

جامعة قاصدي مرياح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية



مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات شهادة ماستر أكاديمي

الميدان : العلوم الاجتماعية

الشعبة : علم النفس

التخصص : علم النفس العيادي

إعداد الطالبة : محمدي فتيحة

مذكرة بعنوان :

فاعلية الذات و المعتقدات الصحية كمنبئات بظهور اضطراب العرض
الجسدي لدى عينة من طلبة الجامعة
- دراسة ميدانية بجامعة قاصدي مرياح ورقلة -

نوقشت بتاريخ: 18 / 05 / 2017

أمام أعضاء لجنة المناقشة :

جامعة و رقلة	رئيسا	د . باوية نبيلة
جامعة و رقلة	مناقشا	د . بلحسيني وردة
جامعة و رقلة	مشرفا و مقررا	د . خميس محمد سليم

السنة الجامعية : 2016/2017

ربنا أتنا من لذنك رحة وهى لنا من أمرنا رشا

﴿ ربنا أتنا من لذنك رحة وهى لنا من أمرنا رشا ﴾

صدق الله العظيم

(سورة الكهف، الآية: 10)

الإهداء

اهدي ثمرة جهدي إلى:
الغائبين الحاضرين اللذان بثا النور في جوانحي وأضاءا دربي بدعواتهما
والديّ الحبيبين رحمهما الله وأسكنهما فسيح جناته وأدعو الله العليّ القدير
إن كان لهذا الجهد ثواب أن يحتسبه في ميزان حسناتهما.
سندي و نصفي الثاني.... زوجي الغالي حفظه الله ورعاه
إخوتي وأفراد أسرتي الذين حملوا همي وخففوا عني الأعباء
الكثيرة بدعمهم النفسي والمعنوي وكلماتهم الطيبة
ودعواتهم بالتوفيق والسداد...
لكم جميعا أهدي ثمرة جهدي المتواضع .

فتيحة

شكر وعرفان

الحمد لله حمداً يليق بمقامه، و الصلاة والسلام على نبي الخلق وإمامه محمد بن عبد الله، وعلى آله وصحبه ومن ولاه، أما بعد:

يسعدني وقد أنهيت بفضل الله ورعايته إعداد هذه المذكرة أن أتوجه إلى الله العلي القدير بالحمد والشكر الذي هداني وأنار الطريق أمامي، وأمدني بالعزم والتصميم لإتمام هذا العمل العلمي المتواضع، وقبض لي من الأساتذة الأجلاء والعلماء الأفاضل من أناروا لي سبيل العلم، وأرشدوني إلى طريق الصواب. وأجد لزاماً علي أن أنسب الفضل إلى أهله وفاء وعرفاناً، وأتقدم بوافر الشكر وعظيم الامتنان إلى من منحني الرعاية الصادقة، والتوجيه المخلص، وأخص به أستاذي الفاضل الدكتور "خميس محمد سليم" الذي تفضل بالإشراف على هذه المذكرة مرشداً وموجهاً رغم كل ما يحمله من مسؤوليات والتزامات حيث كان مثالا للتواضع والصبر ورحابة الصدر في خدمة العلم و الطلبة، كما أتقدم بالشكر والامتنان إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة "بلحسيني وردة" على توجيهاته الكريمة وإرشاداتها القيمة طيلة مراحل هذه الدراسة وطيلة مسيرتي الجامعية و على سعيها الصادق من اجل العلم وطلابها فأسأل الله أن يجزيهما عني خير الجزاء. كما أتقدم بجزيل الشكر والتقدير للأساتذة المناقشين لتفضلهم بقبول مناقشة هذه المذكرة ولما بذلوه من وقت وجهد في قراءة هذا البحث وتقويمه، كما أتقدم بوافر الشكر والعرفان لصديقتي ورفيقتي مهيرة على دعمها ومساعداتها وعلى مؤازرتها وتشجيعها الدائم لي خلال دراسة الماجستير، وأوجه شكري كذلك للصديقتين العزيزتين سعيدة و ربة على مساعدتهما القيمة خلال هذه الدراسة ، ولا يفوتني أن أوجه شكري و امتناني إلى كل الطلبة الأعزاء الذين قبلوا المشاركة في هذه الدراسة . وأخيرا أشكر كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إنجاز وإتمام هذا البحث. جزأهم الله كل خير وأسأل المولي عز وجل أن يبارك جهودهم ويجعلها في ميزان حسناتهم.

الطالبة: **فتيحة محمدي**

ملخص الدراسة باللغة العربية :

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن العلاقة الارتباطية بين فاعلية الذات و المعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح بورقلة، ومعرفة القدرة التنبؤية للمتغيرين فاعلية الذات و المعتقدات الصحية بظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة. ومنه جاءت فرضيات الدراسة كالتالي:

1- توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة.

2- عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين اضطراب العرض الجسدي والمعتقدات الصحية يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.

3- عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين اضطراب العرض الجسدي وفاعلية الذات يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة .

4- توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة. وللتأكد من صحة فرضيات الدراسة تم استخدام ثلاثة مقاييس: مقياس فاعلية الذات Self-Efficacy Scale (هويده محمود، 2013)، مقياس المعتقدات الصحية Health Scale Beliefs (سهيلة عبد الرضا، 2013)، وسلم الأعراض الجسدية Somatic Symptom Scale(SSS-8) (Gierk, and al, 2014) من ترجمة و تعريب الطالبة. وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية لهذه الأدوات تم تطبيقه على عينة الدراسة المتمثلة في (150) طالب وطالبة من جامعة ورقلة تم اختيارهم بطريقة العينة الميسرة، وقد تم اختيار المنهج الوصفي الارتباطي لهذه الدراسة . وبعد جمع البيانات وتفريغها، تمت المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS.19). وقد أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي :

1- وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة .

2- وأن عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين اضطراب العرض الجسدي والمعتقدات الصحية يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.

3- وأن عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين اضطراب العرض الجسدي وفاعلية الذات يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.

4- توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة .

وفي الأخير تمت مناقشة النتائج وفق التراث النظري للموضوع، والدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة، وتبقى نتائج هذه الدراسة محدودة بعينيتها ومنهجها وأدواتها .

الكلمات المفتاحية: فاعلية الذات - المعتقدات الصحية - اضطراب العرض الجسدي.

Abstract:

This study aimed to reveal of the correlational relationship between Self-efficacy, Health beliefs and Somatic Symptom disorder , and Among a sample students of Kasdi Merbah Ouargla University , and learn the predictive capacity of both Self-efficacy, Health beliefs with the emergence of Somatic Symptom disorder and hence the study's assumptions as follows:

1. There is a correlation relationship of statistical significance between the self-efficacy , health beliefs and the Somatic symptom disorder of the study sample.
2. Isolate the effect of the self-efficacy degrees on the relationship between Somatic symptom disorder, health beliefs weakens the strength of this relationship in the study sample.
3. Isolate the effect of health beliefs degrees on the relationship between the Somatic symptom disorder and the effectiveness of Self-Efficacy weakens the strength of this relationship to the study sample.
4. Predictive capacity exists and that both Self-Efficacy and health beliefs on the emergence of Somatic symptom disorder in the study sample.

To validate of the study hypotheses we used three of measures:

Self-Efficacy Scale (Howaida Mahmoud, 2013), Health Beliefs Scale (sohaila Abdul Ridha, 2013), and Somatic symptom disorder Scale (SSS-8) (Gierk, and al, 2014) Translation and Arabization of the student.

And after verification of Psychometric properties of these tools have been applied to the study sample of (150) students from the University of ouargla were chosen in a sample facilitator method, and have been selected the descriptive approach addressing for this study . After Data Collection and emptying, Has been treated Statistical Processing by Using the statistical program for social sciences (SPSS.19).

The results of the study has resulted in the following :

- 1- There is a correlation relationship of statistical significance between the self-efficacy , health beliefs and the Somatic symptom disorder of the study sample.
- 2- And to isolate the effect of the self-efficacy degrees on the relationship between the Somatic symptom disorder and health beliefs weakens the strength of this relationship to the study sample.
- 3- And to isolate the effect of health beliefs on the relationship between the Somatic symptom disorder and the effectiveness of Self-Efficacy weakens the strength of this relationship to the study sample.
- 4- Predictive capacity exists and that both Self-Efficacy and health beliefs on the emergence of Somatic symptom disorder in the study sample.

Finally, the results were discussed according to the theoretical heritage of the subject, the previous studies, the results of this study remains limited in their Sample , methodology and tools

Keywords: Self-efficacy- Health beliefs - Somatic symptom disorder

فهرس المحتويات	
الموضوع	الصفحة
الإهداء	
شكر و عرفان	أ
ملخص الدراسة باللغة العربية	ب
ملخص الدراسة باللغة بالانجليزية	ج
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	ز
فهرس الأشكال	ح
فهرس الملاحق	ط
مقدمة الدراسة	01
الباب الأول : الجانب النظري	
الفصل الأول	
تقديم موضوع الدراسة	
1- مشكلة الدراسة	6
2- تساؤلات الدراسة	10
3- فرضيات الدراسة	10
4- أهمية الدراسة	11
5- أهداف الدراسة	12
6- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة	12
7- حدود الدراسة	14
الفصل الثاني	
فاعلية الذات	
- تمهيد	16
1- مفهوم فاعلية الذات	16
2- علاقة فاعلية الذات ببعض المفاهيم	17
3- خصائص فاعلية الذات	19
4- أبعاد فاعلية الذات	20
5- مصادر فاعلية الذات	22
6- التحليل التطوري لفاعلية الذات	25

27	7- توقعات فاعلية الذات
29	8- آثار فاعلية الذات على الفرد
32	9- الخطوات الموجهة لرفع مستوى فاعلية الذات
33	- خلاصة الفصل
الفصل الثالث	
المعتقدات الصحية	
35	- تمهيد
35	1- مفهوم المعتقدات
36	2- خصائص المعتقدات
36	3- تعريف المعتقدات الصحية
37	4- مكونات المعتقدات الصحية
39	5- المصطلحات المفتاحية للمعتقدات الصحية
39	6- عوامل اكتساب المعتقدات الصحية
41	7- محددات السلوك المتعلق بالصحة
43	8- النماذج المفسرة للمعتقدات الصحية
47	9- السلوك الصحي و الفاعلية الذاتية
48	- خلاصة الفصل
الفصل الرابع	
اضطراب العرض الجسدي	
50	- تمهيد
50	1- لمحة تاريخية حول اضطراب العرض الجسدي
52	2- التصنيف المستحدث للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية
55	3- التغييرات المفتاحية لاضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-5)
57	4- مفهوم اضطراب العرض الجسدي وفق (DSM-5)
58	5- معايير تشخيص اضطراب العرض الجسدي
59	6- التشخيص الفارقي لاضطراب العرض الجسدي
61	7- الفرق بين اضطراب العرض الجسدي و الجسدية
64	8- الاضطرابات المصاحبة والمأل
65	9- النماذج المفسرة لاضطراب العرض الجسدي

67	- خلاصة الفصل
الرباع الثاني : الجانب الميداني	
الفصل الخامس	
الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
70	تمهيد
70	1- المنهج المستخدم في الدراسة
70	2- الدراسة الاستطلاعية
72	3- أدوات الدراسة
88	4- الدراسة الأساسية
88	4-1- عينة الدراسة الأساسية
89	4-2- إجراءات الدراسة الأساسية
90	5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
90	خلاصة الفصل
الفصل السادس	
معرض وتحليل نتائج الدراسة	
92	تمهيد
92	1- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى
93	2- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية
94	3- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة
95	4- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة
97	خلاصة الفصل
الفصل السابع	
تفسير و مناقشة و نتائج الدراسة	
99	تمهيد
99	1- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الأولى
101	2- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الثانية
102	3- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة

104	4- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الرابعة
107	خلاصة الدراسة
108	المقترحات
110	المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

ص	مخوان الجدول	الرقم
58	يوضح التشخيصات المرتبطة بالفئة التشخيصية للعرض الجسدي و الاضطرابات ذات الصلة وفق (5, DSM-4)	01
60	يوضح عرض موجز للفئة التشخيصية للعرض الجسدي و الاضطرابات ذات الصلة	02
66	يوضح الفرق بين اضطراب العرض الجسدي و اضطراب الجسدة	03
77	يبين أبعاد مقياس فاعلية الذات	04
79	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس فاعلية الذات	05
80	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة التجزئة النصفية	06
81	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة ألفا كر و نباح	07
84	يبين الفقرات المعدلة من مقياس المعتقدات الصحية في ضوء آراء المحكمين	08
85	يبين الفقرات المحذوفة من مقياس المعتقدات الصحية في ضوء آراء المحكمين	09
85	يبين الفقرات تعديل بدائل مقياس المعتقدات الصحية في ضوء آراء المحكمين	10
86	يوضح نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس المعتقدات الصحية	11
86	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس المعتقدات الصحية بطريقة التجزئة النصفية	12
87	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس المعتقدات الصحية بطريقة ألفا كرونباخ	13

88	يبين كيفية تنقيط بنود سلم الأعراض الجسدية	14
89	يوضح الضبط اللغوي لبعض بدائل سلم الأعراض الجسدية في ضوء آراء المترجمين	15
90	يوضح ضبط الصياغة اللغوية لتعليمات سلم الأعراض الجسدية في ضوء آراء المترجمين	16
90	يوضح صدق المقارنة الطرفية لسلم اضطراب الأعراض الجسدية	17
91	يوضح نتائج معامل ثبات سلم الأعراض الجسدية بطريقة التجزئة النصفية	18
91	يوضح نتائج معامل ثبات سلم الأعراض الجسدية بطريقة ألفا كرونباخ	19
93	يوضح خصائص أفراد العينة الأساسية	20
97	يوضح معامل الارتباط بين متغيرات الدراسة	21
98	يوضح حجم الأثر لنتيجة الفرضية الأولى	22
98	يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي بين المعتقدات الصحية والأعراض الجسدية	23
99	يوضح حجم الأثر لنتيجة الفرضية الثانية	24
99	يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي بين فاعلية الذات والأعراض الجسدية	25
100	يوضح حجم الأثر لنتيجة الفرضية الثالثة	26
101	يوضح نتائج معامل الانحدار الخطي المتعدد بين متغيرات الدراسة	27
101	يوضح نتائج الانحدار و قيم "ت" ودلالاتها الإحصائية	28

فهرس الأشكال

ص	مخوان الشكل	الرقم
18	يبين أبعاد فاعلية الذات لبندورا	01
21	يبين مصادر فاعلية الذات عند باندورا	02
30	يبين العلاقة بين توقعات الفاعلية و توقعات النتائج	03
40	يبين مكونات نموذج المعتقد الصحي	04
43	يبين عوامل اكتساب المعتقدات الصحية	05
48	يبين نموذج المعتقد الصحي	06
57	التغيرات المستحدثة للفئة التشخيصية لاضطرابات الأعراض الجسدية بين (DSM-4,5)	07

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق
04	سلم اضطراب العرض الجسدي (SSS-8) في صورته النهائية
05	استمارة تحكيم مقياس المعتقدات الصحية Health beliefs Scale
06	مقياس المعتقدات الصحية في صورته النهائية
07	مقياس فاعلية الذات Self-Efficacy-scale
08	قائمة أسماء المحكمين لسلم اضطراب الأعراض الجسدية
09	قائمة أسماء المحكمين لمقياس المعتقدات الصحية

مقدمة الدراسة

مقدمة الدراسة :

نتيجة للضغوطات التي يعيشها الفرد فإنه يعاني من العديد من الصعوبات والمشاكل والتحديات التي يتوجب عليه التكيف معها ، وربما يكون ببساطة مجرد الشعور بعدم السعادة للعديد من أمور حياته العادية يجعله يشعر بالضيق والتوتر، في هذا الجو وتحت هذه الظروف وغيرها من الأمور قد يعاني من أعراض جسمية تمثل نوعا من التكيف والتخفيف من حدة المعاناة النفسية التي يعاني منها الإنسان والجميع منا قد مر بهذه الخبرات وعانى من بعض الأعراض الجسمية العابرة التي جاءت مصاحبة للمعاناة النفسية أو الظروف التي نمر بها في حياتنا اليومية ، ولكن هناك من تورقه هذه الأعراض وتؤدي به إلى الانشغال الزائد أو إهدار الوقت والطاقة نحو هذه الأعراض الجسدية، وقد تستمر هذه الأعراض وتتشكل لتطور ما يسمى باضطراب الجسدية أو اضطراب العرض الجسدي حسب تسميته في التصنيف الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5). ولقد احتوى هذا الدليل على تغيرات عديدة في تشخيص هذه الأعراض، التي تبدأ بعد التعرض للمشقة أو الصراع، حيث يلاحظ أن الفرد يستخدم هذه الأعراض الجسدية لتجنب بعض الأنشطة غير السارة أو لجذب الانتباه والتعاطف معه" (أن كرينغ و اخرون،2016، 370). كما انه ما يميز هذه الاضطراب هو الانشغال الزائد حول الصحة. فحسب نظرية الفعالية الذاتية لباندورا (**bandura**) فإن الصحة لا تحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الفعالية الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية أي عندما تصبح الفعالية الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد (Bandura, 1997, 151). لذا تُعد فاعلية الذات من المتغيرات النفسية الهامة التي تُوجه سلوك الفرد وتُسهم في تحقيق أهدافه الشخصية، فالأحكام والمعتقدات التي يمتلكها الفرد حول قدراته وإمكاناته لها دور هام في التحكم في البيئة، مما يسهم في زيادة القدرة على الإنجاز ونجاح الأداء، بما فيها الأمور المتعلقة بصحته الجسدية والنفسية. "ويرى لوهاوس (Lohaus,1979) أن فرضيات الكفاءة الذاتية تقوم فيما يتعلق بالمسائل الصحية على القناعة بقدرة الشخص على القيام بسلوك صحي حيث يتحدد في الوقت نفسه نوع ومقدار ومدة القيام بهذا السلوك" (العاسمي،2016، 262).

وهناك دلائل عديدة على أن الكثير من المشكلات المتعلقة بالصحة العامة مثل الألم والإجهاد و الشعور بالضيق والقلق والمخاوف والانشغال بسبب الأمور الصحية تنتشر بين قطاعات كبيرة في أي مجتمع من المجتمعات، وذلك لعدة أسباب أهمها معتقدات الأفراد واتجاهاتهم نحو الصحة العامة، وما يرتبط بها (عبد الله، ورضوان، 2009). ومن خلال معتقدات الفرد حول الصحة يمكن التنبؤ بسلوكياته الصحية سواء كانت ايجابية أو سلبية وهذا حسب نموذج المعتقد الصحي. وإذا نظرنا إلى الانشغال المفرط حول الصحة كسمة أساسية في (DSM-5) تميز الفرد المصاب باضطراب الأعراض الجسدية فإن هذا قد يكون راجع لمعتقدات هذا الفرد حول الصحة.

وقد واجهت الطالبة صعوبات عديدة لانجاز هذه الدراسة والوصول إلى أهدافها، منها قلة الدراسات العربية أو بالأحرى ندرتها حول موضوع العرض الجسدي، ولذلك تم إعداد هذا البحث في حدود اطلاع الطالبة من خلال ما تم الحصول عليه من معلومات، ومن خلال ترجمة بعض الدراسات الأجنبية التي تناولت هذا الاضطراب وعلاقته بمتغيرات أخرى غير متغيرات الدراسة الحالية للاستشهاد بها وتوظيفها في مناقشة نتائج فرضيات الدراسة.

ولقد جاءت هذه الدراسة للبحث في العلاقة بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية ، والقدرة التنبؤية بين المتغيرات الثلاثة لدى عينة من طلبة الجامعة بورقلة ، وفقا لخطة شملت الجانب النظري ويحتوي أربعة فصول، والجانب التطبيقي يحتوي ثلاثة فصول كما يلي :

الباب الأول الدراسة النظرية التي تضمنت أربعة فصول، حيث تعرضنا في **الفصل الأول** إلى عرض مشكلة الدراسة وأهميتها وأهدافها ثم فرضياتها والتحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة وحدودها.

أما **الفصل الثاني** فكان موضوعه فاعلية الذات ، وقد ركزنا في هذا الفصل على مفهوم فاعلية الذات، علاقة فاعلية الذات ببعض المفاهيم، خصائص فاعلية الذات، أبعاد ومصادر فاعلية الذات، توقعات وأثار فاعلية الذات، التحليل التطوري لفاعلية الذات، والخطوات الموجهة لرفع مستوى فاعلية الذات ثم خلاصة الفصل. في حين تناول **الفصل الثالث** المعتقدات الصحية حيث تطرقنا الى مفهوم المعتقدات، خصائص المعتقدات، تعريف المعتقدات الصحية، مكونات المعتقد الصحي، المصطلحات المفتاحية للمعتقدات الصحية، عوامل اكتساب المعتقدات الصحية ، محددات السلوك المتعلق بالصحة ، والنماذج المفسرة للمعتقدات الصحية والسلوك الصحي والفاعلية الذاتية ثم خلاصة الفصل أما **الفصل الرابع** فكان موضوعه اضطراب العرض الجسدي حيث تطرقنا في البداية إلى لمحة تاريخية حول اضطراب العرض

الجسدي ، التصنيف المستحدث للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية حسب (DSM-5)، التغيرات المفتاحية لاضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-5)، التشخيصات المرتبطة باضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-4, 5) ، مفهوم اضطراب الأعراض الجسدية وفق (DSM-5)، تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية، التشخيص الفارقي لاضطراب الأعراض الجسدية، الفرق بين اضطراب العرض الجسدي والجسدية، الاضطرابات المصاحبة والمأل، النماذج المفسرة لاضطرابات الأعراض الجسدية وأخيرا خلاصة الفصل.

أما **الباب الثاني** خصص للدراسة الميدانية حيث عرض في **الفصل الخامس** الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، وفيه تم توضيح المنهج المستخدم في الدراسة، حيث تطرقنا للدراسة الاستطلاعية، ووصف أدوات القياس المستعملة في الدراسة، والمتمثلة في مقياس مقياس فاعلية الذات، ومقياس المعتقدات الصحية، و سلم اضطراب الاعراض الجسدية ، وبعدها تم التطرق إلى إجراءات الدراسة الأساسية والعينة ومواصفاتها والأساليب الإحصائية المستخدمة، أما في **الفصل السادس** فقد تناولنا عرض وتحليل نتائج الدراسة، وفي **الفصل السابع** تم تفسير ومناقشة النتائج وفقا لفرضيات الدراسة، وبعدها تم تقديم خلاصة الدراسة والمقترحات، وأخيرا قائمة المراجع والملاحق.

الجانبة النظرية

الباب الأول
الجانب النظري
الفصل الأول
تقديم الدراسة

- 1- مشكلة الدراسة.
- 2- تساؤلات الدراسة.
- 3- فرضيات الدراسة.
- 4- أهمية الدراسة.
- 5- أهداف الدراسة.
- 6- المفاهيم الاجرائية لمتغيرات الدراسة.
- 7- حدود الدراسة.

1- مشكلة الدراسة :

يشتكى الكثير من الأفراد من وجود دائم لأعراض جسدية تدل على إصابتهم بأمراض عضوية، لكن عند الكشف وإجراء التحاليل اللازمة يتضح أنهم بكامل الصحة والعافية ولا يعانون أية أمراض ولا يجد الأطباء تفسير طبي لهذه الأعراض ، ومع ذلك قد يستمر الشخص في الشكوى واللجوء لأطباء آخرين، ويظل يدور في حلقة مفرغة. ومن أمثلة هذه الأعراض الشائعة الصداع، ألم الظهر، آلام المفاصل، مشاكل في المعدة أو الأمعاء وغيرها من الأعراض الجسدية الأخرى التي تميز ما يسمى باضطراب العرض الجسدي حسب الدليل الخامس للاضطرابات النفسية. ويصيب هذا الاضطراب حوالي 5% - 7% من الناس، حيث يكون ظاهر أعراض جسدي بينما أصلها نفسي، وأهم ما يميز اضطراب الأعراض الجسدية هو شكوى المريض من أعراض جسدية دون وجود مرض حقيقي يفسرها، ولذلك يقوم المريض بزيارات متكررة للمستشفيات، والأطباء ، ولكنه لا يجد سبباً لعلته، وهذا ما يبعث في نفسه المزيد من الحيرة والقلق، ويجعله ينتقل من مستشفى إلى مستشفى، ومن طبيب إلى طبيب (عبد الله السبيعي، 2016). وتشير التقديرات إلى أن الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية تصل النفقات الطبية لها إلى (256) بليون دولار في السنة لدى الولايات المتحدة الأمريكية. (barsky, orav, & bates, 2005) عن (آن كرينغ و خرون، 2016، 467).

وبالنسبة لانتشار هذه الأعراض يشير سامر جميل إلى دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية أن مثل هذا النوع من الاضطرابات منتشر في كل بلدان العالم. وترتبط هذه الاضطرابات مع الإرهاق عبر كل الطبقات والفئات الاجتماعية. وقد أجريت هذه الدراسة في (5) من الدول النامية والصناعية حيث وجد أن هذه الآلام تتدرج من الصداع بالدرجة الأولى يعقبها ألم الظهر والمعدة والأمعاء. وقد بلغ عدد الأعراض في هذه الدراسة حوالي (23) عرضاً تقود إلى المعاناة. وقد اعتبرت الأحداث الحياتية المرهقة من الأسباب الرئيسية لهذه الاضطرابات. حيث أكد ذلك وجود حوالي 60% من هذه الأعراض لدى الإيطاليين و 44% لدى الأمريكيين و 34% لدى الأفريقيين و 28% لدى الهنود و 8% لدى البرازيليين.

والأفراد الذين يعانون من هذه الأعراض الجسدية ، غالبا ما يشاهدون في مواقع الرعاية الصحية الأولية والأماكن الطبية الأخرى، ولكن تواجههم اقل شيوعا في عيادات الصحة العقلية والنفسية (أنور الحمادي، 2015، 217)، وقد يكون ذلك راجع لعدم وعيهم بان أصل أعراضهم نفسي وليس عضوي. وبالرغم من حصول مرضى هذه الاضطرابات على الرعاية الطبية إلا أنهم يشعرون بعدم الرضا نحو هذه الرعاية

الطبية، وعادة ما يصفون أطباءهم بأنهم غير أكفاء أو غير مهتمين بهم، ولهذا نجدهم باستمرار يطلبون العلاج المكثف من خلال زيارات أطباء جدد والقيام بفحوصات جديدة، ومن ثم يصبح هؤلاء المرضى غير قادرين عن العمل بسبب اهتمامهم الزائد بصحتهم (آن كرينغ واخرون، 2016، 467). وفي الصورة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5) صنف هذا الاضطراب في فئة جديدة تسمى العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، وجميع هذه الاضطرابات لديها سمة مشتركة وهي بروز أعراض جسدية مرتبطة بمعاناة وضعف كبيرين، وحسب (DSM-5) كذلك نجد أن الخصائص المميزة لكثير من الأفراد الذين يعانون من اضطراب العرض الجسدي ليس الأعراض في حد ذاتها وإنما طريقة عرضها و تفسيرها. وبسبب حداثة تعريفات الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية ، فلا توجد دراسات وبائية على نسب انتشارها، ولكن من استقراء الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل ، فإنه عادة تبدأ الاهتمامات بكل من الأعراض الجسمية وقلق المرض في بداية مرحلة البلوغ (آن كرينغ و اخرون، 2016، 468)، أين يكون الفرد قد مرّ بجملته من الخبرات وفي هذا الصدد يرى حسين فايد، (2001) أن النظرية المعرفية ترجع الاضطراب النفسي إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، ويشار إلى العمليات المعرفية قصيرة المدى بالتوقعات Expectations وأساليب العزو Attributions والتقديرات Abraisals بينما يشار إلى العمليات المعرفية طويلة المدى بالاعتقادات (فايد، 2001، 31). و حسب هذه النظرية فإن ظهور أو الإصابة باضطراب الأعراض الجسدية قد يكون راجع لمعتقدات الفرد حول الصحة، التي تنطلق من فكرة الارتقاء بالصحة والمحافظة عليها، إذ تحتل المعتقدات الصحية والسلوك الصحي وتنميته أهمية متزايدة، ليس على صعيد الصحة البدنية فحسب، بل على صعيد الصحة النفسية أيضا . وتبرز أهمية المعتقدات الصحية من خلال رفع مستوى الوعي الصحي الاجتماعي ، و التركيز على دور الفرد في المسؤولية عن صحته الشخصية لأن هذا سيؤدي بالنتيجة إلى إدراك عوامل الخطر والتصدي لها و الوقاية من الأمراض البدنية والنفسية ومن ثم المحافظة على الصحة بشكل عام (Lorraine M Reiser،2007،p:68).

وقد زودتنا الأبحاث والدراسات في مجال علم النفس الصحة بنموذج المعتقدات الصحية حيث ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف ويتم هنا افتراض قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة. (رضوان، ريشكة، 2009)

ومن الدراسات التي تناولت المعتقدات الصحية دراسة لجونسون، ماكليود وليام، لورا كينيدي، ماكليود كاترين Johnson, William McLeod, Laura Kennedy, Katherine McLeod والتي كان الهدف منها المقارنة بين المعتقدات الصحية وانتشار عوامل الخطر المرتبطة بهشاشة العظام عبر الفئات العمرية مع مراعاة الفروق بين الجنسين، حيث توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس المعتقدات الصحية تعزى لمتغير السن والجنس والمستوى التعليمي، حيث أن الأفراد أصغر سناً لديهم حساسية مدركة أقل من الأفراد الأكبر سناً، وأن النساء لديهم حساسية مدركة أكبر من الرجال لجميع الفئات العمرية، وأن ذوي المستوى الجامعي لديهم حساسية أكبر من ذوي المستوى الثانوي، وخلصوا الباحثين إلى أن نموذج المعتقدات الصحية أساسي لتغيير السلوك، ولمواجهة والتصدي للتهديدات الصحية (C. Shanthi Johnson et al., 2007).

وفي دراسة أجراها كل من آن هاس، أندرو ستبتو، جايمس ف، Anne Andrew Steptoe James F, Hasse, حول قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات، حيث كان الهدف منها الكشف عن العلاقة بين قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات الصحية باختلاف الثقافات ومستوى التنمية الاقتصادية. حيث قاموا بإجراء مستعرض على طلاب الجامعات من (23) دولة، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي باختلاف الثقافات (Anne Hasse et al, 2004).

ونجد في هذه الدراسات التي تناولت المعتقدات الصحية وبالرغم من اختلاف منطلقاتها وأهدافها فهي توحى بصفة غير مباشرة عن وجود علاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي ومستوى إدراك الفرد لها. وتعد الكفاءة الذاتية للفرد أيضا من العوامل التي تساهم في الارتقاء بالصحة والمحافظة عليها. حيث أضيف سنة 1988 مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية الغير صحية (Carolina Werl).

تعتبر فاعلية الذات من المكونات المهمة للنظرية المعرفية الإجتماعية لباندورا "Bandora" حيث قدم نظريته في الفاعلية الذاتية "Self – Efficacy" التي تعتبر أن سلوك المبادرة والمثابرة لدى الفرد يعتمد على أحكام الفرد وتوقعاته المتعلقة بمهاراته السلوكية ومدى كفايتها للتعامل بنجاح مع تحديات البيئة والظروف المحيطة، وهذه العوامل في رأي "باندورا" تلعب دورا هاما في التكيف النفسي والاضطراب، وفي تحديد مدى نجاح أي علاج للمشكلات الانفعالية والسلوكية والصحية (Maddux, 1995,56).

وهذا يعني أن انخفاض الفاعلية الذاتية مظهرا هاما للمشكلات الصحية بما فيها الجانب النفسي والجانب الجسدي، حيث يشير "باندورا" أن مصطلح الفاعلية الذاتية هي معتقدات الشخص حول قدرته على تنظيم وتنفيذ المخططات العلمية المطلوبة لإنجاز الهدف المراد وهذا يعني أنه إذا اعتقد الفرد بأنه يمتلك القوة لإنجاز الأهداف المطلوبة فإنه يحاول جعل هذه الأشياء تحصل فعلا، بمعنى آخر إن الفاعلية الذاتية تشير إلى الاعتقادات الافتراضية التي يمتلكها الفرد حول قدراته (Bandura, 1997,132).

ويرى باندورا "Bandora" أن الذين يتمتعون بفاعلية ذاتية عالية يعتقدون أنهم قادرون على إحداث تغيير في البيئة، أما الذين يتصفون بفاعلية ذات منخفضة فإنهم ينظرون إلى أنفسهم بأنهم غير قادرين على أداء ناجح. كما تؤثر المعتقدات المتعلقة بفاعلية الذات على عمليات التفكير إما بطريقة مساعدة للذات أو بطريقة معيقة للذات، فالأفراد الذين يملكون إحساسا قويا بالفاعلية الذاتية يركزون إنتباههم على تحليل المشكلة، ويحاولون التوصل للحلول المناسبة، وبالمقابل فإن الأفراد الذين يساورهم الشك في الفاعلية الذاتية لديهم يحولون إنتباههم إلى الداخل ويغرقون أنفسهم بالهموم عندما يواجهون مطالب البيئة الصعبة، فهم يهتمون بجوانب النقص، وعدم الفاعلية الشخصية لديهم، كما يتصورون فشلهم الذي يؤدي إلى نتائج سلبية (Bandura ;1998,43).

وهذا النوع من التفكير السلبي يولد التوتر والضغط ويحد من الاستخدام الفعال للقدرات المعرفية من خلال تحويل الانتباه عن كيفية تلبية المتطلبات بأفضل شكل ممكن إلى إثارة القلق حول العجز الشخصي، واحتمالية الوقوع بالفشل (Bandura & Wood ; 1989) .

فاعتقادات الفرد بفاعلية الذات لديه تتشكل بالاعتماد على مجموعة من العوامل والمصادر أبرزها، الطريقة التي يفسر بها الفرد نتائج سلوكه وخبراته السابقة (50, Bandura, 1998) ، وإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة، إلا من خلال فاعلية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية، أي عندما تصبح الفعالية الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد (العاسمي، 2016، 265). و مما سبق ذكره حول فاعلية الذات و المعتقدات الصحية و اضطراب العرض الجسدي ونظرا لقلّة الدراسات الأجنبية و العربية (في حدود علم الطالبة) التي تناولت هذا الموضوع جاءت هذه الدراسة لتوضح العلاقات المتبادلة بين هذه المتغيرات وتحديد ما إذا كانت المعتقدات الصحية والفاعلية الذاتية تعد عوامل منبئة بظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة من طلبة الجامعة ، من خلال الإجابة على الأسئلة التالية :

2- تساؤلات الدراسة:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطيه بين كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي؟
- 2- هل عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي و يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة؟
- 3- هل عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب العرض الجسدي يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة ؟
- 4- هل توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة ؟

3- فرضيات الدراسة :

- 1- توجد علاقة ارتباطية بين كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي لدى طلبة الجامعة .
- 2- عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي يضعف من قوة هذه العلاقة لدى طلبة الجامعة

3- عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب العرض الجسدي يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة .

4- توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة.

4- أهمية الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية إلى المساهمة في إثراء جانب مهم من مجالات الدراسات النفسية الإكلينيكية وهو الكشف عن علاقة فاعلية الذات والمعتقدات الصحية باضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة من طلبة جامعة ورقلة.

