والتقوى .

وقد توصلت دراسة فوزى شحاتة (2005) بأن المساندة الاجتماعية المقدمة في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن ومن بينه مرض السرطان تخفف من مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المرضى، وتوصلت دراسة خليل (1996) إلى وجود علاقة دالة بين طمأننة المريض على حالته الصحية كبعد من أبعاد المساندة النفسية والاجتماعية ، وإرادة البقاء كبعد من أبعاد إرادة الحياة ، كما أن المساندة الاجتماعية تخفف من مستوى الألم لدى المرضى (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، 1994، 62).

وتوصلت دراسات (Schwetzer, Springer et al, 1986, Marteau et al, 1987, Penninx et al, 1998, Stone et al, 1999) أن النساء اللواتي لهن مستويات عالية من المساندة الاجتماعية يظهرن تكيفا أفضلًا لدى التعرض لأمراض القلب والشرابين والسرطان وتحكما أفضلًا بمرض السرطان وتشعرن بالآم جسدية أقل . (شيلي تايلور، 2007، 667) .

أما المساندة فقد توصلت بعض الدراسات (Neuling et Winefield, 1988) إلى أن المساندة الاجتماعية لها تأثير فعال على إتباع الفرد للسلوكات الصحية المناسبة، فعندما يتلقى المريض خبر الإصابة بمرض مزمن فإنه يحتاج إلى أن يكون مدعما من طرف المحيط لتخفيف الصدمة والمساعدة على التكيف ، فالمساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى من طرف أفراد العائلة تعتبر من بين العوامل الأساسية في تقبل العلاج والالتزام به من خلال مساعدتهم على تناول الأدوية والتزام بالفحوص الدورية والالتزام بنصائح الطبيب وإرشاداته وبذلك إتباع السلوك الصحي المناسب.

ويؤكد "باندور" (1977) في هذا الصدد إلى أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من إختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح، كما يذكر أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون على ثقهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة (الجاسر، 2008، 31).

وهذا يعني أن الفاعلية الذاتية عند المريضات هي الشعور قوة شخصيتهم بمثابرة عالية وأنها أساس النجاح وأن ذلك من خلال التنظيم الذاتي ومساندة الأسرة والأصدقاء التي تعطي للمريضات القوة على تحمل الألم وتأثيرها على الفاعلية الذاتية، وأن المساندة الاجتماعية الفعالة المساعدة الممنوحة للمريضات إلا إذا دعمت باستراتيجيات التعامل الفعالة المرتبطة بالسلوكات الصحية التي ترفع من احتمال الشفاء بالنسبة للمرضى، أما إذا وجد الفرد أمام مساندة اجتماعية غير صحية فإن ذلك من شأنه أن يعود بأضرار صحية جد سلبية على المريض ويؤدي ذلك إلى ضعف الفاعلية الذاتية والأداء والعزيمة والإرادة والمثابرة برغم وجود مساندة قوية من طرف المريضات إلا أن الظروف المحيطة والمعاناة النفسية للمصابات بدرجة واحدة وأن المساندة الاجتماعية وهي مصدر قوة فاعليتهم لذاتهم واحدة والمعاناة النفسية واحدة غير أنها برغم من كل هذا فإن المساندة الاجتماعية وفاعلية الذات المرتفعة لم تؤثر في حدوث القلق

الإجتماعي وأن المريضات مما يمتلكونهم من قوة وعزيمة وإرادة ومثابرة وقوة فاعلية لذواتهم وما يزيدهن قوتهم المساندة الإجتماعية من طرف الأسرة والأصدقاء لم تتمكن من تخفيف القلق الإجتماعي عندهم بدرجة واحدة . إلا أن ذلك كله لم يدرك بشكل إيجابي مما أدى إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في القلق الإجتماعي.

