



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

الموضوع:

فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن
دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

إشراف :

أ.د / عبد الكريم قريشي

إعداد :

حدان إبتسام

أعضاء لجنة المناقشة :

جامعة ورقلة	رئيسا	د. عبد الفتاح أبي ميلود
جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا	أ.د. عبد الكريم قريشي
جامعة ورقلة	مناقشا	د. محمد سليم خميس
جامعة ورقلة	مناقشا	د. وردة بلحسيني

السنة الجامعية : 2015/ 2014

شكر وعرهان

قال تعالى في كتابه العزيز: " رب أوزعني أن اشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والدي وأن أعمل عمل صالحا ترضاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين " سورة النمل الآية "19" أحمد الله أولا و أخير و أشكره شكرا يليق بعظمته و جلاله، أن يسر لي إتمام هذه الدراسة فله الحمد و الثناء و المنة.

كما لا يسعني إلا أن أتوجه بكلمة شكر وتقدير واحترام الى كل من أضاء بعلمه عقل غيره وهدى بالجواب الصحيح حيرة سائليه فأظهر بسماحته تواضع العلماء وبرحابته سماحة العارفين الأستاذ الدكتور المشرف " عبد الكريم قريشي " جعله الله دائما منبع عطاء أين ما حل.

كما أتوجه بأسمى معاني الشكر لأساتذتي الكرام أعضاء لجنة المناقشة الذين قبلوا مناقشة وإثراء هذا العمل.

وأقدم أيضا شكري الخاص إلى الدكتور عبد الفتاح أبي ميلود، والدكتور أحمد حسانين أحمد من جامعة المنيا بمصر، وكل من الدكتورورة وردة بلحسيني، والدكتور محمد سليم خميس على كل ما قدموه لي من توجيهات وإرشادات . وفي الأخير لا أنسى من كان لهم الفضل في إجراء هذه الدراسة على مستوى عياداتهم وما قدموه لي من مساعدات جميعهم من أطباء ومرضى .

والى كل من قدم لي يد العون من قريب أو بعيد فشكرا لهم جميعا.

الطالبة

إبتسام حدان

ملخص الدراسة باللغة العربية :

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن الذي إقتصرت في هذه الدراسة على (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر) لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة، ومنه تم طرح التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة ؟

2- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة ؟

3- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى من عينة الدراسة ؟

4- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة ؟

5- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة ؟

6- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة ؟

7- هل توجد فروق بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن باختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر) ؟

8- هل توجد فروق بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر)؟

وللتأكد من صحة فرضيات الدراسة تم استخدام مقياسين ،مقياس فاعلية الذات المدركة ومقياس الألم المزمن (من إعداد الطالبة).

وبعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأداتي القياس طبقت على عينة الدراسة التي تكونت من (284) فرد من المرضى وغير المرضى.

وبعد جمع البيانات وتفريغها، تمت المعالجة الإحصائية باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS.20).

وقد أسفرت نتائج الدراسة على ما يلي :

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .
 - 2- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .
 - 3- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى من عينة الدراسة .
 - 4- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة .
 - 5- توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة لصالح المستوى الجامعي .
 - 6- توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة لصالح الإناث .
 - 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن باختلاف نوع الألم (ألم الرأس، ألم المفاصل ألم أسفل الظهر) .
 - 8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (ألم الرأس، ألم المفاصل ،ألم أسفل الظهر) .
- وفي الأخير تمت مناقشة النتائج وفق التراث النظري في الموضوع، والدراسات السابقة وتبقى نتائج هذه الدراسة محدودة بعينتها ومنهجها وأدواتها .

Résumé :

L'objectif de la présente étude est la mise en évidence de l'efficacité du soi perçue est sa relation avec la douleur chronique qui s'est limitée à (la douleur de la tête ; la douleur des articulations ; la douleur du bas du dos) chez un échantillon de malades et non malades de la région de Ouargla .

De ce fait les interrogations de cette étude sont les suivantes :

- Est-ce qu'il existe des différences statistiquement significatives dans l'efficacité du soi perçue entre les malades et les non malades dans l'échantillon de l'étude ?
- Est-ce qu'il existe des différences dans l'efficacité du soi perçue chez les individus de l'échantillon, dues à l'effet des variables: sexe ; âge et niveau scolaire ?
- Est-ce qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes de grades des malades sur le test de l'efficacité du soi perçue selon le type de la douleur (maux de tête ; articulations bas du dos) ?
- Est-ce qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les moyennes de grades des malades sur le test de la douleur chronique selon le type de la douleur (maux de tête ; articulations bas du dos) ?

Afin de vérifier l'authenticité des hypothèses de cette étude, on a utilisé les outils suivants: test de la douleur chronique et test de l'efficacité du soi perçue . (la préparation de l'étudiant)

Après la vérification de la validité de ces outils, on a appliqué les tests sur l'échantillon de l'étude qui se compose de (284) d'individus malades et non malades.

Après la collecte des données On a utilisé le programme (SPSS. 20) pour le traitement statistique des données de l'étude.

Notre étude a abouti aux résultats suivants :

- 1- Il n'existe pas des différences statistiquement significatives de l'efficacité du soi perçue entre les malades et les non malades dans l'échantillon de l'étude.
- 2- Il n'existe pas des différences dans l'efficacité du soi perçue entre les malades de sexe masculin et féminin de l'échantillon de l'étude.
- 3- Il n'existe pas des différences dans l'efficacité du soi perçue dues au variable âge chez les malades de l'échantillon de l'étude.
- 4- Il n'existe pas des différences dans l'efficacité du soi perçue dues au variable âge chez les non malades de l'échantillon de l'étude.
- 5- Il existe des différences dans l'efficacité du soi perçue dues au variable niveau scolaire chez les malades de l'échantillon de l'étude en faveur du niveau universitaire.

- 6- Il existe des différences dans l'efficacité du soi perçu entre les non malades de sexe masculin et féminin de l'échantillon de l'étude en faveur des filles.
- 7- Il n'existe pas des différences statistiquement significatives entre les moyennes de grades des malades sur le test de la douleur chronique selon le type de la douleur (maux de tête ; articulations bas du dos).
- 8- Il n'existe pas des différences statistiquement significatives entre les moyennes de grades des malades sur le test de l'efficacité du soi perçue selon le type de la douleur (maux de tête ; articulations bas du dos).

La discussion des résultats fut à partir des études précédentes et les écrits théoriques sur le thème (le patrimoine conceptuel) et de ce fait les résultats de cette étude restent limités à son échantillon ; sa méthodologie et ses outils.

فهرست الموضوعات

الموضوع	الصفحة
شكر و عرفان.....	أ.....
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ب.....
ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....	د.....
فهرست الموضوعات.....	و.....
فهرست الجداول.....	ي.....
فهرست الأشكال.....	ل.....
مقدمة الدراسة.....	01.....

الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

تقديم الدراسة

- 1- عرض مشكلة الدراسة.....05
- 2- تساؤلات الدراسة.....08
- 3- فرضيات الدراسة.....09
- 4- أهمية الدراسة.....10
- 5- أهداف الدراسة.....10
- 6- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.....11
- 7- حدود الدراسة.....12

الفصل الثاني

فاعلية الذات المدركة

تمهيد

- 1- تعاريف فاعلية الذات المدركة14
- 2- الفرق بين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية16
- 3- نظرية فاعلية الذات لباندورا.....16

- 4- توقعات فاعلية الذات 18
- 5- أبعاد فاعلية الذات 19
- 6- مصادر فاعلية الذات 20
- 7- آثار فاعلية الذات 22
- 8- التحليل التطوري لفاعلية الذات 25
- 9- خصائص فاعلية الذات 29
- 10- الدراسات السابقة..... 30
- خلاصة الفصل

الفصل الثالث

الألم المزمن

تمهيد

- 1- تعاريف الألم 35
- 2- الأسباب الفيزيولوجية للألم المزمن 38
- 3- العوامل النفسية والإجتماعية المرتبطة بالألم المزمن 39
- 4- بعض النظريات والنماذج النفسية المفسرة للألم المزمن..... 44
- 5- معايير تشخيص إضطراب الألم المزمن حسب (DSM4)..... 49
- 6- بعض أنواع الألم المزمن..... 49
- 1-6 ألم الرأس..... 49
- 2-6 ألم المفاصل 50
- 3-6 ألم أسفل الظهر 50
- 7- قياس الألم 51
- 8- الدراسات السابقة..... 53
- خلاصة الفصل

الباب الثاني

الدراسة الميدانية

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

- 1- المنهج المستخدم في الدراسة.....56
- 2- الدراسة الإستطلاعية56
- 3- وصف أدوات القياس المستعملة في الدراسة وخصائصها السيكمترية.....57
- 4- الدراسة الأساسية67
- 4-1- عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها67
- 4-2- إجراءات الدراسة الأساسية.....73
- 5- الأساليب الإحصائية المستخدمة.....73

الفصل الخامس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

- 1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.....76
- 2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.....77
- 3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.....77
- 4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.....78
- 5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.....79
- 6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.....81
- 7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.....82
- 8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة83

خلاصة الفصل

الفصل السادس

مناقشة وتفسير نتائج الدراسة

- 1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى.....86
- 2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.....87
- 3- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.....88
- 4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.....89
- 5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.....89
- 6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة.....90
- 7- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة.....91
- 8- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة.....92
- 9- خلاصة الدراسة والمقترحات.....92
- المراجع.....96
- الملاحق.....102

فهرست الجداول

ص	عنوان الجدول	الرقم
59	- يوضح الفقرات المعدلة من إستبيان فاعلية الذات المدركة في ضوء آراء المحكمين.	01
60	- يوضح صدق المقارنة الطرفية لإستبيان فاعلية الذات المدركة.	02
62	- يوضح نتائج معامل ثبات إستبيان فاعلية الذات المدركة بطريقة ألفا كرونباخ.	03
65	- يوضح الفقرات المعدلة والمحدوفة من إستبيان الألم المزمن في ضوء آراء المحكمين.	04
66	- يوضح صدق المقارنة الطرفية لإستبيان الألم المزمن.	05
67	- يوضح نتائج معامل ثبات إستبيان الألم المزمن بطريقة ألفا كرونباخ.	06
67	- يوضح أبعاد إستبيان الألم المزمن في صورته النهائية وأرقام فقرات كل بعد.	07
69	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب المرض ن=284.	08
70	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس ن=284.	09
71	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن ن=284.	10
72	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي ن=284.	11
73	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم ن=131.	12
76	- يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المرضى وغير المرضى في فاعلية الذات المدركة .	13
77	- يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الجنسين من المرضى في فاعلية الذات المدركة .	14

ص	عنوان الجدول	الرقم
78	-يوضح نتائج إختبار تحليل التباين (ف) لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى.	15
79	-يوضح نتائج إختبار (ت) لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى .	16
80	- يوضح نتائج إختبار تحليل التباين (ف) لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة .	17
81	- إختبار (LSD) للمقارنات البعدية للدرجة الكلية لفاعلية الذات المدركة حسب متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة .	18
82	- يوضح نتائج إختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الجنسين في فاعلية الذات المدركة لدى غير المرضى في عينة الدراسة.	19
83	- يوضح نتائج إختبار تحليل التباين (ف) لدلالة الفروق في درجة الألم المزمن بإختلاف نوعية الألم لدى المرضى .	20
84	- يوضح نتائج إختبار تحليل التباين (ف) لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة بإختلاف نوع الألم لدى المرضى .	21

فهرست الأشكال

ص	عنوان الشكل	الرقم
18	- يوضح مبدأ الحتمية المتبادلة.	01
19	- يبين العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج.	02
47	- يوضح النموذج المعرفي السلوكي المعدل للألم المزمن.	03
52	- يوضح مقياس درجة الألم والنشاط.	04
52	- يعبر عن المقياس الوجهي لتحديد شدة الألم .	05
69	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب المرض.	06
70	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	07
71	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن.	08
72	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي.	09
73	- يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم .	10

مقدمة الدراسة

مقدمة الدراسة :

إن الإهتمام بفاعلية الذات أصبح من المواضيع ذات الأولوية للدراسة والبحث في مجال علم النفس بشتى ميادينه وتخصصاته وفي تخصص علم النفس العيادي بشكل خاص .

وتُعد فاعلية الذات من المتغيرات النفسية الهامة التي تُوجه سلوك الفرد وتُساهم 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.

حيث تعتبر فاعلية الذات Self – efficacy من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي لبندورا، وبالأخص في مجال تعديل السلوك، ويعتبر **باندورا (Bandura)** أن للفعالية الذاتية أهمية مركزية ويقصد بها المعرفة القائمة حول الذات التي تحتوي على توقعات ذاتية فيما يتعلق بقدرة الفرد على التغلب على مواقف ومهمات بصورة ناجحة (أصلان المساعيد، 2011، 681) .

ويرى **كرامبن (Krampen)** أن توقعات كفاءة الذات تقوم على "فرضيات الفرد حول إمكانات تحقيق خيارات سلوكية معينة (سامر جميل، 1997، 25) .

كما يرى (عبد الحميد جابر) أن الكفاءة الذاتية أو توقعات الكفاءة الذاتية يقصد بها: "توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوباً فيها في أي موقف معين" وبالتالي فإنه عندما تواجه الفرد مشكلة أو موقفاً معيناً يتطلب حلاً فإن الفرد يحاول أن يعزو لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك أو الحل للمشكلة قبل أن يبدأ بالسلوك، أي يتوقع أن بإستطاعته مواجهة هذا الموقف، وهذه الاستطاعة أو القدرة يجب أن تكون موجودة عند الفرد على أساس من المعرفة الحقيقية وليس بشكل خيالي أو دون قناعة واقعية (عبد الحميد جابر، 1986، 442).

ويعتقد **باندورا (Bandura)** أن إدراك الذات وضبط الذات عبارة عن متغيرين يتحولان ويتغيران مع الزمن والمواقف، فإدراك الذات يتغير مع الزمن والتجارب التي يمر بها الإنسان أو المعرفة التي يكتسبها بأي طريقة كانت، وبالتالي فإن فاعلية الذات المدركة تتغير مع الزمن ومع الخبرات (Bandura, 1999, 71) .

حيث أن مفهوم فاعلية الذات أو الكفاءة الذاتية يتطور من خلال الخبرات النشطة السائدة ذات الدلالة في حياة الفرد، وأنها عبارة عن اعتقاد الفرد لمستوى فاعلية قدراته الذاتية وما تشمله من مقومات عقلية معرفية وانفعالية واقعية لمعالجة المواقف أو المشكلات (الزيات فتحي ، 2001،112).

فحسب نظرية الفعالية الذاتية لباندورا (bandura) فإن 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) ، ويكاد أن يكون الألم مؤشر الإنذار الوحيد على إعتلال صحتنا وبالتالي يعيق بشكل مباشر نشاطنا الفيزيولوجي ويؤثر على أداءنا في مختلف مجالات الحياة، غير أنه لم يبق مجرد عرض على وجود إعتلالات أخرى بل صنف في العشرينية الأخيرة من هذا القرن كمرض قائم بذاته ولقد عولج الألم لفترة طويلة من وجهات النظر الطبية فقط، حيث ساد الاهتمام بتحليل تضررات النسيج الحية ومعالجتها.

غير أن هذا العلاج السببي غير فعال إلا بالنسبة للألام الحادة والمرتبطة بالإصابات فقط، أما بالنسبة للألام المزمنة والتي لا يمكن إثبات وجود تضررات عضوية مسببة لها إلى حد ما فإن المعالجات الطبية الخالصة لا تلقى إلا القليل من النجاح، ويطلق لفظ حاد على الألم الذي يستغرق أقل من (30) يوماً، ومزمن على الألم الذي يدوم أكثر من (6) أشهر، وتحت الحاد (أي ما بين حاد ومزمن) على الألم الذي يستمر ما بين شهر إلى (6) أشهر (Cole B.E. 2002,63).

إلا أن بعض واضعوا النظريات والباحثون قد حددوا الانتقال من الألم الحاد إلى الألم المزمن خلال (12) شهر (Spanswick .C.C 2001).

وقد لا يشترط الألم المزمن فترة اعتباطية محددة بل هو "الألم الذي يستغرق أكثر من المدة المتوقعة للشفاء" ..

فمعالجات الألم الدوائية غالباً ما تكون ذات فائدة محدودة لأنها لا تزيل الإحساس بالألم بصورة كافية ولا تؤثر على مركبات الإرهاق والقلق وعلى عوامل التأثير الاجتماعية النفسية. ومن هنا طورت في السنوات الأخيرة في المحيط

الأنجلو أمريكي بدائل نفسية متعددة في تخفيض الألم والقلق لدى مرضى الألام المزمنة . (Lippincott ;2001).

وعليه جاءت هذه الدراسة التي بحثت في العلاقة بين فاعلية الذات المدركة والألم المزمن لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة، وفقا لخطة شملت ما يلي :الباب الأول الدراسة النظرية التي تضمنت ثلاثة 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 المدركة، وقد ركزنا في هذا الفصل على تعريف فاعلية الذات المدركة والفرق بين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية ،ثم نظرية فاعلية الذات لبندورا وتوقعات فاعلية الذات، كما تناولنا أبعاد فاعلية الذات ثم تم التطرق إلى مصادر فاعلية الذات، وآثار فاعلية الذات ثم التحليل التطوري للفاعلية الذاتية وأخيرا ملخص لأهم خصائص فاعلية الذات وبعض الدراسات السابقة التي تناولت متغير فاعلية الذات مع متغير الألم المزمن أو أحد المتغيرات ذات الجانب السيكوفيزيولوجي، ثم خلاصة الفصل.

في حين ركز الفصل الثالث على مفهوم الألم و الأسباب الفيزيولوجية للألم المزمن ثم العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم المزمن ،وبعض النظريات والنماذج النفسية المفسرة للألم المزمن كما تعرضنا إلى معايير تشخيص اضطراب الألم المزمن حسب (DSM4) ،ثم تعرفنا على بعض أنواع الآلام المزمنة، كما تطرقنا إلى قياس الألم وفي الأخير الدراسات السابقة وخلاصة الفصل .

أما الباب الثاني خصص للدراسة الميدانية حيث عرض في الفصل الرابع الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، وفيه تم توضيح المنهج المستخدم في الدراسة ،حيث تطرقنا للدراسة الإستطلاعية ،ووصف أدوات القياس المستعملة في الدراسة، والمتمثلة في إستبيان فاعلية الذات المدركة ،وإستبيان الألم المزمن ،وبعدها تم التطرق إلى إجراءات الدراسة الأساسية والعينة ومواصفاتها والأساليب الإحصائية المستخدمة، أما في الفصل الخامس فقد تناولنا عرض وتحليل نتائج الدراسة، وفي الفصل السادس تم تفسير ومناقشة النتائج وفقا لفرضيات الدراسة، وبعدها تم تقديم خلاصة الدراسة والمقترحات، وأخيرا قائمة المراجع والملاحق.

الباب الأول

الدراسة النظرية

الفصل الأول

تقديم الدراسة

1- عرض مشكلة الدراسة.

2- تساؤلات الدراسة.

3- فرضيات الدراسة.

4- أهمية الدراسة.

5- أهداف الدراسة.

6- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.

7- حدود الدراسة.

1- عرض مشكلة الدراسة :

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 والإضطراب، وفي تحديد مدى نجاح أي علاج للمشكلات الإنفعالية والسلوكية والصحية (Maddux, 1995,56) .

حيث يعتبر إنخفاض الفاعلية الذاتية مظهرا هاما للمشكلات الصحية بما فيها الجانب النفسي والجانب الجسدي، ويشير مصطلح الفاعلية الذاتية المدركة إلى 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 الإعتقادات الإفتراضية 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 والتفكير 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 الإستخدام الفعال للقدرات المعرفية من خلال تحويل الإنتباه عن كيفية تلبية المتطلبات بأفضل شكل ممكن إلى إثارة القلق حول العجز الشخصي، وإحتمالية الوقوع بالفشل (Bandura & Wood ; 1989) .

وقد وجدت الدراسات أن هناك ارتباطات إيجابية وسلبية لتوقعات فاعلية الذات مع عدد من المتغيرات، فمثلاً ارتباط فاعلية الذات مع الانبساط (0,49) والانطواء (-0.64) والعصابية (-0.42) والأمل بالنجاح (0.46) ، والخوف من الفشل (-0.54) ، والقلق العام (-0.54) وقلق الإنجاز (-0.42) ، والخجل (-0.58) والفضول (0.44) وقناعات الضبط الداخلية (0.40).

أما بالنسبة للجنس فقد بلغ معامل الارتباط للرجال (0.47) وللنساء (0.63) (سامر جميل 1997، 25-50).

فاعتقادات الفرد بفاعلية الذات لديه تتشكل بالاعتماد على مجموعة من العوامل والمصادر أبرزها، الطريقة التي يفسر بها الفرد نتائج سلوكه وخبراته السابقة (Bandura , 1998 ,50).

ولقد لاقى مفهوم فاعلية الذات إهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن وبالرغم من التقدم الهائل في علم الباثولوجي، وعلم وظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية والعقاقير الطبية وكذلك التدخلات الجراحية يظل الألم المزمن مشكلة من المشكلات الهامة للعديد من الأفراد بل والحكومات، فالألم يمثل مشكلة عامة حيث تشير الدراسات الوبائية إلى أن نسبة إنتشار الألم المزمن تتراوح ما بين 15% إلى 20% بين مجتمع الراشدين وفي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها يقدر أن ما بين 30/50 مليون أمريكي يعانون من أحد أشكال الألم منهم 28% يعانون من ألم أسفل الظهر، و16% يعانون من الصداع أو الشقيقة و15% منهم يعانون من ألم في الوجه (أحمد حسانين ، 2011 ، 12).

وتتعلق أهمية الألم المحسوس بالسياق والزمن، فالألم الحاد يمتلك وظيفة إنذار وحماية بيولوجية، إذ يتم تبليغ الجسد بالإحساس بمثير ضار وكإستجابة Reaction حماية لابد من مواجهة مصدر الألم أو العناية بالأجزاء المصابة من الجسد.

غير أن هذه الوظيفة غير موجودة في الألم المزمن أو المتكرر الظهور ذلك أن أسباب الألم ، كالمرض المزمن غير قابلة للإزالة ويتحول الألم المزمن إلى معاناة تمتلك قيمة مرضية، وحينئذ نتحدث عن مرض الألم المزمن (داغار برويكر وآخرون، 2003).

ومن المظاهر الأخرى التي توضح تعقد ظاهرة الألم المزمن أن الألم لا يؤثر على الوظائف الجسمية فقط بل يؤثر على كل جوانب الحياة بالنسبة للمريض فبجانب الدراسات التي أشارت إلى تأثير الألم على الصحة الجسمية، أشارت دراسات عديدة إلى أن الألم يؤثر على الوظائف اليومية (Bowsher et al 1991 ; Andersson et al , 1993)، والصحة النفسية (Van korff et al , 1990 ; Croft et al , 1993 ; Magni et al , 1993) والعمل (Bowsher et al ,1991 ;Latham& Davis , 1994) والرفاهية الإقتصادية (Locker , 1983) .

فعلى سبيل المثال : في المملكة المتحدة يقدر أن ألم الظهر يتسبب في ضياع 25 مليون يوم عمل كل عام (Rigge , 1990) وبإستخدام بروفيل تأثير المرض وجد أن الألم المزمن يرتبط وبشكل دال بإنخفاض القدرة على العمل وبصعوبات في أداء الأنشطة اليومية (أحمد حسانين، 2011، 14-15) .

وحسب باندورا (bandura) فإن الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات ، ومعلومات تساعد في إدارة آلامهم، والإستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم (bandura , 1991) .

ومن الجدير بالملاحظة أن الإهتمام بالعوامل النفسية في مجال الألم يلاقي على المستوى العالمي إهتماما غير مسبوق بل وإن هناك أكثر من عشر دوريات نفسية متخصصة في أبحاث الألم كما أضحت مراكز العلاج و التأهيل النفسي لمرضى الألم المزمن تقدم خدماتها جنبا إلى جنب مع مراكز الرعاية الطبية .

ولقد أجريت دراسات عديدة - أجنبية - تناولت العلاقة بين فاعلية الذات والألم وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن معتقدات الفاعلية الذاتية إرتبطت بإنخفاض الإكتئاب ،والضغوط والعجز والألم لدى مرضى الألم المزمن (kores et al ; 1990 ; Lackner et al 1996) .

كما أظهرت بعض الدراسات أن مرضى الألم المزمن يتباينون في فعاليتهم الذاتية وأن هذا التباين يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم ، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفاعلية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم، والكدر النفسي، والنتائج الطبية السلبية ، وعتبات مرتفعة للألم ، وتحمل أكثر للألم ، (Lorig et al , 1989 ; Parker et al , 1993 ; Rudy et al , 2003 ; Brekke et al , 1997 ; Keefe et al , 1994 ; Buckelew et al , 1993 ; Waby et al , 2005 ; et al , 2003) (أحمد حسانين، 2011، 77) .

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

(Lorig et al , 1989 ; Keefe et al , 1997 ; Marks , 2001 ; Keefe et al , 2004)

علاوة على ذلك فإن الفاعلية الذاتية تؤثر أيضا على التنبؤ ببعض النتائج العلاجية بعد التدخلات الجراحية، فلقد أشارت بعض الدراسات الإستطلاعية على عينة من المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية في العظام أن المرضى الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الفاعلية الذاتية قبل العمليات الجراحية كانوا أسرع في الشفاء كما أنهم أظهروا تحسناً علاجياً لفترات زمنية طويلة، كما وجد أن التحسن في الفاعلية الذاتية بعد التدخلات العلاجية القائمة على الإدارة الذاتية، والعلاج المعرفي السلوكي، يرتبط بالتحسن في الألم والحالة الوظيفية والتوافق النفسي (Kores et al , 1990 ; Marks , 2001 ; Keefe et al , 2004).

ونظراً لعمق الصلة بين هذين المتغيرين المتميزين في طبيعتهما، وبعد مراجعة الأدب السيكولوجي - العربي والمحلي - إتضح ندرة الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية بشكل مباشر (حسب علم الطالبة) وقد جاءت هذه الدراسة لتبحث في طبيعة العلاقة بين فعالية الذات المدركة والألم المزمن .

2- تساؤلات الدراسة :

- 1- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة ؟
- 2- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة ؟
- 3- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى من عينة الدراسة ؟
- 4- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة ؟

5- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة ؟

6- هل توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة ؟

7- هل توجد فروق بين متوسطات درجات المرضى في إستبيان الألم المزمن بإختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر) ؟

8- هل توجد فروق بين متوسطات درجات المرضى في إستبيان فاعلية الذات المدركة بإختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر)؟

3- فرضيات الدراسة:

تعتبر الفروض هي التفسير المبدئي للمشكلة، كما أنها تعبر عن رأي الباحث في النتائج المتوقعة للبحث، إذ تحدد فروض الدراسة النتائج المتوقعة من المتغيرات المذكورة في المشكلة ومثل هذه التوقعات قد تؤيدها نظريات قائمة أو بحوث سابقة أو خبرة الباحث الشخصية (أبو علام، 2004 ، 121) .

وللإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات التالية :

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

2- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

3- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى من عينة الدراسة .

4- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة .

5- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة .

6- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى في إستبيان الألم المزمن باختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر) .

8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى في إستبيان فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (ألم الرأس، ألم المفاصل ،ألم أسفل الظهر) .

4- أهمية الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية إلى المساهمة في إثراء جانب مهم من مجالات الدراسات النفسية الإكلينيكية وهو الكشف عن علاقة فعالية الذات المدركة بالألم المزمن لدى عينة من المرضى و غير المرضى بمدينة ورقلة .

ونظراً لندرة وجود دراسات عربية ومحلية تناولت هذا الموضوع-حسب علم الطالبة - فإن الدراسة الحالية تكمن أهميتها في إنها أول دراسة عربية ومحلية تجرى حول فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن لدى عينة من المرضى وغير المرضى في ضوء مجموعة من المتغيرات الوسيطة التالية(الجنس، السن، المستوى الدراسي، نوع الألم، شدة الألم) وتناولت الدراسة متغير فاعلية الذات الذي يعد أحد موجهات سلوك الإنسان، فعندما يعتقد الشخص في فاعليته الذاتية فإنه يميل إلى أن يكون أكثر انجازاً وتقديراً لذاته وتكون قدرته على التحكم في المشكلات الصحية التي يواجهها مرتفعة .

كما تسهم هذه الدراسة في تسليط الضوء على طبيعة الألم المزمن الذي يعتبر بدوره حقلًا خصبا للدراسات والأبحاث الحديثة في تخصصات الصحة النفسية على غرار التخصصات الطبية على المستوى العالمي .

وتبرز أهمية هذه الدراسة من خلال العينة المستهدفة، والتي يتشكل جزء منها من مرضى الألم المزمن الذين لم يحضو من قبل بإهتمامات الباحثين العرب - حسب إطلاع الطالبة - رغم أنهم يشكلون عددا لا بأس به في المجتمعات الدولية، الأمر الذي يستدعي رعاية وعناية من قبل الباحثين والأخصائيين للتكفل بدراسة مشكلاتهم، وأساليب علاجها.