تناولت الدراسة اضطراب الأعراض الجسدية و الذي ندرت فيه الدراسات سواء العربية أو الأجنبية - في حدود علم الطالبة- من جهة، وكونه أدرج حديثا في الدليل (DSM-5) من جهة أخرى مما يعزز الدراسة الحالية بحثيا. ونظراً لندرة الدراسات العربية والمحلية التي تناولت هذا الموضوع -حسب علم الطالبة - فإن الدراسة الحالية تكمن أهميتها في إنها أول دراسة عربية ومحلية تجمع بين متغيراتها المتمثلة في كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية.

كما تسهم هذه الدراسة في توعية المصابين باضطراب الأعراض الجسدية بالتوجه إلى عيادات الصحة العقلية والنفسية بدلا من التوجه لمراكز وعيادات الرعاية الطبية.

وتبرز أهمية الدراسة كذلك من خلال العينة المستهدفة (طلبة الجامعة) المتمثلة في فئة الشباب التي تعد أهم شريحة في المجمع يتطلب العناية بها ودراسة عوامل تحقيق الصحة النفسية والجسدية لها من خلال الكشف عن عوامل الخطورة المساهمة في ظهور اضطراب الأعراض الجسدية. كما يهتم موضوع البحث بتشجيع الأفراد على إتباع السلوك الصحي والبحث عن مصادر تنمية الصحة ، وذلك باقتراح تعديل المعتقدات الصحية ورفع مستوى الكفاءة الذاتية للمحافظة على الصحة النفسية و الجسدية .

وتكمن الأهمية كذلك في تقديم دراسة ميدانية يمكن الاسترشاد بها خلال وضع الخطط الوقائية والعلاجية من قبل هيئات الصحة بصفة عامة والعاملين بالمجال الإكلينيكي بصفة خاصة، والاستفادة من مخرجاتها في وضع الخطط الخاصة بالتنقيف الصحي، وتقديمها إلى الجمهور المستهدف بشكل يحقق النتائج المنشودة.

أما من الناحية التطبيقية تظهر أهمية الدراسة في ترجمة مقياس اضطراب الأعراض الجسدية وتعديل مقياس المعتقدات الصحية وحساب خصائصهما السيكومترية في البيئة المحلية للاستفادة منهما في دراسات أخرى وإثراء المكتبة النفسية.

5- أهداف الدراسة:

- 1- الكشف عن العلاقة الارتباطية بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي.
- 2- الكشف عن تأثير عزل درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين اضطراب الأعراض الجسدية والمعتقدات الصحية .
- 3- الكشف عن تأثير عزل درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين اضطراب الأعراض الجسدية وفاعلية الذات .
- 4- الكشف عن القدرة التنبؤية للمتغيرات فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على اضطراب الأعراض الجسدية .

6- المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة :

1- فاعلية الذات Self-Efficacy-scale :

تعرف صاحبة المقياس (هويدة حنفي محمود، 2013) - الذي تم تبنيه في هذه الدراسة واستنادا على نظرية بندورا- فاعلية الذات على أنها إدراك الفرد لقدراته الشخصية من خلال الأداء، وتنوع الخبرات البديلة التي يمر بها، و إقتناعه بقدرته على إنجاز المهام بنجاح بالإضافة إلى استثارته الانفعالية التي تزيد من قدرته على مواجهة المواقف التي تواجهه. ويتضمن الأبعاد الآتية:

أ- إنجاز الأداء Performance Accomplishment

اقتناع الفرد بقدراته الذاتية على أداء المهام الصعبة، وإنجازها بنجاح والذي يقتضي تنظيم تفكيره وتقييمه لأدائه ومواجهة الصعاب وتحمله المسؤولية والمثابرة في تحقيق أهدافه مع شعوره بالثقة في نفسه.

ب- الخبرات البديلة Vicarious experiences

كل ما يمكن اكتسابه من خلال ملاحظة أداء الآخرين وأنشطتهم الناجحة وكذلك ما يمر به من خبرات سابقة، مما يساعد الفرد على تكوين توقعات عن أدائه في المواقف المشابهة.

ج- الاقتناع Persuasion

قدرة الفرد ومهارته للاستماع إلى الآخرين أثناء تقديم عمليات التشجيع والتدعيم، والتي تهدف إلى إقناعه بقدرته على إنجاز المهام بنجاح.

د- الاستثارة الانفعالية Emotional Arousal

حالة الفرد الانفعالية التي يشعر بها، وتؤثر على قوة فعالية الذات لديه، وتمكنه من مواجهة المواقف (هويذة حنفي، 2013، 5، 6).

تعرف فاعلية الذات إجرائيا في الدراسة الحالية بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب على بنود مقياس فاعلية الذات المستخدم في الدراسة الحالية بجامعة ورقلة.

2- المعتقدات الصحية Health Beliefs:

استخدمت الطالبة في الدراسة الحالية مقياس الباحثة سهيلة عبد الرضا عسكر، (2013) للمعتقدات الصحية التي تبنت تعريف روزنستوك و بيكر (Becker, Rosenstock, 1974)، لأنها اعتمدت نظريتهما في بناء هذا المقياس وينص التعريف على أن المعتقدات الصحية تتمثل في عزو الفرد لمعتقداته وتوقعاته واندفاعاته وإدراكاته، وعناصر معرفية وشخصية أخرى، والتي من شأنها تساعد في الحفاظ على الصحة وتجديدها وتحسينها.

تعرف المعتقدات الصحية إجرائيا في الدراسة الحالية بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب على بنود مقياس المعتقدات الصحية المستخدم في الدراسة الحالية بجامعة ورقلة.

3- اضطراب العرض الجسدي Somatic Symptom disorder :

يعرف إضراب العرض الجسدي حسب الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية انه احد اضطرابات الأعراض الجسدية الذي يشخص من خلال وجود عرض أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة والتي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية مصحوبة بأفكار أو مشاعر أو سلوكيات مفرطة

متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها، وثبات الأعراض يبقى عادة أكثر من (6) أشهر، وتحدد شدة الاضطراب بالخفيف أو المتوسط أو الشديد. يعرف اضطراب الأعراض الجسدية إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب على بنود سلم الأعراض الجسدية المستخدم في الدراسة الحالية بجامعة ورقلة .

7- حدود الدراسة :

تحدد الدراسة الحالية بالحدود التالية :

أ- الحدود البشرية: تكونت عينة الدراسة من (150) طالب وطالبة من جامعة ورقلة.

ب- الحدود الزمنية : أجريت الدراسة خلال شهري فيفري ومارس لسنة (2017)

ج- الحدود المكانية : جامعة قاصدي مرباح بولاية ورقلة .

كما تتحدد الدراسة بالمنهج والأدوات المستخدمة ،وتناقش نتائج هذه الدراسة وإمكانية تعميمها في ضوء هذه الحدود.

الفصل الثاني

فاعلية الذات

تمهيد

1. مفهوم فاعلية الذات
2. علاقة فاعلية الذات ببعض المفاهيم
3. خصائص فاعلية الذات
4. أبعاد فاعلية الذات
5. مصادر فاعلية الذات
6. التحليل التطوري لفاعلية الذات
7. توقعات فاعلية الذات
8. آثار فاعلية الذات على الفرد
9. الخطوات الموجهة لرفع مستوى فاعلية الذات

خلاصة الفصل

تمهيد:

تهتم نظرية التعلم الاجتماعي بموضوع فاعلية الذات، ورائد هذه النظرية "باندورا" الذي يؤكد على مبدأ الحتمية التبادلية في التعلم الاجتماعي، مؤكداً على العلاقات المتبادلة بين العوامل السلوكية والبيئية والعوامل المؤثرة في سلوك الأفراد. ويؤكد باندورا على أن تصورات الأفراد لفاعليتهم الذاتية هي أكثر التصورات تأثيراً في حياتهم اليومية وأكثر تأثيراً في اختيارهم فيكونوا إما سلبيين أو إيجابيين في تقييمهم لذاتهم (Bandura, 1982, p 122). ويعد مفهوم فاعلية الذات من أهم مفاهيم علم النفس الحديث الذي وضعه باندورا (Bandura, 1982) الذي يرى أن معتقدات الفرد عن فاعليته تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة، سواء المباشرة أو غير المباشرة، ولذا فإن الفاعلية الذاتية يمكن أن تحدد المسار الذي تتبعه كإجراءات سلوكية، إما في صورة ابتكاره أو نمطية، كما يشير هذا المسار إلى مدى إقناع الفرد بفاعليته الشخصية، وثقته بإمكاناته التي يقتضيها الموقف (Bandura, 1982)

1- مفهوم فاعلية الذات:

تطرق العديد من العلماء والباحثين إلى مفهوم فاعلية الذات من خلال عدة تعاريف لهذا المصطلح حيث عرفه إيغان (Egan, 1982) أن الفعالية الذاتية لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتفاعل مع الصعوبات ومواجهتها، ومقدار الجهد الذي سيبدلون (عبد المنعم الدريبي، 2004، 209). كما أشار باندورا (Bandura) لمفهوم الفاعلية الذاتية في نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي كأحد مفاهيم علم النفس الحديث، وقد عرفها بأنها أحكام الأفراد على قدراتهم لتنظيم وإنجاز الأعمال التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء (Bandura, 1986, 39).

ويرى شيل (Shell, 1989) أيضاً أن فاعلية الذات هي ميكانيزم ينشأ من خلال تفاعل الفرد مع البيئة واستخدامه لإمكانياته المعرفية ومهاراته الاجتماعية والسلوكية الخاصة بالمهمة وهي تعكس ثقة الفرد بنفسه وقدراته على النجاح في أداء المهمة (عبد المنعم الدريبي، 2004، 210).

كما يرى **باندورا (1997)**، كذلك أن المعتقدات الشخصية حول فاعلية الذات تعد المفتاح الرئيس للقوى المحركة لسلوك الفرد لأن السلوك الإنساني يعتمد بشكل أساسي على ما يعتقد الفرد حول توقعاته عن مهاراته السلوكية المطلوبة للتفاعل الناتج والكفاء مع أحداث الحياة (Bandura, 1997,22-37) وفي تعريف آخر لباندورا حول فاعلية الذات بأنها: "توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتتعرض هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك" (Bandura, 1998,47).

وعرفها **مادوكس (Maddux, 1998)** بأنها: إيمان الفرد بقابليته العامة على عمل الأشياء التي ستوصله إلى ما يريده في الحياة (Maddux, 1998, 203).

ويرى **سيرفون وبيك (Servon & Beck)** أن معتقدات الأشخاص حول فاعلية الذات تحدد مستوى الدافعية كما تتعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم والمدة التي يصمدون فيها في مواجهة العقبات، كما أنه كلما تزايدت ثقة الأفراد في فاعلية الذات لديهم تزيد مجهوداتهم ويزيد إصرارهم على تخطي ما يقابلهم من عقبات (الجاسر محمد، 2007، 28).

وينظر **العدل (2001)** إلى فاعلية الذات على أنها: "ثقة الفرد الكامنة في قدراته، خلال المواقف الجديدة، أو المواقف ذات المطالب الكثيرة وغير المألوفة أو هي اعتقادات الفرد في قواه الشخصية، مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك دون المصادر أو الأسباب الأخرى للتفاوت" (العدل عادل، 2001، 131). و من هذه التعاريف نستنتج انه يحدد الاعتقاد بكفاءة الذات طريقة إدراكنا للأشياء مما يدفعنا إلى السلوك بطريقة فعالة، فذوو الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل ومشاعرهم أكثر إيجابية، وبأن الكروب امتحان وتحد لإمكانيات الفرد، فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه ويرون أن المواقف الضاغطة تدفعهم إلى التكيف الإيجابي للتغلب عليها.

2- علاقة فاعلية الذات ببعض المفاهيم:

لتحديد مفهوم فاعلية الذات أكثر سوف نتناول في هذا العنصر علاقته بكل من مفهوم الذات، تقدير الذات وتحقيق الذات.

1-2 فاعلية الذات ومفهوم الذات:

أكدت الدراسات التي تناولت موضوع مفهوم الذات على أنه يعتبر حجر الزاوية في الشخصية، وأصبح مفهوم الذات الآن ذا أهمية بالغة في التوجيه والإرشاد النفسي وفي العلاج المركز حول العميل أي المركز حول الذات (حامد زهران، 2001، 26).

ويعرف محمد أحمد إبراهيم غنيم (2001) ، مفهوم الذات بأنه " تكوين معرفي منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته، ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية أو الخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تظهر إجرائياً في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو " الذات المدركة" والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي تعتقد أن الآخرين يتصورونها والتي يمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين " الذات الاجتماعية"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون " الذات المثالية"، ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه، ولذا فإنه ينظم ويحدد السلوك، أما فعالية الذات لا تحتوى على الشعور بالذات ، فمفهوم الذات اشمل وأعم من فعالية الذات لان مفهوم الذات يحتوى على الكفاءة والشعور بالذات في السلوكيات التي يؤديها الفرد (غنيم، 2001، 45).

2-2 فاعلية الذات وتقدير الذات:

يعرف رونزبرج (Rosenberg, 1978) تقدير الذات على أنه " اتجاهات الفرد الشاملة سالبة كانت أو موجبة نحو نفسه"، وهذا يعني أن تقدير الذات المرتفع معناه أن الفرد يعتبر نفسه ذات قيمة وأهمية، بينما تقدير الذات المنخفض يعني عدم رضا الفرد عن نفسه أو رفضه لذاته (محمود عكاشة، 1990، 225). كما يعرف عبد الرحيم بخيت (1985) تقدير الذات على أنه " مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، فهو حكم الشخص تجاه نفسه، وقد يكون هذا الحكم بالموافقة أو الرفض" (بخيت، 1985، 225). ويشير صابر عبد القادر (2003)، إلى أن تقدير الذات يتناول حكم الفرد على قيمته، بينما مفهوم فاعلية الذات يتناول اعتقاد الفرد في قدرته على إنجاز الفعل في المستقبل وأن تقدير الذات يعنى بالجوانب الوجدانية والمعرفية معاً وأما فاعلية الذات فهي غالباً معرفية وأن مفهوم تقدير الذات وفاعلية الذات بعدان هاما لمفهوم الذات لأنهما يساهمان في صياغة مفهوم الفرد عن نفسه (صابر عبد القادر، 2003) .

وتستخلص الطالبة أن فاعلية الذات وتقدير الذات كل منهما يؤثر على الآخر وأن تقدير الذات يهتم بقياس ذات الشخص الحالية بينما فاعلية الذات تهتم بقياس نجاح الفرد المستقبلي.

2-3 فاعلية الذات وتحقيق الذات:

يعرف تحقيق الذات حسب راوية دسوقي (1990)، أنه عملية تنمية قدرات ومواهب الفرد، وتفهم و تقبل ذاته . وترى فاطمة العامري (1993) ، أن تحقيق الذات عملية نشطة تسعى بالفرد ليكون ويصبح موجهاً من داخله، ومتكاملاً على مستويات التفكير والشعور والاستجابة الجسدية (العامري 1993، 72). وفي هذا الصدد يذكر علاء الشعراوي (2000) أن تحقيق الذات حاجة تدفع الفرد إلى توظيف إمكانياته، وترجمتها إلى حقيقة واقعة ويرتبط بذلك التحصيل، والإنجاز، والتعبير عن الذات ولذلك فإن تحقيق الفرد لذاته يشعره بالأمن والفاعلية وأن عجز الفرد عن تحقيق ذاته باستخدام قدراته، وإمكانياته يشعره بالنقص والدونية، وخيبة الأمل، مما يعرضه للقلق، والتشاؤم (الشعراوي، 2000، 296).

وفاعلية الذات تمثل عنصرًا كبيرًا في العمليات الدافعية، وأن مستوى فاعلية الذات يمكن أن يحسن أو يعيق دافعية الفرد للتعلم الذاتي، فالأفراد مع ارتفاع معتقداتهم عن الفاعلية يختارون المهام الأكثر تحديًا، ويبدلون جهدًا كبيرًا في أعمالهم، ويقاومون الفشل ويضعون لأنفسهم أهدافًا للتحدي ويلتزمون بها (المصري، 2011، 64).

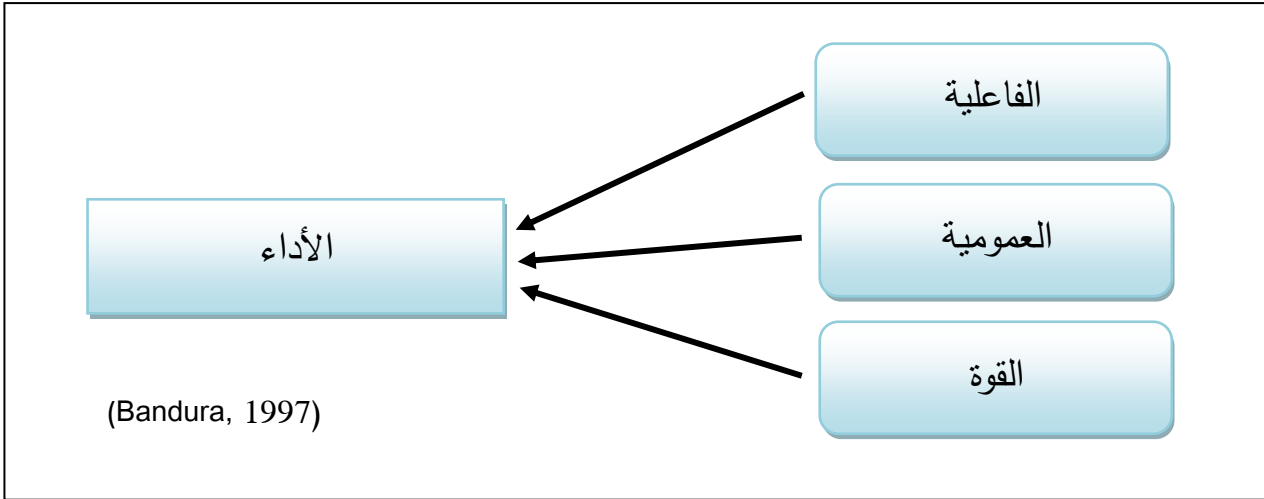
3- خصائص فاعلية الذات:

- مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الفرد وإمكانياته.
- ثقة الفرد في النجاح في أداء عمل ما.
- وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أم عقلية أم نفسية بالإضافة إلى توافر الدافعية في الموقف.
- هي ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص فقط ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه وأنها نتاج للقدرة الشخصية.
- إن فاعلية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكانياته الحقيقية، فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بفاعلية ذات مرتفعة وتكون إمكانياته قليلة.
- تتحدد فاعلية الذات بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف، كمية الجهد المبذول، مدى مثابرة الفرد.
- إن فاعلية الذات ليست مجرد إدراك أو توقع فقط، ولكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج مرغوب فيها.

- وهذه الخصائص يمكن من خلالها إخضاع فاعلية الذات الإيجابية للتنمية والتطوير، وذلك بزيادة للخبرات التربوية المناسبة (المصري، 2011، 66).

4- أبعاد فاعلية الذات:

لقد حدد باندورا ثلاثة أبعاد تتغير فاعلية الذات تبعاً لها، ويبين الشكل رقم (1) أبعاد فاعلية الذات وعلاقتها بالأداء لدى الأفراد:



الشكل رقم (1) يبين أبعاد فاعلية الذات لبندورا

1-4 الفاعلية (Magnitude) :

ويقصد به مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة، ويختلف هذا المستوى تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف ويبدو قدر الفاعلية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها. ومع ارتفاع مستوى فاعلية الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على مواقف التحدي، وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة، والمعلومات السابقة (السيد أبو هاشم، 1994، 48). ويؤكد باندورا على أن طبيعة التحديات التي تواجه فاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها من خلال مختلف الوسائل، وأهمها: مستوى الإلتقان، ومستوى بذل الجهد، ومستوى الدقة، ومستوى الإنتاجية، ومستوى التهديد، ومستوى التنظيم الذاتي المطلوب، حيث أنه من خلال التنظيم الذاتي لم يعد الفرد ينجز أي عمل عن طريق الصدفة، ولكن فاعلية الفرد هي التي تدفعه لينجز عمله بطريقة منظمة من خلال مواجهة حالات العدول عن أداء العمل (Bandura, 1997, 43-44).

ويرى فتحي الزيات (2001) ، أن قدر الفاعلية لدى الأفراد يتباين بتباين عوامل عديدة أهمها :مستوى الإبداع أو المهارة، ومدى تحمل الإجهاد، ومستوى الدقة ، والإنتاجية، ومدى تحمل الضغوط، والضبط الذاتي المطلوب، ومن المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدر من الفاعلية يمكنه من أداء ما يوكل إليه أو يكلف به دائماً وليس أحياناً (الزيات،2001، 491، 538) .

كما أن قدرة فاعلية الذات تختلف تبعاً لطبيعة وصعوبة الموقف، كما يتضح قدر الفاعلية بشكل أكبر عندما تكون المهام مرتبة وفقاً للصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية، ويمكن تحديد المهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكنها تحتاج لمستوى أداء عالٍ في معظمها (Bandura, 1997, 194).

4-2 العمومية (Generality) :

والعمومية هي انتقال توقعات الفاعلية إلى مواقف مشابهة للأفراد غالباً ما يعممون إحساسهم بالفاعلية في المواقف المشابهة للمواقف التي يتعرضون لها (Bandura, 1986, 53).

وتتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة. وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: درجة تماثل الأنشطة، وسائل التعبير عن الإمكانية" سلوكية - معرفية - انفعالية " والخصائص الكيفية للموقف ومنها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك (فتحي الزيات،2001، 51).

ويبين باندورا أن العمومية تتحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، وأنها تختلف تبعاً لاختلاف الأبعاد، أهمها، درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر عن الإمكانيات أو القدرات، ومن خلال تفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك

(Bandura,1997, 45) .

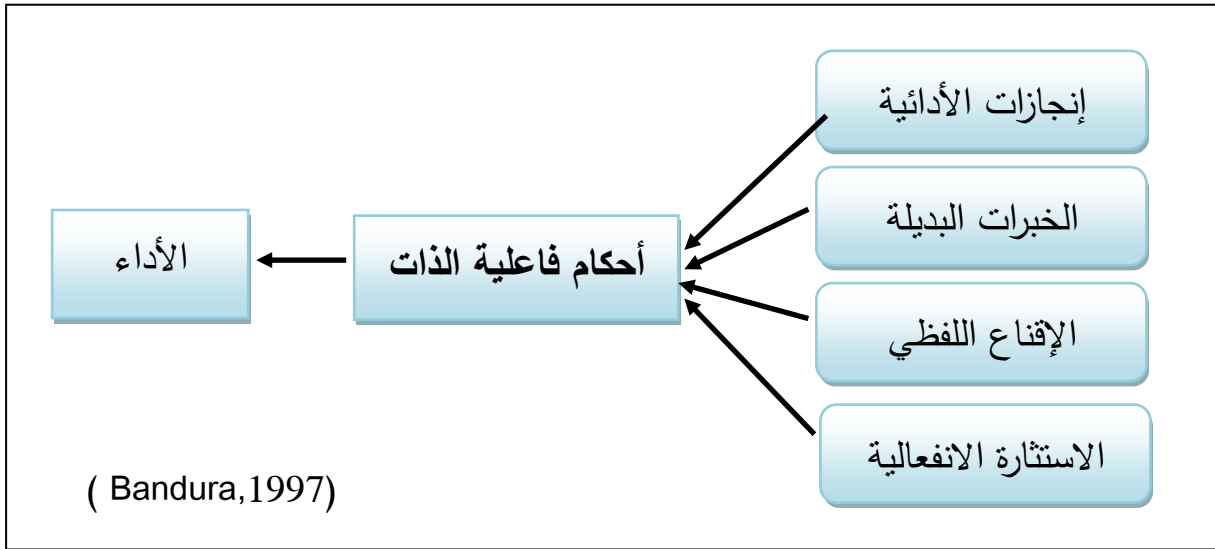
4-3 القوة أو الشدة:

بين ألبرت باندورا (1997) أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالمية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح، كما يذكر أيضاً أنه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية، فالمعتقدات الضعيفة عن الفاعلية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه مثل ملاحظة فرد يفشل في أداء مهمة ما، أو يكون أداؤه ضعيفاً فيها، ولكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفاعلية ذواتهم يتأثرون

في مواجهة الأداء الضعيف، ولهذا فقد يحصل طالبان على درجات ضعيفة في مادة ما، أحدهما أكثر قدرة على مواجهة الموقف "فاعلية الذات لديه مرتفعة" والآخر أقل قدرة "فاعلية الذات لديه منخفضة" (علاء الشعراوي، 2000، 293). ويشير أيضاً هذا البعد إلى عمق الإحساس بالفاعلية الذاتية، بمعنى قوة اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس. ويتدرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوي جداً إلى ضعيف جداً (فتحي الزيات، 2001، 510). وأشار إلى أن القوة تتحد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف، وأن الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه المثابرة في العمل، وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الشاقة، ويؤكد على أن قوة توقعات فاعلية الذات تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف (Bandura, 1997, 198).

5- مصادر فاعلية الذات:

اقترح ألبرت باندورا (1997) أربعة مصادر لفاعلية الذات، ويبين الشكل رقم (2) هذه المصادر وعلاقتها بأحكام فاعلية الذات والسلوك أو الناتج النهائي للأداء:



الشكل (2) يبين مصادر فاعلية الذات عند باندورا

5-1 الإنجازات الأدائية:

تعد الإنجازات الأدائية من أكثر المصادر تأثيراً في الكفاءة الذاتية، فالأداء الناجح يرفع توقعات الفعالية الذاتية، بينما يؤدي الإخفاق إلى انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، ويرتبط بذلك عدد من الاعتبارات:

أولاً: النجاح في الأداء يرفع الكفاءة الذاتية بما يتناسب مع صعوبة العمل، فلاعب التنس الماهر إذا فاز على منافس متفوق تزداد فعالية الذات لديه، ومثل هذا الأمر لا يحدث إذا فاز على منافس ضعيف.

ثانياً: الأعمال التي ينجزها الفرد بنفسه أكثر فعالية من تلك التي يتمها بمساعدة الآخرين ففي مجال الرياضة إنجازات الفريق لا تزيد فعالية الشخص كإنجازات الفرد.

ثالثاً: يؤدي الإخفاق إلى انخفاض مستوى الكفاءة الذاتية، خصوصاً عندما يأتي الإخفاق بعد أن يبذل الفرد أقصى طاقاته في سبيل أداء مهامه، أما الإخفاق الذي يأتي عندما لا يبذل الفرد كامل طاقاته في سبيل أداء مهامه، فإن ذلك لا يعمل على خفض مستوى الكفاءة الذاتية لديه (Bandura, 1997, 73).

و هذا ما أشار إليه جابر عبد الحميد (1990) كذلك في النقاط التالية:

أ- إن النجاح في الأداء يزيد من مستوى فاعلية الذات بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو العمل.

ب- إن الأعمال التي يتم إنجازها بنجاح من قبل الفرد معتمداً على نفسه تكون أكثر تأثيراً على فاعلية ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين.

ج- إن الإخفاق المتكرر يؤدي في أغلب الأحيان إلى انخفاض فاعلية الذات، وخاصة عندما يعلم الشخص انه قد بذل أفضل ما لديه من جهد (عبد الحميد، 1990، 412).

5-2 الخبرات البديلة:

ويشير هذا المصدر إلى الخبرات غير المباشرة التي يحصل عليها الفرد، فرؤية أداء الآخرين للأنشطة والمهام الصعبة يمكن أن تنتج توقعات مرتفعة مع الملاحظة الجيدة والرغبة في المثابرة مع الجهود، ويطلق على هذا المصدر "التعلم بالنموذج وملاحظة الآخرين"، فالأفراد الذين يلاحظون نماذج ناجحة يمكنهم استخدام هذه الملاحظات لتقدير فعاليتهم الخاصة (Bandura, 1982, 140). والخبرات البديلة تعني الخبرات غير المباشرة التي يكتسبها الفرد كالمعلومات التي تصدر من الآخرين، وأن الخبرات البديلة من العمليات التي تؤثر على التقييم الذاتي لفاعلية الذات، ومن هذه العمليات المقارنة الاجتماعية، حيث أن أداء الأفراد الآخرين المشابه لأداء الفرد يشكل مصدراً مهماً للحكم على قدرة الفرد الذاتية، كما أن مراقبة الأفراد لأدائهم تحت ظروف معينة يؤدي إلى نتائج (Bandura, 1997, 87).

5-3 الإقناع اللفظي:

إن الإقناع اللفظي يعني الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين والإقناع بها من قبل الفرد، أو معلومات تأتي إلى الفرد لفظياً عن طريق الآخرين تكسبه نوعاً من الترغيب في الأداء أو الفعل، ويؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولاته لأداء المهمة، وأن الإقناع الاجتماعي له دور مهم في تقديم الإحساس

بفاعلية الذات (Bandura, 1977, 200). ويضيف باندورا أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو واسع جداً مع الثقة في ما يملكونه من قدرات وما يستطيعون إنجازه، وأنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي والأداء الناجح في رفع مستوى الفاعلية الشخصية والمهارات التي يمتلكها الفرد (Bandura, 1982, 122).

ويذكر جابر عبد الحميد (1990)، أن تأثير هذا المصدر محدود ومع ذلك فإن الإقناع اللفظي في ظل الظروف السليمة يتمكن من رفع فاعلية الذات، ولكي يتحقق ذلك فينبغي أن يؤمن الفرد بالشخص القائم بالإقناع والنصائح، أو بالتحذيرات التي تصدر عن شخص موثوق به لما لها من تأثير أكبر في فاعلية الذات عن تلك التي تصدر عن شخص غير موثوق به وأن يكون النشاط الذي ينصح الفرد بأدائه في حصيلة هذا الفرد السلوكية على نحو واقعي وذلك أنه لا يوجد إقناع لفظي يستطيع أن يغير حكم شخص على فعاليته وقدرته على القيام بعمل يستحيل أدائه في ظل مقتضيات الموقف الفعلي (عبد الحميد، 1990، 440).

4-5 الاستشارة الانفعالية:

وهي تمثل المصدر الأخير للحكم على فاعلية الذات، ويشير إلى العوامل الداخلية التي تحدد للفرد ما إذا كان يستطيع تحقيق أهدافه أم لا، وذلك مع الأخذ في الاعتبار بعض العوامل الأخرى مثل القدرة المدركة للنموذج، والذات، وصعوبة المهمة، والجهد الذي يحتاجه الفرد، والمساعدات التي يمكن أن يحتاجها للأداء (Bandura, 1977, 100). و أشار باندورا (1997) أن الاستشارة الانفعالية تظهر في المواقف الصعبة التي تتطلب مجهوداً كبيراً، كما أنها تعتمد على الموقف وتقييم معلومات القدرة فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية، وبالتالي تعتبر مصدراً أساسياً لمعلومات فاعلية الذات، حيث أن الأشخاص يعتمدون جزئياً على الاستشارة الفسيولوجية في الحكم على فاعليتهم، فالقلق والإجهاد يؤثران على فاعلية الذات، والاستشارية الانفعالية المرتفعة عادة ما تضعف الأداء، وهذا ما يرتبط بظروف الموقف نفسه (Bandura, 1977, 96). ويبين جابر عبد الحميد (1990) أن معظم الناس تعلموا الحكم على ذواتهم من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستشارة الانفعالية للأفراد الذين يتعرضون إلى خوف شديد أو قلق حاد غالباً تكون فاعليتهم منخفضة، وترتبط معلومات الاستشارة الانفعالية بمتغيرات عديدة، أهمها: أ . مستوى الاستشارة: فالاستشارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.

ب . الدافعية المدركة للاستثارة الانفعالية :حيث إذا عرف الفرد أن الخوف أمر واقعي فإن هذا الخوف قد يرفع فاعلية الشخص، ولكن عندما يكون خوفاً مرضياً فإن الاستثارة الانفعالية عندئذ تميل إلى خفض الفاعلية.

ت . طبيعة العمل :حيث أن الاستثارة الانفعالية قد تيسر النجاح للأعمال البسيطة وغالبا تعطل الأنشطة المعقدة (عبد الحميد، 1990، 445، 446).

من خلال ماسبق نستنتج ان :

- مصادر فاعلية الذات والمتمثلة في الإنجازات الأدائية، والخبرات البديلة والإقناع اللفظي أو النصائح، والاستثارة الانفعالية "يستخدمها الأفراد في الحكم على مستويات الفاعلية الذاتية لديهم.

- أنه كلما كانت هذه المصادر موثوق بها كلما زاد التغيير في إدراك الفرد لذاته كإنسان قادر على السيطرة على حل المشكلات، وهكذا فإن المعلومات المبنية على الأداء الاجتماعي الفعلي للفرد من شأنها أن تكون أكثر تأثيراً لفاعلية الذات من المعلومات القائمة على الإقناع من خلال الطرق الخاصة بالتفسير المشكلات.

- أن هذه المصادر ليست ثابتة دائماً ولكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الشخص على قدراته سواء كانت متصلة بالإنجازات الأدائية أو الخبرات البديلة أو الإقناع اللفظي أو الاستثارة الانفعالية، وأن نظرية التعلم الاجتماعي تسلم بأن هناك ميكانزم عام في الإنسان يمكنه من تغيير السلوك، وأن فاعلية الذات هي أفضل منبئ بالسلوك الشخصي.

6- التحليل التطوري لفاعلية الذات:

يرى باندورا أن الفترات المختلفة للحياة تقدم أنماطاً للكفاءة المطلوبة من أجل الأداء الناجح، ويختلف الأفراد بشكل جوهري في الطريقة الفعالة التي يديرون بها حياتهم وتشكل المعتقدات حول فاعلية الذات مصدراً مؤثراً خلال دورة حياة الفرد، وفيما يلي أهم التطورات التي تؤثر في علمية الذات:

6-1 نشأة الشعور بالسيادة الشخصية :

يولد الطفل الصغير بدون أي شعور بمفهوم الذات، وبالتالي فإن الذات تؤسس بطريقة اجتماعية من خلال الخبرات المنقولة بواسطة البيئة، وينتقل الشعور بالسيادة الشخصية من إدراك العلاقات العرضية بين الأحداث، إلى فهم أسباب وقوع الأحداث، وأخيراً إلى إدراك القدرة على إنتاج الأحداث،

والمساهمة فيها، وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بفاعلية الذات، كما يساهم كل من اكتساب الطفل للغة والكلام، ومعاملة الأسرة للطفل كشخصية مستقلة في نشأة الشعور بالسيادة الشخصية (Bandura, 1997, 164-168).

6-2 المصادر العائلية لفاعلية الذات:

بما أن الأطفال لا يستطيعون أن يؤديوا بأنفسهم أشياء كثيرة، فإن الخبرات الناجحة في التدريب على التحكم الشخصي تكون مهمة لتنمية الكفاءة الاجتماعية المبكرة، فلكي يحصل صغار الأطفال على المعرفة الذاتية المتعلقة بقدراتهم على توسيع مجالات الأداء فإنهم يطورون ويختبرون قدراتهم الجسدية وكفاءتهم الاجتماعية لفهم وإدارة المواقف العديدة التي يواجهونها يوميًا، إن الوالدين الذين يستجيبان لسلوك أطفالهما والذين يجدان فرصًا للأفعال الفعالة ويسمحان للأطفال بحرية الحركة من أجل الاستكشاف ويشجعان الأطفال على أن يجربوا الأنشطة الجديدة ويعضدان الجهود المبكرة يعملان على تسهيل تطوير فاعلية الذات لدى أطفالها، حيث يرتبط نمو فاعلية الذات لدى الأطفال بالقدرة على إنجاز المهام وإدراك التأثيرات الهادفة (سارة الدوسري، 2000، 32). ويقول جيكس (Gecas, 1989) : "إن معرفة الشخص بأنه يمكن أن ينجز سلوكًا هادفًا ويتعرف على نتائج هذا السلوك بشرط أن يكون نتيجة لمبادئه الخاصة يؤدي ذلك إلى أن يكون كائنًا فعالًا " (Gecas, 1989,300).