خلاصة الدراسة ومقترحات

تناولت الدراسة موضوع فاعلية الذات وعلاقتها بالقلق الإجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان ، وقد إنطلقت من الفرضية العامة ،وتفرعت منها إلى أربعة فرضيات جزئية وذلك للتعرف على علاقة فاعلية الذات بالقلق الإجتماعي لدى النساء المصابات بسرطان مع التعرف إن كان هناك فروق ذات الدلالة الإحصائية في القلق الإجتماعي لدى ذوات فاعلية الذات المنخفضة تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) وفاعلية الذات المرتفعة تبعا للمستوى التعليمي (ثانوي فما فوق -أقل من ثانوي) وكذلك هل هناك فروق في القلق الإجتماعي لدى ذوات فاعلية الذات المنخفضة تبعا للمستوى المساندة الإجتماعية وكذلك هل هناك فروق في القلق الإجتماعي لدى ذوات فاعلية الذات المرتفعة تبعا للمستوى المساندة الإجتماعية ،وتوصلت الدراسة إلى أنه:

- لا توجد علاقة بين القلق الإجتماعي وفاعلية الذات لدى النساء المصابات بسرطان، كما أنه لا توجد فروق في القلق الاجتماعي سواء لدى ذوات فاعلية الذات المنخفضة أو المرتفعة تبعا للمستوى التعليمي من جهة ولمستوى المساندة الاجتماعية من جهة أخرى

وبناء على ما توصلت إليه هذه الدراسة من نتائج نقترح بعض التوصيات التي قد تسهم في التخفيف من معاناة هذه العينة من القلق الإجتماعي :

1- ضرورة العناية النفسية بمریضات السرطان ومساعدتهم ليصبحوا أكثر تكيفا بعد تشخيصهن بالمرض .

2-توسيع مجال العلاج النفسي للقلق الإجتماعي لدى مرضى السرطان وغيره من الإضطرابات النفسية الأخرى ودمجه كعنصر مكمل للعلاج الطبي.

3-تقديم الإرشاد والنصح من طرف الأخصائي النفسي لأسر المریضات بالسرطان حتى يتم تقديم الدعم النفسي و الإجتماعي و المساندة الإجتماعية مهمة في هذه الفترة لهاته العينة على أكمل وجه، مما يساهم وبدور كبير في تخفيف المعاناة على هاته النساء المصابات بالسرطان.

- 4- إجراء دراسات حول القلق الإجتماعي لدى مريضات السرطان، وتوسيع العينة مع الأخذ بعين الإعتبار متغيرات أخرى.
- 5- ضرورة إهتمام المختص النفسي بالتخفيف من القلق الإجتماعي لدى مرضى السرطان بإختلاف نوع المرض.
- 6- ضرورة إقتراح برنامج علاجي معرفي سلوكي للتخفيف من القلق الإجتماعي والأفكار السلبية وتحسين المهارات الإجتماعية وتنمية فاعلية الذات للنساء المصابات بسرطان .
- 7- توفير مراكز مكافحة مرض السرطان في مختلف ولايات الوطن حتى لا يضطر المريض التنقل من مكان لأخر بحثا عن تلقي العلاج.
- 8- التكتيف من البرامج الإرشادية والإهتمام بالبرامج المعرفية السلوكية لدى النساء المصابات بسرطان .
- 9- دراسة العلاقة بين القلق الإجتماعي ومتغيرات لدى المرضى أخرى مثل الإكتئاب توكيد الذات كشف الذات تشوه صورة الجسم خاصة لدى النساء المصابات بسرطان .

المراجع

قائمة المراجع :

-مراجع باللغة العربية:

- 1- أحمد محمد الطيب ، (ب،س)، التقويم والقياس النفسي والتربوي،المكتب الجامعي الحديث الأزاريطة ، جامعة الإسكندرية .
- 2- أحمد الحريري ،(2009):العلاج النفسي الجنائي-نموذج علمي وعملي في الدراسات التجريبية الإكلينيكية ، دار الفربي ، بيروت .
- 3- أماني عبد المقصود ، (2007):مقياس القلق الإجتماعي للمراهقين والشباب ، الأنجلوا المصرية القاهرة .
- 4- أمثال الحويلة، (2010): القلق والإسترخاء العضلي ، المفاهيم والنظريات والعلاج ، دار إيتراك ،القاهرة .
- 5-أيمن غريب القريطي (1999)، في الصحة النفسية ،ط1، دار الفكر العربي ، القاهرة.
- 6_ أتماكا، (2004) علم الامراض النفسية والعقلية والقلق الإجتماعي ، ترجمة أحمد سلامة ،دار النهضة العربية ، ط1، القاهرة .
- 7-إسماعيل علوي ، بن عيسى زغبوش ، (2009): العلاج المعرفي السلوكي ، عالم الكتب الحديث ،عمان .
- 8-أحمد محمد عبد الخالق ، (2000): الخوف من الأماكن المتسعة وعلاقتها بالخوف الإجتماعي والتفكير السلبي التلقائي ، دراسات نفسية المجلد السادس عشر ، العدد الربع ،رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية .
- 9-أمال ،الفقي، (2001):فاعلية السيودارما في تخفيف المخاوف الإجتماعية لدى الأطفال، رسالة دكتوراه ، جامعة الزقزيق ، بنها ، مصر .
- 10-إيمان بنجابي، (2008):الرهاب وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية لدى المرهقات السعوديات ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين الشمس القاهرة .