مما يتيح لهذه الفئة من الأفراد حياة فاعلة، وخالية من الألم والقلق والتوتر غير المبرر فيساعدهم ذلك على تحقيق مستويات نمو أفضل اجتماعيا وانفعاليا وصحيا.

5- أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن لدى عينة من المرضى وغير المرضى لذلك فإنها تسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التحقق من وجود علاقة بين فاعلية الذات المدركة والألم المزمن لدى عينة من المرضى وغير المرضى في المجتمع المحلي .
- المقارنة بين نتائج إستجابات المرضى وغير المرضى على كل من إستبيان فاعلية الذات المدركة والألم المزمن .
- بناء إستبيان فاعلية الذات المدركة وإستبيان الألم المزمن، بما يتناسب مع خصائص مجتمع الدراسة .

6- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة :

• فاعلية الذات المدركة :

هي إعتقاد الشخص في كيفية إنجاز مهمة أو مجموعة مهام على ما يملك من قدرات ومعلومات عقلية ومعرفية وإنفعالية ،دافعية وحسية وعصبية، مما يمكنه من تحقيق المستوى المطلوب في الأداء .

وتعرف ونتش (Wintch E, 2008) فاعلية الذات بأنها " معتقدات الفرد الشخصية ومدى المثابرة والمقاومة في المواقف المختلفة " (عبير حمدي ، 2006 ، 36) .

وتعرف فاعلية الذات المدركة إجرائيا في هذه الدراسة عن طريق الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها أفراد العينة على إستبيان فاعلية الذات المدركة المستخدم في هذه الدراسة.

• الألم المزمن :

هو الألم الذي يستمر أبعد من الوقت الطبيعي للشفاء حيث يستمر أكثر من ستة أشهر في وجود أو عدم وجود أسباب مرضية .(Bonica , 1983)

ويعرف الألم المزمن إجرائيا في هذه الدراسة عن طريق الدرجة المرتفعة التي يحصل عليها أفراد العينة على إستبيان الألم المزمن المستخدم في هذه الدراسة .

• المرضى :

ويقصد بمصطلح المرضى في هذه الدراسة أولئك الأشخاص الذين يعانون من ألم مزمنة على مستوى (الرأس أو المفاصل أو أسفل الظهر) مشخصة طبيا والذين يتابعون علاجهم لدى أطباء أخصائيين أو عامين لمدة لا تقل عن 6 أشهر .

• غير المرضى :

وهم أولئك الأشخاص الذين لا يعانون من أي آلام مزمنة على مستوى أجسادهم أو أحد أعضائهم أو الذين يشعرون بالألم لكنه لا يتعدى ستة أشهر، ولا يتلقون أي علاجات طبية حول الألم في الوقت الحالي حسب تقاريراتهم الذاتية ،والذين تم إختيارهم من طلبة الجامعة.

7- حدود الدراسة :

- الحدود المكانية: تتمثل حدود الدراسة المكانية في جامعة قاصدي مرباح بأغلب كلياتها و عيادات أطباء عامين وأطباء متخصصين (في الأمراض العصبية وطب وجراحة العظام) بمدينة ورقلة .

- الحدود الزمانية: حددت الدراسة زمنيا من تاريخ (19) ماي (2014) إلى غاية (24) جوان (2014).

- الحدود البشرية: تتمثل حدود الدراسة البشرية في عينة تتكون من (284) شخص.

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

الفصل الثاني

فاعلية الذات المدركة

تمهيد.

1- تعريف فاعلية الذات المدركة .

2- الفرق بين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية.

3- نظرية فاعلية الذات لباندورا.

4- توقعات فاعلية الذات .

5- أبعاد فاعلية الذات .

6- مصادر فاعلية الذات .

7- آثار فاعلية الذات .

8- التحليل التطوري لفاعلية الذات .

9- خصائص فاعلية الذات.

10- الدراسات السابقة.

خلاصة الفصل.

تمهيد :

إن من الجوانب المكونة لشخصية الإنسان، هي الفاعلية الذاتية لديه، ففكرة الفرد عن نفسه، وإيمانه بقدراته وإمكاناته يضمن له النجاح في الحياة، ومن الجدير بالذكر في هذا المقام أن مصطلح فاعلية الذات المدركة أو (الكفاءة الذاتية المدركة) هما مفهومان مترادفان لنفس المفهوم باللغة الأجنبية، لكن تختلف الترجمة من مرجع لآخر باللغة العربية نظرا لإتساع المفاهيم والمترادفات في لغتنا، وسيتم إستخدام المصطلحين كمفهوم واحد في هذه الدراسة.

1- تعاريف فاعلية الذات المدركة :

يعد مفهوم الفاعلية الذاتية المدركة من مفاهيم علم النفس الحديث حيث أشار إليه باندورا في نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي ،وقد عرف باندورا (Bandura) فاعلية الذات المدركة بأنها: "الأحكام التي يصدرها الأفراد على قدراتهم، لتنظيم وإنجاز الأعمال التي تتطلب تحقيق أنواع واضحة من الأداء" (Bandura , 1997, 123).

وأشار باندورا (Bandura) في تعريف آخر لفاعلية الذات بأنها: " توقعات الفرد عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، وكمية الجهود المبذولة ومواجهة الصعاب وإنجاز السلوك " (Bandura ,1998,47).

ويرى إيغان (Egan,1982) أن الفعالية الذاتية لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد واستعداداتهم لبذل وتقديم الجهد والتفاعل مع الصعوبات ومواجهتها، ومقدار الجهد الذي سيبدلونه (عبد المنعم الدريبي، 2004، 209)، فالكفاءة الذاتية المدركة لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد وإنما بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها (قطامي رامي محمود، 2010، 65). ويرى سيرفون وبيك (Beck & Servon) أن معتقدات الأشخاص حول فاعلية الذات تحدد مستوى الدافعية كما تنعكس 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) .

ويرى **كيرتش (Kerch)** أن فاعلية الذات تعني " ثقة الشخص في قدراته على إنجاز السلوك بعيدا عن شروط التعزيز"، وأيضا يرى **شيل وميرفي وبرنينج (Murphy & Shell Bering &)** 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" (الجاسر محمد، 2007، 28).

وينظر **العدل** 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 للنتاؤل " (العدل عادل، 2001، 131) .

كما عبر **كولي (Cooly)** عن مفهوم الكفاءة الذاتية المدركة من وجهة نظر اجتماعية حيث أن أحكام الآخرين الذين يعتبرون مهمين بالنسبة للفرد، وردود أفعالهم، تجاه كفاءة الشخص في الموضوعات المختلفة، تعتبر الأساس في تقدير الذات، فإذا كانت ردود الأفعال سلبية، فإن ذلك يؤدي إلى تقدير ذات منخفض، وإذا كانت ردود فعلهم إيجابية فإنه سيؤدي إلى تقدير ذات مرتفع (Baumeister, 1993,35) .

ويعرف **فسيل (Vasil)** " فاعلية الذات على أساس إدراك الفرد لقدراته على أداء سلوك ما بنجاح، والذي يستمد ويصاغ من خلال الخبرات الاجتماعية، ويشير **جيست وميتشل (Mitchell & Geist)** إلى أن أحكام فاعلية الذات تتضمن أحكام الأفراد الشاملة على مدى قدرتهم على إنجاز مهمة محددة ، كما تشمل الحكم على التغيرات التي تطرأ على فاعلية الذات، أثناء اكتساب الفرد للمعلومات ،والقيام بالتجارب، بالإضافة إلى العوامل الدافعية التي تحرك سلوك الفرد بطريقة مباشرة كما ويعرف **هالينان وداناهير (Hallinan & Danahir)** " فاعلية الذات بأنها اعتقادات الأفراد في قدراتهم على الأداء في مجالات معينة ،وعلى إحراز الأهداف وإنجاز السلوك (الجاسر محمد ، 2007، 28-29)، ويذكر **باندورا**

(bandura) أن فاعلية الذات تشير إلى اعتقادات الفرد في قدراته على تنظيم وإنجاز مجموعة من الأعمال اللازمة لإنتاج مهمة معينة.

وتعتمد الكفاءة الذاتية المدركة في جزء منها، على إدراك الذات وهي الصورة التي يطورها الفرد عن نفسه حيث تؤثر في مستوى الجهد المبذول في أداء المهمات ويرى باندورا (Bandura) بأن مقاييس الكفاءة الذاتية تقيس ثقة المفحوصين في قدرتهم على إنجاز مستويات متباينة من المهام (Bandura,1997,89).

2- الفرق بين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية:

يُنظر الى كل من الكفاءة الذاتية، ومفهوم الذات كبنائين منفصلين مع وجود بعض أوجه التشابه بينهما، حيث يرى العلماء أن مفهوم الذات عبارة عن مفهوم متعدد الابعاد وله مكوناته الانفعالية والمعرفية، أما الكفاءة الذاتية فهي تشير الى مفهوم أحادي البعد والذي يعبر عن سيادة الجانب المعرفي، كما ويكمن الفرق بين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية المدركة، في التقييم المعرفي للفرد لقدراته لأداء مهام محددة والتي تعتمد على الخبرات السابقة. كما يكمن الفرق بين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية المدركة بطبيعة التقييم المعرفي للموقف، فعندما يقيم الفرد نفسه مقارنة مع الآخرين فإن ذلك يشير الى مفهوم الذات، اما عندما يقارن الفرد نفسه بالخبرات السابقة التي يمر بها فإن ذلك يشير الى الكفاءة الذاتية المدركة، لذا فإن التقييم في مفهوم الذات هو معياري المرجع، اما التقييم في الكفاءة الذاتية فهو مرجعي المحك (جنان حنا ، 2007، 23) .

3- نظرية فاعلية الذات لباندورا:

يشير باندورا (Bandura) في كتابه أسس التفكير والأداء " النظرية المعرفية الاجتماعية، بأن نظرية فاعلية الذات اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية التي وضع أسسها، والتي أكد فيها بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية، والبيئية، وفيما يلي الافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الاجتماعية (Bandura ,1986,63).

1- يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال والاختبار الفرضي لهذه

المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.

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

3- يمتلك الأفراد القدرة على التأمل الذاتي، والقدرة على تحليل وتقييم الأفكار والخبرات الذاتية وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك.

4- يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم، وعن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية، والتي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، ويقومون بتقييم سلوكهم بناء على هذه المعايير وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك.

5- يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجها، والتعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ ويسمح بالاكتمال السريع للمهارات المعقدة، والتي ليس من الممكن اكتسابها عن طريق الممارسة فقط.

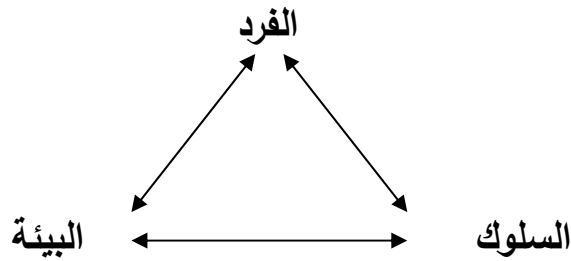
6- أن كل من القدرات السابقة هي نتيجة تطور الميكانيزمات والأبنية النفسية- العصبية المعقدة، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك ولتزويده بالمرونة اللازمة.

7- تتفاعل كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية (معرفية ، وانفعالية وبيولوجية) والسلوك بطريقة متبادلة، فالأفراد يستجيبون معرفيا وانفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي والذي بدوره يؤثر ليس فقط على البيئة ولكن أيضا على الحالات المعرفية والانفعالية والبيولوجية، ويعتبر مبدأ الحتمية المتبادلة من أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية ويوضح الشكل رقم (1) مبدأ الحتمية المتبادلة وبالرغم من أن هذه المؤثرات ذات تفاعل تبادلي إلا أنها ليست بالضرورة تحدث في وقت متزامن، أو أنها ذات قوة متكافئة.

وتهتم نظرية الفاعلية الذاتية بشكل رئيس بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة، التابع للنظرية المعرفية الاجتماعية، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة، وتؤكد نظرية الفاعلية الذاتية، على معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي

تؤثر على حياته، ففاعلية الذات لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد وإنما كذلك بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها، ويرى باندورا (Bandura) أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم، وتنظيم سلوكهم الاختياري، وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات وبالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالفاعلية الذاتية القدرات الخلاقة والاختيار المحدد للأهداف، والأحداث ذات الأهداف الموجهة، والجهد المبذول لتحقيق الأهداف والإصرار على مواجهة الصعوبات، والخبرات الانفعالية (Bandura, 1986, 65).

مبدأ الحتمية المتبادلة



شكل رقم (1) يوضح مبدأ الحتمية المتبادلة.

4- توقعات فاعلية الذات:

يؤكد باندورا (Bandura) على وجود نوعين من التوقعات يرتبطان بنظرية فاعلية الذات ولكل منهما تأثيراته القوية على السلوك وهما: التوقعات الخاصة بفاعلية الذات والتوقعات المتعلقة بالنتائج يوضح الشكل رقم (2) العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج وفيما يتعلق بالتوقعات المرتبطة بفاعلية الذات فإنها تتعلق بإدراك الفرد بقدرته على القيام بأداء سلوك محدد، وهذه التوقعات يمكنها أن تساعد على تمكن الفرد من تحديد ما إذا كان قادرًا 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 (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، 160).

أما النوع الثاني وهو التوقعات الخاصة بالنتائج فيعني الاعتقاد بأن النتائج يمكن أن تنتج من الانخراط في سلوك محدد، وتظهر العلاقة بوضوح بين توقعات النتائج وتحديد السلوك المناسب للقيام بمهمة معينة، في حين أن التوقعات الخاصة بفاعلية الذات مرتبطة بشكل واضح بالتنبؤ بأفعال الفرد المستقبلية (العتيبي بندر، 2007، 26).

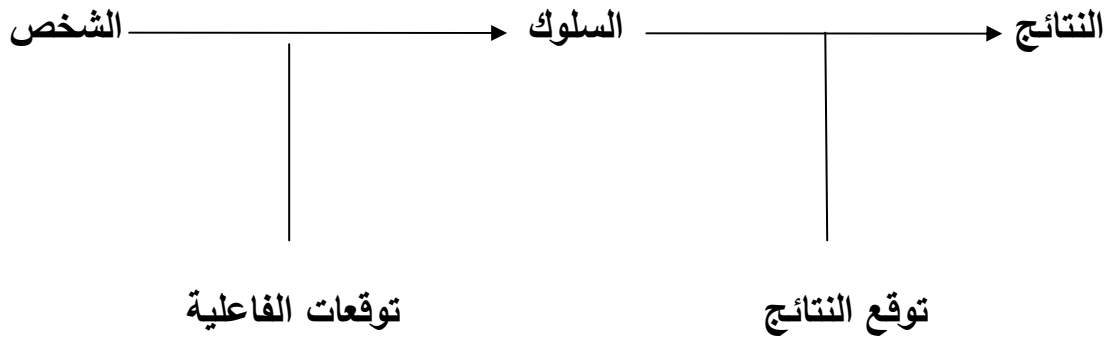
وتأخذ توقعات النتائج ثلاثة أشكال، حيث تعمل التوقعات الإيجابية كبواعث في حين تعمل التوقعات السلبية كعوائق كالتالي:

1- الآثار البدنية والسلبية التي ترافق السلوك، وتتضمن الخبرات الحسية السارة والألم، وعدم الراحة الجسدية.

2- الآثار الاجتماعية السلبية والايجابية: 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 يقدم مستوى ضعيف من الأداء (العتيبي بندر، 2007، 27).

وتتلخص العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج في الشكل التالي.



شكل رقم (2) يبين العلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج.
(العتيبي بندر، 2007، 27).

5- أبعاد فاعلية الذات:

حدد باندورا (Bandura) ثلاثة أبعاد تتغير فاعلية الذات تبعاً لها هي:

1-5- قدر الفاعلية Magnitude :

وهو يختلف تبعاً لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويتضح قدر الفاعلية بصورة أكبر عندما تكون المهام مرتبة، وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية

ويمكن تحديده بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها (غالب بن محمد علي ، 2008، 85).

ويذكر باندورا (Bandura) في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل : مستوى الإلتقان، وبذل الجهد والدقة والإنتاجية والتنظيم الذاتي المطلوب، فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن فردًا ما يمكن أن ينجز عملاً معينًا عن طريق الصدفة، ولكن هي أن فردًا ما لديه الفاعلية لينجز بنفسه وبطريقة منظمة، من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن الأداء.

2-5- العمومية :

وتعني انتقال توقعات الفاعلية إلى مواقف مشابهة، فالأفراد غالباً ما يعممون إحساسهم بالفاعلية في المواقف المشابهة للمواقف التي يتعرضون لها.

وفي هذا الصدد يذكر باندورا (Bandura) أن العمومية تحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل : درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية، والمعرفية والوجدانية، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه (غالب بن محمد علي ، 2008، 86).

3-5- القوة :

ويذكر باندورا (Bandura) أنها تتحدد 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.

ويؤكد باندورا في هذا الصدد أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية 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 محددة (غالب بن محمد علي ، 2008، 86).

6- مصادر فاعلية الذات:

6-1- الإنجازات الأدائية:

تعد الإنجازات الأدائية من أكثر المصادر تأثيرًا 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.

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

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

6-2- الخبرات البديلة:

إن ملاحظة الآخرين، وهم يحققون النجاح يرفع الكفاءة الذاتية لدى الملاحظ، كما أن ملاحظة الفرد لفرد آخر بنفس كفاءته وقد اخفق في الأداء، قد يعمل على خفض الكفاءة الذاتية لديه، ويكون تأثير النموذج منخفضًا عندما تتباين صفات الملاحظ عن صفات النموذج .

6-3- الإقناع اللفظي:

بالرغم من أن تأثير هذا المصدر محدود، إلا أنه في ظل بعض الظروف يمكن لهذا المصدر أن يسهم في رفع الكفاءة الذاتية أو خفضها، ولكي يتحقق ذلك ينبغي أن يؤمن الشخص الذي يتعرض إلى الإقناع والنصائح أو التحذيرات بأنها تصدر عن شخص موثوق به، لأن ذلك يجعل منها ذات أكبر في الكفاءة الذاتية مقارنة بتلك التي تصدر عن شخص غير موثوق به، وأن يكون النشاط الذي ينصح الفرد بأدائه في حصيلته السلوكية يمكن القيام به على نحو واقعي، وذلك لأن الإقناع لا يمكن أن يغير حكم الشخص على فاعليته وقدرته للقيام بعمل يستحيل عليه أدائه في ظل معطيات موقف ما (Bandura,1997,85).

4-6- الاستثارة الانفعالية:

يؤدي الانفعال الشديد إلى خفض مستوى الأداء، وذلك لأن معظم الناس يتعلمون أن يحكموا على قدراتهم على القيام بعمل ما في ضوء الاستثارة الانفعالية، فالأفراد الذين يخافون خوفاً شديداً أو يقلقون قلقاً حاداً، يغلب أن تكون توقعات الكفاءة الذاتية لديهم منخفضة، فعلى سبيل المثال يجيد الممثل أداء دوره خلال التجارب الأولية التي تسبق العرض، ويحاول التمكن من هذا الدور لأنه يعرف أنه بحاجة إلى إتقان دوره ليلة الافتتاح وذلك لأن الخوف قد ينسيه الحوار اللازم لهذا الدور، كما أن المعلومات التي تسهم في الاستثارة ترتبط بعدة متغيرات أولها مستوى الاستثارة حيث أن المستوى المتوسط من الاستثارة الانفعالية يؤدي إلى أداء أفضل وبالتالي رفع مستوى الكفاءة الذاتية، فقلق الممثل في ليلة الافتتاح، عندما يكون ضمن المتوسط يعمل على زيادة توقعات الكفاءة الذاتية لديه (حنا جنان، 2007، 17) .

ويذكر عبد الحميد جابر في هذا الصدد أن معظم الناس تعلموا الحكم على ذواتهم، من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستثارة الانفعالية فالذين يخبرون خوفاً شديداً أو قلقاً حاداً، يغلب أن تكون فاعليتهم منخفضة، وأن معلومات الاستثارة ترتبط بعدة متغيرات هي:

- 1- مستوى الاستثارة: فالاستثارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.

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

- 3- طبيعة العمل : إن الاستثارة الانفعالية قد تيسر النجاح للأعمال البسيطة ويغلب أن تعطل الأنشطة المعقدة (عبد الحميد جابر، 1986، 445-446).

7- آثار فاعلية الذات:

لقد أشار باندورا (Bandura) إلى أن فاعلية الذات يظهر تأثيرها جلياً من خلال أربعة عمليات أساسية وهي، العملية المعرفية، والدافعية والوجدانية وعملية اختيار السلوك وفيما يلي عرض لأثر فاعلية الذات في تلك العمليات الأربعة (الجاسر محمد، 2007، 38-40).

1-7- العملية المعرفية :

وجد باندورا (Bandura) أن آثار فاعلية الذات على العملية المعرفية تأخذ أشكالاً مختلفة فهي تؤثر على كل من مراتب الهدف للفرد وكذلك في السيناريوهات التوقعية التي

بينها، فالأفراد مرتفعوا الفاعلية يتصورون سيناريوهات النجاح التي تزيد من أدائهم وتدعمه بينما يتصور الأفراد منخفضوا الفاعلية دائما سيناريوهات الفشل ويفكرون فيها.

ويضيف **باندورا (Bandura)** أن معتقدات فاعلية الذات تؤثر على العملية المعرفية من خلال مفهوم القدرة، ومن خلال مدى اعتقاد الأفراد بقدرتهم على السيطرة على البيئة، ف فيما يتعلق بمفهوم القدرة يتمثل دور معتقدات فاعلية الذات في التأثير على كيفية تأويل الأفراد لقدراتهم، فالبعض يرى أن القدرة موروثه، ومن الخطأ الارتقاء بالقدرات الذاتية، وبالتالي فإن الأداء الفاشل يحمل تهديدا لهم ولذكائهم على حساب خوضهم تجارب قد توسع من معارفهم ومؤهلاتهم (Bandura,1999,123).

وفي هذا الشأن يذكر **بيري (Berry, 1987)** 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.

والأفراد بشكل عام يقيمون قدراتهم عن طريق مقارنة أدائهم بالآخرين، وعن طريق التغذية الراجعة (العنبي بندر، 2007، 29).

أما فيما يتعلق بمدى اعتقاد الأفراد بقدرتهم على ممارسة السيطرة على البيئة فهناك مظهران لهذه السيطرة، هما درجة وقوة الفاعلية الذاتية لإحداث التغيير، عن طريق الجهد المستمر والاستخدام الإبداعي للقدرات والمصادر، وتعديل البيئة للأفراد الذين تسيطر عليهم الشكوك الذاتية يتوقعون فشل جهودهم لتعديل المواقف التي يمرون بها ،ويقومون بتغيير طفيف في بيئتهم وإن كانت مليئة بالكثير من الفرص المحتملة، في حين أن من يمتلكون اعتقادا راسخا في فاعليتهم الذاتية عن طريق الإبداع والمثابرة يتوصلون إلى طريقة لممارسة السيطرة على بيئتهم، وإن كانت البيئة مليئة بالفرص المحدودة والعديد من العوائق ويضعون لأنفسهم أهدافا مليئة بالتحدي، ويستخدمون التفكير التحليلي.

ومبدئيا يعتمد الأفراد على أدائهم الماضي للحكم على فاعليتهم، ولتحديد مستوى طموحهم ولكن عن طريق المزيد من التجارب يبادرون بوضع خطة ذاتية لفاعليتهم الذاتية، وهذا في حد ذاته يعزز الأداء بشكل جيد عن طريق معتقداتهم في فاعليتهم الذاتية.

ويرى **مادوكس (Maddux)** أن معتقدات فاعلية الذات تؤثر على العملية المعرفية من خلال التأثير على:

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

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

3- التنبؤ بالسلوك المناسب، والتأثير على الأحداث.

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

2-7- 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 سلوكا محددًا 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)

3-7- العملية الوجدانية :

تؤثر اعتقادات فاعلية الذات في كم الضغوط والاحباطات التي يتعرض لها الأفراد في مواقف التهديد، كما يؤثر على مستوى الدافعية، حيث أن الأفراد ذوي الإحساس المنخفض بفاعلية الذات أكثر عرضة للقلق، حيث يعتقدون أن المهام تفوق قدراتهم لاعتقادهم بأنه ليس لديهم المقدرة على انجاز تلك المهمة، كما إنهم أكثر عرضة للاكتئاب، بسبب طموحاتهم غير المنجزة، وإحساسهم المنخفض بفاعليتهم الاجتماعية وعدم قدرتهم على انجاز الأمور التي تحقق الرضا الشخصي، في حين يتيح إدراك فاعلية الذات المرتفعة تنظيم الشعور بالقلق والسلوك الانسحابي من المهام الصعبة عن طريق التنبؤ بالسلوك المناسب في موقف ما.

4-7- عملية اختيار السلوك :

تؤثر فاعلية الذات على عملية انتقاء السلوك، ومن هنا فان اختيار الأفراد للأنشطة والأعمال التي يقبلون عليها مرهون بما يتوفر لديهم من اعتقادات ذاتية في قدرتهم على تحقيق النجاح في عمل محدد دون غيره، ويمكن إجمال نتائج الدراسات فيما يختص بالعلاقة بين فاعلية الذات واختيار السلوك على النحو التالي :

الأفراد الذين لديهم إحساس بانخفاض مستوى الفاعلية الذاتية، ينسحبون من المهام الصعبة التي يشعرون أنها تشكل تهديدا شخصيا لهم، حيث يتراخون في بذل الجهد ويستسلمون سريعا عند مواجهة المصاعب.

وفى المقابل فإن الإحساس المرتفع بفاعلية الذات يعزز الانجاز الشخصي بطرق مختلفة فالأفراد ذوو الثقة العالية في قدراتهم يرون صعوبات كتحدٍ يجب التغلب عليه، وليس كتهديد يجب تجنبه، كما انهم يرفعون ويعززون من جهدهم في مواجهة المصاعب بالإضافة الى أنهم يتخلصون سريعا من آثار الفشل. (العتيبي بندر، 2007، 33)

8- التحليل التطوري لفاعلية الذات:

يرى باندورا (Bandura) أن الفترات المختلفة للحياة تقدم انماطاً للكفاءة المطلوبة، من أجل الأداء الناجح ويختلف الأفراد بشكل جوهري في الطريقة الفعالة التي يديرون بها

حياتهم، وتشكل المعتقدات حول الفاعلية الذاتية مصدراً مؤثراً خلال دورة حياة الفرد والباحث هنا سيقوم بتوضيح وإلقاء الضوء على تطور فاعلية الذات من الميلاد الى مرحلة متقدمة من العمر، مروراً بمرحلتى المراهقة والرشد و موضحاً أيضاً دور مصادر فاعلية الذات مثل العائلة والمدرسة وجماعة الرفاق في تطور فاعلية الذات خلال هذه المرحلة:

8-1- نشأة الشعور بالسيادة الشخصية:

أن الطفل الصغير يولد بدون أي شعور بمفهوم الذات، وبالتالي فإن الذات يجب أن تؤسس بطريقة اجتماعية، من خلال الخبرات المنقولة بواسطة البيئة وينتقل الشعور بالسيادة الشخصية من إدراك العلاقات العرضية بين الإحداث، الى فهم أسباب وقوع الأحداث وأخيراً الى إدراك القدرة على إنتاج الأحداث، وهذا بدوره يؤدي إلى الشعور بالفاعلية الذاتية، كما يساهم كل من اكتساب الطفل للغة، ومعاملة الأسرة للطفل كشخصية مستقلة في نشأة الشعور بالسيادة الشخصية.

8-2- المصادر العائلية لفاعلية الذات:

حيث أن الأطفال لا يستطيعون أن يؤديوا أشياء كثيرة، فإن الخبرات الناجحة في التدريب على التحكم الشخصي تكون مهمة لتنمية الكفاءة الاجتماعية المبكرة، فلكي يحصل الأطفال على المعرفة الذاتية المتعلقة بقدراتهم على توسيع مجالات الأداء فإنهم يطورون ويختبرون قدراتهم الجسدية، وكفاءاتهم الاجتماعية لفهم وإدارة المواقف العديدة التي تواجهنا يومياً، إن الوالدين اللذين يستجيبان لسلوك أطفالهما واللذين يجدان فرصاً للأفعال الفعالة ويسمحان للأطفال بحرية الحركة من أجل الاستكشاف ويشجعان الأطفال على أن يجربوا الأنشطة الجديدة، وبعضهم الجهود المبكرة يعملان على تسهيل تطوير فاعلية الذات لدى أطفالهما حيث ترتبط فاعلية الذات لدى الأطفال بالقدرة على إنجاز المهام وإدراك التأثيرات الهادفة. وكما يقول جيكس Gecas إن معرفة الشخص بأنه يمكن أن ينجز سلوكاً هادفاً ويتعرف على نتائج هذا السلوك بشرط أن يكون نتيجة لمبادرته الخاصة يؤدي إلى أن يكون كائناً فعالاً (الجار محمد ، 2007، 40).