6-3 اتساع فاعلية الذات من خلال تأثيرات جماعة الرفاق:

يستطيع الطفل من خلال علاقته بأقرانه زيادة معرفته الذاتية عن قدراتهم، حيث يقدم الأقران نماذج للسلوك الفعال وأساليب التفكير ، كما يميل الأطفال في عملية انتقاء الأقران إلى اختيار الأفراد الذين يشاركونهم الاهتمامات والقيم المشتركة، والأطفال الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم غير فاعلين اجتماعيًا ينسحبون اجتماعيًا ويدركون فاعلية منخفضة بين أقرانهم ويملكون شعورًا متدنياً لتقدير الذات (Bandura, 1997,173).

6-4 المدرسة كقوة لغرس فاعلية الذات:

تمثل وظائف المدرسة الوضع الأساسي لتهديب وتقوية الكفاءة المعرفية للفرد ، حيث تعتبر المكان الذي ينمي فيه الأطفال كفاءاتهم المعرفية واكتساب المهارات اللازمة لمساعدتهم على حل المشكلات التي تواجههم مستقبلاً، وهذا يجعلهم يتكيفون مع مجتمعهم بفاعلية، وهذا يحدث نتيجة تطور الكفاءة العقلية (Bandura, 1997,174).

5-6 نمو فاعلية الذات من خلال الخبرات الانتقالية للمراهقة:

إن كل فترات النمو تأتي وكأنها تحديات جديدة للتكيف مع الفاعلية، وحيث إن المراهقين يقترحون من مطالب الرشد فإنهم يجب عليهم أن يتعلموا تحمل المسؤولية كاملة في كل مجالات الحياة، وهذا يتطلب منهم أن يكتسبوا العديد من المهارات الجديدة، ويتعاملوا بإتقان مع الطرق الخاصة بمجتمع الراشدين، ويتعلموا كيف يتعاملون مع تغيرات سن البلوغ الانفعالية والجنسية، ومهمة اختيار عمل الحياة المقبل يجب أن تطرح من خلال هذه الفترة . إن المراهقين يزيد شعورهم بالفاعلية بواسطة تعلمهم كيف يتعاملون بنجاح مع القضايا الشائعة المحتملة، والتي لم يمارسونها من قبل، حيث إن عزلهم عن المواقف الصعبة يعمل على جعل الفرد يكتسب الطرق السيئة للتعامل مع الصعوبات المحتملة كما أن نجاح المراهقين في إدارة الصعوبات ينمي قوة اعتقادهم في قدراتهم وإمكانيتهم، فالمرهق الذي يملك القدرة على إدارة التغييرات الآتية التي تحدث في آن واحد للأدوار الاجتماعية التربوية والبيولوجية يملك شعور قويا بفاعلية ذاته (الجاسر محمد ، 2007، 40-42).

يتضح من العرض السابق حسب إستنتاج الطالبة:

- أن فاعلية الذات تكوين نظري وضعه ألبرت باندورا (1977) كمفهوم معرفي يسهم في تغيير السلوك، ودرجة الفاعلية تحدد السلوك المتوقع الذي يقوم به الفرد، كما تحدد كمية الطاقة المبذولة للتغلب على المشكلات، وأحكام فاعلية الذات عملية إستنتاجية تتوقف على معلومات من أربع مصادر رئيسية هي : الانجازات الأدائية والخبرات البديلة والإقناع اللفظي والاستثارة الانفعالية ، وتتميز في ضوء ثلاثة أبعاد هي: قدر الفاعلية والعمومية والقوة.

-تتأثر فاعلية الذات بالعديد من العوامل بما فيها التنشئة والمراحل العمرية. وهي كذلك تؤثر في أنماط التفكير والخطط التي يضعها الأفراد لأنفسهم .

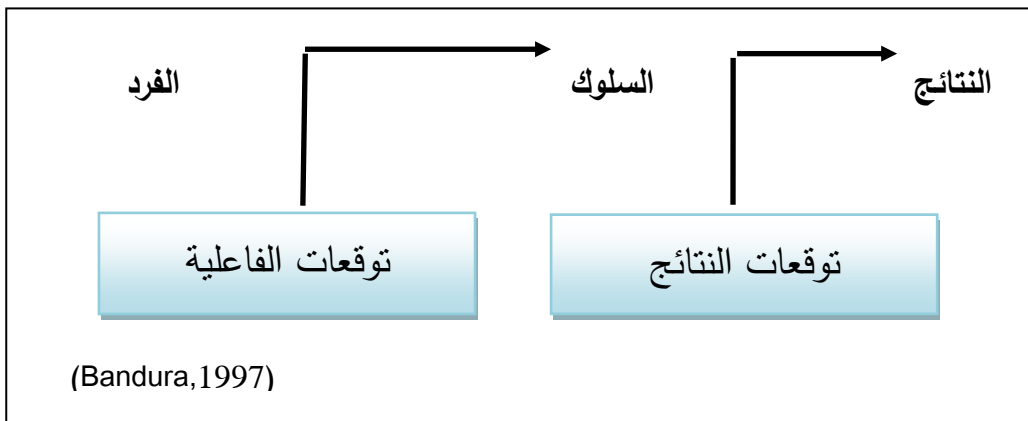
7- توقعات فاعلية الذات:

أوضح باندورا وجود نوعين من التوقعات يرتبطان بنظرية فاعلية الذات، ولكل منها تأثيراته القوية على السلوك وهما: التوقعات الخاصة بفاعلية الذات، والتوقعات المتعلقة بالنتائج:

التوقعات المرتبطة بفاعلية الذات : تتعلق بإدراك الفرد بقدرته على القيام بأداء سلوك محدد، وهذه التوقعات يمكنها أن تساعد على تمكين الفرد من تحديد ما إذا كان قادراً على القيام بسلوك معين أم لا في مهمة معينة، وتحدد مقدار الجهد المطلوب منه للقيام بهذا السلوك، وأن يحدد إلى أي حد يمكن لسلوكه أن يتغلب على العوائق الموجودة في هذه المهمة.

- التوقعات الخاصة بالنتائج : حيث أن النتائج يمكن أن تنتج من الانخراط في سلوك محدد، وتظهر العلاقات بوضوح بين توقعات النتائج وتحديد السلوك المناسب للقيام بمهمة معينة، في حين أن التوقعات الخاصة بفاعلية الذات مرتبطة بشكل واضح بالتنبؤ بأفعال الفرد المستقبلية (محمد القحطاني، 2003، 24). وتأخذ توقعات النتائج ثلاثة أشكال، حيث تعمل التوقعات الإيجابية حسب باندورا، (1997) كبواعث في حين تعمل التوقعات السلبية كعوائق كالتالي:

- 1- الآثار البدنية الإيجابية والسلبية التي ترافق وتتضمن الخبرات الحسية السارة، والمنفرة، والألم، وعدم الراحة الجسدية.
 - 2- الآثار الاجتماعية السلبية والإيجابية: فالآثار الإيجابية تشمل التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، كتعبيرات الانتباه، والموافقة والتقدير الاجتماعي، والتعويض المادي، ومنح السلطة. أما الآثار السلبية فهي تشمل عدم الاهتمام، وعدم الموافقة، والرفض الاجتماعي، والنقد والحرمان من المزايا وإيقاع العقوبات.
 - 3- ردود الفعل الإيجابية والسلبية للتقييم الذاتي لسلوك الفرد: فتوقع التقدير الاجتماعي، والإطراء، والتكريم، والرضا الشخصي يؤدي إلى أداء متفوق، في حين أن توقع خيبة أمل الآخرين، وفقدان الدعم ونقد الذات يؤدي إلى مستوى ضعيف الأداء (Bandura, 1997, 22).
- والشكل رقم (3) يبين العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج:



شكل رقم (3) يبين العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج

وترى الطالبة انطلاقاً مما تقدم أن فاعلية الذات هي توقع الفرد لمدى قدرته على أداء مهمة محددة، وهي كذلك تعني استبصار الفرد بإمكاناته وحسن استخدامها، وإنها وحدها لا تحدد السلوك بل لا بد من وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أو عقلية. و تختلف توقعات فاعلية الذات عن توقعات الفرد للنتائج ويمارس النوعان تأثيراً قوياً على السلوك الإنساني. وفاعلية الذات ذات جانب دافعي يربطها إلى حد ما بالنتائج النهائية للسلوك وقد يكون ذلك وراء مثابرة الفرد في مواجهة العقبات.

8- آثار فاعلية الذات على الفرد:

لقد أشار باندورا (Bandura,1995) إلى أن فاعلية الذات يظهر تأثيرها جلياً من خلال أربعة عمليات أساسية وهي: العملية المعرفية ، والدافعية، والوجدانية، وعملية اختيار السلوك، وفيما يلي عرض آثار فاعلية الذات في تلك العمليات الأربعة:

8-1 العملية المعرفية :

ذكر باندورا بان آثار فاعلية الذات على العملية المعرفية تأخذ أشكالاً مختلفة؛ فهي تؤثر على الأهداف، وكذلك في العمليات التوقعية، فالأفراد مرتفعي الفاعلية يتصورون عمليات النجاح التي تزيد من أدائهم وتدعمه، بينما يتصور الأفراد منخفضي الفاعلية عمليات الفشل ويفكرون فيها، وأضاف بأن معتقدات فاعلية الذات تؤثر على العملية المعرفية من خلال مفهوم القدرة ، ومن خلال اعتقاد الأفراد بقدرتهم على السيطرة على البيئة، ومفهوم القدرة يتمثل في دور معتقدات فاعلية الذات فهي التأثير على كيفية تأويل الأفراد لقدراتهم فبعضهم يرى أن القدرة مكتسبة يمكن العمل على تطويرها، والاستفادة من أداء المهام الصعبة، بينما يرى بعضهم القدرة على أساس أنها مورثة فنجدهم يفضلون المهام التي تجنبهم الأخطاء (Bandura,1995,5-6). ويرى مادوكس (Maddux,1995) أن أهم معتقدات فاعلية الذات التي تؤثر على العملية المعرفية من خلال التأثير تتمثل في:

أ- الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم، فالذين يمتلكون فاعلية ذات مرتفعة يضعون أهدافاً طموحة، ويهدفون لتحقيق العديد من الإنجازات بعكس الذين لديهم ضعف في معتقداتهم فيما يتعلق بقدراتهم.

ب - الخطط والاستراتيجيات التي يضعها الأفراد، من أجل تحقيق الأهداف.

ت - التنبؤ بالسلوك المناسب، والتأثير على الأحداث.

ث - القدرة على حل المشكلات، فالأفراد ذوو الفاعلية المرتفعة أكثر كفاءة في حل المشكلات، واتخاذ القرارات (Maddux ,1995,64).

ويؤكد بيري (Berry, 1987) على أنه كلما زاد مستوى تعقيد الأداء كلما أدى ذلك إلى ارتفاع أداء الذاكرة، وبالتالي تساهم معتقدات الفاعلية الذاتية في تحسين أداء الذاكرة عن طريق الأداء، والفرد بشكل عام يقيم قدراته عن طريق مقارنة أدائه بالآخرين، وعن طريق التغذية الراجعة، ويعتمد الأفراد على أدائهم الماضي للحكم على فاعليتهم، ولتحديد مستوى طموحهم، ولكن عن طريق المزيد من التجارب يبادرون بوضع خطة ذاتية لفاعليتهم الذاتية (العتيبي بندر، 2007، 29).

ومن خلال ما سبق ترى الطالبة أن الأفراد الذين تسيطر عليهم الشكوك الذاتية يتوقعون فشل جهودهم لتعديل المواقف التي يمرون بها، في حين أن من يمتلكون اعتقاداً راسخاً في فاعليتهم الذاتية عن طرق الإبداع والمثابرة يتوصلون إلى طريقة الممارسة والسيطرة على بيئتهم، ويضعون لأنفسهم أهدافاً مليئة بالتحدي، ويستخدمون التفكير التحليلي، وهذا يرتبط بمدى اعتقاد الفرد بقدراته على ممارسة السيطرة على البيئة من خلال درجة الفاعلية الذاتية لإحداث التغيير عن طريق الجهد المستمر والاستخدام الفعال للقدرات والمصادر.

8-2 العملية الدافعية :

لقد أشار باندورا (Bandura) إلى أن اعتقادات الأفراد لفاعلية الذات تساهم في تحديد مستوياتهم الدافعية، وهناك ثلاثة أنواع من النظريات المفسرة للدوافع العقلية وهي : نظرية العزو السببي، ونظرية توقع النتائج، ونظرية الأهداف المدركة ، وتقوم فاعلية الذات بدور مهم في التأثير على الدوافع العقلية في كل منها، فنظرية العزو السببي تقوم على مبدأ إن الأفراد مرتفعي الفاعلية يعززون فشلهم إلى الجهد غير الكافي أو إلى الظروف الموقفية غير الملائمة، بينما الأفراد منخفضوا الفاعلية يعززون سبب فشلهم إلى انخفاض في قدراتهم فالعزو السببي يؤثر على كل من الدافعية ، والأداء وردود الأفعال الفعالة، عن طريق الاعتقاد في الفاعلية الذاتية، وفي نظرية توقع النتائج تنظم الدوافع عن طريق توقع أن سلوكاً محدداً سوف يعطي نتيجة معينة بخصائص معينة، كما هو معروف فهناك الكثير من الخيارات التي توصل إلى هذه النتيجة المرغوبة، ولكن الأشخاص منخفضي الفاعلية لا يستطيعون التوصل إليها ولا يناضلون من أجل تحقيق هدف ما لأنهم يحكمون على أنفسهم بعدم الكفاءة وفيما يتعلق بنظرية الأهداف المدركة تشير الدلالة إلى أن الأهداف الواضحة والمتضمنة تحديات تعزز العملية الدافعية، وتتأثر الأهداف بالتأثير الشخصي أكثر من تأثيرها بتنظيم الدوافع والأفعال (العتيبي بندر، 2007، 30).

ويذكر باندورا وسيرفون (Bandura & Cervone) أن الدوافع القائمة على الأهداف تتأثر بثلاثة أنواع من التأثير الشخصي وهي:

➤ الرضا وعدم الرضا الشخصي عن الأداء.

➤ فاعلية الذات المدركة للهدف .

➤ إعادة تعديل الأهداف بناء على التقدم الشخصي.

ففاعلية الذات تحدد الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم، وكمية الجهد المبذول في مواجهتها أو حلها، ودرجة إصرار الأفراد ومثابرتهم عند مواجهة تلك المشكلات فالأشخاص مرتفعوا الفاعلية يبذلون جهدا عظيما عند فشلهم لمواجهة التحديات (العتيبي بندر، 2007، 32).

8-3 العملية الوجدانية :

إن اعتقادات فاعلية الذات تؤثر في الضغوط والإحباطات التي يتعرض لها الأفراد في مواقف التهديد، كما تؤثر على مستوى الدافعية نحو إنجاز المهام، حيث إن الأفراد ذوي الإحساس المنخفض بفاعلية الذات أكثر عرضة للقلق، حيث يعتقدون أن المهام تفوق قدراتهم، وبالتالي يؤدي ذلك بدوره إلى زيادة مستوى القلق؛ لاعتقادهم بأنه ليس لديهم القدرة على إنجاز تلك المهمة (Bandura, 1998, 177-178).

كما أن الأفراد منخفضي الفاعلية أكثر عرضة للاكتئاب؛ بسبب طموحاتهم غير المنجزة، وإحساسهم المنخفض بفاعليتهم الاجتماعية، وعدم قدرتهم على إنجاز الأمور التي تحقق الرضا الشخصي، في حين يتيح إدراك فاعلية الذات المرتفعة تنظيم الشعور بالقلق والسلوك الإنسحابي من المهام الصعبة، عن طريق التنبؤ بالسلوك في موقف ما (Bandura 1995, 8-10).

8-4 عملية اختيار السلوك :

ذكر باندورا (Bandura, 1995) بأن فاعلية الذات تؤثر على عملية انتقاء السلوك، وأن عملية اختيار الفرد للأنشطة والأعمال التي يقبل عليها تتوقف على ما يتوفر لديه من اعتقادات ذاتية في قدرته على تحقيق النجاح في مجال محدد دون غيره وأداء بصورة مناسبة كما بين بأن الدراسات توصلت إلى أن الأفراد الذين لديهم إحساس بانخفاض مستوى الفاعلية الذاتية ينسحبون من المهام الصعبة التي يشعرون أنها تشكل تهديداً شخصياً لهم حيث يتراخون في بذل الجهد، وعلى العكس فإن الإحساس المرتفع بفاعلية الذات يعزز الإنجاز الشخصي بطريقة مختلفة، حيث أن الفرد ذو الثقة العالية في قدراته يرى الصعوبات على أنها تحدي يجب التغلب عليه ، وليس كتهديد يجب تجنبه، ويتخلص من آثار الفشل، ويعزز من جهده في مواجهة المعوقات (Bandura, 1995, 10-11).

9- الخطوات الموجهة لرفع مستوى فاعلية الذات :

إن النظرية الجيدة المتعلقة بالشخصية , تتناول الكيفية التي تجعل حياتنا أكثر سعادة وأكثر إنتاجية , ونظرية فاعلية الذات قد أظهرت جدواها في فهم ومعالجة المشكلات النفسية والسلوكية والانفعالية ووفرت لنا عدة مقترحات لكي نصبح أكثر ثقة وأكثر إنتاجية في مجالات الحياة المختلفة ومن أجل تعزيز إحساسنا العام بالثقة في الذات , وكل من شأنه تحسين حياتنا الاجتماعية , ونظرية فاعلية الذات تقترح أربع خطوات لرفع مستوى فاعلية الذات وهي :

1- تحديد الهدف:

إن الخطوة الأولى في إحداث تغيير منتج في جانب معين من الحياة هي تعيين الهدف, فالهدف الجيد يجب أن يكون محدودا وضيقا نوعا ما بدلا من أن يكون عاما وواسعا (الالوسي،2014، 79).

2- اعتدال الصعوبة:

إن الهدف الجيد هو الذي يتصف بالصعوبة المتوسطة او المعتدلة , والأهداف معتدلة الصعوبة تدفع الفرد وتعطيه الشعور بالأمل لبلوغ تلك الغاية , وعند بلوغ الفرد هذه الغايات فإنها تعطيه شعورا قويا بفاعلية الذات , أما الأهداف التي تكون شديدة الصعوبة فإنها تجعل الفرد يواجه الفشل وفي نفس الوقت فإن الأهداف السهلة جدا يتم بلوغها بسرعة وبجهد ضئيل لكنها لا تمنحنا الكثير من الشعور بالإنجاز ولا تعزز مشاعرنا بفاعلية الذات بالحد الكافي لأجل أن نطمح بتحقيق إنجازات أكبر. (الالوسي،2014، 79)

3- إمكانية التجزئة:

يمكن تجزئة الهدف أو الغاية الجيدة إلى غايات قصيرة الأجل أو إلى غايات ثانوية أصغر فمثلا إذا رغب شخص ما في الإقلاع عن التدخين أمكن أن يبدأ بذلك من خلال تقسيم اليوم على ساعات يترك فيها التدخين وعند بلوغ هذه الغاية سوف يشعر الفرد بفاعليته الذاتية مما يزيد من التكرار الذي يشعره بالنجاح لكي يصبح اليوم كله هدفا للإقلاع عن التدخين. (الالوسي،2014، 80)

4- التغذية المرتدة:

لكي يكون تحديد الغاية بمثابة الدافع الذي يحث الفرد بشكل فعال , عليه أن يكون قادرا على متابعة أو مراقبة تقدمه نحو تلك الغاية , أي بمعنى أن يحصل الفرد على معلومات في مدة من الزمن حول مقدار التقدم الذي يحققه وهذه المعلومات تسمى التغذية المرتدة أو الراجعة ومن دونها لا يتمكن الفرد من معرفة هل كان يتقدم لما يرغب في أن يصل إليه, ومدى سرعة التقدم لذلك الهدف (Maddux, 1998, 245).

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق أن نظرية فاعلية الذات لـبدرورا تعد وسيطا معرفيا للسلوك، فتوقع الفرد لفاعليته الذاتية يحدد طبيعة ومدى السلوك الذي سيقوم به، أي يحدد مقدار الجهد ودرجة المثابرة اللذان سيبدلهما في مواجهة المشكلات أو الصعوبات التي تعترضه بما فيها الضغوط والاضطرابات النفسية والجسدية الناجمة عن الصعوبات الحياتية . وفاعلية الذات تتجسد في أهم النقاط التي تطرقنا إليها في هذا الفصل والمتمثلة في مفهوم فاعلية الذات، خصائصها، أبعادها ومصادره ، علاقتها ببعض المفاهيم، آثارها وكذا الخطوات الموجهة لرفع مستوى فاعلية الذات.

الفصل الثالث

المعتقدات الصحية

تمهيد

- 1- مفهوم المعتقدات
- 2- خصائص المعتقدات
- 3- تعريف المعتقدات الصحية
- 4- مكونات المعتقدات الصحية
- 5- المصطلحات المفتاحية للمعتقدات الصحية
- 6- عوامل اكتساب المعتقدات الصحية
- 7- محددات السلوك المتعلق بالصحة
- 8- النماذج المفسرة للمعتقدات الصحية
- 9- السلوك الصحي و الفاعلية الذاتية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تمثل انساق المعتقدات، على وجه العموم، جانبا مهما و أساسيا في البناء المعرفي للأفراد، و الذي يمثل بدوره مكونا جوهريا في بناء الشخصية ، يتفاعل مع المكونات المعرفية والمزاجية الأخرى في تحديد هوية الأفراد ، لذلك فقد حظي موضوع المعتقدات بوجه عام باهتمام علماء علم النفس الاجتماعي في العديد من القضايا وامتد هذا الاهتمام ليمس الموضوعات والمجالات المتعلقة بالصحة وسلوكها، حيث تمثل المعتقدات الخاصة بالصحة محورا مهما في إبراز دور هذه المعتقدات في تكوين العادات الصحية التي يسلك بمقتضاها الأفراد، لينشأ نموذج المعتقدات الصحية في بداية الخمسينات، الذي أعتبر من النماذج النظرية الأكثر شيوعا في الأوساط الصحية، حيث يعتمد عليه وإلى حد كبير في تفسير بعض الممارسات الصحية والوقائية، وتسعى هذه النظرية إلى تحديد المبادئ التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي، وتحاول التنبؤ بتصرفاته في المواقف الصحية المختلفة مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ ومعرفة مدى التزام الأفراد بأسس السلوك الصحي السليم وقواعده ومن ثم نتائج ذلك على صحتهم النفسية والجسدية.

1- مفهوم المعتقدات :

قدم الباحثون في علم النفس الاجتماعي تعريفات متعددة لمفهوم المعتقد فقد عرفها كريتش و كرتشفلد (Krech & crutchfield, 1948) : « بأنها تنظيم يتسم بالثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد » (خليفة،1998، 16).

ويعرفها فيشباين وأجزن (Fishbein & Ajzen, 1975) نقلا عن (عبد الله، ورضوان، 2009)

« بأنها المعلومات والمعارف التي توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه. بمعنى أن المعتقد يربط بين موضوع ما وخاصية معينة تميز هذا الموضوع».

وحسب دول و سيناترا (Dole & Sinatra,1994) المشار إليه في (خشاب، 2011) المعتقدات هي التقييمات الإيجابية أو السلبية التي يقوم بها الناس نحو الأشياء والتي تكون أشياء ملموسة، أو أشخاصا، أو أفكارا موجودة، أو مواقف ووجهات نظر حول شيء معين، كما تعتبر وحدات البناء للاتجاهات، بمعنى أن مجموعة المعتقدات تشكل اتجاهات الفرد نحو الشيء (خشاب، 2011، 39).

ويعرّف المعتقد أيضا حسب برجسون (Bergson,2009) على: أنه عبارة عن وضعية فكرية أين يختار ضمنها الفرد موضوع معين بطريقة خاصة على حسب القواعد التي تحكمه (بهلول،2009، 63).

من خلال هذه التعاريف يمكننا تعريف المعتقد على أنه مفهوم معرفي محض، وعليه يمكننا تعريف المعتقدات على أنها برمجة فكرية تعكس تصورات الفرد و مدركاته و طبيعة معرفته، و هي ترتبط بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

2- خصائص المعتقدات:

للمعتقد عدة خصائص يلخصها عبد اللطيف محمد خليفة (1998) فيما يلي:

- ✚ المعتقدات عبارة عن معاني يضيفها الفرد لمدركاته.
- ✚ المعتقدات مكتسبة، يكتسبها الفرد من خلال تفاعله مع البيئة.
- ✚ تمتاز المعتقدات بالثبات النسبي عبر الزمن.
- ✚ يمكن أن ترتبط المعتقدات بجانب معين من حياة الفرد، كما يمكن أن ترتبط بعدة جوانب في نفس الوقت.
- ✚ يرتبط مفهوم المعتقدات بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور.
- ✚ يعكس مفهوم الفرد تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته.
- ✚ يمكن الاستدلال عن طبيعة المعتقدات من خلال حديث الفرد وطريقة تفكيره، وهي تقترن عادة بعبارة: "أنا أعتقد" (خليفة،1998، 52). ومنه يمكننا القول أن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

3- تعريف المعتقدات الصحية :

يعرف روزنستوك و بيكر (1974) المعتقدات الصحية بأنها تتمثل في عزو الفرد لمعتقداته و توقعاته واندفاعاته وادراكاته، وعناصر معرفية و شخصية أخرى ، والتي من شأنها تساعد في الحفاظ على الصحة وتجديدها وتحسينها (Becker , Rosenstock ,1974). وعرفها تايلور ، 1988، بأنها ممارسات صحية يقوم بها الناس والتي تتأثر بعاملين هما إدراك الشخص للتهديد الصحي وإيمانه بممارسات معينة تكون فاعلة في التخفيف من التهديد . وعرفها أيضا (تايلور) أنها السلوكيات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم (تايلور،2008، 126) .

أشارت كثير من الدراسات حسب فيكتوريا واخرون (Victoria and all,1990) نقلا عن (العنزي، 2015) إلى أن المعتقدات الصحية تفسر ممارسات الناس للعادات الصحية بشكل جيد (العنزي، 2015، 210). ويعرف (Kazarian et Evans,2001) المعتقدات الصحية كذلك بأنها تصورات وإحساسات خطر أو اعتقادات حول شدة المرض (خشاب، 2011، 41).

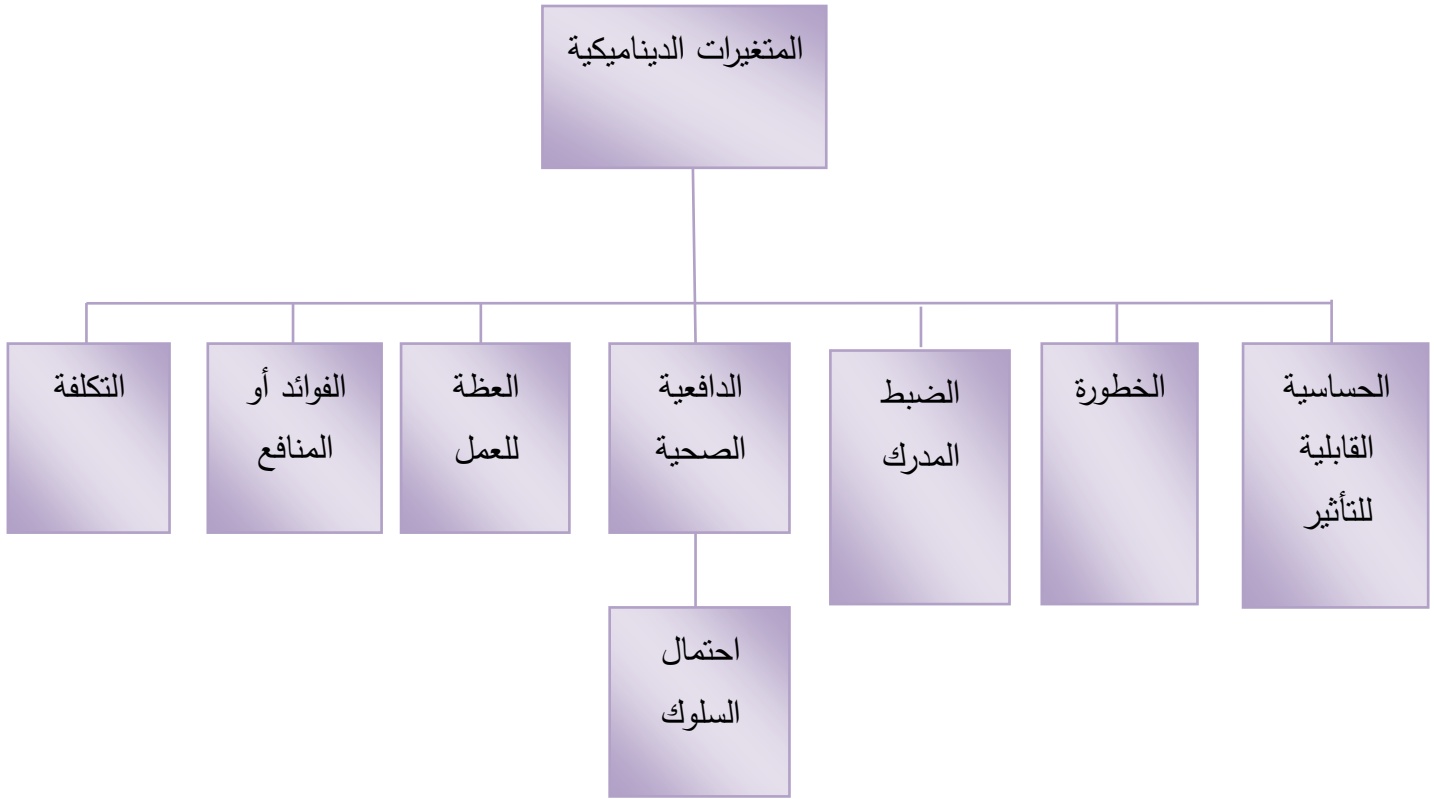
كما أشار رابيو و آخرون، (Rabiau and all, 2006) إلى المعتقدات بأنها الفعل الصحي الذي يقوم به الفرد، والذي ينشأ من الانخراط في سلوك غير صحي. وعرفتها عبد الجواد، (2009) بأنها سلوكيات مبنية على أسس نفسية يتم التركيز فيها على دور الاتجاهات والمعتقدات في تشكيل السلوك الصحي . ونستخلص من التعاريف السابقة أن المعتقدات الصحية هي تصورات ، مدركات وسلوكيات الفرد المرتبطة بالجانب الصحي، والتي يتبناها للمحافظة على صحته وتجديدها.

ومن خلال المعتقدات الصحية يمكن التنبؤ بالسلوكيات الصحية العامة للفرد. وهو مفهوم مشتق من نموذج نظري يقوم بالتركيز على أهمية عملية التوعية والتنقيف الصحي، ولقد ضم النموذج النظري مدخلين نظريين آخرين حتى يتم صياغته بشكل متكامل وهما المدخل المعرفي، والفعالية الذاتية.

4- مكونات المعتقدات الصحية:

- وتتكون مكونات المعتقد الصحي الأساسية من الأتي: يتوقع أن السلوك هو نتيجة لمجموعة من المعتقدات التي تم إعادة تعريفها لسنوات عديدة. فالمعتقدات الأساسية هي إدراك الفرد لـ :
- التعرض للمرض: مثال ذلك، لديّ فرص مرتفعة للإصابة بسرطان الرئة.
 - شدة المرض: مثال ذلك، سرطان الرئة هو مرض خطير .
 - التكاليف المترتبة على تنفيذ السلوكيات: ومثال ذلك ، التوقف عن التدخين يجعلني سريع الانفعال.
 - الفوائد المشاركة في تنفيذ السلوك: مثال ذلك، التوقف عن التدخين يحفظ لي نقودي.
 - إشارات الفعل: والتي تكون أسبابها داخلية وخارجية (العاسمي،2016، 114).

ويوضح الشكل رقم (4) مكونات المعتقدات الصحية:



شكل (4) يبين مكونات المعتقدات الصحية (المصدر: العاسمي، 2016، 115)

يفترض هذا النموذج أن السلوك يحدث تغييرا مع وجود ثلاث أفكار في الوقت نفسه:

- 1- أن يدرك الفرد أن هناك سببا كافيا لجعل مشكلة صحية ذات صلة (الحساسية والشدة).
- 2- يدرك هذا الشخص انه قد يكون عرضة للمرض أو نتيجة سلبية على الصحة (التهديد)
- 3- وأخيرا، يجب على الفرد أن يدرك أن التغيير السلوكي يمكن أن يكون مفيدا، وفوائد ذلك التغيير سوف يفوق أي تكاليف للقيام بذلك .

يوحي هذا النموذج بان المعتقدات الأساسية ينبغي استخدامها لتوقع احتمال أن السلوك سوف يحدث. وردا على الانتقادات الموجهة لهذا النموذج أجرى روزنستوك وبيكر (1987) تنقيحا للنموذج الأصلي، حيث أضافا أساسيات أخرى مثل، الدافعية الصحية ليعكس استعداد الفرد للقلق حول المسائل الصحية، على سبيل المثال (أنا قلق من أن التدخين يضر بصحتي). وفي الآونة الأخيرة، اقترح بيكر وروزنستوك أساس

آخر تم إضافته إلى النموذج، وهو "الضبط المدرك" ومثال ذلك، " أنا واثق من أنني أستطيع التوقف عن التدخين " (العاسمي، 2016، 115).

ومما سبق: يتضح لنا أن نموذج المعتقد الصحي لا يساعد فقط في فهم أسباب ممارسة الناس للسلوكيات الصحية، بل يساهم ويساعد أيضا على التنبؤ ببعض الظروف التي يغير فيها الناس من سلوكياتهم المرتبطة بصحتهم.

5- المصطلحات المفتاحية للمعتقدات الصحية:

و تذكر ماريلو (Marilou, 2002) حسب نموذج المعتقدات الصحية أنه احتمال تبني سلوك وقائي بالنسبة للفرد يتم تحديده انطلاقا من أربعة أنواع من الإدراكات أو المعتقدات.

1-5 الهشاشة المدركة:

أو القابلية للإصابة حيث يحس الفرد أنه هش تجاه واحد أم عدة أمراض.

2-5 الخطورة المدركة:

تقويم مرض أو عدة أمراض على أنه جاد، (مرض السرطان مرض خطير).

3-5 المكاسب (الفوائد المدركة):

الاعتبار والإيمان بأن بعض الإيجابيات (المكاسب) يجب أن تقترن ببعض السلوكيات الصحية، على سبيل المثال (التوقف عن التدخين يسمح بالحصول على بعض المدخرات).

4-5 ثمن العائق و المدرك:

الاعتقاد بأن بعض السلبيات تقترن بتبني سلوكيات صحية مثل (التوقف عن التدخين سيجعلني فرد قلق). وترى الباحثة أن نموذج المعتقدات الصحية أداة مؤثرة في استحداث وتغيير السلوكيات والممارسات؛ إذ أنه مصدر للمعلومات وذا أهمية في بناء الفرد وتكوينه المعرفي والوجداني والسلوكي، حيث يعمل على زيادة رصيده من المعلومات والخبرات التي تتسخ مواقف وآرائه وسلوكياته، والتنبؤ بالمواقف التي يغير فيها سلوكياته الصحية.