- 11-المقدم عبد الحفيظ ، (2003):الإحصاء والقياس النفسي والتربوي مع نماذج من المقاييس والإختبارات، دايون المطبوعات الجامعية ،الطبعة الثانية .
- 12- الوقفي راضي، (1988) ، مقدمة في علم النفس، ط31، عمان ، دار الشؤون للنشر والتوزيع.
- 13- بدر محمد الأنصاري،(2002):المرجع في مقياس الشخصية ، الكتاب الحديث، الكويت.
- 14-بدر الدين الأنصاري،(2004):القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية : دراسة ثقافية مقارنة ، دارسات نفسية المجلد الرابع عشر ، العدد الثالث ، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية.
- 15-بشير معمريّة ، (2007) :القياس النفسي وتصميم أدواته ، منشورات الحبر ، ط 2، الجزائر
- 16-بشير معمريّة ، (2011):علم النفس الذات- تقنين إستبيانات على المجتمع الجزائري : مفهوم الذات ،تقدير الذات ،فاعلية الذات ،ت وكيد الذات ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، الجزائر .
- 17-بشير معمريّة، (2012):القلق الإجتماعي المواقف المثيرة -نسب الإنتشار الفروق بين الجنسين وبين المراحل العمرية ، أبحاث ومقالات مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ،العدد 21-22.
- 18-البناء ،عادل ، (2002):مخاوف الإتصال الشفاهي وعلاقته بالقلق الإجتماعي والدافعية الإجتماعية، مجلة كلية التربية وعلم النفس (جامعة عين شمس)3-المجلة (33) العدد9-82.
- 19-تيسير حسون، (2004):الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية-DSM-IV ، جمعية الطب النفسية الأمريكية ط1، دمشق .

- 20- جابر عبد الحميد ، (1990) :نظريات شخصية: البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث ، التقويم ، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع ، ط 1، القاهرة .
- 21- الجاسر البندري عبد الرحمن ، (2008):الذكاء وعلاقته كل من فاعلية الذات وإدارك القبول والرفض الوالدي لدى عينة من طالبات وطلاب جامعة أم القرى، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة أم القرى .
- 22- جمال، سلوى، 1997، أثر البرامج الإرشادية في خفض القلق الإجتماعي لدى الطلبة الجدد في معهد التقني، رسالة دكتوراه ، جامعة البصرة العراق .
- 23- حسين، فايدة ، (2008) :العلاج النفسي أصوله أخلاقياته تطبيقاته، مؤسسة طبية، ط1، القاهرة .
- 24- حسين طه عبد العظيم ، (2009) :إدارة الخجل والقلق الإجتماعي ، دار الفكر ناشرون وموزعون ، ط1، المملكة الهاشمية عمان .
- 25- حمود الحلیم منسي، (2003) : منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات، دار وائل للنشر، ط 2، عمان.
- 26- خفاجي، زينب ، والشاوي، (2009):أثر التربية العلمية في خفض القلق الإجتماعي لدى طلبة جامعة البصرة، المجلة الجمعية العراقية للعلوم التربوية النفسية ، المجلة 69 ، العدد 18-1.
- 27- رجاء وحيد دويدري،(2000):البحث العلمي -أساسياته النظرية والممارسة العلمية -دار الفكر ، دمشق .
- 28- رشاد عبد العزيز موسى، (1994):علم النفس الدافعي، دار النهضة العربية للنشر والتوزيع ، ط1، القاهرة .
- 29- سعاد البشر،(2007) :الوساوس القهرية، غراس للنشر والتوزيع ، الكويت .