إن خبرات الفاعلية الأولية تكون متمركزة في الأسرة، ولكن مع نمو العالم الاجتماعي للطفل فإنه يزيدها بسرعة، فالتفاعل المبكر مع الآخرين شيء مهم، حيث إنه يقدم إلى الطفل فرصة أن يكون نشطاً ويدرك الاستجابات المناسبة التي تقوده إلى تنمية شعوره بفاعلية ذاته، فالطفل هكذا ينتقل إلى مرحلة جديدة ، حيث يقيم فاعليته الشخصية من خلال

المقارنات الاجتماعية المحتوية على التعقيدات المتشابكة، أكثر من أن يقيم فاعليته الشخصية بناء على خبراته الذاتية، فنجد أن الأقران لهم دور ايجابي مهم في تنمية المعرفة الذاتية للأطفال بقدراتهم.

3-8- اتساع فاعلية الذات من خلال تأثيرات جماعة الرفاق:

يستطيع الأطفال من خلال علاقتهم بالأقران زيادة معارفهم الذاتية عن قدراتهم حيث إن الأقران يقدمون نماذج لأساليب التفكير والسلوك الفعال، ويميل الأطفال في عملية اختيار الأقران إلى اختيار الأفراد الذين يشاركونهم الاهتمامات والقيم المشتركة وهذا من شأنه أن يعزز الفاعلية الذاتية في مجال الاهتمامات المشتركة، والأطفال الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم غير فاعلين اجتماعيا، ينسحبون اجتماعيا ويدركون فاعلية متدنية بين أقرانهم ويملكون شعورا منخفضا بقيمة الذات.

4-8- المدرسة كقوة لغرس فاعلية الذات:

من خلال الفترة التكوينية لحياة الأطفال، فإن وظائف المدرسة تمثل الوضع الأساسي لتهديب وتقوية الكفاءة المعرفية، حيث إن المدرسة هي المكان الذي ينمي فيه الأطفال كفاءتهم المعرفية ومهارات حل المشاكل بصفة جوهرية، من أجل المشاركة بفاعلية في المجتمع المتسع، فهم بصفة مستمرة يختبرون وبيقيمون ويقارنون بطريقة اجتماعية معارفهم وأساليب تفكيرهم، فلكي يكتسب الأطفال المهارات المعرفية فإنه يجب عليهم أن ينمو ويطوروا شعورهم بفاعليتهم العقلية.

5-8- نمو فاعلية الذات من خلال الخبرات الانتقالية للمراهقة:

إن كل فترات النمو تأتي وكأنها تحديات جديدة للتكيف مع الفاعلية، وحيث إن المراهقين يقتربون 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، وأيضا مهمة 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، فالمراهق الذي يملك القدرة على إدارة التغييرات الآتية التي تحدث في آن واحد للأدوار الاجتماعية التربوية والبيولوجية يملك شعور قويا بفاعلية ذاته (الjasر محمد ، 2007 ، 40-42).

8-6- فاعلية الذات الخاصة بمراحل الرشد:

الرشد هو الفترة التي تمكن الناس من التعامل مع العديد من المطالب الجديدة كالعلاقات الوالدية والمجالات المهنية، حيث إن مهام السيادة المبكرة والشعور القوي بفاعلية الذات يعد شيئا مهما لإنجاز الكفاءات والنجاحات المؤكدة إن بداية المجال المهني الإنتاجي يعد تحديا تحوليا في مرحلة الرشد المبكرة، حيث يوجد العديد من الطرق التي من خلالها تساهم اعتقادات فاعلية الذات في التطور المهني والنجاح في الأغراض المهنية، ومن خلال المراحل التمهيدية فإن فاعلية الذات المدركة لدى الناس بشكل جزئي تحدد لهم كيف يطوروا الأساس المعرفي الخاص بهم، وإدارة الذات، ووجد أيضا أن هناك تأثيرات للمهارات التفاعلية الشخصية على المجالات المهنية، كما لوحظ أيضا أن الاعتقاد في القدرات يكون مؤثرا في طرق الحياة المهنية التي يختارها الراشد، بل أننا نرى إن زيادة الشعور بفاعلية التنظيم الذاتي يعد أفضل أداء وظيفي وفي السنوات المتوسطة من هذه المراحل فإن الناس يستقرون في الأعمال الروتينية التي ترسخ شعورهم بالفاعلية الشخصية في المجالات الرئيسية للأداء ومع ذلك فإن التغييرات التكنولوجية والاجتماعية المتسارعة تتطلب التكيف اللازم عند إعادة التقييم الذاتي للقدرات، كما تظهر تحديات المنافسين الأصغر سن فالمواقف التي تتطلب المنافسة تفرض تقييم ذاتي للقدرات، عن طريق المقارنة الاجتماعية مع المنافسين الأصغر سنا.

8-7- إعادة تقدير فاعلية الذات مع التقدم في العمر:

إن قضية فاعلية الذات لدى المسنين تقوم على إعادة التقدير، والتقدير الخاطئة أحيانا لقدراتهم، وحيث إن الكثير من القدرات البيولوجية تتناقص مع التقدم في السن فإن ذلك يتطلب إعادة تقييم لفاعلية الذات المتصلة بالأنشطة، التي تتأثر بالقدرات البيولوجية بشكل كبير، وبالرغم من ذلك فإن الزيادة الحاصلة في المعلومات والخبرات تعوض بعض الخسارة في القدرات البيولوجية، كما أن كبار السن إذا قاموا باستغلال كافة مؤهلاتهم وبذلوا الجهد اللازم فإنهم يستطيعون أن يتفوقوا على صغار السن، وعن طريق الاندماج الفعال في

الأنشطة فإن فاعلية الذات المدركة تستطيع أن تساهم في تطوير كافة الوظائف الاجتماعية والمعرفية والجسدية (الجاسر محمد ، 2007 ، 43).

ولا يمكن تحديد نمط ثابت يفسر النقص في معتقدات فاعلية الذات مع التقدم في العمر حيث يحدث هذا النقص نتيجة شبكة معقدة من الأبعاد السلوكية والمستويات التعليمية والاقتصادية، والاجتماعية المختلفة، وتساهم المقارنة الاجتماعية في التغيرات التي تحدث في فاعلية الذات المدركة، فأولئك اللذين يقارنون أدائهم بأشخاص في مثل عمرهم لا يشعرون بانخفاض في الفاعلية الذاتية، بعكس أولئك الذين يقارنون أدائهم بأداء من هم أصغر منهم سناً، والتناقص في فاعلية الذات يزداد بشكل كبير من جراء المعتقدات الثقافية السلبية أكثر من التقدم البيولوجي في السن والأفراد الذين يمتلكون شكوكاً فيما يتعلق بفاعليتهم الذاتية لا يقلصون من مدى أنشطتهم وحسب ، بل يقللون من جهودهم المعتاد أيضاً، والنتيجة تكون خسارة فادحة في الاهتمامات والمهارات ويؤدي كل من التقاعد وفقدان الأخوة والأصدقاء إلى تغيرات مهمة في الحياة تتطلب مهارات اجتماعية تؤدي إلى الأداء الإيجابي والسعادة الشخصية، فإدراك عدم الفاعلية الاجتماعية يزيد من حساسية كبار السن تجاه الضغوط والاكئاب بطريقة مباشرة وغير مباشرة، عن طريق إعاقة تطور المساندة الاجتماعية التي لها دور في مواجهة ضغوط الحياة.

وعادة ما تفرض الأدوار التي تحدد لكبار السن من قبل المجتمع معوقات اجتماعية ثقافية في وجه تطوير فاعلية الذات المدركة، في حين أن المجتمعات التي تؤكد على مؤهلات النطور الذاتي أكثر من التركيز على النقص الناتج عن التقدم في السن يعيش فيها كبار السن حياة منتجة وهادفة (الجاسر محمد ، 2007 ، 43).

9- خصائص فاعلية الذات:

- من خلال كل ما سبق ، نستنتج انه هناك خصائص عامة للفاعلية الذاتية وتتمثل في:
- ✓ مجموعة الأحكام والمعتقدات والمعلومات من مستويات الفرد وإمكاناته ومشاعره.
- ✓ ثقة الفرد في النجاح وأداء عمل ما.
- ✓ وجود قدر من الاستطاعة سواء كانت فسيولوجية أم عقلية أم نفسية ،بالإضافة إلى توافر الدافعية في الموقف.
- ✓ توقعات الفرد للأداء في المستقبل

✓ عدم التركيز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد ولكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أدائه مع ما يتوافق لديه من مهارات .

✓ هي ليست سمة ثابتة ومستقرة 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 تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين كما تتم بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة.

✓ إن فاعلية الذات ترتبط بالتوقع والتنبؤ، ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكاناته الحقيقية ، فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بفاعلية ذات مرتفعة وتكون إمكاناته قليلة.

✓ تتحدد فاعلية الذات بالعديد من العوامل مثل صعوبة الموقف ، كمية الجهد المبذول مدى مثابرة الفرد.

✓ إن فاعلية الذات ليست مجرد إدراك وتوقع فقط ، لكنها يجب أن تترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج مرغوب فيها.

وهذه الخصائص يمكن من خلالها إخضاع فاعلية الذات للتنمية والتطوير. (غالب بن محمد علي ، 2008 ، 86 ، 87).

10- الدراسات السابقة :

01- قام الباحثان (Champlis et murry, 1979) بمعالجة مخبرية لـ (68) امرأة كن في المتوسط يملكن 31 وزنا زائدا حيث أعطيت كل النساء بلاسيبو (placebo) وأعلنت المتناولات للبلاسيبو أن هذا الدواء يحث عمليات الاستقلاب، و يساهم من خلال ذلك على تخفيض الوزن بصورة غير مباشرة وإلى جانب ذلك قدمت النصائح للسيطرة على الوزن و بعد أسبوعين فقدت النسوة 1.8 رطلا، وقد تم عند ذلك إعلام نصف النسوة عن حقيقة الدواء وسمعن محاضرة حول ضبط الذات و قد هنئن لأنهن تمكن ظاهريا على أساس قوة إرادتهن من خفض وزنهن ، وأن الدواء لم يكن له أي تأثير في خفض وزنهن و تمت مواصلة التجربة لمدة أسبوعين آخرين حيث مثلت النساء اللواتي تم الشرح لهن شرط توقع الكفاءة في حين مثلت النساء اللواتي لم يتم إخبارهن إلى تناول الدواء الكاذب و في نهاية التجربة ظهرت فقط لدى النساء اللواتي مثلن إلى شرط توقع الكفاءة الذاتية نقصان في الوزن، و هذا

ما يتوافق مع نظرية الفعالية الذاتية وذلك أن قناعات الضبط تعتبر كواشف لتوقعات النتيجة، وتوقعات النتيجة تعد مكملا ضروريا لتوقعات الفعالية الذاتية. (رالف شفارتزر، 1994، 88).

02- أما (دييس، 1993) فقد أجرى دراسة حول " دراسة لبعض العوامل المرتبطة بالفاعلية الذاتية لدى المشلولين " وقام الباحث بدراسة الفروق في الفاعلية الذاتية بناء على عدد من العوامل لدى عينة من المعاقين حركيا " المقعدين " منها الفروق في الجنس وزمن حدوث الإعاقة ودرجة الإعاقة وسبب الإعاقة ، بلغت عينة الدراسة (122) فردا من الذكور والإناث المصابين بالشلل السفلي وإستخدم الباحث مقياس الفاعلية الذاتية، ووجد فروق محدودة بين مجموعات المقارنة في بعض أبعاد الفاعلية الذاتية في حين أنه لا توجد أية فروق في معظم أبعاد الفاعلية الذاتية .

03- وفي دراسة (جبريل، 1995) عن " الفاعلية الذاتية لدى المراهقين المعاقين حركيا " حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الفروق في الفاعلية الذاتية لدى المراهقين المعاقين وغير المعاقين حركيا، وإلى التعرف على الفروق في الفاعلية الذاتية بين المراهقين المعاقين حركيا إستنادا إلى متغيرات الجنس ونوع الإعاقة وزمن حدوثها وتألفت عينة الدراسة من (256) مرهقا نصفهم من المعاقين حركيا والنصف الآخر من غير المعاقين، وإستخدم مقياس الفاعلية الذاتية، وأشارت النتائج إلى وجود فروق في الفاعلية الذاتية لدى المراهقين المعاقين حركيا تعزى لمتغيرات الجنس ونوع الإعاقة وزمن حدوثها.

04- ودراسة (سامر جميل رضوان، 1997) حول "توقعات الكفاءة الذاتية" وقد تكونت عينة الدراسة من (530) مفحوصا منهم (222) ذكراً و(308) أنثى وهم طلاب جامعيين من كليات مختلفة من جامعة دمشق حيث خلصت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و الإناث في توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

05- ومن الدراسات المهمة في إطار العلاقة بين الفاعلية الذاتية وتقديرات الألم والمزاج الدراسة التي أجراها ليفيفر وآخرون (Lefebvre et al , 1999) على عينة من 128 مريضا بروماتويد المفاصل، وتوصل فيها إلى أن الفاعلية الذاتية إرتبطت بشكل دال بالتقديرات اليومية للألم، و المزاج، والتغلب، وفعالية التغلب حتى بعد التحكم في تأثير المتغيرات الديموجرافية ، والطبية (أحمد حسانين ، 2011 ، 78) .

06- قام (Freach, 2000) وزملاؤه باستكشاف العلاقة بين إدراك كفاءة الذات وبين سلوك الوقاية من الصداع، على عينة من 329 مريضاً ممن يعانون من صداع خفيف، ولاحظ أن مرتفعي كفاءة الذات يتحكمون في سير المرض بطريقة أفضل كما أن معاناتهم أقل وشفاءهم أسرع.

07- وقام (Kohler, 2002) وزملائه بدراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والكفاءة الذاتية المدركة لدى المصابين بأمراض تنفسية مزمنة حيث تم قياس الوظائف الفيزيولوجية للرئتين ومقارنتها بفئات المرضى حسب كفاءة الذات وخلصت النتائج إلى اعتبار الكفاءة الذاتية متغيراً وسيطاً بين آثار المرض ونوعية الحياة.

08- وأجرى ماك كارثي وآخرون (McCarthy, et al, 2006) دراسة هدفت إلى التعرف على العلاقة بين المتغيرات الشخصية التي تمثلت في التفاؤل وفاعلية الذات والعلاقات الاجتماعية الناجحة وبين أحداث الحياة الضاغطة والقلق والاكتئاب، وتكونت عينة الدراسة من (38) طالباً جامعياً، وأشارت نتائج الدراسة: إلى وجود علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات الإيجابية المتمثلة في التفاؤل وفاعلية الذات والعلاقات الاجتماعية الناجحة وبين الضغوط، كما أظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين المواجهة الفعالة للضغوط وبين الضغوط وأحداث الحياة السلبية.

09- وتوصل (Rottmann et al, 2008) في دراستهم على عينة من (684) امرأة مصابة بسرطان الثدي، على إمكانية التنبؤ بالتوافق الانفعالي والوجداني بواسطة الكفاءة الذاتية في علاقتهم بنوعية الحياة، ودلت النتائج على دورها في التكيف النفسي مما يجعل رفع مستواها هدفاً للبرامج العلاجية.

10- قام باباك وآخرون (Babak et al, 2008) بدراسة هدفت إلى فحص الصحة النفسية وعلاقتها بالضغوط المدركة وفاعلية الذات المدركة لدى المراهقين الذكور من الطلاب الإيرانيين، وتكونت عينة من طلاب المدارس العليا (866) طالباً من طلاب المدارس العليا في إيران، و قد أظهرت نتائج الدراسة أن فاعلية الذات تؤثر على الصحة النفسية والاستجابة للضغوط لدى المراهقين، كما أظهرت نتائج الدراسة أن من لديهم فاعلية الذات مرتفعة؛ يستطيعون مواجهة الضغوط وصحتهم النفسية جيدة، بينما ممن لديهم فاعلية الذات منخفضة؛ يصعب عليهم التعامل مع الضغوط أو مواجهتها.

11- ووجدت (Mosher ,2010) وزملاؤها أن ارتفاع الكفاءة الذاتية مؤثر على القدرة على التكيف مع المرض لدى عينة من 87 مريضا مصابا بالسرطان إضافة إلى التعامل مع الألم والكرب النفسي، غير أن انعدام الفروق بين المرضى والأصحاء في الكفاءة الذاتية قد يعود للمتغيرات الوسيطة الكامنة المؤثرة فيها.

على أن المصابين بأمراض حادة مرتفعو الكفاءة الذاتية مقارنة بالمزمين .ويستعمل المرضى المزمون إستراتيجيات مختلفة في التكيف مع المرض سواء الانفعالية التجنبية، أو الأدوات والمركزة حول المشكل أو إلهائية ترفيهية أو مخففة (زعطوط رمضان، 2014، 56) .

12- قام (Hass et al ,2011) بدراسة على عينة من (73) مريضة، فقد استكشفت العلاقة بين الكرب النفسي والإرهاق والفاعلية الذاتية والنشاط البدني وبين نوعية الحياة، ووجدوا ارتباطا دالا سلبيا بين درجة التعب والإرهاق الذي يؤدي إلى انخفاض الكفاءة الذاتية. (زعطوط رمضان 2014، 56).

13- قام (Norman) وزملاؤه باستكشاف 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 مكونة من (134) مريضا، وتدل النتائج

خلاصة الفصل :

نستخلص من كل ما سبق أن معتقدات الفرد عن فاعليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي لقدراته الشخصية، وخبراته المتعددة سواء المباشرة أو غير المباشرة، كما تعكس هذه المعتقدات قدرة الفرد على أن يتحكم في معطيات البيئة من خلال أفعاله، ووسائل التكيف التي يستخدمها، والثقة بالنفس في مواجهة الضغوط والإضطرابات النفسية والجسدية الناجمة عن الصعوبات الحياتية .

الفصل الثالث

الألم المزمن

تمهيد .

1- تعاريف الألم .

2- الأسباب الفيزيولوجية للألم المزمن .

3- العوامل النفسية والإجتماعية المرتبطة بالألم المزمن .

4- بعض النظريات والنماذج النفسية المفسرة للألم المزمن .

5- معايير تشخيص اضطراب الألم المزمن حسب (DSM4).

6- بعض أنواع الألم .

1-6 ألم الرأس .

2-6 ألم المفاصل .

3-6 ألم أسفل الظهر .

7- قياس الألم المزمن .

8- الدراسات السابقة .

خلاصة الفصل .

تمهيد :

يعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض، فهو في الأساس خبرة سيكولوجية ولقد تصدى البشر تاريخيا للألم من خلال الأدوية والجراحة، ولكن مع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية في الإحساس بالألم ومعالجته، أصبح لعلماء النفس مكانتهم المهمة في تدبر الألم، ونتيجة لذلك بدأت الأساليب ذات البعد السيكولوجي تستخدم بشكل متزايد يوما بعد يوم وتشمل هذه الأساليب تقنيات متعددة منها التغذية الحيوية الراجعة والإسترخاء وتشتيت الإنتباه والأخيلة والتتويم المغناطيسي والوخز بالإبر وأساليب معرفية أخرى (شيلي تايلور، 2008، 590) .

1-1- تعريف الألم :

1-1 : التعريف اللغوي :

الألم بمعنى الوجع، وجمعها آلام، والأليم أي الموجه والعذاب الأليم بمعنى الذي يبلغ غاية البلوغ الأليمة (ابن منظور 1991، 188) .

2-1 : التعريف الإصطلاحي :

تعددت التعريفات التي تناولت الألم بتعدد وجهات النظر المتعلقة بتفسير خبرة الألم فقديمًا كان ينظر إلى الألم من منظور ثنائية الجسم والعقل الديكارتية، وبناء على هذه النظرة عرف الألم بأنه : "خبرة حسية تعتمد على درجة التضرر الواقع على النسيج الحي" (turk1997,128) ومع تزايد فهم خبرة الألم وظهور بعض النظريات المفسرة له في الربع الأخير من القرن الماضي ،حدث تحول دال في التفكير بشأن الألم حيث ساعدت هذه النظريات في إختبار المفاهيم الحسية التقليدية، والتي ظلت مسيطرة على التفكير بشأن الألم منذ إقتراحها بواسطة ديكارت في القرن الخامس عشر، فضلا عن ذلك فإن عجز المفاهيم التقليدية عن تفسير بعض المظاهر الخاصة بالألم مثل الإصابة دون الشعور بالألم أو وجود ألم دون وجود إصابة، أو عدم ملائمة الألم مع درجة الإصابة، أو التضرر الواقع على النسيج أو إستمرار الألم بعد تمام الشفاء، كل ذلك أدى إلى ظهور تعريفات جديدة للألم ترتبط بتوجهات نظرية مختلفة (أحمد حسانين ،2011 ، 21).

حيث يعرف ميرسكي (Mersky.H,1986) الألم بأنه خبرة مرتبطة بإصابة جسدية يعبر عنها بأسلوب نفسي (مثل الإحساس بالضيق، والبؤس، والحزن، وعدم الارتياح، والتعاسة) فالألم شعور فردي يختلف كثيرا من شخص لآخر، إذ تتداخل فيه عوامل بيولوجية ونفسية

واجتماعية فتحدد مستوى وردة الفعل عليه ،فهو لم يعد مجرد عرض لمرض بل مرض في حد ذاته (دايفيد سوانسون ،2000،11)، وقد يظهر الألم في أي جزء من أجزاء الجسم وقد يتفاوت في الشدة ما بين المعتدل الذي لا يعدو تأثيره أكثر من الإحساس بالضييق والشديد الذي قد يمنع المريض من مزاولته حياته اليومية (عادل صادق ، 26،1986).

ويرى بينال (Pennal BF, 1984) بأن الألم مفهوم مجرد وإحساس شخصي بالأذى يشير إلي وجود تضرر حالي أو وشيك في النسيج .فهو عبارة عن مجموعة من الاستجابات تعمل علي حماية الكائن الحي من الأذى .

وقد شرحت النظرية السلوكية دور العوامل النفسية وكيفية تأثيرها في خبرة الألم، وعرفت الألم تحت مسمى سلوكيات الألم ، وسلوكيات الألم عبارة عن إشارات لفظية، وغير لفظية من الكدر والتي تعتمد على التقرير الذاتي للفرد . (أحمد حسانين ،2011،22).

وفي ضوء النموذج المعرفي السلوكي يعرف الألم بأنه خبرة ذاتية تتضمن أحاسيسنا وإنفعالاتنا، وأفكارنا، وسلوكنا، وبما أن الألم خبرة ذاتية، فربما يكون التعريف الأمثل له هو " ما يخبرنا به المريض " (turk et al ,1993 , 140)

وقد حاولت الجمعية العالمية لدراسة الألم **international association for the study of pain(IASP)** ، أن تأتي بتعريف شامل للألم فعرفته بأنه : "خبرة إنفعالية، وحسية غير سارة مرتبطة بوجود تضرر حقيقي أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر " (mersky & bogduk ,1994,12)

ونظرا لأن المفهوم الذي قدمته الجمعية العالمية لدراسة الألم لم يفرق بين الألم المزمن والألم الحاد وغيرهما من الأنماط الأخرى للألم بالرغم من أن هذه المصطلحات تستخدم بشكل واسع في المجال الإكلينيكي وفي التراث البحثي ،حيث يمكن لتصنيف الألم أن يتم وفق معايير مختلفة جدا لذلك ظهرت تعريفات عديدة لهذه المصطلحات يمكن عرض بعض منها على النحو التالي :

الآلام الحادة: وغالبا ما تكون قابلة للتحديد الموضوعي ومثارة من خلال سبب قابل للتحديد (مرتبط بتضرر في النسيج كالإصابة في التدخلات الطبية المؤلمة) وذات مدة زمنية محدودة (نادرا ما تطول أكثر من شهر واحد) وقابلة للمعالجة سببيا في العادة. وغالبا ما تقتصر العواقب النفسية للآلام الحادة على الخبرة العابرة للقلق والإرهاق.

✚ **الآلام الانتكاسية المتواترة (الدورية):** وهي الآلام المتكررة بصورة منتظمة (كالشقيقة وآلام الظهر والبطن) وتمتلك منشأ غير واضح وتظهر بدون وجود تضرر عضوي قابل للتحديد على شكل أطوار، وباختلاف في التواتر والمدة والشدة. ولا يعاني المعنيون في الفترات الزمنية الواقعة بين هذه الأطوار من أية آلام و يكونون أصحاء كلياً. وغالبا ما تكون الآلام الانتكاسية، صعبة الموضوعة وظهورها غير قابل للتنبؤ ويغلب أن تعالج بصورة عرضية، ولا يمكن تحديد مثيرات طور الألم فيها بوضوح، إذ يمكن أن تدخل في الحسبان عوامل اجتماعية (أحداث حياتية حرجة، مواقف إرهاق في الأسرة والمدرسة) وعوامل خارجية كتأثيرات الطقس والأغذية والمسليات) وعوامل شخصية (الانفعالات، المزاج، المعرفيات).

✚ **الآلام المزمنة:** وتظهر كنتيجة لإصابات عضوية دائمة (حوادث، احتراق) أو لمتضررات في النسيج الحية نتيجة لمرض أساسي مزمن (التهاب المفاصل المزمن الناعور، التهاب الألم العصبي Neuralgia، سرطان). وغالبا ما تكون قابلة للتحديد من الناحية النشئية بوضوح ويستطيع المرضى موضعتها (تحديد مكانها بدقة) وتقدير التآرجح في شدتها، أما المنشأ الفيزيولوجي لحالات الألم المزمنة فهو غير معروف إلى حد كبير ويتحدث المرء عن آلام مزمنة، إذا ما امتدت إلى أبعد من وقت الشفاء المتوقع أو أكثر من ستة أشهر، وفي البلدان الغربية يعاني أكثر من 25% من السكان من آلام مزمنة، وكل مريض من خمسة يقوم على الأقل بمحاولة انتحار واحدة (داغمار برويكر وآخرون 2003).

ويعرف (شيلي تايلور) الألم المزمن على أنه ذلك الألم الذي يبدأ عادة بنوبة حادة، لكنه يختلف عن الألم الحاد في أنه لا يخف بالعلاج أو بمرور الزمن، ويشير (تايلور) إلى أن هناك عدة أنواع من الألم المزمن، فهناك الألم المزمن الحميد، الذي يستمر عادة لستة أشهر أو أكثر ويصعب علاجه نسبيا وتتباين شدته وقد يمتد ليشمل عدة مجموعات عضلية، ومن الأمثلة عليه آلام أسفل الظهر المزمنة، والأعراض المرافقة لآلام عضلة الوجه، ثم هناك الألم الحاد المتكرر الذي يتضمن سلسلة من نوبات الألم المتقطعة، التي تكون حادة من حيث طبيعتها، لكنها مزمنة من حيث إستمرارها لفترات تتجاوز الستة أشهر ويعتبر الصداع النصفي وتشنج العضلات من الأمثلة الشائعة على هذا النوع من الألم وهناك الألم المزمن

المستفحل، الذي يدوم لفترات طويلة، وتزداد شدته مع الوقت وهو يرتبط عادة بالأمراض الخبيثة أو الإتحالية ، كإلتهاب المفاصل أو السرطان (شيلي تايلور ،2008، 591) .
والألم المزمن لا يكون موجودا بالضرورة في كل لحظة، إلا أن طبيعته المزمنة تجعله محور حياة الفرد ، وموضوعا لقلقه وإنشغاله وتفكيره (gamsa ,1994).

ويرى (دافيد و. سوانسون) أن الألم المزمن " هو ذلك الألم الذي يبقى حتى بعد إلتئام الإصابة ولفترة تزيد عن ستة أشهر وتعدد أنواعه وقوته كما هو الحال بالنسبة للألم الحاد فهناك الألم الطاعن والحارق والكيل والشديد ، قد يكون الألم مستمرا أو منقطعاً، وقد يبقى سببه مجهولاً بخلاف الألم الحاد حيث يكون السبب واضحاً ، وحتى ولو كان هناك إصابة محددة فهو يستمر رغم الشفاء الظاهر لها" ، ثم إن بعض الناس يشكون منه دون التعرض لإصابة، وقد ساد الإعتقاد فيما مضى أنهم يتخيلونه أو يحاولون لفت النظر إليهم، أما اليوم فإن الأطباء يعلمون ويجزمون بأن الألم المزمن حقيقة واقعة (دافيد و. سوانسون،2000،16).

فهو عبارة عن إضطراب يتصف بالإنشغال بالألم في غياب المشاهدات السريرية الموافقة ويشير إلى عامل عضوي مسؤول عن الألم أو شدته وهذا الألم إما أن يتسق مع التوزيع التشريحي للجهاز العصبي أو لا ، ولكن الفحص الدقيق ينفي وجود مرض معروف وليس له آلية فسيولوجية مرضية يعزى إليها بحيث تلعب العوامل النفسية دوراً في ظهوره (ناصر حسن ،2003، 299) ، وقد يبدأ هذا الإضطراب في أي عمر، ويستمر في بعض الحالات لسنوات طويلة ، كما أن النساء يخبرونه أكثر من الرجال (حسين فايد ،2004،312).