6- عوامل اكتساب المعتقدات الصحية:

تشير نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي لباندورا بان إحدى الوظائف الرئيسية للتفكير هي تمكين الأفراد من التنبؤ أو توقع الأحداث وان تطوّر طرقا جديدة للتحكم بتلك الأحداث التي تؤثر على حياتهم اليومية والمستقبلية والصحية حيث أن الأفكار واعتقاداتهم حول انفسهم تؤثر على تحكمهم وإدارتهم للمواقف (الداغستاني، المفتي 2010، 107).

وقد أظهرت النظرية العديد من العوامل الاجتماعية والمعرفية التي تؤثر على التعلم بالملاحظة حيث شملت القدرة على استخدام الرموز والاندماج في الأداء القسدي والهادف واشتملت على تأثير وسائل الإعلام على القيم والاتجاهات والنماذج السلوكية للمراقبين ، وقد أصبحت النظرية في الثمانينات تركز على مفهوم الفعالية الذاتية الذي يشير إلى اعتقادات الأفراد التي يطورونها عن قدراتهم في النجاح في المهمات التي تتطلب اداءات أو تحصيل يضم عناصر غريبة أو غير مألوفة ، ويشير المفهوم إلى :

(1) أن جهود الفرد في تنظيم ورفع العوامل العاطفية والمعرفية لاستغلال البيئة.

(2) مراقبة الذات.

(3) اصدار الحكم الذاتي (الداغستاني،المفتي 2010، 107).

ويشير باندورا (1977 , Bandura) بان الأفراد يتعلمون الاتجاهات السلبية والايجابية نحو

الأشياء ومنها الصحة والتي تتحدد بعناصر منها :

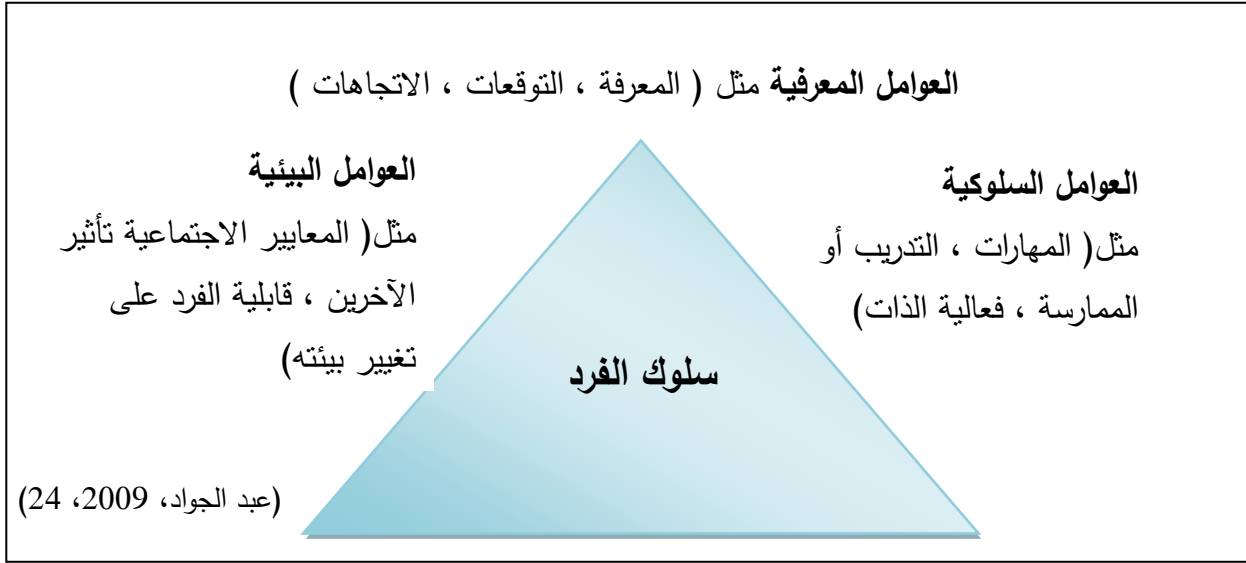
أ- النموذج الذي يعرض سلوكا ما.

ب- السلوك الذي يعرضه النموذج (المحتوى) .

ج- الملاحظ الذي يلاحظ كل سلوك النموذج.

د- نتائج السلوك البديلة (مكافأة أو عقاب) (الداغستاني،المفتي 2010، 108).

وقد أشار باندورا (1993 , Bandura) بان العمليات الذهنية المعرفية هي عمليات خفية ذهنية لا تظهر الأداء مباشرة وتتضمن استدخال صور ، اداءات ، أفكار ، حركات أو مهارات أو انفعالات ممثلة لاتجاهات ايجابية أو سلبية نحو الأشياء الموجودة في البيئة ، فالعمليات المعرفية للأحداث وإمكانية تحقيق النتائج التي تصل الفجوة بين السلوك الصحي والنتائج التي يترتب عليها ، والمعرفة بسوء الصحة واعتلالها والتي تكون بمثابة عدم الاهتمام بالصحة يعد مثيرا ومعجلا للفرد ليستمر من اجل حماية صحته ، والنقطة المهمة هي أن تنظيم السلوك الصحي يوجه بواسطة عمليات معرفية وليس من خلال التعزيز المشكل بالخبرة . وقد ذكرت عبد الجواد، (2009) أن العوامل المعرفية ، والسلوكية ، والبيئية هي نتاج عملية التعلم الاجتماعي و هي عوامل تؤثر في تعلم الفرد للمعتقدات الصحية حسب نظرية التعلم الاجتماعي والشكل (5) يوضح ذلك :



الشكل (5) يوضح عوامل اكتساب الفرد للمعتقدات الصحية

7- محددات السلوك المتعلق بالصحة:

أشار قاسم عبد الله (2012)، إلى عدة عوامل عامة في السلوك المرتبط بالصحة، ويرى أن الكثير من الناس يعتبرون أن السلوك الصحي، يتعلق بأنشطة أو أفعال مثل : "لا تدخن"، "لا تفرط في المشروبات الكحولية"، "تناول الغذاء الصحي المتوازن"، "مارس التمارين الرياضية بانتظام"، "نظف أسنانك بانتظام"، "راجع الطبيب بشكل دوري".... الخ. ولكن قول هذه النصائح، والاعتقاد بها شيء، وممارستها فعليا شيء آخر. فيمكن أن يعتقد الشخص بهذه السلوكيات الصحية، إلا أنه لا يمارسها في حياته اليومية، من هنا قد تحدث فجوة بين الفكر (الاعتقاد) وبين السلوك (التصرف). وهناك الكثير من العوامل التي تؤثر في درجة ممارسة الناس للسلوكيات الصحية من بين هذه العوامل :

7-1- الوراثة:

تؤثر العوامل الجينية أو الوراثة في بعض السلوكيات الصحية أو المرتبطة بالصحة، وتناول الكحول بكثرة يقدم لنا مثلا واضحا على ذلك. فدراسات التوائم، ودراسات التبني أثبتت جميعها أن الوراثة تلعب دورا مهما في سلوك الإدمان على الكحول (Ciraulo & Renner,1991) عن (قاسم عبد الله، 2012، 234).

7-2-التعلم:

يتعلم الناس السلوكيات المرتبطة بالصحة في حياتهم اليومية، وخاصة عن طريق الإشراف الإجرائي، وبهذه الطريقة يغير السلوك بسبب نتائجه أو لواقعه و عواقبه، و هناك ثلاثة أنواع لعواقب السلوك:

✓ **التعزيز:** النتيجة الممتعة أو السارة للسلوك تمثل تعزيزاً له، يجعلنا نكرره باستمرار. ومثال على ذلك حين تعاني من الصداع و تناولت أسبرين، ثم ذهب الصداع، وخف الألم، في هذه الحالة كان الصداع حالة غير سارة (مزعجة)، وسلوك تناولك للأسبرين أزال الألم، وبذلك فإن الصداع خبرة غير سارة (مؤلمة) أي معزز سلبي لأنه حالة مزعجة ويجب إزالته. وحين نطلب من الطفل تنظيف أسنانه مقابل نقود أو هدية للقيام بذلك السلوك الصحي، فسوف يكرر هذا السلوك لأنه يحقق له نتيجة جيدة و مرغوبة. (قاسم عبد الله، 2012، 234).

✓ **الانطفاء:** حين تكون النتائج التي تحافظ على السلوك ضعيفة (عواقب السلوك الممتعة)، فالاستجابة ستضعف باستمرار. ولو عدنا للمثال السابق عن الطفل، فحين يمتنع الأهل عن تقديم الهدية لسبب ما، فقيام الطفل بسلوك تنظيف الأسنان سيضعف حتى يتلاشى تماماً، أي انطفأ السلوك بسبب عدم تقديم المعزز.

✓ **العقاب:** حين نقوم بعمل ما يجلب حالة من عدم السرور كنتيجة لهذا العمل، فإننا نميل إلى عدم القيام به، لأنه حقق حالة من الانزعاج أو عدم الرضا. فالطفل الذي تلقى توبيخاً من والده لأنه ذهب للعب الكرة مع أقرانه، سيسعى لعدم تكرار هذا السلوك لاحقاً، بالرغم من أن هذا السلوك هو سلوك صحي (ممارسة الرياضة) إلا أن العقاب أدى إلى الكف عن هذا السلوك (قاسم عبد الله، 2012، 234).

7-3- سمات الشخصية و العوامل الاجتماعية و الانفعالية:

تتأثر الكثير من السلوكيات المرتبطة بالصحة بالعوامل الاجتماعية. ومن بين هذه العوامل درجة الدعم الاجتماعي أو التشجيع الذي يتلقاه الفرد من الآخرين فيما يتعلق بالسلوكيات المرتبطة بالصحة كالتدخين، والرياضة. فالأصدقاء والأهل بإمكانهم أن يشجعوا السلوك الذي يحافظ على الصحة لدى الفرد عن طريق المدح والثناء (قاسم عبد الله، 2012، 235).

وهناك عاملان متعلقان بالسلوك المرتبط بالصحة، هما طبيعة الشخصية، والحالة الانفعالية للفرد، وخاصة الضغط النفسي. فمن أبرز الخصائص الشخصية التي تؤثر في ممارسة الفرد للسلوكيات المتعلقة بالصحة هي الوعي والشعور، فالأفراد الذين يحصلون على درجات عالية في مقاييس الوعي يكونون أكثر تلقياً وممارسة للسلوكيات الطبية والصحية التي يقدمها لهم الطبيب. من جهة ثانية فإن للانفعال دور مهم

أيضا، فالذين يكونون أكثر معاناة من الضغوط النفسية، يمارسون سلوكيات غير صحية (كالتدخين والإفراط في تناول الكحول) للتخلص من القلق والضغط حسب رأيهم (قاسم عبد الله، 2012، 235).

7-4- الإدراك و العمليات المعرفية:

إن طريقة إدراك الشخص للأعراض المرضية وتفسيره لها ذات تأثير كبير في السلوكيات المرتبطة بالصحة التي تصدر عنه. وطريقة رد فعل الأفراد للأعراض أو للمرض تختلف كثيرا فيما بينهم ، حيث تمتد من تجاهل المرض، مروراً بالاكتراث، وانتهاءً بالانشغال الزائد والبحث عن الرعاية الطبية الفورية. أما العمليات المعرفية للشخص، فتمثل عوامل مهمة ذات تأثير كبير في السلوكيات الصحية التي يمارسها. فعلى الأشخاص أن يحصلوا على معلومات مهمة ومحددة بدقة حول حالتهم الصحية، وعن طريق حلهم للمشكلة التي تنشأ عن مرضهم أو إصابتهم، وذلك بغية إتباع سلوكيات صحية تفيدهم. من جهة أخرى يكون كل فرد أحكاما خاصة من تجربته الذاتية تؤثر في حالته الصحية (قاسم عبد الله، 2012، 236).

8- النماذج المفسرة للمعتقدات الصحية:

درست النظريات حول الصحة من خلال استخدام المنهج الوصفي أكثر من المنهج الكمي، ودرس علماء الاجتماع وعلماء الانثروبولوجيا الطبية الاجتماعية المعتقدات عن الصحة من حيث وضع النظريات والنماذج من خلال استخدام المقابلات المعمقة، وكشفت الدراسات أن الافراد لديهم معتقدات معقدة ومتنوعة، وهذه المعتقدات هي التي تلعب دورا مهما في الصحة والمرض (العاسمي، 2016، 98).

اولا: النماذج المعرفية (الإدراكية):

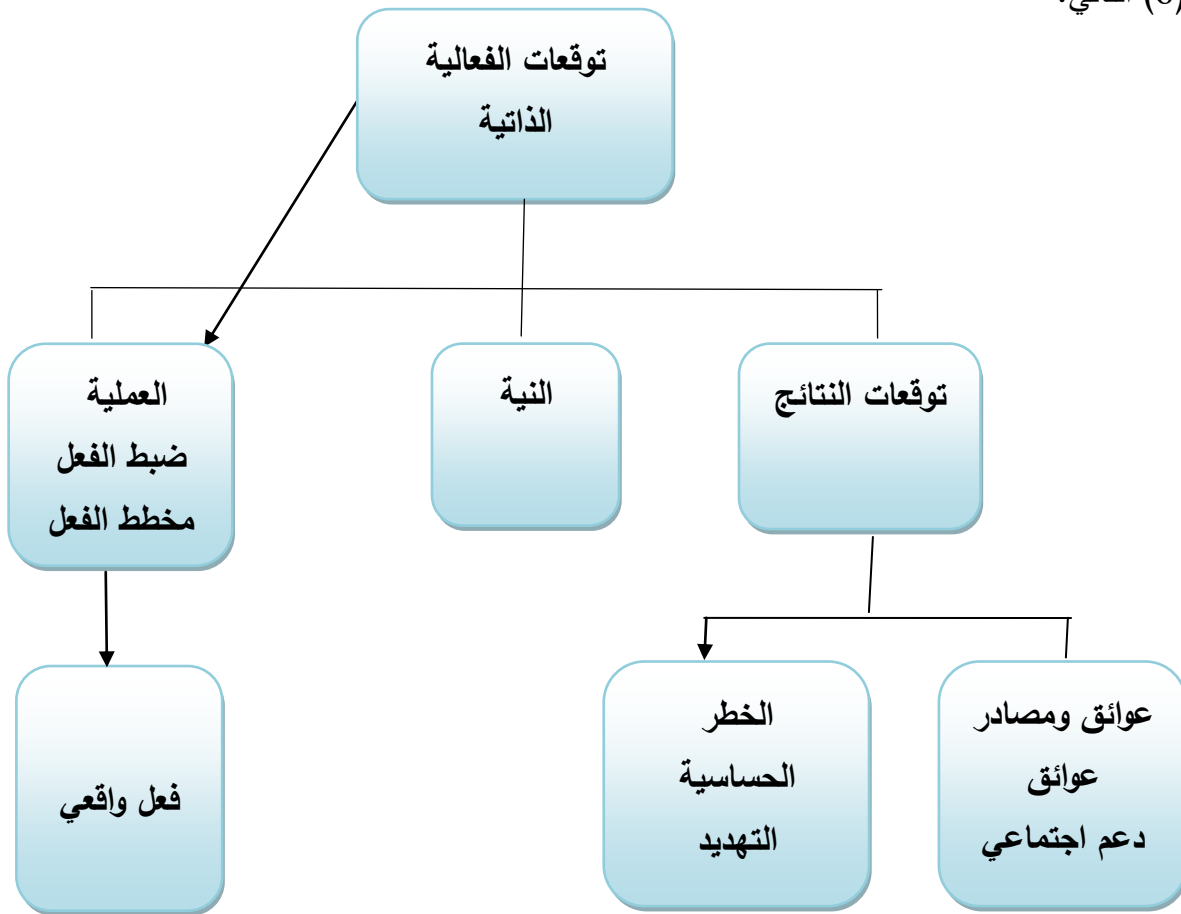
تدرس النماذج المعرفية التنبؤات والسلوكيات الصحية المستمدة من نظرية التوقع الشخصي ل إدوارد (Edwards,1954) التي اقترحت بأن نتائج السلوكيات مثل الوزن العقلاني للتكلفة، والفوائد المحتملة لهذه السلوكيات تصف نماذج إدراك السلوك كنتيجة لتجهيز معلومات عقلانية، و تأكيد معارف فردية، وليس في السياق الاجتماعي لتلك المعرفة (العاسمي، 2016، 114).

ثانيا: نموذج المعتقد الصحي The health belief model:

طور نموذج المعتقدات الصحية في الخمسينات من قبل علماء علم النفس الاجتماعي. الذين كانوا يعملون في مصالح الخدمات الصحية في أمريكا، وطور النموذج ردا على فشل برامج الصحة في علاج مرض السل، وفي ذلك الحين زود برنامج فحص السل للبالغين بأشعة الفحص السينية "X" في الوحدات المتنقلة المتواجدة في الأماكن التي يعاني أفرادها من ارتفاع عدد الإصابة بمرض السل (خشاب، 2011، 42).

فلاحظ هوشبوم (Hochbaum, 1958) ، أن الأكثرية من سكان الحي لم يخرجوا لإجراء الفحوصات بالأشعة السينية "X" فبحث عن أسباب امتناع البعض من الخضوع للكشوفات ، وعن الأسباب التي حفزت البعض لإجراء الفحوصات . فوجد بأن خطرهم المحسوس للمرض ومن العدوى ومخاطر الأشعة "X" كانت من بين العوامل الحاسمة في سلوكهم (خشاب، 2011، 42).

وضع هذا النموذج في البداية من قبل روزنستوك (Rosenstock, 1966) وأيضا من قبل بيكر وآخرون (Becker et al, 1970) ومفاد هذا النموذج، بأنه نظام للتنبؤ بالسلوكيات الصحية الوقائية، وأيضا للاستجابة السلوكية العلاجية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة وحادة. ومع ذلك، تم في السنوات الأخيرة استخدام هذا النموذج للتنبؤ بتشكيلة واسعة من السلوكيات المرتبطة بالصحة. وفي سنة (1988) أضيف مصطلح جديد للمعتقدات الصحية وهو مفهوم فاعلية الذات، وذلك نظرا لدوره في تدعيم تغيير العادات السلوكية غير صحية " كالتدخين" (بهلول، 2009، 65). وذلك كما يوضحه الشكل رقم (6) التالي:



الشكل رقم (6) نموذج المعتقد الصحي (المصدر: العاسمي، 2016، 116)

ويشير نموذج المعتقد الصحي حسب بيكر وروزنستوك، (Becker and Rosenstock, 1984) إلى وجود احتمال بان الشخص سوف يسلك السلوك الذي من شأنه حماية صحته، من خلال الاعتماد على تقييمين عندما يواجه الشخص خطرا صحيا هما: أ- مدى التهديد و الخطورة التي سوف تلحق به (إدراك الخطورة). ب- وكيف حصل مثل هذا التهديد للشخص (إدراك الضعف). على سبيل المثال، إذا كان شخصا ما لديه زيادة في وزنه فإنه قد يكون في خطر التعرض لمرض في القلب. فالشخص ربما قد يدرك هذه الحقيقة لأنها حالة خطيرة، ولكنه قد يعتقد أنها لا تزال ضعيفة جدا، ومن غير المرجح أن تتطور هذه المشكلة لغاية الآن. وبالتالي قد يحكم على التهديد بأنه منخفض نسبيا. حتى إذا ما حكمنا على التهديد ليكون خطيرا، ونحن من المرجح فقط سوف نتصرف إذا كان لدينا بعض الحيلة للعمل.

هذه الإشارة قد يكون لها أعراض جسدية مثل آلام في الصدر. ويشمل نموذج المعتقد الصحي حسب كيرشا وبيكر (Kirschat, 1974, Becker, 1947) دراسة ردود أفعال الأفراد اتجاه المرض وتفسيراتهم الذاتية للأعراض التي يعانون منها، و سلوكهم اثرى معرفتهم بالتشخيص (العاسمي، 2016، 254). وعبر الثلاثين سنة الماضية تم استخدام النموذج في تفسير السلوك الصحي وكانت النتائج جيدة. ولقد اشتركت أكاديمية علم النفس عام (1975) مع وزارة الصحة الأمريكية لتطوير هذا النموذج. وتم عمل بحث تقويمي للنتائج التي طبقت من عام (1974 إلى 1984) واتضح أن (18) دراسة تم من خلالها تغيير السلوك الصحي مباشرة بعد التدخل، و(46) دراسة كانت نتائجها ايجابية بعد فترة من التدخل. ويتضمن النموذج العناصر الآتية:

1. استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين، يحدده تبعا لما يراه من احتمال تعرضه للمرض أو الخطر. إن الخطورة التي يدركها الفرد ودرجتها هي العامل المهم الذي يؤثر على قيامه بالسلوكيات المرتبطة بالصحة.

2. تقييم الفرد لفائدة هذا السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بالسلوك المرضي، ويتعلق هذا العامل بإدراك الفرد لدرجة تأثيره بالحالة الصحية الممرضة. فالشخص الذي لديه حساسية وتأثرا بالمشكلة الصحية، فإنه سوف يقوم بسلوكيات صحية تحد من هذا الخطر.

3. مثير السلوك يدفعه نحو البحث عن السلوك الصحي المناسب، وقد يكون المثير داخليا، كالأعراض المرضية أو خارجيا من خلال احتكاك الفرد بغيره. وكلما كان الشخص يقظا حول حدوث المشكلة

الصحية كلما زاد وعيه لخطورة التهديد الناتج عنها، مما يدفعه للقيام بسلوكيات صحية (العاسمي، 2016، 254، 255).

نستخلص مما سبق أن الفرد إذا لم يقم بمواجهة الآثار النفسية والصحية والاجتماعية الناجمة عن الخطر، فإن التهديد الذي يركه سوف يزداد و تشتت خطورته، بينما إذا قام الشخص بمواجهة هذا الخطر والاستعداد له من خلال اختيار الأنماط السلوكية، فإن حجم الخطر الصحي يتناقص. أي أن قناعة الفرد لمواجهة الخطر باستخدام السلوكيات الصحية تحد من تأثير التهديد و الخطر.

- دعم نموذج المعتقدات الصحية:

دعمت العديد من الدراسات توقعات نموذج المعتقد الصحي، حيث أشارت إلى أن الامتثال الفرد للنظام الغذائي، الجنس الآمن، أخذ اللقاحات، القيام بزيارات متكررة إلى الطبيب والمشاركة في برامج ممارسة الرياضة بانتظام، فإن جميعها ترتبط بتصور الفرد للاستعداد في المحافظة على صحته، وذلك لاعتقاده بأن المشكلة مؤلمة، وأن الفوائد المترتبة على اتخاذ إجراءات وقائية تفوق التكاليف كما يرى وايبر (Wyperm, 1990) عن (العاسمي، 2016، 117) أن القابلية للفحص و العلاج هو تنبؤ أفضل بالسلوك الصحي لدى النساء اللواتي يعانين من سرطان الثدي (العاسمي، 2016، 117).

وقد وفرت الأبحاث أيضا دعما لدور مؤشرات الفعل في التنبؤ بالسلوكيات الصحة، وخاصة المؤشرات الخارجية مثل إدخال المعلومات. في الواقع، يستخدم تعزيز الصحة هذه المدخلات الإعلامية لتغيير المعتقدات وبالتالي تعزيز السلوك الصحي في المستقبل. والمعلومات في شكل تحذيرات إثارة الخوف قد تغير المواقف والسلوك الصحي في عدة مجالات كطب الأسنان الصحي، والقيادة الآمنة، والتدخين على سبيل المثال (العاسمي، 2016، 117).

وتستخدم المعلومات العامة فيما يتعلق بالآثار السلبية للسلوك أيضا في كل من الوقاية ووقف السلوك (SUTTON AND HALLETT, 1989) عن (العاسمي، 2016) وتهدف المعلومات الصحية إلى زيادة المعرفة، والعديد من الدراسات أشارت إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معرفة المرض والسلوك الصحي الوقائي (RIMER & ALL, 1991) عن (العاسمي، 2016). وقد أشارت دراسات عديدة أيضا إلى وجود علاقة إيجابية بين المعرفة حول الفحص الذاتي وسرطان الثدي والأداء (CHAMPION, 1990) المشار إليه في (العاسمي، 2016، 117).

ثالثا: المعتقدات عن الضبط الذاتي: Beliefs In Personal control

يعتبر الضبط الذاتي احد الطرق التي نعدل من خلالها المواقف الضاغطة و نتعامل معها. و لكننا سنتحدث الآن عن علاقة السلوكيات الصحية بمظهرين من مظاهر التحكم الذاتي هما: مركز الضبط، و

الكفاءة الذاتية. يعتقد بأن الأفراد الذين لديهم مركز تحكم بصحتهم سيميلون لممارسة السلوكيات التي تقيهم من المرض وتحسن حالتهم الصحية. ولأن هؤلاء الأفراد يعتقدون أن بإمكانهم التأثير بصحتهم (نوي تحكم داخلي)، فإن عليهم ممارسة السلوكيات الصحية أكثر من الأفراد الذين ليس لديهم قدرة على التحكم بصحتهم (هم أصحاب تحكم خارجي). لأن أصحاب التحكم الداخلي اقدر على الامتناع عن التدخين، وأكثر طلبا للمعلومات الصحية مثل: ارتفاع ضغط الدم، وضربات القلب. ولقد أثبتت نتائج عدة دراسات العلاقة بين مركز الضبط وممارسة السلوكيات المرتبطة بالصحة، ولكنها لم تثبت العلاقة بين مركز التحكم والسلوكيات الوقائية.

واحد الأسباب وراء ذلك، هو أن مركز التحكم هو واحد من العوامل التي تؤثر في ممارسة السلوك الوقائي. إلا أن نوي مركز التحكم الداخلي يعتقدون بأنهم قادرين على التأثير في سلوكهم لأنهم يعطون قيمة وأهمية كبيرة لصحتهم أكثر من نوي التحكم الخارجي الذين لا يعيرون الصحة مثل هذه الأهمية (قاسم عبد الله، 2012، 242).

ومن هنا تلعب الكفاءة الذاتية دورا مهما في القيام بالسلوك الصحي، وهي سمة الذين يعتقدون أن بإمكانهم القيام ببعض السلوكيات بنجاح وكفاءة. ويكتسب الأفراد الشعور بالكفاءة الذاتية من خلال تجارب النجاح والفشل لديهم، وملاحظة خبرات الآخرين وسلوكياتهم، وتقييمهم لقدراتهم وهذا ما تطرقنا إليه في الفصل السابق من هذه الدراسة.

9- السلوك الصحي و الفاعلية الذاتية:

لقد أظهرت نتائج الدراسة الحالية وجود علاقة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية وفاعلية الذات وبالرجوع إلى توقعات الفاعلية الذاتية المذكورة في الفصل السابق والتي أشار إليها العاسمي (2016) في كتابه "علم النفس الصحة الإكلينيكي"، فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة، إلا من خلال فاعلية الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية، أي عندما تصبح الفعالية الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد وتؤكد نظرية باندورا أن أداء السلوك الصحي وممارسته يتم وفقا لشترطين:

1. توقعات الفاعلية: وتعني القدرة المدركة على أداء السلوك، مثل: هل اعتقد أنني قادر على أداء السلوك المناسب؟.

2. توقعات النتيجة: ويعني الاعتقاد بان السلوك سيحقق النتائج الايجابية، مثلا: هل التزامي بحمية غذائية صحية سيجميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية؟ (تايلور، 2008، 146) .

فمن المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعورا بالفاعلية الذاتية، وهو اعتقاد بان لدى الفرد القدرة على ضبط ما يقوم به من ممارسات نحو سلوك محدد. فاعتقاد المدخنين على سبيل المثال، بأنهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم، سوف يمنعهم من محاولة التوقف عن هذه العادة السيئة، مع أنهم يعلمون تماما أن التدخين فيه مجازفة، وأن التوقف عن التدخين أمر محبب. وقد أظهرت الأبحاث أن الفاعلية الذاتية تؤثر على السلوكيات الصحية بطرائق متنوعة، إذ تصل إلى حد الامتناع عن التدخين وضبط الوزن، واستخدام الواقي الذكري، وممارسة الرياضة، وتغيير النظام الغذائي، وعدد متنوع من السلوكيات المتعلقة بالصحة و التي يؤديها الراشدون (العاسمي، 2016، 265).

خلاصة الفصل:

تعد المعتقدات برمجة فكرية تعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعته معرفته، وهي ترتبط بتوقعات الفرد وتقييمه للأمور، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة وفي هذا المجال فإن هذه البرمجة الفكرية تظال كل ما يتعلق بصحة الفرد، إذ أن المعتقدات الصحية تساعد على التنبؤ بممارسات وسلوكيات الفرد التي تهدف إلى الوقاية من المشاكل الصحية. وفي هذا الإطار جاء نموذج المعتقدات الصحية الذي يعتبر من أحدث النماذج كونه يعد مصدرا للمعلومات وذا أهمية في بناء الفرد وتكوينه المعرفي والوجداني والسلوكي، حيث يعمل على زيادة رصيده من المعلومات والخبرات التي تعكس مواقفه وآرائه و سلوكياته المرتبطة بصحته. وينحصر مفهوم المعتقدات الصحية في العناصر التي تطرقنا إليها في هذا الفصل والمتمثلة في مفهوم المعتقد، تعاريف المعتقدات الصحية، مكونات المعتقدات الصحية، مصطلحات نموذج المعتقد الصحي، عوامل اكتساب المعتقدات الصحية، كما تطرقنا إلى محددات السلوك الصحي والنظريات المفسرة للمعتقدات الصحية.

الفصل الرابع

اضطراب العرض الجسدي

تمهيد

- 1- لمحة تاريخية حول اضطراب العرض الجسدي
- 2- التصنيف المستحدث للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية وفق (DSM-5)
- 3- التغييرات المفتاحية لاضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-5)
- 4- مفهوم اضطراب العرض الجسدي وفق (DSM-5)
- 5- معايير تشخيص اضطراب العرض الجسدي
- 6- التشخيص الفارقي لاضطراب العرض الجسدي
- 7- الفرق بين اضطراب العرض الجسدي و الجسدنة
- 8- الاضطرابات المصاحبة والمآل
- 9- النماذج المفسرة لاضطراب العرض الجسدي

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعد الاضطرابات التي تتسم بالأعراض الجسدية البارزة، فئة جديدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) ، وتسمى هذه الفئة العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، حيث أعيد صياغتها على أساس إعادة تصنيف تشخيصات الاضطرابات جسدية الشكل حسب تسميتها السابقة في الدليل الرابع. ويعد اضطراب العرض الجسدي أحد الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، الذي عدلت تشخيصاته حديثاً في الدليل الخامس (DSM-5) نتيجة للتغيرات التي مست هذه الفئة، ويعرف اضطراب الأعراض الجسدية بالشكوى من عرض جسدي أو عدة أعراض والانشغال المفرط بالصحة في غياب السبب العضوي و التفسير الطبي، وسيتم التطرق لهذا الاضطراب في هذا الفصل بداية بلمحة تاريخية عن اضطراب الأعراض الجسدية ، و التطرق إلى التغيرات المستحدثة للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية وفق (DSM-5)، ومحكات تشخيصها وفق (DSM-4,5) ، ثم نتناول تعريف اضطراب الأعراض الجسدية، معايير تشخيصه والفرق بينه وبين اضطراب الجسدنة ، ثم النماذج النظرية المفسرة لاضطراب الأعراض الجسدية.

1- لمحة تاريخية حول اضطراب العرض الجسدي:

قبل تناول التصنيف الجديد لفئة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية وفق الدليل الخامس (DSM-5) ; سوف نتطرق لإعطاء لمحة عن اضطراب الجسدنة لأن الأشخاص الذين شخص لديهم سابقا اضطراب التجسيد (الجسدنة) سيكون لديهم عادة أعراض تستوفي معايير اضطراب العرض الجسدي. عُرف لأول مرة اضطراب الجسدنة بإسم "متلازمة بريكوت" "Briquet syndrome" نسبةً إلى الطبيب الفرنسي بول بريكوت "Paul Briquet" الذي وصفه لأول مرة في عام (1859) (الزهراني، بني يونس، 2010، 166). ثم أطلق عليه في ما بعد اصطلاح اضطراب الجسدنة (التجسيد) كونه احد الاضطرابات التابعة للاضطرابات جسدية الشكل في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-4) الصادر سنة (2000) عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، ويتميز اضطراب الجسدنة من الشكاوي المتكررة من أعراض جسمية، وطلبات مستمرة بإجراء الاستقصاءات الطبية، بالرغم من النتائج السلبية المتكررة وطمأنة الأطباء بان الأعراض ليس لها أساس بدني (احمد عكاشة، 2003، 245).

وهناك عدة تعريفات تناولت اضطراب الجسدية وفق معايير الدليل الرابع للاضطرابات النفسية أهمها:

تعريف إنجيل (Engel,1997) نقلا عن (الزهراني، بني يونس، 2010) الذي يرجع الإصابة باضطراب التجسيد إلى النموذج البيولوجي بقوله: " إن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (Biopsychosocial Model) من أكثر النماذج شموليةً ودقةً في تفسير اضطراب التبدن (الزهراني، بني يونس، 2010، 167). وترى منظمة الصحة العالمية (WHO)، بان الخاصية الأساسية للأعراض الجسدية نفسية المنشأ، هي الشكوى المتكررة لأعراض بدنية، مع السعي المستمر لأجراء فحوصات طبية ، بالرغم من تأكيد الأطباء بانعدام وجود أساس جسمي لهذه الأعراض (ICD10، 1999، 171) .

كما يعرف عبد الرحمن (2000)، اضطراب الجسدية بأنه أعراض تحاكي أعراض مرض جسدي، ولكن دون أن يكون لها أساس عضوي لهذه الأعراض، وإنما ترجع إلى عوامل نفسية بالدرجة الأولى (محمد السيد، 2000). يعرف احمد عكاشة (2003)، اضطراب الجسدية بأن السمات الرئيسية للاضطراب هي أعراض بدنية متعددة ومتكررة وغالبا متغيرة، مستمرة لمدة عامين على الأقل ، ويكون لأغلب المرضى تاريخ طويل و معقد من خلال الخدمات الصحية الأولية و المتخصصة ، يكون في أثنائه قد أجريت لهم استقصاءات سلبية أو عمليات جراحية كثيرة لا طائل من ورائها، وقد تكون الأعراض خاصة بأي جزء أو جهاز من الجسم (احمد عكاشة، 2003، 246).

ويرى زعطوط (2003) بأن: الجسدية هي التعبير عن المعاناة النفسية في شكل أعراض بدنية (زعطوط، 2003). ويعرفه قاسم حسين صالح ، (2007) انه أعراض جسدية حقيقية في غياب وجود سبب عضوي ظاهر تظهر على المصابين به ، في عضو أو أكثر، لا يجد لها الطبيب عاملاً مرضياً عضوياً مشخصاً بيقين ثابت ، فتعزى أسبابها إلى عوامل نفسية . وهي غير الأمراض المتعمدة التي يصطنعها الفرد للحصول على منفعة معينة (صالح، 2007).

ويشير كل من الزهراني وبني يونس (2010)، أن اضطراب التجسيد أو التبدن يتميز بوجود أعراض جسدية أو شكاوي بدنية عديدة تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لفترة طويلة، وينتج عنه قصور جوهري في مجالات الأداء الوظيفي، والاجتماعي، وغيرها من المجالات المهمة (الزهراني، بني يونس، 2010، 166).