- 30-ستان .ج.ليندساي ،(2000): فحص المخاوف والقلق ، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ،ترجمة صفوت فرج ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- 31-سامر جميل رضوان ، (2001): القلق الإجتماعي دراسة ميدانية لتقنين مقياس القلق الإجتماعي على عينات سورية ،مجلة مركز البحوث التربوية ،المجلة 19 ، العدد 47-77.
- 32-سميرة عبد الله كرديدي،(2008): المساندة الإجتماعية وإدارة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي وفعالية برنامج للإرشاد الأسري ، دراسات عربية في علم النفس ،المجلد السابع ، العدد الثالث ،رابطة الأخصائيين النفسانيين ، القاهرة .
- 33-السيد،عثمان ، (2001): القلق وإدارة الضغوط النفسية ،دار الفكر العربي ، ط1، القاهرة.
- 34-شيلي تايلور،(2008): ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكر داود، علم النفس الصحي، دار حامد للنشر والتوزيع، ط1، الأردن .
- 35-شعبان جاب الله رضوان ،عادل محمد الهريدي، (2001) دور المساندة الإجتماعية في الإفصاح عن الذات والتوجه الإجتماعي لدى الفصامين والإكتائيين ، دراسات نفسية في علم النفس ،المجلد السادس عشر ، العدد الثاني ، رابطة الأخصائيين النفسانيين ، القاهرة .
- 36-عبدالرحمن الطبري، (1994): الضغوط النفسية مفهومه - تشخيصه-طرق عالجته ومقاومته ، دار الصفحات الذهانية ،الرياض .
- 37-عبد الستار إبراهيم ،عبد الله عسكر ،(1999): علم النفس الإكلينيكي ،الأنجلو المصرية ، القاهرة .
- 38- عبد الكريم بوحفص ، (2006): الإحصاء المطبق في العلوم الإجتماعية والإنسانية ، دايون المطبوعات الجامعية ،الطبعة الثانية ،الجزائر .
- 39-عواطف حسين صالح ، (1993): الفعالية الذاتية وأساليب مواجهة الضغوط كمتغيرات محكمية للتمييز بين الأمل والتفاؤل ، دراسات عربية في علم النفس ، المجلد السابع العدد الأول ،رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية ،القاهرة .

- 40- علي عبد السلام علي، (2001) :المساندة الإجتماعية و إتخاذ القرار الزوج وإختيار القرنين وعلاقتهم بالتوافق الزوجي ، دارسات نفسية في علم النفس ، المجلد الحادي عشر ، العدد الأول ، رابطة الأخصائيين النفسانيين ، القاهرة .
- 41- عماد محمد مخيمر ،(1997):الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية كمتغيرات واسطية في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الإكتئاب لدى الشباب الجامعي ، المجلة المصرية للدارسات النفسية ، المجلد السابع، العدد السابع عشر ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.
- 42-فاروق عبد الفاتح بشير معمريه، (1987) :مقارنة نموء الذكاء وفاعلية الذات في الطفولة والمراهقة دراسة ميدانية على تلاميذ المدارس ،المجلد الثاني ، العدد الثالث ، مجلة كلية التربية ، جامعة الزيقازيق .
- 43-دبرأ.هوب .رتشارد ج. هيمبرج ، (2002) الرهاب والقلق الإجتماعي :ترجمة محمد نجيب صبورة في دافيد ه بارلو (محرر) ، مرجع إكلينيكي في الإضطرابات النفسية ،دليل علاجي تفصيلي ،مكتب أنجلوا المصرية ، القاهرة .
- 44-صالح بن حمد العساف ، (1995) المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية ، مكتبة العبيكان ،الطبعة الأولى، الرياض .
- 45-صلاح مراد ، فوزية هادي ، (2002) :طرائق البحث العلمي تصميماتها وإجراءاتها ،الكتاب الحديث ، الكويت .
- 46-طلعت منصور ، (1984):أسس علم النفس العام ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة ، مصر .
- 47- كمال عبد الحميد زيتون،(2004)،منهجية البحث التربوي والنفسى، ط1، عالم الكتب القاهرة، مصر.
- 48-كازدن ، (1979) :الدافعية والإنفعال في الكفاءة الذاتية ،ترجمة سلامة ونجاتي ،أحمد عبد العزيز ومحمد عثمان ، دار الشروق ، ط1، القاهرة .