ومما سبق نستنتج أن الألم عبارة عن إحساس مصاحب بإنفعال مزعج يرتبط بوجود ضرر حقيقي أو كامن ، وهو ظاهرة معقدة تلعب فيها العوامل الفسيولوجية والنفسية والبيئية دوراً مهماً، كما أن للألم مكونات تشمل المكون الحسي، المكون الإنفعالي، المكون المعرفي والمكون السلوكي .

2- الأسباب الفيزيولوجية الألم المزمن :

يعجز الأطباء في أغلب الأحيان عن تحديد حالة مرضية تفسر أسباب الألم المزمن الذي يعاني منه المريض، يتسبب إلتهاب المفاصل أحيانا بآلام مزمنة في المفاصل المصابة وكذلك فإن الألم العضلي الليفي قد يؤدي إلى أوجاع مزمنة في العضلات .

كما يمكن أن ينتج الألم المزمن عن حادث أو خمج أو عمل جراحي يلحق ضررا بالأعصاب الشوكية أو المحيطية وهو يسمى في هذه الحالة الألم العصبي لأنه يستمر بعد شفاء الحالة المسببة له ويكون مصدره العصب المتضرر ومن المعروف أيضا أن السكري والإدمان على الكحول يؤديان إلى الآلام العصبية .

يقوم العصب المصاب بإرسال إشارات ألم دون سبب ظاهر، حيث يعاني مرضى السكري من فرط نسبة السكر في الدم مما يؤدي إلى إصابة الأعصاب الدقيقة في اليدين والقدمين ويتولد عندها شعورا مستمرا بحروق مؤلمة في الأصابع .

لايزال الغموض يلف الأسباب الكامنة وراء اضطراب وظيفة العصب المصاب وإشارات الألم التي يرسلها، أحد هذه الأسباب هو نمو غير منتظم لمجموعة من الألياف العصبية عند الطرف المقطوع للعصب مما يشكل وربما عصبيا يبدأ بإرسال إشارات ألم دون حصول إصابة، كما أن الألياف المتشابكة لاتخضع للرقابة الدماغية التي يمكن أن تخمد إشارات الألم الصادرة إليها (دافيد و . سوانسون ، 2000، 17- 18) .

3- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم :

3-1- المعتقدات المتعلقة بالألم :

يظهر الكثير من المرضى الذين يعانون من الألم أنواعا مختلفة من المعتقدات المتعلقة بأسباب ، ودلالة الألم ، والأساليب العلاجية الملائمة له وهذه المعتقدات ليست شخصية ولكنها يمكن أن تكون مقتبسة من الثقافة التي يعيش فيها المريض ، وغالبا ما تكون خاطئة وغير توافقية (أحمد حسنين ، 2011 ، 73) .

ففي دراسة على مجموعات مختلفة من مرضى الألم المزمن وجد أن المرضى الذين أرجعوا آلامهم إلى التعرض لصدمة أو إصابة ما أظهروا مستويات مرتفعة من شدة الألم والكدر الإنفعالي ومستويات مرتفعة من تدخل الألم في أنشطة حياتهم وذلك عند مقارنتهم بمجموعة من الأفراد الذين أرجعوا آلامهم إلى عوامل وأسباب مبهمة على الرغم من عدم وجود فروق موضوعية ، كما وجد أيضا أن المجموعة التي أرجعت المرض أو الألم إلى أسباب صدمية كان الأطباء يصفون لهم مسكنات ، وذلك بشكل أكثر من المرضى الذين لم يرجعوا آلامهم إلى أسباب صدمية . (Turk & Okifuji , 1996)

وكما تجدر الإشارة في هذا المقام، إلى أن درجة الإحساس بالألم وما يسببه من عجز تعتمد أيضا بشكل كبير على طريقة تفسيره ، ولقد كان هوارد بيتشر واحد من أوائل الأطباء الذين أدركوا أهمية ذلك (Beecher ,1959) فأثناء الحرب العالمية الثانية حيث كان يعمل في الخدمة العسكرية لاحظ بيتشر العديد من إصابات الحرب والذي لفت إنتباهه أثناء معالجته للجنود أن ربعهم فقط طلبوا المورفين على الرغم من إصاباتهم البليغة والمؤلمة وعندما عاد إلى عيادته الخاصة في مدينة بوسطن عالج بيتشر إصابات مشابهة عند المدنيين ، وبالمقارنة مع العسكريين فإن 80% من المدنيين عانوا من الألم الشديد وطلبوا المورفين ولتفسير هذا التناقض إستنتج بيتشر أن معنى الألم بالنسبة للفرد يحدد إلى حد كبير خبرته بهذا الألم فبالنسبة للجندي في المعركة تعني الإصابة أنه مايزال حيا وسيعود للوطن أما بالنسبة للمدني فالإصابة تمثل تدخلا غير مرحب به في حياته ونشاطه اليومي (تشيلي تايلور ، 2008 ، 581) .

ومن المعتقدات التي تلعب دورا مهما أيضا في التأثير على الألم المزمن معتقدات المريض حول قدرته على التحكم في الألم (وجهة الضبط) ،فلقد توصلت الدراسات إلى أن المرضى الذين يظهرون وجهة ضبط داخلية مرتفعة يخبرون مستويات منخفضة من الألم ونوبات ألم أقل مقارنة بؤلائك الذين يظهرون مستويات منخفضة من وجهة الضبط الداخلية كما أنهم أيضا يستفيدون بشكل كبير من البرامج العلاجية للألم ويلتزمون بالتمارين ويؤدونها بشكل متكرر بعد العلاج (Harkappa et al , 1991) .

2-3- الفعالية الذاتية :

قدم باندورا (bandura , 1991) عددا من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفاعلية الذاتية أن تؤثر بها على الألم، وعلاجه، وذلك على النحو التالي :

- الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن مهارات ، ومعلومات تساعد في إدارة الألمهم ، والإستمرار في الأنشطة بالرغم من الألم .
- الشعور بالفعالية الذاتية يقلل من توقعات الكدر، والتوتر الجسمي، والقلق وذلك يؤثر بشكل إيجابي في تخفيف الألم .

- 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 .

3-3- الإكتئاب والألم المزمن :

تشير نتائج الأبحاث إلى أن الإكتئاب ينتشر بنسبة كبيرة بين مرضى الألم المزمن حيث تتراوح نسبته ما بين 40-50% بين هؤلاء المرضى (romano & turner ; 1985 ; bank & kerns , 1996 ; dersh et al ,2006) فضلا عن ذلك فإن نسبة الإكتئاب تزداد في بعض فئات المرضى مقارنة بالفئات الأخرى، حيث يظهر بشكل دال في مرضى (ألم البطن ، ألم الجهاز العضلي الهيكلي، والألم المتعلق بروماتيد المفاصل) ، كما انه يرتبط بنتائج مرضية سيئة حيث أشار (keefe et al , 2002) إلى أن الإكتئاب يؤدي إلى تفاقم أعراض التهاب المفاصل والضعف الوظيفي لدى مرضى روماتيد المفاصل .

وأحد العوامل التي غالبا ماتظهر عند الحديث عن الألم المزمن بإعتباره سبب للإكتئاب هو أن النوبات الإكتئابية الحالية غالبا ماتبدأ بعد بداية مشكلة الألم ،ولقد قدمت أغلب الدراسات أدلة تدعيمية لهذه الوجهة (brown , 1990) ولكن في المقابل أيضا توصلت دراسات أخرى إلى أن كثيرا من مرضى الألم المزمن غالبا ماتكون لديهم نوبات إكتئاب تحدث قبل مشكلة الألم بأعوام (احمد حسانين ، 2011 ، 87).

وقد حاول بعض العلماء شرح العلاقة بين الألم المزمن والإكتئاب بإقتراح مايسمى إضطراب الإستهداف للألم أو الألم النفسي المنشأ أو الإكتئاب المقنع ،ولكن في كل هذه الحالات يظهر سؤال مهم ألا وهو لماذا لايعاني كل مرضى الألم المزمن من الإكتئاب؟ وللإجابة على هذا التساؤل قدم (rudy et al ,1988 ; turk et al ,1995) أدلة تبدو مقنعة في هذا السياق حيث أشارا إلى أن هناك عاملين أساسيين يبدو أنهما يتوسطان العلاقة بين الألم المزمن والإكتئاب وهما : تقديرات المريض لتأثير الألم على حياته وتقديراته لقدرته على ممارسة أي تحكم على الألم وعلى حياته حيث أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يمكنهم أن يستمروا في أداء وظائفهم ، وأنهم يستطيعون ممارسة بعض التحكم فيها بالرغم من الألم سيكونون أقل عرضة للإصابة بالإكتئاب (احمد حسانين ، 2011 ، 89) .

3-4 القلق والخوف وعلاقتها بالألم المزمن :

إن تجنب الحدث المثير للخوف أمر مفيد وصحي في حالة الألم الحاد ولكن قد يمثل عائقا أمام العلاج في حالة الألم المزمن، حيث يمكن أن يؤدي القلق المتعلق بالألم والخوف إلى خبرات ألم حقيقية.

وتختلف أسباب القلق والخوف لدى مرضى الألم المزمن فهؤلاء المرضى ربما يشعرون بالقلق تجاه الأعراض التي يعانون منها، ودلالاتها، بالنسبة لهم وكذلك إتجاه المستقبل (Crombez et al ,1999).

ولقد أجريت العديد من الدراسات لتوضيح الدور الذي يلعبه القلق، والخوف في التأثير على الألم المزمن والنتائج المرتبطة به حيث توصل ميكركسين وآخرون إلى أن مرضى الألم المزمن الذين يتميزون بارتفاع مستوى القلق المتعلق بالألم يميلون إلى توقع مستويات مرتفعة من الألم بالمقارنة بالأفراد منخفضي القلق، وهذا التوقع المرتفع للألم يؤدي في الغالب إلى انخفاض الأداء السلوكي .

كما وجد أيضا أن الأفراد المرتفعي درجة القلق يخبرون مستويات مرتفعة من الإنتباه لأحاسيس الألم (Crombez et al ,1999; Mecracken ,1997) وسلوك الألم وطلب المساعدة (Mecracken et al ,1996)، وفي نفس الإتجاه أيضا وجد واديل وآخرون (waddel et al ,1993) نتيجة مهمة جدا في سياق الحديث عن العلاقة بين الخوف والألم المزمن حيث توصل إلى أن مستوى العجز لدى مرضى الألم المزمن إرتبط بالخوف من ممارسة النشاطات الطبيعية والعمل أكثر من إرتباطه بالعوامل الطبيعية الحيوية وخصائص الألم (احمد حسانين ، 2011 ، 97) .

3-5- العوامل الثقافية والألم المزمن :

إهتم كثير من الباحثين بدراسة تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على إدراك الألم المزمن والحاد وأشارت نتائج الكثير من الأبحاث إلى أهمية الدور الذي تلعبه هذه العوامل في تشكيل وفهم خبرة الألم (Dworkin et al 1992 ; Turk et al , 1994 ,1995) فالأبعاد الثقافية وخاصة البعد الخاص بإعتقادات الجماعات العرقية يؤثر في كيفية إدراك الفرد وإستجاباته للأعراض التي يعاني منها (احمد حسانين ، 2011 ، 101) .

وقد تكون الفروق العرقية والثقافية في درجة الألم مستمدة من الفروق في المعايير الثقافية المتعلقة بالتعبير عن الألم وفي بعض الحالات من الفروق في ميكانيزمات الألم ومن

الجدير بالذكر أن هناك فروقا جندرية أيضا فيما يتعلق بخبرة الألم ،حيث تظهر النساء حساسية أكبر إتجاه الألم (تشيلي تايلور ، 2008، 582).

3-6- العوامل الدينية والألم المزمن :

قدم إيمي وآخرون (Amy et al, 2007) عددا من الإفتراضات التي تتعلق بكيفية تأثير الدين والمعتقدات الدينية وإستراتيجيات التغلب الدينية على الألم ، حيث أشار إلى أن هناك خمسة عناصر أساسية يمكن من خلالها للعوامل الدينية أن تؤثر على مستويات الألم وهي:

1- يلجأ الأفراد إلى العزو الديني لمشكلاتهم من اجل أن يجدوا معنى وسبب للألم الذي يعانون منه وبالتالي ووفقا للازاروس ، وفولكمان (Lazarus &Folkman ,1984) فإن خصائص الحدث ليست هي التي تحدد الفعل، ولكن إدراك الفرد للموقف، وقدراته ومصادر التعامل المختلفة معه هي التي تؤثر في الفعل وعليه فإن فهم الألم ، والمرض في إطار ديني ربما يؤدي إلى الراحة وقوة العزيمة (هذا الألم سيجعلني قوي وسيزيد علاقتي بربي) والعكس قد يبدو صحيحا أيضا فتكوين إعزاءات دينية سلبية (لماذا أنا دون باقي الناس) يمكن أن يؤدي إلى ضعف المعنويات والقنوط ، ويؤدي إلى نتائج صحية سيئة .

2- إن زيادة التحكم والفاعلية الذاتية من خلال الإعزاءات الدينية المتعلقة بقدرة الشخص على أن يتحكم بفاعلية في المواقف التي يتعرض لها، قد تحسن القدرة على التوافق مع الألم والعجز المرتبط به ، وتشجع على إستخدام إستراتيجيات التغلب الإيجابية .

3- إن الصلاة وقراءة النصوص الدينية يمكن أن تفيد كوسيلة لتشثيت الإنتباه بعيدا عن إحساس الألم ، وذلك يؤدي إلى زيادة القدرة على تحمل الألم .

4- المشاركة النشطة في العبادات مع الجماعات ربما يعتبر وسيلة فعالة لإتاحة الفرصة أمام المريض للحصول على الدعم الديني ، والجماعي فلقد وجد أن المشاركة في العبادة مع جماعة يعتبر من أكثر العوامل تنبؤ بكل من الصحة الجسمية والعقلية .

5- تؤدي الممارسات الدينية مثل التأمل ، والصلاة إلى نشوء حالة تشبه الإسترخاء والتي تؤدي بشكل مباشر إلى تغيير الجوانب الفيسيولوجية للألم ولقد توصل كارلسون وآخرون (Carlson et al ,1988) في دراسة قارنوا فيها بين تكتيكات الإسترخاء ، والتأمل الديني إلى أن الطلاب الذين شاركوا في برنامج العبادة التأملية أظهروا مستويات منخفضة من القلق والغضب مقارنة بمجموعة تدريبات الإسترخاء (احمد حسانين ، 2011 ، 105-106) .

وكذلك في ديننا الحنيف يوجد من آيات القرآن الكريم والأحاديث النبوية ما يوضح بشكل جلي الدور الذي يمكن أن تلعبه العقيدة الدينية في التأثير على الألم وإدراكه كما ترسم لنا خطوطا عريضة لكيفية التعامل مع هذه الآلام .

4- بعض النظريات والنماذج النفسية المفسرة للألم المزمن :

ظل النموذج الطبي الحسي التقليدي الذي إقترحه ديكارت مسيطرا على التفكير بشأن الألم حتى بداية القرن العشرين حيث رسخت فكرة أن الألم يعتبر نتيجة مباشرة لتلف النسيج الحي، ولكن نظرا لقصور هذا النموذج في شرح بعض الجوانب المتعلقة بالألم المزمن فقد بدأ بعض أخصائيي الطب النفسي، والطب السلوكي الإهتمام بدور العوامل النفسية في تفسير الألم المزمن وأرجعوا هذا الألم إلى عوامل نفسية وليس إلى عوامل طبية بحتة وقدمت أفكار عديدة متعلقة بتفسير خبرة الألم المزمن .

4-1- نموذج التعلم بالاستجابة :

إذا ما تمت خبرة الألم أكثر من مرة وكان مرتبطا مع مثير حيادي أي مع مثير غير مسبب للألم ، فإن هذا المثير الحيادي يمكن أن يتحول إلى مثير لخبرة الألم. والمثال التالي يوضح ذلك: عندما يتم حقن الشخص أكثر من مرة، فإنه يمكن أن يستجيب عند رؤية المريول الأبيض أو الحقنة بتعابير الألم. وهذا الإشرط التقليدي لا يتم إلا إذا أثرت أحاسيس ألم فعلا. ووفق نموذج التفسير هذا يمكن للآلام المزمنة أن تنشأ على أساس من مشكلة ألم حاد فقط. غير أن هذا النموذج لا يستطيع تفسير التطور البطيء لحالات الألم المزمنة بدون حدث ألم حاد، كآلم الظهر أو آلام البطن مجهولة السبب. (داغمار برويكر وآخرون 2003 ، 14).

4-2- نظرية التحكم ببوابة الألم :

تعتبر هذه النظرية أول محاولة منظمة لوضع نموذج تكاملي يعتمد علي تفاعل العوامل البيولوجية، والنفسية لتفسير الألم، وقد اقترح هذه النظرية رونالد ميلزاك وبياتريك وال (Melzack & Wall, 1965) ، ووفقا لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبره حسية تعتمد فقط علي درجة التضرر الحادث في النسيج الحي، ولكن ينظر إليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية، وانفعالية، وتقديرية.

حيث يفترض وجود ميكانيزمات فسيولوجية عصبية معقدة في كل من الحبل الشوكي والمخ تعمل علي تعديل إشارات الألم الواردة فقبل أن تصل هذه الإشارات إلي المخ تمر

ببوابة عصبية موجودة في القرن الظهري للحبل الشوكي، وهذه البوابة يمكن فتحها، وغلقتها وفق نشاط نسبي في ألياف ناقلة صغيرة وكبيرة حيث إن نشاط الألياف الكبيرة يعمل علي إعاقة نقل رسائل الألم (بغلق البوابة) بينما نشاط الألياف الصغيرة يعمل علي تسهيل نقل إشارات الألم (يفتح البوابة)، وبناء علي ذلك فإن المدخلات الحسية يمكن تعديلها من خلال تحقيق التوازن في نشاط الألياف الصغيرة، والكبيرة، وبالإضافة إلي تأثير ميكانزم البوابة بنشاط الألياف الصغيرة، والكبيرة فإنه يتأثر أيضا بالتعليمات الهابطة من المخ.

ووفقا لذلك فإن العوامل التي تؤدي إلي فتح البوابة، وبالتالي الشعور بمزيد من المعاناة تتضمن جوانب حسية مثل الإصابة، وعدم النشاط أو الخمول، وميكانزمات جسمية ضعيفة، وعدم التقدم في ممارسة الأنشطة، والاستخدام طويل المدى للأدوية أما العوامل المعرفية فتشمل : التركيز الزائد علي الألم، والانزعاج منه، وتذكر أشياء سيئة تتعلق بالألم، والتفكير في أن المستقبل سيكون مأساوي، وتتضمن العوامل الوجدانية: الاكتئاب، والغضب، والقلق، والضغط، والإحباط ، والبأس، والشعور بالعجز، أما عن العوامل الحسية التي تغلق البوابة فتشمل : زيادة نشاط الاستخدام قصير المدى للأدوية فتدريبات الاسترخاء، والايروبك، وتتضمن العوامل المعرفية الاهتمامات الخارجية والاعتقادات في القدرة علي التغلب علي الألم، وتشتيت الانتباه بعيدا عن الألم، أما العوامل الوجدانية فتشمل الاتجاهات الإيجابية نحو الألم ، انخفاض الاكتئاب، والشعور بالقدرة علي التحكم في الألم، والحياة، وإدارة الضغوط (أحمد حسانين ،2007،35).

وقد اقترح ميلزاك (1999) نظرية جديدة مكملة لنظرية التحكم بالبوابة اسماها نظرية المصفوفة العصبية، ووفقا لهذه النظرية يوجد بالمخ شبكة عصبية تعمل علي تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الإحساس بالألم، والمدخلات الأساسية لهذه المصفوفة لا تتضمن المدخلات الحسية فقط، ولكن تشمل أيضا مدخلات مرحلية أخرى من مناطق المخ المسؤولة عن المعرفة، والوجدان، وكذلك أيضا أنظمة تعديل الضغوط الجسمية، وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم، كما أنها أثارت عددا من الأبحاث العملية، والإكلينيكية. (Melzack R. ,1999 ,121-127).

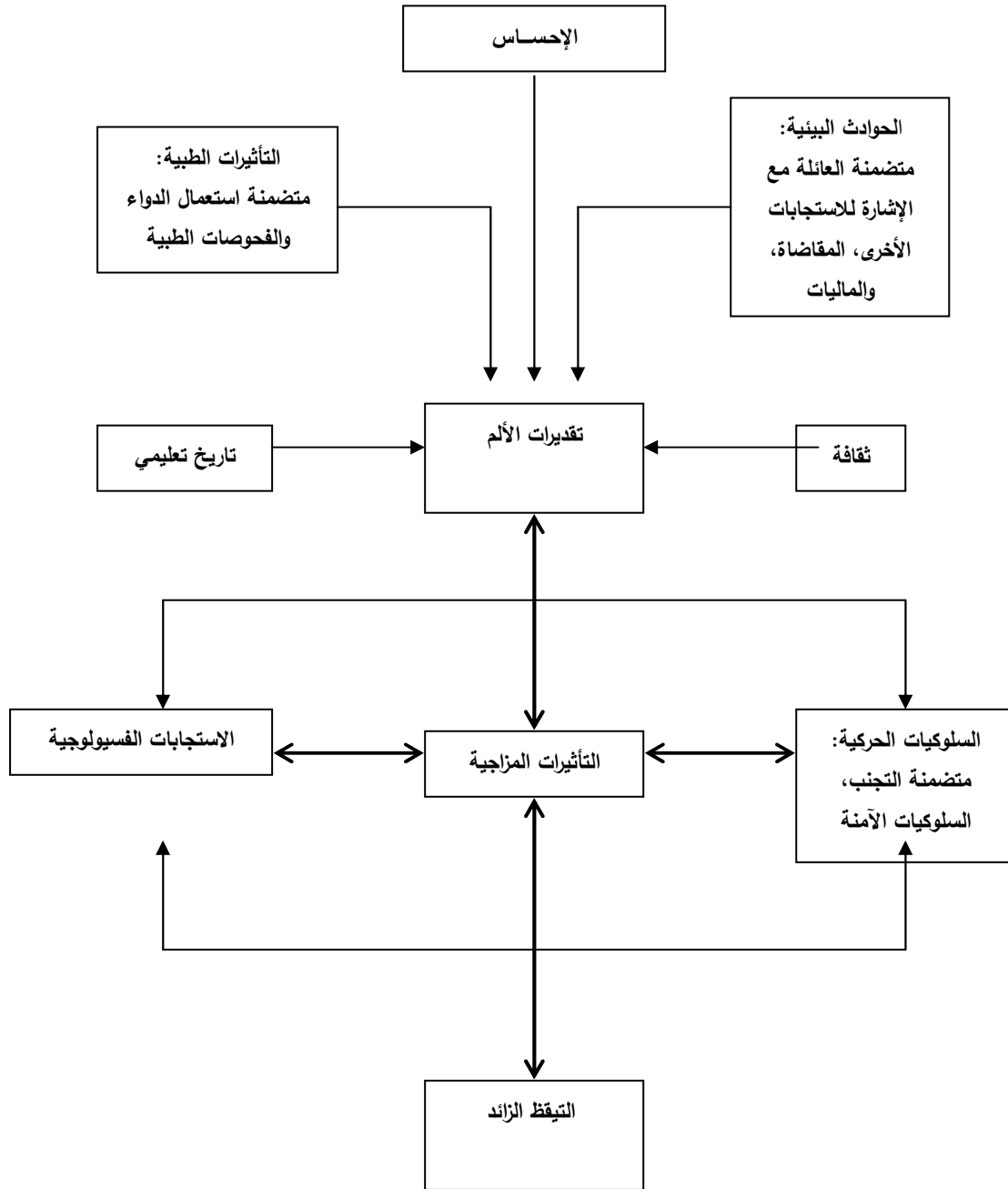
3-4- النموذج المعرفي السلوكي(الحديث):

قدم هذا النموذج من قبل شارب (Sharp T.J.) حيث يفترض أن استجابات الأفراد للألم الذي يعانون منه تؤثر بشكل رئيسي علي آلامهم وتشمل استجابات الأفراد كل أشكال

المعارف (التصورات، الأفكار) المرتبطة بالألم وليس فقط السلوك الملاحظ، ويفترض النموذج أيضا أن الفرق بين المرضى الذين يشعرون بالكدر والعجز والذين يعتقدون أن الألم لا يمثل مشكلة كبيرة بالنسبة لهم لا يقع بالضرورة في النشاط الحسي ولكنه يعتمد بشكل رئيسي على تقديرات المرضى للألم وكما يظهر في الشكل رقم (3) أن تقديرات المرضى لآلامهم قد أعطي له الدور المهم والرئيسي في هذا النموذج.

ومن خلال هذا النموذج يتضح أن التفاعلات المختلفة يمكن أن تصبح في حد ذاتها عوامل مؤثرة مثلها مثل الضغوط والعجز، وبالمثل أيضا فإن الاستثارة الفسيولوجية ربما تستمر بالرغم من غياب المدخلات الحسية العضوية كما أن التجنب والسلوكيات الآمنة ربما تؤدي إلي عدم التأكيد علي بقاء المعارف التوكيدية والمعتقدات وفي نفس الوقت فإن القلق والكدر ربما يؤديان إلي بقاء الإثارة اللاإرادية والتي ربما تؤدي إلي تقوية المعتقدات بأن هذه الإثارة حقيقية (أي أن هناك ضرر ما يقع علي الشخص)، كما أن القلق والاكنتاب ربما يؤديان بعد ذلك إلي زيادة احتمال وقوع المريض في أخطاء معرفية أو تقديرات سلبية وبالمثل بقاء التجنب والدورة تصبح مستمرة (أحمد حسانين ، 2007، 35) .

ويأخذ النموذج في حسابه أيضا إمكانية أن الضغوط والعوامل الطبيعية المنشأ يمكن أن تقاوم القلق والإثارة أو تبقي السلوكيات التوكيدية، واشتقاقا من نموذج توهم المرض (Salkovskis & Bass, 1997) ، يؤكد النموذج المعرفي السلوكي للألم المزمن علي أهمية معتقدات المرضى تجاه أعراضهم وكذلك ميلهم إلي البحث عن أسبابه ومصادره، فعلى سبيل المثال يعبر كثير من مرضى الألم المزمن عن خوفهم من حدوث ضرر أكثر ويعتقدون أن عليهم القيام بإجراء فحوصات وعلاجات أخرى ووفقا للصياغة الجديدة للنموذج فإن استجابة الطبيب لذلك ربما وبشكل غير مقصود تعزز مخاوف المريض وعجزه المفرط والمناحي السلبية للتعامل.



شكل رقم (3)

يوضح النموذج المعرفي السلوكي المعدل للألم المزمن.

(احمد حسنين ، 2007 ، 40)

ويفترض هذا النموذج أيضا أنه إذا قام المريض بتأويل المرض وتفسيره بأنه إشارة لوجود شيء ما سلبي عن حالته أو شخصيته (ألمي خطير - أنه شيء فظيع جدا - إذا لم أستطيع أن أوقفه سأصبح مجنونا - كلما أفكر في الألم لا أستطيع التركيز في شيء آخر) ثم قام بعد ذلك بمحاولة قمع مثل هذه الأفكار (مع ملاحظة أن ذلك قد يبدو كشكل من أشكال السلوكيات الآمنة) فإن النموذج يفترض أن هذه المحاولات لقمع الأفكار المتعلقة بالألم ربما

يؤدي إلى زيادة تكرارها، فمع استمرار الألم فإنه يتم القيام بكثير من الفحوصات وإعطاء علاجات إضافية في كثير من الأحيان تؤدي إلى نتائج غير مرغوبة، هنا يفترض النموذج أن مفهوم العجز المتعلم سوف يظهر وبهذا فإن المريض ربما يبدأ في الاعتقاد بأنه " لا يوجد شيء مجدي معي حتى الآن - لا توجد علاجات يمكن أن تفعل لي شيء في المستقبل" عندما يتبنى المريض مثل هذه الاعتقادات ربما يؤدي به ذلك إلى عدم بذل ما في وسعه في المعالجة وذلك ربما يزيد من فرصة عدم فعالية العلاج والذي قد يقوي تباعا اعتقاداتهم بأنه (لا يوجد شيء فعال ومؤثر) وهنا فإن هؤلاء المرضى يمكن وصفهم بأنهم فاقدوا الدافعية ويجب أن يكونوا مستهدفين لبرامج العلاج المعرفي السلوكي.

وينبغي أن نلاحظ أن هذه المعارف المتعلقة بالألم والمعتقدات يفترض أنها تظهر كنتيجة للتاريخ التعليمي السابق للفرد والخلفية الثقافية له، والتي تكونت معتمدة على الخبرات السابقة مع الألم أو معارف أفراد آخرين يعانون من الألم واعتمادا على كيفية ملاحظة المرضى الآخرين في استجاباتهم للألم أو كيفية إدراكهم للألم من منظور ثقافتهم الخاصة فإن هؤلاء المرضى ربما يتعلمون كيفية تفسير أو تقييم الألم بطرق مختلفة (أحمد حسانين ، 2007 ، 92) .