ويحدد بيرند رولر و اخرون (Bernd Roehler, and all, 2016) اضطراب الجسدية عند وجود عدد كبير من الشكاوى الجسدية من مجالات مختلفة من الأعراض، إذ يجب أن تتوفر أربعة أعراض ألم على الأقل (على سبيل المثال صداع أو آلام الظهر)، وعرضان معدي معوي (كالإعياء و الإسهال على سبيل المثال)، وعرض واحد جنسي نفسي (عدم انتظام الدورة الشهرية أو اضطرابات الانتصاب أو القذف

على سبيل المثال) وعرض عصبي كاذب واحد (اضطرابات مشي أو تنسيق أو توازن أو احتباس بول على سبيل المثال). ويتم تقويم هذه الأعراض على أنها مهمة عندما تقود للعلاج الطبي أو إلى إلحاق الأذى بمجالات حياتية مهمة. كما ينبغي للشكاوى أن تظهر قبل سن الثلاثين وأن تستمر لعدة سنوات (بيرند رولر و آخرون، 2016، 387).

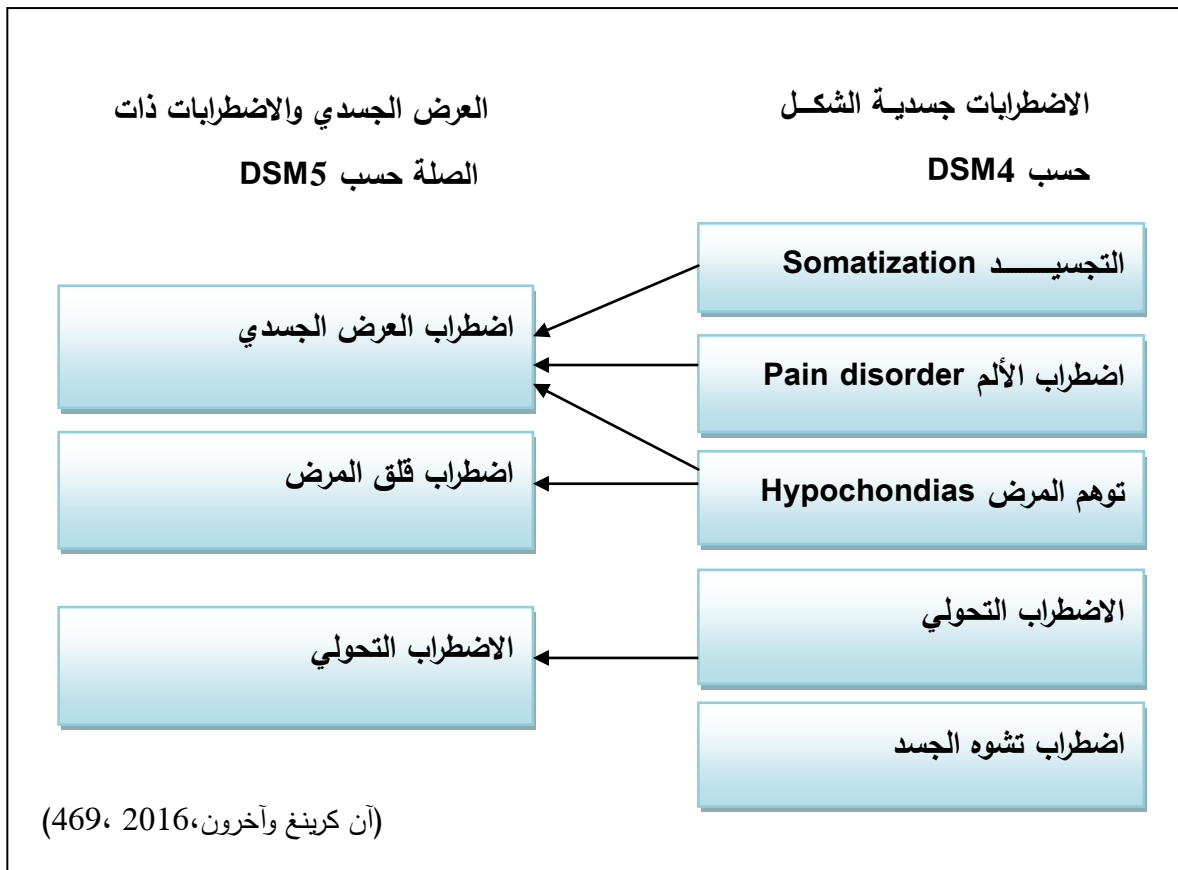
نلاحظ من خلال هذه التعاريف أن أغلبها أشار إلى أن ما يميز اضطراب الجسدية وجود عدد معين من الأعراض الجسدية التي لا يعرف لها تفسير طبي، أما في الدليل الخامس (DSM-5) الذي صدر مؤخرا في سنة (2013) عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، فالاضطرابات التي تكون فيها الأعراض الجسدية بارزة تشكل فئة جديدة تسمى العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة (أنور الحمادي، 2015، 217)، حيث تغير الجوهر الذي يعتمد التشخيص عليه من التعويل على العرض أو الأعراض الجسدية غير المفسرة طبيا إلى التعويل على الأعراض المعرفية السلوكية المصاحبة للعرض الجسدي المزعج (APA, 2013) وهذا ما سوف نفصل فيه لاحقا في هذا الفصل.

2- التصنيف المستحدث للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية وفق (DSM-5):

تعرف الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بأنها الاهتمام الزائد بالأعراض الجسمية أو الصحة. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل يشار إلى هذه الاضطرابات بالأعراض الجسمية التي لا يعرف لها سبب عضوي، وتأخذ الأعراض شكل الإحساسات الجسدية. ولكن مع مرور الوقت، أصبح من الواضح أن هناك صعوبة في تمييز ما إذا كانت بعض الأعراض سببها بيولوجي أم لا. فعادة لا يتفق الأطباء حول السبب الطبي للعرض (Rief & Broadbent, 2007) نقلا عن (آن كرينغ و آخرون، 2016) وبعض الأفراد قد يكون لديهم ظرف صعب تشخيصه بسبب قصور في المعلومات التكنولوجية الطبية. بالإضافة إلى أن أغلب الأفراد مروا بخبرة واحدة على الأقل من عدم تشخيص العرض الجسدي الذي أصيبوا به في حياتهم.

وقد اشتمل الدليل التشخيصي الخامس (DSM-5) على اضطرابات الأعراض الجسمية بدون تفسير طبي لها (آن كرينغ و آخرون، 2016، 466). فقد كان المصطلح المستخدم في الدليل الرابع عن الاضطرابات جسدية الشكل مريكا، و تم استبداله بالعرض الجسدي و الاضطرابات ذات الصلة. كما كان هناك قدر كبير من التداخل بين الاضطرابات الجسدية، كما وجد فقدان كبير للوضوح حول حدود التشخيص. وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات، غالبا ما يشاهدون في العيادات الطبية وليس

عيادات الصحة العقلية، فقد وجد الأطباء غير النفسيين الاضطرابات الجسدية الشكل في الدليل الرابع صعبة الفهم والاستخدام. والتصنيف الحالي في الدليل الخامس تعرف على هذا التداخل، فحدّ من العدد الكلي للاضطرابات وحدّ كذلك من تصنيفاتها الفرعية (أنور الحمادي، 2015، 218). وهذا ما يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (7) : يبين أهم التغيرات المستحدثة للفئة التشخيصية لاضطرابات الأعراض الجسدية

بين DSM-4 و DSM-5

ويوضح الشكل رقم (7) التحول الذي حدث بين (DSM-4) و (DSM-5)، حيث تم دمج اضطراب التجسيد، واضطراب الألم، واضطراب توهم المرض المصاحب للأعراض الجسدية في فئة واحدة طبقاً للدليل التشخيصي الخامس وهي اضطراب العرض الجسدي (الاضطراب المعني بالدراسة الحالية) وهناك بعض الأفراد المشخصين بتوهم المرض قد يندرجون تحت فئة اضطراب قلق المرض، إذا كان الخوف و التوهم بدون أعراض جسمية، أما اضطراب تشوه الجسد فقد تم نقله لفصل الاضطرابات المرتبطة بالوسواس القهري في الدليل الخامس (آن كرينغ وآخرون، 2016، 469). وهذا ما تم توضيحه في الجدول الموالي:

جدول رقم (01): يبين التشخيصات المرتبطة بالفئة التشخيصية للعرض الجسدي والاضطرابات

ذات الصلة وفق (DSM-4,5)

(DSM-4)	(DSM-5)
<p>الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform Disorders</p>	<p>العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة Somatic Symptom and Related Disorders</p>
<p>- اضطراب الجسدية - الاضطراب جسدي الشكل غير مميز - اضطراب توهم المرض الاضطراب التحولي اضطراب الألم - اضطراب التشوه الوهمي للجسد - الاضطراب جسدي الشكل غير المعين على أي نحو آخر</p>	<p>- اضطراب العرض الجسدي - اضطراب قلق المرض - الاضطراب التحولي - الاضطراب المصطنع - العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى - اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة المحددة الأخرى - اضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة غير المحددة</p>

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1) أن التصنيف الجديد في الدليل الخامس لفئة الاضطرابات الجسدية

يختلف عن تشخيصات الدليل الرابع من حيث النقاط التالية:

- تسمية المجموعة بالعرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة بدل الاضطرابات جسدية الشكل.
- تسمية اضطراب العرض الجسدي بدل اضطراب الجسدية.
- إضافة اضطراب قلق المرض الذي كان يعرف في (DSM-4) بتوهم المرض.
- إضافة الاضطراب المصطنع في (DSM-5).
- إضافة الفئة التشخيصية المسماة العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى.
- دمج اضطراب الألم في معايير اضطراب العرض الجسدي.
- تغيير مسمى اضطراب توهم المرض باضطراب قلق المرض.
- حذف الاضطراب الجسدي غير معين (محدد).
- حذف اضطراب تشوه الجسد من هذه الفئة وإدراجه ضمن الاضطرابات المتعلقة بالوسواس القهري.

3- التغييرات المفتاحية لاضطرابات الأعراض الجسدية وفق (DSM-5)

يوضح الجدول رقم (2) التصنيف الجديد لفئات الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية والتغييرات المفتاحية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس، كما يلي:
جدول رقم (02): يوضح عرض موجز للفئة التشخيصية لاضطراب العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

التغييرات المفتاحية في DSM5	التوصيف	التشخيصات طبقا لـ DSM5
- لا يوجد للأعراض تفسيرات طبية واضحة. - الألم جزء من الأعراض، وليس تشخيصا منفصلا	الأفكار أو المشاعر أو السلوكيات الزائدة المرتبطة بالأعراض الجسدية.	اضطراب العرض الجسدي Somatic symptom disorder
تشخيص جديد	المخاوف الشديدة من الإصابة بمرض خطير بالرغم من غياب الأعراض الجسدية الجوهرية.	اضطراب قلق المرض Illness anxiety disorder
-إزالة المعيار التشخيصي بإثبات الطبيب بأن أعراض المريض غير مفتعلة. -إزالة المعيار التشخيصي بظهور الاستهداف للعوامل النفسية. -يؤكد أهمية الفحوصات العصبية	الأعراض العصبية التي لا يمكن تفسيرها بأمراض طبية أو سلوك جانزا في الثقافة. حسية أو حركية لا يوجد لها سبب فسيولوجي.	الاضطراب التحولي Conversion disorder
	أعراض جسدية أو نفسية مزيفة بشكل قصدي للحصول على مكاسب من هذه الأعراض.	اضطراب التمارض Malingering
	أعراض جسمية أو نفسية يحدثها المريض عمدا، بدون دليل على وجود مكاسب من هذه الأعراض.	الاضطراب المصطنع Factitious disorder

و نلاحظ من الجدول رقم (2) بالإضافة إلى الحد من عدد الاضطرابات ومن تصنيفاتها الفرعية، فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس (DSM-5) غير الجوهر الذي يعتمد التشخيص عليه من التعويل على العرض أو الأعراض الجسدية غير المفسرة طبيا إلى التعويل على الأعراض المعرفية السلوكية المصاحبة للعرض الجسدي المزعج (APA, 2013). والتشخيص الرئيسي في هذه الفئة التشخيصية، هو اضطراب العرض الجسدي، والأشخاص الذين شخص لديهم سابقا اضطراب التجسيد سيكون لديهم عادة أعراض تستوفي معايير اضطراب العرض الجسدي، ولكن فقط إذا كان لديهم الأفكار أو المشاعر السلوكية ذات التكيف السيئ والتي تعرف الاضطراب، بالإضافة للأعراض الجسدية. ولأن التمايز بين اضطراب التجسيد والاضطراب جسدي الشكل غير المتمايز لم يكن واضحا، فقد أدمجت في الدليل الخامس (DSM-5) تحت مسمى اضطراب العرض الجسدي (أنور الحمادي، 2015، 446).

وسيكون من المناسب تشخيص بعض الأفراد الذين لديهم ألم مزمن تحت تصنيف اضطراب العرض الجسدي مع سيطرة الألم، على حين أن البعض الآخر يكون من الأفضل تشخيصهم تحت العوامل النفسية المؤثرة على الحالات الطبية الأخرى أو اضطراب التأقلم (أنور الحمادي، 2015، 446). ويتميز اضطراب قلق المرض على المخاوف من الإصابة بمرض طبي شديد في ظل غياب الأعراض الجسدية (أن كرينغ وآخرون، 2016، 466)، حيث أن الأفراد الذين شخص لديهم سابقا توهم المرض Hypochondriasis والذين لديهم قلق مرتفع متعلق بالصحة دون أعراض جسدية، يشخصون في الدليل الخامس باضطراب قلق المرض (إلا إذا كان قلق الصحة لديهم يشرح بشكل أفضل باضطراب قلق أساسي آخر كاضطراب القلق العام) (أنور الحمادي، 2015، 446). كما يتضمن الاضطراب التحولي (اضطراب العرض العصبي الوظيفي) "الأعراض العصبية التي لا تجد تفسيراً طبياً، حيث أن معاييرها قد عدلت لتركز على الأهمية الأساسية للفحص العصبي، وللقول بأن العوامل النفسية المؤثرة قد لا يمكن إثباتها عند وضع التشخيص (أنور الحمادي، 2015، 447).

ويقدم جدول (2) أيضا اضطراب التمارض Malingering والاضطراب المصطنع Factitious disorder والاضطرابات المرتبطة في بؤرة الاكتشاف (أن كرينغ وآخرون، 2016، 466). كما أوجد اضطراب نفسي جديد في الدليل الخامس وهو "العوامل النفسية المؤثرة على الحالات الطبية الأخرى Psychological Factors Affecting Other Medical Conditions"، والذي كان مدرجا سابقا في قسم (الحالات الأخرى و التي يمكن أن تكون محورا للاهتمام السريري). وقد وضع هذا الاضطراب كما وضع الاضطراب المصطنع تحت فئة العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة، لأن الأعراض الجسدية هي المهيمنة في كلا الاضطرابين وكليهما أكثر تواجدا في العيادات الطبية (أنور الحمادي، 2015، 446).

4- مفهوم اضطراب الأعراض الجسدية وفق (DSM-5):

يمكن تحديد مفهوم اضطراب الأعراض الجسدية من خلال التغيرات المستحدثة في التصنيف الجديد للدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية أنه احد الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية الذي يعرف بالرمز (F45.1) في الدليل الخامس، وحسب (آن كرينغ و آخرون، 2016) يعتبر اضطراب الأعراض الجسدية التشخيص الرئيسي لهذه الفئة التشخيصية، ويعتمد تشخيصه على الأعراض والعلامات الإيجابية (أعراض جسدية مؤلمة بالإضافة إلى الأفكار والمشاعر، والسلوكيات الشاذة، استجابة لهذه الأعراض) وهذا بدلا من عدم وجود تفسير طبي للأعراض الجسدية ذلك أن السمة المميزة لغالب الأفراد الذين يعانون من اضطراب العرض الجسدي ليست الأعراض الجسدية في حد ذاتها، وإنما طريقة عرضها وتفسيرها. حيث تم دمج المكونات الوجدانية والمعرفية، والسلوكية في معايير اضطراب العرض الجسدي مما يوفر انعكاسا أكثر شمولا ودقة عن الصورة السريرية الحقيقية مما يمكن تحقيقه من خلال تقييم الشكاوى الجسدية وحدها (APA,2013,309)، حيث يشمل اضطراب العرض الجسدي على المشقة الشديدة أو الطاقة المبذولة نحو الأعراض الجسدية" (آن كرينغ وآخرون، 2016، 466). ويصف وائل أبو هندي (2007) المريض باضطراب العرض الجسدي بأنه يرفض التفسير النفسي لأعراضه، ويحاول بكل سبيل أن يتجنب إرجاعها للسبب النفسي، وعندما يصف لنا قصته فإنه يتجنب ذكر تفاصيل الأبعاد النفسية للمشكلة (وائل أبو هندي، 2007). والمريض باضطراب الأعراض الجسدية قد يسعى من وراء طمأننة الأطباء أو أفراد العائلة ، وعندما يجد الاهتمام والتعاطف من الآخرين قد يؤدي ذلك إلى تعزيز سلوك طلب المساعدة. لأنه كثيرا ما يواجه المصاب بهذا الاضطراب مشكلات في الحصول على الدعم الاجتماعي من قبل الآخرين بطرق أخرى، فجنده مثلا يواجه مشكلات في التعرف على الانفعالات التي يشعر بها ووصفها مباشرة، وبالتالي قد يجد أن هذا الاهتمام والتعاطف يعد دعما كبيرا له (آن كرينغ وآخرون، 2016، 466).

ويمكن ان نعرف إضراب العرض الجسدي حسب الدليل التشخيصي الخامس للاضطرابات النفسية انه احد اضطرابات الأعراض الجسدية الذي يشخص من خلال وجود عرض أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة والتي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية مصحوبة بأفكار أو مشاعر أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها، وثبات الأعراض يبقى عادة أكثر من (6) أشهر، وتحدد شدة الاضطراب بالخفيف أو المتوسط أو الشديد.

5- معايير تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية وفق (DSM-5):

يشخص اضطراب الأعراض الجسدية حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5)، كما يلي:

- أ- واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية.
 ب- أفكار، ومشاعر، أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي:

1- أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص.

2- استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص.

3- الوقت والطاقة المفرطين والمخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.

ج- على الرغم من أن عرضاً جسدياً واحداً قد لا يكون حاضراً باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (أكثر من 6 أشهر).

تحديد ما إذا كان: مع ألم مسيطر (اضطراب الألم سابقاً): هذا المحدد هو للأفراد الذين تتطوي أعراضهم الجسدية غالباً على الألم.

تحديد ما إذا كان: مستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، ومدة طويلة (أكثر من 6 أشهر).

تحديد الشدة الحالية:

خفيف: واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار ب يتم الوفاء بها

متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار ب.

شديد: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار ب، بالإضافة إلى تواجد شكاوي جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد جداً) (أنور الحمادي، 2015، 218).

- أسباب انتقاد معايير اضطراب الأعراض الجسدية:

لقد تم انتقاد مجموعة من المعايير المرتبطة بالأعراض الجسدية لعدة أسباب:

✚ هناك تنوع و تفاوت شديد بين الأفراد المصابين بهذه الاضطرابات. فعلى سبيل المثال، بعض الأفراد تطور الأعراض الجسدية في سياق اضطرابات القلق و الاكتئاب، في حين أن البعض الآخر لا يفعل ذلك (Lieb,Meinlschmidt, & Araya, 2007) عن (آن كرينغ وآخرون،2016)

✚ فالبعض لديهم الظروف الطبية التي تبرهن على هذه الأعراض، في حين أن البعض الآخر لا يعرف كل من اضطراب الأعراض الجسدية و اضطراب قلق المرض من خلال الاهتمامات الشديدة بالصحة، التي تسبب القلق الشديد أو مزيدا من إهدار الوقت والطاقة. وهذا معيارا ذاتيا. فما نقطة الحد التي تصف هذا الاهتمام بأنه إهدار للطاقة؟ (آن كرينغ وآخرون،2016، 467)

6-التشخيص الفارقي لإضراب الأعراض الجسدية:

حدد الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس (DSM-5) عدة اضطرابات يتم من خلالها التشخيص الفارقي لاضطراب الأعراض الجسدية. فإذا كانت الأعراض الجسدية تتفق مع اضطراب نفسي آخر (كاضطراب الهلع مثلا)، ويتم استيفاء المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب، فهذا الأخير يعتبر بديلا أو تشخيص إضافي. ولا يشخص اضطراب الأعراض إذا كانت الأعراض الجسدية والأفكار ذات الصلة، والمشاعر، أو والسلوكيات تحدث فقط خلال نوبات الاكتئاب الكبرى. وإذا ما صاحب اضطراب الأعراض الجسدية اضطراب نفسي آخر يستوفي المعايير ينبغي ترميز كليهما، حيث أن كلا الأمرين قد يتطلب العلاج (APA, 2013,314).

✓ **حالات طبية أخرى:** وجود أعراض جسدية لمسببات غير واضحة ليست كافية لتشخيص اضطراب أعراض جسدية، أو الأفراد الذين يعانون من اضطرابات مثل متلازمة القولون العصبي وستوفي لديهم المعيار "ب" اللازم لتشخيص اضطراب الأعراض الجسدية. وعلى العكس من ذلك، وجود أعراض جسدية من اضطراب طبي راسخ (على سبيل المثال، مرض السكري أو أمراض القلب) لا يستبعد تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية إذا تمّ استيفاء المعايير.

✓ **اضطراب الهلع:** في اضطرابات الهلع، والأعراض الجسدية والقلق حول الصحة تحدث في النوبات الحادة، بينما في اضطراب الأعراض الجسدية الأعراض الجسدية تكون أكثر ثباتا.

✓ **اضطراب القلق المعمم:** الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق المعمم حول أحداث أو حالات أو أنشطة متعددة، واحدة منها قد تتطوي على صحتهم. والتركيز الرئيسي ليس عادة أعراض جسدية أو الخوف من المرض كما هو الحال في اضطراب الأعراض الجسدية.

✓ اضطرابات الاكتئاب: وعادة ما تكون الاضطرابات الاكتئابية مصحوبة بالأعراض الجسدية ومع ذلك، يتم التمييز بين اضطرابات الاكتئاب من اضطراب الأعراض الجسدية كون أعراض الاكتئاب الأساسية هي المزاج منخفض.

✓ اضطراب قلق المرض: إذا كان الفرد لديه مخاوف واسعة حول الصحة مع غياب الأعراض الجسدية، قد يكون من الأنسب النظر في اضطراب القلق مرض.

✓ اضطراب التحويل: (وظيفي، اضطراب أعراض عصبية). في اضطراب التحويل،

✓ والعرض الأساسي هو فقدان وظيفة (كأحد الأطراف مثلا)، بينما في اضطراب الأعراض الجسدية، التركيز يكون على الضائقة التي تسببها أعراض معينة، والمميزات المدرجة تحت المعيار "ب" لاضطراب الأعراض الجسدية قد تكون مفيدة في التفريق بين الاضطرابين.

✓ اضطراب تشوه الجسم: في اضطراب تشوه صورة الجسد، الفرد يشعر بالقلق بشكل مفرط من وجود عيب متصور في سماته الحسية. أما في اضطراب الأعراض الجسدية، القلق حول الأعراض الجسدية يعكس الخوف الأساسي من المرض، وليس من خلل في المظهر.

✓ اضطراب الوسواس القهري: في اضطراب الأعراض الجسدية، الأفكار المتكررة حول الأعراض الجسدية أو المرض أقل تدخلا، أي لا تظهر لديهم السلوكيات المتكررة التي تهدف إلى الحد من القلق مثل التي تحدث في الوسواس القهري (APA, 2013, 314).

التشخيص الفارقي لاضطراب الجسدية:

أشار احمد عكاشة (2003)، إلى الاضطرابات التي وضعها الدليل الرابع المعدل (DSM-4) لتحديد التشخيص الفارقي لاضطراب الجسدية. وهي تتفق في بعض النقاط مع التصنيف الجديد (DSM-5):

✓ الأمراض بدنية: حيث أن مرضى اضطراب الأعراض الجسدية طويلة المدى عرضة للإصابة باضطرابات بدنية. ويجب التفكير في إجراء استقصاءات أخرى، إذا حدث أي تغيير في التركيز على أو ثبات الشكاوي البدنية مما يدل على احتمال وجود مرض بدني.

✓ الاضطرابات الوجدانية (الاكتئابية) واضطرابات القلق: كثيرا ما تصاحب الأعراض الجسدية درجات متفاوتة من الاكتئاب والقلق، ولكنها لا تحتاج إلى بند خاص إلا إذا كانت شديدة بدرجة كافية ومستمرة بشكل يسوغ لها تشخيصا في حد ذاتها.

- ✓ **قلق المرض:** حيث يكون التركيز في الأعراض الجسدية على الأعراض نفسها وعلى تأثير كل منها منفردا، في حين أنه في قلق المرض يوجه الانتباه أكثر إلى وجود مرض خطير وتفاقم نتائجه العضال. في قلق المرض يميل المريض إلى المطالبة باستقصاءات لتحديد طبيعة المرض الموجود، أما مريض الأعراض الجسدية فيطلب العلاج ليزيل الأعراض، لكنه يخشى العقاقير وأعراضها الجانبية، ويسعى المريض لإعادة الطمأنة من خلال تعدد زيارته لأطباء مختلفين، وهو عادة ما يكثر استخدام الأدوية، مع عدم الإذعان لاستخدامها لفترات طويلة.
- ✓ **اضطرابات ضلالية:** (مثل الفصام مع ضلالات جسدية، والاضطرابات الاكتئابية مع ضلالات قلق المرض)، وتتميز الاضطرابات الضلالية بطبيعة شاذة للاعتقادات، بالإضافة إلى عدد اقل وطبيعة أكثر ثباتا للأعراض البدنية (عكاشة، 2003، 247).

7- الفرق بين اضطراب العرض الجسدي و اضطراب الجسدية :

إن الأشخاص الذين لديهم سابقا اضطراب التجسيد سيكون لديهم عادة أعراض تستوفي معايير اضطراب العرض الجسدي، ولكن فقط إذا كان لديهم الأفكار أو المشاعر السلوكية ذات التكيف السيئ والتي تعرف الاضطراب، بالإضافة للأعراض الجسدية (أنور الحمادي، 2015، 446).

وهناك ثلاثة معايير تشخيصية أساسية لاضطراب الأعراض الجسدية تتمثل في: وجود واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية التي تسبب مشقة أو تداخل مع الحياة اليومية، القلق أو الانشغال الزائد أو إهدار الوقت والطاقة نحو الأعراض الجسدية، وتستمر هذه الأعراض على الأقل ستة أشهر. وتتنوع الأعراض بشكل جوهري (آن كرينغ وآخرون، 2016، 469). فالبعض يكون لديه خبرة تشمل أعراضا متعددة من أجزاء مختلفة في الجسم. والبعض الآخر قد يكون لديهم خبرة الألم كأساس للانشغال بالصحة وليس تشخيصا منفصلا، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل نجد اضطراب الألم (الذي يعد فيه الألم هو العرض الرئيسي) واضطراب الجسدية (الذي يشمل أعراضا جسدية متعددة من أجهزة الجسم المختلفة). وبسبب تداخل هذه الاضطرابات، دمج الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس الفئتين التشخيصيتين معا في اضطراب الأعراض الجسدية. وبالمقارنة بين الدليلين نجد أن الدليل الخامس أكد على المشقة والسلوك المصاحب للأعراض الجسدية أكثر من عدد الأعراض الجسدية المحددة في اضطراب الجسدية (آن كرينغ وآخرون، 2016، 470). أما في اضطراب توهم المرض كما كان يسمى في (DSM-4) إذا كان الانشغال بمخاوف حول الإصابة بمرض خطير

مصاحب لأعراض جسدية فإنه يشخص باضطراب الأعراض الجسدية كذلك، أما إذا كان الانتغال والخوف من الإصابة بمرض خطير بدون وجود أعراض فيشخص بقلق المرض في (DSM-5). والجدول الموالي يبين الفرق بين اضطراب العرض الجسدي واضطراب الجسدية من حيث المعايير التشخيصية:

الجدول رقم (3): يبين الفرق بين اضطراب العرض الجسدي واضطراب الجسدية

الملاحظة	الجسدية (DSM-4)	العرض الجسدي (DSM-5)
(DSM-5) حدد سن بداية الاضطراب	أ. وجود تاريخ مرضي لشكاوي جسمية تبدأ قبل سن الثلاثين وتستمر لسنوات عديدة، وتؤدي بالشخص إلى طلب العلاج أو إلى اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى.	أ. واحد أو أكثر من الأعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى تعطل كبير في الحياة اليومية.
(DSM-5) أكد على المشقة والأفكار والمشاعر والسلوك المصاحب للأعراض الجسدية أكثر من عدد الأعراض الجسدية في (DSM-5) الألم عرض من الأعراض الجسدية للاضطراب	ب. كل من المعايير التالية يجب استيفاؤها مع أعراض مفردة تظهر في أي وقت خلال حدوث الاضطراب: 1. أربعة من أعراض الألم. 2. اثنين من الأعراض الهضمية. 3. واحد من الأعراض الجنسية. 4. احد أعراض العصبية الزائفة.	ب. أفكار، ومشاعر، أو سلوكيات مفرطة متصلة بالأعراض الجسدية أو المخاوف الصحية المرتبطة بها كما تتجلى بواحد على الأقل مما يلي: 1- أفكار غير متناسبة مستمرة حول خطورة أعراض الشخص. 2- استمرار مستويات القلق المرتفعة حول الصحة أو أعراض الشخص. 3- الوقت و الطاقة المفرطين و المخصصين لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية.
في (DSM-4) تم استبعاد المرض الجسمي لتحديد الاضطراب، واستبعاد تأثير تناول المواد أو العقاقير في ظهور الاعراض. تحديد مدة الشكوى من الأعراض ب (6 أشهر) في (DSM-5)	ج. ما 1 أو 2: 1. بعد التحقيق المناسب، لا يمكن لكل من الأعراض في المعيار ب تفسيره بالكامل من قبل حالة طبية عامة أو تأثيرات مباشرة لمادة (مثل الدواء وتعاطي المخدرات). 2. عندما يكون هناك حالة طبية	ج. على الرغم من أن عرضاً جسدياً واحداً قد لا يكون حاضراً باستمرار، فالحالة العرضية تبقى ثابتة (أكثر من 6 اشهر)

	عامة مرتبطة ، وشكاوى جسدية أو نتيجة ضعف اجتماعي ومهني والتي تتجاوز ما يمكن توقعه من التاريخ، و الفحص البدني، أو نتائج المختبر .	
الألم جزء من الأعراض في (DSM-4) كان الألم تشخيصا منفصلا	د. الأعراض لا تنتج عمدا أو مختلقة (كما في اضطراب التصنع أو التمارض).	تحديد ما إذا كان: مع ألم مسيطر (اضطراب الألم سابقا): هذا المحدد هو للأفراد الذين تتطوي أعراضهم الجسدية غالبا على الألم.
(DSM-5) حدد مسار الاضطراب		تحديد ما إذا كان: مستمر: يتميز المسار المستمر بالأعراض الحادة، ضعف ملحوظ، و مدة طويلة (أكثر من 6 أشهر).
(DSM-5) حددت شدة الاضطراب		تحديد الشدة الحالية: خفيف: واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار ب يتم الوفاء بها متوسط: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار ب. شديد: يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار ب، بالإضافة إلى تواجد شكاوى جسدية متعددة (أو عرض جسدي واحد شديد جدا).

(أنور الحمادي، 2015، 218) و (APA, 2001, 239)

من خلال هذه المقارنة الموضحة في الجدول رقم (3) نجد عدة اختلافات مست معايير تشخيص اضطراب العرض الجسدي أهمها: - حدد (DSM-5) سن بداية الاضطراب و أكد على المشقة والأفكار والمشاعر والسلوك المصاحب للأعراض أكثر من عدد الأعراض الجسدية ، كما نجد في (DSM-5) الألم أصبح عرض من الأعراض الجسدية للاضطراب ، أما في (DSM-4) كان الألم تشخيصا منفصلا.

ونلاحظ أيضا انه في الدليل الرابع (DSM-4) يستبعد المرض الجسدي ، و تأثير تناول المواد و العقاقير في تحديد الاضطراب . ومن الفروق أيضا التي نجدها بين الدليلين تحديد مدة الشكوى من الأعراض ب (أكثر من 6 أشهر) في الدليل الخامس (DSM-5) ، كما حدد فيه مسار و شدة الاضطراب.

8- الاضطرابات المصاحبة والمآل:

ويرتبط اضطراب الأعراض الجسدية بدرجة كبيرة باضطرابات مصاحبة أخرى كالأمراض الطبية وكذلك القلق والاكتئاب. وعندما يتزامن مع المرض الطبي ودرجة الكرب تكون أكثر مما يتوقع من الجانب العضوي. وعندما يستوفي الفرد معايير تشخيص اضطراب الأعراض ينبغي تشخيص هذا الأخير في ضوء الاضطراب المصاحب والمتكرر، خاصة مع القلق والاضطرابات الاكتئابية (APA,2013 ; 312).

ويشير **عكاشة (2006)** إلى مآل اضطراب الأعراض الجسدية الذي يأخذ المسار المزمن تتخلله فترات تعاف قليلة. ومع ذلك قد تتغير شدة الأعراض. ومن مضاعفات هذه الاضطراب تعرض المريض لعمليات جراحية لا لزوم لها، فحوص طبية متعددة ومتنوعة ومتكررة، الإدمان، والآثار الجانبية الضارة للعديد من الأدوية التي توصف للمريض بدون داع (حسن غانم، 2016، 209).

تعد وإصابة كبار السن باضطراب الأعراض الجسدية في وجود الأمراض المزمنة العضوية من الأمور الشائعة، و تحديد معيار "ب" أمر ضروري لتشخيص الاضطراب، قد يكونون دون تشخيص لدى كبار السن إما لأن بعض الأعراض الجسدية (الألم، والتعب) تعتبر جزءا من الشيخوخة العادية أو بسبب المرض الطبي. واضطراب الاكتئاب المتزامن أمر شائع لدى كبار السن الذين لديهم العديد من الأعراض الجسدية (APA, 2013,312). لدى الأطفال، الأعراض الأكثر شيوعا هي آلام في البطن المتكررة، والصداع، والتعب، والغثيان. وهناك أعراض بارزة واحدة أكثر شيوعا لدى الأطفال مقارنة بالراشدين، وفي حين أن الأطفال قد يكون لديهم شكاوى جسدية، إلا أنهم نادرا ما يقلقون من "المرض" في حد ذاته

(APA, 2013, 313)

9- النماذج النظرية المفسرة لاضطراب العرض الجسدي :

يرجع المختصين الإصابة باضطرابات الأعراض الجسدية لعدة أسباب، منها العوامل الوراثية، العوامل العصبية البيولوجية، و العوامل السلوكية المعرفية.