- 49- لويس كامل مليكة، (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، دار الناشر ، القاهرة .
- 50_ لولوة حمادة ،حسن عبد اللطيف، (2002): الصلاية النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، دارسات نفسية ،المجلد الثاني عشر، رابطة الأخصائيين النفسانيين المصرية، القاهرة.
- 51- لطفي الشربيني،(2011): المرجع الشامل في علاج الإكتئاب، دار النهضة العربية، بيروت.
- 52- مجدي الدسوقي ، (2004): مقياس الرهاب الإجتماعي ، الأنجلو مصرية، القاهرة .
- 53- محمد عبد الرحمن ، (1999): علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب- الأعراض - التشخيص - العلاج) ، دار القباء القاهرة .
- 54- محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن ،(1994): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب ، القاهرة .
- 55- محمد إبراهيم عيد ، (2000): الخجل وعلاقته ببعض سمات الشخصية في مرحلة المراهقة والرشد ، مجلة كلية التربية ، العدد 29 ، الجزء الثالث، العدد الثاني، جامعة عين الشمس بالقاهرة .
- 56- محمد اللاذقاني،(1995): أثر برنامج إرشادي جمعي قائم على تدريب المهارات الإجتماعية والعلاج العقلي والعاطفي في معالجة القلق الإجتماعي ، رسالة ماجستير، غير منشورة ، الجامعة الأردنية .
- 57- مروان عبد المجيد إبراهيم،(2000)، أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية، ط1، مؤسسة الوراق، عمان.
- 58- مهاد جاد الله حسن،(2004): القياس النفسي ،مكتبة أنجلو المصرية ،الطبعة الأولى ،القاهرة.
- 59- المشيخي غالب بن محمد ،(2009): قلق المستقبل وعلاقته كل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف ،رسالة ماجستير ، جامعة الطائف .

- 60- هوب وهيمبروغ ، (2002): الرهاب والقلق الإجتماعي ، (ترجمة محمد الصبورة) مكتبة الأنجلو المصرية ، ط1 ، القاهرة .
- 61- يخلف عثمان ، (2001): علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة ، دار التكلفة للطباعة والنشر والتوزيع ، الطبعة الأولى ، الدوحة .
- 62- وحيد مصطفى كامل ، (2008) : فاعلية الإرشاد العقلاني الإنفعالي مقترنا بالوجبات المنزلية في علاج الخوف الإجتماعي ، مجلة كلية التربية ، الجزء الثاني ، العدد السابع ، جامعة عين الشمس ، جامعة الزقازيق .
- 63- وردة بلحسيني ، (2011): أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج الرهاب الإجتماعي لدى عينة من طلاب الجامعة ، جامعة قاصدي مرباح ورقلة كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية ، رسالة دكتوراه ، ورقلة الجزائر .

-مراجع أجنبية:

- 64The American Psychiatric Association 1994. WHO,1992
- 65Hofmann S G & Albono AM (1999): Subtypes of social phobia in adolescents Depression and Anxiety, V9, N1: 15-18
- 66Stein M B, Torgrud, L.J. & Walker J.(2000): Social phobia symptoms, subtypes and severity: findings from a community survey, Archives of General Psychiatry, V57, N11:046-1052

الملاحق

- الملحق رقم (1): إمتبيان فاعلية الذات لبشير معمرية .
- الملحق رقم (2): إمتبيان القلق الإجماعي لوردة بلحسيني .
- الملحق رقم (3): إمتبيان المساندة الإجماعية لبشير معمرية .