4-4- نموذج الإرهاق (الاستعداد):

يحاول هذا المبدأ مكاملة كل معارف الطب وعلم النفس. ويقوم على احتمال ارتباط نشوء واستمرار حالات الألم المزمنة بالعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ومن خلال تفاعلاتها المتبادلة. وفرضية هذا النموذج النفسي الاجتماعي البيولوجي، هي أن كل إنسان يملك استعدادا لتنمية مرض ألم محدد. هذا الاستعداد لا يتثبت على شكل مرض فقط إلا عندما تتوفر العوامل التالية:

- استعداد فيزيولوجي للاستجابة مع التغيرات في منظومة جسمية معينة: ويتألف هذا الاستعداد بموجة منخفضة من التنشيط لجهاز الألم. وهذا يعني أن مشاعر الألم الحسية يمكن أن تثار حتى من خلال مثيرات ذات شدة منخفضة، ويقوم هذا الاستعداد على استعداد وراثي أو حدث صادم سابق أو على سيرورات تعلم اجتماعية .
- تغيرات فيزيولوجية تعاش كالألم، وتعتبر هذه الأنماط وتفسيرها أنماطا متكررة استجابية ويمكن قياسها موضوعيا (كتوتر العضلات من خلال التخطيط العضلي الكهربائي).

- أنماط متكررة من الاستجابة : وتثار من خلال مثيرات داخلية خارجية مقبلة (كالمحادثات العالية التوتر) أو من خلال استجابات (التوقع - الألم، النقص في قناعات الضيطة) وتعود لسلوك الألم على المستويات الثلاثة المعروضة سابقا.

- سيرورات تعلم وتعزيز (كالخوف من الألم من خلال الحركة؛ الاهتمام والانتباه عند التعبير عن الألم): وهذه السيرورات تجعل الألم يستمر (داغمار برويكر وآخرون 2003).

5- معايير تشخيص اضطراب الألم المزمن حسب (DSM4) :

حددت معايير تشخيص اضطراب الألم المزمن حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع كما يلي :

➤ يتمثل في ألم بموضع تشريحي واحد أو أكثر فهو من الشدة بحيث يستدعي إنتباها إكلينكيا.

➤ يؤدي إلى ألم دال إكلينكيا أو إختلاف الأداء الإجتماعي أو المهني أو الوظائف الأخرى .

➤ هناك عوامل نفسية تلعب دورا في بداية الألم وفي إشتداده أو إستمراره .

➤ ليس الألم محدث عمدا أو ملفقا (كما هو الحال في الإضطراب المصطنع أو التمارض)

➤ لايمكن تعليل الألم تعليلا أفضل بوصفه نتاج إضطراب مزاج ، أو إضطراب قلق أو إضطراب ذهاني ولا يستوفي معايير عسر الجماع (DSM-IV , 2001,243).

6- بعض أنواع الألم :

1-6 -ألم الرأس :

ألام الرأس متنوعة الشدة والمدة ، وقد تشمل كل الرأس أو جزء من الرأس تعاود صاحبها كل مرة في نفس المكان أو تنتقل من مكان إلى آخر وهو وجع أو إحساس بالضغط، أو مطارق تنهال على الرأس من الخارج ، أو نفس المطارق تعمل من الداخل أو أشد أو إحساسا بشيء ينبض .(عادل صادق ، 1986،133) .

- الصداع النصفي :

وهو مرض شائع يتميز بنوبات من الصداع ، غالبا ماتكون في ناحية واحدة من الرأس ولكن من الجائز أن تكون من الناحيتين وكثيرا مايتناوب الصداع النصفي على نصفي

الرأس كما يكون في أغلب الوقت في الجهة الصدغية أو المؤخرية منها (عبد المنعم عبد القادر 2004 ، 46) .

2-6 - ألم المفاصل :

هو عبارة عن إتهاب مزمن ينشأ من خلل في الجهاز المناعي للجسم ، يصيب الأغشية المبطنة للمفاصل خاصة المفاصل الصغيرة ، وهو ألم يصاحبه عجز ويمنع الإنسان من أداء وظيفته ويقلل من كفاءته (عادل صادق ، 1986 ، 143) .

ويؤدي الروماتويد إلي ألم وتورم بالمفاصل المتماثلة علي جانبي الجسم في وقت واحد، ويصيب الروماتويد المفاصل الصغيرة بالكفين، والقدمين، والرسغين كما يصيب مفاصل الفخذين، والركبتين، والكاحل، والكتف، والكوعين، وقد يصيب فقرات العنق. يعتبر روماتويد المفاصل من أكثر التهابات المفاصل ارتباطا بالعوامل النفسية ومعظم الأبحاث التي أجريت في مجال الألم المزمن المتعلقة بالأمراض كانت علي عينات من مرضى روماتويد المفاصل. (احمد حسانين ، 2007، 17).

3-6- ألم أسفل الظهر :

وتأتي ألام الظهر بعد الصداع من حيث الكثرة والانتشار ،وتصل نسبة البالغين الذين يزورون الطبيب مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم بسبب شعورهم بالألم في الظهر إلى 4 من 5 أفراد (دافيد و . سوانسون ، 2000 ، 23)

وتتركز معظم ألام الظهر في المنطقة السفلى (القطنية) التي تحمل وزن الجسم وهي تشكل نقطة المحور التي يركز إليها الجسم للانحناء في جميع الإتجاهات . تؤدي الإصابات والحوادث إلى حصول ألم حاد في الظهر ، أما أسباب الألم المزمن فلا تزال غير واضحة ، وفيما يأتي بعض الحالات التي تترافق معه.

- إلتواء العضلات وتشنجها :يتعرض أسفل الظهر إلى إلتواءات عضلية كونه نقطة إرتكاز لدوران الوسط ، تحدث أحيانا نتيجة لحمل أوزان ثقيلة أو الإلتواء الحاد أو الوقوف على القدمين لساعات طويلة .
- عرق النسا : ألم يمتد من الظهر عبر الردف حتى أسفل القدم ، وقد ينجم عن إتهاب العصب الوركي أو الضغط عليه .
- تفتق الأقراص الفقارية :تؤدي عوامل الإستهلاك الطبيعي والإصابات إلى فتوق في الأقراص الفقارية في الظهر(الأقراص المنزقة) ،فتترلق المادة الهلامية من وسط

القرص إلى خارج حدود الفقرات ،مما يسبب ضغطا مؤلما على الأعصاب (دافيد وسوانسون ،2000، 25) .

7- قياس الألم المزمن :

حتى نتمكن من تقديم العلاج المناسب لمريض يشكو من آلام مزمنة، يجب أن نقوم بإجراء فحص شامل لهذا المريض، فعادة ما يتم سؤال المريض عن خصائص الألم لديه وموضعه والفحوصات والتحاليل الطبية والأشعات التي قام بها، وذلك من أجل الوقوف على الأسباب الباثولوجية للألم ،وفيما يلي سنورد بعض طرق عملية قياس وتقييم الألم من منظور العلاج المعرفي السلوكي .

1-7 - مقياس ماك جيل :

صمم المقياس من طرف " ماك جيل " حيث يتكون الإختبار من (58) كلمة تصف الألم مقسمة إلى (6) مجموعات حيث تضم الأولى (9) مواصفات على شكل أحاسيس للألم أما المجموعة الثانية فتحتوي على (7) مواصفات على شكل وجدانات ، حيث تفسر الصفات الوجدانية حالة القلق والإكتئاب أثناء الألم (تفسر حالة المريض إذا كان قلق أو مكتئب أثناء شعوره بالألم)وهذا يسمح بتقدير العديد من مظاهر الألم .

والإختبار عبارة عن سلم عددي من (0-4) حيث يدل (0) على عدم وجود الألم وبديل (1) على وجود ألم ضعيف ،و(2) ألم متوسط ،و(3) ألم قوي، و(4) ألم قوي جدا لايحتمل .وللحصول على الدرجة النهائية للإختبار ، تجمع درجات المقياس في المجموعة الأولى (الحسية) ،ودرجات المجموعة الثانية (الوجدانية) (Martine ,2005) .

2-7- مقياس درجة الألم والنشاط :

يعمد أخصائيو الصحة إلى قياس حدة الألم بواسطة درجات من صفر إلى عشرة (0-10) فيشير الرقم صفر إلى عدم وجود الألم والرقم عشرة إلى ذروة الألم وتستعمل هذه الطريقة في القياس مرتين يوميا لتحديد حدة الألم حيث يدون الرقم في دفتر اليوميات بالإضافة إلى ملاحظة مختصرة عن مستوى نشاطك في اليوم .والشكل الموالي رقم (4) يوضح مقياس درجة الألم والنشاط.

ألم غير محتمل.	10
ألم شديد.	9-8
ألم قوي _مكرب.	7-6
ألم مزعج متوسط القوة.	5-4
ألم خفيف.	3-2
لا ألم.	1-0

الشكل رقم (4) يوضح مقياس درجة الألم والنشاط.

(دافيد و . سوانسون ، 2000 ، 60) .

3-7- المقياس الوجهي لتحديد شدة الألم للبالغين والأطفال :

هذه الوجوه تظهر لنا درجة الألم في الوقت الراهن للمريض مرقمة من اليمين إلى اليسار من (0-10) ، ويعبر الصفر على (عدم وجود ألم)، والعشرة على (ألم شديد جدا). مع لفت إنتباه المريض على التركيز على :

- أن يكون واضح مع النقيضين يوجد ، لا يوجد.
- لا يستخدم عبارة حزين أو سعيد.
- يستخدم المقياس للتعبير عن شعوره بالداخل وليس عن الوجوه.

Wong-Baker FACES Pain Rating Scale



الشكل رقم (5) يعبر عن المقياس الوجهي لتحديد شدة الألم .

(<http://play-grand.com/tag/wong-baker-pain-chart1>)

4-7- القائمة المتعددة الأبعاد للألم :

تعتبر قائمة الأبعاد المتعددة للألم واحدة من ضمن أهم الأدوات التي ظهرت لتقييم كل من العوامل السيكولوجية والاجتماعية والسلوكية المرتبطة بالألم المزمن ، أعد هذه القائمة كيرنس، تيرك، ورودي (Kerns ,Turk &Rudy) ، سنة 1985 .

وتتكون القائمة من (60) بندا تم تقسيمهم إلى ثلاثة أقسام رئيسية ، يتناول القسم الأول تقييما لشدة الألم، وتأثيره على النواحي المختلفة لحياة المريض، والضغط الإنفعالية، والدعم من الأشخاص المهمين، ويتضمن القسم الثاني: إدراك المريض لإستجابات الأشخاص المهمين لشكواه من الألم، أما القسم الثالث فيهتم بتقييم التغير في أداء المريض في الأنشطة الشائعة في حياته .(أحمد حسانين ،2011،123).

8- الدراسات السابقة :

01- أجرى وليامس وثورن (williams & thorn ,1989) دراسة للتعرف على طبيعة معتقدات المرضى حول الألم ، وتوصلا إلى أن هذه المعتقدات يمكن تصنيفها وفق ثلاثة أبعاد رئيسية هي :

البعد الأول : الإعتقاد بأن الألم شيء مستمر ، ولا يمكن تغييره .

البعد الثاني : الإعتقاد بأن الألم سر غامض ، وغير مفهوم .

البعد الثالث : الإعتقاد بأن المريض هو سبب الألم وسبب إستمراره .

وقد وجدا أن مرضى الألم المزمن الذين حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الأول أظهروا إلتزاما ضعيف بالعلاج الطبيعي ، والعلاج السلوكي لإدارة الألم ، أما المرضى الذين حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الثاني أظهروا درجات منخفضة في تأكيد الذات ، ومستويات مرتفعة في الكدر النفسي ، وإلتزام ضعيف بالعلاج (أحمد حسانين ، 2011 ، 74) .

02- في دراسة لكوريس ، وآخرين (Kores et al , 1990) طلب فيها من مجموعتين من مرضى الألم المزمن أن يقدروا مدى قدرتهم على المشاركة في خمسة أنشطة (المشي الحمل ، التغلب على الألم ، العمل ، الأنشطة العائلية) أثناء المشاركة في برنامج العلاج متعدد الأبعاد للألم ، ووجد أن الأفراد الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة في الفاعلية الذاتية أظهروا أوقات أطول في الجلوس ، والوقوف ، وأخبروا تحسن في قدراتهم على العمل والمشاركة في الأنشطة وإستخدام منخفض للأدوية ، وإستمر هذا التحسن لمدة 3-11 شهرا من المتابعة ، وذلك مقارنة بالمجموعات المنخفضة في الفاعلية الذاتية .

03- قام جينسين وآخرون (Jensen et al , 1991) بتقييم معتقدات الفاعلية الذاتية لدى عينة من مرضى الألم المزمن في أثناء أداء ثماني سلوكيات للتغلب على الألم مثل (الإسترخاء ، تدريبات الشد)، وتوصل إلى أن معتقدات الفاعلية الذاتية المتعلقة بسلوك التغلب لدى المرضى إرتبطت بشكل مرتفع بالأداء الحقيقي أو الفعلي للسلوك .

04- في دراسة مسحية كبيرة أجريت في بلجيكا توصل سيزيلسكي وآخرون (szpalski et al 1995) إلى أن الكثير من الأفراد - سواء كان لديهم ألم أسفل الظهر أم لا - يعتقدون أن ألم أسفل الظهر سببه الأساسي هو تعرض الفرد لإصابة ما، وأن الحركة تزيد الألم، وأن الراحة والعلاج الدوائي هما أفضل الأساليب العلاجية للتعامل مع هذا الألم .

05- وكانت دراسة (Clark et Hodge, 1999) حول دور الفاعلية الذاتية في إدارة المرض المزمن، إذ قام الباحثان بدراسة على عينة من 570 امرأة مسنة، مصابات بمرض القلب حيث أسفرت نتائجها على أن فاعلية الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضة للسلوكيات الصحية الايجابية التي تساهم في إدارة حياتها المرضية (عثمان يخلف، 2001، 115).

06- وجاءت دراسة (Portera et al ,2008) حول العلاقة بين الكفاءة الذاتية وإدارة الألم ونوعية الحياة لدى مرضى سرطان الرئة والراعين لهم، حيث شملت العينة 152 مريضا وذويهم من القائمين عليهم، حيث دلت النتائج على ارتباط نوعية الحياة بالكفاءة الذاتية وكذلك بالكرب النفسي.

خلاصة الفصل :

من خلال ماسبق نستنتج أن الألم المزمن يرتبط بشكل وثيق بالعوامل النفسية، فهو ليس خبرة فيزيولوجية فحسب بل هو خبرة متعددة المحاور وتلعب العوامل النفسية دور مهم في حدوث الألم أو الشفاء منه.

الباب الثاني
الجانب التطبيقي
الفصل الرابع
الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

-تمهيد.

1-المنهج المستخدم.

2-الدراسة الاستطلاعية.

3-وصف أدوات القياس المستعملة في الدراسة وخصائصها السيكمترية

4-الدراسة الأساسية.

4-1-عينة الدراسة الأساسية ومواصفاتها.

4-2-إجراءات الدراسة الأساسية.

5-الأساليب الإحصائية.

تمهيد:

يتبنى البحث الحالي دراسة فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن لدى عينة من المرضى وغير المرضى، وبعدها تطرقنا في الفصول السابقة إلى الإطار النظري لمتغيرات الدراسة، والذي تم من خلاله صياغة فرضياتها، ولفحص الفروض والتحقق منها قامت الباحثة بعدة إجراءات منهجية، يتم عرضها في الفصل الحالي الذي تضمن المنهج المستخدم، وعينة الدراسة و أدواتها، وإجراءات تصميمها وخصائصها السيكمترية، وظروف التطبيق الميداني، وجمع البيانات، وطرق التحليل الإحصائي التي استخدمت في معالجة هذه البيانات.

1- المنهج المستخدم في الدراسة :

المنهج العلمي هو أسلوب التفكير والعمل يعتمد على الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وبالتالي الوصول إلى نتائج وحقائق معقولة حول الظاهرة موضوع الدراسة (رابحي مصطفى ومحمد غنيم، 2000، 102).

وتختلف المناهج باختلاف المواضيع ولكل منهج وظيفة وخصائص، يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه (بوحوش عمار ومحمود الذنبيات، 1995، 120). وتتبع هذه الدراسة المنهج الوصفي، الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في ذلك الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عنها تعبيراً كلفياً، وتعبيراً كمياً (محمود الجراح، 2008، 75).

وعلى وجه الدقة تم استخدام المنهج الوصفي المقارن، حيث نعمل من خلال ذلك على معرفة العلاقة بين فاعلية الذات المدركة والألم المزمن والوقوف على الفروق في فاعلية الذات المدركة، والألم المزمن بين أفراد عينة الدراسة حسب خصائصها العيادية المختلفة.

2- الدراسة الإستطلاعية:

إن الدراسة الإستطلاعية تقرب الباحث من ميدان بحثه وتزوده بمعلومات أولية حول الظاهرة محل الدراسة، وبهذا فهي " تعتبر أساساً جوهرياً لبناء البحث " (محي الدين مختار، 2000، 47).

وعليه فإن الدراسة الاستطلاعية تساعد الباحث على الربط بين الجانب النظري والتطبيقي ومن خلالها يتفحص الباحث أدوات القياس التي يستعملها في الدراسة الأساسية.

1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- تتضح أهداف الدراسة الاستطلاعية للبحث الحالي في ما يلي:
- التعرف على الصعوبات التي تعيق الدراسة الأساسية، وبالتالي إيجاد الحلول اللازمة لها.
- التمكن من التدريب الأولي على الدراسة الميدانية .
- حساب الخصائص السيكومترية للأدوات والتحقق من مدى صلاحيتها في البيئة الجزائرية، ومدى ملاءمتها لمستوى أفراد عينة البحث، وفهمهم ل فقراتها.
- اكتشاف بعض جوانب النقص في إجراءات التطبيق.

2-2- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من ستين (60) فردا من مدينة ورقلة ، حيث قسمت إلى جزئين ثلاثين (30) من المرضى ،وثلاثين (30) من غير المرضى تم اختيارها من الجنسين ذكورا وإناثا، وحسب مستواهم الدراسي (جامعي، ثانوي متوسط ابتدائي) كما أن سن العينة الاستطلاعية قد تراوح بين (19 سنة و 43 سنة) وقد اجتهدنا لتكون مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية قريبة من مواصفات عينة الدراسة الأساسية.

3- وصف أدوات القياس المستعملة في الدراسة وخصائصها السيكومترية:

في ضوء إستعراض عدد من الدراسات العربية والأجنبية وفي ضوء الإطلاع على ما هو متاح من إرث نظري ومقاييس فاعلية الذات أو الكفاءة الذاتية ،ومقاييس الألم المزمن وبناء على صياغة مشكلة الدراسة الحالية، تقرر إجراء ما يلي:

- الإستناد إلى مقياس فاعلية الذات العامة لـ (Jerusalem ;M § Schwarzer ;R) المترجم من طرف (أماني عبد المقصود عبد الوهاب ، سميرة محمد شند) في بناء إستبيان فاعلية الذات المدركة للدراسة الحالية .

- الإستناد إلى القائمة المتعددة الأبعاد للألم لـ (Kerns ;Turk & Rudy ;1985) والمترجمة من طرف (أحمد حسانين) في بناء إستبيان الألم المزمن للدراسة الحالية. وبناء على ذلك تكونت بطارية مقاييس الدراسة الحالية من إستبيانين هما :

- إستبيان فاعلية الذات المدركة (إعداد الطالبة) .

- إستبيان الألم المزمن (إعداد الطالبة) .

3-1-1-3- خطوات إعداد الاستبيانات :

3-1-1-3- وصف مقياس فاعلية الذات العامة المستند عليه في الدراسة الحالية:

يضم المقياس 21 عبارة وقد تم بناءه عام 1979 ثم تطويره وتعديله عام 2001 وهو من المقاييس أحادية البعد وذلك بهدف تقدير الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات للأفراد البالغين .وقد تم ترجمة المقياس من طرف (أماني عبد المقصود ، سميرة محمد شند) بهدف تقنيته وإعداده للإستخدام في البيئة العربية وذلك لتقدير فاعلية الذات، وتم عرضه على متخصصين في اللغة العربية وعلم النفس للتأكد من سلامة الترجمة وعدم الإخلال بالمعنى النفسي لبنود المقياس ولتقنين الأداة تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (200) فرد .

➤ بعض الخصائص السيكومترية لمقياس فاعلية الذات العامة:

أ:صدق المقياس :

قامت مترجمتا المقياس بإستخدام إجراءات للتحقق من صدق المقياس وهي: صدق المحكمين حيث بلغت نسبة إتفاق المحكمين على البنود نسبة 90%. وصدق الإتساق الداخلي حيث تم حساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من العبارات المتضمنة في المقياس ،والدرجة الكلية للمقياس وكانت درجة جميع المعاملات مرتفعة ودالة عند (0.01) مما يشير إلى أن المقياس على درجة مناسبة من الصدق .

ب:ثبات المقياس :

حيث كانت درجة الثبات كما يلي :

معامل الارتباط سبيرمان براون (0,73) ، ألفا كرومباخ (0,83) .

وهي درجة عالية مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

➤ طريقة تصحيح المقياس وتقدير الدرجات:

تم تقدير جميع بنود المقياس على مقياس متدرج من 1-3 درجات هو : نعم ،إلى حد ما ،لا وتشير الدرجة المرتفعة إلى مستوى مرتفع من فاعلية الذات ،وتعكس الدرجة بالنسبة للعبارات السلبية .

وإستنادا على مقياس فاعلية الذات العامة المترجم من طرف (أماني عبد المقصود عبد الوهاب سميرة محمد شند) قامت الطالبة ببناء إستبيان فاعلية الذات المدركة بما يتناسب مع البيئة الجزائرية وخصائص العينة.

3-1-2- إستمبيان فاعلية الذات المدركة (إعداد الطالبة):

وهو إستمبيان أحادي البعد وذلك بهدف تقدير الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات للأفراد البالغين .

أ - صدق الإستمبيان:

معنى أن يكون المقياس صادقا هو أن يقيس هذا الاختبار أو الأداة المعدة لما وضع لقياسه (فاطمة صابر، مرفت خفاجة، 2002، 167).

وحرصا من الطالبة على ملائمة إستمبيان فاعلية الذات المدركة للبيئة الجزائرية ولعينة الدراسة عملنا على قياس صلاحيته بعدة طرق نبينها كما يلي:

➤ صدق المحكمين (الصدق الظاهري):

تم عرض مقياس فاعلية الذات المدركة المكون من (21) فقرة كما هو موضح في استمارة التحكيم في الملحق رقم (1) على (7) محكمين هم أساتذة في علم النفس الملحق رقم (5). حيث طلب منهم قراءة التعريف الإجرائي لبعد الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات -ذلك لأن المقياس الذي تم الإستناد عليه في هذه الدراسة من المقاييس أحادية البعد - والبنود المتضمنة فيه، ثم الحكم عليها من حيث مدى وضوحها وملاءمتها، باستبعاد العبارات غير الملائمة أو إدخال تعديلات تصحيحية للصياغة أو إضافة فقرات جديدة بما يخدم الإستمبيان ويزيد من قيمته.

وفي ضوء آراء المحكمين اعتمدت الطالبة على نسبة اتفاق (85 %) فأكثر لإبقاء البند في الإستمبيان ،واعتمادا على ذلك لم يتم حذف أي بند وتم تعديل ثلاث (3) بنود من حيث الصياغة، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم (1)

يوضح الفقرات المعدلة من إستمبيان فاعلية الذات المدركة في ضوء آراء المحكمين.

رقم البند	البند قبل التعديل	البند بعد التعديل
01	أستطيع دائما حل المشاكل لو حاولت بجدية	أستطيع حل مشاكلي لو حاولت بجدية
11	أستطيع التعامل مع أي شيء يقف في طريقي	أستطيع التعامل مع أي شيء يحول دون تحقيق هدفي
18	أكثر الأشياء تحدث لي لأنني محظوظ	أكثر الأشياء السعيدة تحدث لي لأنني محظوظ

نلاحظ من خلال الجدول السابق البنود المعدلة في إستبيان فاعلية الذات المدركة

➤ الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية) :

تقوم هذه الطريقة على أحد مفاهيم الصدق، وهو قدرة المقياس على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها. حيث يطبق المقياس على مجموعة من المفحوصين ثم ترتب الدرجات التي حصلوا عليها تنازليا أو تصاعديا، ثم يقارن بين المجموعتين المتناقضتين اللتان تقعان على طرفي الخاصية، من حيث درجاتهما عليها، إحداهما يطلق عليها مجموعة عليا من حيث إرتفاع درجاتها على الخاصية، والثانية يطلق عليها مجموعة دنيا من حيث انخفاض درجاتها على الخاصية. ويستعمل أسلوبا إحصائيا ملائما وهو اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين، ويكون المقياس صادقا كلما كان قادرا على التمييز تمييزا دالا بين المجموعتين المتطرفتين (بشير معمرية 2009، 252)

وللتحقق من الصدق التمييزي للدرجة الكلية له تم تطبيقه على عينة مكونة من (60) فردا وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها رتبت تنازليا، ثم تمت المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين حيث أخذت نسبة (33,33 %) تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا ونسبة (33,33 %) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وقد كانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي :

جدول رقم (2)

يوضح صدق المقارنة الطرفية لإستبيان فاعلية الذات المدركة.

البيانات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
مج العليا	20	69.70	4.61	10.35	2.02	38	دالة
مج الدنيا	20	53.25	5.40				

من خلال الجدول (2) وجدنا أن "ت" المحسوبة (10.35) أكبر من "ت" المجدولة (2.02) عند درجة حرية ن=38 حيث نجد أن "ت" دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وعليه فإن الإستبيان لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في فاعلية الذات المدركة، مما يؤكد صدق الإستبيان.

ب - ثبات إستبيان فاعلية الذات المدركة :

يقصد بثبات الاختبار أن يكون على درجة عالية من الدقة والإتقان والاتساق والإطراد فيما يزودنا به من بيانات عن السلوك المفحوص، وقياسه قياسا متسقا في ظروف مختلفة ومتباينة (سوسن مجيد، 2010، 66).

وللتأكد من ثبات إستبيان فاعلية الذات المدركة قامت الطالبة بحساب الثبات كما يلي:

➤ حساب الثبات بطريقة 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 (بشير معمريه، 2009، 198).

وقد تم حساب ثبات مقياس فاعلية الذات المدركة بهذه الطريقة (معامل ألفا كرونباخ) وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول رقم (4)

يوضح نتائج معامل ثبات إستبيان فاعلية الذات المدركة بطريقة ألفا كرونباخ

الأداة	عدد البنود	معامل (α)
مقياس فاعلية الذات المدركة	21	0.77

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن معامل ثبات إستبيان فاعلية الذات المدركة بطريقة الاتساق الداخلي وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ ($\alpha = 0.77$) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يؤكد تمتع الإستبيان بمستوى جيد من الثبات.

وبناء على نتائج الصدق والثبات سألفة الذكر، يمكننا الاعتماد على إستبيان فاعلية الذات المدركة في الدراسة الحالية .

➤ طريقة تصحيح المقياس:

يتكون إستبيان فاعلية الذات المدركة في صورته النهائية الملحق رقم (3) من (21) بند يتم تصحيحها بإعطاء أربعة (4) درجات، في حالة الإجابة ب: موافق بشدة وإعطاء ثلاث (3) درجات في حالة الإجابة ب: موافق نوعا ما، ودرجتين (2) في حالة الإجابة ب: غير موافق نوعا ما ، ودرجة واحدة (1) في حالة الإجابة ب: غير موافق بشدة وتعكس الدرجات بالنسبة للبنود المصاغة سلبيا.

وبذلك تكون أدنى درجة نظرية للإستبيان هي :21.

وأعلى درجة هي :84.

3-1-3- وصف قائمة الأبعاد المتعددة للألم المستند عليها في الدراسة الحالية :

تعتبر قائمة الأبعاد المتعددة للألم واحدة من ضمن أهم الأدوات التي ظهرت لتقييم كل من العوامل السيكولوجية والاجتماعية والسلوكية المرتبطة بالألم المزمن .

أعد هذه القائمة كيرنس، تيرك، ورودي (Kerns ,Turk &Rudy) ، سنة 1985 وقد تم ترجمة القائمة من طرف (أحمد حسانين) بهدف تقنينها وإعدادها للإستخدام في البيئة العربية ، وتم عرضها على متخصصين في اللغة العربية وعلم النفس للتأكد من سلامة الترجمة وعدم الإخلال بالمعنى النفسي لبند القائمة (أحمد حسانين ،2007 ، 53) .

وتتكون القائمة من (60) بندا تم تقسيمهم إلي ثلاثة أقسام: يتكون القسم الأول من خمسة مقاييس فرعية لتقدير تأثير الألم وهي :

1- مقياس شدة الألم.

2- مقياس التدخل.

3- مقياس التحكم في الحياة.

4- مقياس الكدر الانفعالي.

5- مقياس الدعم.

أما القسم الثاني فيهتم بتقييم إدراك المريض لاستجابات الأفراد المهمين بالنسبة له للألم الذي يعاني منه ويتكون من ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

6- مقياس الاستجابات السلبية.

7- مقياس مراعاة المشاعر.