أولاً: العوامل التكوينية الوراثية:

وجدت العديد من الدراسات أن العامل الوراثي له أثره في نشأة العديد من الاضطرابات. و أجريت عدة دراسات على التوائم المتشابهة وجد أنه إذا أصيب احد التوائم باضطراب ما فعادة ما يصاب الآخر بنفس الاضطراب . كما دلت دراسات العائلات على أن استجابات أفراد العائلة الواحدة تتشابه في نوعية المرض وإذا أصيب أحد أفراد العائلة بالاستجابة لاضطراب معين تجاوب معه باقي أفراد الأسرة بالاستجابة لتلك الأعراض (غانم،2006،203). وبالمقابل نجد الدراسات المرتكزة على أسباب الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية فقد توصلت إلى أن هذه الاضطرابات غير قابلة للتوريث (آن كرينغ وآخرون،2016،476)

ثانياً: النماذج العصبية البيولوجية :

إن الدراسات التي تبحث في أسباب الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، وساهمت في اختلاف تشخيصات الدليل الخامس عن التشخيصات الواردة في الدليل الرابع المعدل واجهت العديد من التحديات. . فالملاح الرئيسية لاضطراب الأعراض الجسدية واضطراب قلق المرض تشمل الانتباه الشديد للأعراض الجسدية والقلق غير المناسب نحو الصحة. وتركز النماذج العصبية البيولوجية على محاولة فهم هذين الاضطرابيين والعوامل التي تزيد من الوعي والمشقة نحو الأعراض الجسدية .

تركز النماذج العصبية البيولوجية للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية على أجزاء المخ التي تنشط من خلال الإحساسات الجسدية غير السارة. فالألم والإحساسات الجسدية المزعجة مثل السخونة، تزيد من نشاط أجزاء من المخ تسمى الفص الأمام (the anterior insula) والتلفيف الحزامي، هذه الأجزاء ترتبط بقوة مع القشرة المخية الحسية الجسدية (the somato-sensory cortex)، وهي منطقة المخ المسؤولة عن الإحساسات الجسمية. فتنشيط هذه الأجزاء يرتبط مع التركيز على الأعراض الجسدية، وزيادة معدلات الاستجابة غير المرغوبة للمنبهات. ومن ثم فهناك بعض الأفراد الذين لديهم نشاط مرتفع لهذه الأجزاء في المخ، وهذا يساعد في تفسير لماذا يصاب بعض الأفراد بخبرة الألم والأعراض الجسدية مقارنة بالآخرين (آن كرينغ وآخرون،2016،476-477).

ثالثاً: النماذج المعرفية السلوكية:

إن النماذج المعرفية السلوكية تركز على الآليات التي تسهم في زيادة التركيز والقلق على الصحة من خلال التركيز على العمليات المعرفية والسلوكية التي توجه ردة الفعل تجاه الأعراض الجسدية. حيث أن هناك عاملان معرفيان أساسيان هما: التركيز على الأحاسيس الجسدية وتفسير هذه الأحاسيس. ونجد ان جميع الأفراد يعانون من أحاسيس جسدية ويولون بعض الاهتمام بها عند ظهورها إلا أن الأفراد المعرضين للإصابة بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية يتمتعون فيما يبدو بأسلوب معرفي يتميز بالتركيز الكبير جدا على هذه الإحساسات ويرجعون سبب تلك الإحساسات أو الأعراض إلى أسوأ الاحتمالات وأكثرها سلبية وهذا يتعلق بتفسير الفرد لسبب حدوث شيء ما (آن كرينغ وآخرون، 2016، 477-478).

و يضيف آن كرينغ، (2016) أن اعتقاد الفرد بأنه مريض عضويا قد يرجع إلى خبراته الأولى مع الأعراض العضوية (كإصابته بمرض خطير في مرحلة الطفولة)، أو إلى السلوكيات العائلية التي رسخت بداخله (آن كرينغ وآخرون، 2016، 479). كما أن الخوف من أن يكون أحد الأحاسيس الجسدية علامة على المرض يؤدي إلى سعي الفرد إلى البحث المتكرر عن المعلومات الطبية المتاحة على شبكة الإنترنت، والتي تكون في كثير الأحيان غامضة أو ذات مصطلحات طبية لا يفهمها الشخص العادي، مما تؤدي إلى تفاقم المخاوف والقلق بشأن الصحة بدلا من الطمأنينة (Jean Tignol, 2014)، وقد يسعى الشخص إلى الطمأنينة من الأطباء أو أفراد العائلة، وعندما يجد الفرد الاهتمام والتعاطف من الآخرين قد يؤدي ذلك إلى تعزيز سلوك طلب المساعدة.

وبالإضافة إلى هذا النوع من الاهتمام قد يجد بعض الأفراد أنواعا أخرى من المعززات السلوكية للأعراض الجسدية، فقد يتلقون على سبيل المثال مساعدات مالية وهذا يتوقف على مدى إعاقة الأعراض التي يعانونها لأنشطتهم اليومية مما يعزز حالة القلق بشأن الصحة (آن كرينغ وآخرون، 2016، 479).

خلاصة الفصل:

من خلال ما جاء في هذا الفصل نستخلص أن اضطراب الأعراض الجسدية الذي ينتمي إلى مجموعة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية والذي استحدثت معاييرها في الدليل الخامس، يتسم بوجود أعراض جسدية مصحوبة بالانشغال المفرط على الصحة الذي يؤدي إلى القيام بإجراءات طبية للاستقصاء والتحري على هذه الأعراض الجسدية التي لا يوجد لها تفسير عضوي ورغم النتائج السلبية لهذه الإجراءات وطمأنة الأطباء إلا أن المريض يبقى حبيس هذه الحلقة المفرغة مما يزيد من معاناته التي تعيق كل مجالات حياته، وهو بذلك يختلف عن اضطراب التجسيد الذي يعتمد تشخيصه على عدد معين من الأعراض الجسدية في مختلف أجزاء الجسم، بخلاف الدليل الخامس للاضطرابات النفسية الذي أولى عناية بالمشاعر والأفكار والسلوكيات الناتجة عن الأعراض الجسدية بدلا من الاهتمام بعدد تلك الأعراض. ولقد أرجعت النماذج النظرية في تفسير اضطراب الأعراض الجسدية إلى العوامل التي تزيد التركيز والانشغال والقلق على الصحة لمحاولة فهم آلية حدوثه والاعتماد عليها لمساعدة وعلاج المصابين بهذا الاضطراب.

الجانبة الميداني

الباب الثاني
الجانب الميداني
الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.

- 1-المنهج المستخدم في الدراسة
- 2-الدراسة الاستطلاعية.
- 3- وصف أدوات القياس المستعملة في الدراسة وخصائصها السيكومترية
- 4-الدراسة الأساسية.
- 4-1-عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها.
- 4-2-إجراءات الدراسة الأساسية.
- 5-الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

خلاصة الفصل

تمهيد:

بعد التطرق في الفصول السابقة إلى تحديد مشكلة الدراسة وتساؤلاتها وفرضياتها والمفاهيم الأساسية للدراسة وكذا طرح النظري لمتغيرات الدراسة ، سنعرض في هذا الفصل الإجراءات المنهجية اللازمة لفحص الفروض والتحقق منها بدءاً بالمنهج المتبع والملائم لطبيعة الموضوع، وعينة الدراسة وأدواتها، وإجراءات تصميمها وخصائصها السيكمترية، وظروف التطبيق الميداني، وجمع البيانات، والأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة هذه البيانات.

1- المنهج المستخدم في الدراسة :

بما إن الدراسة تسعى بشكل جوهري لمعرفة طبيعة العلاقة بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية وظهور اضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة من الطلبة بجامعة ورقلة فإن انطباق منهج لهذا التناول هو **المنهج الوصفي الارتباطي** حيث يطبق هذا المنهج إذا كان الغرض من البحث:

- معرفة ما إذا كان هناك علاقة أم لا بين متغيرين أو أكثر.
- معرفة مقدار العلاقة (سالبة أم موجبة) بين متغيرين أو أكثر.
- التنبؤ بتأثير متغير على متغير آخر (عبير مسعود الثويحي، 2013، 8).

ووفقاً لهذا المنهج يمكن إدراج هذه الدراسة ضمن الدراسات الارتباطية التي تهدف إلى التعرف على مساهمة المتغيرات المنبئة (المعتقدات الصحية فاعلية الذات) بظهور اضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة من طلبة الجامعة.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تسمى الدراسات الاستطلاعية بالدراسات الكشفية أو التمهيديّة أو الصياغية. وتعتبر أول خطوة في سلسلة البحث ، ويتوقف العمل في مراحل البحث الأخرى التي تلي الدراسة الاستطلاعية على البداية الصحيحة والملائمة التي تخطوها هذه الدراسة. (أحمد إبراهيم خضر، 2013)

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة من خطوات الإجراءات الميدانية للدراسة، فهي تعتبر أساساً جوهرياً لبناء البحث (محي الدين مختار، 1982).

ومن خلال الدراسة الاستطلاعية يمكن تحديد الظروف المحيطة بالظاهرة المراد دراستها بالإضافة إلى التأكد من صلاحية أدوات القياس التي ستستعمل في الدراسة الأساسية، والتعرف على الجوانب المختلفة لموضوع البحث أو الدراسة.

1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يلجأ الباحث للدراسة الاستطلاعية بغية تحقيق عدة أهداف تتمثل في :

- (1) استطلاع الظروف المحيطة بالمشكلة المراد دراستها.
- (2) إيجاد مرتكز وقدر من المعرفة تمكن الباحث من التعرف من خلالها على الجوانب المختلفة لموضوع البحث الأساسي.
- (3) تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق منهج وأدوات جمع بيانات البحث بحيث يمكن تعديل تعليماتها في ضوء ما تسفر عليه الدراسة الاستطلاعية.
- (4) تدريب الباحث على تطبيق الاختبارات والبرامج التي ينوي استخدامها في الدراسة ، بحيث يتمكن من تطبيقها بمهارة أكبر على مجموعات الدراسة الأساسية، وكذلك تعريفه ببعض النقاط الهامة التي قد يلاحظها عند تطبيقه للبرامج على العينات الاستطلاعية، وأخذها في الاعتبار عند القيام بالدراسة الأساسية.
- (5) التعرف على الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث في الدراسة المستقبلية وكيفية حلها.
- (6) تقدير ما يمكن أن تستغرقه الدراسة الميدانية من وقت (أحمد إبراهيم خضر، 2013).

فالدراسة الاستطلاعية تساعد الباحث على الربط بين الجانب النظري و التطبيق، كما أنها تهدف إلى التعرف على مدى صلاحية أدوات جمع البيانات من خلال قياس خصائصها السيكومترية.

2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على 68 طالب و طالبة من جامعة قاصدي مرباح بورقلة و تم استبعاد 8 طلاب لعدم استجابتهم على بعض الفقرات من مقاييس الدراسة ليبقى عدد أفراد العينة الاستطلاعية 60 طالب و طالبة.

3. أدوات الدراسة:

ولاختبار فرضيات الدراسة استخدمت الطالبة ثلاثة مقاييس:

- مقياس فاعلية الذات Self-Efficacy Scale (هويدة محمود، 2013)
- مقياس المعتقدات الصحية Health Beliefs Scale (سهيلة عبد الرضا، 2013)
- مقياس اضطراب الأعراض الجسدية Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) (Benjamin Gierk, & all , 2014)

3-1 - مقياس فاعلية الذات Self-Efficacy Scale :

(أ) خطوات تصميم المقياس

اعدّ مقياس فاعلية الذات الملحق رقم (07) من طرف الباحثة (هويدة حنفي محمود، 2013) ويهدف إلى تقدير مستوى فعالية الذات لدى طلاب الجامعة في البيئة المصرية ، وقد مر المقياس في بناءه بعدد من الخطوات هي:

- تم الإطلاع على المقاييس والأطر النظرية التي تناولت فعالية الذات، والمتمثلة في الدراسات العربية، والأجنبية في هذا المجال.

- تكون المقياس في صورته الأولية من (44) فقرة تقيس أربعة أبعاد لفاعلية الذات هي : إنجاز الأداء، الخبرات البديلة، الاقتناع اللفظي، الاستثارة الانفعالية.

- لمعرفة الخصائص السيكومترية للمقياس تم تطبيقه على (202) طالبا وطالبة تم اختيارهم بطريقة عشوائية من طلاب كلية التربية بجامعة الإسكندرية بأقسامها الأدبية والعلمية بواقع (100) طالب و(102) طالبة.

- وبعد إجراء التحليل العاملي تم استبعاد (12) فقرة فصارت الصورة النهائية للمقياس تتكون من (32) عبارة تشبعت بقيم دالة إحصائيا و كانت جميع المفردات حول أربعة عوامل أساسية كما يوضحها

الجدول رقم (4) الموالي: (هويدة محمود، 2013، 16)

جدول (4) أبعاد مقياس فاعلية الذات و أرقام العبارات

عدد المفردات	أرقام الفقرات	الأبعاد
12	1-5-9-13-17-21-25-27-28-30-31-32 وجميعها موجبة	إنجاز الأداء
6	2-6-10-14-18-22 وجميعها موجبة	الخبرات البديلة
8	3-7-11-15-19-23-26-29 موجبة عدا الفقرتين 11-19	الاقتناع اللفظي
6	4-8-12-16-20-24	الاستثارة الانفعالية

يبين الجدول رقم (4) أبعاد مقياس فاعلية الذات و المتمثلة في إنجاز الأداء، الخبرات البديلة، الاقتناع اللفظي والاستثارة الانفعالية وعدد فقرات كل بعد، كما يبين أرقام الفقرات الموجبة و أرقام الفقرات السالبة.

ب) طريقة تقدير الدرجات:

تتم الإجابة عبر مقياس خماسي متدرج (كثيرا جدا- كثيرا- غير متأكد- أحيانا- نادرا) وتعطى الدرجات بالترتيب (1-2-3-4-5) بحيث تكون الدرجة العظمى للمقياس (160) والصغرى (32)، وعدد الفقرات الموجبة (30) فقرة و السالبة (2) فقرتين يتم حساب درجة الإجابة عليهما بطريقة عكسية (هويده محمود، 2013، 7).

ج) المؤشرات السيكومترية للمقياس الاصلي:

قامت الباحثة هويده محمود (2013) صاحبة المقياس بحساب معاملات الصدق والثبات كمؤشرات سيكومترية للمقياس وفيما يلي عرض موجز لهذه المؤشرات.

- حساب الصدق Validity :

يقصد بالصدق ، أن يقيس الاختبار ما صمم لقياسه (فرج، 1997، 254)، فهو يعني درجة تحقيق الأهداف التي صمم من اجلها وللتحقق من صدق مقياس فاعلية الذات اعتمدت الباحثة على الإجراءات التالية:

أ- الصدق الظاهري (صدق المحكمين) : عرضت الباحثة المقياس على ستة محكمين، وتراوحت نسب الاتفاق على صلاحية فقرات المقياس بين (83.3% - 100%)، وتم حذف الفقرات التي لم يتفق عليها المحكمين، (هويده محمود، 8، 2013)

ب- الصدق العاملي: التحليل العاملي هو أسلوب إحصائي يستخدم في دراسة الظواهر بهدف إرجاعها إلى العوامل المؤثرة فيها، وهو عملية رياضية تستهدف تفسير معاملات الارتباط الموجبة التي لها دلالة إحصائية بين مختلف المتغيرات (أحمد أبو فايد، 2016). واستخدمت الباحثة لحساب صدق مقياس فاعلية الذات: التحليل العاملي الاستكشافي، الصدق العاملي التوكيدي والإتساق الداخلي، و دللت كل النتائج التي عرضتها الباحثة أن مقياس فاعلية الذات لطلاب الجامعة يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

- الثبات Reliability

يقصد بثبات الاختبار أن يكون على درجة عالية من الدقة والإتقان والاتساق والاطراد فيما يزودنا به من بيانات عن السلوك المفحوص، وقياسه قياسا متسقا في ظروف مختلفة ومتباينة (سوسن مجيد، 2010، 66). قامت الباحثة هويده محمود (2013) بحساب ثبات مقياس فاعلية الذات ككل وثبات كل بعد من أبعاده الأربعة بإستخدام طريقة ألفالكرونباخ وسبيرمان براون، وجتمان مع حساب الثبات المعياري فبلغ معامل ثبات المقياس ككل (0.755) وهي قيمة مرتفعة تدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات تجعلنا نثق في نتائجه (هويده محمود، 2013، 16).

3-1-1 الخصائص السيكومترية لمقياس فاعلية الذات في البيئة المحلية للدراسة الحالية:

للتأكد من مدى صلاحية المقياس في البيئة المحلية تم إعادة قياس خصائصه السيكومترية كما يلي :

(1) حساب صدق مقياس فاعلية الذات:

أ- صدق المقارنة الطرفية :

يمثل صدق المقارنة الطرفية قدرة الاختبار على التمييز بين طرفي الخاصية (بشير معمريه، 2012، 231) تم تطبيق المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية والبالغ عددهم (60) طالب وطالبة من جامعة ورقلة، وبعد تكيم الإجابات ترتيب النتائج أو الدرجات المتحصل عليها، تم ترتيبها من أعلى إلى أدنى درجة،

وتم مقارنة نسبة (33.33 %) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات العليا مع نسبة (33.33 %) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات الدنيا ، ثم استعمل قانون "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين ، وتم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (5) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس فاعلية الذات

البيانات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
مج العليا	20	131.05	3.89	11.08	38	0.01
مج الدنيا	20	108.15	3.47			

من خلال النتائج الموضحة في الجدول (5) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا يبلغ (131.05) بانحراف معياري قدره (3.89) بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (108.15) بانحراف معياري قدره (3.47) عند درجة الحرية التي قدرت ب (38) وت المحسوبة التي بلغت (11.08) لوحظ أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.01) وعليه فإن المقياس لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في فاعلية الذات، وهذا مؤشر عال لصدق المقياس .

(2) حساب الثبات :

أ- التجزئة النصفية :

وتعني هذه الطريقة تجزئة الاختبار الواحد إلى نصفين متساويين ، يشمل النصف الأول غالبا البنود الفردية والثاني البنود الزوجية ثم يحسب معامل الارتباط (بيرسون) بين الجزئين ، والذي يشير إلى الدرجة التي تتطابق فيها درجات نصفي الاختبار، ومن ثم يعدل الخطأ الناجم بقانون آخر (معمرية، 2012، 274) وكانت نتائج التجزئة النصفية لمقياس فاعلية الذات موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم (6) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة التجزئة النصفية

الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط المحسوب		مؤشرات إحصائية
	"ر" بعد التعديل	"ر" قبل التعديل	
دال عند 0.01	0.65	0.48	المتغيرات
			البنود الفردية
			البنود الزوجية

من خلال الجدول رقم (6) نلاحظ أن معامل الارتباط بين الجزئين بلغ (0.48) و بعد تعديله بمعادلة سبيرمان براون بلغ معامل الثبات (0.65) وهي قيمة مقبولة لاعتماد هذا المقياس في الدراسة الحالية.

ب- معامل ألفا كرونباخ للتجانس :

يعتبر معامل ألفا كرونباخ الذي يرمز له عادة بالحرف اللاتيني (α) من أهم مقاييس الاتساق الداخلي للاختبار المكون من درجات مركبة، ومعامل ألفا كرونباخ يربط ثبات الاختبار بثبات بنوده (معمرية، 2009، 198).

وتم حساب ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة (معامل ألفا كرونباخ) وكانت النتيجة كما هو مبينة في الجدول الموالي:

الجدول رقم (7) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة ألفا كرونباخ

معامل (α)	عدد البنود	الأداة
0.68	32	مقياس فاعلية الذات

نلاحظ من خلال الجدول رقم (7) أن معامل ثبات مقياس فاعلية الذات بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ ($\alpha = 0.68$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى مقبول من الثبات.

3-2 مقياس المعتقدات الصحية Health beliefs Scale :

بعد الاطلاع على بعض الدراسات السابقة وعلى الإرث النظري المتاح حول موضوع المعتقدات الصحية والبحث عن مقاييس تقيس هذا المتغير تمّ تبني هذا المقياس الملحق رقم (05) الذي صمم من طرف الباحثة سهيلة عبد الرضا عسكر (2013) التي أجرت به دراسة بعنوان " المعتقدات الصحية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة"، دراسة ميدانية بجامعة المستنصرية بالعراق.

قامت الباحثة بتصميم هذا المقياس وفق النظرية المتبناة وهي نظرية نموذج المعتقدات الصحية التي وضعها روزنستوك و بيكر (Becker et Rosenstock)، حيث صاغت الباحثة مقياس المعتقدات الصحية في (21) فقرة و وضعت لها خمس بدائل هي: (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً)، وللتحقق من صدق وثبات المقياس قامت الباحثة بمجموعة من الإجراءات نبيها كما يلي:

1- مؤشرات الصدق: تم حساب صدق المقياس بالطرق التالية:

أ- عرض الأداة على المحكمين:

قامت الباحثة بعرض الأداة على (10) محكمين من المختصين في علم النفس وبعد جمع آراء المحكمين وتحليلها باستخدام النسبة المئوية تحصلت على نسبة اتفاق (80%) فأكثر. وقد التزمت الباحثة بالتعديلات اللغوية التي اقترحتها المحكمين وإعادة صياغة بعض الفقرات حسب الصيغ المقترحة. (سهيلة عسكر، 2013، 108)

ب- تحليل الفقرات: تم استخراج القوة التمييزية بأسلوبين هما :

اولاً: أسلوب العينتين المتطرفتين:

بعد تطبيق المقياس على عينة البحث البالغة (200) طالب وطالبة ثم تحديد الدرجة الكلية لكل استمارة . تم ترتيب الاستمارات تنازلياً حسب درجتها الكلية من الأعلى إلى الأدنى و تعيين (27%) من الاستمارات الحاصلة على الدرجات العليا، و(27%) من الاستمارات الحاصلة على الدرجات الدنيا. وبعد استخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات المفحوصين في كل مجموعة تم التعرف على القوة التمييزية لكل فقرة باستعمال الاختبار التائي لعينتين مستقلتين لموازنة الأوساط الحسابية للمجموعتين المتطرفتين عن كل فقرة، و تبين ان جميع الفقرات مميزة عند مستوى دلالة (0.05) (سهيلة عسكر، 2013، 108).

ثانيا: علاقة الفقرة بالمجموع الكلي:

استخدمت الباحثة مصممة المقياس معامل ارتباط بيرسون لاستخراج العلاقة الارتباطية بين درجة كل فقرة و الدرجة الكلية للمقياس، فتبين أن جميع الفقرات دالة عند مستوى دلالة (0.05).

2- مؤشرات الثبات: ولحساب مؤشرات ثبات مقياس المعتقدات الصحية اعتمدت الباحثة سهولة عسكر (2013) مصممة المقياس الطرق التالية:

أ- طريقة إعادة الاختبار: قامت الباحثة بتطبيق المقياس على أفراد العينة البالغ عددها (40) طالب وطالبة، ثم أعيد تطبيقه على نفس العينة بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول ، وقد تمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات الأفراد في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني، وقد بلغ معامل ثبات المقياس (0.79) وهو معامل ثبات جيد.

ب- معامل ألفا (α) كرومباخ للتجانس: بعد استخدام معامل الفاكرونباخ بلغ معامل الثبات (0.84) و هو معامل ارتباط بدرجة عالية مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

3-2-1 الخصائص السيكومترية لمقياس المعتقدات الصحية في البيئة المحلية (للدراسة الحالية) :

وحرصا من الطالبة على ملائمة مقياس المعتقدات الصحية للبيئة الجزائرية ولعينة الدراسة عملنا على قياس صلاحيته بعدة طرق نعرضها كما يلي:

(1) حساب صدق مقياس المعتقدات الصحية:

أ- الصدق الظاهري (صدق المحكمين):

تم عرض مقياس المعتقدات الصحية المكون من (21) فقرة في صورته الأولية كما هو موضح في استمارة التحكيم في الملحق رقم (05) على (07) محكمين هم أساتذة في علم النفس الملحق رقم (09). وطلب منهم من خلال التعريف الإجرائي للمعتقدات الصحية الحكم على البنود والبدائل من حيث مدى وضوحها وملاءمتها، واستبعاد العبارات غير الملائمة أو إدخال تعديلات تصحيحية للصياغة.

وفي ضوء آراء المحكمين تم تعديل وإعادة صياغة (8) بنود، وتم حذف (3) بنود أخرى من المقياس ، كما هو مبين في الجدولين (8) و (9) كما يلي:

الجدول رقم (8) يوضح الفقرات المعدلة من مقياس المعتقدات الصحية في ضوء آراء المحكمين

رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
02	لا بأس أن لا أتناول وجبة الإفطار إن كنت سأكل أكثر خلال الغداء والعشاء	يمكن تجاوز وجبة الإفطار إن كنت سأكل أكثر خلال الغداء والعشاء
09	الجأ إلى طب الأعشاب لأحافظ على صحتي	اعتقد أن طب الأعشاب ليس بديلاً للعلاج الدوائي
11	أشاهد جميع البرامج التي تعطي نصائح طبية	أشاهد البرامج التي تقدم نصائح طبية
14	بمجرد إحساسي بألم في جسمي أراجع الطبيب	أراجع الطبيب إذا شعرت بألم غير معتاد في جسمي
15	اعتقد أن شرب القهوة ليس به أضرار إذا ما أوازنه بكميات متساوية من المياه	لا أفرط في شرب القهوة حفاظاً على صحتي
16	اعمل على غسل يدي قبل كل وجبة غذائية وبعدها لقتل الجراثيم	اعمل على غسل يدي قبل وبعد كل وجبة غذائية لتجنب الميكروبات
17	ابتعد عن تناول المأكولات خارج المنزل لأنني أشك بنظافتها	أتجنب الأكل خارج المنزل حين أشك في نظافته
18	أقوم بتعقيم الماء قبل شربه	اشرب كميات كافية من الماء يومياً لأن ذلك ضروري لجسمي

يوضح الجدول رقم (8) البنود التي تم تعديلها وإعادة صياغتها من طرف المحكمين.

أما الجدول الموالي يبين الفقرات المحذوفة من المقياس في ضوء آراء المحكمين:
الجدول رقم (9) يوضح الفقرات المحذوفة من مقياس المعتقدات الصحية في ضوء آراء المحكمين

رقم البند	البند المحذوف
12	ينتابني القلق أحيانا بشأن صحي
13	تراودني أفكار بأني مصاب بمرض خطير
21	ابتعد عن الناس المرضى خوفا من العدوى

نلاحظ في الجدول (9) البنود التي اتفق المحكمين بنسبة (85%) على حذفها .

كما تم تعديل البدائل من طرف المحكمين حسب طريقة ليكرت Likert Method لأن البدائل الأصلية للمقياس لا تلائم الاستجابة على الفقرات المتمثلة في المعتقدات، وفي الجدول رقم (10) الموالي نبين تعديل البدائل.

الجدول رقم (10) يوضح تعديل البدائل في ضوء آراء المحكمين

البديل الأصلي	البديل المناسب
دائما	موافق تماما
غالبا	موافق
احيانا	محايد
نادرا	غير موافق
ابدا	غير موافق تماما

من خلال الجدول رقم (10) نلاحظ البدائل التي تم استبدالها من طرف المحكمين

وبعد تحكيم مقياس المعتقدات الصحية أصبح عدد البنود (18) بند كلها ايجابية ما عدا الفقرات (1،2،3)، كما يظهر في صورته النهائية في الملحق رقم (06)

ب- صدق المقارنة الطرفية :

بعد تطبيق مقياس المعتقدات الصحية على عينة الدراسة الاستطلاعية والبالغ عددهم (60) طالب و طالبة بجامعة ورقلة، وبعد تكيم الإجابات و ترتيب النتائج أو الدرجات المتحصل عليها، تم ترتيبها من أعلى إلى أدنى درجة، وتم مقارنة نسبة (33.33 %) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات العليا مع نسبة

(33.33 %) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات الدنيا ، ثم استعمل قانون " ت " لحساب دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، وتم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (11) يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس المعتقدات الصحية

البيانات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
مج العليا	20	76.10	3.43	12.13	38	0.01
مج الدنيا	20	51.55	8.36			

من خلال النتائج الموضحة في الجدول (11) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا يبلغ (76.10) بانحراف معياري قدره (3.43) بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (51.55) بانحراف معياري قدره (8.36) وعند درجة الحرية التي قدرت ب (38) و ت المحسوبة التي بلغت (12.13) لوحظ أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.01) وعليه فإن المقياس لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في المعتقدات الصحية، وهذا مؤشر عال لصدق المقياس .

(2) حساب ثبات مقياس المعتقدات الصحية :

وللتأكد من ثبات مقياس المعتقدات الصحية قامت الطالبة بحساب الثبات كما يلي:

أ- التجزئة النصفية : بعد تجزئة الاختبار إلى نصفين متساويين إلى بنود فردية وزوجية ثم حساب معامل الارتباط بيرسون بين الجزئين ، تحصلنا على نتائج التجزئة النصفية على المقياس كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (12) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس المعتقدات الصحية بطريقة التجزئة النصفية

الدلالة الإحصائية	معامل الارتباط المحسوب		مؤشرات إحصائية
	" ر " قبل التعديل	" ر " بعد التعديل	المتغيرات
0.01	0.57	0.73	البنود الفردية
			البنود الزوجية

من خلال الجدول رقم (12) نلاحظ أن معامل الارتباط بين الجزئين بلغ (0.57) وبعد تعديله بمعادلة سبيرمان براون بلغ معامل الثبات (0.73) .

ب- معامل ألفا (α) كرونباخ للتجانس: وبعد حساب معامل ألفا كرونباخ على المقياس جاءت النتائج حسب الجدول الموالي كما يلي:

الجدول رقم(13) : يوضح نتائج معامل ثبات مقياس المعتقدات الصحية بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد البنود	معامل (α)
مقياس المعتقدات الصحية	18	0.82

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات مقياس المعتقدات الصحية بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ ($\alpha = 0.82$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى عال من الثبات. وبناء على نتائج الصدق والثبات سألفة الذكر، يمكننا الاعتماد على مقياس المعتقدات الصحية في الدراسة الحالية.

3-3- سلم العرض الجسدي: (SSS-8) Syptom Somatic Scale

لقياس اضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة الدراسة تبنت الطالبة سلم اضطراب العرض الجسدي لبنجامين جيرك و اخرون (Benjamin Gierk, & all , 2014) والذي صمم حديثا استنادا على الدليل الإحصائي الخامس لتشخيص الاضطرابات النفسية (DSM-5).

أولاً: وصف سلم العرض الجسدي:

سلم العرض الجسدي مكون من (8) فقرات وهو صورة مختصرة لاستبيان صحة المريض Patient Health Questionnaire- (PHQ-15) هذا الأخير الذي يقيس شدة الأعراض الجسدية الأكثر انتشاراً. و يقيس (SSS-8) الأعراض التالية: أعراض هضمية (البند 1)، الألم (البند 2، 3 و 4)، أعراض الجهاز الصدري (البند 5 و 6) والإرهاق (البند 7 و 8) (Gierk, 2014) .

ثانيا: طريقة تصحيح المقياس (8-SSS) :

تتم الإجابة على السلم عبر مقياس خماسي متدرج (أبدأ، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما) ويتم التنقيط بالترتيب (0، 1، 2، 3، 4). وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0-32)، وحسب التصنيف الأصلي للمقياس يتم تحديد شدة الاضطراب بمنعدم بالحصول على (0-3)، منخفض (4-7)، متوسط (8-11)، عال (12-15)، وعال جدا (16-32) (Gierk, 2014)، ويتم التنقيط وتحديد شدة الاضطراب كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (14) يبين كيفية تنقيط بنود سلم الأعراض الجسدية ودرجة و مدلول الدرجة

مدلول الدرجة	الدرجة	التنقيط	بدائل الأجوبة
منعدم	من 0 إلى 3 نقاط	صفر (0)	1- أبدا
منخفض	4 إلى 7 نقاط	نقطة (1)	2- نادرا
متوسط	8 إلى 11 نقطة	نقطتين (2)	3- أحيانا
عال	12 إلى 15 نقطة	ثلاثة نقاط (3)	4- غالبا
عال جدا	16 إلى 32 نقطة	أربع نقاط (4)	5- دائما

يوضح الجدول رقم (14) طريقة تنقيط البنود ودرجة ومدلول الدرجة في تحديد شدة الاضطراب حيث أن السلم يحتوي على (8) بنود كلها باتجاه السمة ، كما يبين الجدول خمس بدائل للإجابة على البنود.

1- ثبات سلم الأعراض الجسدية:

حسب الدراسة المسحية التي أجراها مصممي المقياس جيرك و اخرون (Gierk,& all, 2014) في ألمانيا على عينة من الأفراد بلغ عددهم (2510) باستخدام سلم الأعراض الجسدية (8-SSS) أظهرت النتائج أن خصائصه السكومترية موثوقة وجيدة حيث بلغ معامل الفا كرومباخ ($\alpha = 0.81$) (Gierk,& all , 2014).

3-3-1 الخصائص السيكومترية لسلم الأعراض الجسدية في البيئة المحلية (للدراسة الحالية) :

عملت الطالبة في الدراسة الحالية على ملائمة سلم العرض الجسدي للبيئة الجزائرية ولعينة الدراسة وذلك بقياس بعض الخصائص السيكومترية للأداة وفيما يلي عرض لطرق حساب الصدق والثبات :

(1) حساب صدق سلم الأعراض الجسدية:

لقياس صدق سلم العرض الجسدي (8-SSS) اعتمدت الطالبة صدق المحكمين وصدق المقارنة الطرفية ونبينها كما يلي:

أ- صدق المحكمين :

قامت الطالبة بترجمة السلم المكون من (8) فقرات في صورته الأولى في الملحق رقم (01) من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وعرضه على (3) محكمين هم أساتذة في اللغة الانجليزية، انظر الملحق رقم (08) لقائمة المحكمين، وكان المطلوب تحديد مدى صحة وتكافؤ ترجمة الفقرات والبدائل، ثم عرضه على (3) محكمين آخرين انظر الملحق رقم (08) وذلك لإجراء الترجمة العكسية (الملحق رقم 02) والتأكد من مدى تطابق المعاني، فاجمع المحكمين على صحة الضبط اللغوي وتطابق المعاني لكل فقرات المقياس أما البدائل فقد تم تعديل بعضها من حيث الصياغة اللغوية كما يتضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (15) يوضح الضبط في الصياغة اللغوية لبعض البدائل في ضوء آراء المترجمين.

الرقم	البدائل	التعديل
01	لا أبدا	أبدا
02	قليلا ما	نادرا
03	غالبا ما	غالبا

يوضح جدول رقم (15) تعديل البدائل من حيث الصياغة اللغوية حسب صدق المترجمين.

وبعد ضبط الصياغة اللغوية لسلم العرض الجسدي من طرف المحكمين تم إخضاعه مرة أخرى لـ : (7) محكمين من أساتذة علم النفس (الملحق رقم 8). حيث طلب منهم قراءة التعريف الإجرائي والبنود والبدائل وتحكيمهم من حيث مدى وضوح الصياغة اللغوية ومدى ملائمة الفقرات لقياس ما صممت لقياسه وكذا مدى ملائمة بدائل الأجوبة كما هو موضح في الملحق رقم (03)، ولقد أسفر التحكيم على موافقة المحكمين على كل بنود السلم حسب الصورة النهائية للسلم في الملحق رقم (4). وتم تعديل تعليمة الاختبار من حيث الصياغة اللغوية كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (16): يوضح الضبط الصياغة اللغوية لتعليمية المقياس في ضوء آراء المترجمين.

التعليمية	التعديل
خلال 7 أيام الفارطة، كم انزعجت من إحدى المشاكل التالية	خلال 7 أيام الماضية، كم انزعجت من إحدى المشاكل التالية

نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) تعديل تعليمية سلم العرض الجسدي من حيث الصياغة اللغوية في ضوء آراء المترجمين .