الملحق رقم (01): إستبيان فاعلية الذات للبشير معمريّة

إستبيان

البيانات الشخصية

السن :

المستوى التعليمي : ثانوي جامعي متوسط امية

نوع السرطان :

الحالة الإجتماعية : عزباء متزوجة مطلقة

أختي :

يهدف هذا الإستبيان إلى التعرف على أرائك ووجهة نظرك حول مختلف المواقف التي تواجهك في حياتك اليومية والمطلوب منك وضع علامة (X) في إحدى الخانات التي تتناسب مع رأيك الخاص بعد قراءة العبارات بدقة وتمعن.

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك بصدق ، والرجاء منك تسجيل الإجابة الأولى التي تتبادر إلى ذهنك مباشرة ، ولا تترك أي عبارة دون الإجابة عليها ، علما أن هذا الإستبيان يستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

مثال توضيحي: إذا كانت لديك الفقرة التالية :أنا شخص حازم وصارم جدا، إختاري البديل الذي ترينه مناسباً ، وهذا بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، فإذا كنت توافقين كثيرا على هذه العبارة فأجبي بالطريقة التالية:

الرقم	الفقرة	لا	قليلا	متوسط	كثيرا
1	أنا شخص حازم وصارم جدا .				X

وشكرا على تعاونكم معنا .

الرقم	الفقرات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1	أنا شخص حازم وصارم .				
2	أحب إنجاز المهام الصعبة .				
3	مما يسعداني أنني أشعر بالأمن والطمأنينة .				
4	إذا فكرت في إنجاز شيء ما لا أحد يستطيع أن يمنعني من ذلك .				
5	أشعر بقدر كبير من الثقة بالنفس .				
6	أحب إنجاز الأعمال التي تتحداني .				
7	أشعر بالخجل عندما أتوقف عن عمل كنت قد بدأت به .				
8	لدي مستوى عال من العزيمة والقوة والارادة .				
9	عندما أبدأ إنجاز عمل ما أبذل فيه جهدا كبيرا لأنقته .				
10	أعمل فقط الأشياء التي أجيدها .				
11	أكون شجاعا أمام الصعوبات .				
12	أحب أن أكون مغامرا ومجازفا .				
13	عندما تعترضني مشكلة أوصل العمل حتى أتغلب على الصعوبات .				
14	أستطيع تحقيق النجاح في معظم الأعمال التي				

الملاحق

				أقوم بها .	
				15 من الأفكار التي أؤمن بها أن أعتد على نفسي في تحقيق أهدافي .	
				16 بإستطاعتي التغلب على مشكلات إذا تفرغت لها .	
				17 عندما أجد نفسي في موقف صعب أستعمل قدرتي للتغلب عليها .	
				18 لدية ثقة كبيرة في نفسي في أن أحقق أهدافي .	
				19 أؤمن بأنه إذا فشلت في عمل ما سوف أنجح فيه في المرة القادمة .	
				20 أعتقد بأن بذل الجهد هو أساس النجاح في كل شئ .	
				21 يمكن لي أن أتفوق على كثير من الناس .	
				22 إذا بدأت عملا لا أتوقف حتى أنهيه عن أخره .	
				23 لدية إرادة أكثر من معظم الناس .	
				24 عندما أقوم بانجاز عمل ما أستعمل كل قدرتي وأفكاري حتى أتقنه .	
				25 أتحمل الصعوبات الكبيرة في سبيل اتمام عملي على أحسن وجه .	
				26 أنا شخص فعال أكثر من معظم زملائي .	

الملاحق

				أشعر بالخجل والعار إذا ظهرت عاجزا .	27
				أستطيع النجاح في المهام التي فشل فيها غيري .	28
				أجد في نفسي القدرة على تحقيق أهدافي .	29
				أستطيع التغلب على مشكلات بمفردي .	30

الملحق رقم (02):إستبيان القلق الإجتماعي

إستبيان

البيانات الشخصية

السن :

المستوى التعليمي :ثانوي جامعي متوسط امية

نوع السرطان :

الحالة الإجتماعية :عزباء متزوجة مطلقة

أختي :

يهدف هذا الاستبيان الى التعرف على آرائك ووجهة نظرك حول مختلف المواقف التي تواجهك في حياتك اليومية والمطلوب منك وضع علامة (X) في إحدى الخانات التي تتناسب مع رأيك الخاص بعد قراءة العبارات بدقة وتمعن.