8- مقياس استجابات تحويل الانتباه.

أما القسم الثالث فيهتم بتقييم التغير في أداء المريض في الأنشطة الشائعة علي سبيل المثال:(أعمال المنزل، الأعمال الاجتماعية) ويشتمل علي أربعة مقاييس فرعية:

9- مقياس المهام المنزلية العادية أو الروتينية.

10- مقياس العمل الخارجي.

11- مقياس النشاطات خارج المنزل.

12- مقياس النشاطات الاجتماعية.

➤ طريقة تصحيح القائمة وتقدير الدرجات:

يتم تصحيح المقياس علي أساس متصل ،مكون من ستة اختيارات حيث تشير الدرجة المرتفعة إلي مستويات مرتفعة من تأثير الألم بالنسبة للقسم الأول ومستويات مرتفعة من الإهمال وعدم الرعاية من الأشخاص المهمين وذلك بالنسبة للقسم الثاني أما القسم الثالث فتشير الدرجة المرتفعة إلى أداء ضعيف للأنشطة اليومية (أحمد حسانين ،2007 ، 154) .

➤ بعض الخصائص السيكومترية للقائمة المتعددة الأبعاد للألم:

أ-صدق القائمة :

تم تقدير صدق القائمة على عينة مكونة من (58) مريضا باستخدام الاتساق الداخلي وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل مقياس من المقاييس الفرعية للقائمة والبنود التي تندرج تحته ويمكن القول بأن جميع بنود المقياس جاءت دالة عند مستوي دلالة (0.01) وهذا يعتبر مؤشر جيد لصدق القائمة.

ب- ثبات القائمة:

تم تقدير ثبات القائمة باستخدام معامل ألفا كرونباخ، حيث تم تطبيق المقياس علي عينة مكونة من (58) مريضا وقد تراوحت قيمة معامل ألفا بالنسبة لأبعاد القائمة المختلفة ما بين (0.60 ، 0.89) وهي قيمة مرضية وجيدة وتشير إلي معامل ثبات جيد للاختبار.

وإستنادا على قائمة الأبعاد المتعددة للألم المترجمة من طرف (أحمد حسانين ، 2007) قامت الطالبة ببناء إستبيان الألم المزمن بما يتناسب مع البيئة الجزائرية وخصائص العينة.

4-1-3-إستبيان الألم المزمن (إعداد الطالبة):

والذي يهدف إلى تشخيص إضطراب الألم المزمن لدى أفراد العينة حيث يتضمن ثلاثة (3) أبعاد هي :

✓ الأثر النفسي والصحي للألم :مدى تأثير الألم على حالة المريض الصحية وشعوره وإعتقاده نحو قوته وضعفه .

✓ إدراك المساندة : مدى إدراك المريض لتوفر المساندة والمساعدة والدعم اللازم للمريض وقت الألم .

✓ الأداء والأنشطة : مدى تأثير الألم على أداء المريض في نشاطاته اليومية.

أ - صدق الإستبيان :

وحرصا من الطالبة على ملائمة مقياس الألم المزمّن للبيئة الجزائرية، ولعينة الدراسة وبعد استكمال إعداد بنود الإستبيان، عملنا على قياس صلاحيته بعدة طرق نبينها كما يلي:

➤ صدق المحكمين (الصدق الظاهري) :

تم عرض إستبيان الألم المزمّن المكون من (36) فقرة كما هو موضح في استمارة التحكيم في الملحق رقم (2) على (7) محكمين هم أساتذة في علم النفس، الملحق رقم (5) حيث طلب منهم قراءة أبعاد الإستبيان والتعريف الإجرائي لكل بعد، والبنود المتضمنة فيه ثم الحكم عليها، من حيث مدى وضوحها وملاءمتها، باستبعاد العبارات غير الملائمة أو إدخال تعديلات تصحيحية للصياغة، أو إضافة فقرات جديدة بما يخدم الإستبيان ويزيد من قيمته.

وفي ضوء آراء المحكمين اعتمدت الطالبة على نسبة اتفاق (85 %) فأكثر لإبقاء الفقرة في المقياس، واعتمادا على ذلك تم حذف بند واحد(1) لم يحضى بنسبة الاتفاق المحددة وتعديل (4) بنود من حيث الصياغة وبعد التعديلات المبنية على توجيهات السادة المحكمين، عدلت البنود، وبقي الإستبيان مكونا من(35) بند موزع على الأبعاد الثلاثة للإستبيان ، كما هو موضح في الجدول الموالي .

الجدول رقم (5)

يوضح الفقرات المعدلة والمحذوفة من إستبيان الألم المزمن في ضوء آراء المحكمين.

البنود المحذوفة	البند بعد التعديل	البند قبل التعديل	رقم*	البنود الأبعاد
/	ما مدى تدخل ألمك في مقدار إستمتاعك بالمشاركة في الأنشطة الإجتماعية	مامقدار تغيير ألمك لكمية الرضا والإستمتاع الذي تحصل عليه من المشاركة في الأنشطة الإجتماعية	01	البعد الأول الأثر النفسي والصحي للألم
خلال الأسبوع الماضي ماهي درجة قابليتك للإثارة الإنفعالية	/	/	15	
/	إلى أي مدى غير الألم من علاقاتك الأسرية	إلى أي مدى غير الألم من حياتك وعلاقاتك الأسرية	01	البعد الثاني إدراك المساندة
/	إلى أي مدى يحاول أفراد أسرته تحقيق الراحة لك	مامقدار محاولة أفراد أسرته جعلك تستريح	07	
/	مامدى تدخل الألم في إعاقه أنشطتك اليومية	مامدى تدخل الألم في أنشطتك اليومية	01	البعد الثالث الأداء والأنشطة

*رقم البند في البعد الذي ينتمي إليه.

نلاحظ من خلال الجدول السابق ،البنود المعدلة والمحذوفة بالنسبة للبعد الأول والبنود المعدلة بالنسبة للبعد الثاني والثالث.

➤ الصدق التمييزي(صدق المقارنة الطرفية) :

وللتحقق من الصدق التمييزي للدرجة الكلية للإستبيان تم تطبيقه على عينة مكونة من (60) فردا، وبعد تكميم الإجابات وترتيب الدرجات المتحصل عليها رتبنا تنازليا ثم تمت

المقارنة بين المجموعتين المتطرفتين حيث أخذت نسبة (33,33 %) تمثل الأفراد ذوي الدرجات العليا ونسبة (33,33 %) تمثل الأفراد ذوي الدرجات الدنيا، وقد كانت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي:

جدول رقم (6)

يوضح صدق المقارنة الطرفية لإستبيان الألم المزمّن.

البيانات	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	"ت" المجدولة	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
مج العليا	20	153.65	10.19	12.14	2.02	38	دالة
مج الدنيا	20	98.50	17.56				

من خلال الجدول (6) وجدنا أن "ت" المحسوبة (12.14) أكبر من "ت" المجدولة (2.02) عند درجة حرية $n=38$ حيث نجد أن "ت" دالة عند مستوى الدلالة (0.05) وعليه فإن الإستبيان لديه قدرة تمييزية بين الحاصلين على درجات مرتفعة وبين الحاصلين على درجات منخفضة في فاعلية الذات المدركة، مما يؤكد صدق الإستبيان.

ب - ثبات إستبيان الألم المزمّن:

للتأكد من ثبات إستبيان الألم المزمّن قامت الطالبة بحساب الثبات كما يلي:

➤ حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ للتجانس :

تم حساب ثبات إستبيان الألم المزمّن بهذه الطريقة (معامل ألفا كرونباخ) وكانت النتيجة كما هو مبين في الجدول الموالي:

الجدول رقم (8)

يوضح نتائج معامل ثبات إستبيان الألم المزمّن بطريقة ألفا كرونباخ.

الأداة	عدد البنود	معامل (α)
مقياس الألم المزمّن	35	0.84

نلاحظ من خلال الجدول السابق، أن معامل ثبات إستبيان الألم المزمّن بطريقة الإتساق الداخلي، وفق معادلة ألفا كرونباخ كان مساويا لـ ($\alpha=0.84$)، وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، مما يؤكد تمتع المقياس بمستوى جيد من الثبات.

وبناء على نتائج الصدق والثبات سألنا الإعتقاد على إستبيان الألم المزمن في الدراسة الحالية، والذي تم رصد أبعاده وأرقام فقراته ، كما هو موضح في الجدول التالي.

الجدول رقم (9)

يوضح أبعاد إستبيان الألم المزمن في صورته النهائية وأرقام فقرات كل بعد.

أرقام البنود	البعد	
-30-26-25-22-16-13-10-7-4-29-1 34-19-33	الأثر النفسي والصحي للألم	01
.35-31-27-23-20-17-14-11-8-5-2	إدراك المساندة	02
.32-28-24-21-18-15-12-9-6-3	الأداء والأنشطة	03

ونشير في هذا المقام إلى أن بعض البنود قد صيغت في الإتجاه الإيجابي واخرى في الإتجاه السلبي .

➤ طريقة تصحيح المقياس:

يتكون إستبيان الألم المزمن في صورته النهائية الملحق رقم(4) من ثلاثة (3) أبعاد وخمسة وثلاثون (35) بند يتم تصحيحها بسلم تنقيطي يندرج من 0 إلى 6 . وبذلك تكون أدنى درجة نظرية للمقياس هي (0) وأعلى درجة هي :210.

4- الدراسة الأساسية :

4-1- عينة الدراسة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من أفراد مرضى (بآلام مزمنة) وغير مرضى ذكورا وإناثا من مدينة ورقلة وقد تم اختيارهم 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 " إفتراضي 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 إستقرائيا من الجزء إلى الكل (فؤاد أبو حطب، آمال صادق، 2010، 85).

وقد مرت عملية اختيار العينة بالخطوات التالية:

1- قامت الطالبة بتطبيق إستبيانات الدراسة على أفراد مرضى وغير مرضى قاطنين بمدينة ورقلة، وقد تم في البداية توزيع (350) نسخة من كل إستبيان، وقد روعي في ذلك التوصل إلى التطبيق على مختلف الكليات بجامعة قاصدي مرباح ورقلة بالنسبة للأفراد غير المرضى، ومحاولة توزيع الإستبيانات على معظم العيادات المختصة في جراحة العظام وبعض عيادات الطب العام بمدينة ورقلة بالنسبة للأفراد المرضى مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص المتعلقة بالمتغيرات الإكلينيكية المعتمدة في هذه الدراسة، وقد كان التطبيق فرديا بالنسبة لكل العينة سواء مرضى أو غير مرضى واعتمدت الطالبة على التطبيق الفردي حتى تتأكد من فهم كل فرد من أفراد العينة -مريض أو غير مريض- لعبارات الإستبيانيين وحتى تتمكن الطالبة من الإجابة على كل إستفسار يمكن أن يطرحه أفراد العينة وخاصة بالنسبة للأفراد ذوي المستوى الدراسي (الإبتدائي والمتوسط) .

2- بعد الفرز والمراجعة لتلك النسخ من المقياسين، تم إلغاء (66) نسخة لعدم إستيفائها لشروط البحث مثل (عدم كتابة أحد البيانات الشخصية المطلوبة في الدراسة أو عدم الإجابة على أحد البنود أو أحد الإستبيانات....).

3- ليصبح العدد الإجمالي للعينة (284) مقسمة إلى جزئين منهم (131) مرضى و(153) غير مرضى .

وندرج فيما يلي وصفا تفصيليا لخصائص العينة .

❖ وصف عينة الدراسة الأساسية :

أ- توزيع أفراد العينة حسب المرض:

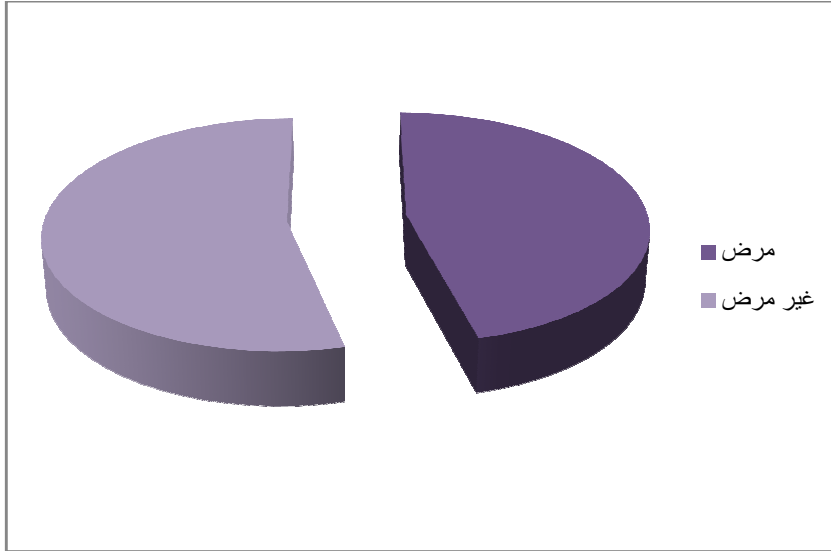
لقد تم توزيع أفراد العينة الكلية فيما يخص متغير المرض إلى فئتين ، فئة المرضى وهم الذين يعانون من آلام مزمنة (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر) وفئة غير المرضى وهم الذين لا يعانون من آلام مزمنة ، وكانت النسب كما هي موضحة في الجدول التالي :

الجدول رقم (10)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب المرض.

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات أحصائية متغيرات
46.12%	131	مرضى
53.87%	153	غير مرضى
100%	284	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن أفراد العينة الكلية يتوزعون حسب متغير المرض إلى فئتين فئة المرضى بالآلام المزمنة ويمثل عدد أفرادها (131) ،وبنسبة (46.12%) بينما يمثل النوع الثاني فئة الأفراد الغير مرضى بالآلام مزمنة عددها (153) ، أي بنسبة (53.87%) .



الشكل رقم (6) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المرض.

ب- توزيع أفراد العينة حسب الجنس :

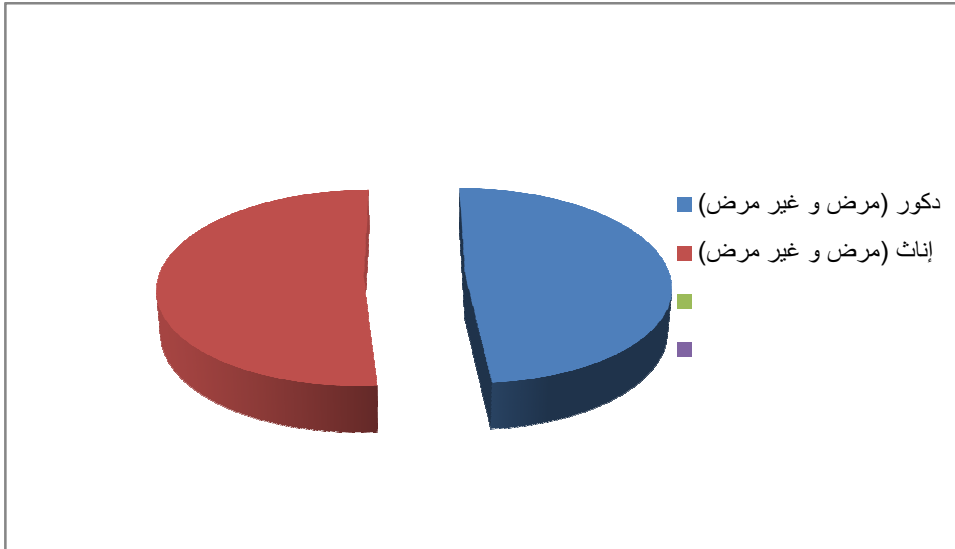
ويتوزع أفراد العينة الكلية فيما يخص متغير الجنس حسب النسب كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (11)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات أحصائية متغيرات
%48.59	138	ذكور (مرضى+غير مرضى)
%51.40	146	إناث (مرضى+غير مرضى)
%100	284	المجموع

يتضح من الجدول السابق أن عدد الذكور (مرضى+غير مرضى) كان (138) ونسبة (%48.59) بينما عدد الإناث (مرضى+غير مرضى) بلغ (146) ،وهو ما يمثل نسبة (%51.40) .



الشكل رقم (7) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

ج- توزيع أفراد العينة حسب السن :

يتراوح سن عينة الدراسة بين (19-43) سنة وقد تم تقسيم العينة من حيث السن إلى ثلاث

فئات :

- الفئة الأولى سنها يتراوح بين (19-27).

- الفئة الثانية سنها يتراوح بين (28-35).

- الفئة الثالثة سنها يتراوح بين (36-43).

حيث يتوزع أفراد العينة على هذه الفئات كما هو موضح في الجدول ادناه .

الجدول رقم (12)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن .

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
%86.97	247	من (27-19) سنة
%9.15	26	من (35-28) سنة
%3.87	11	من (43-36) سنة
%100	284	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن العينة الكلية للدراسة المكونة من (284) فردا تتوزع حسب السن إلى ثلاث فئات الفئة الأولى من (27-19) سنة يبلغ عددها (247) فردا بنسبة (%86.97) ، والفئة العمرية الثانية من (35-28) سنة والبالغ عددها (26) فردا بنسبة (%9.15) والفئة العمرية الثالثة من (43-36) عددها (11) فردا بنسبة (%3.87) .



الشكل رقم (8) يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن .

د- توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي :

تم توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي كالتالي :

- بالنسبة للأفراد الغير مرضى إندرجوا كلهم ضمن المستوى الدراسي الجامعي .

- بالنسبة للأفراد المرضى إنقسموا إلى ثلاث فئات :

✚ فئة المرضى الذين لديهم مستوى دراسي جامعي .

✚ فئة المرضى الذين لديهم مستوى دراسي ثانوي .

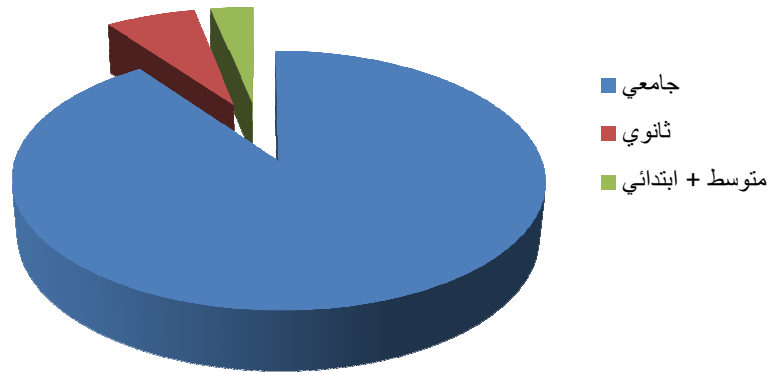
✚ فئة المرضى الذين لديهم مستوى دراسي إبتدائي ومتوسط .
وكانت الأعداد والنسب كما هو مبين في الجدول أدناه .

الجدول رقم (13)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي .

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
90.14%	256	جامعي
6.69%	19	ثانوي
3.16%	9	إبتدائي -متوسط
100%	284	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن العينة الكلية للدراسة المكونة من (284) فردا تتوزع حسب المستوى الدراسي إلى ثلاث فئات الفئة الأولى (مستوى دراسي جامعي) ويبلغ عددها (256) فردا بنسبة (90.14%) ،والفئة الثانية (مستوى دراسي ثانوي) والبالغ عددها (19) فردا بنسبة (6.69%) ،والفئة الثالثة (مستوى دراسي إبتدائي ومتوسط) وعددها (9) أفراد بنسبة (3.16%) .



شكل رقم (9) يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي .

هـ- توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم :

تم توزيع أفراد العينة من المرضى حسب نوع الألم كالتالي :

✚ فئة المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة على مستوى الرأس .

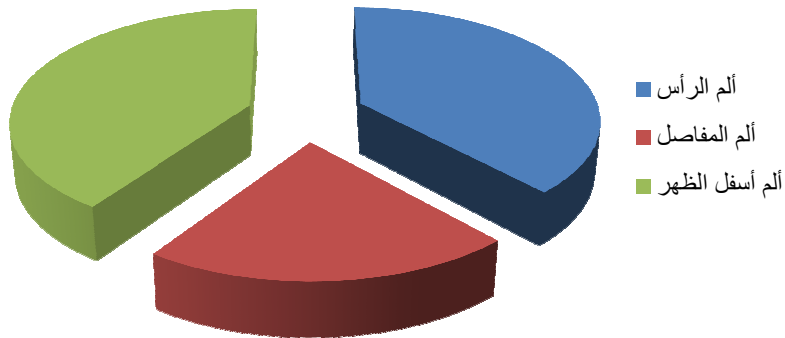
✚ فئة المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة على مستوى المفاصل.
 ✚ فئة المرضى الذين يعانون من آلام مزمنة على مستوى أسفل الظهر.
 وكانت الأعداد والنسب كما هو مبين في الجدول أدناه .

الجدول رقم (14)

يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم .

النسبة المئوية	العدد	مؤشرات إحصائية متغيرات
38.16%	53	ألم الرأس
21.37%	28	ألم المفاصل
40.45%	50	ألم أسفل الظهر
100%	131	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن عينة المرضى المكونة من (131) فردا تتوزع حسب نوع الألم إلى ثلاث فئات ،الفئة الأولى (مرضى ألم الرأس) ويبلغ عددها (53) فردا بنسبة (38.16%) ،والفئة الثانية (مرضى ألم المفاصل) والبالغ عددها (28) فردا بنسبة (21.37%) ،والفئة الثالثة (مرضى ألم أسفل الظهر) وعددها (50) فردا بنسبة (40.45%) .



شكل رقم (10) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع الألم .

4-2: إجراءات الدراسة الأساسية :

أجريت الدراسة الأساسية بدءا من 19 ماي 2014 إلى غاية 24 جوان 2014، حيث تم تطبيق إستبيانين (إستبيان فاعلية الذات المدركة ،إستبيان الألم المزمن) وحرصا من الطالبة على أن يكون التطبيق أكثر دقة وضبطا، تم شرح الهدف العلمي للدراسة وكيفية الإجابة

على الإستبيانين، والإجابة على أسئلة المفحوصين لتفادي أي لبس أو تحفظ، كما تركت الحرية للمفحوصين بعد ذلك ليقرروا المشاركة في البحث أو لا بكل شفافية، وفي الحالة قبول المشاركة يتم التأكيد على ضرورة تحري الصدق في الإجابة، خاصة أن هوية المفحوص تبقى دائماً مجهولة، المهم ما يدلي به من معلومات .وتتراوح مدة الإجابة على أسئلة الإستبيانين من (20) إلى (30) دقيقة .

5- الأساليب الإحصائية:

لمعالجة البيانات المتحصل عليها بعد تطبيق الدراسة الأساسية اعتمدت الأساليب

الإحصائية التالية (مقدم عبد الحفيظ، 2003)

-المتوسط الحسابي.

-الانحراف المعياري.

-اختبار " ت " لدلالة الفروق بين المتوسطات.

-تحليل التباين الأحادي (One Way Anova).

-إختبار ألسيدي (LSD) للمقارنات البعدية (أسامة ربيع، 2007، 156)

ولقد تمت المعالجة الإحصائية للبيانات باستعمال حزمة البرنامج الإحصائي في العلوم

الاجتماعية (spss.20)، والتي حصلنا من خلالها على النتائج التي نعرض إليها في الفصل

الموالي.

الفصل الخامس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.

7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة.

8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة .

خلاصة الفصل.

تمهيد:

بعدها تم عرض الإجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق، سيتم حالياً التطرق إلى عرض النتائج المتوصل إليها من خلال اختبار فرضيات الدراسة باستخدام الأساليب الإحصائية المعتمدة، وذلك في جداول تم تحليل البيانات الواردة فيها، ويتم العرض حسب ترتيب الفرضيات وقراءة النتائج المتحصل عليها قراءة ملائمة تمكنا من التفسير العلمي للنتائج.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى :

والتي نصها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المرضى وغير المرضى في فاعلية الذات المدركة وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (15)

الجدول رقم (15)

يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المرضى وغير المرضى في فاعلية الذات المدركة .

المؤشرات الإحصائية المتغيرات	العينة = ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	الدلالة الإحصائية
المرضى	153	59.24	37.58	0.85	282	1.97	غير دالة
غير المرضى	131	61.94	9.84				

يتضح من الجدول السابق أن متوسط درجات المرضى على مقياس فاعلية الذات المدركة قدر بـ : (59.24) وبإنحراف معياري قدره (37.58)، أما متوسط درجات غير المرضى على مقياس فاعلية الذات فقد قدر بـ: (61.94) وبإنحراف معياري قدره (9.84) .

وكانت قيمة "ت" المحسوبة تساوي (0.85) وهي أقل من قيمة "ت" المجدولة (1.97) بدرجة حرية (282) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) .

مما يعني عدم دلالة الفروق وبناء على هذه النتائج فإنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى وعليه تأكدت الفرضية الصفرية.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من المرضى في فاعلية الذات المدركة وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (16)

الجدول رقم (16)

يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الجنسين من المرضى في فاعلية الذات المدركة .

المؤشرات الإحصائية المتغيرات	العينة = ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	الدلالة الإحصائية
ذكور	57	62.73	10.26	0.80	129	1.98	غير دالة
إناث	74	61.33	9.53				

يتضح من الجدول السابق أن متوسط درجات المرضى الذكور على مقياس فاعلية الذات المدركة قدر ب : (62.73) وبإنحراف معياري قدره (10.26)، أما متوسط درجات المرضى الإناث على مقياس فاعلية الذات فقد قدر ب:(61.33) وبإنحراف معياري قدره (9.53).

وكانت قيمة "ت" المحسوبة تساوي (0.80) وهي أقل من قيمة "ت" المجدولة (1.98) بدرجة حرية (129) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05).

مما يعني عدم دلالة الفروق، وبناء على هذه النتائج فإنه لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى وعليه تأكدت الفرضية الصفرية.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة :

والتي تنص على أنه: لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى من عينة الدراسة.

ولفحص هذه الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) والجدول رقم (17) يبين نتائج التحليل .

الجدول رقم (17)

يوضح نتائج اختبار تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى.

الفئة العمرية	العينة ن=131	المتوسط الحسابي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة المشاهد	الدلالة الإحصائية
27-19	103	62.56	بين المجموعات	288.04	2	144.02	1.49	0.22	غير دالة
35-28	17	61.23	داخل المجموعات	12312.58	128	96.19			
43-36	11	57.27	المجموع	12600.62	130				

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى حيث جاءت قيمة "ف" تساوي (1.49) بدرجة حرية (2) و (128) وكان مستوى الدلالة المشاهد "Sig" يساوي (0.22) وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05) مما يعني عدم دلالة الفروق وعليه تأكدت الفرضية الصفرية.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة :

والتي كان نصها كالتالي : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة.

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الفئتين العمريتين (19-27) ، (28-35) لدى غير المرضى في عينة الدراسة وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (18)

الجدول رقم (18)

يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى .

المؤشرات الإحصائية المتغيرات	العينة = ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	"ت" المجدولة	الدلالة الإحصائية
27-19	144	64.34	6.50	1.05	151	1.97	غير دالة
35-28	9	69	13				

يتضح من الجدول السابق أن، متوسط درجات الأفراد الغير مرضى بالنسبة للفئة العمرية من (19-27) على إستبيان فاعلية الذات المدركة قدر ب : (64.34) وبانحراف معياري قدره (6.50) أما متوسط درجات الأفراد الغير مرضى بالنسبة للفئة العمرية من (28-35) على إستبيان فاعلية الذات المدركة فقد قدر ب:(69) وبانحراف معياري قدره (13)، وكانت قيمة

"ت" المحسوبة تساوي (1.05) وهي أقل من قيمة "ت" المجدولة (1.97) بدرجة حرية (151) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) .

مما يعني عدم دلالة الفروق، وبناء على هذه النتائج فإنه لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة وعليه تأكدت الفرضية الصفرية.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة :

والتي تنص على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة .

ولفحص هذه الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) والجدول رقم (19) يبين نتائج التحليل .

الجدول رقم (19)

يوضح نتائج إختبار تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة .

الدالة الإحصائية	مستوى الدلالة المشاهد	قيمة " ف "	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع مربعات الانحراف	مصدر التباين	المتوسط الحسابي	العينة ن=131	المستوى الدراسي
دالة	0.03	3.39	317.01 4	2	634.02	بين المجموعات	62.64	103	جامعي
			93.48	128	11966.5 9	داخل المجموعات	62.00	19	ثانوي
				130	12600.6 2	المجموع	53.88	9	إبتدائي ومتوسط

يتضح من الجدول (19) أنه توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي في عينة الدراسة من المرضى حيث جاءت قيمة "ف" تساوي (3.39) بدرجة حرية (2) و (128) وكان مستوى الدلالة المشاهد "Sig" يساوي (0.03) وهي قيمة أقل من مستوى المعنوية (0.05) مما يعني دلالة الفروق وهذه النتائج توضح عدم صحة الفرضية الخامسة.

ولتحديد بين أي من فئات المستوى الدراسي (جامعي)، (ثانوي)، (إبتدائي-متوسط) تقع الفروق بالنسبة لفاعلية الذات المدركة تم إجراء إختبار ألسيدي (LSD) للمقارنات البعدية والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (20)

إختبار ألسيدي (LSD)

للمقارنات البعدية للدرجة الكلية لفاعلية الذات المدركة حسب متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة .

إبتدائي ومتوسط		ثانوي		جامعي		مؤشرات إحصائية متغيرات
إحتمال (p.value)	متوسط الفرق	إحتمال (p.value)	متوسط الفرق	إحتمال (p.value)	متوسط الفرق	
0.04	-8.11	0.01	-8.75			جامعي
0.79	-0.64			0.01	8.75	ثانوي
		0.79	0.64	0.04	8.11	إبتدائي ومتوسط

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن هناك فروقا جوهرية في فاعلية الذات المدركة بين المستوى (الجامعي) وكل من المستويين (الثانوي) و(الإبتدائي - متوسط) ، حيث كانت قيمة (p.value) تساوي على التوالي (0.01) ، (0.04) وهي أقل من مستوى المعنوية (0.05) .

بينما كان الإختلاف بين المستوى الثانوي والمستوى (الإبتدائي - متوسط) غير جوهري حيث كانت قيمة (p.value) تساوي (0.79) (79%) وهي أكبر من مستوى الدلالة (0.05) .

وهذا يعني أن الأفراد ذوي المستوى الجامعي بمتوسط حسابي قدر بـ: (62.64) كانوا أكثر فاعلية ذاتية من الأفراد ذوي المستوى (الثانوي) والمستوى (الإبتدائي -متوسط) لدى المرضى من عينة الدراسة .

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة :

والتي تنص على أنه : لاتوجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة.

للتحقق من هذه الفرضية قامت الطالبة بحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الذكور والإناث من غير المرضى في فاعلية الذات المدركة وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (21)

الجدول رقم (21)

يوضح نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الجنسين في فاعلية الذات المدركة لدى غير المرضى من عينة الدراسة.

المؤشرات الإحصائية المتغيرات	العينة = ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	"ت" المحسوبة	درجة الحرية	" ت " المجدولة	الدلالة الإحصائية
	153						
الذكور	81	53.53	27.44	2.01	151	1.97	دالة
الإناث	72	65.66	45.79				

يتضح من الجدول السابق أن متوسط درجات الذكور الغير مرضى على مقياس فاعلية الذات المدركة قدر بـ : (53.53) وبانحراف معياري قدره (27.44) ،أما متوسط درجات

الإناث الغير مريضات على مقياس فاعلية الذات فقد قدر ب: (65.66) وبإنحراف معياري قدره (45.79).

وكانت قيمة " ت " المحسوبة تساوي (2.01) وهي أكبر من قيمة" ت "المجدولة (1.97) بدرجة حرية (151) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (0.05) .

مما يعني دلالة الفروق لصالح الإناث، وبناء على هذه النتائج فإنه توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى في عينة الدراسة لصالح الإناث وهذه النتائج توضح عدم صحة الفرضية السادسة.

7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة :

والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن بإختلاف نوعية الألم(الم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر).
ولفحص هذه الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي(ANOVA) والجدول رقم (22) يبين نتائج التحليل.

الجدول رقم (22)

يوضح نتائج إختبار تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في درجة الألم المزمن بإختلاف نوعية الألم لدى المرضى .

نوع الألم	العينة ن=131	المتوسط الحسابي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة المشاهد	الدلالة الإحصائية
آلام الرأس	50	113.2 8	بين المجموعات	2194.32	2	1097.1 6	0.87	0.41	غير دالة
آلام المفاصل	28	112.4 2	داخل المجموعات	160172. 82	128	1251.3 5			
آلام أسفل الظهر	53	104.6 6	المجموع	162367. 14	130				

يتضح من الجدول (22) السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن بإختلاف نوعية الألم (ألم الرأس ،ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر). حيث جاءت قيمة "ف" تساوي (0.87) بدرجة حرية (2) و (128) وكان مستوى الدلالة المشاهد "Sig" يساوي (0.41) وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05) مما يعني عدم دلالة الفروق وعليه تأكدت الفرضية الصفرية.

8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة :

والتي تنص على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة بإختلاف نوع الألم (ألم الرأس ،ألم المفاصل ،ألم أسفل الظهر) .

ولفحص هذه الفرضية تم إجراء تحليل التباين الأحادي (ANOVA) والجدول رقم (23) يبين نتائج التحليل.

الجدول رقم (23)

يوضح نتائج إختبار تحليل التباين "ف" لدلالة الفروق في فاعلية الذات المدركة بإختلاف نوع الألم لدى المرضى .

نوع الألم	العينة ن=131	المتوسط الحسابي	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " ف "	مستوى الدلالة المشاهد	الدلالة الإحصائية
آلام الرأس	50	60.78	بين المجموعات	234.06	2	117.03	1.21	0.30	غير دالة
آلام المفاصل	28	60.96	داخل المجموعات	12366.5 6	128	96.61			
آلام أسفل الظهر	53	63.56	المجموع	12600.6 2	130				

يتضح من الجدول (23) السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المرضى على مقياس فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (آلام الرأس، آلام المفاصل آلام أسفل الظهر) حيث جاءت قيمة "ف" تساوي (1.21) بدرجة حرية (2) و (128) كان مستوى الدلالة المشاهد "Sig" يساوي (0.30) وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05) مما يعني عدم دلالة الفروق وعليه تأكدت الفرضية الصفرية.

خلاصة الفصل:

تضمن هذا الفصل تحليل بيانات عملية فحص نسبة الفروق في فاعلية الذات المدركة لدى أفراد العينة، وقد أسفرت النتائج على أن الفروق بين المرضى وغير المرضى في فاعلية الذات كانت طفيفة ولم تصل إلى حد الدلالة حيث كان متوسط درجات المرضى على مقياس فاعلية الذات يقدر بـ: (59.24) ، بينما كان متوسط درجات غير المرضى على مقياس فاعلية الذات يقدر بـ: (61.94) .

كما تم حساب الفروق في فاعلية الذات المدركة لدى المرضى وغير المرضى حسب المتغيرات التالية (الجنس، السن، المستوى الدراسي ، درجة الألم المزمن ، نوع الألم المزمن) وقد كانت النتائج متسقة مع بعض نتائج دراسات سابقة ، وهو ما سيتم توضيحه في الفصل الموالي عند تفسير ومناقشة النتائج.

الفصل السادس

تفسير ومناقشة نتائج الفرضيات

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة.

8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة.

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (15) تبين المعالجة الإحصائية للبيانات أن الفرضية الصفرية التي جاءت بها الطالبة تحققت ،ومن خلال الإجراءات الإحصائية وجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى ،حيث كانت " ت " المحسوبة في فاعلية الذات المدركة (0.85) أقل من "ت" المجدولة (1.97) ،بيد أنه وجد فرق في المتوسطات الحسابية بين المرضى وغير المرضى حيث كان متوسط درجات المرضى على مقياس فاعلية الذات يقدر بـ: (59.24)، بينما كان متوسط درجات غير المرضى على مقياس فاعلية الذات يقدر بـ: (61.94) وكما هو جلي فالفرق كانت طفيفة لصالح غير المرضى ،ولم تصل إلى حد الدلالة وهذه النتيجة تتفق مع دراسة **Mosher (2010)** وزملاؤها حيث وجدت أن ارتفاع الفاعلية الذاتية مؤشر على القدرة على التكيف مع المرض لدى عينة من 87 مريضا مصابا بالسرطان، إضافة إلى التعامل مع الألم والكرب النفسي، وأشارت في دراستها إلى أن انعدام الفروق بين المرضى والأصحاء في الفاعلية الذاتية قد يعود للمتغيرات الوسيطة الكامنة المؤثرة فيها.

بينما تختلف هذه النتيجة 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 الألم، وكذلك تختلف مع دراسة **Norman (2002)** وزملاؤه باستكشاف 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 بالمزمنين، ودراسة **Freach (2000)** وزملاؤه باستكشاف 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.

وترى الطالبة أن عدم وجود فروق دالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى، يمكن أن يرجع إلى أن إستجابات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة كانت من منطلق ما يجب أن يكون وليس ما هو كائن وما يشعرون به بالفعل، إضافة إلى إستنادهم على معتقدات تتمحور حول أن الأهم المزمنة هي إبتلاء من الله، وليس للشخص أي دخل في شدة أو مدة أو نوع الألم. وكل شخص يعاني من آلام لمدة سنوات طويلة هو شخص إجتباه الله و طهره من ذنوبه وسيجزيه جنة الفردوس جراء صبره ورضاه بالمرض والألم، وكلما صبر المريض على الألم يظهر بصورة إجتماعية تدل على قوة إيمانه وصلابته، وهذا ما يعتبره الباحثون من المكتسبات الثانوية للمرض .

وقد لاحظت الطالبة هذه المعتقدات - المذكورة آنفا - كعامل مشترك بين جل المرضى من عينة الدراسة من كلا الجنسين ومن كل الفئات العمرية التي أجريت عليها الدراسة حيث يلجأ الأفراد إلى العزو الديني لمشكلاتهم من اجل أن يجدوا معنى وسبب للألم الذي يعانون منه وبالتالي ووفقا لـ **لازاروس ، وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984)** فإن خصائص الحدث ليست هي التي تحدد الفعل ، ولكن إدراك الفرد للموقف ، وقدراته ، ومصادر التعامل المختلفة معه هي التي تؤثر في الفعل وعليه فإن فهم الألم ، والمرض في إطار ديني ربما يؤدي إلى الراحة وقوة العزيمة (هذا الألم سيجعلني قوي وسيزيد علاقتي بربي) والعكس قد يبدو صحيحا أيضا فتكوين إعزاءات دينية سلبية (لماذا أنا دون باقي الناس) يمكن أن يؤدي إلى ضعف المعنويات والقنوط ، ويؤدي إلى نتائج صحية سيئة وفاعلية ذاتية منخفضة. (Pargament, 2001; Pargament et al, 2000).

2 - تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .

ويتضح من نتائج هذه الفرضية المبينة في الجدول رقم (16) أنه لم توجد فروق بين الجنسين في مستوى فاعلية الذات المدركة لدى المرضى.

وهو ما يعني أن وجود آلام مزمنة لدى الذكور لايشكل فرقا دالا في مستوى فاعلية الذات المدركة بالمقارنة مع مستوى فاعلية الذات لدى الإناث اللواتي يعانين من آلام مزمنة .

وقد إنتقت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة **سامر جميل رضوان (1997)** حول "توقعات الكفاءة الذاتية" وقد تكونت عينة الدراسة من (530) مفحوصا منهم (222) ذكراً و (308)

أنثى وهم طلاب جامعيين من كليات مختلفة من جامعة دمشق وخلصت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عينة الذكور و الإناث في توقعات الكفاءة الذاتية العامة، وكذلك دراسة **دبيس (1993)** حيث أجرى دراسة حول " بعض العوامل المرتبطة بالفاعلية الذاتية لدى المشلولين " وقام الباحث بدراسة الفروق في الفاعلية الذاتية بناء على عدد من العوامل لدى عينة من المعاقين حركيا " المقعدين " منها الفروق في الجنس وزمن حدوث الإعاقة ودرجة الإعاقة وسبب الإعاقة ، بلغت عينة الدراسة (122) فردا من الذكور والإناث المصابين بالشلل السفلي وإستخدم الباحث مقياس الفاعلية الذاتية ، ووجد فروق محدودة بين مجموعات المقارنة في بعض أبعاد الفاعلية الذاتية في حين أنه لا توجد أية فروق في معظم أبعاد الفاعلية الذاتية .

ونتيجة هذه الفرضية تختلف مع دراسة **Hass وزملائه (2011)** على عينة من 73 امرأة مريضة فقد استكشفت العلاقة بين الكرب النفسي والإرهاق والفاعلية الذاتية والنشاط البدني وبين نوعية الحياة، ووجدوا ارتباطا دالا سلبيا بين درجة التعب والإرهاق الذي يؤدي إلى انخفاض الكفاءة الذاتية، فحسب هذه الدراسة المرض يؤدي إلى إنخفاض الكفاءة الذاتية لدى المرضى الإناث .

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى من عينة الدراسة.

ويمكن أن نقرأ النتائج الموضحة في الجدول رقم (17) على أساس أنه لم توجد فروق بين مختلف الفئات العمرية - المحددة في هذه الدراسة - في فاعلية الذات المدركة لدى المرضى .

ويمكن أن نفسر هذه النتيجة حسب ما جاء به **باندورا (1991 , bandura)** فمستوى فاعلية الذات (المرتفع أو المنخفض) لا يرتبط بسن معينة بل يرتبط بكم النجاحات والإنجازات التي يقوم بها الفرد مهما كان سنه وتؤثر فاعلية الذات في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف، والدوافع والوجدان وانتقاء المعلومات في بيئتنا المدركة ، فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد بفاعلية الذات إلى التأثير في تقييمنا لأحداث الحياة كذلك فإن الاعتقاد في الفاعلية الذاتية يؤثر في طريقة تعاملنا مع الكرب وله علاقة مباشرة بشعورنا

بالقلق والاكنتاب، إضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة وهي عوامل هامة في التكيف مع الألام المزمنة (Fischer 2002).

4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى غير المرضى من عينة الدراسة. ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (18) تبين المعالجة الإحصائية لمعطيات الدراسة، أن الفرضية التي جاءت بها الباحثة تحققت ومن خلال الإجراءات الإحصائية وجد أنه فعلا لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن في عينة الدراسة من غير المرضى.

مما يعني أن فاعلية الذات المدركة هنا تعزى إلى متغيرات أخرى غير المرحلة العمرية بالنسبة للأفراد الغير مرضى .

5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي لدى المرضى من عينة الدراسة. ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (19) تبين المعالجة الإحصائية لمعطيات الدراسة، أن الفرضية التي جاءت بها الباحثة لم تتحقق ومن خلال الإجراءات الإحصائية وجد أنه توجد فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير المستوى الدراسي في عينة الدراسة من المرضى .

فالفاعلية الذاتية حسب باندورا (1991 ، bandura) تزيد وتنقص بمدى نجاحات وإنجازات الفرد وكما هو معروف أن الإرتقاء في المستوى الدراسي والحصول على مؤهلات علمية رفيعة هي من بين أهم الإنجازات التي يمكن أن يقوم بها الفرد في حياته والتي تؤهله لحجز وظائف جيدة ونجاح في الجانب العملي واكتفاء مادي وبالتالي فهي تؤثر إيجابا على نظرة الشخص لنفسه حيث يرى أنه كفاء وذكي فيرتفع مستوى فاعليته الذاتية ويزداد شعوره بأن له القدرة على التحكم في مختلف مجالات حياته وتجاوز العقبات بطريقة أفضل من ذوي المستوى الدراسي الأقل .

6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرض لدى أفراد عينة الدراسة .

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (21) تبين المعالجة الإحصائية لمعطيات الدراسة ، أن الفرضية التي جاءت بها الطالبة لم تتحقق ومن خلال الإجراءات الإحصائية وجد أنه توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من غير المرضى في عينة الدراسة لصالح الإناث .

حيث قدر متوسط درجات الذكور الغير مرضى على مقياس فاعلية الذات المدركة ب : (53.53)، بينما قدر متوسط درجات الإناث الغير مريضات على مقياس فاعلية الذات ب : (65.66)، وكانت قيمة " ت" المحسوبة تساوي (2.01) وهي أكبر من قيمة" ت" المجدولة (1.97) مما يعني دلالة الفروق.

فإحساس الفرد بفاعليته الذاتية وإدراكها أو معرفتها لا يأتي من فراغ، بل يعتمد على تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا المجال .

وهذا ينطبق على الذكور والإناث على حد سواء حسب باندورا "bandoura"، فالأعمال التي يتم إنجازها بنجاح من قبل الفرد سواء كان ذكر أو أنثى ،معتمدا على نفسه تكون أكثر تأثيرا على فاعلية ذاته ،من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين .

والإخفاق المتكرر يؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض الفاعلية، وخاصة عندما يعلم الشخص انه قد بذل أفضل ما لديه من جهد ، فالأداء الناجح يزيد من فاعلية الذات لدى الفرد بينما الإخفاق المتكرر مع بذل الجهد المناسب يؤدي إلى خفض درجة فاعلية الذات (مفتاح محمد عبد العزيز، 2001 ، 162) .

وترى الطالبة أن إدراك الفاعلية الذاتية عند المرأة يختلف عن إدراك الفاعلية الذاتية عند الرجل، فالمرأة نظرا لإختلاف تركيبتها النفسية عن الرجل تهتم بالإنجازات الشخصية والأنشطة لكنها أكثر إهتماما بالعلاقات الأسرية والاجتماعية، وأكثر إهتماما وإصغاء لما يقوله الناس من حولها وبذلك قد تعوض النقص في الإنجازات بمزيد من النجاح في العلاقات والروابط الأسرية والاجتماعية مما يعزز فاعلية الذات لديها.

أما بالنسبة للرجل فيستمد إعتقاده بمدى فاعليته الذاتية من خلال نجاحه في الإنجازات والأنشطة في مختلف مجالات حياته، وفي مجال العمل بشكل خاص فأبي إخفاق أو فشل في مجال عمله يؤدي إلى إنخفاض مستوى الفاعلية الذاتية لديه .

7- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السابعة :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن بإختلاف نوع الألم (ألم الرأس ،ألم المفاصل ،ألم أسفل الظهر) .

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (22) تبين المعالجة الإحصائية لمعطيات الدراسة ،أن الفرضية التي جاءت بها الطالبة تحققت ومن خلال الإجراءات الإحصائية وجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن بإختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل وألم أسفل الظهر) .

ويمكن أن نفسر نتيجة هذه الفرضية حسب ماجاء به وليامس وثورن (williams & thorn 1989) حيث أجرى دراسة للتعرف على طبيعة معتقدات المرضى حول الألم وتوصلا إلى أن هذه المعتقدات يمكن تصنيفها وفق ثلاثة أبعاد رئيسية هي :

البعد الأول : الإعتقاد بأن الألم شئئ مستمر ، ولايمكن تغييره .

البعد الثاني : الإعتقاد بأن الألم سر غامض ، وغير مفهوم .

البعد الثالث : الإعتقاد بأن المريض هو سبب الألم وسبب إستمراره .

وقد وجد أن مرضى الألم المزمن الذين حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الأول أظهروا إلتزاما ضعيف بالعلاج الطبيعي ، والعلاج السلوكي لإدارة الألم ، أما المرضى الذين حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الثاني أظهروا درجات منخفضة في تأكيد الذات ، ومستويات مرتفعة في الكدر النفسي ، وإلتزام ضعيف بالعلاج (أحمد حسنين ، 2011 ، 74) .

وترى الطالبة أن نوع الألم (آلام الرأس ، آلام المفاصل ،آلام أسفل الظهر) لايشكل فرقا لكن المعتقدات التي يحملها المريض حول ألمه هي التي تحدث الفرق في شدة الألم لديه ،حيث توصلت دراسة مسحية كبيرة أجريت في بلجيكا قام بها سيزيلسكي وآخرون (szpalski et al, 1995) إلى أن الكثير من الأفراد - سواء كان لديهم ألم أسفل الظهر أم

لا - يعتقدون أن ألم أسفل الظهر سببه الأساسي هو تعرض الفرد لإصابة ما، وأن الحركة تزيد الألم ، وأن الراحة والعلاج الدوائي هما أفضل الأساليب العلاجية للتعامل مع هذا الألم.

8- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثامنة :

حيث تنص هذه الفرضية على أنه : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل وألم أسفل الظهر).

ومن خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (23) تبين المعالجة الإحصائية لمعطيات الدراسة ، أن الفرضية التي جاءت بها الطالبة تحققت ومن خلال الإجراءات الإحصائية وجد أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر).

ونتيجة هذه الفرضية تختلف مع ماجاءت به دراسة لكوريس ، وآخرين (al, 1990 Kores et) طلب فيها من مجموعتين من مرضى الألم المزمن أن يقدروا مدى قدرتهم على المشاركة في خمسة أنشطة (المشي ، الحمل ، التغلب على الألم ، العمل ، الأنشطة العائلية) أثناء المشاركة في برنامج العلاج متعدد الأبعاد للألم ، ووجد أن الأفراد الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة في الفاعلية الذاتية أظهروا أوقات أطول في الجلوس والوقوف ، وأخبروا تحسن في قدراتهم على العمل ، والمشاركة في الأنشطة وإستخدام منخفض للأدوية، وإستمر هذا التحسن لمدة 3-11 شهرا من المتابعة ، وذلك مقارنة بالمجموعات المنخفضة في الفاعلية الذاتية .

خلاصة الدراسة والمقترحات :

إن العمليات العقلية والمعرفية ذات أهمية بالغة في تغيير السلوك البشري، كما أن الإنفعال ليس إلا تفكيراً يحمل في طياته حكماً عقلياً تجاه موضوع ما، بأنه حسن أو سيء كذلك فإن عمليات التفكير المختلفة والتصور الذهني والتوقع والتنبؤ بما ستكون عليه الأشياء، هي مصدر إثارة الإنفعال ، وأن ذلك يتم عن طريق الحوار الداخلي، والعبارات والتصورات التي تدور في عقل الفرد، أي مايقوله لنفسه وما يعتقد أنه قادر على أداءه، وهذا هو صميم ما أنتت به نظرية باندورا في الفاعلية الذاتية .

وقد إزدادت نسبة الأشخاص المرضى بالآلام المزمنة، نظرا لأن مجتمعاتنا الحديثة أكثر عرضة من المجتمعات القديمة لإيقاع الإنسان بالمرض النفسي والعضوي على حد سواء، فمجتمع اليوم يقوم على التنافس والصراع وعلى الإجهاد وحب السيطرة والكسب إنه زمن اللاطمأنينة والمخاوف، حيث إتجهت الدراسات النفسية الحديثة إلى دراسة الألم من الناحية السيكلولوجية ومحاولة علاجه بطرق نفسية بحتة منها برامج علاجية لتحسين مستوى الفاعلية الذاتية لدى المرضى، وتوجت هذه المحاولات بنتائج جيدة، وخاصة بالنسبة لمرضى الآلام المزمنة الذين إعتادوا على المسكنات الدوائية فلم تعد لها فاعلية في خفض مستوى الألمهم . ومنه أتت هذه الدراسة لكشف العلاقة بين متغيريين حديثين في علم النفس ، ومقارنة مستوى فاعلية الذات المدركة بين أفراد أصحاء وأفراد مرضى بآلام مزمنة وبالتحديد (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر) .

وقد تمخضت نتائج الدراسة التي إعتمدت فيها الطالبة على إستبيانين : الأول وهو إستبيان فاعلية الذات المدركة والثاني إستبيان الألم المزمن على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية الذات المدركة بين المرضى وغير المرضى لدى أفراد عينة الدراسة عند مستوى الدلالة (0.05) . حيث أن الفرق بين المتوسطات الحسابية في مستوى الفاعلية الذاتية المدركة بين المرضى وغير المرضى كان طفيفا لصالح غير المرضى ولم يصل لحد الدلالة كما أسفرت الدراسة الحالية عن :

- عدم وجود فروق في فاعلية الذات المدركة بين الجنسين من المرضى لدى أفراد عينة الدراسة .
- و لم تكشف الدراسة الحالية عن وجود فروق في فاعلية الذات المدركة تعزى إلى متغير السن لدى المرضى و غير المرضى على حد سواء .
- بينما كان لعامل المستوى الدراسي المرتفع تأثيرا على مستوى فاعلية الذات المدركة لدى المرضى لصالح ذوي المستوى الدراسي الجامعي .
- وكذلك إختلاف الجنس كان له تأثير على مستوى الفاعلية الذاتية لصالح الإناث لدى المرضى .
- وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان الألم المزمن بإختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل وألم أسفل الظهر) .

- كما بينت الدراسة عدم وجود فروق بين متوسطات درجات المرضى على إستبيان فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم (ألم الرأس ، ألم المفاصل ، ألم أسفل الظهر).

وعليه تقترح الطالبة مواصلة الأبحاث والدراسات فيما يخص فاعلية الذات المدركة والعوامل المؤثرة فيها، والانعكاسات الناجمة عنها من جهة، ودراسة الآلام المزمنة كإضطراب جسدي نفسي من جهة أخرى باستخدام عينات مختلفة ومقاييس متعددة.

وفي الأخير 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 واستكمالا لنتائج هذه الدراسة، تعرض الطالبة جمل من الإقتراحات نلخصها فيما يلي:

- 1- دراسة فاعلية الذات لدى مرضى روماتويد المفاصل .
- 2- التكفل النفسي بالمرضى المصابين بالآلام المزمنة من خلال بناء برامج علاجية مبنية على تنمية الفعالية الذاتية.
- 3- إجراء دراسات عبر حضارية لتقصي ظاهرة الألم المزمن، أسبابها وانعكاساتها .
- 4- تشجيع البحث العلمي في مجال الأبعاد النفسية للآلام المزمنة.
- 5- تنظيم دورات تكوينية لممتهمي الصحة حول العوامل النفسية وما لها من تأثير على المرضى المزمنين .
- 6- دراسة الألم المزمن وتأثيره على الصحة النفسية لدى المراهقين.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية :

- 1- القرآن الكريم.
- 2- ابن منظور (1999) : لسان العرب ، معجم لغوي علمي ، دار الكتب العلمية ، بيروت ط2.
- 3- أبو علام رجاء محمود (2004): مناهج البحث في العلوم التربوية والنفسية ، دار النشر للجامعات، القاهرة ، ط4.
- 4- أحمد حسانين أحمد (2007): مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل ،رسالة دكتوراه غير منشورة ،جامعة المنيا.
- 5- أحمد حسانين أحمد (2011): سيكولوجية الألم ، إيتراك للطباعة والنشر ،القاهرة، ط1.
- 6- أسامة ربيع أمين (2007) : التحليل الإحصائي بإستخدام برنامج SPSS ،المكتبة الأنجلو مصرية ، القاهرة، ط2 .
- 7- أصلان صبح المساعيد (2011) :التفكير العلمي عند طلبة الجامعة وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة في ضوء بعض المتغيرات ،مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية) المجلد التاسع عشر، العدد الأول 679-707 .
- 8- الرابطة الأمريكية للطب النفسي: الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية(DSM4)، ترجمة أمينة السماك، عادل مصطفى (2001) ، مكتبة المنار الإسلامية ،الكويت ط1 .
- 9- بشير معمريه(2009): مدخل لدراسة القياس النفسي ،المكتبة العصرية ،المنصورة مصر .
- 10- بندر بن محمد حسن الزيايدي العتيبي (2007) :إتخاذ 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 .
- 11- بوحوش عمار ،محمد محمود الذنبيات (1995): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 12- تشيلي تايلور (2008) :علم النفس الصحي ، دار الحامد للنشر والتوزيع ،عمان، ط1.

- 13- الجاسر البندري عبد الرحمان محمد (2007) : الذكاء الإنفعالي 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 .
- 14- جبريل موسى (1995) :الكفاءة الذاتية لدى المراهقين المعاقين حركيا ، مجلة دراسات الجامعة الأردنية ، 22(3) ، 1061-1086 .
- 15- جنان شكري حنا (2007) :أثر برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى مدمني المخدرات في محافظة عكا وعلاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، الجامعة الأردنية ، عمان .
- 16- حسين فايد (2004) :علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي) ،مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع ،القاهرة، ط1.
- 17- دغمار برويكر ، شتيفان مولغ ،فرانس بيريتمان (2003): سيكوفيزيولوجية الألم ترجمة سامر جميل رضوان ، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة ، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية ، العدد الرابع والخمسون ، المجلد الرابع عشر ، لبنان.
- 18- ديبس سعيد عبد الله (1993) : دراسة بعض العوامل المرتبطة بالفاعلية الذاتية لدى المشلولين ،مجلة دراسات نفسية ،المجلد الثالث ،العدد الثاني، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) ، القاهرة ، 209-235.
- 19- رابحي مصطفى غليان ،عثمان محمد غنيم (2000) : مناهج وأساليب البحث العلمي دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
- 20- رالف شفارتسر (1994) : التفاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي ترجمة سامر جميل رضوان، مجلة الثقافة النفسية، العدد (38)،المجلد العاشر ، دار النهضة العربية، بيروت.
- 21- رضوان سامر جميل (1997) : توقعات الكفاءة الذاتية البناء النظري والقياس، مجلة شؤون اجتماعية العدد(55) ، السنة الرابعة عشرة، الشارقة، 25-51.