ب- صدق المقارنة الطرفية : بعد تطبيق سلم اضطراب الأعراض الجسدية على عينة الدراسة الاستطلاعية والبالغ عددهم (60) طالب وطالبة بجامعة ورقلة، وبعد تكميم الإجابات وترتيب النتائج أو الدرجات المتحصل عليها، تم ترتيبها من أعلى إلى أدنى درجة، و تمت مقارنة نسبة (33.33 %) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات العليا مع نسبة (33.33 %) التي تمثل فئة الأفراد ذوي الدرجات الدنيا ، ثم استعمل قانون "ت" لحساب دلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين، وتم الحصول على النتائج المبينة في الجدول التالي:

جدول رقم (17) :يوضح صدق المقارنة الطرفية لسلم اضطراب الأعراض الجسدية .

البيانات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
مج العليا	20	22.85	4.73	12.02	38	0.01
مج الدنيا	20	7.40	3.25			

من خلال النتائج الموضحة في الجدول (17) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للفئة العليا يبلغ (22.85) بانحراف معياري قدره (4.73) بينما بلغ المتوسط الحسابي للفئة الدنيا (7.40) بانحراف معياري قدره (3.25) وعند درجة الحرية التي قدرت ب (38) و ت المحسوبة التي بلغت (12.02) لوحظ أنه توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى أقل من (0.01) وعليه فإن المقياس لديه قدرة تمييزية بين

الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في الأعراض الجسدية، وهذا مؤشر عال لصدق المقياس.

(2) حساب ثبات سلم العرض الجسدي :

للتحقق من ثبات السلم في البيئة المحلية قامت الطالبة بحساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وبطريقة الفا كرومباخ.

أ- التجزئة النصفية : تم حساب ثبات سلم العرض الجسدي بطريقة التجزئة النصفية حيث تمت تجزئة البنود إلى بنود فردية وبنود زوجية وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول الموالي:

جدول رقم (18) يوضح نتائج معامل ثبات سلم اضطراب الأعراض الجسدية بطريقة التجزئة النصفية

الدالة الإحصائية	معامل الارتباط المحسوب		مؤشرات إحصائية
	" ر " بعد التعديل	" ر " قبل التعديل	المتغيرات
دال عند 0.01	0.74	0.59	البنود الفردية
			البنود الزوجية

من خلال الجدول رقم (18) نلاحظ أن معامل الارتباط بين الجزئين بلغ (0.59) ويعد تعديله بمعادلة سبيرمان براون بلغ معامل الثبات (0.74) .

ب- معامل ألفا (α) كرومباخ للتجانس: تم حساب ثبات سلم العرض الجسدي بطريقة معامل ألفا كرونباخ وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول رقم (19) يوضح نتائج معامل ثبات سلم اضطراب الأعراض الجسدية بطريقة ألفا كرونباخ

معامل (α)	عدد البنود	الأداة
0.83	08	سلم اضطراب الأعراض الجسدية

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات سلم اضطراب الأعراض الجسدية بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ ($\alpha = 0.83$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.01)، مما يؤكد أن المقياس يتمتع بالثبات، وبناء على نتائج الصدق والثبات سالفة الذكر، يمكننا الاعتماد على سلم اضطراب الأعراض الجسدية في الدراسة الحالية.

4- الدراسة الأساسية :

4-1- عينة الدراسة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من عينة من طلبة جامعة قاصدي مرياح بورقلة وقد تم اختيارها حسب طريقة العينة الميسرة (Convenience Sampling) ويقصد بها العينة التي يختارها الباحث لأنها الأكثر يسرا في الاستخدام، والمتاحة له بالفعل. وفي هذه الحالة يجب أن يركز الباحث على خصائص العينة، ويفصلها حتى يتيح الفرصة لأي عينة أخرى مماثلة في هذه الخصائص، أو لأي " أصل " افتراضي يمكن أن تتوفر فيه هذه الخصائص وأيضا أن تعمم نتائج مثل هذه الأبحاث عليه، وفي هذا يكمن جوهر مفهوم " حدود البحث "، أي حدود تعميم النتائج من العينات التي لا تتسم بالعشوائية حيث يكون التعميم من النوع التحولي من الجزء إلى الجزء وليس استقرائيا من الجزء إلى الكل (أبو حطب، 2010) و من هذا المنطلق قامت الطالبة بتوزيع (230) نسخة من كل مقياس على طلبة الجامعة وبعد الإجابة عن هذه المقاييس ، تم فرزها ومراجعتها، وتم إلغاء (80) نسخة لعدم استيفائها لشروط البحث مثل (عدم كتابة أحد البيانات الشخصية المطلوبة في الدراسة أو عدم الإجابة على أحد البنود..) ليصبح العدد الإجمالي للعينة (150) طالب و طالبة للسنة الجامعية (2016/2017) بجامعة ورقلة.

وصف عينة الدراسة الأساسية :

يتوزع أفراد العينة الكلية حسب الجنس ، السن، وحسب النسب كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (20): يوضح خصائص أفراد العينة الأساسية حسب السن و الجنس.

المؤشرات الإحصائية		المتغيرات
النسبة المئوية	العدد	متغير الجنس
47.33 %	71	ذكور
52.66 %	79	إناث
100 %	150	المجموع
		متغير السن
56 %	84	من (17 الى 24) سنة
40 %	60	من (24 إلى 31) سنة
4 %	06	أكبر من (31) سنة
100 %	150	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن العينة الكلية للدراسة المكونة من (150) طالب و طالبة تتوزع حسب الجنس و السن كما يلي :

- **الجنس:** عدد الذكور (71) طالب بنسبة (47.33%) بينما عدد الإناث بلغ (79) طالبة وهو ما يمثل نسبة (52.66%) .
- **السن:** صنف عينة الدراسة إلى ثلاث فئات: الفئة الأولى من (17 الى 24) سنة يبلغ عددها (84) طالبا بنسبة (56%) ، والفئة العمرية الثانية من (24 إلى 31) سنة والبالغ عددها (60) طالبا بنسبة (40%) والفئة العمرية الثالثة أكبر من (31) سنة عددها (6) طلاب بنسبة (4%).

4-2: إجراءات الدراسة الأساسية :

أجريت الدراسة الأساسية خلال شهري فيفري ومارس لسنة 2017، وبعد حساب نتائج العينة الاستطلاعية التي تكونت من (60) طالب و طالبة من جامعة ورقلة والتي قدمت دلالات مقبولة عن الخصائص السيكومترية (الثبات والصدق) لأدوات الدراسة قامت الطالبة بتطبيق مقياس الدراسة (مقياس فاعلية الذات، مقياس المعتقدات الصحية وسلم العرض الجسدي) على عينة من طلبة الجامعة، حيث تم توزيع (230) نسخة من كل مقياس وروعي في ذلك التوصل إلى التطبيق على مختلف أفراد مجتمع الدراسة بشكل جماعي في قاعات التدريس وفي فناء الجامعة ، وقد أشرفت الطالبة بنفسها على إجراءات التطبيق ، وبعد توزيع أدوات القياس على أفراد عينة الدراسة ، تقوم الطالبة بتوضيح الهدف العلمي من الدراسة وكيفية الإجابة على المقاييس الثلاثة، والإجابة على أسئلة المفحوصين لتفادي أي لبس أو تحفظ، كما تركت الحرية للمفحوصين ليقرروا المشاركة في البحث أو لا بكل شفافية وقبل البدء بالإجابة عن فقراتها تقوم الطالبة بتوضيح للعينة الكيفية التي يجاب بها على فقرات هذه المقاييس وذلك بقراءة التعليمات وقراءة عبارات البنود، وتراوح معدل زمن الإجابة عن المقاييس من (30) دقيقة إلى (45) دقيقة، وقد تمت الإجابة على المقياس تلو الآخر وبكل دقة وموضوعية بناء على حث أفراد العينة على ضرورة تحري الصدق في الإجابة لأهمية ذلك على نتائج البحث، خاصة أن هوية المفحوص مجهولة وغير مطلوبة في البيانات العامة . وبعد انتهاء الإجابة عن هذه المقاييس ، وبعد انتهاء إجراءات التطبيق ، تم فرز ومراجعة تلك النسخ من المقاييس وتم إلغاء (80) نسخة لعدم استيفائها لشروط البحث ليصبح العدد الإجمالي للعينة (150) طالب و طالبة.

5- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق الدراسة الأساسية اعتمدت الطالبة الأساليب الإحصائية التالية :

- **معامل الارتباط المتعدد:** يستخدم لقياس ومعرفة درجة علاقة الارتباط بين متغيرين أو أكثر
- **معامل الارتباط الجزئي :** هو ارتباط بين متغيرين أو أكثر مع استبعاد اثر متغير (أو أكثر) ويرجع السبب في استخدام الارتباط الجزئي إلى وجود علاقة ارتباط معنوي بين متغيرين قد يكون سبب ارتباطهما وتأثرهما بمتغير آخر، بحيث بعد عزل اثر هذا المتغير قد نحصل على درجة ارتباط مختلفة عنه في حالة عدم عزله (ربيع ، 2008، 96) .
- **معامل الانحدار الخطي المتعدد :** وهو أسلوب إحصائي يمكننا من التنبؤ بدرجة الرد في احد المتغيرات بناء على درجاته في عدد من المتغيرات ، ونطلق على المتغيرات التي نستخدمها في التنبؤ بالمتغيرات المستقلة ، والمتغير الذي يراد التنبؤ به بالمتغير التابع. (البلوي، 2007، 9)
- حجم الأثر :** يعرف كوهين (Cohen ; 1997) حجم الأثر بأنه "درجة تواجد الظاهرة في مجتمع ما" وهو يدل على الدلالة العملية للنتيجة المتواصل إليها ويمكن اعتماد المعايير التالية للدلالة على مقدار حجم الأثر :

بالنسبة لمعامل الارتباط الجزئي	بالنسبة لمعامل الانحدار الخطي المتعدد
0.1 بسيط	0.01 بسيط
0.3 متوسط	0.06 متوسط
0.5 كبير	0.14 كبير (Cohen , 1997).

- ولقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS.19)، والتي حصلنا من خلالها على النتائج التي نعرضها في الفصل الموالي.

خلاصة الفصل

تناولنا في هذا الفصل إجراءات الدراسة الميدانية بدءاً بالمنهج المتبع ومروراً بالدراسة الاستطلاعية التي تهدف إلى التأكد من صلاحية أدوات جمع البيانات من خلال قياس خصائصها السيكومترية وانتهاءً بالدراسة الأساسية التي شرحنا فيها طريقة المعاينة المتبعة في هذه الدراسة وخصائص العينة .وأدوات جمع البيانات كما أشرنا أيضاً إلى إجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية التي عولجت بها البيانات.

الفصل السادس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد.

1- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى.

2- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية.

3- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة.

4- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعدما تم عرض الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية في الفصل السابق، سيتم التطرق في هذا الفصل إلى النتائج المتحصل عليها من اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وعرضها في جداول ثم تحليل وقراءة البيانات الواردة فيها، حسب ترتيب فرضيات الدراسة.

1- عرض و تحليل نتيجة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على مايلي: "توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة".

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط المتعدد لمعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة الثلاثة . وتم الحصول على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (21):

يوضح نتائج معامل الارتباط بين كل من فاعلية الذات و المعتقدات الصحية و الأعراض الجسدية

متغيرات الدراسة	العينة	ر المحسوبة	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
فاعلية الذات	150	0.34	147	0.01	دالة إحصائيا
المعتقدات الصحية					
اضطراب الأعراض الجسدية					

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة "ر" المحسوبة قدرت بـ (0.34) و هي قيمة دالة عند درجة حرية (147) وعند مستوى الدلالة (0.01) وبالتالي تكون العلاقة بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي دالة إحصائيا وبالتالي نقبل الفرضية البحثية.

وبعد ما تم حساب حجم الأثر، وذلك عن طريق مقدار مربع معامل الارتباط R الذي يشير إلى درجة العلاقة بين المتغيرين، ويعبر عن الدلالة العملية للنتيجة، تحصلنا على النتيجة المدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (22): يوضح حجم الأثر لنتيجة الفرضية الأولى

R ²	R	حجم الأثر
0.12	0.34	

ومن خلال قيمة R² المدونة في الجدول (22) والتي قدرت بـ (0.12) نلاحظ أن حجم الأثر بسيط وعليه فهذه المتغيرات المستقلة (فاعلية الذات والمعتقدات الصحية) تفسر ما نسبته (12%) من التغير الحاصل في المتغير التابع (اضطراب العرض الجسدي).

2- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على الآتي: "عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة "

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط الجزئي لمعرفة قوة وطبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية بعد عزل أثر فاعلية الذات عن هذه العلاقة وتم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول أدناه :

الجدول رقم (23) : يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي بين المعتقدات الصحية والأعراض

الجسدية بعد عزل فاعلية الذات

المتغيرات	العينة	قيمة R قبل العزل	قيمة R بعد العزل	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
المعتقدات الصحية	150	-0.29	-0.20	147	0.01	دالة
اضطراب الأعراض الجسدية						

نلاحظ من خلال الجدول رقم (23) أن قيمة معامل الارتباط الجزئي بين المعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية بعد عزل فاعلية الذات بلغت (- 0.20) عند درجة الحرية (147) وعند مستوى الدلالة (0.01) هي أقل من قيمة معامل الارتباط برسون بين المتغيرين في الارتباط المتعدد والتي قدرت

ب (-0.29) قبل العزل، حيث تظهر النتائج وجود علاقة سالبة بين المتغيرين أي كلما زادت المعتقدات الصحية كلما انخفض اضطراب الأعراض الجسدية.

ومنه نستخلص أن عزل متغير فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية يؤثر ويضعف قوة هذه العلاقة ومنه تحقق الفرضية البحثية.

وبعد ما تم حساب حجم الأثر، وذلك عن طريق مقدار مربع معامل الارتباط R الذي يشير إلى درجة العلاقة بين المتغيرين، ويعبر عن الدلالة العملية للنتيجة، تحصلنا على النتيجة المدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (24) يوضح حجم الأثر لنتيجة الفرضية الثانية

R ²	R	حجم الأثر
0.04	0.20	

من خلال الجدول رقم (24) وقيمة R² التي قدرت ب (0.04) نلاحظ أن حجم الأثر بسيط .

3- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على الآتي: " عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب العرض الجسدي يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة " للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط الجزئي لمعرفة قوة وطبيعة العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب العرض الجسدي بعد عزل أثر المعتقدات الصحية عن هذه العلاقة وتم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول أدناه :

جدول رقم (25): يوضح نتائج معامل الارتباط الجزئي بين فاعلية الذات والأعراض الجسدية بعد عزل المعتقدات الصحية

المتغيرات	العينة	قيمة R قبل العزل	قيمة R	درجة الحرية	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
فاعلية الذات	150	-0.29	-0.19	147	0.01	دالة إحصائية
اضطراب الأعراض الجسدية						

نلاحظ من خلال الجدول رقم (25) أن قيمة معامل الارتباط الجزئي بين فاعلية الذات واضطراب الأعراض الجسدية بعد عزل المعتقدات الصحية بلغت (-0.19) عند درجة الحرية (147) وعند مستوى الدلالة (0.01) هي اقل من قيمة معامل الارتباط برسون بين المتغيرين في الارتباط المتعدد والتي قدرت ب (-0.29) قبل العزل، حيث تظهر النتائج وجود علاقة سالبة بين المتغيرين أي كلما زادت فاعلية الذات كلما انخفض اضطراب الأعراض الجسدية. ومنه نستخلص أن عزل متغير المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب الأعراض الجسدية يؤثر على قوة هذه العلاقة ومنه تحقق الفرضية البحثية . وبعد ما تم حساب حجم الأثر، وذلك عن طريق مقدار مربع معامل الارتباط R الذي يشير إلى درجة العلاقة بين المتغيرين، ويعبر عن الدلالة العملية للنتيجة، تحصلنا على النتيجة المدونة في الجدول التالي:

جدول رقم (26) يوضح حجم الأثر لنتيجة الفرضية الثالثة

R^2	R	حجم الأثر
0.03	0.19	

من خلال نتائج الجدول رقم (26) وقيمة R^2 التي قدرت ب (0.03) نلاحظ أن حجم الأثر بسيط .

4- عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة :

تنص الفرضية الرابعة على الآتي: " توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة " .

للتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الانحدار الخطي المتعدد لمعرفة القدرة التنبؤية بظهور اضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة الدراسة من خلال فاعلية الذات والمعتقدات الصحية، وعليه تم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (27): يوضح نتائج معامل الانحدار الخطي المتعدد بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية والأعراض الجسدية

العينة	قيمة "ر"	قيمة "ر ² "	قيمة "ر ² " المعدلة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
150	0.34	0.12	0.10	147	0.01

من خلال النتائج المدونة في الجدول أعلاه نلاحظ بأن قيم معامل الارتباط الثلاثة وهي معامل الارتباط "ر" الذي بلغ (0.34) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0.01). بينما بلغ معامل التحديد "ر²" (0.12) في حين بلغ معامل التحديد المعدل (0.10) وهذا يعني أن المتغيرات المستقلة التفسيرية والمنبئة (فاعلية الذات و المعتقدات الصحية) استطاعت أن تفسر ما نسبته (0.34) أي (34%) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (اضطراب الأعراض الجسدية) المطلوبة والباقي (0.66) أي (66%) يعزى إلى عوامل أخرى. أما في الجدول الموالي فيلاحظ قيمة الثابت ومعاملات الانحدار والدلالة الإحصائية للمتغيرات المستقلة على المتغير التابع.

الجدول رقم (28)

يوضح نتائج معاملات الانحدار و قيم 'ت' و دلالاتها الإحصائية

المتغيرات	B الحد الثابت المعياري	قيم اختبار "ت"	مستوى الدلالة
المتغير التابع 1.الأعراض الجسدية	36.71	6.84	دالة
المتغيرات فاعلية الذات	- 0.20	- 2.40	دالة
المستقلة المعتقدات الصحية	- 0.21	- 2.47	دالة

من خلال الجدول نستنتج أن المتغيرات المستقلة (فاعلية الذات و المعتقدات الصحية) كانت قيمتها معنوية من الناحية الإحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في نموذج الانحدار المتعدد حسب اختبار "ت". وتشير القيم المدرجة في العمود المعنون بـ (B الحد الثابت المعياري) إلى إسهام كل متغير مستقل في التنبؤ بظهور اضطراب الأعراض الجسدية، وحسب النتائج نستنتج أن كلا المتغيرين (فاعلية الذات والمعتقدات الصحية) يساهم في ظهور هذا الاضطراب إلا أن متغير المعتقدات الصحية يعد أكثر إسهاما نسبيا في تفسير المتغير التابع (اضطراب العرض الجسدي) حيث قدرت قيمة بيتا (Beta) الخاصة به (- 0.21) أما قيمة بيتا (Beta) الخاصة بمتغير (فاعلية الذات) بلغت (- 0.20) وهي قيم متقاربة ودالة، مما يشير إلى انه توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي ، إلا أن متغير المعتقدات الصحية كان له أعلى معامل ارتباط جزئي بمتغير اضطراب الأعراض الجسدية وقيمه الإحصائية (ت) أعلى حيث بلغت (- 2.47) مقارنة بقيمة متغير فاعلية الذات الذي جاء معامل ارتباطه الجزئي أقل، وقيمه الإحصائية (ت) اقل نسبيا حيث بلغت (- 2.40).

وفي ضوء كل ما تم عرضه من نتائج نخلص إلى أن متغير المعتقدات الصحية أكثر إسهاما في التنبؤ بظهور اضطراب الأعراض الجسدية. وقد جاءت النتائج متسقة مع بعض نتائج الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات الدراسة، وهو ما سيتم توضيحه في الفصل الموالي عند تفسير ومناقشة النتائج.

خلاصة الفصل :

تضمن هذا الفصل تحليل بيانات عملية فحص العلاقة الارتباطية بين متغيرات الدراسة لدى أفراد العينة ، وقد أسفرت النتائج على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية ، كما تضمن الفصل التحقق من قوة وطبيعة العلاقة بين متغيرين بمعزل عن الآخر حيث وجد أن هناك علاقة بين متغيرات الدراسة قبل العزل وتخفض قوة هذه العلاقة بعد العزل الإحصائي ، كما تم حساب قوة القدرة التنبؤية لمتغيرات الدراسة حيث أسفرت النتائج على أن كلا المتغيرين يساهم في تفسير المتغير التابع، ويأتي متغير المعتقدات الصحية في الترتيب الأول من حيث التنبؤ بظهور اضطراب الأعراض الجسدية .

الفصل السابع

تفسير و مناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد.

1- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى.

2- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثانية.

3- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة.

4- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الرابعة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعد ما تم عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة في الفصل السابق، سوف نتطرق في الفصل الحالي إلى تفسير ومناقشة هذه النتائج استناداً على التراث النظري حول الموضوع و الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات هذه الدراسة.

تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى :

تنص هذه الفرضية على الآتي : توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة .

من خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات المبينة في الجدول رقم (21) تبين أن قيمة الارتباط المتعدد لمتغيرات الدراسة " ر " المحسوبة قدرت ب (0.34) عند مستوى الدلالة (0.01) ودرجة حرية (147) وأن قيمة " ر² " قدرت ب (0.12) وتدلل هذه النتيجة على وجود علاقة دالة إحصائية بين كل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة الدراسة ، وهذا يعني تحقق الفرضية البحثية. وجاءت علاقة الفاعلية والمعتقدات باضطراب الأعراض الجسدية عكسية وهذا يعني انه كلما ارتفع مستوى الفاعلية والمعتقدات انخفضت الأعراض الجسدية واتفقت هذه النتيجة مع البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن والتي توصلت إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول صحته وأن الاعتقاد في فاعلية الذات يؤثر في طريقة تعامله مع الاضطرابات النفسية، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي الوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة، وكلما كان الاعتقاد قوي في الكفاءة استطاع الفرد تجاوز التحديات والمواقف التي تواجهه. (عليوة و جبالي ، 2014 ، 35)

وإذا انطلقنا من فكرة أن ظهور اضطراب الأعراض الجسدية الغير مفسرة طبيا - كما يشار إليها في الدليل التشخيصي الرابع المعدل - يعود إلى الانشغال والاهتمام الزائد بالأعراض الجسدية فإن هذا قد يعود لمعتقدات الفرد حول صحته.

ورغم ندرة الدراسات التي تناولت اضطراب الأعراض الجسدية مع متغيرات الدراسة الحالية إلا أن آن كرينغ واخرون (2016)، يرون أن تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية يعتمد على الأعراض السلوكية والمعرفية المصاحبة للعرض الجسدي المزعج بدل الاعتماد على الأعراض الجسدية الغير مفسرة طبيا (آن كرينغ و اخرون، 2016، 470).

وهذه الأعراض السلوكية والمعرفية قد تنطلق من المعتقدات السلبية حول الصحة لان المعتقدات تمثل جانبا مهما وأساسيا في البناء المعرفي للفرد بغض النظر على هذا البناء إن كان سلبيا أو ايجابيا، وهذه النتيجة تتفق إلى حد ما مع الدراسة التي قام بها كل من **Ajzen** و **Timko** لاستكشاف العلاقة بين الاتجاه نحو الصحة والسلوك الفعلي لدى (113) طالبا تراوحت أعمارهم ما بين (18 - 44 سنة) وشملت قياس المعتقدات والاتجاه نحو الصحة. ودلت النتائج على وجود ارتباط لكل من كفاءة الذات والاتجاه نحو الصحة وبين السلوك الفعلي. (عليوة و جبالي ، 2014 ، 36)

كما تتفق نتيجة هذه الفرضية مع دراسة **Rodolfo (1984)**، التي هدفت إلى معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز الضبط الصحي بوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية على عينة من (71) من طلبة علم النفس، وتم قياس مركز الضبط الصحي باستبيان مكون من (11) بنداً، يمكنه التمييز بين من يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن وضعهم الصحي وبين من يعزرون ذلك للظروف والحظ والقوى الخارجية، واستعمال السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي ، ودلت النتائج على علاقة مركز الضبط الداخلي بالسلوك الصحي، وكذا على العلاقة بين البيئة وبين السلوك الصحي (زعطوط ، 2005، 28 ، 29)

أما نتيجة العلاقة الارتباطية بين الفاعلية الذاتية والمعتقدات الصحية لدى عينة الدراسة والتي ظهرت من خلال الإجراءات الإحصائية جاءت طردية ودالة إحصائياً، لأنه وفقاً لنموذج المعتقدات الصحية، يعدّ الشعور بالكفاءة الذاتية محددًا مهماً لممارسة السلوكيات الصحية، حيث يبدو هذا الشعور في اعتقاد الشخص بأنه قادر على التحكم في ممارسة سلوك معين. وهذا ما يتسق مع دراسة سهيلة عسكر (2013)، التي هدفت إلى التعرف على مستوى فاعلية الذات ومستوى المعتقدات الصحية لدى (200) طالب وطالبة من طلبة الجامعة وكذا التعرف على العلاقة الارتباطية بين هذين المتغيرين، فتوصلت إلى تمتع أفراد العينة بمستوى عالي من الفاعلية الذاتية والمعتقدات الصحية، ووجود علاقة ايجابية بين الفاعلية والمعتقدات لدى طلبة الجامعة (سهيلة عسكر، 2013، 95).

و في ما يخص علاقة الارتباط العكسي بين فاعلية الذات واضطراب الأعراض الجسدية تعد أمر متوقع وهذا ما تفسره نظرية الفعالية الذاتية لباندورا (**bandura**) الذي يرى ان الصحة لا تحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الفعالية الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الايجابية أي عندما تصبح الفعالية الذاتية متغيراً أساسياً في النشاط الفيزيولوجي والصحي للفرد (Bandura, 1997, 151).

كما تتفق نتيجة الفرضية مع ما جاء به باندورا (bandura , 1991) حيث يرى أن الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية يميلون إلى النظر إلى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة وذلك يؤدي إلى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه فمستوى الفعالية الذاتية المرتفع يقلل من توقعات الكدر ، والتوتر الجسمي ، والقلق، وذلك يؤثر بشكل إيجابي في تخفيف الأعراض الجسمية، وكذلك تتفق مع دراسة نورمان (Norman,2002) التي أجراها لاستكشاف الفروق في إستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية والضبط المدرك لدى فئتين من المرضى، فئة تعاني من أمراض مزمنة مكونة من (137) مريضا، وفئة مصابة بأمراض حادة (مؤقتة) مكونة من (134) مريضا، وتدل النتائج على أن المصابين بأمراض حادة مرتفعو الكفاءة الذاتية مقارنة بالمزمينين. و تتفق كذلك مع دراسة فريش وزملاؤه (Freach, & all,2000) الذين أرادوا معرفة العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع، على عينة من (329) مريضا ممن يعانون من صداع خفيف، ولاحظ أن مرتفعي كفاءة الذات يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم أقل وشفاءهم أسرع.

2- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الثانية :

تنص هذه الفرضية على الأتي : عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسمية يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة

أظهرت نتيجة التحليل الإحصائي المعروضة في الجدول رقم (23) أنه عندما تم العزل الإحصائي لتأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات والأعراض الجسدية تناقصت قيمة الارتباط بين المعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية من (- 0.29) إلى (-0.20) وهذا يدل على أن علاقة المعتقدات الصحية باضطراب الأعراض الجسدية تتأثر بوجود فاعلية الذات وهذا ما أثبتته الدلالة العملية. وإذا نظرنا إلى هذه النتيجة من الناحية المعرفية فإن الاعتقاد في الكفاءة يؤدي إلى التأثير في تقييم الفرد لأهداف الحياة واستقبال المعلومات بطريقة خاصة به و التعامل معها بفاعلية وفق ما يتطلبه الموقف ويتبلور هذا في الدراسة الحالية في السيطرة على المشاكل الصحية والأعراض الجسدية.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع ما جاءت به دراسة زعطوط (2005) أن الكفاءة الذاتية أو فاعلية الذات Self efficacy تؤثر في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف والدوافع والوجدان، وانتقاء المعلومات من بيئتنا (زعطوط ، 2005، 43).

وفي نفس الصدد يرى الألويسي، 2014 بأن نظرية فاعلية الذات قد أظهرت جدواها في فهم ومعالجة المشكلات النفسية والسلوكية والانفعالية ووفرت لنا عدة مقترحات لكي نصبح أكثر ثقة وأكثر إنتاجية في مجالات الحياة المختلفة ومن أجل تعزيز إحساسنا العام بالثقة في الذات (الألويسي، 2014، 79).

وتتفق نتيجة هذا الفرض كذلك مع دراسة أجراها أوليري وآخرون (Oleary et al, 1992) والتي توصل من خلالها إلى أن الأفراد ذوي فاعلية الذات العالية يبحثون عن المعلومات عن حالتهم الجسمية ويمتلكون مثل هذه المعلومات، فهم أكثر ميلا إلى البحث عن طرق الوقاية لأسنانهم ويلبسون حزام الأمان أثناء قيادة سياراتهم ويقبلون على التطعيم الواقي من الأمراض ويقومون بالنشاطات التي تؤمن سلامة الجسم ويبذلون جهدا كبيرا في المحافظة على وزن أجسامهم. (الألويسي، 2014، 45)

وكذا دراسة كاتلين وكلوديا (Kathleen & Claudia, 1994) التي استهدفت التعرف على طبيعة العلاقة بين فاعلية الذات والقدرة على الاحتمال أو (الصلابة) لدى عينة من طلبة الجامعة تألفت من (75) طالبا وطالبة وبعد تطبيق أداتي البحث وهما مقياس القدرة على الاحتمال، ومقياس فاعلية الذات وبعد معالجة البيانات إحصائيا توصلت الدراسة إلى أن العلاقة الإرتباطية كانت عالية بين المتغيرين ، فالطلبة الذين أحرزوا درجات عالية على مقياس فاعلية الذات يتمتعون بقوة تحمل عالية. (الالوسي، 2014 ، 97)

3- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الثالثة :

تنص هذه الفرضية على الأتي : عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب الأعراض الجسمية يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة

أظهرت نتيجة التحليل الإحصائي المعروضة في الجدول رقم (25) أنه عندما تم العزل الإحصائي لتأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات والأعراض الجسدية تناقصت قيمة الارتباط بين فاعلية الذات واضطراب الأعراض الجسدية من (-0.194) إلى (- 0.293) وهذا يدل على أن علاقة فاعلية الذات باضطراب الأعراض الجسدية تتأثر بوجود المعتقدات الصحية وهذا ما أثبتته الدلالة العملية. وتعكس هذه النتيجة ما ورد في التراث النظري كون المعتقدات مفهوم يعكس تصورات الفرد ومدركاته وطبيعة معرفته، وبهذا فإن المعتقدات تعتبر من العوامل الأساسية المتحكمة في سلوكيات الأفراد واستجاباتهم للمثيرات المختلفة.

ويشير اليس (Ellis, 1975)، رائد العلاج العقلاني الإنفعالي في هذا الشأن "أن الناس قد لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب وجهات نظرهم التي يتخذونها بصدد هذه الأحداث" (Ellis, A, 1975: 163)

ومن الدراسات التي تعزز نتيجة هذه الدراسة، دراسة آن هاس وآخرون (Anne Hasse & all, 2004)، حول قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات، حيث كان الهدف منها الكشف عن العلاقة بين قلة النشاط البدني والسمنة والمعتقدات الصحية باختلاف الثقافات ومستوى التنمية الاقتصادية.

حيث قاموا بإجراء مستعرض على عينة تتكون من (19298) طالب من جامعات (23) دولة مختلفة في الثقافة ومستوى التنمية الاقتصادية، واستعانوا في جمع البيانات باستبيان متعلق بالنشاط البدني واستبيان المعرفة الصحية بالإضافة إلى مقياس المعتقدات الصحية باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي لتحليل البيانات. ومن بين النتائج التي تم التوصل إليها وجود علاقة ارتباطية قوية بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي باختلاف الثقافات (Anne Hasse et all., 2004).

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة قريشي ومروك، (2016)، التي تهدف إلى معرفة مستوى بعض الاضطرابات النفسية كالإكتئاب، القلق، والأعراض الجسدية ونقص الانتباه وفرط الحركة لدى عمال قطاع المحروقات، وعلاقة هذه الاضطرابات بنظام المناوبة والعمل الليلي، باستخدام المنهج الوصفي على عينة مكونة من (460) عامل بقطاع المحروقات بالجنوب الجزائري، وذلك باستخدام مقياس القلق والاكئاب (HADS)، مقياس الأعراض الجسدية (SSS-8)، - المستخدم في الدراسة الحالية- ومقياس التقرير الذاتي المسحي لاضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة للراشدين، وبينت النتائج أن (24%) من العمال يعانون من القلق، و (18%) يعانون من الاكتئاب، و (24%) يعانون من أعراض نقص الانتباه وفرط الحركة و (44%) يعانون من الأعراض الجسدية. وجاءت الفروق ذات دلالة إحصائية لصالح عمال المناوبة مقارنة بعمال اليوم العادي في إصابتهم بهذه الاضطرابات. نستخلص من خلال هذه النتائج أن عمال المحروقات يعانون من ارتفاع مستوى الاضطرابات السلوكية وتأثير طول ساعات العمل، والعمل الليلي على ارتفاع القلق، الاكتئاب والأعراض الجسدية (قريشي و مروك، 2016، 223).

ونلاحظ من هذه الدراسة أن اضطراب الأعراض الجسدية أخذ أكبر نسبة (44%) لدى أفراد هذه العينة مقارنة بالاضطرابات الأخرى حيث أن اختلال نظام النوم والأكل أدى إلى ظهور هذه الأعراض الجسدية لدى عمال المناوبة الليلية وهذه النتيجة تتفق مع نتيجة هذه الفرضية في وجود علاقة قوية بين اضطراب الأعراض الجسدية والمعتقدات الصحية.

4- تفسير و مناقشة نتيجة الفرضية الرابعة :

تنص هذه الفرضية على الآتي : توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب العرض الجسدي لدى عينة الدراسة.

أظهرت نتيجة التحليل الإحصائي المعروضة في الجدول رقم (27) صحة الفرض القائل بوجود قوة تنبؤية لمتغيرات الدراسة حيث أبرزت النتائج ان المتغيرات التفسيرية (الفاعلية والمعتقدات) تفسر ما نسبته (34 %) من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (الأعراض الجسدية) المطلوبة والباقي (66%) يعزى إلى عوامل أخرى.

ومن خلال نتائج معامل الانحدار الموضحة في جدول (28) الذي يشير إلى إسهام متغير فاعلية الذات بنسبة (20 %) في التنبؤ بمتغير الأعراض الجسدية وإسهام متغير المعتقدات الصحية بنسبة (21 %) في التنبؤ بالمتغير التابع حيث جاءت القيم سلبية في كلا المتغيرين وهذا يعني أن كلما ارتفعت الفاعلية والمعتقدات انخفض اضطراب الأعراض الجسدية وتعد هذه النتيجة منطقية إذا اعتبرنا الأمراض التي يعاني منها الأفراد تعود أسبابها في الغالب إلى سلوكياتهم وعاداتهم الصحية الغير سليمة.