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك بصدق ، والرجاء منك تسجيل الاجابة الأولى التي تتبادر الى ذهنك مباشرة ، ولا تترك أي عبارة دون الإجابة عليها ، علما أن هذا الإستبيان يستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

الملاحق

مثال توضيحي: إذا كانت لديك الفقرة التالية : أشعر بالرضا إتجاه أسرتي بعد قراءة العبارة جيدا ، إختاري البديل الذي ترينه مناسباً ، وهذا بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، فإذا كنت توافقين كثيرا على هذه العبارة فأجبي بالطريقة التالية:

الرقم	الفقرة	لا تتطبق على الإطلاق	تتطبق على قليلا	تتطبق على الكثير
1	أشعر بالرضا إتجاه اسرتي			X

وشكرا على تعاونكم معنا

الرقم	الفقرات	لا تتطبق على الإطلاق	تتطبق على قليلا	تتطبق على الكثير
1	أكف عن مواصلة عملي عندما يشاهدني الناس.			
2	أخشى أن يعتقد الآخرون أنني شخصية ضعيفة .			
3	يحمر وجهي إذ طرح علي سؤال في النقاش			
4	أتجنب التواصل مع من هم في مراكز عليا.			
5	أخاف أن أبدو ا سخيفا أمام الآخرين.			
6	تنتبني الرعشة عند الأكل أمام الناس .			
7	أجد صعوبة كبيرة في التحدث مع الناس الغرباء .			
8	أتوقع أن تكون تقييمات الناس لي سيئة.			
9	تزداد ضربات قلبي عند الحديث مع الغرباء .			

الملاحق

			10	يزعجني وجودي ضمن مجموعة من الجنس الآخر .
			11	أنشغل كثيرا بذاتي خوفا من الإنتقادات .
			12	أكون متوترا جدا عند بدء الحوار مع شخص آخر .
			13	عند مواجهة أصحاب السلطة والنفوذ أشعر بالرهبة .
			14	أراقب ردات فعلي الجسدية عند وجود الآخرين .
			15	أشعر بالضيق في التنفس عندما أتوقع فشل في علاقة ما .
			16	أتجنب إلقاء الكلمة في موضوع ما .
			17	أخاف أن يصفني الآخرون بالغباء .
			18	أشعر باختناق إذ طلب مني إبداء رأي أمام مجموعة .
			19	أتجنب الذهاب إلى الحفلات .
			20	أراقب مظهري بشدة حتى لأبدو سخيفة .
			21	أتعرق بمجرد توقع ملاحظة سلبية من شخص مهم .
			22	عندما أكون في مكان مزدحم بالناس أتمنى أن أغادره .
			23	أضطراب إذا ركز أحدهم إلي .
			24	أشعر بالصداع قبل إجراء مقابلة مهمة .
			25	أحب الابتعاد عن الناس لأن وجودهم يجعلني قلقة .
			26	أتوقع أن يلاحظ الآخرون قلقي .

الملاحق

			27	أشعر بالتوتر بمجرد أن يوجه لي رأي سلبي .
			28	يصيبني القلق عندما أكتب بوجود الآخرين .
			29	عادة ما أتوقع أن يسيئ الآخرون الظن بي .
			30	أفضل أن أكون منعزلاً للأشعر براحة من التوتر.
			31	أتجنب العمل أمام الآخرين خوفاً من الإحراج .
			32	في قاعات الإنتظار أشعر كأن جميعاً من فيها يراقبني
			33	أرتجف عند استقبال الضيوف .
			34	يفلقتني العمل مع أناس لا أعرفهم .
			35	أتجنب قيادة مجموعة من الناس بسبب قلقي .
			36	يصعب علي الدخول إلى مكان فيه أشخاص غرباء .

الملحق رقم (03): إستبيان المساندة الإجتماعية

إستبيان

البيانات الشخصية

السن :

المستوى التعليمي : ثانوي جامعي متوسط امية

نوع السرطان :

الحالة الإجتماعية : عزباء متزوجة مطلقة

أختي :

الملاحق

يهدف هذا الاستبيان إلى التعرف على آرائك ووجهة نظرك حول مختلف المواقف التي تواجهك في حياتك اليومية والمطلوب منك وضع علامة (X) في إحدى الخانات التي تتناسب مع رأيك الخاص بعد قراءة العبارات بدقة وتمعن.

لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك بصدق ، والرجاء منك تسجيل الإجابة الأولى التي تتبادر إلى ذهنك مباشرة ، ولا تترك أي عبارة دون الإجابة عليها ، علما أن هذا الإستبيان يستخدم لغرض البحث العلمي فقط.

مثال توضيحي: إذا كانت لديك الفقرة التالية : الحظ يلعب دورا كبيرا في حياتي ، إختاري البديل الذي ترينه مناسباً ، وهذا بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، فإذا كنت توافقين قليلا على هذه العبارة فأجبي بالطريقة التالية:

الرقم	الفقرة	لا	قليلا	متوسط	كثيرا
1	الحظ يلعب دورا كبيرا في حياتي				

شكرا على تعاونكم معانا

الرقم	الفقرات	لا	قليلا	متوسط	كثيرا
1	تقف أسرتي بجانبني عندما أحتاج إلى المساندة .				
2	تساعدني أسرتي عندما أحتاج إلى ذلك .				
3	تشعرنني أسرتي بأهميتي عندما أغيب عنها .				
4	أشعر أن أسرتي حريصة على مساعدتي .				
5	تخفف أسرتي من أحزاني .				
6	مساندة أسرتي يزيد من قوتي على تحمل الألام .				
7	تهتم أسرتي بشؤوني الخاصة.				
8	عندما أشعر بالتوتر أفضل الرجوع إلى أسرتي.				

				9	تتقبلني أسرتي كما أنا بعجزي وضعفي .
				10	تحاول أسرتي اسعادي.
				11	يشاركني أفراد اسرتي إهتمامي في الحياة.
				12	أشعر أن وجودي بين أسرتي مرغوب فيه .
				13	عندما أتحدث أرى أفراد أسرتي ينصتون الي.
				14	تتقبل أسرتي أفكارى حتى لو اختلفت مع آرائهم.
				15	أفراد أسرتي مستعدون لمساعدتي عندما ألجا اليهم .
				16	يهتم أفراد أسرتي بتلبية إحتياجاتي.
				17	يسود التفاهم بيني وبين أفراد أسرتي .
				18	أسرتي تسودها العلاقات الاجتماعية.
				19	أستمتع بوجودي مع أفراد أسرتي .
				20	أشعر بالرضا عندما أطلب المساعدة من أسرتي .
				21	عندما تواجهني صعوبات ألجا الى أسرتي .
				22	أشعر بوجود مساندة من أصدقائي .
				23	أشعر بأنني محل إهتمام أصدقائي.
				24	أتحدث عن مشكلاتي مع أصدقائي.
				25	أشعر بالراحة لأن أصدقائي يساندونني.
				26	أطلب المساعدة من أصدقائي عندما أكون في حاجة إليهم .
				27	يوجد لدي أصدقاء حميمون أتحدث إليهم .

				يتقبل أصدقائي تصرفاتي.	28
				عندما أطلب المساعدة من أصدقائي أجدها	29
				أستفيد من خبرات أصدقائي .	30
				يتغطى أصدقائي عن أخطائي بسبب حبهم لي.	31
				أتقبل النصائح من أصدقائي .	32
				أحب أن أجتمع مع أصدقائي لأقضي معهم بعض الوقت.	33
				يمدني أصدقائي بالمال عندما أحتاج إليه.	34
				أتمسك بمشورة أصدقائي .	35
				ألجأ إلى أصدقائي عندما أشعر بالضيق.	36
				يستمتع أصدقائي بالجلوس معي .	37
				أشعر بأنني مندمج مع أصدقائي.	38
				يقوم أصدقائي بزيارتي.	39
				تربطني بأصدقائي علاقة قوية .	40
				أشارك أصدقائي في حل مشاكلتهم.	41
				عندما أكون في موقف صعب يهتم بي أصدقائي .	42
				تخف أحزاني عندما أتحدث مع أصدقائي.	43
				عندما تواجهني متاعب ألجأ إلى أصدقائي.	44