- 22- رمضان زعطوط (2014) :نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة ورقلة.
- 23- رولا الكنج محمد فهد (2005): فاعلية برنامج سلوكي-معرفي في تحسين مستوى الكفاءة الذاتية وخفض أعراض الإكتئاب لدى عينة من الراشدين المعاقين حركيا في لبنان رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية الدراسات التربوية العليا، جامعة عمان.
- 24- الزيات فتحي (2001) : علم النفس المعرفي، ج 2 ، مداخل ونماذج ونظريات، دار النشر للجامعات، القاهرة .
- 25- سوسن مجيد (2010) :الإختبارات النفسية (نماذج) دار الصفاء ،عمان .
- 26- صلاح مراد ، فوزية هادي (2002) :طرائق البحث العلمي تصميماتها وإجراءاتها الكتاب الحديث ، الكويت .
- 27- طريف شوقي فرج (2004): توكيد الذات ،مدخل إلى تنمية الكفاءة الشخصية ، دار غريب للطباعة و النشر ، القاهرة .
- 28- 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) ، 121-178.
- 29- عادل صادق (1986): الألم النفسي والعضوي ، دار الفكر العربي ، القاهرة.
- 30- عبد الحميد جابر (1986) : نظريات الشخصية ، البناء ،الديناميات ،النمو ،طرق البحث والتقويم ،دار النهضة العربية ،القاهرة .
- 31- عبد المنعم احمد الدريدي(2004) : دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي ،عالم الكتب، القاهرة ،ط1.
- 32- عبير حمدي حسنين (2006): برنامج تدريبي لتنمية مهارات اللغة لدى عينة من الأطفال في ضوء مصادر فاعلية الذات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية جامعة المنوفية .
- 33- عثمان يخلف (2001) : علم نفس الصحة (الأسس النفسية و السلوكية للصحة) ،دار الثقافة، الدوحة ،ط1.

34- عطايف محمود أبو غالي (2012): فاعلية الذات وعلاقتها بضغوط الحياة لدى الطالبات المتزوجات في جامعة الأقصى، مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد العشرين، العدد الأول، 619-654.

35- غالب بن محمد علي (2008) : قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى مكة المكرمة.

36- فاطمة صابر، ميرفت خفاجة (2002) : أسس ومبادئ البحث العلمي، مكتبة الإشعاع الفنية، الإسكندرية.

37- فؤاد أبو حطب ، أمال صادق (2010): مناهج البحث وطرق التحليل الإحصائي المكتبة الأنجلو مصرية ، القاهرة .

38- قطامي يوسف محمود، اليوسف رامي محمود (2010): الذكاء الإجتماعي للأطفال النظرية والتطبيق ، دار الميسرة للنشر والتوزيع ، عمان .

39- محمود الجراح (2008) : أصول البحث العلمي، دار الريبة للنشر والتوزيع، الأردن.

40- محي الدين مختار (د،س) : محاضرات في علم النفس الاجتماعي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

41- مفتاح محمد عبد العزيز (2010) : مقدمة في علم نفس الصحة، دار وائل للنشر عمان ط1.

42- مقدم عبد الحفيظ (2003): الإحصاء و القياس النفسي و التربوي - ديوان المطبوعات الجامعية- بن عكنون، الجزائر ، ط2.

43- ناصر بوركلي حسن (2003) : الصحة النفسية والإضطرابات النفسية والسلوكية ، دار ابن نفيس ، دمشق ، ط1.

المراجع باللغة الأجنبية :

44- Babak , M ; Froug, S; Behrooz. B ; & Hamid, A. (2008) : Perceived stress self -efficacy and Its Relation to Psychological well-Being Status in Iranian Male high school students . Journal of social and Behavior Personality , 36 (2) 257 – 266.

45- Bandura ;A .(1977) : Self – Efficacy : Toward A unifying Theory of Behavioral change . Psychological Review .

- 46- Bandura ;A .(1982) : Self – Efficacy Mechanism in Human Agency American Psychologist .
- 47- 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, 229-269.
- 48- Bandura, A. (1999): Social cognitive theory: An agentic perspective (1)2,Asian Journal of Social Psychology.
- 49- Bandura, A. , & wood. (1989): Effect of Perceived Controllability and Performance Standards Self-Regulation of Complees Decision Making. Journal of Personality and Social Psychology, 56(5), 805-814 .
- 50- Bandura,A (1998): Self – efficacy in H. Fridman (ed),Encyclopedia of mental Health,San Diago, Academic press,p50.
- 51- Bandura;A (1997) : self- efficacy ; the exercise of control ,W.H freeman new York .
- 52- Baumeister, R.F. (1993): Self-esteem: The puzzle of low self regard Plenum Press.
- 53- Bonica J.J.(1983): Pain research and therapy: achievement of the past and challenges of the future (IASP Presidential Address),In: JJ Bonica et al (EDs.) Advances in Pain Research and therapy ; 5: Raven Press, New York, 1-36.
- 54- Cole B.E. (2002): Pain management: A practical guide for clinicians Thienhaus O ; American Academy of Pain Management , 6 Edition .
- 55- crombz G. ,Vlaeyen J.W.S. ,Heuts P.H.T. &Lysen R. (1999): Fear of pain is more disabling than pain itself :further evidence on the role of pain related fear in chronic back pain disability , pin; 80: 529-539.
- 56- Harkapaa K. Jaervikoski A. Mellin G. ,Hurri H. , Luoma J.(1991): Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low back pain patients: results of a 3 month follow-up a controlled intervention study , Pain; 46:35-41.
- 57- Jensen M.P., Turner J. A. ,Romano J.M.(1991) : Self-efficacy and outcome expectancies: relationship to chronic pain coping strategies and adjustment, Pain; 44:263-269.
- 58- Keefe F.J. ,Lefebvre J.C. ,Maixner W. ,Salley A.N. ,Caldwell D.S. (1997): Self-efficacy for arthritis pain: Relationship to perception of thermal laboratory pain stimuli, Arthritis Care and Research, 10: 177-184.
- 59- Kores R.C. ,Murphy W.D. ,Rosenthal T.L. ,Elias D.B. ,North W.C. (1990): Predicting outcome of chronic pain treatment via a modified self-efficacy scale, Beh. Res. Ther. ; 28: 165-169 .
- 60- Lackner J.M. ,Carosella A.M. &Feurerstem M.(1996): Pain, expectancies pain and functional self-efficacy expectancies, as determinants of disability in patients with chronic low back disorders, Journal of Consulting and Clinical psychology ; 64: 212-220.

- 61- Lorig K. ,Chastain R.L. , Unge E. ,Shoor S. &Holman H.R. (1989): Development and evaluation of a scale to measure perceived self efficacy in people with arthritis, *Arthritis and rheumatism*; 32: 37-44.
- 62- Maddux, J. (1987): *Self-efficacy theory and research : Applications in clinical and social cognitive theory*. Engle Wood Cliffs. NY,prentice- hall .
- 63- Maddux, J. (1995): *Self-Efficacy Theory: An Introduction* in J. Madduxied, *Self-Efficacy. Adaptation and Adjustment*, Plenum Press.
- 64- Marks R. (2001): Efficacy theory and its utility in arthritis rehabilitation: Review and recommendation, *Disability and Rehabilitation*; 23: 271-280.
- 65- Martine bouvard , (2005) : quistionnair de la douleur de saint antoine (QPSA) protocoles et échelles d'essa luation en psychiatrie et enpsychologie 4=éme Masson/ paris.
- 66- McCarthy, C. ; Fouledi, R. ; Juncker, B. ; Matheny, k.(2006): Psychological resources as stress Buffers: their relationship to university students anxiety and depression .*Journal of college counseling* , 9(2), 99- 110.
- 67- Melzack R.&Wall P.D. (1965): Pain mechanisms: A new theory, *Science* 150:971-979.
- 68- Merskey H. (1986): International association for the study of pain: classification of chronic pain. Descripstion of chronic pain syndromes and definition of pain. *Terms , Pain*; 3(1):1-226.
- 69- Meryskey H. &Bogduk N. (Eds). (1994): *Classification of Chronic Pain: Description of chronic pain syndromes and definition of pain terms*, Seattle:IASP Press.
- 70- Mosher Catherine, E. Katherine, N. DuHamel, Jennifer Egert, and Meredith Y. Smith. (2010): Self-efficacy for Coping with Cancer in a Multiethnic Sample of Breast Cancer Patients: Associations with Barriers to Pain Management and Distress. *Clin J Pain.* ; 26(3):227-234.
- 71- Portera ,Laura S. Keefea Francis, J., Garsta Jennifer. McBrideb Colleen, M. and Baucom Donald. (2008):Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers:Associations with symptoms & distress. *Pain*. July 15;137(2):306-315.
- 72- Rottmann, N. et al. (2010): Self-efficacy, adjustment style and well-being in breast cancer patients: a longitudinal study. *Qual Life Res*. Aug;19(6):827-36.
- 73- Spanswick ,CC,(2001) : *Pain management :an interdisciplinary approach* ; Main,c.j ,Elsevier ,pp9.
- 74- Szpalski M. ,Nordin M. ,Smovron M.L. ,Molot C. &Cumier D. (1995): Health care utilization for low back pain in Belgium: Influence of sociocultural factors and health beliefs, *Spine*; 20: 431-442.
- 75- Turk D. C. &Okifuji A. (1996): Perception of traumatic onst compensation status, and physical findings: Impact on pain severity , emotional distress , and disability in chronic pain patirnts , *Journal of Behav.Med* ; 19: 435-453.
- 76- Turk D. C. &Okifuji A. (1997): what factors physician 'decision to prescribe opioids for chronic non-cancer pain patients?, *Clin. J.pain*;13: 330-336.

77- Turk D. C. , Meichenbaum D. & Genest M. (1993): Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective. New Yourk: Gulford Press.

78- <http://play-grand.com/tag/wong-baker-pain-chart> 2015/2/ 1 (08:15) على الساعة

الملاحق

الملحق رقم (01)

إستمارة تحكيم إستبيان فاعلية الذات المدركة

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

السنة الجامعية: 2015/2014

الطالبة : حدان إبتسام .

إستمارة التحكيم

الإسم واللقب :

التخصص : الدرجة العلمية :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

في إطار التحضير لإنجاز رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تحت عنوان : " فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن " دراسة ميدانية لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة.

نضع بين أيديكم هذا الإستبيان والذي يهدف إلى قياس فاعلية الذات المدركة لدى عينة من المرضى وغير المرضى فنرجوا منكم أن تقوموا هذه الأداة وتعديلوها والمطلوب يتمثل في تحديد :

- مدى قياس البنود لما وضعت لقياسه .

- مدى ملائمة البدائل للبنود .

يعتبر المقياس الذي تم تبنيه في هذه الدراسة من المقاييس أحادية البعد ، وذلك بهدف تقدير الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات للأفراد البالغين ، حيث يتضمن المراهقين ممن هم فوق سن الثانية عشر ، وكذلك التنبؤ بأساليب التغلب وتحمل الإزعاج اليومي بالإضافة إلى التكيف بعد مواجهة كل أنواع أحداث الحياة الضاغطة أو المراهقة .

ومنه فإن كل البنود الموجودة في الإستبيان تتدرج تحت بعد واحد وهو الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات .

➤ التعريف الإجرائي للإحساس العام المدرك لفاعلية الذات :

هو قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء أداء الأفراد في المجالات المختلفة ، والقدرة على تبني مشروعات وأهداف وتحقيق هذه المشروعات والأهداف مع المثابرة لتحقيقها مهما كانت الصعوبات ، حيث ترتبط فاعلية الذات بالنجاح الأكاديمي والمهني وتبني عادات صحية مع القدرة على التعامل مع الضغوط .

* جدول خاص بمدى ملائمة بدائل الأجوبة

البدائل	ملائمة	غير ملائمة	البديل
			موافق بشدة
			موافق نوعا ما
			غير موافق نوعا ما
			غير موافق بشدة

إستبيان فاعلية الذات المدركة

تعديل	مدى ملائمة البند لما يقيسه		البند	البعد
	لا يقيس	يقيس		
			1- أستطيع دائما حل المشاكل لو حاولت بجدية .	الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات
			2- إذا حاول شخص ما إيقافني (إعتراضي)، يمكنني إيجاد طريقة للحصول على ما أريد ,	
			3- أتمسك بخططي وأستطيع الإستمرار في العمل بالرغم من وجود صعوبات .	
			4- عندما تحدث لي أشياء غير متوقعة أكون واثقا من معرفتي لما سأفعله .	
			5- أعمل في الغالب الأشياء التي يمكن أن أسيطر عليها .	
			6- إذا تواجدت في موقف إختيار ،فأنا أختار المهمة السهلة وأبتعد عن الصعبة .	
			7- عندما تواجهني مشكلة رئيسية أصبح عصيبا ولا أستطيع التفكير .	
			8- أقضي وقتا أخطط للأشياء التي أريد عملها .	
			9- عندما يكون لدي مشكلة ، أستطيع إيجاد أكثر من طريقة لحلها .	
			10- عندما أفشل في أول الأمر ، أستمر حتى أتمكن من النجاح .	
			11- أستطيع التعامل مع أي شيء يقف في طريقي	

إستبيان فاعلية الذات المدركة

تعديل	مدى ملائمة البند لما يقيسه		البند	البعد
	لا يقيس	يقيس		
			12- أستطيع أن أكون هادئاً حتى عندما يكون لدى مشكلة .	الإحساس العام المدرك لفاعلية الذات
			13- الأفراد من حولي عموماً يبدون أكثر موهبة مني .	
			14- أشعر بأنني مسؤول عن ما يحدث في حياتي .	
			15- أستطيع التحكم في حياتي الخاصة .	
			16- أعمل أشياء كثيرة لأنني أعتقد أن الأشياء الصحيحة يجب أن أقوم بها .	
			17- أشعر بالعجز بسبب المواقف المزعجة .	
			18- أكثر الأشياء تحدث لي لأنني محظوظ .	
			19- أنا قادر على إختيار ما أفعله .	
			20- لأنني ذكي يمكنني التعامل مع الأمور غير المتوقعة .	
			21- يوجد الكثير من الأشياء أستطيع عملها لو أردت .	

" شكراً على تعاونكم "

الملحق رقم (02)

إستمارة تحكيم إستبيان الألم المزمن

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

السنة الجامعية: 2015/2014

الطالبة : حدان إبتسام .

إستمارة التحكيم

الإسم واللقب :

الدرجة العلمية :

التخصص :

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

في إطار التحضير لإنجاز رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تحت عنوان : " فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن " دراسة ميدانية على عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة.

نضع بين أيديكم هذا الإستبيان والذي يهدف إلى تشخيص اضطراب الألم المزمن لدى أفراد العينة والمتكون من (36) بندا تنتمي إلى ثلاثة أبعاد وهي كالتالي:

- البعد الأول : يتضمن الأثر النفسي والصحي للألم ويتكون من (15) بندا.

-البعد الثاني : يتضمن إدراك المساندة، ويتكون من (11) بندا.

-البعد الثالث : يتضمن الأداء والأنشطة، ويتكون من (10) بنود.

فخرجوا منكم أن تقوموا هذه الأداة وتعديلها والمطلوب يتمثل في تحديد :

- مدى قياس البنود لما وضعت لقياسه .

- مدى إنتماء البند للبعد الخاص به .

- مدى ملائمة البدائل للبنود .

➤ **التعريف الإجرائي للألم المزمن :** هو ألم بموضع تشريحي واحد أو أكثر فهو من

الشدّة بحيث يستدعي إنتباها إكلينكيا ويؤدي هذا الألم إلى كرب دال إكلينكيا أو

إختلاف الأداء الإجتماعي أو المهني أو الوظائف الأخرى.

➤ **تعريف أبعاد الإستبيان :**

✚ **الأثر النفسي والصحي للألم:** مدى تأثير الألم على حالة المريض الصحية

وشعوره وإعتقاده نحو قوته وضعفه .

✚ **إدراك المساندة :** مدى توفر المساندة والمساعدة والدعم اللازم للمريض وقت

الألم.

✚ **الأداء والأنشطة :** مدى تأثير الألم على أداء المريض ونشاطاته اليومية .

* جدول خاص بمدى ملائمة بدائل الأجوبة :

البدائل	ضعيف جدا	0.....1.....2.....3.....4.....5.....6 قوي جدا
ملائمة		
غير ملائمة		
البديل		

" شكرا لتعاونكم "

إستبيان الألم المزمن

تعديل	مدى إنتماء البند للبعد الذي يمثله		مدى ملائمة البند لما يقيسه		البند	البعد
	لاينتمي	ينتمي	لايقيس	يقيس		
					1- ما تقديرك لمستوى ألمك في الوقت الحاضر؟	الأثر النفسي والصحي للألم
					2- ما مقدار تغيير ألمك لكمية الرضا والإستمتاع الذي تحصل عليه من المشاركة في الأنشطة الإجتماعية؟	
					3- ما مقدار تأثير الألم على النوم لديك؟	
					4- ما تقديرك لشدة ألمك في الأسبوع الماضي؟	
					5- ما مدى قدرتك على التنبؤ بتوقيت بداية ألمك في التحسن؟	
					6- ما مقدار شعورك بالقدرة على التحكم في حياتك بسبب الألم؟	
					7- ما مقدار شعورك بأن ألمك يزداد في كل مرة؟	
					8- ما مقدار المعاناة التي تشعر بها بسبب الألم؟	
					9- إلى أي مدى غير الألم من درجة رضاك أو إستمتاعك بالعمل؟	
					10- ما مقدار شعورك بقدرتك على التعامل مع مشكلاتك أثناء حدوث الألم؟	
					11- ما مدى تدخل ألمك في قدرتك على التخطيط لأنشطتك؟	

تعديل	مدى إنتماء البند للبعد الذي يمثله		مدى ملائمة البند لما يقيسه		البند	البعد
	لا ينتمي	ينتمي	لا يقيس	يقيس		
					12- مامدى إعتقادك أن ألمك له حدود ؟	الأثر النفسي والصحي للألم
					13- ما مقدار التوتر والقلق الذي تشعر بهما أثناء الألم ؟	
					14- مامقدار شعورك بقدرتك على التحكم في الألم ؟	
					15- خلال الأسبوع الماضي ماهي درجة قابليتك للإثارة الإنفعالية.	
					1- إلى أي مدى غير الألم من حياتك وعلاقاتك الأسرية ؟	إدراك المساندة
					2- مامقدار قلق (الأشخاص المهمين) عليك فيما يتعلق بمشكلة الألم لديك ؟	
					3- مامقدار إهتمام (أقرب شخص لك) بمشكلة الألم لديك ؟	
					4- ما مقدار تجاهل أفراد أسرتك لك عندما تشكوا من آلامك ؟	
					5- إلى أي مدى يعبر أفراد أسرتك عن غضبهم منك بسبب ألمك ؟	
					6- مامقدار قيام أفراد أسرتك بأداء أعمالك وواجباتك بسبب ألمك ؟	
					7- مامقدار محاولة أفراد أسرتك جعلك تستريح ؟	
					8- مامقدار تقديم أفراد أسرتك علاجات لك للتخفيف من ألمك ؟	

					9- مامقدار المساعدة أو الدعم الذي تتلقاه من الأشخاص المهمين بالنسبة لك فيما يتعلق بألمك؟	إدراك المساندة
					10- إلى أي مدى يقوم أفراد أسرتك بمشاركتك في بعض الأنشطة التي تقوم بها ؟	
					11- إلى أي مدى يشجعك أفراد أسرتك على ممارسة هواياتك ؟	
					1- مامدى تدخل الألم في أنشطتك اليومية ؟	الأداء والأنشطة
					2- منذ بداية الألم لديك مامقدار تغييره لقدرتك على العمل ؟	
					3- مامقدار التغير الذي أحدثه الألم في قدرتك على المشاركة في الأنشطة الإجتماعية ؟.	
					4- مامقدار تقليلك من الأعمال المنزلية لكي لايزداد ألمك (مثال: تجهيز وجبة ، غسل الأطباق كي الملابس)؟	
					5- مامقدار تقليلك من الأعمال خارج المنزل لكي لايزداد ألمك (مثال: الذهاب للتسوق ...).	
					6- ما مقدار تقليلك من علاقاتك لكي لايزداد ألمك (مثال: زيارة الأقارب ، الأصدقاء ...).	
					7- إلى أي مدى تقوم بإصلاح ما يحتاجه المنزل؟	
					8- مامقدار تقليلك من الأنشطة الترفيهية لكي لايزداد ألمك (الخروج في رحلة ، ألعاب إلكترونية)	
					9- مامقدار تقليلك من التنقل والسفر لكي لايزداد ألمك ؟	
					10- مامقدار قدرتك على فعل أشياء يمكنها أن تخفف من ألمك ؟	

الملحق رقم (03)

إستبيان فاعلية الذات المدركة في صورته النهائية

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

بيانات عامة :

النوع :ذكر () أنثى ()

السن :

المستوى الدراسي :

التعليمات:

تحية طيبة وبعد...

أعد هذا المقياس بغرض بحث علمي، لذا نرجو أن تكون صادقا وصريحا في استجاباتك .
فيما يلي مجموعة من العبارات، لا توجد عبارات صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المطلوب
منك أن تحدد إجابتك دون أن تترك أي عبارة.
لا يوجد زمن محدد لإتمام هذا المقياس، ولكن حاول أن تجيب بسرعة .

من فضلك ضع علامة (x) على الإختيار الذي تعتقد أنه صحيح لكل عبارة من العبارات
التالية .

غير موافق بشدة	غير موافق نوعا ما	موافق نوعا ما	موافق بشدة	العبارة	
				1 أستطيع حل مشاكلي لو حاولت بجدية .	
				2 إذا حاول شخص ما إيقافي (إعتراضي)، يمكنني إيجاد طريقة للحصول على ما أريد .	
				3 أتمسك بخطي وأستطيع الإستمرار في العمل بالرغم من وجود صعوبات .	
				4 عندما تحدث لي أشياء غير متوقعة أكون واثقا من معرفتي لما سأفعله .	
				5 أعمل في الغالب الأشياء التي يمكن أن أسيطر عليها .	
				6 إذا تواجدت في موقف إختيار، فأنا أختار المهمة السهلة وأبتعد عن الصعبة .	
				7 عندما تواجهني مشكلة رئيسية أصبح عصبيا ولا أستطيع التفكير .	
				8 أقضي وقتا أخطط للأشياء التي أريد عملها .	
				9 عندما يكون لدي مشكلة ، أستطيع إيجاد أكثر من طريقة لحلها .	
				10 عندما أفشل في أول الأمر أستمر حتى أتمكن من النجاح .	
				11 أستطيع التعامل مع أي شيء يحول دون تحقيق هدفي .	
				12 أستطيع أن أكون هادئا حتى عندما يكون لدى مشكلة .	
				13 الأفراد من حولي عموما يبدوون أكثر موهبة مني .	
				14 أشعر بأنني مسؤول عن ما يحدث في حياتي .	
				15 أستطيع التحكم في حياتي الخاصة .	
				16 أعمل أشياء كثيرة لأنني أعتقد أن الأشياء الصحيحة يجب أن أقوم بها	

غير موافق بشدة	غير موافق نوعا ما	موافق نوعا ما	موافق بشدة	العبارة	
				أشعر بالعجز بسبب المواقف المزعجة .	17
				أكثر الأشياء السعيدة تحدث لي لأنني محظوظ .	18
				أنا قادر على إختيار ماأفعله .	19
				لأنني ذكي يمكنني التعامل مع الأمور غير المتوقعة .	20
				يوجد الكثير من الأشياء أستطيع عملها لو أردت .	21

الملحق رقم (04)

إستبيان الألم المزمن في صورته النهائية

جامعة قاصدي مرياح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية

بيانات عامة :

النوع: ذكر () أنثى ()

السن:

المستوى الدراسي:

تاريخ إجراء المقياس:

التعليمات:

في إطار إعداد رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ،نضع بين يديك مجموعة من العبارات التي تدور حول تأثير الألم في حياتك اليومية .
للإجابة على العبارات ضع دائرة على الرقم الذي يعبر عن مدى إحساسك ، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، بل الإجابة الجيدة هي التي تعبر عن حالتك .
وإجاباتك سوف تكون في غاية السرية ولن تستعمل إلا لغرض البحث العلمي فقط .
إذا كنت تعاني من أحد هذه الآلام التالية ضع علامة (X) في المكان المناسب .

الآلام	المدة
ألام الرأس	أكثر من 6 أشهر
ألام أسفل الظهر	أكثر من 6 أشهر
ألام المفاصل	أكثر من 6 أشهر

درجة القياس	العبارات
6 5 4 3 2 1 0	1- ما تقديرك لمستوى ألمك في الوقت الحاضر؟
6 5 4 3 2 1 0	2- ما مدى تدخل ألمك في مقدار إستمتاعك بالمشاركة في الأنشطة الإجتماعية؟
6 5 4 3 2 1 0	3- ما مقدار تأثير الألم على النوم لديك؟
6 5 4 3 2 1 0	4- ما تقديرك لشدة ألمك في الأسبوع الماضي؟
6 5 4 3 2 1 0	5- ما مدى قدرتك على التنبؤ بتوقيت بداية ألمك في التحسن؟
6 5 4 3 2 1 0	6- ما مقدار شعورك بالقدرة على التحكم في حياتك بسبب الألم؟
6 5 4 3 2 1 0	7- ما مقدار شعورك بأن ألمك يزداد في كل مرة؟
6 5 4 3 2 1 0	8- ما مقدار المعاناة التي تشعر بها بسبب الألم؟
6 5 4 3 2 1 0	9- إلى أي مدى غير الألم من درجة رضاك أو إستمتاعك بالعمل؟
6 5 4 3 2 1 0	10- ما مقدار شعورك بقدرتك على التعامل مع مشكلاتك أثناء حدوث الألم؟
6 5 4 3 2 1 0	11- ما مدى تدخل ألمك في قدرتك على التخطيط لأنشطتك؟
6 5 4 3 2 1 0	12- ما مدى إعتقادك أن ألمك له حدود؟
6 5 4 3 2 1 0	13- ما مقدار التوتر والقلق الذي تشعر بهما أثناء الألم؟
6 5 4 3 2 1 0	14- إلى أي مدى غير الألم من علاقاتك الأسرية؟
6 5 4 3 2 1 0	15- ما مقدار قلق (الأشخاص المهمين) عليك فيما يتعلق بمشكلة الألم لديك؟
6 5 4 3 2 1 0	16- ما مقدار إهتمام (أقرب شخص لك) بمشكلة الألم لديك؟
6 5 4 3 2 1 0	17- ما مقدار تجاهل أفراد أسرتك لك عندما تشكو من آلامك؟
6 5 4 3 2 1 0	18- إلى أي مدى يعبر أفراد أسرتك عن غضبهم

		منك بسبب ألمك ؟					
6	5	4	3	2	1	0	19- مامقدار قيام أفراد أسرتهك بأداء أعمالك وواجباتك بسبب ألمك ؟
6	5	4	3	2	1	0	20- إلى أي مدى يحاول أفراد أسرتهك تحقيق الراحة لك؟
6	5	4	3	2	1	0	21- مامقدار تقديم أفراد أسرتهك علاجات لك للتخفيف من ألمك ؟
6	5	4	3	2	1	0	22- مامقدار المساعدة أو الدعم الذي تتلقاه من الأشخاص المهمين بالنسبة لك فيما يتعلق بألمك؟
6	5	4	3	2	1	0	23- إلى أي مدى يقوم أفراد أسرتهك بمشاركةك في بعض الأنشطة التي تقوم بها ؟
6	5	4	3	2	1	0	24- إلى أي مدى يشجعك أفراد أسرتهك على ممارسة هواياتك ؟
6	5	4	3	2	1	0	25- مامدى تدخل الألم في إعاقة أنشطتك اليومية؟
6	5	4	3	2	1	0	26- منذ بداية الألم لديك مامقدار تغييره لقدرتك على العمل ؟
6	5	4	3	2	1	0	27- مامقدار التغيير الذي أحدثه الألم في قدرتك على المشاركة في الأنشطة الإجتماعية ؟.
6	5	4	3	2	1	0	28- مامقدار تقليك من الأعمال المنزلية لكي لايزداد ألمك (مثال: تجهيز وجبة ، غسل الأطباق كي الملابس) ؟
6	5	4	3	2	1	0	29- مامقدار تقليك من الأعمال خارج المنزل لكي لايزداد ألمك (مثال: الذهاب للتسوق) ؟
6	5	4	3	2	1	0	30- مامقدار تقليك من علاقاتك لكي لايزداد ألمك (مثال: زيارة الأقارب ، الأصدقاء ...) ؟
6	5	4	3	2	1	0	31- إلى أي مدى تقوم بإصلاح ما يحتاجه المنزل؟
6	5	4	3	2	1	0	32- مامقدار تقليك من الأنشطة الترفيهية لكي لايزداد ألمك (الخروج في رحلة ، ألعاب إلكترونية) ؟
6	5	4	3	2	1	0	33- مامقدار تقليك من التنقل والسفر لكي لايزداد ألمك ؟

6 5 4 3 2 1 0	34- مامقدار قدرتك على فعل أشياء يمكنها أن تخفف من ألمك؟
6 5 4 3 2 1 0	35- مامقدار شعورك بقدرتك على التحكم في الألم؟

الملحق رقم (05)

قائمة المحكمين

لإستبائي الدراسة (فاعلية الذات المدركة ، الألم المزمن)

الرقم	اللقب والإسم	الدرجة العلمية	التخصص	مكان العمل
01	ميسون سميرة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
02	خميس سليم	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
03	بلحسيني وردة	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
04	نادية بوضياف	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
05	ياسين محجر	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
06	عبد الفتاح أبي ميلود	أستاذ محاضر	علم النفس	جامعة ورقلة
07	فرشيشي جلال	أستاذ مساعد أ	علم النفس	جامعة ورقلة