ونلاحظ من خلال النتائج أن نسبة التنبؤ جاءت مقاربة في كلا المتغيرين في التنبؤ بالأعراض الجسدية لدى عينة الدراسة وهذا قد يعود إلى أن طلبة الجامعة بصفتهم فئة متعلمة ومتقفة يسعون دائماً لممارسة السلوكيات الصحية المناسبة والالتزام بها وتطبيقها مثل الاعتناء بالنظافة الشخصية كنظافة الأسنان وإجراء الفحوصات والاهتمام بالمظهر الخارجي سعياً منهم للوصول لأفضل صورة صحية من خلال تنفيذهم لسلوكيات صحية سليمة تمكنهم من العناية بأنفسهم، وتزويدهم من الشعور بإحساس التحكم والسيطرة على صحتهم و حياتهم. وهذا مرتبط كذلك بفاعليتهم الذاتية كونها مشتقة من النظرية المعرفية الاجتماعية لبندورا والتي أكد فيها بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية، والبيئية. (Bandura, 1986,63)

ويرى فتحي الزيات(2001) ، في هذا الصدد أن البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تؤثر تأثيراً عاماً على الفاعلية الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية، والحسية العصبية لدى الفرد، ويرجع ذلك لثلاثة أساليب رئيسية من شأنها زيادة أو تفعيل إدراك فاعلية الذات، وهي: تعزيز أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية، وتخفيض مستويات الضغوط والنزعات أو الميول الانفعالية السالبة، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم (فتحي الزيات 2001، 490) .

و يتفق هذا مع الدراسة التي أجراها ليفييفر وآخرون (Lefebvre et al , 1999) على عينة من (128) مريضا بروماتويد المفاصل، وتوصل فيها إلى أن الفاعلية الذاتية ارتبطت بشكل دال بالتقديرات اليومية للألم، والمزاج، والتغلب، وفعالية التغلب حتى بعد التحكم في تأثير المتغيرات الديموغرافية والطبية (حسانين ، 2011 ، 78). كما تتسق هذه النتيجة مع دراسة خشاب (2011) التي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن، لدى المتزوجين تعزى لمتغيرات: السن، الجنس، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، على عينة عرضية قوامها (70) فردا متزوج من كلا الجنسين، باستخدام مقياس المعتقدات الصحية ومقياس السلوك الجنسي الآمن، وقد أسفرت النتائج على وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائيا بين المعتقدات الصحية والسلوك الجنسي الآمن لدى أفراد العينة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن، كما خلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية لدى أفراد العينة تعزى لمتغير المستوى التعليمي لصالح ذوي المستوى الجامعي (خشاب، 2011، 137).

أما نسبة العوامل الأخرى المساهمة في التنبؤ بظهور اضطراب الأعراض الجسدية والتي قدرت ب(66%) فقد تعود لكون الأعراض الجسدية في حد ذاتها معايير تشخيصية لاضطرابات أخرى أو تظهر هذه الأعراض نتيجة لاضطرابات نفسية أخرى لأنه وحسب (DSM-5) نجد عدة اضطرابات تكون مصاحبة لتغيرات فسيولوجية و أعراض جسدية، وهذا ما رأيناه في فصل اضطراب الأعراض الجسدية (الاضطرابات المصاحبة). وهو ما توصلت إليه الدراسة المسحية لجيرك وآخرون، (Gierk, and al, 2014) التي أجريت في ألمانيا على عينة حجمها (2510) شخص - عينة غير سريرية - والتي هدفت إلى التعرف على علاقة اضطراب الأعراض الجسدية بالاكتئاب ، القلق ، القلق الصحي ونوعية الحياة، فخلصوا إلى أن الاكتئاب والقلق هما المتغيرين الأكثر إسهما وارتباطا باضطراب الأعراض الجسدية (Gierk, and al, 2014).

ومن العوامل الأخرى أيضا المساهمة في ظهور اضطراب الأعراض الجسدية نجد الدراسة العراقية التي أجراها الخفاجي و آخرون (2010)، في مراكز الرعاية الصحية الأولية حول اضطراب الجسدنة ، حيث تم اختيار مجموعة عشوائية عددها (678) مريض بهدف دراسة مدى انتشار هذا الاضطراب وقد بينت الدراسة : أن نسبة انتشار اضطراب الجسدنة هو (14,6%) بين المرضى المترددين على مراكز الرعاية

الصحية الأولية ، وأنه أكثر انتشارا في الفئة العمرية ما بين (46-55) سنة بحوالي (19,1%)، وأن هذا الاضطراب أكثر حدوثا لدى النساء, المطلقين ,الأميين , ذوي الدخل المحدود وكذلك عند العاطلين عن العمل كما أظهرت الدراسة أن آلام المفاصل والأطراف هي أكثر الأعراض انتشارا لدى المرضى (الخفاجي واخرون،2010).

ومن العوامل المفسرة أيضا لظهور اضطراب الأعراض الجسدية نجد الدراسة الفرنسية الإسترجاعية (بالرجوع لتاريخ الحالة)، لماكيس وآخرون (Marquis & all,2012) والتي أجريت على عينة مكونة من (231) مراهق وبالغين من العمر (من 11 إلى 16 سنة) والمتواجدين في حالة استشفاء في مصلحة طب الأطفال خلال سنة (2012) والمتكفل بهم من طرف أطباء نفسانيين للأطفال حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الاعتداء (العنف) واضطراب الأعراض الجسدية من خلال المقارنة بين الذين تعرضوا للاعتداء والغير معتدى عليهم ، وأظهرت النتائج أن (33%) من المراهقين المتواجدين في المستشفى كان لديهم تاريخ من الاعتداء وكان الإيذاء الجسدي هو السائد بنسبة (54%) مقابل (24%) اعتداء جنسي و(22%) نفسي. كما أظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية في وتيرة الأعراض الجسدية بين المراهقين المعتدى عليهم والغير معتدى عليهم بنسبة (70% مقابل 40%) لصالح المعتدى عليهم. وتمثلت هذه الأعراض في شكاوي الجهاز الهضمي بنسبة (25% مقابل 4.2%) وآلام العضلات والمفاصل بنسبة (13.2% مقابل 4.5%) (Marquis & all,2012)

تطرقنا في هذا الفصل إلى تفسير و مناقشة نتائج الدراسة التي أسفرت على تحقق كل فرضياتها و تمت مناقشة النتائج المتوصل إليها من خلال ما جاء في الأدب النظري و ما توصلت إليه الدراسات السابقة في هذا الموضوع، و كذلك من خلال الواقع و طبيعة العينة.

خلاصة الدراسة:

إن الهدف من هذه الدراسة هو معرفة العلاقة بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة من طلبة جامعة قاصدي مرباح بورقلة، وإن كانت هذه المتغيرات (الفاعلية والمعتقدات) عوامل منبئة بظهور هذا الاضطراب لدى طلبة الجامعة كونها عينة غير إكلينيكية حيث أن هذا النوع من العينات حظي مؤخرًا باهتمام الباحثين لتحديد عوامل الخطورة والاستهداف بغية رسم خطط وبرامج وقائية من قبل المهتمين بالعلاج النفسي للتصدي للاضطرابات النفسية. وبعد اختبار فرضيات الدراسة تم التوصل إلى النتائج التالية:

- ❖ وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين فاعلية الذات والمعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية لدى أفراد عينة الدراسة عند مستوى الدلالة (0.01) .
- ❖ وأن عزل تأثير درجات فاعلية الذات عن العلاقة بين المعتقدات الصحية واضطراب الأعراض الجسدية من شأنه أن يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- ❖ وأن عزل تأثير درجات المعتقدات الصحية عن العلاقة بين فاعلية الذات واضطراب الأعراض الجسدية من شأنه أن يضعف من قوة هذه العلاقة لدى عينة الدراسة.
- ❖ وأنه توجد قدرة تنبؤية لكل من فاعلية الذات والمعتقدات الصحية على ظهور اضطراب الأعراض الجسدية لدى عينة الدراسة . ومنه تقترح الطالبة مواصلة الأبحاث والدراسات حول اضطراب العرض الجسدي الذي ندرت فيه الدراسات المحلية والعربية من جهة وكونه يرتبط بالجانب العضوي مما يجعل المريض لا يدرك أن علاجه نفسي وليس دوائي فتستمر معاناته بالانتقال من طبيب إلى طبيب، ومن دواء إلى دواء دون جدوى، ويرى محمد قاسم (2012) انه لسوء الحظ، فإن الكثير من العاملين في المجال الطبي والرعاية الصحية، مازالوا يعتقدون بأن كل أشكال الألم إنما ناتجة عن أسباب ومنشأ عضوي جسمي (محمد قاسم، 2012، 427)، وهذا ما يؤدي إلى تأخر إن لم نقل عدم تشخيص الاضطراب و بالتالي تأخر العلاج.

المقترحات:

يبقى هذا البحث دراسة أكاديمية لها حدود بشرية ومكانية وزمانية، لا يمكن تعميم نتائجها إلا في هذا الإطار، أو بالنسبة لعينات مماثلة تماما، وهو بذلك يمهد لسلسلة من الأبحاث يمكن القيام بها، والتشجيع عليها في علم النفس العيادي واستكمالاً لنتائج هذه الدراسة، وانطلاقاً من النتائج التي تم التوصل إليها تعرض الطالبة جملة من الاقتراحات والتوصيات نلخصها فيما يلي:

- ❖ توعية وحث الأطباء بإحالة المرضى للمعالجين النفسانيين عند التأكد من سلامة الجانب العضوي.
- ❖ دراسة العلاقة بين إدراك المرض واضطراب العرض الجسدي.
- ❖ دراسة العلاقة بين المعتقدات ما وراء المعرفية واضطراب العرض الجسدي.
- ❖ دراسة العلاقة بين الصلابة النفسية واضطراب العرض الجسدي.
- ❖ دراسة العلاقة بين الاكتئاب واضطراب العرض الجسدي.
- ❖ دراسة العلاقة بين القلق العام واضطراب العرض الجسدي.
- ❖ إعادة الدراسة على عينات قسدية أخرى وإدراج متغيرات وسيطية كالجنس، السن، الحالة الاجتماعية والاقتصادية والمستوى التعليمي.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. – القرآن الكريم.
2. أحمد إبراهيم خضر (2013): إهمال الباحثين إجراء دراسة استطلاعية لمشكلاتهم البحثية .
[/http://www.alukah.net/web/khedr/0/50220](http://www.alukah.net/web/khedr/0/50220)
3. أحمد أبو فايد ، (2016) : التحليل العاملي: مفهومه، أهدافه، شروطه، أنواعه،خطواته ،
جامعة الأزهر، غزة.
4. احمد إسماعيل الألوسي (2014): فاعلية الذات و علاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة،
ط1، مكتبة المجتمع العربي للنشر و التوزيع، عمان.
5. أحمد حسانين أحمد (2011): سيكولوجية الألم ، إيتراك للطباعة والنشر ،القاهرة، ط1.
6. احمد عكاشة،(2003)، الطب النفسي المعاصر، طبعة منقحة، مكتبة الانجلو المصرية،
القاهرة.
7. اسامة ربيع (2008): التحليل الإحصائي للمتغيرات المتعددة، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
8. آن كرينغ وآخرون (2016) : علم النفس المرضي استنادا على الدليل التشخيصي الخامس،
ترجمة أمثال هادي الحويله وآخرون، ط2 ، مكتبة الأنجلو المصرية،القاهرة.
9. أنور الحمادي (2015) : خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية
DSM-5 ط 1 ، الدار العربية للعلوم ناشرون، بيروت.
10. بشير معمريه (2009) : مدخل لدراسة القياس النفسي ،المكتبة العصرية ،المنصورة مصر .
11. بشير معمريه (2012): أساسيات القياس النفسي و تصميم أدواته، (د.ط)، دار الخلدونية
للنشر و التوزيع، الجزائر.
12. البلوي سامي (2007): التحليل الإحصائي، جامعة مؤتة، كلية العلوم التربوية، الاردن
13. بندر بن محمد ،حسن الزيادي العتيبي (2007) : اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات
و المساندة الإجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف ،رسالة ماجستير
غير منشورة ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة.

14. بيرند رولر و اخرون،(2016): التشخيص النفسي الاكلينيكي (2)، التشخيص النفسي للاضطرابات النفسية، الجزء الاول، ترجمة سامر جميل رضوان، ط 1، دار الكتاب الجامعي، لبنان - الامارات.
15. جابر عبد الحميد جابر(1990) : نظريات الشخصية البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث والتقويم ، دار النهضة العربية، القاهرة.
16. الجاسر البندري ،عبد الرحمان محمد (2007): الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول - الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى رسالة ماجستير غير منشورة ،جامعة أم القرى ،مكة المكرمة.
17. الجمعية الأمريكية للطب العقلي (APA) (2001): الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM IV)، ترجمة أمينة السماك، عادل مصطفى، مكتبة المزار الإسلامية، الكويت .
18. حامد عبد السلام زهران (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط 3، عالم الكتب، القاهرة.
19. حسين علي فايد، (2001): دراسات في الصحة النفسية، ط 1، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
20. رمضان زعطوط، (2003): الاكتئاب المقنع و علاقته بالتكتم و قلق الموت لدى المجسدين، قسم علم النفس، جامعة ورقلة .
21. رمضان زعطوط ، (2005): علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، لدى المرضى المزمنين، رسالة ماجستير غير منشورة، ورقلة.
22. رياض نايل العاسمي (2016): علم نفس الصحة الإكلينيكي، ط1، دار الاعصار العلمي، عمان.
23. سارة أشواق بهلول، (2009): سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة(التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات و قلة النشاط البدني) و علاقتها بكل من جودة الحياة و المعتقدات الصحية ، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة.

24. سارة الدوسري (2000): ادارك القبول والتحكيم الوالدي لدى طالبات الجامعة وعلاقتها بتقدير الذات والفعالية الذاتية، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الملك سعود قسم التربية وعلم النفس.
25. سامر جميل رضوان و ريشكة كونراد (ب.ت): "السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة" دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سورين وألمان ، جامعة دمشق ، كلية التربية.
26. <http://www.alba7es.com/Page1220.htm>.
27. سامر جميل رضوان (د.ت): الاضطرابات ذات الشكل الجسدي: اضطرابات جسدية أساسها نفسي، <http://kadayatarbawiya.akbarmontada.com/t211-topic>.
28. سعاد خشاب، (2011): علاقة المعتقدات الصحية بالسلوك الجنسي الآمن لدى المتزوجين، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة.
29. سمية عليوة ، نور الدين جبالي (2014): مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، مجلة الواحات للبحوث و الدراسات الجلد 7 العدد 2 ، جامعة باتنة
30. سناء عيسى الداغستاني ، المفتي ديار عوني (2010): المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد (26)، جامعة بغداد.
31. سهيلة عبد الرضا عسكر (2013): المعتقدات الصحية و علاقتها بفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة، مجلة البحوث التربوية و النفسية، العدد (39)، قسم العلوم التربوية والنفسية ، كلية التربية ، الجامعة المستنصرية، العراق.
32. سوسن مجيد (2010) : الإختبارات النفسية (نماذج) ، دار الصفاء ، عمان .
33. السيد أبو هاشم (1994): أثر التغذية الراجعة على فاعلية الذات ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
34. شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك و فوزي شاعر طعمية داوود، ط1 ، دار الحامد، عمان الأردن.
35. صابر عبد القادر (2003): فاعلية الذات وعلاقتها باتخاذ القرار لدى المراهقين من الجنسين، رسالة ماجستير غير منشورة . جامعة عين شمس

36. صفوت فرج (1997): القياس النفسي، الطبعة 03 ، الانجلو المصرية، القاهرة.
37. عادل العدل (2001): تحليل المسار للعلاقة بين مكونات القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وكل من فعالية الذات والاتجاه نحو المخاطرة ، مجلة كلية التربية جامعة عين شمس ، الجزء الأول ، العدد (25) ، 178-121
38. عبد الجواد ، إنصاف سعيد (2009): "نماذج ونظريات السلوك الصحي" جامعة الملك سعود، مقررات كلية العلوم الطبية التطبيقية.
39. عبد الرحمن محمد السيد (2000) ، علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج)، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
40. عبد الرحيم بخيت (1985) : دور الجنس في علاقته بتقدير الذات، المؤتمر الأول لعلم النفس، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ،أفريل، العدد(9).
41. عبد الزهرة الخفاجي ،محمد عبد الحسان فارس (2010): اضطراب الجسدية في مراكز الرعاية الصحية، مجلة القادسية ، المجلد 6، العدد9، ص.ص 109-98 ،جامعة القادسية بغداد.
42. عبد العزيز العنزي، (2015)، دور التفاؤل الغير واقعي في العلاقة بين المعتقدات الصحية و سلوك التدخين لدى الشباب الجامعي، قسم التربية وعلم النفس ، كلية التربية والآداب ، جامعة تبوك ، المجلة الدولية التربوية المتخصصة، المجلد (4) العدد (9)، سبتمبر .
43. عبد الكريم قريشي ، فاطمة مروك (2016) : "الاضطرابات السلوكية و علاقتها ببعض المتغيرات" ، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية لجامعة ورقلة العدد (24)، جوان 2016
44. عبد اللطيف محمد خليفة (1998): دراسات في علم النفس الاجتماعي، مجلد (1) ، (ب.ط)، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
45. عبد الله الزهراني ومحمد بني يونس، (2010)، سمات الشخصية المميزة للأفراد المصابين ببعض الاضطرابات النفسية بمنطقة الباحة في المملكة العربية السعودية، المجلة الاردنية للعلوم الاجتماعية، المجلد (3)، العدد (2).
46. عبد المنعم احمد الدريدي (2004) : دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، ط1 ،عالم الكتب، القاهرة.

47. عبدا لله السبيعي، (2016): اضطراب الأعراض الجسمية، المتاح على:
www.alnafsy.com/articles/9/1209
48. عبير مسعود الثويحي(2013) : المنهج الوصفي الارتباطي ، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، المملكة العربية السعودية
49. علاء محمود الشعراوي (2000): فاعلية الذات وعلاقتها ببعض متغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية ، جامعة المنصورة ، العدد (44)
50. فاطمة سالم سعيد العامري (1993): مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية تحقيق الذات لدى عينة من طلاب كلية التربية بجامعة الإمارات العربية المتحدة ، جامعة عين شمس، الامارات.
51. فتحي مصطفى الزيات (2001): البنية العاملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها، سلسلة علم النفس المعرفي ، ج² " مدخل ونماذج ونظريات"، دار النشر للجامعات القاهرة.
52. فؤاد أبو حطب ، أمال صادق (2010): مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي، المكتبة لأنجلو مصرية ، القاهرة
53. قاسم حسين صالح ، (2007): الاضطرابات النفسية الجسمية، المتاح على:
<http://www.ahewar.org/debat/show.art.asp?aid=101491>
54. محمد أحمد إبراهيم غنيم(2001): الذكاء الوجداني والمهارات الاجتماعية وتقدير الذات وتوقع الكفاءة الذاتية ، مجلة كلية التربية بجامعة بنها، المجلد (12)، العدد(47).
55. محمد القحطاني (2003): ضغوط العمل وعلاقتها فاعلية الذات لدى العاملين في المؤسسات الصناعية في القطاعين الحكومي والخاص، رسالة غير منشورة جامعة المهنية الملك سعود، قسم علم النفس.
56. محمد حسن غانم، (2006)، الاضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية، ط 1، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
57. محمد قاسم عبد الله (2012): علم النفس الصحة، ط1، دار الفكر، عمان.
58. محمود فتحي عكاشة (1990) : تقدير الذات وعلاقته بعش المتغيرات البيئية والشخصية لدى عينة من أطفال مدينة صنعاء، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية العدد (13).

59. محي الدين مختار(1988): محاضرات في علم النفس الإجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية،الجزائر .
60. معتز سيد عبد الله ، شعبان جاب الله رضوان (2009): أبعاد نسق المعتقدات حول الصحة العامة دراسة عاملية مقارنة بين الذكور و الإناث الجامعيين ، دراسات عربية في علم النفس، العدد (4)، أكتوبر .
61. منظمة الصحة العالمية، (1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية -الإكلينيكية- والدلائل الإرشادية التشخيصية (ICD/10)، ترجمة احمد عكاشة، المكتبة الطبية القومية ، القاهرة.
62. نفين عبد الرحمان المصري، (2011)، قلق المستقبل و علاقته بكل من فاعلية الذات و مستوى الطموح الأكاديمي، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة.
63. هويدة محمود حنفي (2013): مقياس فاعلية الذات ، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
64. وائل أبو هندي (2007): الاضطرابات النفسية جسدية الشكل،
<http://www.maganin.com/consultanciesview.asp?key=4530>

المراجع باللغة الأجنبية:

65. Anne Haase, Andrew Steptoe, James F. Sallis and Jane Wardle(july 2004) :**Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development** . Preventive Medicine, Volume 39, Issue 1, P. 182 -190. from: <http://www.sciencedirect.com>
66. APA (2013) : American Psychiatric Association. **The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5**. (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
67. Bandura A (1997) : **self- efficacy ; the exercise of control** ,W.H freeman new York .
68. Bandura A.(1991): **self-efficacy mechanisim in physiological activation and health promoting behavior**. In Madden J. ed. Neurobiology of learning emotion and affect. New York: Raven Press.
69. Bandura, A. (1986). **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
70. Bandura, A. (1993). **Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning**. Educational Psychologist. Stanford university, 28(2) 117-148

71. Bandura, A. , & wood. (1989): **Effect of Perceived Controllability and Performance Standards Self-Regulation of Complex Decision Making.** Journal of Personality and Social Psychology, 56(5), 805-814
72. Bandura,A (1998): **Self – efficacy in H. Fridman** (ed),Encyclopedia of mental Health,San Diago, Academic press,p50.
73. Bandura. A (1982): **self Efficacx mechanismin Human Agency**, American Psychologist, 37.2, 122-147.
74. Benjamin Gierk, Sebastian Kohlmann, Kurt Kroenke, Lena Spangenberg, Markus Zenger, Elmar Brähler, Bernd Löwe, (2014) **The Somatic Symptom Scale–8 (SSS8) A Brief Measure of Somatic Symptom Burden.** *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):399407. doi:10.1001/jamainternmed.2013.12179
75. C. Shanthi Johnson, William McLeod Laura Kennedy Katherine McLeod (29 jun 2007): **Osteoporosis Health Beliefs Among Younger and Older Men and Women** , from:
<http://www.cfah.org/hbns/archives>
76. Capucine Marquis , Nathalie Vabres , Emmanuelle Caldagues , Olivier Bonnot, 2012, **Clinique des troubles somatoformes chez les adolescents maltraités**, CHU de Nantes, France, www.em-consulte.
77. Carolina Werle et all (s.d) : **les déterminants des comportements de santé préventive** : revue de la littérature, perspective de recherche et étude exploratoire.
78. Cohen.J. (1997) : **Statistical power analysis for the behavioral sciences** hillsd NJ erlbaum
79. Cynthial, bobko P(1994) : **self. Efficacy beliefs- comparison of five , measures journalaf** applied psychology, vol.69 (3)pp342-365.
80. Ellis, A (1975): **Rational-Emotive Psychotherapy** in D. Bannister (ED) issues and approaches in the psychological therapies.
81. Lorraine M. Reiser (2007): **health beliefs and Behaviors of collegewomen, submitted** to the graduate faculty of Nursing in partial fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy. University of Pitts burgh,p.16-17. from: <http://books.google.com/books?isbn=0549452249> .
82. Maddux (1998). **Personal efficacy.** chapter (8) in derelga. a,B. Winstreat & Jones (eds) (1998) (personality). Con temporary theory and research. Chicago.
83. Maddux, J. (1995): **Self-Efficacy Theory: An Introduction** in J. Madduxied, Self-Efficacy. Adaptation and Adjustment, Plenum Press.
84. Marilou .Bruchon-Schweitzer(2002) :**psychologie de la santé** , Université Victor Segalen Bordeaux 2 Dunod Paris. From : **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.**

85. Rabiau M, & Knäuper B, Miquelon P. (2006) **The Eternal Quest For Optimal Balance Between Maximizing Pleasure And Minimizing Harm: The Compensatory Healthy Belief Model** , *British Journal Of Health. Br J Health Psychol*;11:53-139. From : **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.**
86. Viktor Gecas (1989) : **The Social Psychology of Self-Efficacy.** Source: *Annual Review of Sociology*, Vol., pp. 291-316.

الملاحق

الملحق رقم (04)

سلم اضطراب العرض الجسدي (SSS-8) في صورته النهائية

The Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8)

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

بيانات عامة :

النوع : ذكر () أنثى ()

الاختصاص : المستوى:.....

السن : تاريخ إجراء المقياس :.....

تحية طبية وبعد...

في إطار إعداد مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي ، نضع بين يديك هذه المقاييس بغرض بحث علمي، لذا نرجو أن تكون صريحا في استجاباتك . و شكرا .

التعليمية :

فيما يلي عدد من العبارات التي يمكن لأي شخص أن يستخدمها لوصف نفسه . من فضلك أقرأ كل عبارة على حدة ثم قرر لأي درجة تصفك هذه العبارة ، عندما تكون غير متأكد حدد إجابتك وفقا لما تشعر به وليس وفقا لما تعتقد أنه صحيح ، لأنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، نرجو منك الإجابة على جميع العبارات و عدم ترك عبارة بدون إجابة، كما أن المعلومات التي تدلي بها تكون في سرية تامة، فهي من اجل البحث العلمي فقط.

- بين يديك قائمة تحتوي على مجموعة من العبارات من فضلك اقرأها جيدا و تفهم معناها، ثم قم بوضع علامة (X) في الخانة التي تعبر عنك بصدق.

خلال (07) أيام الماضية إلى أي مدى شعرت بانزعاج من إحدى المشاكل التالية :

الرقم	العبـارات	ابدا	نادرا	احيانا	غالبا	دائما
01	مشاكل في المعدة أو الأمعاء					
02	الم الظهر					
03	الم في ذراعيك، ساقيك أو المفاصل					
04	الصداع					
05	الم في الصدر أو ضيق في التنفس					
06	الدوخة					
07	الشعور بالتعب أو وجود انخفاض في الطاقة					
08	اضطراب النوم					

الملحق رقم (05)

استمارة تحكيم مقياس المعتقدات الصحية Health beliefs Scale

جامعة قاصدي مرياح - ورقلة-

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

السنة الجامعية: 2017/2016

الطالبة : فتيحة محمدي

إستمارة التحكيم

إسم ولقب المحكم : الدرجة العلمية :

التخصص :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

في إطار التحضير لإنجاز مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت عنوان : " فاعلية الذات و المعتقدات الصحية كمنبئات بظهور اضطراب العرض الجسدي لدى

عينة من الطلبة " (دراسة ميدانية بجامعة ورقلة)

نضع بين أيديكم هذا المقياس والذي يهدف إلى قياس المعتقدات الصحية لدى عينة من الطلبة فنرجوا

منكم أن تقوموا هذه الأداة وتعديلوها والمطلوب يتمثل في تحديد :

- مدى قياس البنود لما وضعت لقياسه .

- مدى ملائمة البدائل للبنود .

• صمم هذا المقياس الذي تم تبنيه في هذه الدراسة من طرف الباحثة سهيلة عسكر، 2013 وفق

نظرية المعتقدات الصحية التي وضعها (روزينستوك و بيكر، 1974) و يهدف الى تقدير درجة

المعتقدات الصحية لدى طلبة الجامعة .

- التعريف الإجرائي:

عرف روزينستوك و بيكر (Becker et Rosenstock,1974) المعتقدات الصحية بأنها عزو الفرد لمعتقداته و توقعاته ، و اندفاعاته و ادراكاته ، و عناصر معرفية و شخصية اخرى ،التي من شأنها ان تساعد في الحفاظ على الصحة ، و تجديد الصحة و تحسينها.

اجرائيا

تعرف المعتقدات الصحية إجرائيا في الدراسة الحالية بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الطالب على بنود مقياس المعتقدات الصحية المستخدم في هذا البحث .

مدي ملائمة البنود لما تقيسه

الرقم	البند	مدى ملائمة البند لما يقيس		تعديل
		لا يقيس	يقيس	
1	اعتقد ان التدخين من وقت لآخر ليس خطرا اذا كان الشخص يتناول غذاءا صحيا.			
2	لا بأس ان لا اتناول وجبة الافطار ان كنت ساكل اكثر خلال الغداء و العشاء			
3	ابتعد عن دواء لم يصفه لي طبيب			
4	اعتقد ان النوم في عطلة نهاية الاسبوع يعوضني عن قلة النوم خلال الاسبوع			
5	عدم الالتزام بغسل اسناني بعد كل وجبة يعرضها للتسوس			
6	احافظ على صحتي بتناول الاغذية المفيدة للجسم			
7	الجأ الى الحمية الغذائية للوقاية من السمنة			
8	امارس الرياضة بانتظام لاحافظ على صحتي			
9	الجأ الى طب الاعشاب لاحافظ على صحتي			
10	اقوم بمراجعة الطبيب بصورة دورية لتأكد ان صحتي على ما يرام			

			اشاهد جميع البرامج التي تعطي نصائح طبية	11
			ينتابني القلق احيانا بشأن صحتي	12
			تراودني افكار بأني مصاب بمرض خطير	13
			بمجرد احساسني بألم في جسمي اراجع الطبيب	14
			اعتقد ان شرب القهوة ليس به اضرار اذا ما اوازنه بكميات متساوية من المياه	15
			اعمل على غسل يدي قبل كل وجبة غذائية و بعدها لقتل الجراثيم	16
			ابتعد عن تناول المأكولات خارج المنزل لاني اشك بنظافتها	17
			اقوم بتعقيم الماء قبل شربه	18
			اعتقد ان الاجراءات الوقائية تضمن للناس سلامة صحتهم	19
			انشغل بقراءة النشرة الداخلية للدواء قبل تناولي له	20
			ابتعد عن الناس المرضى خوفا من العدوى	21

جدول خاص بمدى ملائمة بدائل الأجوبة

البديل	غير ملائمة	ملائمة	البدائل
			دائما
			غالبا
			أحيانا
			نادرا
			ابدا

الملحق رقم (06)
مقياس المعتقدات الصحية في صورته النهائية

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

بيانات عامة :

النوع : ذكر () أنثى ()

الاختصاص : المستوى:.....

السن :..... تاريخ إجراء المقياس

.....:

تحية طيبة وبعد....

في إطار إعداد مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي ، نضع بين يديك هذه المقاييس بغرض بحث علمي، لذا نرجو أن تكون صريحا في استجاباتك . و شكرا .

التعليمة :

فيما يلي عدد من العبارات التي يمكن لأي شخص أن يستخدمها لوصف نفسه . من فضلك أقرأ كل عبارة على حدة ثم قرر لأي درجة تصفك هذه العبارة ، عندما تكون غير متأكد حدد إجابتك وفقا لما تشعر به وليس وفقا لما تعتقد أنه صحيح ، لأنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة ، نرجو منك الإجابة على جميع العبارات و عدم ترك عبارة بدون إجابة، كما أن المعلومات التي تدلي بها في سرية تامة فهي من اجل البحث العلمي فقط .

بين يديك مجموعة من المواقف التي تمر بها في حياتك اليومية تمثل سلوكك اليومي، لذا نرجو منك قراءتها و التفضل بالإجابة عن جميع الفقرات من خلال وضع علامة (x) أمام البديل المناسب بالنسبة لك.

الرقم	الفقرات	موافق تماما	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق تماما
1	اعتقد أن التدخين من وقت لآخر ليس خطرا إذا كان الشخص يتناول غذاء صحيا.					
2	يمكن تجاوز وجبة الإفطار إن كنت سأكل أكثر خلال الغداء و العشاء					
3	اعتقد أن النوم في عطلة نهاية الأسبوع يعوضني عن قلة النوم خلال أيام الأسبوع					
4	ابتعد عن الدواء الذي لم يصفه لي طبيب					
5	عدم الالتزام بغسل أسناني بعد كل وجبة يعرضها للتسوس					
6	أحافظ على صحتي بتناول الأغذية المفيدة للجسم					
7	الجا إلى الحماية الغذائية للوقاية من السمنة					
8	أمارس الرياضة بانتظام لأحافظ على صحتي					
9	اعتقد أن طب الأعشاب ليس بديلا للعلاج الدوائي					
10	أقوم بمراجعة الطبيب بصورة دورية لتأكد من أن صحتي على ما يرام					
11	أشاهد البرامج التي تقدم نصائح طبية					
12	أراجع الطبيب إذا شعرت بألم غير معتاد في جسمي					
13	لا أفرط في شرب القهوة حفاظا على صحتي					
14	اعمل على غسل يدي قبل و بعد كل وجبة غذائية لتجنب الميكروبات					
15	أتجنب الأكل خارج المنزل حين اشك في نظافته					
16	اشرب كميات كافية من الماء يوميا لأن ذلك ضروري لجسمي					
17	اعتقد أن الإجراءات الوقائية تضمن للفرد سلامة صحته					
18	احرص على قراءة النشرة الداخلية للدواء قبل تناوله					

الملحق (07)

مقياس فاعلية الذات Self-Efficacy-scale

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس وعلوم التربية

بيانات عامة :

النوع : ذكر () أنثى ()

الاختصاص : المستوى:.....

السن : تاريخ إجراء المقياس :.....

تحية طيبة وبعد...

في إطار إعداد مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي ، نضع بين يديك هذه المقاييس بغرض بحث علمي، لذا نرجو أن تكون صريحا في استجاباتك . و شكرا .

التعليمية :

امامك مجموعة من العبارات امام كل منها خمسة اختيارات و المطلوب منك وضع علامة (X) في الخانة التي تتفق و رأك.

- لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و المطلوب منك اختيار الإجابة التي تعبر عن رأيك.
- نرجو منك الإجابة على جميع العبارات و عدم ترك عبارة بدون إجابة.
- المعلومات التي تدلي بها في سرية تامة، فهي من اجل البحث العلمي فقط

نموذج من بنود المقياس

نادر	أحيانا	غير متأكد	كثيرا	كثيرا جدا	العبارات	الرقم
					- أوصل العمل على انجاز ما أفكر فيه	1
					- احترم آراء كل من يسدي لي النصيحة	3
					- أكمل الأعمال التي أقوم بأدائها	5

الملحق رقم (08)

قائمة أسماء المحكمين

لسلم اضطراب الأعراض الجسدية

الرقم	اللقب والإسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
01	بلحسيني وردة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
02	نوبيات قدور	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
03	نوار شهرزاد	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
04	طالب حنان	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
05	آيت ميلود يسمينة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
06	باعلي زهية	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
07	بن مجاهد فاطمة.ز	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
08	أوالي سالم	أستاذ متوسط	اللغة الانجليزية	متوسطة ابن رشيق القيرواني
09	بن براهيم عائشة	أستاذة متوسط	اللغة الانجليزية	متوسطة ابن رشيق القيرواني
10	سماحي عائشة	أستاذة متوسط	اللغة الانجليزية	متوسطة ابن رشيق القيرواني
11	بالعربي احمد نور الدين	أستاذ مساعد	لغة و أدب انجليزي	جامعة ورقلة
12	كوداد مراد	أستاذ محاضر	الترجمة	جامعة ورقلة
13	السايج لمبارك سميرة	أستاذ مساعد	اللغة الانجليزية	جامعة ورقلة

الملحق رقم (09)

قائمة أسماء المحكمين
لمقياس المعتقدات الصحية

الرقم	اللقب والإسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
01	بلحسيني وردة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
02	نوبيات قدور	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
03	حمودة سليمة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
04	وازي طاوس	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
05	رفاقدة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
06	بوعافية خالد	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
07	خلادي يمينة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة