

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

الرقم التسلسلي: .....

رقم التسجيل: .....



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في شعبة علم النفس

تخصص: علم نفس الصحة .

بعنوان:

## الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة كمتغيرين دالين على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع

إعداد الطالب:

حسين زيد

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	محمد الصغير شرفي
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ التعليم العالي	بشير معمريّة
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضر -أ-	آمال بوروية
عضوا ممتحنا	جامعة أم البواقي	أستاذ التعليم العالي	حسان سخسوخ
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر -أ-	صليحة القص

السنة الجامعية: 2020 / 2021 م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

## شكر و تقدير

الحمد لله الذي وفقني لإتمام هذا البحث المتواضع. اللهم لك الحمد وحدك دون غيرك، والشكر لك قبل غيرك.

كلمة شكر لا بد منها:

وأنا أخطو الخطوات الأخيرة في الحياة الجامعية، لا بد أن أستدير وأقف وقفة أعود بها إلى أعوام مرت وانقضت، قضيتها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام، الذين قدموا لنا الكثير لنمضي قدما ... إليكم أتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير والمحبة...

أشكر الأستاذ الدكتور بشير معمريّة، الذي تفضل بالإشراف على هذا البحث، أشكره على توجيهاته، ونصائحه.

أشكر أيضا المرضى، والأطباء أصحاب العيادات الطبية الخاصة، ورؤساء الجمعيات، ومدراء المؤسسات التربوية. و إلى كل من قدم لي يد المساعدة. الشكر موصول أيضا إلى أبي و أمي حفظهما الله وأطال في عمرهما، وزوجتي العزيزة، وجميع أفراد أسرتي، وأسرة زوجتي؛ على كل أشكال الدعم والمساندة إلى حين إتمام هذا البحث.

شكرا لكل من زرع لنا أزهار التفاؤل في دروب العلم

"كن عالما.. فإن لم تستطع فكن متعلما، فإن لم تستطع فأحب العلماء، فإن لم تستطع فلا تبغضهم"

هدف البحث إلى التعرف على الفروق بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية، ومرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين. التعرف على الفروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، ومعرفة مساهمة كل من الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع. والتعرف على الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة، الجنس والعمر. وكانت فرضيات البحث كما يلي.

1. توجد فروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.
2. توجد فروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.
3. توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة.
4. توجد فروق بين الجنسين من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.
5. توجد فروق بين الأعمار من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.
6. توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

ولاختبار فرضيات البحث، اتبع الباحث المنهج العلي/المقارن.

وسحب 243 مريضا بضغط الدم المرتفع من الجنسين ومن الأعمار المختلفة في مدينة باتنة.

ولجمع البيانات من العينة، استعمل الباحث استبيان الكفاءة الذاتية لرالف شفارتزر وجيروزيليم، ترجمة سامر جميل رضوان، واستبيان الرضا عن الحياة لإدوارد دينر وآخرون، ترجمة أحمد محمد عبد الخالق، واستبيان تقبل العلاج، من إعداد الباحث.

وبعد استعمال الأساليب الإحصائية الفارقة البارامترية، تبين وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية الذكور في تقبل العلاج. وعدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي

## ملخص البحث

الكفاءة الذاتية الإناث في تقبل العلاج. ووجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة الذكور في تقبل العلاج. وعدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة الإناث في تقبل العلاج. ووجود فروق بين الجنسين في تقبل العلاج. ووجود فروق بين الفئات العمرية في تقبل العلاج. وعدم وجود فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة. كما تبين عدم وجود فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

الكلمات المفتاحية : الكفاءة الذاتية، الرضا عن الحياة، تقبل العلاج.

This research aimed to identify the differences between high and low self-efficacy, and high and low life satisfaction in the compliance in patients with high blood pressure of both gender. To identify the differences between gender and ages in compliance in patients with high blood pressure, and to know the contribution of both self-efficacy, And life satisfaction in compliance for patients with high blood pressure. And to identify the differences between patients with high blood pressure in compliance under the influence of the interaction between self-efficacy and life satisfaction, gender and age.

The research hypotheses were as follows.

1. There are differences between those with high self-efficacy and those with low self-efficacy in hypertensive patients of both gender in compliance.
2. There are differences between those with high life satisfaction and those with low life satisfaction in hypertensive patients of both gender in compliance.
3. There are differences between patients with high blood pressure in compliance under the influence of the interaction between self-efficacy and life satisfaction.
- 4- There are differences between the gender of hypertensive patients in compliance.
- 5- There are differences between ages of hypertensive patients in compliance.
6. There are differences between patients with high blood pressure in compliance under the influence of the interaction between gender and age.

To test the research hypotheses, the researcher followed the causal / comparative approach.

And 243 patients with high blood pressure of both gender and of different ages were withdrawn in Batna.

To collect data from the sample, the researcher used the self-efficacy Questionnaire (Prepared by Ralph Schwartzer and Jerusalem) (translated by Samer Jamil Radwan), and the Life Satisfaction Questionnaire (Prepared by Edward Dinner and others) (translated by Ahmed Mohammed Abdel Khaleq), and compliance Questionnaire (prepared by the researcher).

## Abstract

---

After using the parametric differential statistical methods, it was found that there are differences between high and low male self-efficacy in compliance. There were no differences between high and low female self-efficacy in compliance. And the existence of differences between high and low life satisfaction in males in compliance. There were no differences between high and low female life satisfaction in compliance. And the presence of gender differences in compliance. And the existence of differences between age groups in compliance. There were no differences between patients with high blood pressure in compliance under the influence of self-efficacy and life satisfaction. Also, no differences were found between patients with high blood pressure under the influence of the interaction between gender and age.

**Key Words:** self-efficacy, life satisfaction, compliance.

# فہارس



الصفحة	المحتويات
	شكر و تقدير
أ- ب	ملخص البحث باللغة العربية
ج- د	ملخص البحث باللغة الإنجليزية
و- ح	فهرس المحتويات
ط- ي	فهرس الجداول
ك	فهرس الأشكال
ل	فهرس الملاحق
1	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: تقبل العلاج</b>	
9	تمهيد
10	أولا. تعريف تقبل العلاج
14	ثانيا. تعريف عدم تقبل العلاج
15	ثالثا. أنواع عدم تقبل العلاج وأسبابه
19	رابعا. النظريات المفسرة لتقبل العلاج
42	خامسا. العوامل المحددة لتقبل العلاج
51	سادسا. مراحل تقبل العلاج
56	سابعا. قياس تقبل العلاج
58	ثامنا. تقبل العلاج واستراتيجيات تحسينه لدى مرضى ضغط الدم المرتفع
62	تاسعا. تقبل العلاج والصحة الجسمية
65	عاشرًا. الفروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج
70	خلاصة
<b>الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية</b>	
73	تمهيد
74	أولا. تعريف الكفاءة الذاتية
76	ثانيا. الكفاءة الذاتية ومفاهيم أخرى

## فهرس المحتويات

82	ثالثا. نظرية الكفاءة الذاتية
86	رابعا. طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية
89	خامسا. أبعاد الكفاءة الذاتية
92	سادسا. خصائص وآثار الكفاءة الذاتية
100	سابعا. الكفاءة الذاتية والصحة الجسمية
104	ثامنا. الفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية
110	تاسعا. إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية
111	خلاصة
<b>الفصل الثالث: الرضا عن الحياة</b>	
114	تمهيد
115	أولا. تعريف الرضا عن الحياة
118	ثانيا. المفاهيم المرتبطة بالرضا عن الحياة
121	ثالثا. نظريات الرضا عن الحياة
127	رابعا. وجهات النظر التي فسرت الرضا عن الحياة
129	خامسا. محددات الرضا عن الحياة
131	سادسا. العوامل التي ترتبط بالشعور بالرضا عن الحياة
136	سابعا. الرضا عن الحياة والصحة النفسية
138	ثامنا. الرضا عن الحياة والصحة الجسمية
140	تاسعا. الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة
144	عاشرا. الرضا عن الحياة والعمر
147	خلاصة
<b>الجانب الميداني</b>	
<b>الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه</b>	
151	تمهيد
152	أولا. أهداف البحث
153	ثانيا. أهمية البحث
154	ثالثا. مشكلة البحث

## فهرس المحتويات

158	رابعاً. أسئلة البحث
159	خامساً. فروض البحث
160	سادساً. التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث
الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية	
163	أولاً. منهج البحث
163	ثانياً. مجتمع البحث وعينته
166	ثالثاً. أدوات البحث وخصائصها السيكمترية
185	رابعاً. كيفية إجراء البحث وطريقة تطبيق أدواته وتصحيحها
187	خامساً. تصميم البحث
188	سادساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث	
191	أولاً. عرض نتائج البحث
198	ثانياً. مناقشة نتائج البحث
215	ثالثاً. مناقشة عامة
218	قائمة المراجع
237	الملاحق

## فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	الكلمات المفتاحية لتقبل العلاج في اللغتين الفرنسية والإنجليزية	10
02	أنواع عدم تقبل العلاج حسب (Munzeberger, Souville, Norin & Moatti 1996)	16
03	العوامل المعرفية - النفسية - الانفعالية لتقبل العلاج	48
04	العوامل البيئية لتقبل العلاج	49
05	العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج لتقبل العلاج	50
06	خصائص العينة حسب الجنس	164
07	توزيع عينة البحث حسب السن	164
08	خصائص العينة حسب مكان سحها	165
09	صدق الاتساق الداخلي لاستبيان الكفاءة الذاتية	169
10	الصدق التمييزي لاستبيان الكفاءة الذاتية	170
11	الثبات باستخراج معامل التجانس لاستبيان الكفاءة الذاتية	170
12	الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان الكفاءة الذاتية	171
13	صدق الاتساق الداخلي لاستبيان الرضا عن الحياة	174
14	الصدق التمييزي لاستبيان الرضا عن الحياة	175
15	الثبات باستخراج معامل التجانس لاستبيان الرضا عن الحياة	175
16	الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان الرضا عن الحياة	176
17	صدق الاتساق الداخلي، ارتباط البند بالبعد، لاستبيان تقبل العلاج	180
18	صدق الاتساق الداخلي، ارتباط البعد بالدرجة الكلية، لاستبيان تقبل العلاج	181
19	الصدق التمييزي لاستبيان تقبل العلاج	181
20	الصدق التمييزي لأبعاد استبيان تقبل العلاج	182
21	الثبات باستخراج معامل التجانس لاستبيان تقبل العلاج	183
22	الثبات باستخراج معامل التجانس لأبعاد استبيان تقبل العلاج	183
23	الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان تقبل العلاج	183
24	دلالة الفروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة و ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من الجنسين في تقبل العلاج	192
25	دلالة الفروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من الجنسين في تقبل العلاج.	193

## فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
26	دلالة التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.	194
27	قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الجنسين في تقبل العلاج.	195
28	الخصائص الإحصائية للفئات العمرية في تقبل العلاج.	195
29	قيمة "ف" لدلالة الفروق بين الفئات العمرية في تقبل العلاج.	196
30	دلالة المقارنات المتعددة باستخدام اختبار توكي Tuckey بين الفئات العمرية في تقبل العلاج.	196
31	قيمة "ف" لدلالة الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس و العمر.	197

## فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
23	نموزج المعتقدات الصحية HBM	01
24	المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر	02
27	مكونات نظرية السلوك المخطط	03
28	نموزج التربية الصحية، لـ جرين (Green)	04
32	نموزج التقبل الصحي، لـ هايبي وكارلسون (Heiby & Corlson)	05
35	النموزج النسقي للعلاج الوقائي، لـ والش وماكفي	06
37	نموزج التنبؤ بالسلوك الصحي، لـ باندورا (Bandura,1975)	07
41	نموزج التنظيم الذاتي لـ ليفنثال (Leventhal, 1992)	08
80	الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج، لباندورا	09
81	النموزج النظري للقيمة - التوقع، لـ شفارتزر (1994)	10
84	نموزج الحتمية التبادلية كما اقترحه باندورا	11
91	أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا	12

## فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
237	استبانة توقعات الكفاءة الذاتية العامة	01
238	استبيان الرضا عن الحياة	02
239	رسالة موجهة إلى الأطباء	03
240	رسالة موجهة إلى المرضى	04
241	قائمة الأساتذة المحكمين	05
242	رسالة موجهة إلى الأساتذة المحكمين	06
245	استبيان تقبل العلاج (صورة أولية)	07
246	استبيان تقبل العلاج (صورة نهائية)	08

# مقدمة



صارت الأمراض المزمنة تشكل السبب الرئيس للعجز والوفاة في العالم. والأمراض المزمنة تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة، ولا يمكن الشفاء منها في أغلب الأحيان، ولكن ما يحدث هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه (تايلور، 2008، ص45).

وفي هذا الصدد يعتبر ضغط الدم المرتفع من الأمراض المزمنة الخطيرة المهددة لحياة المصابين به.

من الخطير تجاهل ارتفاع ضغط الدم، إذ يزيد ذلك من خطورة المضاعفات التي تهدد الحياة، وكلما ارتفع ضغط الدم زادت خطورة العواقب الضارة بالقلب والأوعية الدموية في الأعضاء البدنية الرئيسية مثل المخ والكلى (منظمة الصحة العالمية، 2013، ص 20).

وفي كثير من الأحيان، يؤدي ارتفاع ضغط الدم إلى مضاعفات خطيرة تصل إلى الموت.

وحسب آخر تحقيق نشرته منظمة الصحة العالمية سنة 2011، ورد فيه أن ما يقارب ثمانية ملايين وفاة في السنة حول العالم، 13% منهم مرتبط بتعقيدات ارتفاع ضغط الدم (Nibouche , 2013, p.02).

ففي تحقيق أجرته وزارة الصحة سنة 2017، حول الأمراض المزمنة، أشار إلى أن ارتفاع ضغط الدم ينتشر بنسبة 33.6 % في المجتمع الجزائري منهم 23,1 % لدى الرجال و 24.1 % لدى النساء، كما تصل هذه النسبة إلى 67 % لدى الفئة العمرية من 60 سنة فما فوق (ندير، 2019).

وبما أن ضغط الدم المرتفع لا توجد لديه في الغالب أعراض واضحة تزعج المريض، مما يجعله غير متحمس للعلاج. إن ارتفاع ضغط الدم، مثله مثل كل الأمراض المزمنة الأخرى، يتطلب تغييرا في أنشطة المريض وعاداته وسلوكه، على نحو يجعل ضغط دمه مستقرا، أو على الأقل لا يشكل أي خطورة على صحته، وذلك عن طريق تقبل العلاج الذي هو قاعدة السلوك الصحي، أين يتبع المريض من خلاله نصائح وإرشادات مقدمي الرعاية الصحية فيما يتعلق بتناول الأدوية في أوقاتها وجرعاتها الموصوفة، واحترام المواعيد الطبية، والابتعاد عن كل ما يضر بصحته ويرفع ضغط دمه، من مأكولات و مشروبات، ومواقف انفعالية ضارة، ويتبنى كل سلوك صحي إيجابي،

لأن الهدف من ذلك يتعدى التحكم في ضغط دمه واستقراره إلى تأجيل تقدم المرض ومضاعفاته الخطيرة، وتفاقم حالة المريض.

أشارت شنايدر (Schneider, 2005)، إلى أن بعض الدراسات تشير إلى أهمية العوامل النفسية للمريض وتأثيرها في تقبل العلاج. وبالتالي على الصحة الجسمية للأفراد.

من بين العوامل النفسية هذه، نجد الكفاءة الذاتية، التي يرى باندورا (1997)، أنها بمثابة مرآة معرفية، فهي مؤشر لمدى قدرة الفرد على التحكم في أفعاله الشخصية وأعماله، فالفرد الذي لديه شعور عال بالكفاءة الذاتية، يمكن أن يسلك بطريقة أكثر فاعلية، ويكون أكثر قدرة على مواجهة تحديات بيئته، واتخاذ القرارات، ووضع أهداف مستقبلية ذات مستوى عال (عبد القوي، والأقرع، 2014، ص 522).

تعد الكفاءة الذاتية عاملا شخصيا مهما، تنسب إليه مسألة الحفاظ على الصحة، حيث أنها تدفع الفرد لاختيار سلوك صحي معين وللالتزام بهذا السلوك (الدق، 2011، ص 148).

وتشير العديد من الدراسات إلى وجود ارتباط بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج، وهذا ما توصلت إليه دراسات (قارة، 2015، ورحاحلية، 2010، ورزقي، 2012).

وهناك متغير نفسي آخر مرتبط بالفرد، له علاقة بالصحة الجسمية للأفراد، هو الرضا عن الحياة، حيث أكدت بعض الدراسات على وجود ارتباط بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية مثل، دراسة مبروك (2007).

من المتفق عليه، أن تقبل العلاج من أنماط السلوك الصحي الهامة التي تحمي الفرد المريض من مضاعفات المرض، لذلك برزت نماذج نظرية تناولت سلوك تقبل العلاج وبينت العوامل المحددة له

نحن إذن، أمام متغير مهم جدا في حياة المرضى، يتعين بحث دور الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل المرضى للعلاج.

### دواعي إجراء البحث.

إن من دواعي إجراء هذا البحث هو:

- أن الدراسات التي تناولت مفهوم تقبل العلاج، أهملت العوامل التي تسهم في تقبل مرضى ضغط الدم المرتفع للعلاج.

- أن الموضوع يعتبر جديدا في الجزائر.

- معرفة دور الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في التأثير على الفروق بين عينات البحث في تقبل العلاج.

- معرفة دور بعض المتغيرات الديموغرافية في تقبل العلاج.

وتظهر أهمية هذا البحث، في كونه يتناول متغيرين لهما من الأهمية بمكان في حياة الأفراد وصحتهم الجسمية، ويتناول عينة في المجتمع تعاني من مرض صامت بلا أعراض هم مرضى ضغط الدم المرتفع.

وتظهر أهمية هذا البحث أيضا، من خلال الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها وأهمية النتائج المتوصل إليها.

ومن أجل إجراء هذا البحث، فقد تناوله الباحث بعد مقدمة البحث، في جانبين: جانب نظري، وآخر ميداني، مكملين لبعضهما.

فأما الجانب النظري فاشتمل على ثلاثة فصول، اعتمد الباحث في إنجازها على تنوع في المراجع، من كتب ومجلات وأطروحات ورسائل جامعية ومراجع إلكترونية التي تناولت متغيرات البحث، وحاول الباحث في كل فصل الإلمام والإحاطة بكل متغير كما ونوعا من حيث المعلومات دون إطباب ممل أو اختصار مخل.

يتناول الفصل الأول تقبل العلاج من حيث تعريف تقبل العلاج، وتعريف عدم تقبل العلاج، وأنواع عدم تقبل العلاج، والنظريات المفسرة لتقبل العلاج، ومراحل تقبل العلاج، وقياس

تقبل العلاج، وتقبل العلاج واستراتيجيات تحسينه لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، وتقبل العلاج والصحة الجسمية، ثم الفروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج.

ويتناول الفصل الثاني الكفاءة الذاتية من حيث التعريف، والمفاهيم المرتبطة بها، ونظرية الكفاءة الذاتية وطبيعتها، وأبعاد الكفاءة الذاتية، ثم خصائص وأثار الكفاءة الذاتية، بعدها الكفاءة الذاتية والصحة الجسمية، والفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية من خلال الدراسات السابقة، وأخيرا إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية.

ويتناول الفصل الثالث الرضا عن الحياة من حيث التعريف، والمفاهيم المرتبطة به، والنظريات ووجهات النظر التي فسرت الرضا عن الحياة، ومحدداته، والعوامل التي ترتبط بالرضا عن الحياة، والرضا عن الحياة والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والصحة الجسمية، ثم الفروق بين الجنسين والأعمار في الرضا عن الحياة

أما الجانب الميداني، فقد اشتمل على ثلاثة فصول، ولإنجازه وجب على الباحث النزول إلى الميدان والاتصال بعينة البحث، وجمع منها البيانات بما يتوافق وأهداف البحث، ثم معالجة النتائج المتوصل إليها، وتفسيرها انطلاقا من الدراسات السابقة والإطار النظري.

ويتناول الفصل الرابع أهداف البحث وأهميته ومشكلته وفروضه، ثم التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث.

ويتناول الفصل الخامس الإجراءات الميدانية للبحث، من حيث المنهج المتبع، وعينة البحث، وأدوات البحث وخصائصها السيكمومترية وطريقة تطبيقها وتصحيحها، وتصميم البحث، والأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث.

ويتناول الفصل السادس عرض ومناقشة نتائج البحث، ومناقشة عامة من حيث الإضافات التي جاء بها البحث بالنسبة لنتائج البحوث السابقة والاقتراحات.

حدود البحث: تتعين حدود هذا البحث في:

الحدود البشرية: تتمثل في عينة البحث، التي تكونت من 243 مريضا بضغط الدم المرتفع من

الجنسين.

الحدود المكانية: وتتمثل في المكان الذي سحبت منه العينة، وهي عيادات طبية خاصة وجمعيات وبعض المدارس الابتدائية ومتوسطة، والمستشفى الجامعي بمدينة باتنة.

الحدود الزمانية: وتتمثل في الإطار الزمني الذي تم فيه تطبيق أدوات البحث والذي امتد من 29 أبريل 2018 إلى 13 أوت 2018.

### صعوبات البحث:

واجه الباحث عدة صعوبات خلال انجازه لهذا البحث، منها على سبيل المثال لا الحصر:

- رفض بعض المرضى التعاون لتطبيق أدوات البحث.

- رفض بعض العيادات فكرة تطبيق أدوات البحث على المرضى.

- بعض العيادات غير مهياًة بالطريقة التي تسمح للباحث بتطبيق أدوات البحث على المرضى، فهي إما قاعات انتظار ضيقة جداً، أو قاعة واحدة كبيرة في مدخل العيادة وهي عبارة عن بهو وقاعة استقبال في الوقت نفسه.

- قلة الدراسات التي تناولت دور الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.

- قلة المراجع المتخصصة، كون متغيرات البحث من اهتمامات علم نفس الصحة باعتباره تخصصاً حديثاً.

# الجانب النظري

# الفصل الأول

## الفصل الأول: تقبل العلاج

تمهيد

أولاً. تعريف تقبل العلاج

ثانياً. تعريف عدم تقبل العلاج

ثالثاً. أنواع عدم تقبل العلاج وأسبابه

رابعاً. النظريات المفسرة لتقبل العلاج

خامساً. العوامل المحددة لتقبل العلاج

سادساً. مراحل تقبل العلاج

سابعاً. قياس تقبل العلاج

ثامناً. تقبل العلاج واستراتيجيات تحسينه لدى مرضى ضغط الدم المرتفع

تاسعاً. تقبل العلاج والصحة الجسمية

عاشراً. الفروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج

خلاصة



### تمهيد:

جاء مصطلح تقبل العلاج Observance من الممارسات الدينية، الذي يعني فعل المراقبة، وإتباع قاعدة في المسائل الدينية، وطاعة الله، وممارسة الشعائر (Janini, 2012, p. 8)، وأدى علاج الأمراض الخطيرة والمزمنة إلى العديد من الأبحاث حول تقبل العلاج (Fischer, 2002, p. 228)، الذي يعتبر جانب هام من السلوك الصحي للمرضى؛ استنادا إلى العمل في علم نفس الصحة، كشف هذا المفهوم عن ردود أفعال مختلفة حول الوصفات الطبية ونوعها وكذلك مدة العلاج (Fischer, 2002, p. 227).

أول ما ظهر مصطلح تقبل العلاج كان عام 1975، في المعجم الطبي تحت اسم Compliance، ليحل محل عبارة هروب المريض (Fuite du patient)، حيث يعتبر كعامل مهم في المجال العلاجي (Tarquinio & Tarquinio, 2007, p. 2)، والمستمد مباشرة من اللغة الإنجليزية من فعل To comply، الذي يشير إلى تقدم المريض إلى طبيبه، أين يتعين جعل المريض أكثر نشاطا، ويتوافق مع طبيبه على الأهداف، ولكن لم يعد الطبيب وحده الذي يقرر، حيث نتحدث اليوم أكثر فأكثر عن التنظيم الذاتي؛ أين أصبح المريض الآن فاعلا في صحته، والأمر متروك له لإدارة ذاته، ويصبح مسؤولا ومستقلا في علاجه (Gauchet, 2005, p. 15).

لذلك يجب النظر في تقبل العلاج وتحديد كميته للمواجهة بين المتطلبات الطبية والموارد التي يمكن للفرد تطويرها، وتعبئتها للتكيف مع وضعه كمرضى، وهكذا فإن مفهوم تقبل العلاج يكشف عن تعقيده؛ فيما يتعلق بتعريفه، وكذلك الأهمية التي يكتسبها من خلال علاقة المريض بمرضه ومراجعة الطبيب (Tarquinio & Tarquinio, 2007, p. 4).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### أولاً. تعريف تقبل العلاج:

إن الأعمال المختلفة التي أجريت حول تقبل العلاج، استخدمت مجموعة متنوعة من المصطلحات التي تحتاج إلى توضيح (Tarquinio & Tarquinio, 2007, p. 2)، ويعبر عن تقبل العلاج في اللغة الفرنسية وما يقابلها في اللغة الإنجليزية بالمصطلحات الموضحة في الجدول رقم (01)، الذي يوضح الكلمات المفتاحية لتقبل العلاج في اللغتين الفرنسية والإنجليزية

يبين الجدول رقم (01) الكلمات المفتاحية لتقبل العلاج في اللغتين الفرنسية والإنجليزية

الكلمات المفتاحية في الفرنسية Mots clés (racines) en Français	الكلمات المفتاحية في الإنجليزية Mots clés (racines) en Anglais.
1. Observance	1. Compliance
2. Adhésion	2. Adherence
3. Education thérapeutique	3. Concordance
4. Alliance thérapeutique	4. Persistence
5. Concordance	5. Execution
6. Fidélité	6. Fidelity

نقلا عن: (Cognet, Adam-vézina & Braud, 2010, p. 16)

وتنوع المصطلحات هذا تنوعت معه التعاريف التي تناولت تقبل العلاج، هذه التعاريف النابعة من اختلاف تخصصات وتوجهات الباحثين، ومن هذه التعاريف مايلي:

**(1). التعريف اللغوي:**

عرف معجم علم النفس والتربية (1984)، كلمة Compliance بأنها تقبل ما يصدر عن شخص آخر من رغبات أو مقترحات أو عروض.

وفي قاموس أطلس الموسوعي (2002)، فإنها تعني طاعة، إجابة، تلبية، إذعان وهي ميل إلى الاستسلام لرغبات الآخرين.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

وعرف معجم مصطلحات العلوم الإجتماعية ل: مصلاح الصالح (2012)، كلمة Compliance على أنها: مطاوعة، إذعان.

والإذعان عرفه معتر سيد عبد الله (في علي عبد الرحيم صالح، 2014)، بأنه: سلوك صريح يقترب بدرجة كبيرة من السلوك الذي ترغب الجماعة أن يسلكه أعضاؤها، أو هو انصياع الفرد لضغوط الجماعة بصرف النظر عن وجود أي مطلب مباشر يفرضه عليه أن يستجيب بصورة طبيعية.

وعرف قاموس أطلس الموسوعي (2002)، كلمة:

**Adherence**: التصاق، التزام وتقييد.

**Observance**: الالتزام، أو التقييد بقانون أو عادة أو أمر أو قاعدة، شعيرة أو طقس متبع أو احتفال بعيد أو طقس معين.

وجاء في قاموس المنهل ل: سهيل إدريسي (2013)، تعريف ل:

**Adhésion**: التصاق، التحام، انتساب.

**Alliance**: تحالف، محالفة.

هذه بعض مرادفات لمصطلح Compliance في اللغة الفرنسية والإنجليزية، أما في اللغة العربية نجد أن الباحثين قد استخدموا عدة مصطلحات على غرار: انضباط، التزام، مواظبة، امتثال، التقبل، وغيرها.

### (2). التعريف الاصطلاحي:

بعدما تطرق الباحث في التعريف اللغوي لأهم مرادفات كلمة Compliance في اللغتين الفرنسية والإنجليزية وتعريف كل مرادف، وكذلك ما جاء في اللغة العربية من مرادفات لها، سوف يتبنى الباحث في هذه الأطروحة مصطلح تقبل العلاج، أين يكون للمريض دورا فاعلا في صحته ومسؤولا عليها. وهو محور العملية العلاجية ونجاحها. ويعرف تقبل العلاج كمايلي:

عرفه هاينز، تايلور، وساكييت (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979, p. 1495) بمدى توافق سلوك المريض مع إرشادات مقدمي الرعاية الطبية أو المشورة الصحية، فيما يخص تناول الأدوية، إتباع نظام غذائي وتغيير أسلوب الحياة.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

منظمة الصحة العالمية (World Health organization [WHO])، أصدرت عام (2003)، دليل عمل خاص بالالتزام بالعلاجات طويلة الأجل، وأشارت ذات المنظمة أنه في اجتماع لها في 2001، حول تقبل العلاج، قدم المشاركون تعريفا لتقبل العلاج بأنه: "المدى الذي يتبع به المريض التعليمات الطبية" وأنه كان نقطة إنطلاق مفيدة. ومع ذلك فإن المصطلح "طبي" غير كاف في وصف مجموعة التدخلات المستخدمة لعلاج الأمراض المزمنة، علاوة على ذلك، يشير مصطلح "تعليمات" إلى أن المريض هو متلق سلبي ومستفيد من مشورة الخبراء بدلا من أن يكون متعاوناً نشطاً في عملية العلاج (WHO, 2003, p. 3). وجاء ضمن هذا الدليل تعريف خاص بتقبل العلاج وهو مستمد من تعريف هاينز (1979)، حيث عرفت تقبل العلاج بأنه: مدى توافق سلوك المريض فيما يخص تناول الدواء، و إتباع نظام غذائي، وتنفيذ تغييرات في نمط الحياة، مع التوصيات المتفق عليها مع مقدم الرعاية الصحية. (WHO, 2003, p. 3). على الرغم من أن معظم الأبحاث قد ركزت في تقبل العلاج على الالتزام بالأدوية، إلا أن التقبل يشمل أيضا العديد من أنماط السلوك المتعلقة بالصحة والتي تتجاوز تناول الأدوية الموصوفة (WHO, 2003, p. 3). لذلك ركزت (WHO) في تعريفها لتقبل العلاج على توافق سلوك المريض مع التوصيات التي يقدمها مقدم الرعاية الصحية.

- ومن التوصيات والنصائح التي يجب على المريض أن يتبعها حسب (WHO, 2003, p. 3) نجد:
- تناول الأدوية بشكل ملائم.
  - الحصول على التطعيمات اللازمة.
  - حضور مواعيد المتابعة الطبية.
  - القيام بالتعديلات السلوكية الصحية، والابتعاد عن السلوك غير الصحي (سلوك الخطر) مثل التدخين.
  - إتباع نظام غذائي صحي.
  - ممارسة نشاط بدني كاف.

في الطب، يستخدم الانجلوسكسونيون مصطلح Adherence. وهو الدرجة التي يتوافق فيها سلوك المريض مع الوصفة الطبية المقترحة له، أما مصطلح Compliance فهو ذو أصل أمريكي، ويشير إلى الصرامة التي يتبعها المريض مع وصفة الطبيب (Janini, 2012, p 8).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

يعرف فيشر وتاركينيو (Fisher & Tarquinio, 2006, p. 171) تقبل العلاج بأنه: "مجموعة السلوك الذي يسعى من خلاله المريض إلى الامتثال للعلاج الموصوف له، من أجل الحفاظ على صحته أو يجد طريقه إلى الشفاء".

يحدد تقبل العلاج، امتثال المريض لوصفة طبية، ومشاركته النشطة في اقتراح برنامج علاجي، وهي إجراءات إيجابية من أجل التحسن (Benoit, Pon & Zimmermann, 2009, p. 587). وترى تورات تورقي (Tourette-turgis, 2007, pp. 70-71) أن تقبل العلاج هو: قدرة الشخص على تلقي العلاج وفقا لوصفة معينة، وتتأثر هذه القدرات إيجابا أو سلبا بعوامل تتفاعل فيما بينها، وهي عوامل ضعف أو حماية لتقبل العلاج وهي:

عوامل معرفية: الدافعية، التوقعات، المعلومات، المعتقدات حول المرض والعلاج، مشروع الحياة.

عوامل سلوكية: الروتين، المهارات، إدارة الآثار الجانبية والحوادث الخطيرة، تعاطي المخدرات والكحول.

عوامل انفعالية: تقدير الذات، القلق، الاكتئاب، الأمل، الشعور بالذنب.

عوامل اجتماعية: الظروف الاقتصادية، مستوى المساعدة من المحيط، جودة الرعاية الصحية والاجتماعية، الظروف المعيشية.

مما سبق، يمكن إيجاز تعريف تقبل العلاج في أنه:

جانب هام من السلوك الصحي للمريض، يجعل هذا الأخير يتكيف مع وضعه كمريض، ويتمثل في مدى توافق سلوك المريض مع توصيات مقدم الرعاية الصحية، فيما يخص تناول الأدوية الموصوفة، إتباع حمية غذائية، ممارسة نشاط بدني كاف، الابتعاد عن سلوك الخطر، والمشاركة النشطة في العملية العلاجية.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### ثانيا. تعريف عدم تقبل العلاج:

يعرف عدم تقبل العلاج بأنه: عدم الانصياع للتوصيات العلاجية المتعلقة بتعديل عادة ضارة بالصحة أو حالة مرضية ما؛ فعندما لا يتبنى المرضى السلوك والمعالجات التي يوصي بها القائم بالرعاية الصحية، فهذا يعني عدم تقبل العلاج (تايلور، 2008، ص ص 551،894).

إن ظاهرة عدم تقبل العلاج ليست أمرا نادرا، بل يمكن اعتبارها سلوكا شائعا، ومعقدا أيضا (تايلور، 2008، ص 558)، فهو ظاهرة معقدة تتجاوز الإطار البسيط للدواء، يمكن أن يكون عامة أو تركز على جانب واحد من العلاج، ويمكن أن تتغير مع مرور الوقت، ويشكل عدم تقبل العلاج مشكلة فردية واجتماعية واقتصادية على حد سواء، وتعتبر تداعياتها مهمة للرعاية، وأهمية عواقبها تجعل تقبل العلاج موضوعا رئيسيا للصحة العامة (Bureau, 2001, pp. 25,27).

بالنسبة لمرضى ضغط الدم المرتفع، فإن المشكلة الرئيسية التي تواجه محاولات إدارة فرط ضغط الدم، تتمثل بارتفاع مستويات عدم تقبل العلاج، والنتائج بصورة رئيسية عن عدم وجود أعراض للمرض، مما يؤدي إلى عدم إتباع العلاج بصورة منتظمة، بالإضافة إلى ذلك، تعود حالات عديدة من عدم تقبل العلاج إلى المعتقدات الشخصية الخاطئة التي يحملها المريض حول مرضه وطريقة تعامله معه، مما يضعف التزامه بنظام العلاج، ويعرضه للمخاطر الصحية، أما السبب الآخر في عدم تقبل العلاج، فيتمثل في وجود آثار جانبية سلبية للأدوية، مثل: الدوخة، وعدم القدرة على التركيز، والضعف الجنسي، مما يفسر أن العديد من مرضى ضغط الدم المرتفع غير مستعدين لمقايسة إيجابيات العقاقير بآثارها الجانبية المزعجة، خاصة عندما يكون مرضهم بلا أعراض (تايلور، 2008، ص 753).

ولعدم تقبل العلاج أشكال متعددة، منها:

\* عدم الالتزام بالمواعيد التي يتم تحديدها لغايات تعديل السلوك.

\* الانسحاب من برامج تعديل أسلوب الحياة التي يتم إعدادها خصيصا من أجل معالجة مشكلات مثل التدخين أو البدانة.

\* عدم الالتزام الجزئي أو الكلي بالوصفة المحررة من طرف الطبيب. (تايلور، 2008، ص 551).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### ثالثا. أنواع عدم تقبل العلاج وأسبابه:

سوف يتطرق الباحث في هذا الجزء لأنواع عدم تقبل العلاج، وكذلك لأهم الأسباب التي تقف عائقا أمام تقبل المرضى للعلاج.

#### (1). أنواع عدم تقبل العلاج:

هناك أنواع مختلفة من عدم تقبل العلاج منها (De blic, 2007, pp. 419-420):

##### 1- تقبل العلاج غير المنتظم: *L'observance erratique*

وهو مرتبط بنمط الحياة اليومية وتداخلاتها.

##### 2- عدم تقبل العلاج اللاواعي: *L'inobservance inconsciente*

ويتعلق الأمر بإتباع الوصفات الطبية، كالتناول الخاطئ للأدوية وسوء استخدام بعض الأجهزة.

##### 3- عدم تقبل العلاج المتعمد: *La non-observance délibérée*

ويتمثل في إنكار المرض ورفض العلاج والشروط المتعلقة به، والخوف من الآثار الجانبية للأدوية.

ومن جهته صنف مونزبرغر وزملائه (Munzenberger & coll.) (في Gauchet, 2005, pp. 21-22)

أنواع عدم تقبل العلاج إلى أربعة أنواع: التوقف الكلي، التوقف المؤقت، النسيان، الجرعات المجتمعة.

يظل نسيان الجرعات سلوك عرضي للمرضى المتقبلين للعلاج. وتعد الجرعات المجتمعة سلوكا شائعا بين المرضى، ولكنها شائعة بين المرضى الذين يقررون تكييف الوصفة الأولية مع نمط حياتهم، فالمريض يحترم عدد الأدوية التي يجب تناولها يوميا، لكن دون مراعاة وقت وتكرار الجرعات، قد يكون لهذا السلوك آثار سلبية على صحة المريض وفعالية العلاج.

وتكشف التوقعات المؤقتة بشكل خاص عن صعوبة إتباع العلاج، هؤلاء المرضى يجدون صعوبة في فهم فائدة العلاج، أو يعارضون قوة الطبيب، أو يرغبون في رعاية حقيقية، وأخيرا بعض المرضى يتناولون عددا أكبر من الأدوية مقارنة بالأدوية الموصوفة من قبل الطبيب، هؤلاء هم نفس أنواع المرضى الذين يقررون التوقف عن تناول دواء ما أو زيادة كمية الدواء

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الأخرى، يعتمد هذا القرار على الآثار الجانبية للدواء وتحسن حالة المريض. وبالتالي يتم إعادة بناء العلاج بطريقة أو بأخرى ويكون للمريض دورا في ذلك.  
والجدول رقم (02): أنواع عدم تقبل العلاج، يوضح كل نوع وخصائصه:

الجدول رقم (02) يبين أنواع عدم تقبل العلاج، حسب (Munzeberger, Souville, Norin & Moatti 1996)

نوع عدم تقبل العلاج	الخصائص
التوقف الكلي	- أشد أنواع عدم التقبل حدة. - الأكثر ملاحظة.
التوقف المؤقت	- سلوك يقرره المريض متعمدا (لبضعة أسابيع مثلا). - أكثر صعوبة للقياس من طرف الطبيب.
النسيان	- السلوك الأكثر شيوعا وتواترا وصعب الملاحظة من طرف الطبيب. - معظم المرضى يعترفون بنسيان أدويتهم دائما أو أحيانا.
الجرعات المجتمعة	- سلوك أقل شيوعا وتواترا. - تناول جميع الأدوية في جرعة واحدة أو جرعتين في اليوم، بدلا من ثلاث جرعات.

نقلا عن: (Gauchet, 2005, p. 21)

### (2). أسباب عدم تقبل العلاج:

إن أسباب عدم تقبل العلاج كثيرة، وتختلف باختلاف الأفراد وسماتهم، حيث أن العديد من العوامل قد تكون سببا في عدم تقبل العلاج، وكلما تم تحديدها كانت الفرصة أفضل لتقديم التدابير المناسبة. تندرج الأسباب الشائعة لعدم تقبل العلاج في ثلاث فئات، تلك المتعلقة بالمعلومات والدافعية والقدرة (Mayer, 2007, pp. 2-3):



## الفصل الأول: تقبل العلاج

### 1- الأسباب المتعلقة بالمعلومات:

- إن الشرط الأساسي لسلوك تقبل العلاج هو فهم المريض للعلاج.
- ينتج عدم تقبل العلاج في بعض الأحيان، عن افتقار المريض إلى الحد الأدنى على الأقل من المعلومات حول حالته الصحية.
- نقص المعلومات حول الدواء الموصوف، تأثيره، طريقة تناوله، أو آثاره الضارة، وهنا يلعب الصيدلي دورا في تعزيز أو تصحيح المعلومات التي لدى المريض.
- لقد تم إثبات أنه عندما يستخدم أخصائي الصحة (الطبيب أو الصيدلي) الكثير من المصطلحات الطبية التي لا يفهمها المريض، أو اللغة تكون مربكة أو علمية للغاية، يكون المريض أقل تقييدا بالعلاج.

- ومع ذلك، نحن نعرف الآن أن الجهل أو عدم الفهم وحده لا يمكن أن يفسر عدم تقبل العلاج، فهناك عوامل أخرى معنية.
- المريض لا يفهم أو لم يتم إخباره بمرضه ومضاعفاته.
  - المريض لا يعلم المدة التي يجب أن يتناول فيها الدواء.
  - المريض لا يعرف كيفية تناول الدواء، والجرعات.
  - المريض لا يعرف ما يجب القيام به للحد من التأثيرات الضارة وإدارتها.

### 2- الأسباب المتعلقة بالدافعية:

- إن دافعية المريض لإتباع العلاج لها تأثير على تقبل العلاج، وامتلاك المعلومات الصحيحة لا يكفي لتحفيز المريض، فمعتقدات المريض ومخاوفه هي أيضا محددات حاسمة، ومن أسباب عدم تقبل العلاج المرتبطة بالدافعية نجد:
- لا يعتقد المريض أنه مريض.
  - لا يثق المريض بالأخصائي الصحي (الطبيب أو الصيدلي).
  - يعتقد المريض أن المنتجات الطبيعية أفضل من المواد الكيميائية.
  - يخاف المريض من الاعتماد على الدواء.
  - لا يرى المريض الآثار المفيدة للعلاج.
  - المريض لا يعتقد أنه عرضة لمضاعفات المرض.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

- سماع المريض أخباراً أو تقارير إعلامية تفيد بأن الدواء خطير.

### 3- الأسباب المتعلقة بالقدرة على إتباع التعليمات:

بمجرد أن يكون لدى المريض المعلومات والدافعية لمتابعة العلاج، فإن العقبات المتبقية عملية، وتتعلق مباشرة بقدرة المريض على إتباع التعليمات المتعلقة بتناول الدواء بشكل منتظم. غالباً ما يمكن التغلب على هذه العقبات من خلال الاستجابة لاحتياجات المريض الخاصة؛ على سبيل المثال: تبسيط نظام الجرعات والتحول إلى شكل جرعات يناسب المريض.

ومن أسباب عدم تقبل العلاج المتعلقة بقدرة المريض على إتباع التعليمات نجد:

- العلاج معقد للغاية (يجب تناول الدواء بكثرة).

- يتعذر على المريض ابتلاع الحبوب بسبب المذاق أو شكل الجرعة.

- يواجه المريض صعوبة في إخراج الدواء من العبوة.

- يعاني المريض من مشاكل إدراكية أو أنه ينسى.

- يعاني المريض من تأثير سلبي كبير.

- لا يناسب الدواء حياة المريض.

- يعاني المريض من إعاقة جسدية أو مشكلة حركية تمنعه من الوصول إلى دوائه.

- لدى المريض الكثير من الأقران التي يجب عليه تناولها كل يوم.

ووفق هذا النموذج، سوف يتقبل المريض العلاج إذا كانت لديه المعلومات اللازمة

والدافعية والقدرة.

هذا وقد ينجم عدم تقبل العلاج عن التواصل الضعيف بين المريض والقائم بالرعاية

الصحية، أو عن طبيعة البرنامج العلاجي أو عن عوامل تتعلق بالمريض نفسه، مثل الطبقة

الاجتماعية التي ينتمي إليها، أو المعتقدات التي يتبناها ويتبعها حول صحته بوجه الخصوص.

وعليه فإن محاولات التقليل من عدم تقبل العلاج يجب أن تأخذ بعين الاعتبار جميع هذه

العوامل، لأن التعامل مع ظاهرة عدم تقبل العلاج ليس بالأمر السهل أو البسيط كما يعتقد

بعضهم (تايلور، 2008، ص 558).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### رابعاً. النظريات المفسرة لتقبل العلاج:

عرف سرافينو (Sarafino, 1994) السلوك الصحي بأنه: "أي نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة" (يخلف، 2001، ص 20)، ومفهوم السلوك الصحي أعقد من أن نتمكن من فهمه من خلال نظرية واحدة، وأثمر هذا التعقيد طرح عدد من النماذج والنظريات، والتي قد لا تقدم الحقيقة، ولكنها تساعد أيضاً في وضع الأولويات، كما أنها تعد عامل وقاية، فهناك عدد من نظريات السلوك الصحي، وكل منها لها مميزات وعيوب، وقد وضع بعض هذه النظريات في البداية لتكون مرشداً في دراسة سلوك الفرد، وتم تطوير بعضها الآخر ليساعد في فهم سلوك الجماعات والمجتمعات، وكل النظريات تستخدم من قبل الباحثين والمعالجين، والعاملين في مجال الصحة المهتمين بتغيير السلوك الصحي تغييراً إيجابياً (الدق، 2011، ص ص 104-105)، وتقبل العلاج أحد الجوانب الهامة من السلوك الصحي للمريض، فهو الآخر تناولته بالدراسة نماذج نظرية خاصة، وهي حديثة إلى حد ما، وفيما يلي عرض لبعض من هذه النظريات والنماذج وفق فئتين، الأولى خاصة بالنظريات والنماذج الكلاسيكية التي درست السلوك الصحي بشكل عام، أما الثانية فهي النماذج الخاصة بالتنظيم الذاتي التي تطرقت إلى دراسة تقبل العلاج.

#### 1). النماذج الكلاسيكية التي فسرت السلوك الصحي:

##### 1- نموذج المعتقدات الصحية: (The Health belief model (HBM)

يعتبر نموذج المعتقدات الصحية من أكثر النماذج التي تحاول تفسير السلوك الصحي، تم تطويره في الخمسينات من القرن الماضي لتفسير ما الذي يجعل الأفراد الأصحاء يشاركون في السلوك الوقائي، وخاصة التطعيم، وفقاً لهذا النموذج، سيختار الأفراد تبني السلوك اعتماداً على مقدار تقديرهم للهدف وإيمانهم بأن السلوك سيمكن من تحقيق الهدف، بمعنى آخر، فإن مفتاح فهم السلوك هو تحديد المعتقدات الصحية للفرد (Mayer, 2007, p. 3).

وتبلور هذا النموذج وتم تطويره من طرف روزنستوك (Rosenstock, 1974)، بيكر ومايمان (Becker & Maiman, 1975) من أجل فهم سبب عدم خضوع الأشخاص لاختبارات تشخيص

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الأمراض المبكرة جدا، وأيضا لتفسير وتوقع ما إذا كان الأفراد يتبعون توصيات الوقاية (مثل التطعيم) (Fischer, 2002, p. 25). وتم تطبيقه في مجالات متعددة في علم نفس الصحة، تشمل الإذعان للأوامر الطبية، وسلوك دعم الصحة (الدق، 2011، ص 105).

ويعرف روزنستوك وبيكر (1994) نموذج المعتقدات الصحية بأنه: "نموذج نفسي يحاول تفسير السلوك الصحي واستباق توقعه بالتركيز على الاتجاهات والمعتقدات عند الأفراد" (الداغستاني والمفتي، دت، ص 86).

ويعرفها بيكر (Becker, 1984) بأنها: "نموذج نظري يقر بأن الفرد ينخرط في ممارسة السلوك الصحي فقط في حال: اعتقد بأنه عرضة للمرض ويشعر بأن المرض شيء خطير، ووافق على أن الإجراءات الوقائية ذات فعالية وأن فوائد القيام بها ستفوق تكلفة القيام بها" (الداغستاني والمفتي، دت، ص 86).

وفقا لهذا النموذج، فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين، هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، وإدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التقليل من هذا التهديد (تايلور، 2008، ص 143)، فاحتمال قيام شخص ما بالسلوك الصحي هو نتيجة تقييم لدرجة التهديد المرتبطة بالمرض وفوائد وتكاليف الإجراءات الوقائية. يتأثر إدراك خطر المرض بمدى شعور الشخص بالضعف أمام مرض معين (إدراك القابلية للإصابة) والمعتقدات حول مدى خطورة العواقب المرتبطة بالمرض (إدراك الخطورة). على سبيل المثال، قد يدرك المدخن، الذي يعاني من زيادة في الوزن وارتفاع ضغط الدم، أنه معرض لخطر الإصابة بأمراض القلب والشرايين (إدراك القابلية للإصابة) التي قد تؤدي إلى الموت (إدراك الخطورة). عندما يصل التهديد إلى مرحلة معينة، فإن احتمال تبني سلوك وقائي معين يعتمد أيضا على مدى تقدير الأفراد بأن فوائد هذا الإجراء (الحد من المخاطر، وفكرة السلامة) أكبر من التكاليف (الجسدية، النفسية والمالية) والمعوقات التي تحول دون الوقاية (Fischer, 2002, p p. 25-26).

يشير نموذج المعتقدات الصحية إلى أن احتمال انخراط الفرد في سلوك صحي محدد يتحدد من خلال إدراكه للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقييمه للسلوك الموصى به. فالعناصر الأساسية للنموذج هي:

## الفصل الأول: تقبل العلاج

- القابلية المدركة للإصابة: بمعنى اعتقاد الفرد بوجود احتمال بأنه قد يصاب بمرض معين أو عجز ما.

- الخطورة المدركة للمرض: أي ماذا سيترتب عن الإصابة بالمرض أو العجز (شويخ والحويلة، 2015، ص 62). ويحتوي الشعور المتعلق بخطورة المرض على تقديرات لكل من العواقب الطبية والعيادية (مثل الموت، والعجز، والألم)، والعواقب الاجتماعية الممكنة (مثل تأثيرات الحالة المرضية على العمل وعلى العائلة والعلاقات الاجتماعية) (الدق، 2011، ص 107).

- الفوائد المدركة للفعل: وهي الفوائد المتوقعة التي ستتحقق إذا مارس الفرد السلوك الصحي في هذا الموقف.

- المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل: بمعنى ما الأشياء التي تحدث أثناء التوافق مع السلوك المحدد؟، أي إذا كان الفرد يسعى للتوافق أو عدم التوافق مع سلوك ما، فما التكاليف المحتملة؟ (شويخ والحويلة، 2015، ص 62)، فالسلوك قد يكون غير ملائم لأنه يستغرق وقتا طويلا أو مجهودا كبيرا، فقضاء ساعة يوميا في الاسترخاء للتحكم في ضغط الدم المرتفع، قد يدركه البعض بوصفه سلوكا غير ملائم، فالفرد يفكر مليا في التأثير المتوقع للفعل في مقابل إدراكه لكون هذا الفعل قد يكون مكلف ماديا، وخطيرا، أي أن له تأثيرات جانبية، وغير سارة، كأن يكون الفعل مؤلما أو صعبا، أو أنه يسبب إعتلالا صحيا بسيطا، وإحداث الضيق للفرد، وإهدار الوقت، وهكذا (الدق، 2011، ص 108).

- الدافعية الصحية: وهي تفسير واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذلك من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

- الهاديات للتصرف: وهي الحدث الذي يؤدي إلى السلوك، وقد تكون هذه الهاديات داخلية، مثل الأعراض المدركة، كما قد تكون خارجية، مثل حملات التوعية أو الإصابة بمرض، أو وفاة صديق عزيز.

ويرى الباحثون أن هذه العناصر الأساسية تعمل معا في تحديد مدى احتمال انخراط الأفراد في سلوك معين، والقاسم المشترك بين هذه العناصر هي كلمة مدركة، وهذا يؤكد أن إدراكنا يؤدي دورا محوريا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد سلوكنا على أساس موضوعي، ولكن على أساس إدراكي (شويخ والحويلة، 2015، ص 62).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

وهكذا فحسب نموذج المعتقدات الصحية ينفذ السلوك الوقائي عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين ويكون الاستعداد المدرك (احتمالية المرض) لذلك المرض عال، وتكون الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة، ويتم تنفيذ مثل هذا السلوك على وجه الخصوص عندما يتوفر عدد من بعض الشروط التالية:

- عندما يدرك الفرد ويقتنع أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بمرض.

- وقد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية.

- أن تكون هناك فوائد متوقعة تعقب اتخاذ إجراءات وقائية.

- وتكون الفوائد المتوقعة أهم بكثير من التكلفة.

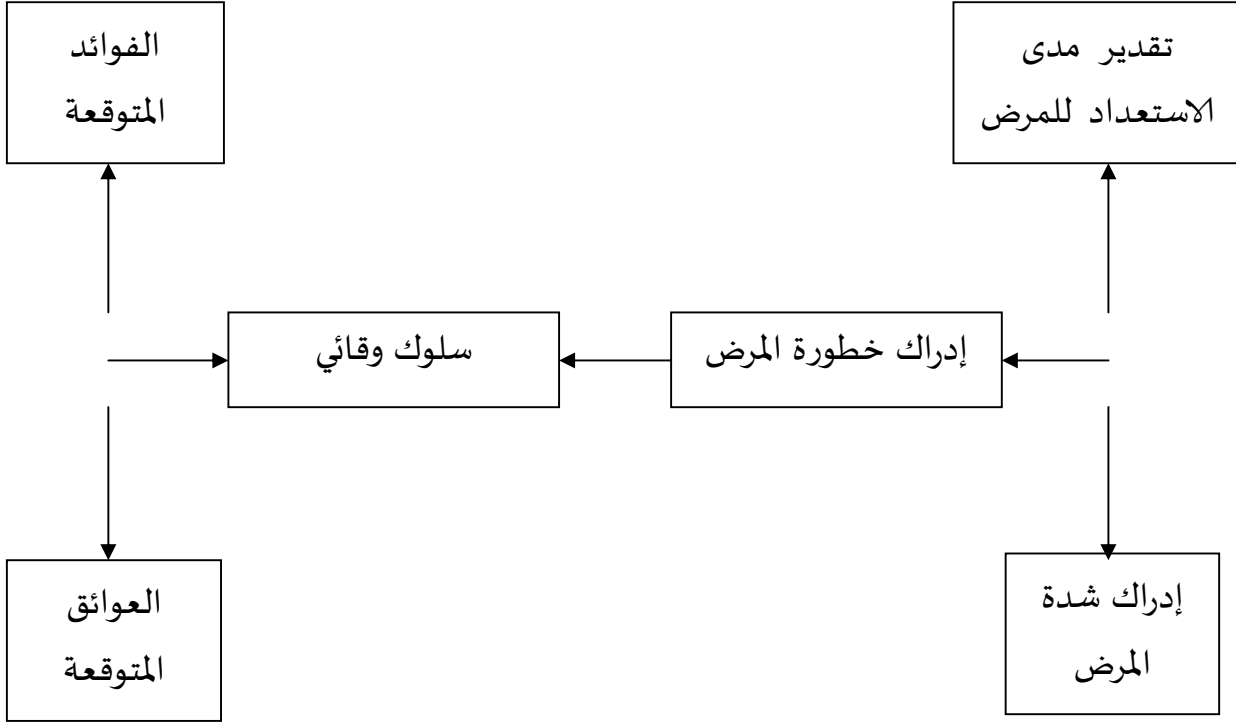
- أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي ستسفر عن النتائج الإيجابية المتوقعة.

- أن تتوفر دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززها (يخلف، 2001، ص 32).

لقد تم استخدام هذا النموذج في دراسة الالتزام بالحمية الغذائية وبعض الدراسات حول سلوك الفحص الذاتي للثدي بين النساء المعرضات للخطر وفي دراسة التقبل لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، ومرضى السكري، وقد أكد الكثير من الدراسات الأهمية العملية للنموذج، كما أثبتت فعاليته في مجال الأمراض المزمنة (Fischer, 2002, p. 234).

أخيرا، يمثل نموذج المعتقدات الصحية إطارا مفيدا لفحص السلوك الصحي، وذلك على الرغم من أن بعض الدراسات التي استرشدت بنموذج المعتقدات الصحية توصلت إلى نتائج متباينة، إضافة إلى تركيز هذا النموذج على الأفراد مغفلا دور البيئة الاجتماعية والاقتصادية، وكذلك عدم أخذه في الاعتبار بشكل واضح دور الانفعالات وتأثيرها المحتمل، إلا أنه لا يزال نموذجا مفيدا في التنبؤ بالسلوك الصحي (شويخ والحويلة، 2015، ص ص 65-66).

الشكل رقم (01) يبين نموذج المعتقدات الصحية HBM



نقلا عن: (يخلف، 2001، ص 33)

### 2- نظريتا الفعل المبرر والسلوك المخطط:

#### 1. نظرية الفعل المبرر:

تم تطوير نظرية الفعل المبرر على أيدي أيسك أجزين ومارتن فيشبين (Icek Ajzen & Martin Fishbein) سنة 1975، بوصفها نظرية عامة تشرح العلاقات بين كل من المعتقدات، والاتجاهات، والمقاصد، والسلوك، حيث تفترض أن هناك أسبابا ضمنية تحدد دافعية الفرد لأداء سلوك ما، هذه الأسباب مركبة من معتقدات الفرد المعيارية والسلوكية، حيث تحدد اتجاه الفرد ومعياره الذاتي، بصرف النظر عما إذا كانت هذه المعتقدات معقولة، أو منطقية، أو صحيحة بالنسبة للمعايير الموضوعية، وتؤكد نظرية الفعل المبرر أن مقصد الشخص هو المحدد المباشر للسلوك، وتشكل المقاصد باثنين من العوامل على التوالي: الأول هو التقييم الشخصي للسلوك، أي اتجاه الشخص نحو السلوك.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

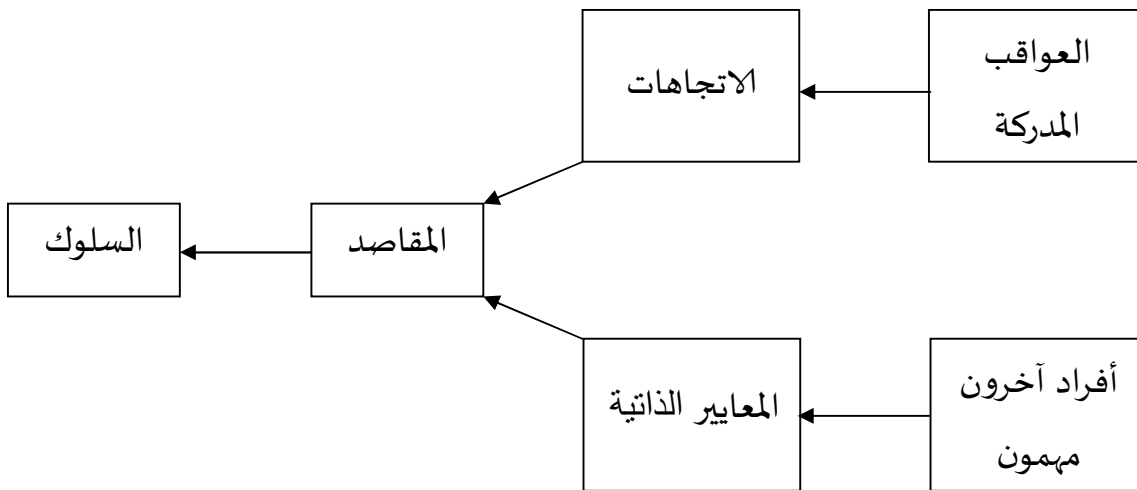
والثاني هو إدراك الشخص للضغط الاجتماعي عليه لأداء الفعل أو عدم أدائه، أي المعيار الذاتي الشخصي.

ويتحدد اتجاه الفرد نحو السلوك عن طريق الاعتقادات بأن هذا السلوك سوف يؤدي به إلى عواقب إيجابية أو سلبية، أما المعيار الذاتي فيتشكل عن طريق إدراك الفرد للتقييم الشخصي الذي يقيم به الفرد هذا السلوك، ودافعية الفرد للإذعان لهذه المعايير.

بالتالي فإن هذه النظرية يمكنها التنبؤ بأن شخصا ما يرجح أن يؤدي سلوكا معيناً عندما يكون لديه مشاعر جيدة عن أداء هذا السلوك، ويشعر بضغط أو إلحاح اجتماعي عليه عند أداء هذا السلوك، هذا وتتأثر المعايير الذاتية بالضرورة بالإلحاح الأفراد المهمين، والأفراد المهمون هم من نشعر بالسعادة معهم، فالفرد الذي يعتقد أن أفراداً مهمين بالنسبة له يرون أن عليه القيام بسلوك ما، فإنه سوف يكون لديه معيار ذاتي إيجابي، وعلى العكس من ذلك، فإنه عندما يعتقد هذا الشخص بأن هؤلاء الأفراد المهمين يرون أن عليه عدم القيام بسلوك ما فإنه سوف يكون لديه معيار ذاتي سلبي، أما الشخص الذي لديه دافعية أقل للإذعان لهؤلاء الأفراد المهمين، فإنه سوف يكون لديه معيار ذاتي حيادي نسبي (الدق، 2011، ص ص 113-115).

والشكل رقم (06): المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر، يوضح مكونات هذه لنظرية:

الشكل رقم (02) يبين المكونات الرئيسية لنظرية الفعل المبرر



نقلا عن: (الدق، 2011، ص 115)



## الفصل الأول: تقبل العلاج

### 2. نظرية السلوك المخطط:

كما هي الحال في معظم النظريات، فإن المنظرين يسعون إلى تطوير أفكارهم، وأجرى كل من أجزين وفيشبين بعض التعديلات على نظريتهما. ففي عام 1985 أضاف أجزين مصطلح الضبط السلوكي المدرك كمؤثر ثالث على المقاصد بجانب كل من الاتجاهات والمعايير الذاتية. ويوضح أجزين، أن المقاصد تكون أكثر قوة في تشكيل السلوك عندما يدرك الأفراد أن لديهم قدرة على ضبط هذا السلوك، ولأن نظرية الفعل المبرر قد صممت لشرح السلوك الإرادي فقط، فقد اقترح أجزين عام 1985 تغيير اسمها إلى نظرية السلوك المخطط. وتعتمد هذه النظرية جزئياً على فكرة أن الأداء السلوكي يتحدد عن طريق كل من الدافعية، والمقصد، والضبط السلوكي معاً، ويرى أجزين أن الفرد سوف يبذل مجهوداً أكبر لأداء سلوك ما عندما يكون إدراكه للضبط السلوكي مرتفعاً، حيث يتوقع أن إدراك فرد ما للضبط السلوكي بالإضافة إلى المقصد يكون لهما تأثير مباشر على السلوك (الدق، 2011، ص ص 115-116).

وتتكون نظرية السلوك المخطط من ثلاثة عناصر أساسية هي:

أ. **الاتجاهات:** وهي المشاعر الإيجابية أو السلبية المتولدة عن الانخراط في سلوك محدد وهي أيضاً وظيفة للمعتقدات.

ب. **المعايير الذاتية:** وهي معتقدات الفرد حول ما إذا كان المحيطون به يدعمونه أو لا يدعمونه في الانخراط في السلوك الجديد، وما إذا كان لديهم دوافع لمتابعة هذه المعتقدات المهمة بالنسبة للآخرين.

ج. **التحكم الذاتي السلوكي:** ويهتم بقياس مدى إعتقاد الفرد بأنه قادر على أداء سلوك معين بنجاح، وهو نتاج المزج بين خبرة الفرد الماضية عن السلوك ومعتقداته عن قدرته على الانخراط في السلوك (شيوخ والحويلة، 2015، ص ص 66-67).

فالمدخن الذي يعتقد بأن التدخين يترك نتائج خطيرة على الصحة (الاتجاه نحو السلوك)، ويعتقد بأن الآخرين يرون أن عليه التوقف عن التدخين (المعيار الذاتي)، ويعتقد أنه قادر على التوقف عن التدخين (التحكم أو الضبط السلوكي المدرك)، سيكون أكثر قدرة على التصميم على ترك التدخين (القصد السلوكي)، من الشخص الذي لا يملك هذه الاتجاهات والمعتقدات المعيارية (تايلور، 2008، ص 148).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

لقد استخدمت نظرية الفعل المبرر للتنبؤ بمختلف أنماط السلوك الصحي، متضمنة سلوك التدخين والتمارين الرياضية، وتلقت هذه النظرية تأييدا كبيرا كما استخدمت بوصفها مرشدا لتطوير التدخلات العلاجية والوقائية، وقد وجد أن كلتا النظريتين (الفعل المبرر والسلوك المخطط) لهما قيمة في التنبؤ بمن سيدعن لبرنامج تمارين رياضية ومن لن يدعن لهذا البرنامج، وتعد نظرية السلوك المخطط إضافة مفيدة لفهم عمليات تغيير السلوك الصحي لسببين:

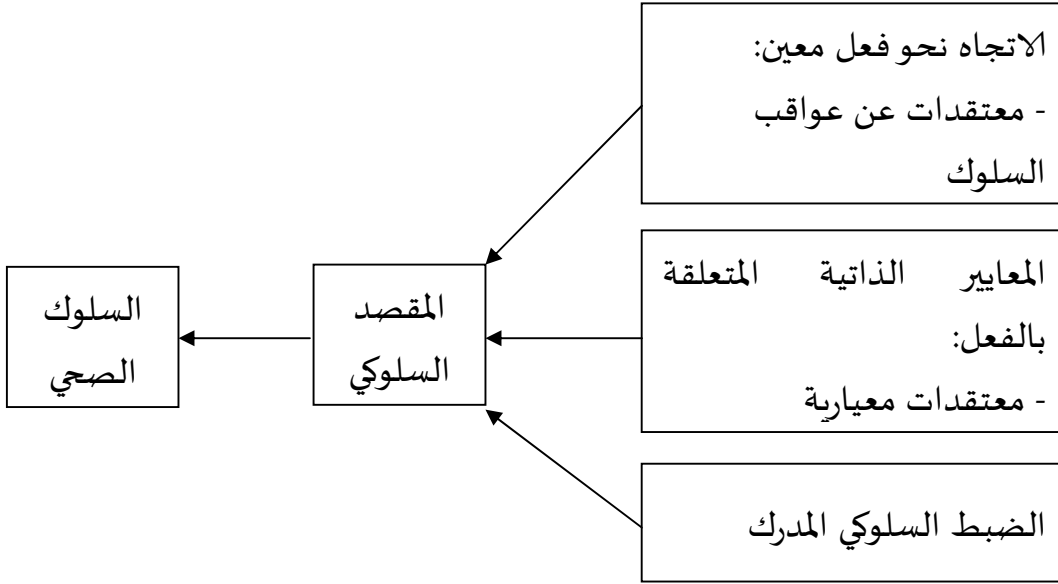
أولهما: أنها تمد النموذج بحلقة وصل تصل المعتقدات بالسلوك مباشرة.

ثانئهما: أنها تمد النموذج بصورة ظاهرية جيدة عن مقاصد الأفراد المتعلقة بعادة صحية خاصة (الدق، 2011، ص 117).

وعلى الرغم من ذلك، فإن إحدى مشكلات النظرية هي أنها لا تضع في الاعتبار القرارات غير المنطقية التي يتخذها الناس حول صحتهم، مثل الفشل في السعي إلى العلاج الطبي عند ظهور أعراض المرض، بالإضافة إلى مشكلة أخرى هي أن المقاصد والسلوك ليسا مرتبطين بالضرورة، بمعنى أن السلوك قد لا يتبع دائما القصد أو النية ومن المؤكد أن العلاقة بينهما يمكن أن يتوسطها مجال من العوامل التي تتضمن الخبرات الأولية والتاريخ السابق لممارسة السلوك الصحي (ليندزاي و بول، 2000، ص 571).

وهناك بعض المناقشات حول ضرورة إدراج عوامل أخرى لنظرية السلوك المخطط، والتي لا زالت بحاجة إلى النظر فيها أيضا، وذلك مثل المعايير الأخلاقية والهوية الذاتية، إضافة إلى عامل آخر ذكر في الآونة الأخيرة وهو الندم المتوقع؛ وذلك لأن إدراكنا أننا سنندم في المستقبل على سلوك معين قد يؤثر على مقصدنا من أداء العمل. وبالإضافة إلى ذلك، فقد دارت هناك مناقشة حول ما إذا كانت المقاصد تترجم لممارسة واقعية أو لا، وهو ما يعرف بفجوة السلوك والمقصد. كما دعا بعض الباحثين إلى وجوب تشجيع المشاركين على الانخراط في تخطيط السلوك، أي عمل خطة مفصلة عن كيفية تنفيذ السلوك واختيار زمانه ومكانه، وذلك بسبب زيادة عملية الفعل التي تترجم المقاصد إلى سلوك (شويخ والحويلة، 2015، ص 67).  
والشكل رقم (03)، يبين مكونات هذه النظرية.

الشكل رقم (03) يبين مكونات نظرية السلوك المخطط



نقلا عن: (الدق، 2011، ص 116)

### 3- نموذج التربية الصحية (بريسيد):

قدم لورانس جرين (Lawrence Green, 1974)، وهو رائد في مجال التربية الصحية، بصياغة نموذج نظري يعرف بنموذج الإعداد أو بريسيد (Precede Model)، حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة والارتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى مستويات، يرى جرين أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي ومباشر بالبيئة المحيطة بالفرد والعادات الصحية التي يمارسها ذلك الفرد. وقام بتحديد مجموعة من متغيرات أو عوامل يفترض أنها تتحكم في نشأة وممارسة مظاهر السلوك الصحي وهي:

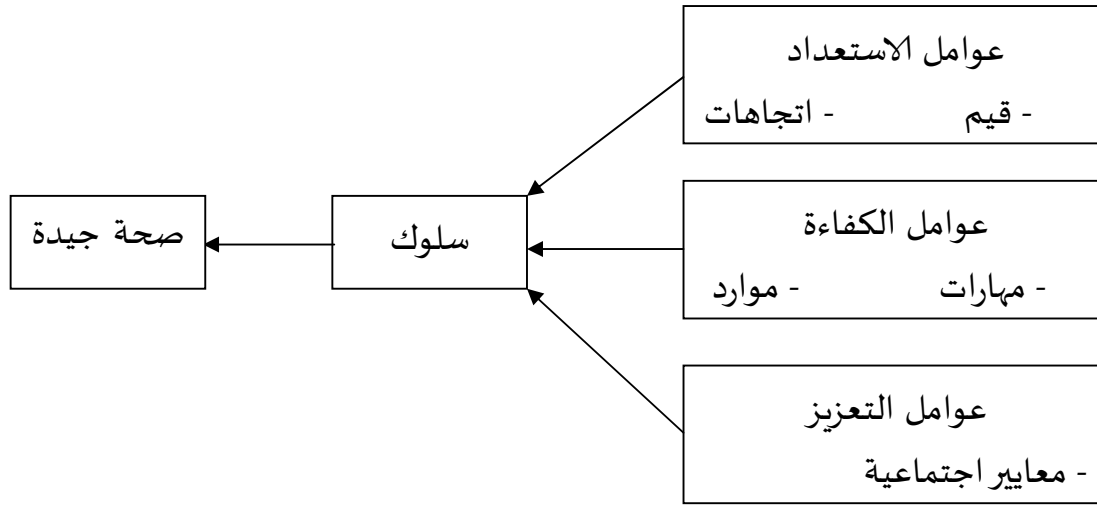
1. عوامل الاستعداد: تشمل العوامل المعرفية مثل المعارف الصحية والقيم والاتجاهات والمعتقدات الصحية والوعي الصحي، وتشكل هذه العوامل الهدف التقليدي لبرامج التربية الصحية والتي غالبا ما تسعى من خلال تغيير هذه المكونات المعرفية إلى دفع الفرد لممارسة عادات صحية سليمة.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

2. عوامل الكفاءة: وتتضمن المهارات والموارد الأخرى مثل الكتاب أو النادي الرياضي أو جمعية خاصة بضبط الوزن، وكلها تساعد على تنفيذ النشاط الصحي المرغوب كمرقبة مستوى ضغط الدم، وبمعنى آخر فإن عوامل الكفاءة تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق صحة جيدة.

3. عوامل التعزيز: وتشمل جميع العوامل الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تمارس تأثيرا إيجابيا أو سلبيا على سلوك الفرد وعاداته الصحية، كالإعلام من خلال النصيحة والأصدقاء من خلال ممارستهم الصحية وعوامل التنشئة الاجتماعية الأخرى كسلوك المربين. تعد نظرية جرين حول المحددات المعرفية والاجتماعية للسلوك الصحي من النظريات النفسية الأكثر استعمالا في مكافحة المرض في مجال الصحة العامة (يخلف، 2001، ص ص 36-37).

الشكل رقم (04) يبين نموذج التربية الصحية، لـ جرين (Green)



نقلا عن: (يخلف، 2001، ص 37)

### 4- نموذج تبني الاختيار الحذر:

إن نموذج تبني الاختيار الحذر لـ واينشتاين (Weinstein)، هو نموذج متعدد المراحل، وينص على أن الأفراد عندما يبدوون في سلوك جديد ومعقد نسبيا فإنهم يهدفون بذلك إلى حماية أنفسهم من الضرر، فهم يمرون بمراحل متعددة من الاعتقاد في قابليتهم للإصابة بالمرض، ولا يتحرك الأفراد بالضرورة من المراحل الأدنى إلى المراحل الأعلى، بل إنهم أيضا يعودون إلى المراحل السابقة. وعلى الرغم من أن مظاهر متعددة لهذا النموذج قد تم شرحها في عام 1988، فإن

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الصيغة الحالية للنموذج قد نشرت في عام 1992. ويتضمن هذا النموذج افتراضا مؤداه أن الأفراد قد يسيرون خلال سبع مراحل عند تعديل سلوكهم وهذه المراحل هي:

1. ينكر الأفراد أنهم معرضون للخطر.

2. يعترفون بأن هذا المصدر يمثل خطرا على الآخرين.

3. يعترفون بأن هذا المصدر يمثل خطرا شخصا أيضا.

4. يأخذون قرارا بالقيام بفعل ما.

5. يختارون التغيير السلوكي.

6. يبدؤون في أداء السلوك.

7. يحافظون على استمرارية هذا السلوك.

ويفترض واضعو هذا النموذج أن الأفراد عادة ما يمرون خلال كل المراحل، على الرغم من أنه في بعض الحالات قد يكون المرور عبر هذه المراحل بطيئا. لم يستخدم نموذج عملية الاختيار الحذر إلا في عدد محدود من الدراسات وبالتالي هذا النموذج في حاجة للاختبار، فهو يعرض منظورا أشمل لاختيار السلوكيات الوقائية، وقد يكون هذا النموذج أكثر اتساقا مع حقيقة أن هذا السلوك لا يوجد بشكل منفصل. فمحاولة تعديل سلوك التعاطي مثلا، سوف تمس بالضرورة مظاهر أخرى لها أهميتها في حياة هذا الفرد. والتدخلات التي يتم تخطيطها اعتمادا على هذا النموذج يجب أن توفر المصادر اللازمة لإحداث التغييرات السلوكية. مثال ذلك: برامج تقليل الضرر الناتج عن الاستخدام غير الآمن للعقاقير، يجب أن تحتوي هذه البرامج على عمل إبر جراحية معقمة، وأن تكون إبر الحقن هذه في متناول من يستخدمونها (الدق، 2011، ص ص 130-131).

وهناك نظريات أخرى فسرت السلوك الصحي، منها نظرية الكفاءة الذاتية التي تم تناولها

في الفصل الأول.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### 2). النماذج الخاصة بالتنظيم الذاتي:

هناك نماذج نظرية محددة لدراسة تقبل العلاج منها:

#### 1- نموذج التقبل الصحي: Health Compliance Model (HCM)

طور هذا النموذج هايبي وكارلسون (Heiby & Carlson) سنة 1986، وهو نسخة مكتملة لنموذج إجتماعي سلوكي يوضح الالتزام الخاص بتوصيات التمارين الرياضية، نمط الحياة، واحترام المواعيد، لكن تم تطويره بشكل رئيسي لدراسة تقبل العلاجات الطبية. إن نموذج التقبل الصحي كان أول نموذج يأخذ بعين الاعتبار الطريقة التي يعيش بها الأشخاص ويشعرون بها من خلال الآثار الآنية أو المستقبلية على حياتهم، إزاء تقبلهم. ويتضمن النموذج ثلاثة أنواع من المتغيرات:

#### 1. السوابق: أو الوضعيات والتي تشمل عدة جوانب:

- خصائص العلاج: الجرعة، الذوق، اللون، تعقيد الجرعة، تغليف الدواء.
- نوعية التعليمات المقدمة حول طبيعة وأهداف العلاج.
- التكيف مع أسلوب الحياة.
- نوع التعليمات: مكتوبة ولفظية.
- مدى كفاية الاتصال: اللفظي والكتابي.
- سهولة فهم وقراءة التعليمات.
- المواظبة على الفحوصات.
- المساندة الاجتماعية والأسرية.
- نوعية العلاقة طبيب/ مريض.

#### 2. العوامل الفردية: وتتعلق بإدراك المريض لحالته من خلال:

- المعتقدات.

- إدراك فعالية العلاجات.

- التكلفة المدركة.

- الخطورة المقدر.

- درجة الرضا.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

3. النتائج الخاصة بإيجابيات وسلبيات العوامل الذاتية وتقبل العلاج:

أ. الإيجابيات (الفوائد): يمكن أن تكون:

- اجتماعية: تهمين من قبل الآخرين.
- شخصية: تحسن الحالة الصحية، أو انخفاض الأعراض.
- مالية: مكاسب اقتصادية نظير التوقف عن التدخين مثلاً.

ب. السلبيات: يمكن أن تكون:

- جسدية: تفاقم حالة المريض، أو زيادة في شدة الآثار الجانبية.
- مالية: الأثر الاقتصادي للعلاج، ارتفاع تكاليف العلاج.
- اجتماعية: وصم المرض أو الأعراض في الحياة اليومية.

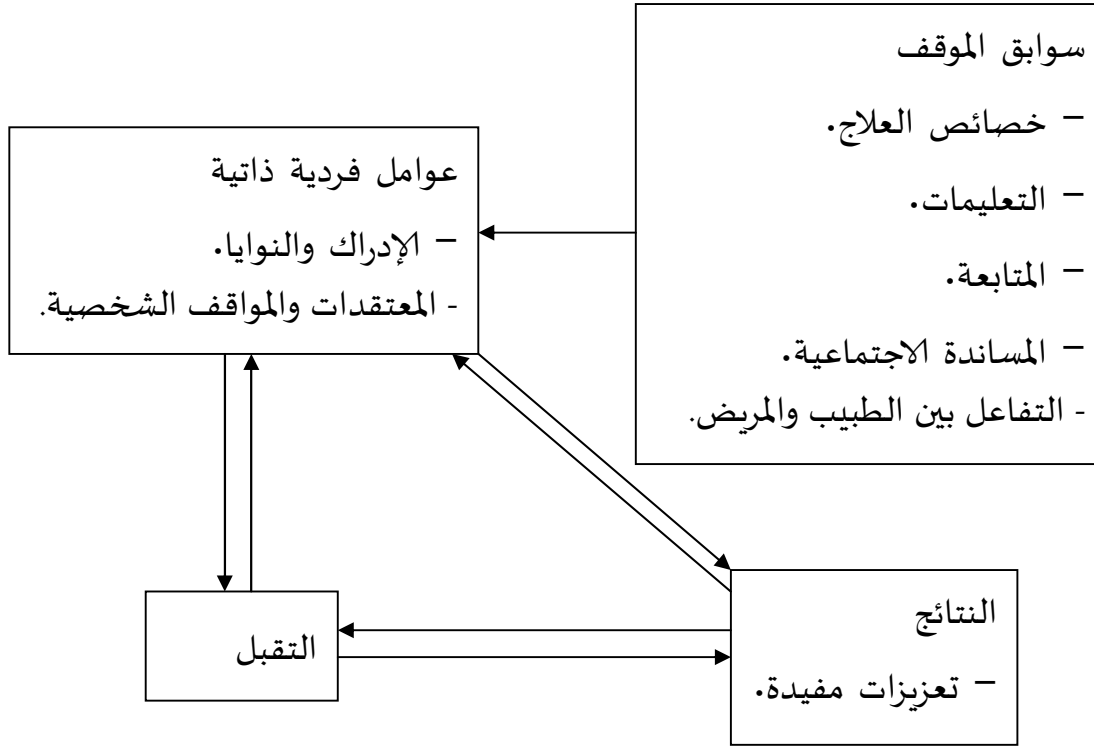
إن هذه الإيجابيات والسلبيات يمكن أن تكون فورية آنية أو مؤجلة مستقبلية، وبين هذا

النموذج نوعين من العوامل الإيجابية والسلبية للتقبل:

- في حالة العوامل الفردية، فهذه الإيجابيات والسلبيات متوقعة قبل التقبل، وتعتبر في هذه الحالة كمحدد للتقبل.

- في حالة النتائج، فإن الإيجابيات والسلبيات المدركة والمتوقعة تكون بعد التقبل؛ إن عوامل التغذية الراجعة تؤثر على السلوك المستقبلي المرتبط بنفس العلاج أو بعلاجات أخرى. إن مثل هذه المقاربة تبين الطبيعة الديناميكية لعملية التقبل، وتسمح بأخذ عامل الزمن وتأثيراته بعين الاعتبار، والذي نادراً ما يتم أخذه بعين الاعتبار في النماذج الصحية (Fischer & Tarquinio, 2006, pp. 171-172).

يبين الشكل رقم (05) نموذج التقبل الصحي، لـ هايبي وكارلسون (Heiby & Corlson)



نقلا عن: (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 172)

### 2- النموذج النسقي للعلاج الوقائي: (MSSP) Le modèle systémique de soins préventifs

ويسمى أيضا نموذج الوقاية الإكلينيكية (MCP) Model clinical prévention، وهو نموذج تكاملي، تم تصميمه خصيصا لدراسة التقبل، في سياق الممارسة الإكلينيكية، رغم أنه تضمن العديد من معايير الوقاية. له خصوصية تسليط الضوء على أدوار كل من المريض والطبيب أو مقدم الرعاية، في ظهور سلوك الوقاية والتقبل. صمم هذا النموذج ماكفي وولش (Mcphee & Walsh) سنة 1992، انطلاقا من نموذج المعتقدات الصحية (HBM) ونموذج التربية الصحية (Precede) ونظرية الكفاءة الذاتية، ونظرية الفعل المبرر (TAR) لفيشبين.

يميز هذا النموذج بين ثلاثة فئات من العوامل هي: عوامل الاستعداد، عوامل التيسير، وعوامل التعزيز، ودمج العوامل المتعلقة بالرعاية (الطبيب المعالج)، بالإضافة إلى ذلك، فإنه يضيف العوامل التنظيمية والعوامل المتعلقة بسلوك الوقاية، والعوامل الموقفية.



## الفصل الأول: تقبل العلاج

### 1. عوامل الاستعداد:

#### أ. بالنسبة للمريض:

- الخصائص الاجتماعية والديموغرافية: الجنس ، العمر.
- المعتقدات والمواقف: المعتقدات الدينية أو الثقافية، المخاوف، دافعية الفرد، المواقف تجاه الوقاية، الشعور بالكفاءة الذاتية، السيطرة على المرض، والقيمة الممنوحة للمرض.

#### ب. بالنسبة للأطباء:

- وتشمل نفس الخصائص التي لدى المريض مثل الجنس أو العمر. وبعضها أكثر تحديدا، مثل المواقف تجاه الوقاية، إدراك الكفاءة الذاتية، إدراك دافعية المريض ومستوى المعلومات التي لديه وكذلك قدراته الطبية ودوره التربوي.

### 2. العوامل الميسرة:

#### أ. بالنسبة للمريض:

- تتعلق بقدراته وموارده فيما يتعلق بالتقبل، تزويده بكافة المعلومات اللازمة المتعلقة بمرضه والبرنامج العلاجي، إمكانية الوصول إلى الرعاية الطبية بكل سهولة، من خلال جداول المواعيد.

#### ب. بالنسبة للطبيب:

- يتعلق الأمر بمهاراته الفعلية في الوقاية (في التعليم والتدريب)، وتخصصه الطبي، ودرجة خبرته الطبية، وفهمه لأهداف واتجاهات الوقاية. وتشمل أيضا العوامل اللوجستية التي تحت تصرفه: الزمان والمكان، الموظفون، المعدات، وتوافر المواد التعليمية.

### 3. عوامل التعزيز:

#### أ. بالنسبة للمريض:

- المساندة الاجتماعية من محيط المريض، الآثار الايجابية للعلاج مثل فقدان الوزن.

#### ب. بالنسبة للطبيب:

- يتعلق الأمر بتحقيق تأثيرات إيجابية محسوسة، ورضا المريض، ونوعية التواصل بين الخبراء حول الوقاية والتغذية الراجعة الإيجابية.

### 4. العوامل التنظيمية:

فهي تؤثر على كل من الطبيب و المريض معا، وتشمل إمكانية الوصول إلى الرعاية، وتوافر خدمات الرعاية والوقاية.

### 5. العوامل السلوكية:

تتعلق بفعالية سلوك التقبل (القدرة على إحداث التأثير في المريض). تؤثر هذه العوامل أيضا على الآثار الجانبية، الفعلية أو المحتملة والإزعاج الذي قد تسببه للمريض.

### 6. العوامل الموقفية:

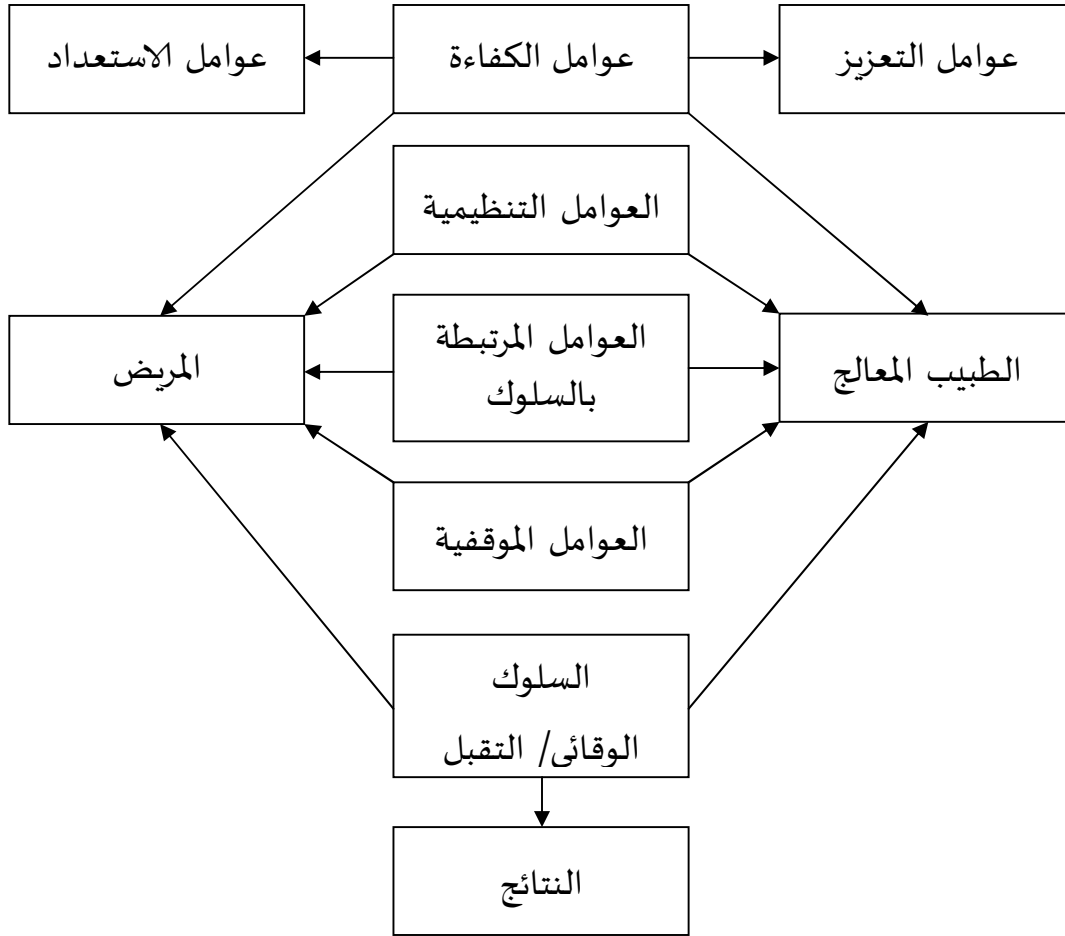
وفيها عوامل داخلية تتمثل في الأعراض وخارجية كتدخل الآخرين، مثل الطبيب، والمعلومات المقدمة من وسائل الإعلام، وجميع الجوانب التي يجب أخذها بعين الاعتبار من أجل تحسين التقبل لدى المريض.

إن النموذج النسقي للعلاج الوقائي هو نموذج حديث، يدمج غالبية مساهمات النماذج الأخرى، وفتح إمكانيات مثيرة للبحث والتأثير.

ومع ذلك فإنه يعاني من نقاط ضعف، لأنه لا يزال نموذجا عاما، وبالتالي لا يمكن تحديد دور العوامل وفقا لنوع المرض (Fischer & Tarquinio, 2006, pp. 173-175).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الشكل رقم (06) يبين النموذج النسقي للعلاج الوقائي، ل: والش وماكفي



نقلا عن: (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 173)

### 3- نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي: Le modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS)

تم اقتراح نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي سنة 1975، بواسطة بندر (Pender)، واستخدمه ريتشارد (Richard) سنة 1988، مع مجموعة من المرضى الذين يعانون من أمراض القلب (تغيير شرايين القلب Pontage Cardiaque)، إنه يدمج العديد من المقاربات، النظريات، والمفاهيم المفسرة للتقبل، والسلوك الصحي بشكل عام.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

يستند هذا النموذج أساسا على نموذج المعتقدات الصحية، ويتضمن عوامل من نظرية التعلم الاجتماعي، ومصدر الضبط الصحي، وعدة عوامل أخرى، أصلية ومعدلة، ويتكون هذا النموذج من خمس فئات من العوامل:

1. عوامل التعديل: تتعلق بالمتغيرات الاجتماعية والديموغرافية (العمر، الجنس...)، ومتغيرات بين الشخصية؛ وتشير إلى ما يمكن أن ينتظره ويتوقعه المرضى من الآخرين، وكذلك البيئة الاجتماعية التي ينتمون إليها.

2. الإدراكات الفردية: المتعلقة بالصحة والمرض، وفوائد العلاج، وأهمية الصحة للفرد، مصدر ضبطه (داخلي أو خارجي)، حسب والستون وزملائه (Wallston & Collègues, 1978)، هناك الكثير من المحددات التي سوف تؤثر على السلوك الصحي، أو البحث عن معلومات حول المرض أو العلاج. نجد أيضا في هذا المستوى إدراك خطورة المرض، وجود وعدد الأعراض، كذلك إدراك الفوائد التي تأتي من القيام بالسلوك الصحي.

3. إدراك عقبات السلوك الصحي: أي العقبات التي تحول دون القيام بسلوك صحي، وتشير إلى الأولويات الشخصية التي يولمها الفرد إلى ما يهم، فيما يتعلق بأسلوب حياته. المواجهة بين طموحات الفرد في الحياة ونتائج العلاج تزيد أو لا تزيد من احتمال الحصول على سلوك صحي معين يتكيف مع وضع المريض.

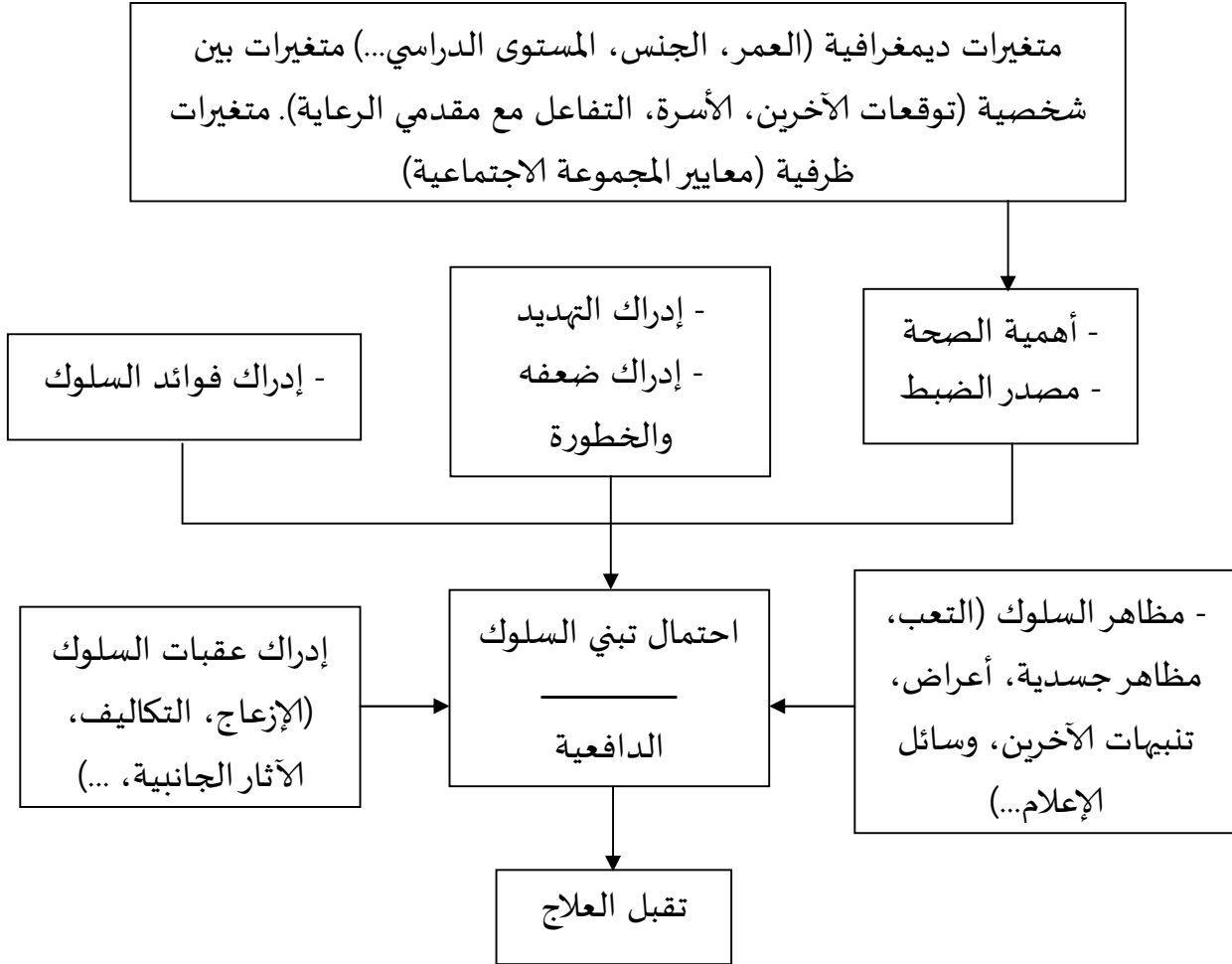
4. مظاهر السلوك: وهي بمثابة مؤثرات داخلية: التعب مظاهر الجسم، الأعراض. أو خارجية: تنبهات البيئة الاجتماعية أو الإعلامية على وضعية المريض، دور هذه المؤثرات هي إعادة وضع المرضى في واقعهم المرضي.

5. احتمال تبني السلوك الصحي: الناتج عن التفاعل بين إشارات السلوك وإدراك العقبات، والإدراكات الفردية، إن معالجة جميع هذه المحددات هي التي ستؤدي أو لن تؤدي، وفقا لهذا النموذج، إلى تقبل جيد إلى حد ما.

يعد هذا النموذج، نموذجا تكامليا يحاول التوضع بين المقاربات المتميزة. ومع ذلك تظهر أن بعض العوامل التي لها تأثير على تقبل العلاج غائبة عن هذه المحاولة للتكامل، مثل المقاصد السلوكية، والشعور بالكفاءة الذاتية، أو مصدر الضبط (Fisher & Tarquinion , 2006, pp. 175-177).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الشكل رقم (07) يبين نموذج التنبؤ بالسلوك الصحي، لـ باندورا (Bandura, 1975)



نقلا عن: (Fisher & Tarquinio, 2006, p. 176)

### 4- نموذج التنظيم الذاتي: (SRM) Self Regulation Model

تم طرح الطريقة التي نفهم بها صحتنا أو معتقداتنا حول المرض (والمعروفة باسم التمثيلات المرضية)، أو توجه استجاباتنا نحو المرض في نموذج التنظيم الذاتي (شويخ والحويلة، 2015، ص 53)، الذي وضعه هوارد ليفينثال وزملاؤه (Leventhal & coll., 1980-1984)، كإطار لتفسير سلوك تقبل العلاج.

وفقا لهذا النموذج، فإن إدراك المرض يعمل على توجيه جهود المريض بشكل حاسم لإدارة الأعراض والمرض وعواقبه، ويستند هذا النموذج على ثلاثة مسلمات أساسية:

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الأولى: أن الفرد عامل نشط في حل مشكلته؛ فهو يسعى إلى تقليص الفجوة بين حالته الصحية الراهنة والتي يتطلع إليها.

الثانية: أن التمثلات المعرفية والانفعالية حول تهديد المرض، توجه سيرورة تكييف وتقييم خطة العمل التي سيتم وضعها.

الثالثة: هذه التمثلات خاصة بكل فرد، ويمكن أن لا تتوافق مع الحقيقة الطبية.

وهي تمثلات محددة وفق قيم وثقافة المجتمع، وقد تشير هذه السيرورة إما إلى طريقة تفكير الفرد السليم حول أمراض معينة، أو إلى المعنى الذي يضفيه الفرد المريض على مرضه (Gauchet, 2005, p. 67). ويعتمد هذا النموذج على منحى حل المشكلة، الذي يقترح أن نتعامل مع المرض والأعراض المرضية بالطريقة نفسها التي نتعامل بها مع مشكلاتنا الأخرى، حيث يفترض أننا أفراد لدينا الحاجة للحفاظ على التوازن، فعندما نواجه مشكلة ما تهدد كياننا النفسي أو الجسدي، تنشط قدرتنا على الانخراط في الأنشطة التي ستعمل على إعادة الوضع الراهن، حيث يمثل المرض حالة غير مستقرة، تقابل الحالة الصحية السوية، ويفترض أننا عندما تصبح حالتنا الصحية مهددة، نسعى للعمل على إعادة التوازن لها.

وقد عرف ليفينثال وزملاؤه (1980)، التمثيلات المرضية بأنها: "معتقدات الأفراد المنطقية عن مرضهم" (شويخ والحويلة، 2015، ص 53).

إن هذه التمثيلات المرضية توفر للمرضى إطارا لفهم أعراضهم، وتقييم المخاطر، والتصرف بشكل مناسب، من خلال خمسة أبعاد رئيسية:

1. الهوية: وهي التسمية التي ستندسب إلى المرض وتتضمن كيفية تحديد المرض والأعراض.
2. السبب: يتضمن الأفكار الشخصية حول أسباب المرض، بالإضافة إلى العوامل التي تسهم في تطوره.
3. المدة الزمنية: ما يعتقد المريض حول المدة المحتملة لمرضه، لما لها من تأثير على تمثيلات المريض، وبالتالي على الطريقة التي سيديرها الموقف. يمكن أن يكون المرض حادا، مما يعني أنه عرضي وبالتالي قابل للشفاء، أو مزمن، أي غير قابل للشفاء، أين يصبح جزء من حياة الفرد، فالأمر مختلف تماما بين أن تقبل أن تكون مريضا بطريقة عابرة، عن أن تعيش مع مرض مزمن.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

4. النتائج: من الضروري معرفة توقعات ومعتقدات المريض حول الآثار والنتائج المتوقعة للمرض. ويتعلق الأمر هنا بالنتائج الآنية وطويلة الأجل للمرض، جسديا، اقتصاديا، اجتماعيا.

5. الشفاء والسيطرة: أنه من الممكن الشفاء أو السيطرة على تطور المرض وذلك يعتمد على ما يتوقعه المحيط الأسري والطبي من المريض، وإدراكه لقدرته الشخصية حول التصرف (Gauchet, 2005, pp. 70-71)، وهذا البعد ذو شقين ينصب أحدهما على بيان ما إذا كان الأفراد يدركون أنه يمكن معالجة مرضهم والشفاء منه، ويوضح الآخر مدى شعور هؤلاء الأفراد بأن آثار مرضهم يمكن السيطرة عليها، سواء بأنفسهم أم من خلال المتخصصين في الرعاية الصحية. (شويخ والحويلة، 2015، ص 54).

هذه الأبعاد الخمسة لها ارتباطات مع بعضها البعض، فكلما زاد إدراك الفرد للعلاج المحتمل أو سيطرته على الموقف، زاد اهتمامه بمرضه، وبالتالي تقل النتائج السلبية. (Gauchet, 2005, p. 71).

أظهرت دراسة أن المرضى الذين عانوا من إحتشاء عضلة القلب، لديهم معتقدات قوية حول السبب والمدة والنتائج، وإمكانية السيطرة على أمراض القلب لديهم خلال المرحلة الحادة من إقامتهم في المستشفى (Gauchet, 2005, p. 72).

وفقا لهذا النموذج، يحتوي تنظيم السلوك الصحي على أربعة عمليات:

1. التمثل المعرفي للمرض: يعني، دمج مختلف المعلومات التي توفرها البيئة، وهناك ثلاثة مصادر للمعلومات التي يمكن أن يأخذها الفرد بعين الاعتبار:

- البيئة الاجتماعية: أسرة، أصدقاء، فريق الرعاية الصحية، وسائل الإعلام...

- الأعراض.

- المعلومات الناتجة عن التجارب السابقة.

يعتمد التمثل المعرفي للمرضى على كمية المعلومات وصحتها.

2. الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج: وتنبع بشكل أساسي من تمثل تهديد المرض وإدراك الحاجة للعلاج (Gauchet, 2005, pp. 67-68)، فإصابة الفرد بالمرض يترتب عليها قلق وخوف من العواقب، وكذلك تداعيات كونه مريض (شويخ والحويلة، 2015، ص 54).

3. التسيير المتبنى تبعا للتمثيلات: أي كيف سيتعامل الفرد مع الموقف، ويكون ذلك وفق نوعين من الإستراتيجيات:

## الفصل الأول: تقبل العلاج

- الأولى تركز على تنظيم الانفعالات من أجل الحد من التأثيرات السلبية، وهذه الإستراتيجية لا تسمح بتغيير السلوك الصحي.

- أما الثانية فتركز على التنفيذ الفعلي لتغيير السلوك.

4. التقييم: الذي يقوم به الفرد وفقا للاستجابات المنفذة، حيث يقوم بتقييم مدى نجاح الإستراتيجيات المتبناة وفعاليتها. وعلى أساس هذا التقييم يقوم بتعديل تمثلاته المعرفية واستجاباته الانفعالية المرتبطة بالمرض، ويتبنى إستراتيجيات مواجهة أكثر ملاءمة.

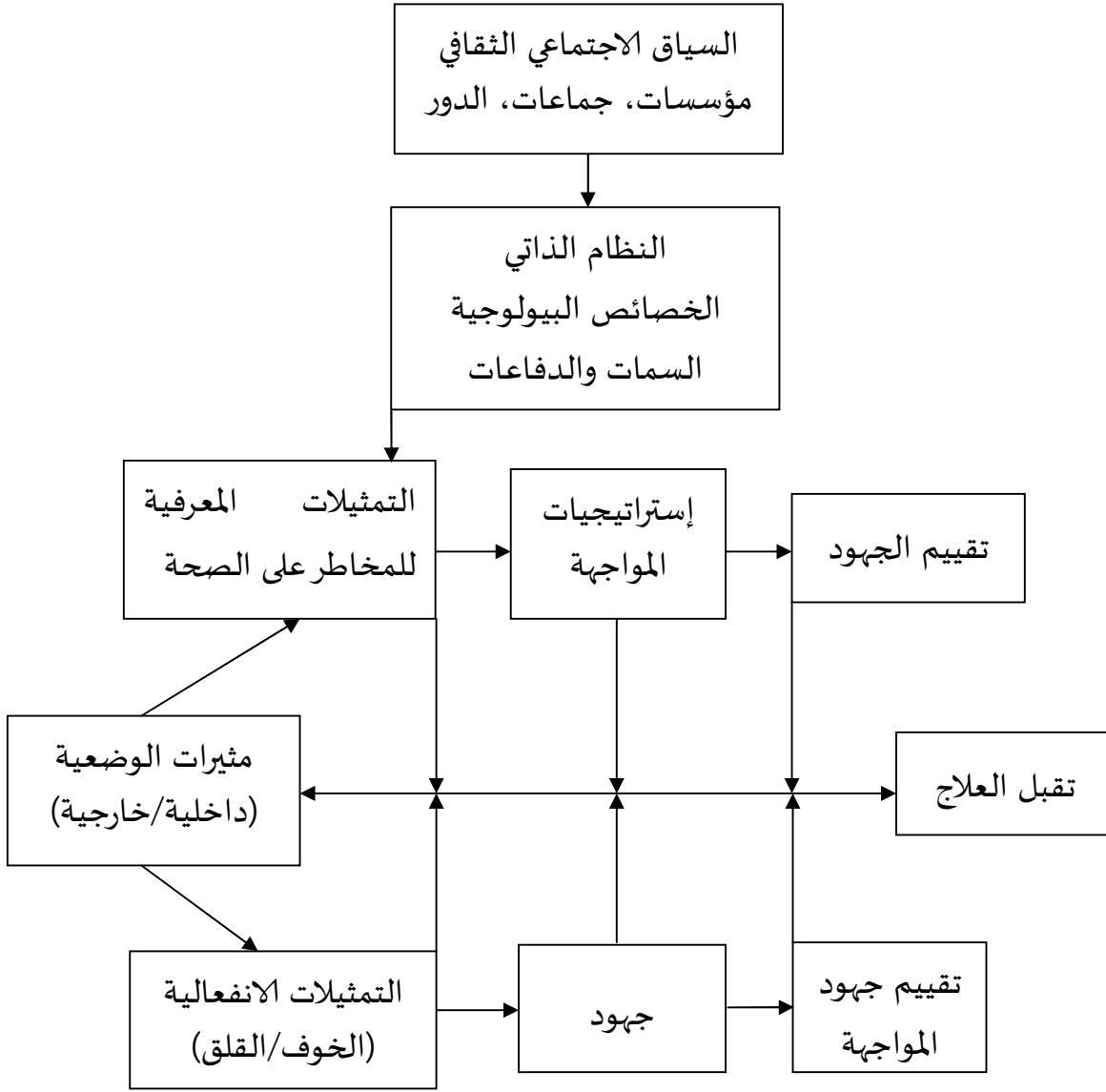
تفسر آلية التغذية الراجعة، تطور التنظيم الذاتي، بسبب التغيرات في الإحساسات الجسدية وتعديل المعلومات والتمثلات وتبني إستراتيجيات مواجهة جديدة (68, p. 2005, Gauchet).

إنه بمجرد تعرض الفرد لبداية المرض، تبدأ تنشط تمثيلات المرض (المعتقدات الصحية)، فالتوصل لتمثيلات المرض هذه يسمح لنا بمقارنة خبراتنا الراهنة مع تلك التي كانت لدينا بالماضي، وتمكننا من تحديد قدرتنا على التعامل مع المرض ومواجهتنا له (شويخ والحويلة، 2015، ص ص 54-55)، فقد أظهرت الأبحاث أن المرضى يحاولون بنشاط فهم أعراضهم ومرضهم، لهذا الغرض، يقومون بإنشاء تمثيلات أو نماذج معرفية عن مرضهم الذي يصوغون منها كيفية إدارته، أو العمليات التي ستمكنهم من مواجهة المخاطر، ويترتب على ذلك أنه عندما يواجه الفرد أعراضا غير اعتيادية، أو أن الطبيب يعلمه بالتشخيص، فسوف يبني تمثيله الخاص، والذي سيحدد سلوكه والردود الأخرى، مثل طلب المساعدة وتقبل العلاج. علاوة على ذلك، فإن ما يؤمن به المريض حول فعالية الأدوية، وخاصة ما يراه ضروريا، والقلق الذي يواجهه، يرتبط ارتباطا وثيقا بالانضمام إلى العلاج (66, p. 2005, Gauchet).



## الفصل الأول: تقبل العلاج

الشكل رقم (08) يبين نموذج التنظيم الذاتي لـ ليفنثال (Leventhal, 1992)



نقلا عن: (Gauchet, 2005, p. 69)

على الرغم من أن نموذج التنظيم الذاتي يؤثر في دراسة كيفية استطاعة الأفراد أن يحددوا ويتصدوا للتهديد أو بداية المرض، فهو أيضا نموذج مفيد من حيث كونه يقدم تفسيراً دينامياً مستمرا للطريقة التي نفكر بها حول المرض، وخبرتنا به، وتأثير هذا التفاعل على مواجهتنا له، كما يوفر لنا إطارا مفيدا يساعدنا على فهم ردود أفعال الأشخاص نحو المهددات الصحية، إضافة إلى أن له تطبيقات واسعة المدى لدراسة الشفاء من المهددات الفعلية للحياة أو من الأمراض المزمنة (شويخ والحويلة، 2015، ص 55).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### خامسا. العوامل المحددة لتقبل العلاج:

يعتبر سلوك تقبل العلاج ظاهرة ديناميكية تختلف من شخص إلى آخر، ويمكن أن تختلف لدى الفرد نفسه وفقا لعوامل مختلفة، إن فهم تقبل العلاج يتطلب مقارنة متعددة العوامل: تتكامل فيها العوامل الطبية الحيوية، والنفسية، والبيئية، والاجتماعية (Gauchet, 2005, p. 25). إن الاعتقاد الشائع بأن المرضى هم المسؤولون وحدهم عن علاجهم، هو تضليل، وغالبا ما يعكس سوء فهم لكيفية تأثير العوامل الأخرى على سلوك الأشخاص وقدرتهم على الالتزام بمعالجتهم (WHO, 2003, p. 27)، ومن العوامل المحددة لتقبل العلاج مايلي:

#### (1) عوامل مرتبطة بالمريض:

وتتمثل الخطوة الأولى التي تضمن تقبل العلاج، في قرار المريض الانصياع للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطبيب. لكن الأطباء يميلون للاعتقاد أن المرضى سوف يلتزمون حتما بإرشاداتهم ونصائحهم، دون أن يدركوا بأن العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل في تصميم المريض واتخاذ قرارا قطعيا بهذا الشأن، فالمرضى ليس طرفا سلبيا في إنجاح العلاج، وإنما له كامل الحرية في اتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه ومنسجمة مع قناعاته، ويتحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج بمايلي:

- إدراكه لمدى خطورة المرض، فإذا كان المريض يعتقد بأن مرضه خطير، فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا إن عرف أن مرضه عابر، وليس خطيرا على مستقبله.

- مقارنة كلفة العلاج بفوائده، فإذا كان العلاج باهض الكلفة، وسينتج عنه أوجاع وآثار جانبية، وسيخل بالحياة اليومية للمريض، ويسبب له الضيق والإزعاج، فإن التزام المريض بالعلاج سيكون ضعيفا (تايلور، 2008، ص 553).

- ثقة المريض في قدرته على الانخراط في سلوك إدارة المرض (الكفاءة الذاتية) (WHO, 2003, p. 30)، حيث يستند باندورا (1977) على حقيقة أن إدراكنا لقدرتنا على التعامل مع الأحداث والسيطرة عليها يؤثر على كيفية استجابتنا للمرض (Fischer & Tarquinio, 2006, pp. 181-182).

- التوقعات المتعلقة بنتيجة العلاج، وعواقب عدم تقبل العلاج.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

- النسيان.
  - قلق بشأن الآثار السلبية المحتملة.
  - الدافعية المنخفضة.
  - المعتقدات السلبية فيما يتعلق بفعالية العلاج.
  - سوء فهم وعدم تقبل المرض.
  - الشك في التشخيص.
  - عدم الانتظام في الحضور إلى مواعيد الاستشارة والعلاج.
  - الشعور بالوصم بسبب المرض (WHO, 2003, p. 30).
  - تعدد الوصفات الطبية.
  - العجز الحسي والمعرفي يحد من تقبل العلاج.
  - المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية، اضطرابات الشخصية أو السلوكية، الإدمان، غالبا ما يعانون من مشاكل في تقبل العلاج.
  - صدمة التشخيص.
  - الإنكار، وعدم الثقة في المعلومات (Koch, 2017, p. 84).
- ويرتفع تقبل العلاج ليصل إلى نسبة تقارب 90 %، عندما يدرك المريض أن نصائح الطبيب تهدف بالدرجة الأولى إلى تحسين وضعه الصحي العام، من خلال حمله على استخدام الأدوية مثلا، بينما تقل النسبة لتصل إلى 76 % إذا تطرقت النصائح لمواضيع مهنية، مثل إلزام المريض بالتوقف عن العمل لفترة من الوقت على سبيل المثال، وتصل النسبة إلى معدل أدنى يقارب 66 % إذا كانت طبيعة النصائح اجتماعية أو نفسية، كتجنب المواقف الاجتماعية الضاغطة على سبيل المثال (تايلور، 2008، ص 555).

### (2). عوامل مرتبطة بالمرض:

تؤثر طبيعة المرض على تقبل العلاج، فبالنسبة للأمراض الحادة ذات الأعراض غير المحببة، والتي تشفى مباشرة بالعلاج يكون احتمال تقبل العلاج مرتفعا، وعلى النقيض من ذلك، الأمراض المزمنة التي تتطلب علاجا طويل الأجل، حيث يميل تقبل العلاج إلى الضعف. ويميل تقبل العلاج إلى الضعف عند ظهور أعراض جانبية، على الرغم من ذلك، إذا كان تقدير المريض لمزايا العلاج

## الفصل الأول: تقبل العلاج

أرجح من تقديره للأعراض الجانبية، فيحتمل أنه يتقبل العلاج (ليندزاي وبول، 2000، ص 577)، إن إدراك المريض لخطر المرض هو عنصر أساسي في تقبل العلاج، بالنسبة لارتفاع ضغط الدم، يكون من الصعب أحيانا على المريض أن يأخذ علاجاً للأمراض لا يشعر بأعراضها، فقط يعالج لتقليل خطر حدوث مضاعفات طويلة الأجل (Koch, 2017, p. 85).

### 3. عوامل مرتبطة بفهم المريض للوصفات والعلاج:

لقد ثبت أن ضعف تقبل العلاج، غالباً ما لا يكون نتيجة لعدم تعاون المريض، كما يشير 60 % من الأطباء في دراسة أونج، ديهيز، هووس، ولومس (Ong, Dehaes, Hoos, & Lommes, 1995)، ولكن نتيجة عدم وجود تفسير من الأطباء وفهم المرضى (Fisher & Tarquinio, 2006, p. 182).

إن مدى فهم المريض لما يقال له أثناء الاستشارة الطبية، ومقدار ما يستطيع تذكره (ليندزاي وبول، 2000، ص 577) لما هو مطلوب منه، وللإجراءات التي يشملها برنامج العلاج، يسمح بتحقيق درجة عالية من تقبل العلاج. أما إذا لم يفهم المريض هذه الإجراءات، فإنه لن يتبعها ويطبّقها بدقة حتماً، وحسب لي (Ley, 1988) يكون تقبل العلاج في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض ومسبباته وكيفية علاجه بأسلوب مبسط وخال من المصطلحات العلمية والطبية المعقدة، والتعليمات المكتوبة والمكررة لضمان استيعابها (تايلور، 2008، ص 553).

إن النسبة المئوية للمرضى الذين لا يفهمون الشروط والوصفات الطبية الخاصة بهم، تتراوح بين 5 و 53 %، ومع ذلك، ووفقاً للعديد من الدراسات، إذا لم يتمكن المريض من فهم ما يدور بشأن صحته أثناء الاستشارة الطبية، فلن يكون متقبلاً للعلاج. ويوضح لي وزملاؤه (Ley et al., 1975)، أن ما يقارب 40 % مما يقال أثناء الاستشارة يتم نسيانه على الفور، ووجدت دراسة كران (Crane, 1996)، التي أجريت في قسم الاستعجال، أن 59 % فقط من المعلومات الطبية كانت مفهومة بشكل صحيح من قبل المريض، حيث يتذكر المريض بشكل عام، التشخيص والتصنيف الطبي. والأطباء في هذه الحالة يقللون في كثير من الأحيان من ضرورة حصول المرضى على المعلومات (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 182).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### 4). عوامل مرتبطة بمقدمي الرعاية الصحية:

تم إجراء عدة دراسات حول تأثير فريق الرعاية الصحية على تقبل العلاج، فتبين أن العلاقة الجيدة مع المريض قد تحسن سلوك تقبل العلاج، ومن العوامل التي لها تأثير سلبي على تقبل العلاج نجد:

- نقص المعرفة والتدريب لمقدمي الرعاية الصحية على إدارة الأمراض المزمنة.
  - نقص المعلومات حول سلوك تقبل العلاج والتدخلات الفعالة لتحسينه.
  - الافتقار إلى الأدوات السريرية لمساعدة المهنيين الصحيين في تقييم مشاكل تقبل العلاج والتدخل.
  - الافتقار إلى الأدوات السلوكية لمساعدة المرضى على تطوير سلوك صحي تكييفي (WHO, 2003, pp. 29,33).
  - استخدام الطبيب لمصطلحات طبية أو تقنية غامضة إلى حد ما.
  - مقاطعة المريض أو تجاهل كلامه.
  - انشغال الطبيب بأشياء أخرى غير المريض، مشاهدة ساعته مثلاً.
  - مغادرة الطبيب لمكتبه دون عناية إخبار المريض بأن الاستشارة قد انتهت (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 186).
- إن المرضى غير الراضين أقل ميلاً لاستخدام الخدمات الطبية مستقبلاً، كما أنهم أكثر ميلاً للبحث عن خدمات تلي احتياجاتهم العاطفية بدلاً من حاجتهم الطبية وعن خدمات تضع التفاعل الوجداني في المقدمة حتى لو كان ذلك على حساب الرعاية الفنية الكفؤة (تايلور، 2008، ص 550)، فيبدو في رأي (Ley, 1988) أن اهتمام الطبيب يركز على البيانات الطبية الحيوية، بدلاً من الاستماع إلى المعانات النفسية للمريض (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 184)، فمن غير الممكن فعلاً عزل الملامح النفسية التي من المحتمل أن تفسر التقبل الجيد للعلاج (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 80)، فمقدرة الطبيب على معرفة معنى السلوك غير اللفظي للمريض وفهمه ترتبط بدرجة أعلى من التواصل والالتزام (تايلور، 2008، ص 562)، هذا الفشل في مراعاة واقع المريض هو كبح لتقبل العلاج (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 184).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

- إن العلاقة بين المريض وطبيبه ضرورة لضمان تقبل العلاج و التقيد به، حيث أصبح المريض قادرا على معرفة مرضه وبالتالي يشارك في سيرورة العلاج الخاص به، بعيدا عن علاقة السلطة التي كانت تميز علاقة الطبيب بمريضه، وقد تم وصف أربعة نماذج لهذه العلاقة وهي:
- الأبوي: Paternaliste في هذه الحالة، الطبيب يقرر، والمريض يطيع ويطبق.
  - الإخباري: Informatif الطبيب يقوم بإخبار وإعلام المريض، وهذا الأخير هو من يقرر وحده.
  - الاستشاري: Délibératif الطبيب يخبر مريضه ويبين له العلاجات المفضلة، ولكن لا يساعد المريض على الاختيار.
  - التفسيري: Interétatif في هذا النموذج، يقوم الطبيب بإبلاغ المريض، ويشرح له الحقائق، ويساعده على تحديد ووضع خطة العلاج.
- إن النموذج التفسيري هو الأكثر ملاءمة لتقبل العلاج لأن المريض يعتبر عنصرا فاعلا في صحته، وقادرا على الاعتماد على طبيبه لاتخاذ الخيارات اللازمة والهامة. ومن بين توقعات المريض تجاه طبيبه لضمان تقبل العلاج هي:
- تقييم كفاءة الطبيب وتقييم الوضع، وجودة الأدوية الموصوفة.
  - وضوح التواصل.
  - القدرة على بناء علاقة حقيقية.
  - إظهار الاحترام (Koch, 2017, p. 86).
- وعليه يبدو أن عدم الرضا عن التفاعل بين المريض والطبيب، لا يدفع فقط باتجاه المجازفة التي تؤدي إلى تجنب الخدمات الطبية مستقبلا، وإنما يشكل أيضا معضلة لمؤسسات الرعاية الصحية نفسها (تايلور، 2008، ص 550).
- (5). عوامل مرتبطة بالبرنامج العلاجي:

لخصائص البرنامج العلاجي تأثيره أيضا على درجة تقبل العلاج، ويبدو أن رضا المريض له أهمية فائقة في التنبؤ بتقبل العلاج أيضا، إذ تشير الدلائل إلى أن المريض يلتزم التزاما عاليا بالعلاج عندما يكون راضيا، وعندما يلمس بأن توقعاته بشأن الرعاية الصحية بدأت تتحقق، وكذلك عندما يتحلى طبيبه بالدفء والاهتمام، ويجيب عن استفساراته دون غضب أو تسرع. بينما تبين أن تقبل العلاج يقل عندما يستغرق العلاج زمنا طويلا، وخصوصا إذا كان يتطلب

## الفصل الأول: تقبل العلاج

إجراءات معقدة، أو يعرقل أسلوب الحياة الذي اعتاد عليه المريض، ويتطلب منه تغيير عاداته الشخصية مثل التوقف عن التدخين، أو تغيير نظامه الغذائي ومستوى نشاطه (تايلور، 2008، ص 554)، أيضا فشل العلاج السابق، والتغييرات المتكررة في العلاج تؤثر هي الأخرى في سلوك تقبل العلاج (WHO, 2003, p. 30)، كما أن معرفة المريض بتوافر ما تتطلبه صحته من طرق للرعاية والعناية تدفعه إلى تحسين مستوى تقبله للعلاج (تايلور، 2008، ص 556).

### 6. عوامل اجتماعية واقتصادية:

هناك بعض العوامل التي لها تأثيرا على تقبل العلاج هي:

- الفقر.
  - الأمية.
  - البطالة.
  - ارتفاع تكلفة الدواء.
  - البعد عن مراكز العلاج (WHO, 2003, p. 28).
  - المساندة الاجتماعية المدركة.
  - عدم الاستقرار الأسري.
  - اتجاهات الوسط العائلي نحو المرض والعلاج (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 181).
- من جهتها قامت شنايدر (Schneider, 2005) بتقسيم العوامل المحددة لتقبل العلاج إلى ثلاثة مجموعات هي:
- عوامل معرفية – نفسية – انفعالية.
  - عوامل بيئية (محيط المريض).
  - عوامل مرتبطة بالمريض والعلاج.
- وفي كل مجموعة توجد عوامل مساعدة لتقبل العلاج وأخرى معرقة بمثابة عقبات أمام تقبل العلاج.

### العوامل المعرفية – النفسية – الانفعالية:

الجدول رقم (03) يبين العوامل المعرفية – النفسية – الانفعالية لتقبل العلاج

عوامل مساعدة	عوامل معرقله (عقبات)
- المعرفة الجيدة للمرض والعلاج.	- الإنكار والخوف من المرض.
- الدافعية.	- الغضب.
- الرغبة في الحياة.	- الاكتئاب.
- معتقدات حول العلاج.	- الخوف والشكوك حول العلاج.
- الثقة في الطبيب.	- الشعور بالتعب عند تناول الأدوية.
- الثقة في الإمكانيات الشخصية	- مشغول جدا.
(الكفاءة الذاتية)	- لا يوجد خطر من نسيان الجرعات
- اتخاذ القرار بالعلاج.	أو أخذ فترات راحة علاجية.
- الحياة الروحية للمريض.	- اضطرابات في الذاكرة.
	- الدعاء بالشفاء بدل المعالجة.
	- التبعية للمخدرات والكحول

نقلا عن: (Schneider, 2005)



### العوامل البيئية (محيط المريض):

الجدول رقم (04) يبين العوامل البيئية لتقبل العلاج

عوامل معرقة (عقبات)	عوامل مساعدة
<ul style="list-style-type: none"> <li>- العلاقة مع فريق الرعاية الصحية:</li> <li>(انعدام الثقة، المواجهة، صعوبات في تحديد المواعيد، ...)</li> <li>- انعدام المساعدة الاجتماعية.</li> <li>- الوصم الاجتماعي.</li> <li>- التأثير السلبي للآخرين على المريض.</li> <li>- تهميش المريض.</li> <li>- التداوي بالطب الطبيعي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- اعتبار العلاج أولوية.</li> <li>- أسلوب حياة منتظم.</li> <li>- المساعدة الاجتماعية (تشجيع، مساعدة)</li> <li>- التعاطف، والتواصل الجيد وجودة المعلومات المقدمة ووضوحها من طرف مقدمي الرعاية الصحية.</li> <li>- المتابعة الجيدة من طرف مقدمي الرعاية الصحية.</li> </ul>

نقلا عن: (Schneider, 2005)

### عوامل مرتبطة بالمرض والعلاج:

الجدول رقم (05) يبين العوامل المرتبطة بالمرض والعلاج لتقبل العلاج

عوامل مساعدة	عوامل معرقلة (عقبات)
- تاريخ التشخيص.	- الآثار الجانبية للدواء، غير المتحكم فيها.
- تدهور حالة المريض.	- الشعور بصحة أفضل دون دواء أو
- تحسن حالة المريض.	بعد التعديل الذاتي للأدوية.
	- علاج معقد.
	- حجم الأقراص.
	- طعم الدواء.
	- الأوقات غير الملائمة لتناول الدواء.
	- قيود خاطئة بتناول الطعام.
	- تذكّر المرض من خلال الدواء.
	- تكلفة الدواء.

نقلا عن: (Schneider, 2005)

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### سادسا. مراحل تقبل العلاج:

مراحل تقبل العلاج أو مراحل تغيير السلوك:

يرى بروشاسكا و روثمان (Prochaska, 1994 & Rothman, 2000)، أن تغيير عادة سيئة ضارة بالصحة لا يحدث دفعة واحدة، فالناس يمرون بمراحل عندما يحاولون تغيير عاداتهم الصحية، كما أن الدعم الذي يحتاجون إليه، قد يختلف بناء على المرحلة المحددة التي يمرون بها بالنسبة لتلك العادة المراد تغييرها (تايلور، 2008، ص 174).

وضع هذا النموذج كل من بروشاسكا، كارلو ديكلمنت، و نوركروس (Prochaska, C. Diclement & Norcross)، حيث قام كارلو ديكلمنت بداية في عام 1970 بتطبيق هذا النموذج على سلوك التدخين، ثم طبقه تدريجيا على سلوكيات صحية أخرى (الدق، 2011، ص 118)، حيث يدرك هذا النموذج أن تغيير السلوك هو عملية معقدة، وأن الأفراد يحدثون التغييرات بطريقة تدريجية وليس بالضرورة في ترتيب محدد ومنطقي. ويشير الجزء الأساسي في هذا النموذج إلى أن الناس ينتقلون من مرحلة إلى أخرى بطريقة لولبية، وأنهم يفقدون مراحل في بعض الأحيان، وقد يرجعون في وقت آخر إلى مراحل مبكرة قبل أن ينتقلوا إلى الأمام مرة أخرى، وبذلك يوصف هذا النموذج بالدوامة (الشويخ والحويلة، 2015، ص 70).

وفقا لهذا النموذج، فإن الأفراد لكي يقوموا بسلوك جديد، يجب أن يتحركوا خلال سلسلة من مراحل التغيير، ويستخدموا خلال هذه المراحل عمليات مختلفة يدعمون بها هذا التغيير. إذن هذا النموذج له بعدان أساسيان هما:

البعد الأول: مراحل التغيير.

البعد الثاني: عمليات التغيير (الدق، 2011، ص 119).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

(1). البعد الأول: مراحل التغيير:

يقترح نموذج مراحل التغيير خمسة مراحل هي:

### 1- مرحلة ما قبل التفكير في الفعل:

تظهر مرحلة ما قبل التفكير في الفعل عندما يكون الفرد ليس لديه نية لتغيير سلوكه (الدق، 2011، ص 119)، مما ينتج عنه غياب الدافع الذاتي لعمل أي تغييرات، وربما يقلل ذلك من الفوائد المترتبة على أي تغييرات محتملة في السلوك (شويخ والحويلة، 2015، ص 71)، وكثيرا من الأفراد في هذه المرحلة غير واعين بوجود مشكلة صحية لديهم (عبد العزيز، 2010، ص 41)، في حين أن أسرهم أو أصدقاءهم أو جيرانهم أو زملاءهم في العمل ربما يكونون على وعي بالمشكلة التي يعاني منها هؤلاء الأفراد، وأحيانا يطلب الأفراد العلاج في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، ولكنهم يفعلون ذلك فقط إذا تم الضغط عليهم من قبل الآخرين وشعروا أنهم مجبرون على تغيير سلوكهم، وليس مفاجئا أن هؤلاء الأفراد غالبا ما يعودون لسلوكهم القديم مرة أخرى (الدق، 2011، ص 119).

### 2- مرحلة التفكير في الفعل:

وفي هذه المرحلة ينمو وعي الأفراد بتكاليف السلوك السلبي، فضلا عن قابليتهم الذاتية للإصابة، فالأفراد في هذه المرحلة يخرجون من مرحلة "الجهل هو النعيم"، ويبدوون في إدراك أن إجراء تغيير يمكن أن يكون فكرة جيدة (شويخ والحويلة، 2015، ص 71)، فهم يكونون أكثر وعيا بالأدلة المؤيدة للتغيير، والأدلة المعارضة له (الدق، 2011، ص 120)، فيبدوون البحث عن معلومات حول هذا الموضوع محل الاهتمام، وذلك على الرغم من أنهم قد يعانون من نقص الثقة في قدرتهم على إحداث تغيير. وباختصار، فإنهم يبدوون التفكير بجدية في تغيير سلوكهم، دون القيام بأي فعل خلال هذه المرحلة (شويخ والحويلة، 2015، ص 71). حسب بعض الدراسات المتوفرة في مجال الصحة العامة وعلم نفس الصحة فإن أغلبية المدمنين الذين شملتهم البحوث الإكلينيكية يستقرون في هذه المرحلة لمدة زمنية تتراوح بين سنتين وأربع سنوات دون أي تغيير يذكر في استعدادهم للانتقال إلى مرحلة جديدة (عبد العزيز، 2010، ص 42).

### 3- مرحلة الإعداد للفعل:

مرحلة الإعداد للفعل هي التي ينوي فيها الأفراد القيام بالفعل في المستقبل القريب،

وعادة ما يقاس هذا المستقبل القريب باعتباره الشهر القادم (الدق، 2011، ص 120)، فيبدأ الأفراد الالتزام بتغيير سلوكهم، ويضعون خططا بشأن كيفية بداية التغيير (شويخ والحويلة، 2015، ص 71)، مثل الانضمام لفصل تعليم صحي أو استشارة المتخصصين (الدق، 2011، ص 120)، وتتميز هذه المرحلة بتحضير الفرد ذاته وعالمه الاجتماعي؛ ليلائما نيته في تغيير السلوك المقصود (شويخ والحويلة، 2015، ص 71)، وفي هذه المرحلة قد يعدل الأفراد السلوك المستهدف مثال ذلك: تدخين الفرد كمية سجائر أقل من المعتاد، ولكنه لم يقم بعد بالتخلص الكلي من هذا السلوك (الدق، 2011، ص 120).

### 4- مرحلة الفعل:

خلال مرحلة الفعل يقوم الأفراد بعمل تغييرات واضحة في السلوك، والفرد في هذه المرحلة يعدل من سلوكه أو بيئته بما يجعله يتغلب على مشكلته (الدق، 2011، ص 120)، حيث يبدأ بالانخراط الفعلي في سلوك جديد (التوقف عن التدخين مثلا)، فتغيير السلوك هو السمة العامة للأداء، وعلى الرغم من الاستهداف للانتكاسة في هذه المرحلة يكون مرتفعا، فإنه عادة ما يتلقى الأفراد الكثير من الدعم من قبل عائلاتهم وأصدقائهم، لأنهم التزموا بتغيير سلوكهم (شويخ والحويلة، 2015، ص 71).

### 5- مرحلة الحفاظ على الفعل:

وفي هذه المرحلة يعمل الفرد على منع حدوث الانتكاسات، وعلى متابعة المكاسب التي تحققت في مرحلة العمل وزيادتها (تيموثي، 2007، ص 517)، فالمغريات التي تحث هؤلاء الأفراد على الانتكاس تكون قليلة كما أن هؤلاء الأفراد يكونون أكثر ثقة في قدرتهم على الاستمرار في التغيير، وعلى أساس بيانات عن كفاءة الذات للأفراد وعوامل الإغراء التي يتعرضون لها، فإن الاستمرار في الامتناع عن السلوك يستمر لفترة تتراوح ما بين ستة أشهر إلى خمسة أعوام (الدق، 2011، ص 121)، وفي هذه المرحلة يتلقى الأفراد مساندة اجتماعية أقل، لأنهم انخرطوا بالفعل

## الفصل الأول: تقبل العلاج

في العمل، ولكن لا يزال من الضروري تقديم الدعم للحفاظ على السلوك الجديد (شويخ والحويلة، 2015، ص 71).

### 6- مرحلة الإنهاء:

في هذه المرحلة يكون الفرد قد أنهى التغيير اللازم، ولم يعد الانتكاس يشكل تهديدا (تيموثي، 2007، ص 517)، وهي المرحلة التي لا يكون فيها الأفراد مستسلمون للإغراءات، وتكون لديهم كفاءة ذاتية كاملة. ومهما كانت معاناتهم من الاكتئاب أو القلق أو الوحدة أو الخوف أو أية ضغوط، فإنهم متأكدون من إنهم لن يعودوا إلى ممارسة العادات الصحية السلبية مرة أخرى، وكأنهم لم يكتسبوا هذه العادات منذ البداية.

وعلى الرغم من أن بعض الأفراد يتحركون خلال مراحل التغيير بسرعة أكبر من غيرهم، وبعضهم الآخر قد يثبت عند مرحلة معينة لفترة طويلة، فإن جميع الأفراد يتحركون خلال سلسلة التغييرات المتتالية نفسها. ويتحرك الفرد من مرحلة لأخرى بطريقة حلزونية أكثر منها خطية، وينتسكس الأفراد إلى المرحلة السابقة، أو قد ينتكسون إلى مرحلة التفكير في الفعل أو ما قبل التفكير في الفعل، ومن هذا المنطلق، فإن الأفراد ربما يتقدمون على فترات منفصلة خلال هذه المراحل حتى ينتهون من تغيير السلوك كلية، وبالتالي يمكن توقع الانتكاس، كما يمكن أن يعد هذا الانتكاس كخبرات تعلم تساعد الفرد على إعادة هذه الدورة بمختلف مراحلها من جديد (الدق، 2011، ص ص 121-122).

بالإضافة إلى المراحل المبينة سابقا، يؤكد النموذج على دور التقييم للإيجابيات والسلبيات المدركة من تغيير السلوك، مع الأخذ في الاعتبار ثقة الفرد في قدرته على تنفيذ التغيير في السلوك (الكفاءة الذاتية) (شويخ والحويلة، 2015، ص 71).

### 2). البعد الثاني: عمليات التغيير:

عمليات التغيير هي النشاطات السرية أو العلنية التي يستخدمها الأفراد للتقدم في مراحل التغيير، وهذه العمليات تعد مرشدا مهما للأفراد في برامج التدخل.

ومن عمليات التغيير هذه على سبيل المثال عملية رفع درجة الوعي بوجود مشكلة والتي تعد أكثر ملاءمة للأفراد في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، وعملية إعادة التقييم الذاتي، وهذه

## الفصل الأول: تقبل العلاج

قد تكون ملائمة بشكل خاص للأفراد في مرحلة التفكير في الفعل، أما الأفراد في مرحلة الفعل فإن عمليات التعزيز وعلاقات المساعدة، قد تكون معينة لهم في هذه المرحلة، كما أن هذه العمليات قد تكون ملائمة بشكل كبير أيضا في مرحلة الحفاظ على الفعل.

ويشير بروشاسكا إلى عمليات أخرى مثل إعادة التقييم البيئي وهي تضم التقييمات المعرفية لكيفية تأثير العادة الشخصية على البيئة الاجتماعية للفرد، وعملية الترويح الدرامي، والتي تحدث زيادة في الخبرة الانفعالية يتبعها تأثير مخفف إذا تم اتخاذ الفعل الملائم.

وتعد أدوار التمثيل النفسية (السيكودراما)، وأداء الأدوار، والحملات الإعلامية، كلها أمثلة لآليات مثيرة للمشاعر الشخصية، وعملية التشريط المضاد التي تتطلب تعلم سلوك صحي إيجابي ليحل محل السلوك الذي يمثل المشكلة.

قد يكون هذا النموذج مهما لأسباب متعددة، فهو يلفت الانتباه للعمليات التي لا بد أن يمر بها الأفراد في محاولتهم تغيير سلوكهم، سواء أقاموا بهذا التغيير بأنفسهم أم بمساعدة الآخرين، ويوضح هذا النموذج أن التغيير الناجح ربما لا يحدث من أول محاولة، أو يحدث كله مرة واحدة. كما يفسر النموذج أيضا لماذا لا ينجح بعض الأفراد في تغيير سلوكهم، ولماذا تعد معدلات الانتكاس مرتفعة جدا، وبوجه خاص أن الأفراد في مرحلة ما قبل التفكير في الفعل، أو في مرحلة التفكير لا يكونون مستعدون لأداء هذا السلوك. ويمكن استخدام هذا النموذج في دراسة سلوك صحي متنوع. ولكن يؤخذ على هذا النموذج أنه يصعب فيه التعرف على المرحلة التي يكون الفرد فيها في وقت ما (الدق، 2011، ص ص 124-125).

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### سابعاً. قياس تقبل العلاج:

في الواقع لا توجد أداة قياس جديدة لتقبل العلاج، لقد تم وصف العديد من الأساليب في الأدبيات الطبية بمزاياها وعيوبها (Gauchet, 2005, p. 48)، والحصول على أدلة ثابتة حول عدم تقبل العلاج ليس بالأمر السهل، ففي إحدى الدراسات التي حاولت قياس مدى تقبل العلاج باستخدام عقار الثيوفيلين (Theophylline) من قبل مجموعة من المرضى المصابين بأمراض القلب، وجد أن الأرقام والنسب تباينت بين تقارير الأطباء 78 %، وما أظهرته لوائحهم 62 %، وما بينته التسجيلات المصورة لزيارات المرضى 69 %، وتقارير المرضى 59 %، والجدير بالذكر أن الدراسة لم تقس ما إذا كان المرضى يتناولون الدواء بصورة صحيحة أم لا (تايلور، 2008، ص 551).

هناك طريقتين لقياس تقبل العلاج: الأولى مباشرة والثانية غير مباشرة:

#### 1). القياس المباشر لتقبل العلاج:

يتميز القياس المباشر بكونه موضوعي، حيث يتم إجراء القياسات المباشرة اعتماداً على:  
- علامات بيولوجية موجودة على جسم المريض، كمؤشر لحالة المريض أو تطور المرض والتي من المفترض أن تشير إلى ما إذا كان المريض قد اتبع الوصفات الطبية أم لا (Fischer, 2002, p. 232).  
- الملاحظة المباشرة؛ وتستخدم في المستشفيات وعيادات السجون، وفي برامج خاصة للمرضى المصابين بالسل الذي يفترض أنهم غير متقبلين للعلاج.  
- وجود مركبات يحتويها الدواء الموصوف أثناء العلاج، في البول أو الدم (Gauchet, 2005, p. 49).

#### 2). القياس غير المباشر لتقبل العلاج:

فيما يتعلق بالطرق غير المباشرة، على الرغم من أنها تعتبر أقل موضوعية من الطرق المباشرة، فإنها تبدو أكثر سهولة في التطبيق من قبل الممارسين والأطباء، ومن بين الطرق غير المباشرة في قياس تقبل العلاج:  
- الاستبيان.  
- المقابلة نصف الموجهة.  
- التقييمات الذاتية التي يقوم بها المرضى.



## الفصل الأول: تقبل العلاج

- تقنية العد، من خلال حساب الفرق بين عدد الجرعات الموصوفة والجرعات المتبقية (Fischer, 2002, p. 233).

- مواعيد المتابعة أو التحويلات التي يلتزم بها المريض بالفعل (تايلور، 2008، ص 552).

وعليه فإن استخدام تقنية العد كمقياس لتقبل العلاج، هذا الأسلوب يبدو عرضة لعدة أشكال من التحيز، فالمرضى قد ينقلون حبوب الدواء أو بعضها من علبة الدواء، وربما يتناولون ما تبقى من الدواء من علاج سابق. إضافة إلى ذلك، فحتى في الحالات التي نعرف منها بشكل ثابت كمية ما تناوله المرضى من حبوب الدواء، فإننا لا نعرف فيما إذا كانوا قد تناولوها بالشكل الصحيح، أي بالكمية والوقت الصحيحين. أما طريقة الاستجواب (المقابلة نصف الموجهة)، فهي طريقة يمكن أن تقودنا إلى تقديرات مزيفة وغير ثابتة، حيث أن معظم المرضى يعرفون بأنه يفترض بهم القيام بالسلوك المطلوب منهم، لذا فقد تكون إجاباتهم زائفة، حتى يظهروا بمظهر الملتزم والمتعاون. لذلك فإن من الطرق الأخرى التي اعتقد العديدون بأنها أكثر ثباتا طريقة الفحوص الطبية مثل فحص البول أو الدم (تايلور، 2008، ص ص 551-552).

من خلال ما تم عرضه، يرى الباحث أن تركيز الباحثين كان منصبا في قياس تقبل العلاج على تناول الدواء، بيد أن تقبل العلاج يشمل أيضا سلوك آخر يمكن الرجوع إليه لقياس مدى توافق سلوك المريض مع توصيات مقدم الرعاية الصحية مثل ما جاء في تعريف تقبل العلاج.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

ثامنا. تقبل العلاج وإستراتيجيات تحسينه لدى مرضى ضغط الدم المرتفع:

(1). تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع:

إن السبب الأكثر انتشارا في فشل العلاج بالنسبة لمرضى ضغط الدم المرتفع هو عندما لا يتناول المريض دواؤه بالطريقة الصحيحة (Cognet, 2010, p. 139)، ولا يتبع نصائح وإرشادات مقدمي الرعاية الصحية.

فالصعوبة الكبيرة التي يواجهها كل من مريض ضغط الدم المرتفع والطبيب المعالج، هي أن الفائدة من العلاج لا يتم إدراكها عندما يكون المرضى بدون أعراض، وفي هذا الشأن أشار غلانز (Glanz, 1980)، إلى أهمية التطور الوبائي في الستينات والسبعينات من القرن الماضي، والمشاكل التي يفرضها تقبل العلاج في التعامل مع الأمراض المزمنة والوقاية منها، حيث ناقش غرين (Greene, 2007)، هذا الأمر باعتباره "انتقالا علاجيا" إذ لم يعد الأمر يتعلق بمعالجة المرضى، بل بمنع الأصدقاء من أن يصبحوا مرضى، من خلال تثقيف الأفراد ليصبحوا أكثر مسؤولية عن حالتهم الصحية (Cognet, 2010, pp. 139-140).

وقد أثبتت التجارب السريرية أن علاج ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يقلل من خطر الإصابة بالسكتة الدماغية بنسبة 30 إلى 43 %، وإحتشاء عضلة القلب بنسبة 15%، وأن من فوائد العلاج الفعال أنه يعمل على خفض مخاطر فشل القلب وخفض حالات الخرف، الحفاظ على وظائف الكلى والوقاية من الإصابة بالعمى لدى مرضى السكري المصابين بضغط الدم المرتفع.

بالنسبة للدرجة التي يمكن فيها اعتبار مريض ضغط الدم المرتفع متقبلا للعلاج أو غير متقبل، هي محل جدال بين الباحثين، إلا أنه يمكن اعتبار مريض ضغط الدم المرتفع متقبل للعلاج، عندما يتناول 80 % أو أكثر، من الدواء الموصوف له.

لقد ارتبط تقبل العلاج الجيد بتحسين التحكم في ضغط الدم، وتقليل مضاعفاته، ففي إحدى الدراسات أدت تدخلات التثقيف الصحي للفقراء في المناطق الحضرية، إلى تحسن تقبل العلاج والذي ارتبط بتحسين السيطرة على ضغط الدم، وانخفاض كبير في معدلات الوفيات المرتبطة بارتفاع ضغط الدم إلى أقل من 53.2%.

وفي دراسة أخرى، وجد أن المرضى الذين لم يلتزموا بالعلاج المتمثل في مثبطات بيتا، أكثر عرضة لمضاعفات مرض الشريان التاجي من الذين التزموا بالعلاج، إذن وعلى الرغم من توفر

## الفصل الأول: تقبل العلاج

علاج فعال، فإن أكثر من نصف المرضى الذين يتلقون علاجاً لارتفاع ضغط الدم يتراجعون تماماً خلال عام من التشخيص، وحوالي 50% فقط يأخذون 80% على الأقل من الأدوية الموصوفة، وبالتالي بسبب ضعف تقبل العلاج، ما يقارب 75% من مرضى ضغط الدم المرتفع لا يحققون التحكم الأمثل في ضغط الدم (WHO, 2003, pp. 107-108).

### (2) إستراتيجيات تحسين تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع:

يعد تقبل العلاج عقبة رئيسية أمام التحكم في ارتفاع ضغط الدم (Khatib & EL-Guindy, 2005, p. 78)، فالالتزام بتوصيات العلاج له تأثير على النتائج الصحية وتكاليف الرعاية لمرضى ضغط الدم المرتفع، حيث يتطلب التقيد بأنظمة العلاج طويلة الأجل تغييراً في السلوك، والذي يتضمن تعلم وتبني ودعم سلوك أخذ الدواء (WHO, 2003, p. 110)، ويعد عدم تقبل العلاج مشكلة طبية شائعة، ويمكن أن تعزى أسبابه إلى التواصل غير الجيد بين الطبيب والمريض (تايلور، 2008، ص 564)، إذ يواجه مرضى ارتفاع ضغط الدم صعوبة كبيرة في الالتزام بتعديلات في أسلوب الحياة الموصوفة، وغالباً ما يصعب على المريض وأسرته قبول التدابير الموصى بها، حيث تخضع العادات الغذائية والنشاطات الأخرى لتغييرات جذرية، تتطلب هذه التغييرات تطوير مهارات جديدة مثل قراءة ملصقات الأطعمة، ومعرفة طرق الطهي الصحية، وإدارة الوقت، واتخاذ الخيارات الغذائية المناسبة خارج المنزل (Khatib & EL-Guindy, 2005, p. 78).

هناك استراتيجيات مثل التعزيز والتذكير والمساندة الأسرية تم تبنيها لتعزيز السلوك الجديد لتحسين تقبل العلاج في الأمراض المزمنة (WHO, 2003, p. 110).

ومن أجل تحسين تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع هناك استراتيجيات تشمل التدخلات التالية:

- تثقيف المريض حول ارتفاع ضغط الدم، وأهمية العلاج في إدارة المرض.
- وصف المضاعفات المحتملة لارتفاع ضغط الدم غير المتحكم فيه.
- تحديد مواعيد المتابعة والتأكيد على احترامها.
- وصف الدواء الأقل احتمالاً أن يؤدي إلى آثار ضارة.
- وصف الدواء الأقل تكلفة والمحمّل أن يكون فعالاً.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

- إنقاص عدد الجرعات في اليوم إلى مرة واحدة إذا كان ذلك ممكنا.
- وصف دواء واحد وثابت الجرعة إذا أمكن ذلك.
- وضع خطة علاجية كهدف للمريض.
- تقديم ملاحظات حول التقدم نحو الهدف.
- جعل المريض يراقب ضغط دمه في المنزل، من خلال تعزيز وتشجيع القياس الذاتي للضغط.
- الاستفسار عن الصعوبات التي تواجه المريض حول العلاج الموصوف.
- مناقشة استراتيجيات العلاج الجديدة مع المريض وإشراكه في عملية اتخاذ القرار (Khatib & El-Guindy, 2005, pp. 78-79).
- وأشارت تايلور (2008) إلى بعض نتائج الأبحاث التي يمكن أن تساعد في إيجاد أفضل السبل لتحسين مستوى تقبل العلاج منها:
  - الاستماع للمريض.
  - تجنب المصطلحات الطبية المعقدة.
  - تبني اتجاه ودي مع المريض بدلا من الاتجاه الرسمي.
  - توفير المعلومات الكافية حول تشخيص المرض وأسبابه.
  - التعرف على هموم المريض، وعدم حصر المناقشة بجمع المعلومات الطبية.
  - إعطاء المريض نصحا دقيقا ومفصلا.
  - التأكيد على أهمية التعليمات والنصائح أمام المريض وأسرته.
  - الثناء في كل زيارة على ما يبذله المريض من جهود في مجال تقبل العلاج.
  - محاولة استكشاف توقعات المريض حول مرضه وعلاقته بالطبيب، وإذا كانت لديه مصاعب، فمن الضروري تسهيلها بالطرق المبسطة (تايلور، 2008، ص ص 664-665).
- حتى يتم الحصول على نتائج أفضل عن تقبل العلاج، يجب اعتماد تدابير متعددة الأوجه لمساعدة المرضى على متابعة علاج ضغط الدم المرتفع (WHO, 2003, p. 110)، حيث هناك حاجة إلى جميع مقدمي الرعاية الصحية بما في ذلك الممرضات وأخصائيي التغذية والمربين، والأخصائيين النفسيين، لتحسين تقبل العلاج لدى هذه الفئة من المرضى، وتقديم تدخلات فيما يخص أسلوب الحياة وتوصيات العلاج (Khatib & El-Guindy, 2005, p. 79)، فيجب أن يكون مقدموا الرعاية الصحية على دراية بالمعدلات المنخفضة لتقبل العلاج لدى المرضى الذين يعانون

## الفصل الأول: تقبل العلاج

من ارتفاع ضغط الدم، كما يجب أن يتلقوا التدريب على كيفية تقديم الاستشارة للمرضى بطريقة بناءة بدون إصدار أحكام، وذلك للوصول إلى الهدف الرئيسي المتمثل في مساعدة المريض على الالتزام بشكل أفضل بجدول العلاج (WHO, 2003, p. 110).

كما يحتاج المرضى أيضا إلى الدافعية والمساندة والمتابعة أثناء محاولتهم لتعلم مهارات جديدة وتغيير عاداتهم اليومية، ويتطلب كل هذا للموارد اللازمة لجعل كل هذه التغييرات التزاما من قبل منظمات الرعاية الصحية، وكذلك من جانب المريض ومقدمي الخدمات (Khatib & El-Guindy, 2005, p p. 78-79)

## الفصل الأول: تقبل العلاج

### تاسعا. تقبل العلاج والصحة الجسمية:

إن تقبل العلاج كما جاء في تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO, 2003)، يتجاوز الالتزام بالأدوية، حيث يشمل أيضا العديد من أنماط السلوك الصحي التي يجب على الفرد المريض أن يقوم بها، لأنها جزء من العلاج أو ليحافظ على صحته وعافيته.

وبالرغم من أهمية تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الإنسان، إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته، والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة، بمعنى نشأة وحدوث العديد من المشكلات الصحية قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية.

حيث تعتبر بعض الممارسات الصحية كالعادات الغذائية مثلا أو النوم أو النشاط البدني من العوامل الأكثر تأثيرا في الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة (يخلف، 2001، ص 19).

وقد أشار كل من سكستون وجفري (Sexton, 1979 & Jeffrey, 1980)، إلى أنه ازدادت الأدلة الطبية والعلمية التي تشير بكل وضوح إلى وجود علاقة وثيقة بين تبني الفرد نمط غير صحي في الحياة وتعرضه لخطر الإصابة بالأمراض المزمنة الخطرة، كتلك التي تعرف انتشارا كبيرا في المجتمعات المتقدمة (يخلف، 2001، ص 24)، وإن تجاهل الفرد للعلاقات أو الارتباطات بين مشكلاته الصحية من جهة ونمط سلوكه من جهة أخرى، من شأنه أن يعرضه لمخاطر صحية في المستقبل (عبد العزيز، 2010، ص 67).

وفي هذا السياق كشف مرازو (Matarazzo, 1980) أن معظم المشكلات الصحية التي يواجهها الإنسان المعاصر لها طبيعة سلوكية وبالتالي بإمكان أي شخص تفادي تلك المشكلات إذا غير من عاداته الصحية السيئة وأقدم على ممارسة عادات صحية سليمة (يخلف، 2001، ص 24).

فالأفراد قادرون على أداء تحسينات حقيقية في صحتهم من خلال الاختيار الإيجابي لتغيير أسلوب حياتهم، انطلاقا من تشجيعهم على تبني السلوك الصحي الذي يعتبر أساسيا لتحقيق تحسين الصحة، وعادة ما تتوجه الحملات السلوكية نحو تغيير السلوك المستهدف في اتجاه محدد، مثل تشجيع الأفراد على التخلي عن التدخين، أو الالتزام بالأنظمة الغذائية الصحية، أو

## الفصل الأول: تقبل العلاج

ممارسة الرياضة بشكل منتظم، فينصب الاهتمام على الأفراد الذين يتم تشجيعهم على إجراء التغييرات المطلوبة (شويخ والحويلة، 2015، ص 86).

لقد أشار يخلف (2001) إلى أهمية السلوك الصحي للارتقاء بصحة الأفراد، والوقاية من خطر الإصابة بالأمراض من خلال عرض الدراسات التالية:

قام كل من برسلو، بيلوك، سايم، وآخرون (Breslow, Belloc, Syme et Al.)، بسلسلة من الدراسات المسحية حول تأثير الأسلوب الشخصي في الحياة على الصحة البدنية. فقد أجرى بلوك وبرسلو في سنة 1965 دراسة مسحية على عينة مكونة من 6938 فردا من الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم ما بين 20 و 70 سنة فما أكثر، وأظهرت نتائج الدراسة أن الصحة الجيدة مرتبطة ارتباطا وثيقا بسبع ممارسات صحية شخصية هي:

1- عدم التدخين.

2- النوم ما بين سبع أو ثماني ساعات يوميا.

3- تناول إفطار الصباح يوميا.

4- عدم الأكل خارج أوقات الأكل.

5- الحفاظ على الوزن المناسب.

6- ممارسة النشاط الرياضي بانتظام.

7- عدم تناول المشروبات الكحولية.

وتبين على وجه الخصوص أن المستوى الصحي للأفراد لدى كل فئة عمرية من بيئة البحث يعرف تحسنا ملحوظا كلما ازداد عدد سلوكهم الصحي وممارستهم لها. كما تبين كذلك أن الأشخاص الذين مارسوا العادات الصحية السبع بانتظام يتمتعون بحالة صحية جيدة مقارنة بالذين لا يمارسون أيا أو قليلا منها.

ربما أهم دليل عن مدى أهمية الممارسات الصحية في ترقية الصحة والحفاظ عليها تعكسه نتائج دراسة أخرى لبلوك وبرسلو 1972، حيث توصلوا إلى أن صحة الأشخاص الذين يمارسون العادات الصحية السبع كانت في نفس المستوى الصحي للأفراد الذين تقل أعمارهم بـ 30 عاما والذين لا يمارسون تلك الأنماط السلوكية الصحية أو يمارسون عددا قليلا منها.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

وفي دراسة طولية لبلوك (1973)، استغرقت أكثر من ست سنوات تناولت العلاقة بين نسبة الوفيات وعدد العادات الصحية لدى الأفراد، وجد أن نسبة الوفيات في العينة تنخفض بارتفاع عدد العادات الصحية لديهم.

ولقد تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض من خلال دراسة لـ برسلو و أنستروم (Breslow & Enstrom, 1980)، على عينة تم تتبعها لمدة تزيد عن تسع سنوات، بينت النتائج أن الذكور الذين أقبلوا على ممارسات العادات الصحية السبع، نسبة وفياتهم تمثل 28% من نسبة الأفراد الذين مارسوا بين صفر وثلاث عادات صحية، بعبارة أخرى فإن تبني أسلوب غير صحي في الحياة يؤدي حتما إلى الهلاك، كما أن ممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد وتطيل من عمره (يخلف، 2001، ص ص 22-23)

ومن أجل تشجيع تغيير السلوك، أخذ سكالو وآخرون (Scala et al., 2008) مجموعتين من مرضى ضغط الدم المرتفع، إحداهما بمثابة مجموعة ضابطة، والأخرى باسم مجموعة التدخل، حيث أكملت كلتا المجموعتين الاستبيان، وتم قياس ضغط الدم مرتين، إحداهما قبل برنامج التدخل الصحي، والأخرى بعد مرور 12 شهرا، ثم قدموا للمجموعة الضابطة معلومات لفظية بسيطة عن مرض ضغط الدم المرتفع، في حين شاركت مجموعة التدخل فيما يسمى بمجموعة التركيز، حيث يتم في هذه الأخيرة تشجيع المرضى على التعبير عن أفكارهم ومعتقداتهم ومخاوفهم بشأن مرض ضغط الدم المرتفع، والهدف من هذا الإجراء هو تمكين الباحثين من تحديد أي معتقدات غامضة وغير صحيحة يحتفظ بها المرضى. كما شاركت أيضا مجموعة التدخل في لعب أدوار مصممة لمحاكاة مواقف متنوعة، والهدف منها هو إمداد المرضى بمعلومات دقيقة حول ضغط الدم المرتفع، وهي مصممة خصيصا لرفع مستوى معرفة المرضى، كما أنها أيضا تمكن المرضى من أداء تغييرات في أسلوب حياتهم، وقد ساعدت هذه العملية الأدائية المرضى على تحديد العقبات المحتملة في عملية تنفيذ تلك التغييرات، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة انخفاض مستويات ضغط الدم لدى المجموعتين بعد مرور سنة، وجاء الانخفاض بدرجة أكثر بين أفراد مجموعة التدخل. ورأى سكالو وزملاؤه، أن التغييرات في المجموعة الضابطة قد ترجع إلى جمع بيانات ضغط الدم لديهم، فربما زادت عملية جمع البيانات هذه من زيادة وعي المرضى بحالة ضغط الدم المرتفع لديهم، واستخلص الباحثون أن المشاركة في منحى تغيير السلوك لوقاية الصحة تعد وسيلة فعالة وقوية لتحسين النواتج الصحية لمجموعة المرضى (شويخ والحويلة، 2015، ص 87).



## الفصل الأول: تقبل العلاج

### عاشرا. الفروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج:

لمعرفة ما إذا هناك فروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج، سوف نتعرف على ذلك من خلال مجموعة من الدراسات التي تناولت هذين المتغيرين لدى عينة من المرضى وهي كمايلي:

#### (1). الفروق بين الجنسن في تقبل العلاج:

درس باتل وتايلور (Patel & Taylor, 2002) العوامل التي تؤثر على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 102 مريضا من الجنسين، منهم 46 ذكرا و56 أنثى، تراوحت أعمارهم بين 31 سنة فأقل إلى 71 سنة فأكثر، بمتوسط عمري يقدر بـ 58 سنة، فأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج.

ودرس (Adoubi, Diby, Nguetta, Yangni-angate & Adoh, 2006) في ساحل العاج عوامل ضعف تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 332 مريضا من الجنسين، فتيين من نتائج الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور، الذين أظهروا مستوى مرتفعا من تقبل العلاج الذي ظهر ضعيفا لدى الإناث.

ودرس (Azlin, Hatta, Norzila & Ezat, 2007) في ماليزيا، العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والعوامل الاجتماعية وتقبل العلاج الدوائي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 200 مريض من الجنسين، منهم 97 ذكرا، و 103 إناث، فأظهرت نتائج الدراسة فروقا بين الجنسين في تقبل العلاج لصالح الإناث حيث كن أكثر تقبلا للعلاج من الذكور.

وفي الهند درس (Nagarkar, Gadhave, Sharma, Chour & Morisky, 2013) العوامل المؤثرة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، لدى عينة تكونت من 174 مريضا من الجنسين، وتزيد أعمارهم عن 18 سنة، فتيين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج.

ودرس (Ibrahim, Hossam & Belal, 2015) عدم تقبل العلاج لدى مرضى غسيل الكلى المزمن، وتأثيره على نتائج المرضى، على عينة تكونت من 100 مريض من الجنسين، منهم 38 ذكرو

## الفصل الأول: تقبل العلاج

62 أنثى، تراوحت أعمارهم بين 21 و 72 سنة، فتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في تقبل العلاج.

وفي مدينة أربيل العراقية أجرى (Dler & Chnar, 2015) دراسة حول العوامل المؤثرة على التزام المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم للعلاج، على عينة تكونت من 200 مريضا من الجنسين، من بينهم 132 ذكرا و 68 أنثى، تراوحت أعمارهم بين 45 سنة فأقل و 65 سنة فأكثر، فتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور.

وأجرى (Sweileh, Aker & Hamooz, 2005) في شمال فلسطين، دراسة هدفها قياس معدل تقبل العلاج لدى المرضى الذين يعانون من داء السكري وارتفاع ضغط الدم أو غيرهما من الأمراض المزمنة لمدة لا تقل عن 5 سنوات والمسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية، على عينة تكونت من 321 مريضا، من الذكور والإناث، يخضعون لعلاج دوائي ثابت لمدة لا تقل عن 6 أشهر، فتبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج.

ودرس دغمي وآخرون (2007)، بالمغرب الأقصى، العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري، ودراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب: السن، والجنس والمستوى الثقافي والاجتماعي، وعدد الجرعات خلال اليوم، ومدة تشخيص الإصابة بالسكري، على عينة تكونت من 106 مريض من الجنسين فأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور الذين كانوا أكثر تقبلا للعلاج مقارنة بالإناث (رحاحلية، 2010، ص 36).

وأجرت لكحل سنة 2011، دراسة حول تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، على عينة تكونت من 120 مريضا بضغط الدم المرتفع من الجنسين المتوردين على العيادات الخاصة المتواجدة بمدينة باتنة، قسنطينة، الجزائر وبسكرة، طبقت عليهم استبيان التربية الصحية لمرضى ضغط الدم المرتفع، واستبيان الالتزام الصحي لمرضى ضغط الدم المرتفع، فتبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج.

و درست عدودة (2015)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، تكونت عينة الدراسة من 129 مريضا من

## الفصل الأول: تقبل العلاج

الجنسين، من باتنة وقسنطينة وبسكرة، تراوحت أعمارهم بين 16 و 80 سنة، فتيين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في تقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

### (2). الفروق بين الأعمار في تقبل العلاج:

في مدينة خبر السعودية، درست لطيفة سعد السويلم واحمد قاسم الزبير (Al-Sowielem & Elzubier, 1998) مدى التزام مرضى ضغط الدم المرتفع بالعلاجات الموصوفة لهم، ومدى معرفة المرضى ومفاهيمهم الخاطئة حول هذا المرض، على عينة تكونت من 190 مريضا بضغط الدم المرتفع، المترددين على أربعة مراكز للرعاية الصحية الأولية، بمتوسط عمري 49 سنة، فتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة الأكبر عمرا، حيث كان معدل تقبل العلاج أقل بين المرضى الذين تقل أعمارهم عن 55 سنة بالمقارنة بمن هم أكبر سنا.

ودرس باتل وتايلور (2002) العوامل التي تؤثر على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 102 مريضا من الجنسين، منهم 46 ذكرا و 56 أنثى، تتراوح أعمارهم بين 31 سنة فأقل إلى 71 سنة فأكثر، بمتوسط عمري يقدر بـ 58 سنة، فأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج.

وأجرى (Sweileh et al., 2005) في شمال فلسطين، دراسة، هدفها قياس معدل تقبل العلاج لدى المرضى الذين يعانون من داء السكري وارتفاع ضغط الدم، أو غيرهما من الأمراض المزمنة لمدة لا تقل عن 5 سنوات، والمسجلين في عيادات وزارة الصحة الفلسطينية، على عينة تكونت من 321 مريضا من الذكور والإناث، يخضعون لعلاج دوائي ثابت لمدة لا تقل عن 6 أشهر، فتيين من نتائج الدراسة وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة الأقل عمرا، حيث كان تقبل العلاج ضعيفا لدى الفئة الأكبر من 60 سنة مقارنة بالفئة الأقل منها.

ودرس (Bezie, Molina, Hernandez, Batista, Niang & Huet, 2006) تقبل العلاج لدى عينة من مرضى السكري النوع الثاني، تكونت من 94 مريضا، تراوحت أعمارهم بين 20 و 89 سنة، فتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج، لصالح الفئة الأكبر عمرا.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

وفي ساحل العاج، درس (Adoubi et al., 2006) عوامل ضعف تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 332 مريضا، فتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الفئات العمرية في تقبل العلاج لصالح الفئة الأكبر عمرا.

ودرس (Azlin et al., 2007) بماليزيا، العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والعوامل الاجتماعية، وتقبل العلاج الدوائي، لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 200 مريض من الجنسين، منهم 97 ذكرا، و103 إناث، فأظهرت نتائج الدراسة فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية الأقل من 60 عاما.

ودرس دغمي وآخرون (2007)، بالمغرب الأقصى، العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري، ودراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب: السن، والجنس، والمستوى الثقافي والاجتماعي، وعدد الجرعات خلال اليوم، ومدة تشخيص الإصابة بالسكري، على عينة تكونت من 106 مريض من الجنسين، فأظهرت نتائج الدراسة فروق بين الفئات العمرية في تقبل العلاج لصالح الفئة الأقل عمرا، التي كانت أكثر تقبلا للعلاج من الفئة الأكبر عمرا (رحاحلية، 2010، ص 36).

ودرس (Barclay et al., 2007) الارتباط بين تقبل العلاج ومتغيرات أخرى مثل العمر والأداء المعرفي والمعتقدات الصحية، والدعم الاجتماعي، والكفاءة الذاتية، لدى المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسب، على عينة تكونت من 185 فردا من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين 18 سنة فأكثر، فتبين من نتائج الدراسة، وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة الأكبر.

ودرس (Celis, H. et al., 2008) ببروكسل البلجيكية، خصائص المريضات المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتلقين العلاج الهرموني (Tamoxifène)، على عينة تكونت من 1470 مريضة، تراوحت أعمارهن بين 25 و75 سنة فأكثر، فتوصلت الدراسة إلى وجود فروق بين المريضات في تقبل العلاج، لصالح الفئة الأصغر عمرا (رحاحلية، 2010، ص 38).

وفي الهند درس (Nagarkar et al., 2013) العوامل المؤثرة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، لدى عينة تكونت من 174 مريضا من الجنسين، وتزيد أعمارهم عن 18 سنة، فتبين من نتائج الدراسة وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية الأكبر، حيث كانت الفئة من 57 سنة فأكثر، أكثر تقبلا للعلاج من الفئة العمرية الأقل من 57 سنة.

## الفصل الأول: تقبل العلاج

ودرس (Ibrahim et al., 2015) عدم تقبل العلاج لدى مرضى غسيل الكلى المزمن، وتأثيره على نتائج المرضى، على عينة تكونت من 100 مريض من الجنسين، منهم 38 ذكر و 62 أنثى، تراوحت أعمارهم بين 21 و 72 سنة، فتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الفئات العمرية في تقبل العلاج.

وفي مدينة أربيل العراقية أجرى (Dler & Chnar, 2015) دراسة حول العوامل المؤثرة على التزام المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم للعلاج، على عينة تكونت من 200 مريض من الجنسين، من بينهم 132 ذكرا و 68 أنثى، تراوحت أعمارهم بين 45 سنة فأقل و 65 سنة فأكثر، فتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج، حيث كان تقبل العلاج عالي لدى الفئة العمرية من 65 سنة فأكثر، بينما كان ضعيفا لدى الفئة العمرية من 45 سنة فأقل. ودرست عدودة (2015) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة، لدى مرضى قصور الشريان التاجي، تكونت عينة الدراسة من 129 مريضا من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين 16 و 80 سنة، فتبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لدى عينة الدراسة.

إن تعدد الدراسات حول تقبل العلاج وفي ثقافات مختلفة، إن دل على شيء فإنما يدل على أهميته بالنسبة للمرضى وتأثيره على صحتهم الجسمية والنفسية، فقد تباينت النتائج المتوصل إليها، من وجود فروق إلى عدم وجودها، سواء لدى الجنسين أم الأعمار، فقد يكون الجنس عاملا في تقبل العلاج، وقد يكون غير ذلك. ويمكن أن يكون العمر عاملا في ضعف تقبل العلاج، بسبب تعدد الوصفات والأمراض، ويمكن للعجز الحسي والمعرفي أيضا أن يؤثر على تقبل العلاج، ويمكن أن يكون لكبار السن متابعة أكثر انتظاما من قبل الطبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية، مما يعزز سلوك تقبل العلاج لديهم (Koch, 2017, p. 84).

### خلاصة:

إن تقبل العلاج لم يعد يعتبر المريض ذلك المتلقي السلبي، والمطيع لتعليمات الطبيب، مقتصرًا على تناول الدواء فقط، بل أصبح دوره نشطًا فاعلاً وإيجابياً في العملية العلاجية، من خلال إتباع نصائح الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية، فيما يخص تناول الدواء، وإتباع نظام غذائي صحي، ممارسة نشاط بدني، والابتعاد عن كل السلوكيات التي تلحق الضرر بصحته.

إن عدم وجود أعراض مرضية لمرض ضغط الدم المرتفع، يؤدي بالمريض إلى عدم إتباع العلاج بصورة منتظمة، حيث ترتفع مستويات عدم تقبل العلاج لأسباب عديدة، منها ما هو متعلق بالمعلومات، ومنها ما هو متعلق بدافعية المريض وقدرته على إتباع تعليمات ونصائح مقدمي الرعاية الصحية، ولتقبل العلاج عوامل مختلفة، ففيها ما يرتبط بالمريض ومدى فهمه لوصفات العلاج، وعوامل مرتبطة بالمرض، وأخرى بمقدمي الرعاية الصحية والبرنامج العلاجي.

ومن أجل تحسين تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع هناك استراتيجيات تساعد في الحصول على نتائج أفضل.

لقد توصلت دراسات عديدة (برسلو وبلوك، 1965، 1972، بلوك، 1972، برسلو و انستون 1980) إلى أهمية الممارسات الصحية في ترقية الصحة والحفاظ عليها.

بالنسبة لتقبل العلاج لدى الذكور والإناث، وبين المجموعات العمرية المختلفة، فقد أظهرت نتائج الدراسات التي تم عرضها إلى التباين الواضح في هذه النتائج، بين عدم وجود فروق بين الجنسين والأعمار في تقبل العلاج، ووجود فروق تارة للذكور وتارة أخرى للإناث، وكان تقبل العلاج مرات مرتفعاً لدى الفئة العمرية الأصغر ومرات أخرى يكون الكبار أكثر تقبلاً للعلاج من الصغار.

إن العوامل المساعدة أو المسؤولة عن تقبل العلاج قد تتعدى العوامل الديموغرافية، من جنس وعمر، إلى عوامل أخرى نفسية مثل الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة الذين قد يساهما في تقبل مرضى ضغط الدم المرتفع للعلاج، وهذا ما يبحثه البحث الحالي في الجانب الميداني.

# الفصل الثاني

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

تمهيد

أولاً. تعريف الكفاءة الذاتية

ثانياً. الكفاءة الذاتية ومفاهيم أخرى

ثالثاً. نظرية الكفاءة الذاتية

رابعاً. طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية

خامساً. أبعاد الكفاءة الذاتية

سادساً. خصائص وأثار الكفاءة الذاتية

سابعاً. الكفاءة الذاتية والصحة الجسمية

ثامناً. الفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية

تاسعاً. إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية

خلاصة



## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### تمهيد:

تعد الكفاءة الذاتية من أبرز المفاهيم التي قدمها باندورا (Bandura)، محاولاً من خلالها تأكيد دور العوامل الاجتماعية والمعرفية في التعلم وما يحدث بينها من تفاعل. (أبو غزال و علاونة، 2010، ص 289).

ويرى باندورا (1997) (في الدق، 2011، ص 137)، أن معتقدات الأفراد بأنهم يستطيعون حث ذواتهم وتنظيم سلوكهم، تؤدي دوراً حاسماً فيما إذا كانوا يفكرون في تغيير العادات الصحية الضارة، أو يسعون لتأهيل نشاطاتهم، حيث إن إدراك الفرد بأنه غير كفء يقف عائقاً أمام وقايته لصحته.

وحسب باندورا فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة، إلا من خلال تنمية كفاءة الذات والممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الايجابية، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيراً أساسياً في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد (يخلف، 2001، ص 103).

وسوف يعرض الباحث فيما يلي تعريف الكفاءة الذاتية، والمفاهيم المرتبطة بها، وأبعادها الأساسية وخصائصها، وأهميتها بالنسبة للصحة الجسمية، وفي الأخير الفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية من خلال بعض الدراسات التي تناولت ذلك.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### أولاً. تعريف الكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية، مفهوم ضبطه العلماء في مراجعهم المتخصصة بمفاهيم متعددة: توقعات الكفاءة Competency Expectancies، وتقدير توقعات الكفاءة Self-efficiency assesement، وتوقعات الكفاءة الذاتية Self-efficiency Expectancies، وكلها تصب في نفس السياق (قريشي، 2005، ص 173)، وهناك من استعمل مرادفاً آخر وهو الفعالية الذاتية Self-efficacy، وهي تمثل ما نعتقد أننا نملكه من إمكانيات لا ما نملكه بالفعل، وهذا الاعتقاد يضبط أو يحكم أساليب معالجتنا، وردود أفعالنا، للأحداث والمواقف، وشكل وأسلوب التعامل مع أحداث الحياة (الزيات، 2001، ص 536، 501). وفي هذه الأطروحة سيتبنى الباحث مفهوم الكفاءة الذاتية، الذي يعرف كما يلي:

عرف باندورا، الكفاءة الذاتية بأنها: "اعتقاد الفرد بالقدرة على تنظيم وتنفيذ السلوك المطلوب، من أجل تحقيق النتائج المرغوبة" (Bandura, 2007, p.12).

وعرفها أيضاً باندورا (1977) بأنها: "توقعات الفرد واعتقاده حول كفاءته الشخصية في مجال معين"، حيث يرى أن مثل هذه التوقعات والاعتقادات حول الكفاءة الذاتية تؤثر إلى حد كبير في دافعية الفرد للسلوك في موقف ما (الزغلول، 2006، ص 154).

وتشير الكفاءة الذاتية، لدى باندورا كذلك: "إلى اعتقاد الناس بقدرتهم على التصرف بطرق تتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم" (Guerrin, 2012, p.111).

ويرى باندورا أن إدراك الفرد وتقييمه لقدراته على أداء مهمة ما، ومعتقداته على قدرته على التحكم بالأحداث والظروف المحيطة بالموقف تؤثر في أدائه الحقيقي، وفي مقدار الجهد الذي سيبدله، وإصراره على تحقيق الهدف المنشود، ومواجهة المعوقات التي تحول دون تحقيق أهدافه. وعليه، كلما زادت الكفاءة الذاتية لدى الفرد كان أكثر قدرة على السيطرة على أفعاله وانفعالاته، وأقدر على حل كافة المشكلات التي تواجهه، من خلال تحديد اختياراته، ومقدرا الجهد الذي سيبدله (العتوم، الجراح، والحموري، 2015، ص 268).

ويؤكد باندورا (1982, p. 122) على أن معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية، والخبرات المتعددة، سواء المباشرة أو غير المباشرة، كما تعكس هذه المعتقدات قدرة الفرد على أن يتحكم في معطيات البيئة من خلال الأفعال،

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

والوسائل التكيفية التي يقوم بها، والثقة بالنفس في مواجهة ضغوط الحياة (حسن، 2005، ص 7).

وتعرف الكفاءة الذاتية بأنها: "اعتقاد الأفراد بقدرتهم على تعبئة الموارد اللازمة للنجاح في بعض المواقف" (Sultan & Varescon, 2012, p. 73).

أوردت الزغبي (2014، ص 588) أن مفهوم الكفاءة الذاتية، يشير إلى الحكم الذي يصدره الفرد بقدرته على إصدار سلسلة متتابعة من الأفعال الضرورية لإحداث نتائج مرغوبة أو لتحقيق هدف معين، وتبلور في شكل أفكار ومعتقدات الفرد حول الذات بشأن مدى كفاءتها في تنظيم وتنفيذ الإجراءات اللازمة لتحقيق نتائج معينة.

ويشير الزبيدي (2009، ص 99) إلى أن الكفاءة الذاتية يقصد بها حكم يكونه الفرد عن قدراته على تنظيم وتأدية مجموعة من الأفعال المطلوبة لتحقيق أنماط معينة من الأداء، وتحقيق الكفاءة يجعلنا نؤمن بإمكاناتنا الخاصة وتطوير ذاتنا، فكلما ازداد اعتقاد الفرد بقدرته على إنجاز شيء ما، كلما ازدادت احتمالية أن ينجح فعلا في ذلك.

ويذكر الوقفي (2003، ص 597) أن الكفاءة الذاتية هي الاعتقاد بأنك قادر أن تنجح في أداء السلوك بصرف النظر عن خبرات الفشل السابقة أو العوائق الحالية.

يرى شفارتزر (Schwarzer, 1998) أن الكفاءة الذاتية تشير إلى السيطرة على النشاط الشخصي للفرد وقوته، فالشخص الذي يؤمن بقدرته على التسبب بحدث معين يكون قادرا على إدارة مسار حياته، وإن ذلك يعكس اعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على بيئته (الدوري، 2014، ص 57).

وتعرف الكفاءة الذاتية بوصفها: "اقتناع الفرد بقدرته على النجاح في تنفيذ السلوك المطلوب منه لإحداث النتائج المرغوبة" (الدق، 2011، ص 110).

ينظر إلى الكفاءة الذاتية على أنها الآلية التوليفية التي من خلالها يقوم الأشخاص بدمج وتطبيق مهاراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية الحالية على الأداء المطلوب، ويتم التعبير عنها كثقة شخصية في القدرة على النجاح في أداء السلوك المطلوب (Shell, Murphy, & Bruning, 1989, p. 91)

من خلال ما تم عرضه من تعريفات للكفاءة الذاتية، وبما أن عينة دراستنا هذه، هم مرضى ضغط الدم المرتفع، فإنه يمكن القول بأن الكفاءة الذاتية لدى هذه العينة، هي شعورهم بأنهم قادرين على أن يسلكوا سلوكا إيجابيا للمحافظة على صحتهم واستقرار ضغط دمهم، من خلال إتباع نصائح الطبيب المعالج وتنفيذ السلوك الصحي الإيجابي المطلوب الذي يخدم صحتهم.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### ثانيا. الكفاءة الذاتية ومفاهيم أخرى:

هناك عدة مفاهيم نفسية تبين أنها مرتبطة أو تتشابه مع الكفاءة الذاتية، منها:

#### (1). الكفاءة الذاتية الخاصة أو الموقفية:

يتم التفريق في المراجع المتخصصة بين الكفاءة الذاتية العامة والكفاءة الذاتية الموقفية أو الخاصة (Bandura, 1986, 1988 ; Jerusalem, 1990 ; Schwarzer, 1990b, 1992a,b,c, 1993a, 1993b ; Schwarzer, & Jerusalem, 1989) توقعات الكفاءة الذاتية العامة والخاصة عندما قدم البناء للمرة الأولى، وإنما قام بالتعبير الإجرائي لتوقعات الكفاءة الذاتية الخاصة، مستخدما لوصف كلا الشكليين من توقعات الكفاءة الذاتية مفهوم الكفاءة الذاتية المدركة. وتشتمل توقعات الكفاءة الذاتية العامة على المواقف العامة التي يمكن لكل شخص أن يمر بها، في حين تشتمل توقعات الكفاءة الذاتية الخاصة على مجالات خاصة من المشكلات التي يمكن أن تواجه أشخاصا محددين أو مجموعات خاصة (رضوان، 1997).

ويعرف شفارتزر (Schwarzer, 1994, p. 105) الكفاءة الذاتية العامة بأنها: "عبارة عن بعد شخصي ثابت يعبر عن القناعة الذاتية بالتمكن من مواجهة المطالب الصعبة استنادا إلى التصرفات الذاتية" (رضوان، 2010، ص 11).

ويفرق لوزنسكا وآخرون (Luszczynska, et al., 2005, p. 440) بين الكفاءة الذاتية العامة والخاصة على النحو التالي: "الكفاءة الذاتية العامة هي اعتقاد المرء بقدرته على مواجهة تشكيلة واسعة من المطالب المرهقة أو الصعبة، في حين تكون الكفاءة الذاتية الخاصة مقتصرة على مهمات محددة (رضوان، 2010، ص 11).

ويرى شيرر ومادوكس (Sherer & Maddux, 1982, p. 664) أن الكفاءة الذاتية العامة تؤثر على الكفاءة الذاتية الخاصة: "تعرف الكفاءة الذاتية العامة كمركب مهم جدا من كل النجاحات وحالات الفشل المهمة التي يتم عزوها للذات. أنها سمة عامة، مستقرة نسبيا، ومتغيرة عبر الزمن بتراكم تجارب الفشل والنجاح. الكفاءة الذاتية العامة تحدد ثقة الفرد العامة وقابليته للنجاح، التي تؤثر بشكل ملحوظ على توقعات الكفاءة الذاتية في المواقف الخاصة" (رضوان، 2010، ص 11).

### (2). التفاؤلية:

ميز شفارتزر (Schwarzer, 1993a ; 1994) بين "توقعات الكفاءة الذاتية" و"التفاؤلية"، ويرى أن باندورا استخدم مصطلح "القناعات الذاتية التفاؤلية" عوضا عن "الكفاءة الذاتية المدركة"، ويرى أن هذا البناء الذي اقترحه باندورا في عام 1997 لتوقعات الكفاءة يعبر عن "تفاؤلية وظيفية تحتل فيها الموارد الايجابية مركز الاهتمام"، وتشكل جزءا ضروريا من توقعات الكفاءة، وهو يختلف عن التفاؤلية النزوعية التي تقوم عليها توقعات النتائج العامة لشاير وكارفير (Scheier & Carver, 1985)، التي تعرضت لانتقادات متعددة، فالاعتقاد بأن أمور الحياة ستسير بصورة جيدة من تلقاء نفسها، عبارة عن توقعات عامة تختلف عن الثقة بالإمكانات الذاتية وبقدرة المرء على القيام بسلوك معين. ويقترح شفارتزر (1994) مفهوما دقيقا يرى بأنه معقد غير عملي يتمثل في: "توقعات الكفاءة الذاتية التفاؤلية المعممة النزوعية" للفصل بين توقعات الكفاءة الذاتية والتفاؤلية النزوعية عند شاير وكارفير (رضوان، 1997).

### (3). مفهوم الذات:

لقد ميز باجارس وميلر (Pajares & Miller, 1994) بين الكفاءة الذاتية ومفهوم الذات، بأن الكفاءة الذاتية عبارة عن: "تقييم محدد السياق للكفاءة في أداء مهمة محددة والحكم على مقدرة الفرد على أداء سلوك محدد في مواقف معينة، أما مفهوم الذات فيشتمل على معتقدات القيمة الذاتية المرتبطة بالكفاءة المدركة لدى الفرد" (المشيخي، 2009، ص 66).

ويشير زهران (2005، ص 69) إلى أنه يمكن تعريف مفهوم الذات بأنه تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكيونته الداخلية أو الخارجية، وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التي تحدد خصائص الذات كما تظهر إجرائيا في وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو "مفهوم الذات المدرك"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة التي يعتقد أن الآخرين في المجتمع يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين "مفهوم الذات الاجتماعي"، والمدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص الذي يود أن يكون

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

"مفهوم الذات المثالي"، ووظيفة مفهوم الذات وظيفية دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذي يوجد الفرد في وسطه، ولذا فإنه ينظم ويحدد سلوكه. على الرغم من أنه قد يبدو للوهلة الأولى، أن الفرق بين مصطلحي مفهوم الذات وكفاءة الذات فرقا ضئيلا، فإنهما مكونان يصفان ظاهرتين مختلفتين، حيث يشير مصطلح مفهوم الذات إلى تقييم ذاتي شامل يتضمن آراء الفرد حول قيمة ذاته ومعتقداته العامة عن كفاءته. في حين أن معتقدات كفاءة الذات تتضمن أحكاما خاصة عن القدرة الشخصية على تنظيم مجموعة من الأفعال وتنفيذها للوصول إلى الهدف المنشود. فكفاءة الذات تركز بشكل خاص على المهام أو النشاطات التي يرى الفرد أنه قادر على أدائها أكثر من التركيز على التقييم العام لمدى جودة أداء الفرد لشيء ما بوصفه أحد متطلبات تقييم مفهوم الذات. ويجب الإشارة في هذا الصدد إلى أن مفهوم الذات قد يتضمن فيما يتضمن كفاءة الذات ولكنه أيضا لا يقتصر على ذلك، بل يمتد أيضا ليشمل مفردات متصلة بتقدير الذات والإدراكات العامة للكفاءة (الدق، 2011، ص 139).

### 4. تقدير الذات:

يشير باندورا إلى أنه غالبا ما يستخدم مفهومي كفاءة الذات المدركة وتقدير الذات بشكل متبادل، أي أن أحدهما يمكن أن يحل محل الآخر، وعلى ذلك يتم تقديمهما لوصف الظاهرة نفسها. لكن الواقع أن كلا منهما يشير إلى شيء مختلف تماما عن الآخر؛ فكفاءة الذات المدركة تعنى بالأحكام التي تدور حول قدرة الأفراد، في حين أن تقدير الذات يعنى بالأحكام عن قيمة الذات. ولا توجد علاقة خلط بين معتقدات الفرد عن قدراته، وما إذا كان راضيا عن نفسه أم لا، فقد يحكم الأفراد على أنفسهم بأنهم من المستحيل أن تكون لديهم الكفاءة للقيام بنشاط معين دون أن يقلل ذلك من تقديرهم لذواتهم، لأنهم يرون أن قيمة ذواتهم ليست وقفا على القيام بهذا النشاط (الدق، 2011، ص 139).

أورد عكاشة (1990، ص 10) تعريف كوبر سميث (Coopersmith, 1976) لتقدير الذات بأنه: "الحكم الشخصي للفرد عن قيمته الذاتية، والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد عن نفسه". في حين يعرفه روزنبرج (Rosenberg, 1978) بأنه: "اتجاهات الفرد الشاملة، سالبة كانت أو موجبة، نحو نفسه". ويخلص عبد الرحيم بخيت (1985)، إلى أن تقدير الذات هو

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به. فهو حكم الشخص تجاه نفسه وقد يكون هذا الحكم بالموافقة أو الرفض.

### (5). تحقيق الذات:

أورد المشيخي (2009) عدة تعاريف لمفهوم تحقيق الذات نذكر منها:

عرف دسوقي (1990، ص 32) تحقيق الذات على أنه عملية تنمية استطاعات ومواهب الفرد، وتفهم وتقبل ذاته.

وترى فاطمة العامري (1993، ص 72) أن تحقيق الذات عملية نشطة تسعى بالفرد ليكون ويصبح موجهًا من داخله، ومتكاملاً على مستويات التفكير والشعور والاستجابة الجسدية. وفي ذلك يذكر الشعراوي (2000، ص 296) أن تحقيق الذات حاجة تدفع الفرد إلى توظيف إمكانياته، وترجمتها إلى حقيقة واقعة ويرتبط بذلك التحصيل، والإنجاز، والتعبير عن الذات ولذلك فإن تحقيق الفرد لذاته يشعره بالأمن والفاعلية وأن عجز الفرد عن تحقيق ذاته باستخدام قدراته، وإمكانياته يشعره بالنقص والدونية، وخيبة الأمل، مما يعرضه للقلق، والتشاؤم (المشيخي، 2009، ص 69).

### (6). توقعات كفاءة الذات وتوقعات النتائج أو العواقب:

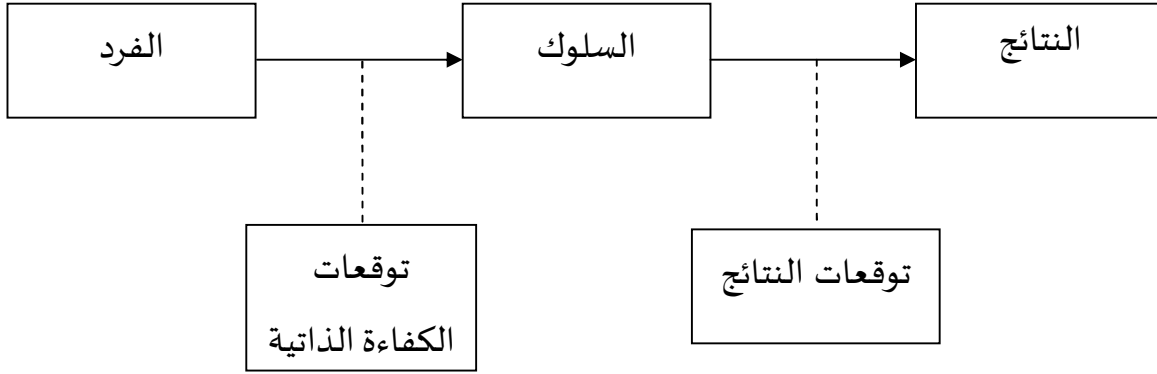
ميز بانديورا بين توقع النتائج أو الاعتقاد بأن التغييرات المرغوبة يمكن تحقيقها أو لا تتحقق، من خلال الجهود الشخصية، وتوقع الكفاءة أو الاعتقاد بأن الفرد يمتلك القدرة على النجاح في مهمة معينة (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003, pp. 70-71).

إذن حسب بانديورا يختلف مفهوم توقعات كفاءة الذات عن مفهوم توقعات النتائج، حيث يقصد بالثانية تقييم الفرد بأن أداء سلوك معين يفضي إلى نتائج محددة، أم توقعات كفاءة الذات فيقصد بها الاقتناع بأن الفرد يمكنه أن يؤدي بنجاح السلوك المطلوب لإحداث هذه النتائج. فتوقعات النتائج أو العواقب وتوقعات الكفاءة مفهومين مختلفان لأن الأفراد يمكنهم أن يعتقدوا بأن أفعالاً معينة سوف ينتج عنها نتائج محددة، ولكن السؤال هنا يكون عما إذا كانوا يستطيعون أداء هذه الأفعال أم لا (الدق، 2011، ص 140).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

لقد وضع باندورا (1977) (في قطامي، 2004، ص 166) الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج من خلال منظومة ممثلة بالشكل التالي:

الشكل رقم (09) يبين الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج، لباندورا



نقلا عن: (قطامي، 2004، ص 166)

تتضمن توقعات النتائج في معناها، ما يعتقد الفرد في تقديره للسلوك الذي يدفعه للثقة بنتائج أداؤه. أما توقعات الكفاءة الذاتية، فتتضمن تطور قناعة لدى الفرد بقدرته على تحقيق الأداء الناجح وإنجازه للسلوك المرغوب مع تحقيق النتائج المرغوبة، وهي تسبق توقعات الفرد عن نتائج السلوك.

وقد وسع شفارتزر نموذج الكفاءة الذاتية العامة لباندورا. ففي حين أن الكفاءة الذاتية وتوقعات النتيجة مستقلتان عن بعضهما عند باندورا ورتبهما بالتسلسل وراء بعضهما، فقد أضاف شفارتزر العاقبة Consequence التي تأتي بعد النتيجة Outcome ومن ثم الفائدة Instrumentality كتوقع جديد.

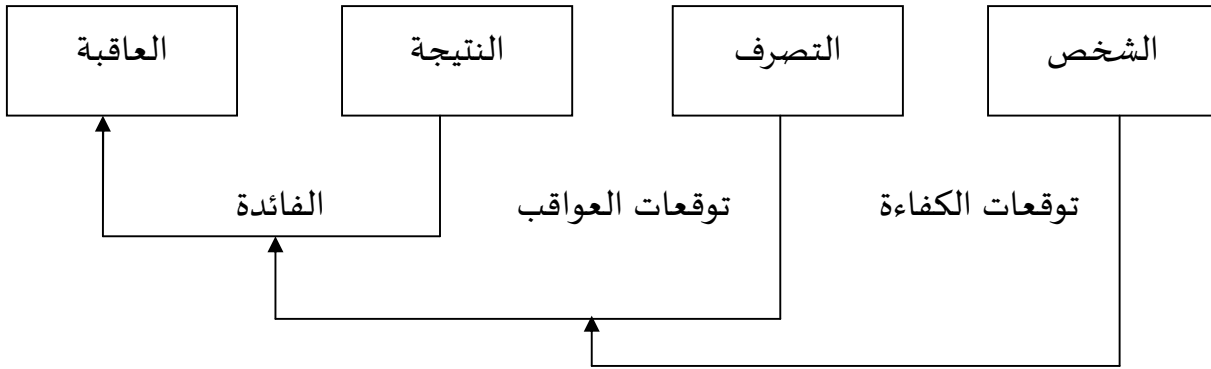
والفائدة بالنسبة له هي توقعات النتيجة – العاقبة Outcome-Consequence-Expectancy أو هي مكون من ذخيرة المعرفة.

إلا أن الارتباطات بين التوقعات المنفردة مازالت غير مفسرة إلى مدى بعيد بالنسبة له. ويفترض شفارتزر نظريا أنه يمكن ترتيبها هرميا، وطبقا لذلك إذا كانت الفائدة بداية، التي تبني عليها توقعات العاقبة موجودة، فإن توقعات الكفاءة تستند عندئذ على ما يبدو على توقعات العواقب والشكل التالي يوضح هذه الارتباطات:



## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

الشكل رقم (10) يبين النموذج النظري للقيمة – التوقع، لشفارتزر (1994)



نقلا عن: (رضوان، 2010، ص 12)

ويوضح شفارتزر هذا النموذج من خلال مثال حول التعلم من أجل الامتحان. فمن أجل تجاوز امتحان ما (العاقبة)، لا بد للمرء أن يمتلك معرفة محددة (النتيجة). ويطلق شفارتزر على هذا الارتباط توقعات النتيجة – العاقبة، أو الفائدة، ويقصد بتوقعات العاقبة إمكانية تعلم المادة بغض النظر عما إذا كان الشخص يعد نفسه قادرا على تعلم المادة. فما يعتقد الشخص بأنه قادر عليه هو توقعات الكفاءة. وموضوع توقعات العاقبة هو تعلق التصرف بالنتيجة، أما توقعات الكفاءة فهي تعلق الشخص بالتصرف.

وبمقارنة نموذج باندورا الذي يميز فيه بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتيجة مع النموذج الجديد لشفارتزر، فإنه يمكن الافتراض بأنهما متناقضان؛ فبالنسبة لباندورا فإن التوقعات مستقلة عن بعضها وتتموضع على شكل تعاقبي، في حين تتموضع بشكل هرمي عند شفارتزر. ويمكن توضيح ذلك على الشكل التالي:

لا تستبعد التوقعات الضئيلة للعواقب وجود كفاءة ذاتية مرتفعة، لمجرد أنها مترتبة هرميا في هذا النموذج، إلا أنه يفترض أن تكون توقعات العاقبة موجودة قبل أن تنشأ توقعات الكفاءة عموما، أما سبب ذلك فيرجع إلى أنه لا يوجد تصرف من دون نتيجة، ولا توجد نتيجة دون عاقبة، فليس هناك من شخص يفعل شيئا ما لمجرد أنه يريد أن يقوم بتصرف معين، وإنما لأنه يأمل بنتيجة ما. فقبل توقعات الكفاءة لا بد وأن تكون توقعات العواقب موجودة والتي تبني عليها عندئذ توقعات الكفاءة، وعلى الرغم من ذلك توجد حالات تكون فيها توقعات العواقب ضئيلة وتوقعات الكفاءة عالية، وهو ما يصفه ستادلر (Stadler) في نموذجه مربع التوقع بأنه اللاحدوى النسبية (رضوان، 2010، ص 11-13).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### ثالثا. نظرية الكفاءة الذاتية:

إن الأب المؤسس لنظرية الكفاءة الذاتية هو عالم النفس ألبرت باندورا، الذي نشر بعد سنوات من البحث، كتابا يعرف فيه المفهوم وعملياته، مع توفير التطبيقات العملية في العديد من المجالات كالتعليم والاقتصاد والسياسة والصحة والرياضة وما إلى ذلك (Puozzo Capron, 2009, p 4).

ونشر باندورا مقالة له سنة 1977 تحت عنوان: الكفاءة الذاتية نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك.

وتم اختبار مبادئ الكفاءة الذاتية في تخصصات مختلفة، وتلقت دعما متزايدا من نتائج عدة دراسات في مجالات مختلفة (Pajares, 1996a, p. 545).

يرى باندورا أن الكفاءة الذاتية تعد بمثابة مرآة معرفية؛ فهي مؤشر لمدى قدرة الفرد على التحكم في أفعاله الشخصية وأعماله؛ فالفرد الذي لديه شعور عال بالكفاءة الذاتية يمكن أن يسلك بطريقة أكثر فاعلية، ويكون أكثر قدرة على مواجهة تحديات بيئته، واتخاذ القرارات، ووضع أهداف مستقبلية ذات مستوى عال؛ بينما الشعور بنقص الكفاءة الذاتية يرتبط بالاكئاب، والقلق، والعجز، وانخفاض التقدير الذاتي، وامتلاك أفكار تشاؤمية عن مدى القدرة على الإنجاز، والنمو الشخصي (عبد القوي والأقرع، 2014، ص 522).

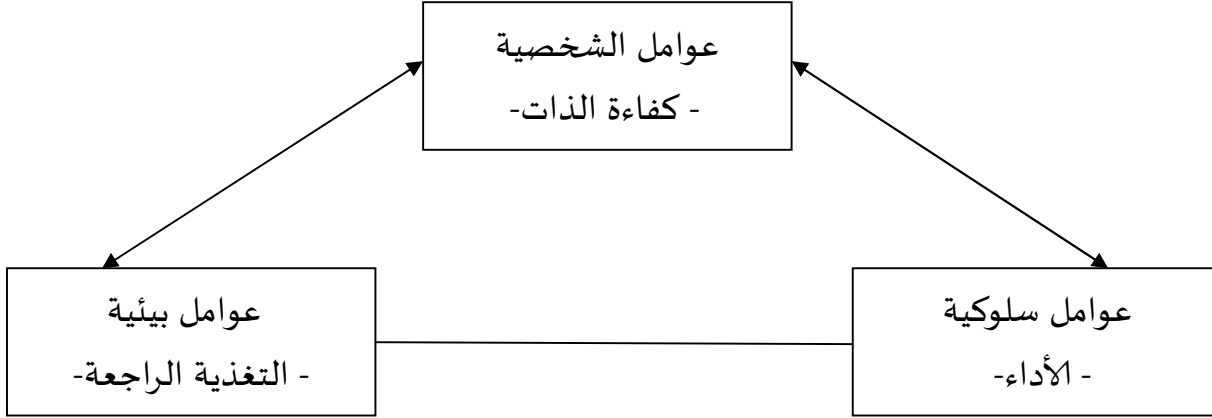
عبر باندورا عن الكفاءة الذاتية بأنها قوة مهمة تفسر الدوافع الكامنة وراء سلوك الأفراد في مجالات الحياة المختلفة، وأن إدراك الكفاءة يسهم وبدرجة كبيرة في فهم وتحديد أسباب المدى المتنوع من السلوك الفردي، وفي سلوك المثابرة الناتج عن حالات الأفراد المختلفة، ومستويات ردود الأفعال للضغوط الانفعالية وضبط الذات والمثابرة من أجل الإنجاز (ضاري والدليبي، 2012، ص 306).

يشير باندورا (1986) (في الجاسر، 2007)، في كتابه أسس التفكير والأداء: بأن نظرية كفاءة 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، وفيمايلي الافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الاجتماعية:

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

- 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 ونتائجه، والتعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، ويسمح بالاكتساب السريع للمهارات المعقدة؛ التي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.
  - 6). أن كلا من القدرات السابقة: القدرة على عمل الرموز، والتفكير المستقبلي، والتأمل الذاتي، والتنظيم الذاتي، والتعلم بالملاحظة، هي نتيجة تطور الميكانزمات 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 في سلوكهم الذاتي، والذي بدوره يؤثر ليس فقط على البيئة ولكن أيضا على الحالات المعرفية والانفعالية والبيولوجية (الجاسر، 2007).
- فالسلك الإنساني في ضوء نظرية باندورا يتحدد تبادليا بتفاعل ثلاثة مؤثرات هي: العوامل الذاتية، والعوامل السلوكية، والعوامل البيئية. وأطلق على هذه المؤثرات نموذج الحتمية التبادلية، ويوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم (11) يبين نموذج الحتمية التبادلية كما اقترحه باندورا



نقلا عن: (حسن، 2005، ص 35)

وطبقا لهذا النموذج فإن الفرد يحتاج إلى عدد من العوامل المتفاعلة: شخصية، وسلوكية، وبيئية، وتطلق العوامل الشخصية على معتقدات الفرد حول قدراته واتجاهاته، أما العوامل السلوكية فتتضمن مجموعة الاستجابات الصادرة عن الفرد في موقف ما، وعوامل البيئة تشمل الأدوار التي يقوم بها من يتعاملون مع الفرد. ويشير باندورا إلى عدم وجود أفضلية لأي من العوامل الثلاثة المكونة لنموذج الحتمية التبادلية في إعطاء الناتج النهائي للسلوك، وأن كل عامل من هذه العوامل يحتوي على متغيرات معرفية، ومن بين هذه المتغيرات التي تحدث قبل قيام الفرد بالسلوك ما يسمى بالتوقعات أو الأحكام، سواء كانت هذه التوقعات أو الأحكام خاصة بإجراءات السلوك أو الناتج النهائي له، وهو ما سماه باندورا بكفاءة الذات، وتعني أحكام الفرد أو توقعاته على أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة في الأداء والمجهود المبذول ومواجهة المصاعب وانجاز السلوك (حسن، 2005، ص 34-35).

ويشير جابر (1990، ص 441) إلى أن باندورا قد توصل في نظريته عن كفاءة الذات بتحقيق

توازن دقيق بين مكونين أساسيين لبناء النظرية، وهما: التأمل الإبداعي، والملاحظة الدقيقة.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

فهو يختلف عن كل من فرويد ويونج وأدلر، الذين بنوا نظرياتهم على ملاحظاتهم وخبراتهم الإكلينيكية، كما أنه يختلف عن كل من دولارد وميلروسكينر، لأن نظرياتهم أقيمت على دراسات وتجارب على الحيوان، بينما نظرية باندورا عن كفاءة الذات فتقوم على بيانات مستمدة بعناية من دراسة الإنسان. وهو يختلف عن ماسلو والبورت وبعض أصحاب نظرية الذات من حيث أنه يندر أن تبتعد تأملاته عن بياناته، وقد تكون متقدمة عليها خطوة واحدة وبعناية.

ويذكر باجارس (Pajares) أن باندورا حدد عدة حالات يمكن من خلالها تعميم أحكام الكفاءة الذاتية عبر النشاطات المختلفة وهي:

1). عندما تتطلب المهمات المختلفة نفس المهارات الفرعية، فمن الممكن في هذه الحالة توقع أن أحكام الفرد حول قدرته على إظهار المهارات الأساسية، يعني أنه يستطيع أن يؤدي مهامها مختلفة.

2). إذا كانت المهارات المطلوبة لإتمام نشاطات مختلفة، مهارات متلازمة أي يتم اكتسابها معا، فإنه إذا اعتقد الفرد أنه يستطيع أداء أحد هذه الأنشطة فهو بالتالي يستطيع أداء باقي الأنشطة.

3). أيضا هناك ما يسمى تحول الخبرات، وهو نتيجة لتحقيق شيء صعب، فهذا الإنجاز القوي، يقوي اعتقادات الفرد في فاعليته الذاتية عبر مساحات متنوعة وغير مترابطة من النشاطات (المشيخي، 2009، ص 76).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### رابعاً. طبيعة وبنية الكفاءة الذاتية:

الكفاءة الذاتية هي مجموعة متميزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أو المتداخلة

لتنج مجموعة من الوظائف المتعلقة ب:

- الضبط الذاتي لعمليات التفكير.

- الدافعية.

- الحالات الانفعالية والفسولوجية.

وهي قابلة عامة أو معممة، تقوم على ما يعتقد الفرد أنه يملكه أو يمكنه عمله، لا ما يملكه أو يقوم به بالفعل، تحت مختلف الظروف أو السياقات. كما أنها ذات طبيعة متعددة الأبعاد:

فهي من حيث المجال تشمل: البعد العام، البعد الاجتماعي، البعد الأكاديمي.

ومن حيث الدرجة تختلف باختلاف: المستوى، درجة العمومية، القوة أو الشدة (الزيات، 2001، ص 508).

ويوضح باندورا أن طبيعة الكفاءة الذاتية تتضمن قدرة إنتاجية، تنظم فيها المهارات المعرفية والاجتماعية عبر مسار متكامل من السلوك الملموس للتعامل مع عدد كبير من الأهداف، وأن الاهتمام لا يكون حول المهارة التي يمتلكها الشخص بل على الحكم بما يستطيع الفرد فعله من خلال قدرته في التغلب على الصعوبات المتعلقة بأداء مهمة أو موقف محدد، ومن هنا تعتبر الكفاءة الذاتية محددة بطبيعتها، فيشير باندورا بأن الأحكام على الكفاءة الذاتية تؤثر على خيارات السلوك الذي يقوم به الفرد مثل اكتساب سلوك جديد، أو إعاقة سلوك موجود (المغربل، 2016، ص 21).

ويؤكد باندورا أن الكفاءة الذاتية تعمل على تعديل العمليات المعرفية، ومستوى الدافعية. وكذلك الحالات الانفعالية، والتي تساهم جميعها بقوة في أنواع الأداء (Bandura, 2007, p. 66)، وتعمل معتقدات الكفاءة الذاتية على تنظيم أداء الأفراد من خلال عمليات أساسية هي:

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### (1). العمليات المعرفية:

من خلال العمليات المعرفية يرى باحثو النظرية المعرفية الاجتماعية، أن الشعور بفعالية التنظيم الذاتي تؤثر في النشاط المعرفي الذي ينعكس بدوره على تفاعلات الفرد، حيث يرتقي بها أو يعمل بالعكس على إضعافها، وعليه فإن سلوك الفرد بصفته هادفا تنظمه آراء وأفكار أو تصورات معرفية تشتمل على أهداف واضحة تتضمن خطة مدروسة لتحقيقها، هذا فإن عملية وضع الأهداف الشخصية تتأثر بشكل مباشر بإدراكنا لقدرتنا، فكلما نما الشعور بكفاءة الذات كانت الأهداف السلوكية الصحية التي يضعها الناس لأنفسهم عالية ومتقدمة وراقية، وكذلك رغباتهم وقدراتهم في تحقيقها أيضا كبير جدا.

### (2). عوامل ذات صلة بالدافعية:

إن إدراك كفاءة الذات يؤثر في الجهد الذي يبذله الناس والمثابرة التي يظهرونها في وجه الصعوبات والتحديات التي تعترض طريق حياتهم، فكلما كان الشعور بالكفاءة الذاتية كبيرا، بذلت جهود كبيرة لتحقيق النجاح وإنجاز في الأداء، حيث نجد أن الأفراد الذين يتمتعون أو يتميزون بكفاءة ذاتية عالية هم أكثر مثابرة في أعمالهم وجهودهم وممارستهم لسلوك صحي من غيرهم في وجه الصعوبات أو التحديات، بينما الذين يعانون من ضعف أو انخفاض في القدرات والثقة بالذات هم عرضة للعجز ويستسلمون للتشاؤم واليأس.

### (3). العمليات الانفعالية:

إن الشعور بالكفاءة الذاتية يؤثر كذلك على استجابات الفرد الانفعالية، حيث يحدد مستوى التوتر أو الاكتئاب الذي قد ينجم جراء تعرض الإنسان لمواقف ضاغطة وصعبة، فإن الذين لديهم ثقة عالية في قدراتهم في مواجهة وتحدي تهديدات محتملة تجدهم أقل توترا وأكثر ثقة وتركيزا في أدائهم وانجازاتهم، الأمر الذي يزيد في قدرتهم وحركتهم على الجهد والمثابرة في الأنشطة الصحية، بينما الذين يعتقدون أنه لا قدرة ولا ثقة لهم على إدارة أي تهديدات قد يواجهونها، تراهم يعانون من حالات التوتر والقلق والانفعالات الشديدة التي بدورها قد تؤدي إلى سوء التوافق في الحياة.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### (4). عوامل ذات صلة بالاختيار:

من خلال عوامل الاختيار يستطيع الفرد أن يؤثر في مسار حياته، فالبيئة التي يختارها لنفسيته والبيئة التي يعمل على إحداثها من خلال ممارساته الناجحة أو إنجازاته الراقية، قد يكون للكفاءة الذاتية دور هام في اختيار النشاط الذي يريد الفرد أن يزاوله، كما أن للشعور بالكفاءة الذاتية دورا في اختيار البيئة التي يريد الفرد أن يتفاعل معها، وبالتالي فإن الأشخاص الذين لهم شعور ضعيف بالكفاءة الذاتية في شأن موقف معين في حياتهم قد يعملون بشدة وجد على تجنبه (عبد العزيز، 2010، ص ص 164-166).



## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### خامسا. أبعاد الكفاءة الذاتية:

تتكون الكفاءة الذاتية من ثلاثة أبعاد: قدر الكفاءة، القوة (أو المقاومة) والعمومية، بالإضافة إلى البعد الزمني (Fisher & Tarquinio, 2006, p. 40). وهذه الأبعاد التي حددها باندورا مرتبطة بالأداء، حيث يرى أن معتقدات الفرد عن كفاءته تختلف وتتغير تبعا لهذه الأبعاد (حسن، 2005، ص36). ويتحدد هذا البعد كما يرى باندورا من خلال صعوبة الموقف، ويطلق عليه أيضا مستوى صعوبة المهمة (المزروع، 2007، ص71).

#### 1). قدر الكفاءة: Magnitude

ويشير إلى مستوى صعوبة السلوك؛ وبالتالي يمكن أن تتوقف مشاعر الكفاءة الذاتية عند أبسط سلوك، أو تمتد إلى أكثرها تعقيدا وبالتالي يعكس قدر الكفاءة جانبا واحدا من شدة الشعور بالكفاءة الذاتية (Fische & Tarquinio, 2006, p.40)، ويقصد بقدر الكفاءة أيضا مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في المجالات والمواقف المختلفة، ويختلف هذا المستوى تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف، ويبدو قدر الكفاءة بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقا لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الكفاءة، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة، ومتوسط الصعوبة، ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها. ومع ارتفاع مستوى كفاءة الذات لدى بعض الأفراد فإنهم لا يقبلون على مواقف التحدي، وقد يرجع السبب في ذلك إلى تدني مستوى الخبرة، والمعلومات السابقة (حسن، 2005، ص37).

ويرى الزيات (2001) أن مستوى الكفاءة الذاتية يتباين بتباين: مستوى الإبداع أو المهارة، ومدى تحمل الإجهاد، ومستوى الدقة، والإنتاجية، ومدى تحمل التهديدات أو الضغوط، والضبط الذاتي المطلوب، ومن المهم هنا أن تعكس اعتقادات أو إدراكات الفرد تقديره لذاته بأن لديه مستوى من الكفاءة الذاتية يمكنه من أداء ما يوكل إليه أو يكلف به دائما وليس أحيانا (الزيات، 2001، ص509).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### (2). العمومية: Generality

إن عمومية الشعور بالكفاءة الذاتية تعني قدرتها على التوسع إلى جميع جوانب السلوك (Fisher & Tarquinio, 2006, p. 40)، ويشير هذا البعد حسب باندورا (1977) إلى انتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة (حسن، 2005، ص 37).

وتتباين درجة العمومية بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: درجة تماثل الأنشطة، وسائط التعبير عن الإمكانية (سلوكية، معرفية، انفعالية، والخصائص الكيفية للمواقف ومنها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك (الزيات، 2001، ص 510).

وتشير المزروع (2007) إلى أن درجة العمومية تختلف وتتباين من فرد إلى آخر. وفي ذلك يقول سفارتزر (1999): "إن الفرد قد تكون ذاته فعالة في مجال ما وقد لا تكون في مجال آخر؛ بمعنى أن الفرد قد تكون لديه ثقة عامة في نفسه، إلا أن درجة الثقة قد ترتفع في موقف وتنخفض في موقف آخر" (المزروع، 2007، ص 72).

### (3). القوة أو الشدة: Strength

وهي القدرة على الحفاظ على الشعور بالكفاءة الذاتية بالرغم من الإخفاقات أو الصعوبات التي يواجهها الفرد (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 40). يشير باندورا (1977) إلى أن المعتقدات الضعيفة عن الكفاءة الذاتية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه ويتابعه، ولكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بكفاءة الذات في أنفسهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف، وتتحدد قوة كفاءة الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة ومدى ملاءمتها للموقف (المشيخي، 2009، ص 78).

ويشير هذا البعد أيضا إلى قوة أو شدة أو عمق الشعور بالكفاءة الذاتية، بمعنى قدرة أو شدة أو عمق اعتقاد أو إدراك الفرد أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة الموكلة إليه، ويتدرج بعد القوة بين قوي جدا إلى ضعيف جدا (الزيات، 2001، ص 510).

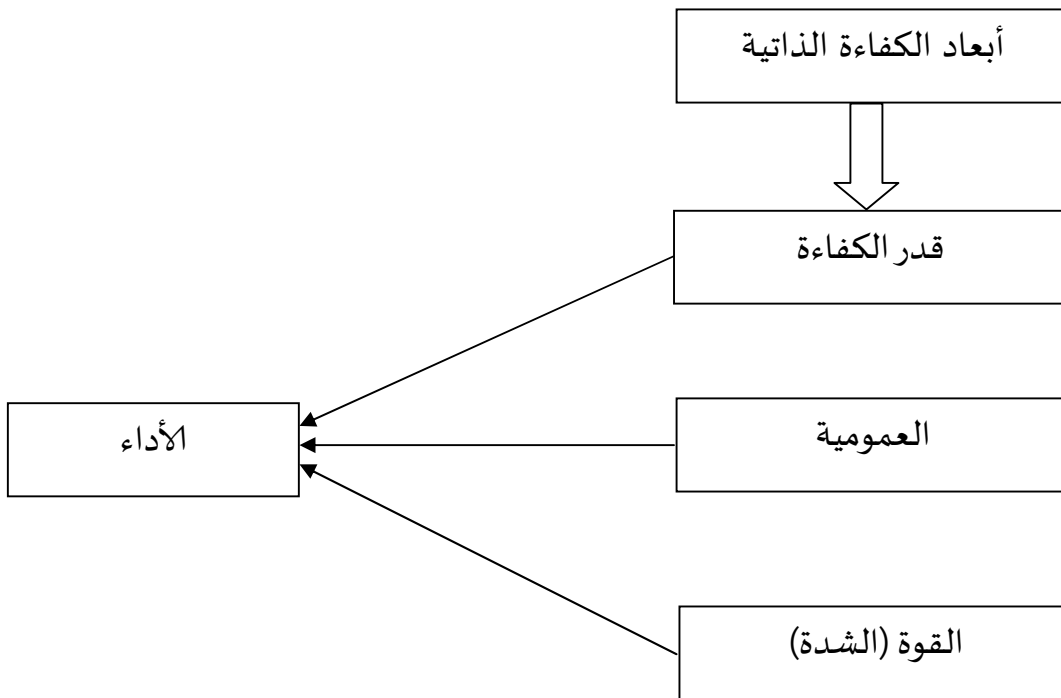
## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

أخيرا، يختلف الشعور بالكفاءة الذاتية وفقا لما إذا كان وظيفيا لفترة طويلة أو أقل كثيرا، مما يعطي للبعد الزمني أهمية كبيرة (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 40).

كما يذكر باندورا (1977) أنه في حالة التنظيم الذاتي للكفاءة الذاتية فإن الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم خلال فترات زمنية محددة (المشيخي، 2009، ص 78).

بالنسبة إلى باندورا، تنطوي دراسة الشعور بالكفاءة الذاتية بالضرورة على تحليل مفصل لجميع هذه الأبعاد (Fischer & Tarquinio, 2006, p. 40).

الشكل رقم (12) يبين أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا



نقلا عن: (حسن، 2005، ص 36)

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### سادسا. خصائص وأثار الكفاءة الذاتية:

#### (1). خصائص الكفاءة الذاتية:

- تتميز الكفاءة الذاتية بعدة خصائص، ذكرها كل من (رمضان، 2004) و (Cynthia & Babko, 1994)، وأوردتها المغربل (2016، ص ص 19-20) كمايلي:
- 1- أن الكفاءة الذاتية ذات جانب دافعي يربطها إلى حد ما بالنتائج النهائي للسلوك، وقد يكون ذلك وراء مثابرة الفرد في مواجهة العقبات.
  - 2- إنها إحدى القدرات الإدراكية التي يقوم بتنظيمها، وإتمام التفاعلات الضرورية لإتمام المهارة اللازمة للقيام بعمل معين.
  - 3- أنها مجموعة من المعتقدات أو الأحكام عن إمكانيات وقدرات الأداء لدى الفرد وثقته في القدرة على أداء عمل ما.
  - 4- فيما يتصل بمحتوى تلك الأحكام نجد أن مقاييس الكفاءة الذاتية تركز على إمكانيات وقدرات الأداء وليس على الصفات الشخصية للفرد.
  - 5- أن الكفاءة تؤثر في أنماط التفكير وفي اعتقادات الأفراد بحيث يمكن أن تكون معينات ذاتية، أو معوقات ذاتية.
  - 6- معتقدات الكفاءة الذاتية ليس استعدادا مفردا موحدًا ولكنها متعددة الأبعاد في صورتها وتختلف باختلاف مجالات الأداء.
  - 7- اعتقاد الفرد في قدراته هو العامل الأساسي في تحقيق الهدف، فالنجاح لا يتطلب امتلاك المهارات اللازمة لتحقيق الأهداف فحسب، فقد يمتلك الأفراد نفس القدرات ورغم ذلك يتصرفون بطريقة مختلفة، وذلك الفرق في اعتقادهم كفاءتهم الذاتية والتي ربما تزيد أو تنقص من مستوى دافعيتهم أو جهودهم في حل المشكلة.
  - 8- معتقدات الكفاءة الذاتية تحدد اختيار الفرد للسلوك والمهام، فالفرد يميل إلى تجنب القيام بمهمة عندما تكون كفاءته الذاتية منخفضة والعكس.
  - 9- تحدد أحكام الكفاءة الذاتية أنماط التفكير وردود الأفعال الانفعالية، فالأفراد منخفضي الكفاءة الذاتية يعطون المهمة أكبر من حجمها، وهذا يؤدي بهم إلى الضغوط والنظرة الضيقة

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

للأشياء، أما الأفراد مرتفعي الكفاءة الذاتية يركزون جهودهم وانتباههم على الإستراتيجيات الحقيقية للأداء.

10- التأكيد على أن اعتقادات الفرد بما يملكه من قدرات وإمكانات، يمثل كفاءته الذاتية، ومن هنا لا بد من استخدام استراتيجيات تزيد من معدل الأداء وترفع من مستوى الكفاءة الذاتية.

11- أحكام وتقديرات الكفاءة الذاتية لها خاصية التنبؤ بالأداء في المستقبل لذا يتم تقييمها قبل أن يؤدي الأفراد الأنشطة ذات الصلة بالموضوع.

12- هي ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي، بل هي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الشخص فقط ولكن أيضا بالحكم على ما يستطيع إنجازه، وإنها نتاج للقدرة الشخصية.

13- إن الكفاءة الذاتية تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة.

14- إن الكفاءة الذاتية ترتبط بالتوقع والتنبؤ ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكاناته الحقيقية، فمن الممكن أن يكون الفرد لديه توقع بكفاءة ذاتية مرتفعة وتكون إمكاناته قليلة.

15- تتحدد الكفاءة الذاتية بالعديد من العوامل مثل صعوبة المواقف، وكمية الجهد المبذول، ومدى مثابرة الفرد.

ويشير صديق (1986) (في المشيخي، 2009، ص ص 87-88) إلى عدة مظاهر لكفاءة الذات

يتصف بها الشخص الفعال ومنها:

### 1. الثقة بالنفس وبالقدرات:

لعل من أهم صفات الشخص الواثق من نفسه قدرته على تحديد أهدافه بنفسه، والواثق من نفسه يقوم بأصعب الأعمال بيسر بالغ، والفرد الفعال لديه القدرة على أن يثق فيما يسعى إليه، ومن ثم يصبر ويثابر على تحقيقه، والثقة بالنفس هي طاقة دافعة تعين صاحبها على مواجهة شتى المواقف الجديدة.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### 2. المثابرة:

المثابرة سمة فعالة روحها السعي، وهي تعين الفرد على إخراج طموحاته من داخله إلى حيز الوجود، والمثابرة تعني الاستمرارية وانتقال الفرد من نجاح إلى نجاح، والشخصية الفعالة نشطة حيوية، لا تفرط همتها مهما صادفها من عقبات ومواقف محبطة.

### 3. القدرة على إنشاء علاقات سليمة مع الآخرين:

تعتمد كفاءة الفرد على تكوين علاقات قوية وسليمة مع الآخرين، فالشخص الفعال تكون لديه القدرة على إنشاء علاقات سليمة مع الآخرين بما له من سمات المرونة والشعور بالانتماء، والذكاء الاجتماعي هو السلاح الفعال لدى الفرد في هذا المجال، فكلما كانت علاقات الفرد قوية مع الآخرين كلما كان توافقه أفضل وخاصة توافقه الاجتماعي، وعدم وجود علاقات سليمة مع الآخرين من شأنه أن يصيب الفرد بالشعور بالعزلة الاجتماعية.

### 4. القدرة على تقبل وتحمل المسؤولية:

تحمل المسؤولية أمر له قيمته، فلا يقدر على حملها إلا شخص يكون مهياً انفعالياً لتقبل المسؤولية، ويبدع عند أداء واجبه مستخدماً كل طاقاته وقدراته، ويقدر على التأثير في الآخرين، ويتخذ قراراته بحكمة، ويثق الآخرون فيه وفي قدرته على تحمل المسؤولية، وفي كونه شخص يمكن الاعتماد عليه مستقبلاً، ويختار الأهداف المناسبة القادر على تحمل مسؤوليتها وتنفيذها، ويتصف بالواقعية فيما يتعلق بقدراته أو ظروف بيئته، ويحكم سلوكه الالتزام الخلقى، والشخص السوي هو الذي يعتبر نفسه مسؤولاً عن أفعاله وتصرفاته، ولديه القدرة على تحمل المسؤولية التي تساعد وتمكنه من الخروج عن حدود خبرته إلى الاستفادة من خبرة الآخرين بما يحقق التواصل بينه وبين أفراد مجتمعه.

### 5. البراعة في التعامل مع المواقف التقليدية:

وهي من مظاهر كفاءة الذات المرتفعة، فالفرد ذو الكفاءة المرتفعة يستجيب للمواقف الجديدة بطريقة مناسبة، ويعدل من نفسه وأهدافه وفق ظروف البيئة، مرناً وإيجابياً وقادر على مواجهة المشكلات غير المألوفة، فيدرك ببصيرته الأسلوب الأمثل لحل المشكلات، ويتقبل الأساليب والأفكار الجديدة في أداء الأعمال.

ويضيف باندورا (1997) (في المشيخي، 2009، ص ص 88-89) أن هناك خصائص عامة يتميز بها ذوي كفاءة الذات المرتفعة والذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم وهي:

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

- يتميزون بمستوى عال من الثقة بالنفس.
- لديهم قدر عال من تحمل المسؤولية.
- لديهم مهارات اجتماعية وقدرة فائقة على التواصل مع الآخرين.
- يتمتعون بمثابرة عالية في مواجهة العقبات التي تقابلهم.
- لديهم طاقة عالية.
- لديهم مستوى طموح مرتفع، فهم يضعون أهداف صعبة ويلتزمون بالوصول إليها.
- يعززون الفشل للجهد غير الكافي.
- يتصفون بالتفاؤل.
- لديهم القدرة على التخطيط للمستقبل.
- لديهم القدرة على تحمل الضغوط.
- بينما سمات ذوي كفاءة الذات المنخفضة، والذين يشكون في قدراتهم:
  - يخلون من المهام الصعبة.
  - يستسلمون بسرعة.
  - لديهم طموحات منخفضة.
  - ينشغلون بنقائصهم، ويهولون المهام المطلوبة.
  - يركزون على النتائج الفاشلة.
  - ليس من السهل أن ينهضون من النكسات.
  - يقعون بسهولة ضحايا للإجهاد والاكتئاب.

### (2). آثار الكفاءة الذاتية:

أشار باندورا (1993) (في قريشي، 2015، ص ص 198-201) إلى أن كفاءة الذات يظهر تأثيرها من خلال أربع عمليات أساسية وهي:

#### 1- العمليات المعرفية:

تأخذ آثار كفاءة الذات على العملية المعرفية أشكالاً مختلفة؛ فهي تؤثر على كل من مراتب الهدف للفرد، وفي التأمّلات التوقعية التي يبنها، فالأفراد مرتفعو الكفاءة يتصورون سيناريوهات

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

النجاح التي تزيد من أدائهم وتدعمه، بينما يتصور الأفراد منخفضو الكفاءة دائما سيناريوهات الفشل ويفكرون فيها، ونجد أيضا أن معتقدات كفاءة الذات تؤثر على مفهوم القدرة، وعلى مدى اعتقاد الفرد بقدرته على السيطرة على البيئة، وهذا التأثير يتمثل في كيفية تأويل الأفراد لقدراتهم، فالبعض يرى أن القدرة مكتسبة يمكن العمل على تطويرها، والاستفادة من أداء المهام الصعبة، بينما يرى الآخرون القدرة على أساس أنها موروثية، ومن الخطأ الارتقاء بالقدرات الذاتية، وبالتالي فإن الأداء الفاشل يحمل تهديدا لهم ولذكائهم، فنجدهم يفضلون المهام التي تجنّبهم الأخطاء، وتبرز كفاءاتهم على حساب خوض تجارب قد توسع من معارفهم ومؤهلاتهم.

أما فيما يتعلق بمدى اعتقاد الأفراد بقدراتهم على ممارسة السيطرة على البيئة، فهناك مظهران لهذه السيطرة: هما: درجة وقوة كفاءة الذات لإحداث التغيير عن طريق الجهد المستمر والاستخدام الإبداعي للقدرات والمصادر، فالأفراد الذين تسيطر عليهم الشكوك الذاتية يتوقعون فشل جهودهم لتعديل المواقف التي يمرون بها، ويقومون بتغيير طفيف في بيئتهم وإن كانت مليئة بالفرص المحتملة، في حين أن من يملكون اعتقادا راسخا في كفاءتهم عن طريق الإبداع والمثابرة، يتوصلون إلى طريقة لممارسة السيطرة على بيئتهم، وإن كانت البيئة مليئة بالفرص المحدودة والعديد من المعيقات، ويضعون لأنفسهم أهدافا مليئة بالتحدي، ويستخدمون التفكير التحليلي. ومبدئيا يعتمد الأفراد على أدائهم في الماضي للحكم على كفاءتهم، ولتحديد مستوى طموحهم، ولكن عن طريق المزيد من التجارب يبادرون بوضع خطة ذاتية لكفاءتهم الذاتية؛ وهذا في حد ذاته يعزز الأداء بشكل جيد عن طريق معتقداتهم في كفاءتهم الذاتية.

ويرى ماديكس (Madux, 1995) أن معتقدات كفاءة الذات تؤثر على العملية المعرفية من

خلال التأثير على:

أ. الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم، فالذين يمتلكون كفاءة الذات مرتفعة يضعون أهدافا طموحة، ويسعون لتحقيق العديد من الإنجازات، بعكس الذين لديهم ضعف في معتقداتهم فيما يتعلق بقدراتهم.

ب. الخطط والإستراتيجيات التي يضعها الأفراد من أجل تحقيق الأهداف.

ج. التنبؤ بالسلوك المناسب، والتأثير على الأحداث.

د. القدرة على حل المشكلات، فالأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة أكثر كفاءة في حل المشكلات واتخاذ القرارات.



## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

ويؤكد بيرى وآخرون (Berry et al., 1989) أنه كلما زاد مستوى تعقيد الأداء أدى ذلك إلى ارتفاع أداء الذاكرة، وبالتالي تساهم معتقدات كفاءة الذات في تحسين أداء الذاكرة عن طريق الأداء، والفرد بشكل عام يقيم قدراته عن طريق مقارنة أدائه بأداء الآخرين عن طريق التغذية الراجعة.

### 2- العملية الدافعية:

أشار باندورا وسيرفون (Bandura & Cervane, 1986) إلى أن اعتقادات الأفراد لكفاءة الذات تساهم في تحديد مستوياتهم الدافعية، وهناك ثلاثة أنواع من النظريات المفسرة للدوافع العقلية، تقوم كفاءة الذات بدور مهم في التأثير على هذه الدوافع في كل منها.

1. **نظرية العزو السببي:** تقوم على مبدأ أن الأفراد مرتفعي الكفاءة يعززون فشلهم إلى الجهد غير الكافي أو إلى الظروف الموقفية غير الملائمة، بينما الأفراد منخفضو الكفاءة يعززون بسبب فشلهم إلى انخفاض في قدراتهم، فالعزو السببي يؤثر على كل من الدافعية، والأداء، وردود الأفعال الفعالة، عن طريق الاعتقاد في كفاءة الذات.

2. **نظرية الأهداف المدركة:** تشير الدلائل إلى أن الأهداف الواضحة والمتضمنة تحديات تعزز العملية الدافعية، وتتأثر الأهداف بالتأثير الشخصي أكثر من تأثرها بتنظيم الدوافع والأفعال، والدوافع القائمة على الأهداف تتأثر بثلاثة أنواع من التأثير الشخصي وهي: الرضا أو عدم الرضا الذاتي عن الأداء، وكفاءة الذات المدركة للهدف، وإعادة تعديل الأهداف بناء على التقدم الشخصي، فكفاءة الذات تحدد الأهداف التي يضعها الفرد لنفسه، وكمية الجهد المبذول في مواجهتها أو حلها، ودرجة إصراره ومثابرتة عند مواجهة تلك المشكلات؛ فالفرد مرتفع الكفاءة يبذل جهدا عظيما عند فشله لمواجهة التحديات.

3. **نظرية توقع النتائج:** نظرية توقع النتائج تعمل على تنظيم الدوافع عن طريق توقع سلوك محدد سوف يعطي نتيجة معينة، وكما هو معروف فإِنَّه الكثير من الخيارات التي توصل إلى هذه النتيجة المرغوبة، ولكن الشخص منخفض الكفاءة لا يستطيع التوصل إليها، ولا يناضل من أجل تحقيق هدف ما لأنه يحكم على نفسه بانعدام الكفاءة.

### 3- العملية الوجدانية:

إن اعتقادات كفاءة الذات تؤثر في كمية الضغوط والإحباطات التي يتعرض لها الفرد في المواقف المهددة، كما تؤثر على مستوى الدافعية؛ حيث إن الفرد ذا الشعور المنخفض بكفاءة

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

الذات أكثر عرضة للقلق، لأنه يعتقد أن المهام تفوق قدراته، وسوف يؤدي ذلك بدوره إلى زيادة مستوى القلق، لاعتقاده بأنه ليس لديه المقدرة على إنجاز تلك المهمة. كما أنه أكثر عرضة للاكتئاب؛ بسبب طموحاته غير المنجزة، وإحساسه المنخفض بكفاءته الاجتماعية، وعدم قدرته على إنجاز الأمور التي تحقق الرضا الذاتي، في حين يتيح إدراك كفاءة الذات المرتفعة تنظيم الشعور بالقلق والسلوك الإنسحابي من المهام الصعبة، عن طريق التنبؤ بالسلوك المناسب في موقف ما.

### 4- عملية اختيار السلوك:

تؤثر كفاءة الذات على عملية انتقاء السلوك، ومن هنا فإن 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 كفاءة الذات واختيار السلوك على النحو التالي: الأفراد الذين لديهم شعور بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ينسحبون من المهام الصعبة التي يشعرون أنها تشكل تهديدا شخصيا لهم؛ حيث يتراخون في بذل الجهد ويستسلمون سريعا عند مواجهة المصائب، وفي المقابل فإن الشعور المرتفع بكفاءة الذات يعزز الإنجاز الشخصي بطرق مختلفة؛ فالأفراد ذوو الثقة العالية في قدراتهم يرون الصعوبات كتحدى يجب التغلب عليه، وليس كتهديد يجب تجنبه، كما أنهم يرفعون ويعززون من جهدهم في مواجهة المصائب، بالإضافة إلى أنهم يتخلصون سريعا من آثار الفشل.

ويضيف باندورا (في الزيات، 2001، ص ص 504-506) أيضا أن الاعتقادات أو الإدراكات عن الكفاءة الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي هي:

أ- اختيار السلوك:

تؤثر الإدراكات المتعلقة بالكفاءة الذاتية للفرد على اختياره لسلوكه، ويبدو ذلك من خلال أن الناس يميلون إلى الاشتغال بالمهام التي يشعرون فيها بقدر عال من إمكانية المنافسة، والثقة والإنجاز، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يشعرون فيها بذلك.

فالأفراد الذين لديهم ادراكات بقوة الكفاءة الذاتية لديهم، مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم، يتصرفون ويمارسون في ضوء شعورهم بمستوى كفاءة الذات لديهم، والأفراد الذين لديهم ادراكات بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لديهم، مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة، ربما

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس، والتردد في قبول المهام، والقيام بالمهام التي يملكون بالفعل. فالكفاءة الذاتية حسب باندورا تشكل المحدد الأساسي للسلوك وهي ذات قيمة تنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من المعرفة والمهارة التي يملكها الفرد.

### ب- كم ومعدل الجهد:

تحدد الاعتقادات عن الكفاءة الذاتية كم ومعدل الجهد الذي يبذله الناس، ومدى حرصهم على مواصلته أو مثابرتهم في أداء النشاط المستهدف، فالأشخاص الذين لديهم ادراكات عالية بقوة الكفاءة الذاتية يبذلون جهودا ويحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط والمثابرة.

### ج- أنماط التفكير وردد الأفعال:

تحدد اعتقادات الفرد لكفاءة الذات لديه، أنماط من التفكير وردد الأفعال الانفعالية. فقد وجد كولينس (Collins, 1986)، أن الشعور بقوة الكفاءة الذاتية يشكل التفكير السببي العلاقي بين الفعل ونتيجته، فيميل ذوو الشعور بقوة الكفاءة الذاتية إلى اعزاء أو تفسير الفشل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته، وهذا التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح، بينما يعزو ذوو الشعور بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة.

### د- الفرد منتج للسلوك:

يبدو تأثير اعتقادات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متبنا به، ومؤدي هذا الافتراض هو:

- أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء.

- أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل.

وعلى ذلك فإن ادراكاتنا عن الكفاءة الذاتية تساعدنا على تحديد كيف نفكر، وكيف نشعر، وكيف نسلك أو نتصرف.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### سابعاً. الكفاءة الذاتية والصحة الجسمية:

إن الأشخاص ذوو الكفاءة الذاتية المرتفعة يختارون أداء مهام أكثر تحدياً، فهم يستثمرون في الجهد، ويضعون لأنفسهم أهدافاً أعلى ويتمسكون بها، ويحافظون على الالتزام بها، فهم يتعافون بسرعة من النكسات. لقد تم دراسة الكفاءة الذاتية في مجالات عديدة مثل: التحصيل الدراسي، الاضطرابات الانفعالية، والصحة العقلية والجسمية... الخ، ووجد أن الشعور القوي بالكفاءة الذاتية يرتبط بصحة أفضل، وانجاز أعلى، ومزيد من التكامل الاجتماعي، فهي تتيح لهم تحديد المهام الصعبة، واستكشاف بيئاتهم، أو إنشاء بيئات جديدة (Schwarzez, Mueller & Greenglass, 1999, p. 147)، تعد كفاءة الذات عاملاً شخصياً مهماً تنسب إليه مسألة الحفاظ على الصحة، حيث أنها تدفع الفرد لاختيار سلوك صحي معين وللالتزام بهذا السلوك (الدق، 2011، ص 148).

وبمعنى أدق، فإن كفاءة الذات تزيد من أرجحية ظهور السلوك الصحي لدى الناس، ويتم ذلك بطريقتين:

أ. إنها تؤثر في مثابرة الناس والجهد الذي يبذلونه لإنجاز مهمة معينة. فذوو الكفاءة المنخفضة يتخلون بسهولة عن أداء مهماتهم، بينما ذوو الكفاءة المرتفعة يضعون أهدافاً أعلى، ويعملون بجد، ويصرون بقوة على مواجهة الفشل، مما يزيد من احتمالية نجاحهم.

ب. إن كفاءة الذات تؤثر في الطريقة التي تستجيب بها أجسامنا أثناء انهماكنا في إنجاز أهدافنا، فمثلاً: إن ذوي الكفاءة العالية يعانون من قلق أقل أثناء أدائهم للمهام الصعبة، كما تزداد فاعلية جهاز المناعة لديهم (الزبيدي، 2009، ص 99).

حسب باندورا (1977) (في عبد العزيز، 2010، ص 160) فإن الصحة الجسمية لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية كفاءة الذات والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الإيجابية؛ أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيراً أساسياً في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد. وأن أداء السلوك الصحي وممارسته الفعلية يتم وفقاً لشرطين أساسيين هما:

أ. توقعات الكفاءة: خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك، مثلاً هل أعتقد بأنني قادر على أداء السلوك المناسب؟

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

ب. توقعات النتيجة: خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه ويعني الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج الإيجابية، مثلا هل التزامي بحمية غذائية صحية سيحميني من خطر الإصابة بأزمة قلبية؟

ويرى باندورا (1986) أن الكفاءة الذاتية هي الآلية المعرفية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل كفاءة الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة:

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات والاحباطات المتكررة.
- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.

- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع (يخلف، 2001، ص 35).

ويعتقد باندورا (1988) (في الزروق، 2015، ص 30) أن للشعور بكفاءة الذات تأثيرا إيجابيا على الصحة، وذلك لأن كفاءة الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي وتنظيمه، فهي توفر للفرد شعورا عاليا بالقدرة على الارتقاء بالصحة وترفع من مستوى دافعيته إلى المثابرة على النشاط السلوكي الذي يضمن الحفاظ على الصحة. ويظهر ذلك من خلال أمثلة كثيرة من بينها المحافظة على الوزن المناسب، فإذا كان الفرد ممن يتمتعون بكفاءة ذاتية عالية، فإنه سيثق بقدرته على مقاومة أي إغراء أمام أي نوع من الغذاء غير الصحي، وسيدفعه ذلك إلى المواظبة المستمرة على العادات الغذائية الصحية.

كما أن النجاح في تنفيذ السلوك الوقائي الذي يرتقي بالصحة، يرفع هو بدوره من مستوى الشعور بالكفاءة الذاتية، ويحقق الفرد حالة من التوافق والراحة الانفعالية، ويمنحه الاعتقاد مجددا بقدرته على الضبط والتحكم. ولعل ذلك يظهر من نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على متغير كفاءة الذات في الإقلاع عن بعض السلوكيات غير الصحية، كالتدخين، خفض الوزن، وإدارة المرض (الزروق، 2015، ص 30).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

وتوجد عدة دراسات في التراث السيكلوجي والطبي تناولت العلاقة بين كفاءة الذات وتغيير السلوك لدى المشاركين في برنامج علاجي عن الإقلاع عن عادة التدخين، وأكدت كلها دور كفاءة الذات في إحداث تغيير في سلوك التدخين وتحمل دلالة إكلينيكية واضحة وأكيدة، وقد توصلت هذه الدراسات إلى مايلي:

- كفاءة الذات لم تتنبأ بنتائج العلاج في شأن الإقلاع عن التدخين.
- تنبأت توقعات كفاءة الذات ما بعد العلاج بالحفاظ على التوقف عن التدخين على مدى متوسط (3-6 أشهر).
- تنبأت توقعات كفاءة الذات لدى الذين أقبلوا عن التدخين تلقائيا ومن جراء أنفسهم بالإمتناع عن التدخين مدى طويل (12-18 شهرا) (يخلف، 2001، ص 110).
- أجرى بوث وآخرون (Booth et al., 2000) دراسة حول كفاءة الذات وممارسة النشاط الرياضي على عينة تكونت من 499 شخصا مسنا، أظهرت النتائج أن مرتفعي الكفاءة الذاتية كانوا أكثر نشاطا وحيوية (عبد العزيز، 2010، ص 171).
- وقام كلارك ودوج (Clark & Dodge, 1999) بدراسة طولية حول دور كفاءة الذات في إدارة المرض، على عينة من 570 امرأة مسنة، مصابات بمرض القلب، حيث أسفرت نتائجها على أن كفاءة الذات تنبأت بعد سنة من انطلاق الدراسة بمدى تنفيذ المريضات لأنماط سلوكية صحية إيجابية تساهم في إدارة حياتهن المرضية، ومن تلك لأنماط سلوكية، نجد التزام المريضات بالوصفة الطبية في ما يخص تناول العقاقير وممارسة النشاط البدني بصفة منتظمة وإدارة الضغوط وإتباع الحمية الغذائية التي ينصح بها الطبيب (يخلف، 2001، ص 115).
- ودرس ساركار وآخرون (Sarkar et al., 2007) العلاقة بين كفاءة الذات والحالة الصحية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، على عينة تكونت من 1024 فردا، فتوصلت النتائج إلى أن انخفاض كفاءة الذات يتناسب مع سوء الحالة الصحية، وإلى وجود علاقة بين سوء الحالة الصحية، وكل من الاكتئاب وضعف القدرة على ممارسة الرياضة البدنية (قريشي، 2015، ص 27).

وأجرى أوناييل وآخرون (Oneil et al., 2013) دراسة عن النتائج السلبية لتوقعات كفاءة الذات القلبية لدى مرضى قصور الشريان التاجي، على عينة تكونت من 193 مريضا بمتوسط عمري قدره 64،14 سنة، منهم 156 ذكرا و37 أنثى، فتبين وجود علاقة بين كفاءة الذات القلبية

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

والوضع الوظيفي للقلب، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين كفاءة الذات وحالة القلب الوظيفية، وأن كفاءة الذات القلبية لها دور فعال في الصحة البدنية. والصحة النفسية (قريشي، 2015، ص 29).

ودرست شيماء المحمود (2006) في الكويت، طبيعة العلاقات بين كل من كفاءة الذات، وتقدير الذات، والاكتئاب من ناحية، وبعض أنماط السلوك الصحي (ممارسة التمرينات الرياضية، والتدخين، وإساءة استخدام الأدوية النفسية، وسلوك النوم، وسلوك قيادة السيارات) من ناحية أخرى، بالإضافة إلى التعرف على مدى قدرة هذه المتغيرات على التنبؤ بممارسة كل نمط من أنماط السلوك الصحي، وذلك على عينة مكونة من 565 من طلاب الجامعة، من الجنسين، منهم 266 من الذكور و 299 من الإناث، وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن علاقة ارتباطية موجبة بين كفاءة الذات ومظاهر السلوك الصحي الإيجابي ما عدا تجنب التدخين (الدق، 2011، ص 206).

وهدف دراسة هالة السعيد (2006) إلى بحث أنماط السلوك الصحي في علاقتها بكل من كفاءة الذات، ومركز الضبط الصحي، ومتغير مكان الإقامة (ريف- حضر)، وذلك لدى عينة تكونت من 1000 من طلاب الجامعة من الجنسين كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود ارتباط موجب بين بعض أنماط السلوك الصحي (ممارسة التمرينات الرياضية، وكفاية النوم ومدته، والممارسات الغذائية، والوقاية الصحية نفسياً وبدنياً، والنصائح والمساعدات الرياضية، وتناول الأدوية النفسية)، وكل من كفاءة الذات ومركز الضبط الصحي، وفي حين ارتبط سلوك التدخين ارتباطاً سالباً بكل من كفاءة الذات ومركز الضبط الصحي (الدق، 2011، ص 207).

من خلال ما تم تقديمه من دراسات، تظهر لنا أهمية الكفاءة الذاتية في الحفاظ على الصحة الجسمية، سواء لدى المرضى أم الأصحاء، من خلال ضبط السلوك الصحي لدى الأفراد، ويظهر ذلك في القيام ببعض أنماط السلوك الصحي الإيجابي مثل ممارسة النشاط البدني، والتمرينات الرياضية، النوم الكافي، والممارسات الغذائية الصحية، وكذلك في الإقلاع عن بعض السلوك غير الصحي كالتدخين وبعض أنواع الغذاء غير الصحي.

على العموم فالكفاءة الذاتية لها تأثير إيجابي على صحة الفرد من خلال النشاطات التي تنمي الصحة أو استدامة عافية الأبدان.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### ثامنا. الفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية:

يؤكد دانيال وبيك (Daniel & Peak, 1986) (في النشاوي، 2006، ص ص 479-480) على أن الفروق بين الأفراد في الكفاءة الذاتية تقوم على الخصائص الشخصية والاجتماعية لدى الفرد. وتتضح الكفاءة الذاتية من خلال قدرة الفرد على أداء الأعمال المختلفة بإتقان والقدرة على التعامل مع الآخرين في الحياة، ولذلك نجد أن ارتفاع مستوى كفاءة الذات يؤدي إلى الشعور بتقدير الذات والثقة بالنفس والسيطرة والاتزان الانفعالي والانبساط والمشاركة الاجتماعية، ومن ثمة فإن ارتفاع مستوى كفاءة الذات لدى الفرد ترجع في جزء منها إلى معلومات الفرد وخبراته السابقة وفي جزء آخر إلى عملية التعلم.

ولمعرفة الفروق بين الجنسين وكذلك الأعمار في الكفاءة الذاتية، سيستعرض الباحث بعض الدراسات التي تطرقت لذلك.

### (1). الفروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية:

درس حمادنة وشرادقة (2014، ص 199) الفروق بين مستوى فاعلية الذات لدى عينة أردنية من الطلبة المعوقين سمعياً في جامعة اليرموك تكونت من 57 طالبا وطالبة، منهم 28 من الذكور و 29 من الإناث طبقا عليهم مقياس فاعلية الذات من إعداد الباحثين، فتبين عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في فاعلية الذات.

ودرس عربيات وحمادنة (2014، ص 90) فاعلية الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية في منطقة بني كنانة في ضوء متغيري النوع الاجتماعي والتحصيل، تكونت عينة الدراسة من 280 طالبا وطالبة، منهم 152 من الذكور و 128 من الإناث، وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في فاعلية الذات.

وأجرى الزق (2009، ص 38) دراسة حول الكفاءة الذاتية الأكاديمية المدركة لدى طلبة الجامعة الأردنية في ضوء متغير الجنس والكلية والمستوى الدراسي، على عينة تكونت من 400 طالب وطالبة. منهم 160 من الذكور، و 240 من الإناث، فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية.

وفي السعودية درس الهيدل (2014، ص 140) الفاعلية الذاتية وعلاقتها بعوامل الشخصية لدى المرشدين الطلابيين الملتحقين بدبلوم التوجيه والإرشاد ببعض الجامعات السعودية، لدى



## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

عينة تكونت من 209 فردا من الجنسين. طبق عليهم مقياس فاعلية الذات واستخبار أيزنك للشخصية، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المرشدين والمرشدات في فاعلية الذات. ودرس النصاصرة (2009) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بقلق الامتحان في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية لدى طلبة المرحلة الثانوية، وكذلك التعرف على الاختلاف في كل من الكفاءة الذاتية وقلق الامتحان تبعا لمتغيرات الجنس، والمستوى الدراسي، تكونت العينة من 678 طالب وطالبة. استخدم الباحث مقياس الكفاءة الذاتية المدركة ومقياس قلق الامتحان. فأشارت النتائج إلى أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية (علوان، د ت، ص 230).

وفي الأردن درس بقيعي وهماش (2015، ص 596) الفاعلية الذاتية وعلاقتها بما وراء الاستيعاب لدى عينة من طلبة اللغة الإنجليزية في الجامعات الأردنية، تكونت من 151 طالب وطالبة، استخدم الباحثان مقياس الفاعلية الذاتية ومقياس ما وراء الاستيعاب، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الفاعلية الذاتية.

ودرس كرماش (2016) الكفاءة الذاتية الأكاديمية لدى طلبة التربية الأساسية في جامعة بابل، تكونت عينة الدراسة من 200 طالبا وطالبة، منهم 93 ذكرا و 107 أنثى، فتيبين عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الكفاءة الذاتية.

وقام ويلز وهل (Willis & Hill, 2002) بدراسة عنونها العلاقة بين فاعلية الذات والتغذية الراجعة للمعلم والدعم التقني للمتعلمين عبر الإنترنت، وقد بلغ حجم العينة 163 طالب من قسم تنمية الموارد البشرية، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في فاعلية الذات (المشيخي، 2009، ص 124).

ودرس باجارس (Pajares, 1996) معتقدات الكفاءة الذاتية في حل المسائل الرياضية للطلاب الموهوبين، تكونت عينة الدراسة من 297 طالبا في الصف الثامن من الجنسين، منهم 231 من طلبة التعليم المنتظم و 66 من الطلبة الموهوبين، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية.

وفي دراسة سميث (Smith, 2004) بعنوان العلاقة بين فاعلية الذات الأكاديمية ومستوى المهارة المعرفية البعدي لدى المراهقين، تألفت عينة الدراسة من 54 طالب وطالبة من التعليم الثانوي، منهم 18 ذكرا و 36 أنثى، فقد تبين من نتائج الدراسة وجود فروق بين الجنسين في الفاعلية الذاتية الأكاديمية لصالح الذكور (المشيخي، 2009، ص 131).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

واستهدفت دراسة رضوان (2010) معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والقلق، وأثر الكفاءة الذاتية في تعديل مستوى القلق، على عينة تكونت من 212 طالبا وطالبة، فأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في الكفاءة الذاتية لصالح الإناث.

وتناولت دراسة الصقر (2005) مستوى النمو الأخلاقي والكفاءة الذاتية المدركة والعلاقة بينهما لدى طلبة جامعة اليرموك، تكونت عينة الدراسة من 654 طالبا وطالبة، فأظهرت نتائج الدراسة أن ثمة فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية لصالح الذكور (علوان، د ت، ص 230). ودرس المخلافي (2010) العلاقة بين الذات الأكاديمية وبعض سمات الشخصية لدى عينة من طلبة جامعة صنعاء، تكونت عينة الدراسة من 110 طالبا وطالبة من التخصصات العلمية والإنسانية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الجنسين في فعالية الذات الأكاديمية لصالح الإناث (الربيع، 2014، ص ص 57-58).

وفي العراق درس ضاري والدليبي (2012) التحمل النفسي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة جامعة بغداد، تكونت عينة الدراسة من 370 طالب وطالبة، فأظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الجنسين في فاعلية الذات لصالح الذكور. ودرس حمدي وداود (2000) طبيعة العلاقة بين فاعلية الذات مع متغيرات (الجنس، ودرجة التوتر)، لدى طلبة الجامعة، وقد بلغت العينة 414 طالبا وطالبة، منهم 93 من الذكور، و 321 من الإناث، فتبين وجود فروق بين الذكور والإناث في فاعلية الذات لصالح الذكور (ضاري والدليبي، 2012، ص 312).

وأجرى كل من فولك وميشل (Voelk & Michael, 2004) دراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الأداء الأكاديمي والكفاءة الذاتية والغش وأثر الجنس والعمر والمستوى الدراسي، وقد بلغ عدد أفراد عينة الدراسة 315 طالبا وطالبة تم اختيارهم من ثلاث كليات، وأظهرت النتائج فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية لصالح الإناث (يعقوب، 2012، ص 81).

ودرست عليوة (2007) مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري، على عينة تكونت من 86 مريضا بالسكري، فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية.

ودرست سلطاني (2013) الكفاءة الذاتية لدى أساتذة الاجتماعيات وعلاقتها بتنمية بعض مهارات التفكير الناقد والإبداعي لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة، تكونت عينة الدراسة من 84

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

أستاذًا وأستاذة، و 375 تلميذا وتلميذة، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين من الأساتذة في الكفاءة الذاتية.

وتناول قريشي (2011) التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، تكونت عينة الدراسة من 62 مريضا، منهم 39 ذكرا، و 23 أنثى، فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية.

وتناولت دراسة بوقصارة وزياد (2015) الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، وتكونت عينة الدراسة من 339 تلميذا وتلميذة، منهم 111 ذكور، و 228 إناث، فأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الكفاءة الذاتية العامة.

ودرست عدودة (2015) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، وتكونت عينة الدراسة من 129 فردا، وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية.

وأجرى قريشي (2015) دراسة حول التدين وعلاقته بكل من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، على عينة تكونت من 40 مريضا، منهم 20 ذكرا، و 20 أنثى، وأسفرت الدراسة عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية.

ودرست عليوة (2015) علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، وتكونت عينة الدراسة من 102 فردا من مرضى السكري، منهم 53 ذكرا، و 49 أنثى، فتبين وجود فروق بين الجنسين في الكفاءة الذاتية لصالح الذكور.

وتناولت دراسة حدان (2015) فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن، تكونت عينة الدراسة من 284 فردا، منهم 131 مرضى، و 153 غير مرضى، فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين من المرضى في فاعلية الذات لصالح الإناث.

وأجرت دودو (2017) دراسة حول الفعالية الذاتية وعلاقتها بالتوافق النفسي في ضوء متغيري التفاؤل والتشاؤم لدى الفريق شبه الطبي، فتبين وجود فروق بين الذكور والإناث في الفعالية الذاتية لصالح الذكور.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### (2). الفروق بين الأعمار في الكفاءة الذاتية:

درست الجاسر (2007) الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول-الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى، تكونت عينة الدراسة من 423 طالبا وطالبة، تراوحت أعمارهم بين 18 و 25 سنة، فتبين وجود فروق بين الفئات العمرية في الكفاءة الذاتية لصالح الفئة العمرية الأكبر.

وبحث عبد الله والعقاد (2009) الذكاء الوجداني وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة، تكونت من 246 طالبا وطالبة، تراوحت أعمارهم بين 22 و 47 سنة، فأشارت نتائج البحث إلى وجود فروق بين الأعمار في فاعلية الذات لصالح الطلاب الأكبر عمرا.

وهدف دراسة ديان (Diane 2003) إلى التعرف على العلاقة بين فاعلية الذات الأكاديمية والعمر والجنس والإنجاز الأكاديمي، أجريت على طلاب كلية العلوم البالغ عددهم 216، فأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الفئات العمرية في الكفاءة الذاتية (مصطفى وبكر، 2014، ص 37).

وتناولت دراسة أوكش (Okech, 2004) العلاقة بين الذكاء الوجداني وفاعلية الذات لدى المعلمين في ضوء بعض المتغيرات، وذلك على عينة شملت 180 معلما من مدارس تكساس الابتدائية، تراوحت أعمارهم ما بين 23 و 65 سنة، فتبين وجود فروق بين الأعمار في فاعلية الذات لصالح المعلمين الأكبر عمرا (عبد الله والعقاد، 2009، ص 16).

وأوردت الجاسر (2007) مجموعة من الدراسات التي تناولت الفروق بين فئات عمرية مختلفة في كفاءة الذات نذكر منها:

دراسة لوسيا ناتيرا (Lucia Natera, 1998) التي تناولت العلاقة بين فاعلية الذات والضغوط النفسية والقدرة على التكيف لدى طلاب الجامعة من أصل لاتيني، وبلغ عدد العينة من 144 طالبا وطالبة، منهم 52 من الذكور، و 92 من الإناث، بمتوسط عمري 21 عاما، فأظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الأعمار في فاعلية الذات.

وهدف دراسة ويزلي (Wesley, 2002) إلى فحص العلاقة بين الإنجاز الأكاديمي والاتجاهات والدافعية وفاعلية الذات وبعض المتغيرات الديموغرافية لدى طلاب وطالبات الجامعة، بمتوسط عمري 24.3 عاما، وخلصت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الفئات العمرية المختلفة في فاعلية الذات لصالح الفئة العمرية الأكبر عمرا.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

وتناولت دراسة بيرندا كارنز (Bernada Karns, 2003) أثر العمر على كل من فاعلية الذات وإدراك الذات، وتكونت عينة الدراسة من 244 فرداً، تراوحت أعمارهم بين 18 و 94 عاماً، فتيين وجود فروق بين الأعمار في فاعلية الذات لصالح الأكبر عمراً.

واهتمت ماريون بورك (Marion Burke, 2005) بدراسة أساليب المعاملة الوالدية والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى طلاب وطالبات الجامعة، تراوحت أعمارهم بين 25 و 72 عاماً، فكشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين الفئات العمرية المختلفة في فاعلية الذات لصالح الفئة العمرية الأكبر عمراً.

ودرس ويديربيرن (Wedderburn, 2005) أثر متغير العمر على فاعلية الذات لدى عينة من العاملين في الشركات، تراوحت أعمارهم بين 18 و 41 عاماً، وأشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الأعمار في فاعلية الذات.

وفي البيئة السعودية قامت حنان الحربي (2006) بدراسة علاقة التحصيل الدراسي بكل من فاعلية الذات العامة والأكاديمية واتجاه الضبط لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى، تراوحت أعمارهم بين 19 و 40 عاماً، فأوضحت النتائج وجود فروق بين الأعمار في فاعلية الذات لصالح الأكبر عمراً.

و درست عدودة (2015) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، تكونت عينة الدراسة من 129 فرداً، تراوحت أعمارهم بين 16 و 80 عاماً، فتيين عدم وجود فروق بين الأعمار في الكفاءة الذاتية.

و درست حدان (2015) فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن، تكونت عينة الدراسة من 284 فرداً، من المرضى وغير المرضى، تراوحت أعمارهم بين 19 و 43 عاماً. فبينت النتائج عدم وجود فروق بين الأعمار من المرضى وغير المرضى في فاعلية الذات.

لقد تعددت الدراسات وتنوعت بين المرضى المزمنين والأصحاء من طلاب الجامعات وغيرهم من فئات المجتمع، وفي بيئات مختلفة غربية وعربية وكذا جزائرية، والمتفحص في نتائج هذه الدراسات من خلال تناولها الفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية يلاحظ تباين النتائج واختلافها، بين عدم وجود فروق بين الذكور والإناث ووجودها لصالح الذكور تارة و لصالح الإناث تارة أخرى. وبين عدم وجود فروق بين الفئات العمرية ووجود فروق لصالح الأكبر عمراً، وهذا ما أوضحه زهران (2003)، وأورده بني خالد (2010، ص 416) بأن الكفاءة الذاتية تزداد كلما تقدم الإنسان بالعمر.

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### تاسعا. إجراءات تحسين الكفاءة الذاتية:

لقد توصل مارلات وجوردون (Marlatt & Gordon, 1985) إلى إجراءات مكونة من أربع مراحل مختلفة لحث كفاءة الذات لمريضهم، هذه المراحل هي:

#### (1). التأثير في الأطر المرجعية للمريض:

في هذه المرحلة يتم تعليم المريض أنه لكي يحقق السلوك المرغوب فإنه يجب عليه أن يتعلم مهارات معينة، على سبيل المثال: للتوقف عن التدخين، فإنه على الفرد أن يتعلم المهارات التي تساعد في التوقف عن التدخين، وكما أن كفاءة الذات ترتبط بخبرات النجاح، فإنه من الضروري أن يضع الفرد لنفسه أهدافا جزئية واقعية، من قبيل التوقف عن التدخين على مدار اليوم.

#### (2). البحث عن مواقف الخطر المرتفع وتعليم مهارات المواجهة:

في هذه المرحلة يتم النظر إلى مواقف الخطر الممكنة عن طريق معرفة أسباب الفشل في المحاولات السابقة للتوقف عن التدخين، وابتكار آليات مواجهة تناسب مع كل موقف من مواقف الخطر.

#### (3). الممارسة الفعلية لهذه المهارات:

من المهم في هذه المرحلة ممارسة الاستجابات وآليات المواجهة التي تعلمها.

#### (4). تعليم المرضى كيفية معالجة حالات الانتكاسة:

إذا حدثت الانتكاسة، فمن المهم أن يتعلم الفرد من هذه الانتكاسة عن طريق فحص أسبابها وكيفية تجنب حدوثها في المستقبل.

وفي ذلك يرى باندورا (1997)، أن مختلف أساليب رفع كفاءة الذات لدى الأفراد تساعد في تنمية شعورهم بالكفاءة الذاتية المطلوبة للتغلب على الصعوبات التي تقابلهم من حين لآخر (الدق، 2011، ص ص 146-147).

## الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

### خلاصة:

ينظر إلى الكفاءة الذاتية، على أنها حالة معرفية، يعتقد من خلالها الفرد بأنه قادر على مواجهة الأحداث والمواقف، وأن باستطاعته التأثير على نفسه وبيئته المحيطة به، والقيام بالسلوك المطلوب، مقتنعا بأنه فعلا سيؤدي هذا السلوك وبصورة ناجحة.

إن الكفاءة الذاتية اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية التي أسسها ألبرت باندورا، وهي تتطور عبر مراحل النمو المختلفة ويكتسبها الفرد من الأسرة والمدرسة ورفاقه. وهي ليست سمة ثابتة بل تتغير وتتعدل عن طريق الإنجازات الأدائية، والخبرات البديلة، والإقناع اللفظي، و في الأخير الحالة الفسيولوجية والانفعالية، وهي المصادر الأساسية للكفاءة الذاتية التي يتم من خلالها معالجة المعلومات عن ذات الفرد وعن البيئة معالجة معرفية.

لقد أجريت العديد من الدراسات على الكفاءة الذاتية، تبين من خلالها أهمية هذه الأخيرة في الحفاظ على الصحة الجسمية للأفراد، مرضى كانوا أم أصحاء، وذلك من خلال ضبط السلوك الصحي لديهم الذي يظهر في القيام بالسلوكيات الصحية الإيجابية والإقلاع عن بعض السلوكيات غير الصحية التي لها تأثير سلبي على صحة الأفراد.

وتناولت دراسات كثيرة، غربية وعربية وفي البيئة الجزائرية أيضا، الكفاءة الذاتية لدى شرائح مختلفة من المجتمع من أساتذة وطلاب الجامعات وتلاميذ الثانويات والابتدائي وعمال الشركات ومن المرضى وكذلك الأصحاء. وبحث من خلال ذلك، الفروق بين الجنسين والأعمار في الكفاءة الذاتية، وكانت نتائج الدراسات متباينة بين وجود فروق بين الجنسين لصالح الذكور مرات ومرات أخرى لصالح الإناث وبين عدم وجود فروق بينهما. بينما الفروق بين الأعمار فكانت النتائج بين عدم وجود فروق وبين وجود فروق بين الأعمار لصالح الفئة الأكبر عمرا. وهناك دراسات عديدة تبنت نظرية كفاءة الذات لباندورا، كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحلول العلاجية والوقائية المناسبة للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة (يخلف، 2001، ص 35).

بعد أن تطرق الباحث في هذا الفصل إلى الكفاءة الذاتية، سوف يستعرض متغيرا آخر لا يقل أهمية عن الكفاءة الذاتية، تبينت من خلال الدراسات أهميته بالنسبة للأفراد وارتباطه بالصحة النفسية والجسمية لهم، إنه الرضا عن الحياة.

# الفصل الثالث



تمهيد.

أولاً: تعريف الرضا عن الحياة.

ثانياً: المفاهيم المرتبطة بالرضا عن الحياة.

ثالثاً: نظريات الرضا عن الحياة.

رابعاً: وجهات النظر التي فسرت الرضا عن الحياة.

خامساً: محددات الرضا عن الحياة.

سادساً: العوامل التي ترتبط بالشعور بالرضا عن الحياة

سابعاً: الرضا عن الحياة والصحة النفسية.

ثامناً: الرضا عن الحياة والصحة الجسمية.

تاسعاً: الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة.

عاشراً: الرضا عن الحياة والعمر.

خلاصة.

### تمهيد:

بعد أن تطرق الباحث في الفصل السابق إلى الكفاءة الذاتية، يستعرض في هذا الفصل الرضا عن الحياة وذلك من خلال تعريفه وأهم المفاهيم المرتبطة به، وما هي النظريات ووجهات النظر التي فسرت الرضا عن الحياة، وأتعرّف أيضا على علاقة كل من الصحة النفسية والجسمية بالرضا عن الحياة، وأيضا الفروق بين الجنسين والأعمار في الرضا عن الحياة من خلال عرض بعض الدراسات التي تمت في ذلك.

يعد مفهوم الرضا عن الحياة من مؤشرات السعادة الوجدانية الذاتية، والتي تتضمن بالإضافة إلى الرضا عن الحياة مؤشرات التأثيرات الموجبة والتأثيرات السالبة، ويختلف الرضا عن الحياة عنهما في أن الأخير يتضمن عامل التقدير المعرفي بجانب التقويم الوجداني (عيسى و رشوان، 2006، ص 63). ويعتقد إدوارد دينر (E. Diener, 1998)، أن معظم الناس يصممون على الارتفاع فوق الجوانب السلبية ويحققون مستوى من الوجود الأفضل، ولكن تجنب البؤس ليس كافيا لتحقيق الوجود الأفضل، ولا بد أن يجرب الناس الرضا عن الحياة والانفعالات السارة (معمرية، 2017، ص 85).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### أولاً. تعريف الرضا عن الحياة:

عرفت منظمة الصحة العالمية (World Health organization [WHO], 1995) الرضا عن الحياة بأنه "معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته واهتماماته في ضوء السياق ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه" (عيسى ورشوان، 2006، ص 56).

يرى امطانيوس (2011) أن الشعور بالرضا (أو عدم الرضا) العام عن الحياة يعكس نظرة الفرد وتقديره أو تقويمه للفرق القائم بين خبراته وانجازاته الشخصية وما استطاع أن يحققه في أرض الواقع من جهة، وبين آماله وتطلعاته في وقت من الأوقات من جهة أخرى. ومن هذه الزاوية يتحدد الشعور بالرضا بالمسافة الفاصلة التي يقدرها الفرد بنفسه بين ما أنجزه فعلا عند نقطة زمنية معينة وبين أهدافه المرسومة، وطموحاته (امطانيوس، 2011، ص 12).

وتعرف مديحة العزبي (1982) الرضا "بأنه حالة داخلية في الفرد تظهر في سلوكه واستجاباته، وتشير إلى تقبله لحياته الماضية والحاضرة، وتفاؤله بمستقبل حياته وتقبله لبيئته المدركة وتفاعله مع جوانبها" (الديب، 1994، ص 386).

ويذكر كل من شوقي رضوان وعبد الباسط هريدي (2001) أن الرضا عن الحياة يعني درجة تقبل الفرد لذاته، وبما حققه من انجازات حياته الحاضرة والماضية، ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته، والآخرين وجوانب الحياة المختلفة ونظرته نحو المستقبل (تفاحة، 2009، ص 275).

وترى زايد (2001، ص 295) أن الرضا عن الحياة هو "شعور الفرد بالإرتياح تجاه حالته الصحية (الجسم والنفس) وعلاقته الاجتماعية والعمل الذي يؤديه".

إن الرضا عن الحياة يعني تحمس الفرد للحياة، والإقبال عليها، والرغبة الحقيقية في أن يعيشها. لذا فهو يتضمن صفات متنوعة كالتفاؤل، توقع الخير، الاستبشار، الرضا عن الواقع، تقبل النفس واحترامها، والاستقلال المعرفي والوجداني، فإذا تحققت هذه الصفات لدى الإنسان؛ فإنه يشعر بالسعادة أكثر من أي وقت آخر، خاصة وأن السعادة ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالرضا عن الحياة (علوان، 2008، ص 477).

ويعرف إدوارد دينر (1984) الرضا عن الحياة بأنه: "حكم الشخص على رفاهيته النفسية، وجودة حياته بناء على معايير الذاتية" (مبروك، 2007، ص 381).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

ويرى بروشون شفائتزو وبوجيت (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.16). أن الرضا عن الحياة ينتج من مقارنة الشخص بين حياته الحالية والحياة التي يرغب في الحصول عليها، وفقا لمعايير وقيمه ومثله. ويتم تقييم الرضا عن الحياة في معظم الأحيان بشكل عام، كما يمكن أن يتعلق بجوانب خاصة في الحياة كالعمل والأسرة والصحة والمال... الخ.

يعرف الديب (1994، ص 385) الرضا عن الحياة بأنه: "تقبل الفرد لذاته، وأسلوب الحياة التي يحيها في المجال الحيوي المحيط به، فهو متوافق مع ذاته، وأسرته، سعيد في عمله، متقبل لأصدقائه وزملائه، راضي عن إنجازاته الماضية، متفائل بما ينتظره من مستقبل، مسيطر على بيئته، فهو صاحب القرار، قادر على تحقيق أهدافه".

ويعرف الدسوقي (1998، ص 162) الرضا عن الحياة بأنه: "تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقا لمدى القيمي، ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروفه الحياتية بالمستوى الأمثل الذي يعتقد أنه مناسب لحياته".

و عرف كل من دينر (Diener, 1984, 1985) و شينت وجوهنسون (Shinet & Gohnson, 1978) (في عبد الوهاب، دت، ص 245) الرضا عن الحياة بأنه: "تقدير عام لنوعية حياة الفرد حسب المعايير التي انتقاها لنفسه".

و يرى كل من جوتك (Gutk, 1978) (في الديب، 1994، ص 386) و ريس وآخرون (Rice et Al., 1980) (في بسيوني، 2011، ص 75) أن الرضا عن الحياة يعني قدرة الفرد على التكيف مع المشكلات التي تواجهه، والتي تؤثر على سعادته.

إن الجوانب الأساسية في التعريفات السابقة للرضا عن الحياة، كما أوردها عبد الخالق (2008، ص 123) هي:

1. يعتمد حكم الشخص على تقديره الشخصي وليس كما يحدده غيره.
  2. يحدد الفرد بنفسه المعايير التي يقيم على أساسها حكمه على نوعية حياته.
  3. ينتهي الحكم على الحياة إلى الجوانب المعرفية للشخصية وليس الوجدانية.
  4. يتعلق هذا التقدير أو الحكم بالحياة بشكل شامل وليس بقطاع محدد فيها.
- وأضاف معمريّة (2017، ص 85) جانبا آخر وهو أن:
5. الرضا عن الحياة يتعلق بتقبل الذات وسلوكها، وتقبل الإنجازات وما حدث في الماضي، وتقبل الآخرين والبيئة.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

وتتضمن التعريفات السابقة للرضا عن الحياة عدة أبعاد حددها تفاحه (2009)، ص (276) في ما يلي:

1. التفاعل الاجتماعي: وهو قدرة الفرد على التفاعل و الاندماج والاتصال مع الآخرين، وأن يؤثر فيهم ويتأثر بهم، وأن يدرك أنهم مصدر ثقة وانتماء.
2. القناعة: وهي رضا الفرد بما يقدم إليه من مساعدة، وقبول ذاته والمحيطين به.
3. التفاؤل: توقعات الفرد الايجابية نحو مستقبل حياته.
4. الثبات الانفعالي: التعايش مع الأحداث والمواقف بالثبات السليبي، مع القدرة على ضبط النفس واستقرار الحالة المزاجية، والاعتدال في إشباع الحاجات النفسية والبيولوجية.
5. التقدير الاجتماعي: هو شعور الفرد بالتقبل والحب والاعتراف به.
6. الحماية: إدراك الفرد لحجم الرعاية التي تقدم إليه والإحساس بالأمن وعدم النبذ والهجر.

من خلال كل ما تم استعراضه من تعريفات، يمكن القول أن الرضا عن الحياة هو: حالة داخلية معرفية يقوم من خلالها الفرد بإجراء تقدير ومقارنات للفرق بين ما قد أنجزه وما يطمح أن يحققه ويكون عليه مستقبلا في إطار السياق الاجتماعي الثقافي والقيمي للمجتمع الذي يعيش فيه، ويظهر ذلك في سلوكه. فيكون بذلك متقبلا لذاته وحياته الماضية والحاضرة، مرتاحا لحالته الصحية، متكيفا مع ما يواجهه من مشكلات، متحمسا ومقبلا على الحياة وذلك وفق معايير الخاصة به هو.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### ثانيا. المفاهيم المرتبطة بالرضا عن الحياة:

هناك متغيرات تبين أنها ترتبط بالرضا عن الحياة وهي:

#### (1). السعادة:

يصف سليجمان (Seligman) السعادة بأنها مفهوم شامل يشير إلى المتعة والعافية، وهي تختلف جوهريا عن المعنى الأساسي للرضا عن الحياة، إلا أنها تستخدم أيضا للتعبير عن الشعور بالرضا (Shin, 2015, pp. 9-10).

ويتداخل مفهوم الرضا عن الحياة مع السعادة ، فلا يمكن للفرد أن يكون سعيدا إلا إذا كان راضيا عن حياته، وبذلك تكون السعادة أعم وأشمل فقد تحتوي السعادة على اللذة والانشرح والرضا والسرور والبهجة ومن هنا لا يخفى التداخل و الارتباط بين هذه المفاهيم ومفهوم السعادة (الولاني، 2016، ص 577).

يرى أرجايل (1993، ص 24) أنه يمكن فهم السعادة بوصفها انعكاسا لدرجة الرضا عن الحياة أو بوصفها انعكاسا لمعدلات تكرار حدوث الانفعالات السارة، وشدة هذه الانفعالات. وينبغي أن نأخذ ثلاثة عناصر للسعادة في عين الاعتبار وهي: الرضا عن الحياة ومجالاته المختلفة، والاستمتاع والشعور بالبهجة، والعناء بما يتضمنه من قلق واكتئاب، والصحة كعامل رابع ترتبط بكل من العوامل الثلاثة السابقة.

في حين يفرق آخرون بين السعادة بوصفها حالة انفعالية حساسة للتغيرات المفاجئة في المزاج، وبين الرضا عن الحياة إذ هو حالة معرفية، حكمية أي تعتمد على حكم الفرد وتشير إلى تقييم للحياة ككل (Tsou & Liu, 2001, p. 269).

ويبين جرينسبون وساكلوفسك (Greenspoon & Saklofske, 1998)، أن مفهوم الرضا عن الحياة يعد من مؤشرات السعادة الوجدانية الذاتية والتي تتضمن بالإضافة إلى الرضا عن الحياة مؤشرات التأثيرات الموجبة والتأثيرات السالبة، ويختلف الرضا عن الحياة عنها في أن الأخير يتضمن عامل التقدير المعرفي بجانب عامل التقويم الوجداني (عيسى ورشوان، 2006، ص 63).

ويرى مرسي (2000، ص 50) أن الرضا عن الحياة من أهم مكونات السعادة في الدنيا، وعلى الإنسان أن يكون راضيا بحياته كما هي، ويسعى إلى تنميتها، وأن يرضى أو يُرضي نفسه بها

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

من أجل صحته النفسية التي تقوم على الرضا بمظهره وصحته وأسرته وعمله وزواجه وأصحابه وجيرانه حتى يعيش في أمن وسلام مع نفسه ومع الآخرين.

### (2). نوعية الحياة:

تعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة بأنها: إدراك الفرد لوضعه في الحياة في السياق أو المحيط الثقافي والنظم القيمية التي يعيش فيها، وبعلاقته مع أهدافه وتوقعاته ومعاييرها وشؤونها، ويعد مفهوم نوعية الحياة مفهوما شاملا يضم جوانب الحياة كافة كما يدركها الأفراد، وهو يتسع ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية أو الإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق للفرد، ويمكن قياس الإشباع بمؤشرات موضوعية، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدرة الإشباع الذي تحقق، وعلى ذلك فلنوعية الحياة ظروف موضوعية ومكونات ذاتية (بدره، 2014، ص ص 67 - 68).

فالجوانب الذاتية لنوعية الحياة تعني الشعور بالرفاه والتطور الشخصي، أما الجوانب الموضوعية فتتضمن جودة الظروف التي تقدم الفرص للفرد من أجل استثمارها في الحياة (مجذوب، 2016، ص 1773).

وتباين زوايا تناول مفهوم نوعية الحياة بتباين مداخل الباحثين لدراسته، فهناك المدخل الاقتصادي لتعريف المفهوم وهناك المدخل الاجتماعي وهناك المدخل البيئي وهناك المدخل النفسي الذي يهتم في الأساس بجانب رضا الفرد عن حياته، وشعوره بالسعادة وتقييمه الذاتي لمختلف جوانب هذه الحياة. ويمثل مفهوم الرضا عن الحياة جزءا من المفهوم الأكبر "نوعية الحياة"، حيث يمثل الرضا عن الحياة المكون الذاتي أو النفسي من مكونات "نوعية الحياة" (أبو النيل، 2010، ص ص 133 - 134).

### (3). تقبل الحياة:

يبين عبد المنعم (2010، ص 5) أن تقبل الحياة هو مفهوم عام يشمل قدرة الفرد على التكيف و التوافق مع ذاته ومع الآخرين المحيطين به (بدره، 2014، ص 67).

### 4). الهناء الشخصي:

يعرف دينر وآخرون (Diener et Al., 2002) الهناء الشخصي على أنه تقدير الشخص وتقييمه لحياته من الناحيتين المعرفية والوجدانية، ويشتمل هذا التقييم على مكونين هما: الأرجاع الانفعالية للأحداث، والأحكام المعرفية المتعلقة بالرضا والإشباع، ومن ثم يكون الهناء الشخصي مفهوما شاملا يتضمن خبرة الانفعالات السارة، ومستوى منخفضا من المزاج السلبي، ودرجة مرتفعة من الرضا عن الحياة، أي أن الهناء الشخصي يرتبط بالانفعال الإيجابي، أي ما يوصف بالسعادة وبالحكم المعرفي الذي يمثل تقويم الفرد للرضا العام عن الحياة (نوبيات، 2016، ص 129).



## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### ثالثا. نظريات الرضا عن الحياة:

#### (1). نظرية النشاط:

إن الفرض الأساسي لنظرية النشاط كما يوجزه بلاو (Blau, 1983) هو كلما زاد عدد موارد الدور الاختياري التي يدخل بها الفرد إلى مرحلة التقدم في العمر كلما واجه بشكل أفضل الآثار المدمرة للروح المعنوية نتيجة خروجه من الأدوار الإجبارية المعتادة التي كان لها الأسبقية في مرحلة الرشد. وطبقا لهذه النظرية فإن الروح المعنوية العالية والرضا عن الحياة يفترض أنهما يرتبطان بالتكامل الاجتماعي الذي يعني هنا مستوى عال من الاندماج في شبكة العمل الاجتماعي (زايد، 2001، ص 293).

إن الرضا عن الحياة حسب هذه النظرية يقاس بدرجة شعور الفرد بالنشاط والحيوية في مختلف جوانب حياته، فكلما كان الفرد أكثر نشاطا وأكثر قدرة على القيام بأدواره الاجتماعية المتنوعة، كلما كان أكثر شعورا بالرضا (بني مصطفى، الشريفين، وطشطوش، 2014، ص 210).

#### (2). نظرية الخبرات السارة:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان يرضى عن حياته عندما تكون خبراته فيها سارة وممتعة، وليست الظروف أو المواقف الطيبة هي مصدر الرضا وإنما ما يدركه الإنسان من خبرات سارة في هذه الظروف، والإدراك مسألة نسبية تختلف من شخص إلى آخر وفق ما يدركه منها في الموقف من خبرات سارة أو غير سارة (عبد الوهاب، دت، ص 255).

#### (3). نظرية التكيف أو التعود:

يعتبر أصحاب هذه النظرية أن لا أحداث الحياة الضاغطة، الضارة أو السارة، ولا المستوى التعليمي، ولا الجنس والعمر، يمكن أن يكون لها تأثير مباشر، ويرجع ذلك إلى عملية التعود والتكيف التي تعيد الشخص إلى خط الأساس.

فالأفراد لا يسلكون تجاه ما يصادفهم في الحياة من أحداث، إلا وفق قدرتهم على التوافق والتأقلم مع هذه الأحداث، وبمرور الوقت، فإنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا عليها قبل الأحداث، فنتائج الدراسات تشير إلى أن الأفراد من مختلف الأعمار، وبغض النظر عن

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

الجنس، لا يختلفون بالشعور بالسعادة أو الرضا عن الحياة، ويرجعون السبب إلى التكيف أو التأقلم مع الأوضاع الجديدة (نوبيات، 2016، ص 130).

فقد بين دينر، لوكاس، وسكالون (Diener, Lucas, & Scallan, 2016) أن قدرة الفرد على التكيف مع متطلبات الحياة المختلفة والظروف المستجدة تعكس مدى شعوره بالرضا عن الحياة، فكلما كان الفرد أكثر قدرة على التعامل مع مستجدات وتغيرات حياته، وأكثر قدرة على التكيف معها، كلما كان أكثر شعورا بالرضا عن الحياة (بني مصطفى، الشريفين، وطشطوش، 2014، ص 211).

### 4. نظرية القيم والأهداف والمعاني:

طبقا لـ: أويش، دينر، لوكاس، وسوه (Oish, Diener, Lucas & Suh, 1999) فإن الأفراد يشعرون بالرضا حين يحققون أهدافهم ويختلف الشعور بالرضا باختلاف أهداف الأفراد ودرجة أهميتها بالنسبة لهم وحسب القيم السائدة في البيئة التي يعيشون فيها. وتدل الدراسات على أن الأفراد الذين يدركون حقيقة أهدافهم وطموحاتهم أهميتها بالنسبة لهم وينجحون في تحقيقها ويتمتعون بدرجة أعلى من الرضا عن الحياة مقارنة بأولئك الذين تتعارض أهدافهم مما يؤدي إلى الفشل في تحقيقها والشعور بعدم الرضا. ويعتمد تحقيق الأهداف على الإستراتيجيات المتبعة في تحقيقها والتي تتلاءم مع شخصية الأفراد، وتختلف هذه الأهداف باختلاف المراحل العمرية للأفراد وأولوية هذه الأهداف (النواب والعكيلي، 2014، ص 540).

وتشير دراسة لونغ وهيكمهوزن (Long & Heckhausen) إلى أن الأفراد الذين يسيطرون على أهدافهم وأمور حياتهم والمهمات التي يمارسونها في حياتهم اليومية تزداد لديهم مشاعر الرضا عن الحياة، لأن السيطرة على المهمات النمائية وأمور الحياة من شأنه زيادة المشاعر الايجابية تجاه الذات وأمور الحياة وزيادة مشاعر الرضا بشكل عام (نوبيات، 2016، ص 131).

وقد قسم كاسير وريان (Kasser & Ryan, 1993) (في النواب والعكيلي، 2014، ص ص 540-

541) أهداف الأفراد إلى قسمين:

- أهداف جوهرية: مثل قبول الذات والانتماء والشعور بالانتماء للجماعة، وهذه تعكس وجهة النظر الإنسانية للرضا.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

- أهداف خارجية: وهي الأهداف التي يحصل من خلالها الأفراد على بعض الإشباع والرضا من خلال الآخرين مثل النجاح المادي والشعبية والجاذبية ووجهة النظر المعرفية والسلوكية للرضا. فالأفراد الذين تتجه أهدافهم لأن تكون خارجية وغير واقعية عادة ما يعاني أصحابها من مستويات متدنية من الصحة النفسية والرضا، مقارنة بأولئك الذين تتجه أهدافهم نحو الجوهرية، إذ يتمتع أصحابها بدرجات أعلى من الصحة النفسية والرضا عن الذات والحياة.

### (5). نظرية المقارنة الاجتماعية:

يرى أصحاب هذه النظرية، أن الإنسان يرضى عن حياته عندما يقارن نفسه بالآخرين، ويجد أن ما حققه من إنجازات أو أعمال أفضل مما حققه الآخرون، فيشعر بالكفاءة والجدارة والقيمة وتقدير الذات، ويكون سعيدا في حياته، فالتفوق على الآخرين من أهم مصادر الرضا عن الحياة (مرسي، 2000، ص 47).

ويذهب أرجايل (1993، ص ص 188) إلى احتمال أن تكون التقديرات الذاتية للشعور بالرضا عن الحياة معتمدة على المقارنة مع الآخرين، بينما يعتمد تقدير السعادة على الحالات المزاجية المباشرة، وتعتبر المقارنة مع الآخرين واحدة من الطرق التي يستخدمها الناس في إرساء مقاييسهم، حيث تشير الأدلة إلى أن المقارنة مع الآخرين ومع الماضي تمثل مصدرا من مصادر الحكم على الشعور بالرضا. وتبين العديد من التجارب أن الناس تحت ظروف المشقة أو عندما يكون لديهم تقدير منخفض للذات يختارون أن يقارنوا أنفسهم بمن هم أقل مكانة منهم. ويتمثل هذا في تحسين صورة الذات، بل والصحة النفسية. بينما يمكن أن يكون وجود أفراد أكثر نجاحا مصدرا لعدم الشعور بالرضا وعدم الراحة. ويرى إسترلين (Easterlin, 2001) أن الأفراد يُقارنون أنفسهم مع الآخرين ضمن الثقافة الواحدة، ويكونون أكثر سعادة إذا كانت ظروفهم أفضل ممن يحيطون بهم، فالمقارنة تنتج درجات مختلفة من الرضا ضمن المجتمع والثقافة الواحدة، وقد تكون المقارنة بين الأفراد أو الجماعات أو الدول المحيطة، وبالتالي تختلف درجات الرضا عن الحياة باختلاف المعايير الذاتية والاجتماعية والاقتصادية، وأكثر المقارنات وضوحا هي تلك التي تكون مع الجيران والأقارب أو زملاء الدراسة أو الجامعة السابقين، أي الذين مروا بنفس الظروف (النواب والعكيلي، 2014، ص ص 539 - 540).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### (6). نظرية الفجوة بين الطموح والإنجاز:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان يرضى عن حياته عندما يحقق طموحاته، أو عندما تكون إنجازاته وأعماله قريبة من طموحاته. أما عندما تكون طموحاته أعلى من إمكاناته ولا يستطيع تحقيق أهدافه فلا يرضى عن نفسه ولا عن حياته. فالطموح الزائد مع ضعف الإمكانيات وعدم القدرة على تحقيق الأهداف يُعرض الإنسان للإحباط المتكرر، ويجعله تعسا حزيناً على ما فات، قلقاً على ما سيأتي في المستقبل. ويدعو أصحاب هذه النظرية إلى تحقيق التوازن بين الطموحات والإمكانات، فيضع الإنسان لنفسه طموحات يقدر على تحقيقها حتى يشعر بالنجاح والتوفيق، ويشعر بالكفاءة والجدارة، فيرضى عن نفسه وعن حياته ويسعد بها (مرسي، 2000، ص 47).

### (7). نظرية التقييم الجوهرى للذات:

يرى جدج (Judge, 1997) أن التقييم الجزئي لكل الجوانب الخاصة بأي مجال من مجالات الحياة هو الذي ينتج الشعور النهائي بالرضا عن ذلك المجال الخاص في الحياة مثل (العمل أو الأسرة)، ومن ثم يتسبب في الشعور العام بالرضا عن الحياة. وقد أثبتت الدراسات أن الرضا عن مجالات هامة في الحياة مثل الأسرة أو العمل والصحة تفسر حوالي خمسون بالمائة من التباين في الرضا العام عن الحياة أم الخمسون بالمائة الباقية فتفسرها الفروق الفردية والأخطاء التجريبية والمتغيرات الداخلية. ويعرف جدج التقييم الجوهرى للذات على أنه: "مجموع الاستنتاجات الأساسية التي يصل إليها الأفراد عن ذواتهم وقدراتهم".

و حدد جدج (1997) أربعة محكات معيارية لتحديد العوامل الممثلة للتقييم الجوهرى

للذات وهي:

أ. مرجعية الذات.

ب. بؤرة التقييم، وهو ما يمكن موازاته بعمليات العزو.

ج. السمات السطحية.

د. إتساع الرؤية وشمول المنظور.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

وقد وجد جدج أن الأفراد الذين يمتلكون تقييما جوهريا مرتفعا للذات أكثر شعورا بالرضا عن الحياة وعن الميادين العديدة للحياة مثل الأسرة، والعمل، والدراسة، لأنهم أكثر ثقة في قدراتهم على الاستفادة بكل ميزة وفرصة تكون في أفق حياتهم (أحمد، 2008، ص 15).

### (8). نظرية المواقف:

يرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان يرضى عن الحياة عندما يعيش في ظروف طيبة، يشعر فيها بالأمن والنجاح في تحقيق ما يريد من أهداف؛ فيجد الصحة الطيبة، ويتزوج امرأة صالحة، ويكون أسرة متماسكة، ويحصل على عمل جيد، مع المعافاة في البدن. ففي هذه الظروف يكون الإنسان راضيا وسعيدا ومتمتعًا بصحة نفسية (مرسي، 2000 ص 47).

### (9). نظرية سوبر 1990 Supper :

يؤكد سوبر في نظريته على أن الفرد عندما يحاول الجمع بين أكثر من دور في الحياة (مثل دوره في الأسرة، أو دوره كفرد عامل في المجتمع، أو دوره كصديق... الخ) يمكن أن يتسبب في خلق شعور بالرضا وبالقلق والتوتر في آن واحد، ويتوقف ذلك على مدى شعوره بأهمية كل دور من هذه الأدوار ومركزيتها في حياته. وقد أكد العديد من الدراسات على ما قاله سوبر من أن الأفراد الذين يمتلكون درجة قوية من التجانس و التناغم بين أدوارهم في الحياة، لديهم درجات عالية من الشعور بالرضا عن الحياة أكثر من الآخرين الذين يركزون في حياتهم على دور واحد فقط يمنحونه كل الأهمية التي ينبغي توزيعها على الأدوار الأخرى في الحياة (أحمد، 2008، ص 19).

### (10). النظرية التكاملية:

مع اختلاف النظريات السابقة، في تفسير الرضا عن الحياة، فإن المتأمل في أفكارها يجدها متكاملة وليست متعارضة أو متناقضة، لأن عوامل الرضا كثيرة ومتنوعة وتختلف من شخص إلى آخر، وتختلف في الشخص الواحد من موقف إلى آخر؛ فبعض الناس يرضون عن الحياة عندما تكون ظروف الحياة طيبة وتسير وفق ما يريدون، وغيرهم يرضون عنها عندما يدركون الخبرات السارة، وآخرون يرضون عنها عندما يحققون طموحاتهم وينجزون أهدافهم، وفريق آخر يرضون عن الحياة عندما يُقارنون إنجازاتهم بإنجازات الآخرين، ويدركون تفوقهم على غيرهم (مرسي، 2000، ص ص 47-48).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

ومنهم من يرضى عن حياته نتيجة التجانس والتناغم بين أدوارهم في الحياة، حيث يولون الأهمية لكل تلك الأدوار دون التركيز على دور واحد فقط وإهمال الأدوار الأخرى، وآخرون يرضون عن الحياة لأنهم يملكون تقييما جوهريا مرتفعا للذات وأكثر ثقة في قدراتهم، وهناك من يرضى عن حياته نتيجة قدرته على التكيف والتأقلم مع الأحداث والأوضاع الجديدة وفريق أخير يكون راضيا عن حياته عندما يكون أكثر نشاطا وحيوية وأكثر قدرة على القيام بأدواره في الحياة.

إذن النظريات سابقة الذكر شملت كل جوانب حياة الأفراد في تغييرها للرضا عن الحياة فلا يمكن تفضيل أو إهمال نظرية دون أخرى لتناغمها وتكاملها وشمولها في مجملها.

إن عرض النظريات السابقة المفسرة للرضا عن الحياة يقودنا إلى البحث من خلالها عن العوامل التي تؤدي بالفرد إلى الرضا عن حياته أو بالأحرى التي تساعد على تحقيق الرضا عن حياته وهذه العوامل قد أجزها (مرسي 2000، ص 48) فيما يلي:

أ. أن يعيش الإنسان في ظروف طيبة تشعره بالأمن والطمأنينة.

ب. أن يدرك الخبرات السارة التي تمتعه وتسره.

ج. أن يحقق أهدافه في الحياة ويتغلب على الصراعات التي تواجهه.

د. أن تكون طموحاته في مستوى قدراته وإمكاناته حتى لا يتعرض للإحباط كثيرا.

هـ. أن ينجح ويتفوق في عمله أو دراسته حتى يشعر بالكفاءة والجدارة وتقدير الذات.

ويضيف الباحث عوامل أخرى انطلقا من هاته النظريات:

و. أن يكون أكثر نشاط وحيوية حتى يتمكن من القيام بأدواره الاجتماعية

ز. أن تكون له القدرة على التكيف مع تغيرات حياته ومستجداتها.

ح. أن يحدد أهدافا واقعية تتناسب وقدراته.

ط. أن تكون له ثقة كبيرة في قدراته حتى يستفيد من فرص حياته.

ي. أن يوزع الأهمية والاهتمام على كل أدواره في الحياة بحيث يكون هناك تجانس وتناغم بين هذه الأدوار.

إن العوامل التي تؤثر في الرضا عن الحياة حسب دينر وراهنز (Diener, Rahtz, et al., 2000)، متغيرة عبر الزمن، وأن الأحداث السلبية والإيجابية تؤثر على تقييم الفرد لدرجة الرضا عن الحياة، حيث يلعب النموذج المعرفي وكيفية رؤية وتفسير الأحداث المختلفة الدور الأكبر في الشعور بالرضا (نوبيات، 2016، ص 133).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### رابعاً. وجهات النظر التي فسرت الرضا عن الحياة:

#### (1). اتجاه أسفل – أعلى:

يفترض هذا الاتجاه أن الرضا الكلي عن الحياة، هو نتيجة رضا الفرد عن مجالات الحياة المختلفة التي تشكل مدخلات تحتوي معلومات يستخدمها الفرد في تقييمه الكلي للرضا عن الحياة، ويتخذ هذا الاتجاه من البيئة منطلقاً لتكوين الرضا عن الحياة، فمستوى الرضا عن الحياة يعتمد على عوامل خارجية تتعلق ببيئة الفرد، فأحداث الحياة السلبية والإيجابية لها تأثير على مستوى الرضا، أي أن الشخص الذي يشعر بمستوى عالٍ من الرضا يكون قد مر بكم من الخبرات السارة تفوق الخبرات المؤلمة (بدره، 2014، ص 68). ويؤكد هذا الاتجاه على دور الأحداث والظروف المعيشية في الرضا عن الحياة (Heller, Watson, & Ilies, 2004, pp.574-575). وهذا ما أكدته دراسة مارتنسون (Martinson, 1985) من وجود علاقة بين المتغيرات السلبية في الحياة ومستوى الرضا عنها بعد ضبط عدد من المتغيرات كالحالة الصحية (بدره، 2014، ص 69).

#### (2). اتجاه أعلى – أسفل:

يعكس اتجاه أعلى – أسفل محاولات الباحثين في فهم الأسباب التي تكمن وراء كون بعض الأفراد أكثر رضا عن الحياة من غيرهم، ويرى هذا الاتجاه أن سمات شخصية الفرد هي المسؤولة عن الرضا عن الحياة وليس العوامل الموقفية، ويفترض هذا الاتجاه وجود ميل لدى الفرد ليدرك الأشياء بطريقة إيجابية ومن ثم يشعر بالرضا (بدره، 2014، ص 69). فالرضا عن الحياة يرتبط بشكل كبير بخصائص الشخصية المستقرة والحالة المزاجية للفرد (Heller, Watson, & Ilies, 2004, p. 576).

ويذكر هيلر (Heller, 2004) (في بدره، 2014، ص 69) أن هذا الاتجاه يركز على أن الرضا عن الحياة هو نتاج عمليات ذاتية داخلية أكثر منه نتاج عوامل خارجية موضوعية، وتبعاً لهذا الاتجاه، فإن أحداث الحياة اليومية وبالرغم من تأثيرها على تقييم الفرد الذاتي وما يمر به من خبرات، فإنه محدود بالنسبة لتقدير الفرد لرضاه عن الحياة إذا ما قورن بتأثير الشخصية في ذلك.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

ويضع هيدي و ويرينغ (Heady & Wearing, 1992) تفسيراً لذلك من خلال نموذج الاتزان الدينامي الذي ينظر إلى قدرة سمات الشخصية على إعادة التوازن في مستوى الرضا عن الحياة بالرغم من انحراف هذا المستوى بسبب ما تملكه أحداث الحياة من قوة دافعة تؤثر سلباً أو إيجاباً في هذا المستوى، ويفسر لونسبيرى (Lounspiry, 2009) هذه العلاقة بكون الشخصية وسماتها تسبق الرضا عن الحياة، إذ أن معرفة تأثير جوانب معينة من الخبرة على الرضا عن الحياة، يتطلب النظر إلى دور سمات الشخصية، وتأثيرها على الرضا عن الحياة، وبالتالي ينظر هذا الاتجاه إلى الرضا عن الحياة على أنه سمة أو استعداد ثابت ويؤثر في حياة الفرد ويجعله يسلك بطريقة متسقة في جوانب الحياة المختلفة (بدر، 2014، ص 69).

### 3. الاتجاه التفاعلي:

إقترح هذا الاتجاه هيدي و ويرينغ، ويتخذ من منظور التفاعل منطلقاً له، وينظر للعوامل البيئية والسمات الشخصية على قدر متساو في علاقتهما بالسعادة، ويعترف هذا الاتجاه بأهمية كل من الاستعداد الراسخ لدى الفرد الذي يؤثر على تقييمه للرضا عن الحياة، سواء الرضا الكلي أو الجزئي عن مجالات محددة، وأهمية تأثير الرضا عن مجالات محددة في الحياة، على حكم الفرد وتقييمه للرضا عن الحياة بشكل عام. ويؤكد هذا الاتجاه نتائج دراسة قام بها هيللر 2004 أسفرت على أن لكل من سمات الشخصية والعوامل الموقفية علاقة بالرضا عن الحياة. كما أكدت دراسة بريف (Brief, 1993) أن ظروف الحياة الموضوعية التي يمثلها اتجاه أعلى – أسفل، والشخصية كما يمثلها اتجاه أسفل – أعلى يؤثران معاً على الشعور بالرضا (بدر، 2014، ص 69).



## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### خامسا. محددات الرضا عن الحياة:

يعد الشعور بالرضا، واحدا من المكونات الأساسية للسعادة والشعور بالرضا هو نوع من التقدير الهادئ والتأمل لمدى حسن سير الأمور، سواء الآن أو في الماضي. وهناك شعور بالرضا عن الحياة بصفة عامة، وعن المجالات الأخرى. إن التباين بين الناس في الشعور بالرضا عن الحياة تفسره محددات عديدة ومنها:

#### (1). تأثير الظروف الموضوعية على الشعور بالرضا:

ما من شك في أن ظروف الحياة تؤثر على الشعور بالرضا، فالأشخاص المستقرون في زواجهم، ولديهم عمل مشوق، وصحتهم جيدة أكثر سعادة، ولكن هذا ليس كل شيء، فهناك الكثير من الشعور بالرضا المستمد من أنشطة ممتعة ولكنها لا ترتبط بإشباع الحاجات.

#### (2). خبرة الأحداث السارة:

إذا كان الشعور بالرضا عن الحياة لا يتأثر دائما بالظروف الموضوعية، فربما كان يتأثر أيضا بخبرة الأحداث السارة والتي يعرف أنها تولد مشاعر إيجابية. وقد تبين أن مجرد وضع الناس في حالة مزاجية حسنة يزيد من تعبيرهم عن لاشعور بالرضا عن الحياة ككل. إن الناس تستخدم الحالات المزاجية الإيجابية، سواء كانت في الماضي أم في الحاضر، كدليل على مستوى شعورهم بالرضا.

#### (3). الطموح والإنجاز:

يكون الشعور بالرضا أكبر عندما تقترب الإنجازات من الطموحات، وأقل عندما تبتعد عنها. ومن جهة أخرى، تقوم الطموحات على المقارنات مع الآخرين ومع خبرة الفرد الماضية.

#### (4). المقارنة مع الآخرين:

لكي نحدد ما إذا كان فرد ما قصيرا أو طويلا لا بد من عقد مقارنات مع الآخرين. كذلك الحال عند تحديد ما إذا كان الفرد ذكيا يتطلب الأمر مقارنات اجتماعية. وتعتمد كيفية إصدار

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

الناس للأحكام أو التقديرات على فهمهم لمعنى الدرجات على مقاييس التقدير هذه. ويحتمل أن تكون التقديرات الذاتية للشعور بالرضا عن الحياة معتمدة على المقارنة مع الآخرين، بينما يعتمد تقدير السعادة على الحالات المزاجية المباشرة (أرجايل، 1993، ص ص 181 - 188).

ويرى فينهوفن (Veenhoven, 1996, p.5) أنه يمكن البحث عن محددات الرضا عن الحياة

من خلال:

- الظروف الخارجية.

- العمليات النفسية الداخلية.

فالنظرية الأولى تشير إلى أن الرضا عن الحياة نسبي، فإذا استطعنا تحديد الظروف الخارجية التي يميل الناس فيها إلى الرضا، فقد نحاول على الأرجح خلق مثل هذه الظروف للجميع، إلا أن تحسين ظروف المعيشة للأفراد ستزيد في مستوى الرضا عن الحياة مؤقتا فقط، لأن المعايير التي يستند إليها الفرد للمقارنة تتغير ببساطة.

أما النظرية الثانية فتشير إلى أن الرضا عن الحياة هو سمة ثابتة، وليس حالة متغيرة، فالناس إما رافضون أو غيرراضين عن حياتهم بغض النظر عن ظروف حياتهم. من هذا المنظور، فإنه من غير المرجح أن تنعكس عملية تحسين في نوعية الحياة على الرضا عن الحياة لديهم.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### سادسا. العوامل التي ترتبط بالشعور بالرضا عن الحياة:

تتعدد العوامل التي تساعد على زيادة الرضا عن الحياة ومن أهم هذه العوامل ما يلي:

#### (1). الرضا عن الحياة والعلاقات الاجتماعية:

تعد العلاقات الاجتماعية مصدرا هاما للشعور بالرضا عن الحياة. حيث ينجم أكبر تدعيم للرضا والتوافق النفسي من خلال وجود أفراد مصدر للثقة في حياة الفرد كشريك الحياة والأصدقاء. فالعلاقات الاجتماعية تقدم للفرد الفرصة للإفصاح عن الذات، والرفقة والمساندة الاجتماعية وقت الأزمات، هذا بالإضافة إلى الشعور بالانتماء. فقد وجد تيش وزملاؤه (Tesh, et al., 1981) أن الاتصال والاندماج مع الأصدقاء ارتبط بشكل مرتفع بالرضا عن الحياة لدى المسنين. كما وجد نيل وكاهان (Neill & Kahn, 1999) أن العلاقات الاجتماعية كانت محددًا قويا للشعور بالرضا لدى السيدات المسنات في الصين، سواء كن متزوجات أم لا (مبروك، 2007، ص 387).

وفي دراسة قام بها بورك وواير (Burek & Weir, 1996) حول العلاقات المساندة في الأسرة: عوامل مخففة وبسيطة بين الضغوط والشعور بالسعادة، حيث أوضح الباحثان أن الأعضاء الأساسيين في الأسرة يدعمون بعضهم البعض في أوقات الشدة. وأظهرت نتائج الدراسة أن الرضا عن الحياة أحد المكاسب أو الفوائد التي تم اشتقاقها من العلاقات المساندة غير الشكلية أو غير الرسمية بين أفراد العائلة. وأظهرت دراسة قام بها راسي وآخرون (Rice, et Al., 1997) أن درجة الارتباط بالوالدين تعتبر مؤشرا للشعور بالرضا. كما أن التعلق بالأب بصفة عامة كان مؤشرا أكثر أهمية بالنسبة للكفاءة الاجتماعية والشعور بالرضا والسعادة عن التعلق بالأم (عبد الوهاب، د ت، ص ص 259 - 260).

#### (2). الرضا عن الحياة والزواج:

والزواج باعتباره علاقة اجتماعية، يسهم هو الآخر في تحقيق الشعور بالرضا عن الحياة، فالمتزوجون أكثر سعادة ورضا من العزاب والأرامل، أو المطلقين، وتشير بعض الأدلة إلى أن الرجال غير المتزوجين أقل سعادة من النساء غير المتزوجات، مما يوحي بأن فائدة الزواج للرجال

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

أكثر من فائدته للنساء. ويعود ذلك ربما إلى أن النساء يعبرن عن درجة من الشعور بالرضا أكثر من الرجال. وأن الرجال يحصلون على إشباع أكثر من الزواج أكثر من النساء. فالزوجات يوفرن للأزواج دعما اجتماعيا أكثر مما يوفره لهن الأزواج. وهن يقمن بدور أكبر كمحل للثقة وحفظ الأسرار (أرجايل، 1993 ص 28).

وفي دراسة قام بها جوف وهيوز (Gove & Hughes) وجدا أن الزواج أكثر أهمية للرضا لدى الذكور منه لدى الإناث، بينما وجدا أن النوعية الانفعالية للزواج أكثر أهمية للرضا لدى الإناث منها لدى الرجال (ملكوش، 1995، ص 892).

### 3. الرضا عن الحياة والتقاعد ونشاطات وقت الفراغ:

يسبب التقاعد عدم الرضا والتعاسة لمعظم المسنين، ويؤثر تأثيرا كبيرا على الصحة النفسية والجسمية لهم، ويمكن أن يؤدي إلى الاكتئاب، ويعود ذلك جزئيا إلى أن العمل يزود الفرد بعدد من المزايا بالإضافة إلى كونه مصدرا للرزق. وتتضمن هذه المزايا توفير نظام لاستخدام الوقت، وقيام علاقات اجتماعية خارج الأسرة، وربط الفرد بأهداف وغايات أوسع نطاقا، فمن الواضح أن الجلوس بلا عمل لا يفيد، ومن ناحية أخرى يبدو أن بعض المتقاعدين عن العمل ينجح في الحصول على مزيد من عوامل الرضا هذه بعد تركه العمل، وقد يرجح ذلك إلى كونه استطاع أن يجد شيئا يفعله، وينفق فيه وقته، ويحافظ فيه على مهاراته. إذن نجد أن تنظيم الأنشطة في حالات التقاعد يحقق الشعور بالرضا عن الحياة.

و يقصد بأنشطة وقت الفراغ، كل ما يقوم به الفرد من نشاطات بناء على رغبته بغض النظر عن نتائجها؛ وأهم صورها مشاهدة التلفاز، والحياة الاجتماعية والأندية، وقراءة الجرائد والمجلات، وممارسة الهوايات المختلفة. وقد تتضمن نفس الأنشطة التي تمارس في أنواع معينة من العمل، وإن كانت غير مدفوعة الأجر، ولكن المرء يؤديها وقتما وكيفما شاء. وهذا بالإضافة إلى النشاطات الإنتاجية التي تقدم للمجتمع سواء أكانت بأجر أم لا، كالأعمال المنزلية، أو الرعاية غير الرسمية للأطفال والجيران. وقد وجدت الدراسات التي تمت بهذا الصدد في مجملها أن هناك علاقة موجبة بين ممارسة النشاطات والشعور بالرضا والرفاهية النفسية (مبروك، 2007، ص 388 - 389).

### 4). الشعور بالرضا والتدين:

يعتبر الدين واحدا من مجالات الشعور بالرضا عن الحياة. وتزيد أهمية الدين بالنسبة لبعض الجماعات مثل النساء وكبار السن والمتدينين أنفسهم بالطبع. ويبدو أن هناك ارتباطا قويا بين الشعور بالرضا الديني والتعلق بالدين والسعادة (أرجايل، 1993، ص 157). فالتدين من أهم الحاجات المشبعة لدى الإنسان التي تبعث على الشعور بالرضا والسعادة. ويوفر الدين الشعور بالانتماء والدعم الاجتماعي، والشعور بمعنى الحياة اليومية، حتى أثناء الأزمات. إذ أن اعتقاد الفرد بأن له علاقة قوية مع الله، يقلل من المشاعر السلبية كالقلق والخوف والاكتئاب، ويقوي الشعور بالرضا والطمأنينة (معمرية، 2017، ص 89).

والرضا هو الاطمئنان و الإيمان بالله عز وجل، وراحة القلب له، فأهل الرضا هم الذين لا يختارون شيئا يريدونه لأنفسهم، بل يتكون التدبير لاختيار الله عز وجل (حجازي، 2007، ص 268).

وأجرت سارة فرنش وستيفان جوزيف (French & Joseph , 1999) دراسة لبحث العلاقة بين كل من التدين والسعادة والهدف من الحياة وتحقيق الذات، وأظهرت النتائج علاقة إيجابية بين التدين وكل هذه المتغيرات (عبد الخالق ومراد، 2001، ص ص 341 - 342).

درس كل من سونج موكي وإيفي (Sung-Mook & Effy , 1994) العلاقة بين الشعور بالرضا عن الحياة وكل من تقييم الذات، ومركز الضبط، وسمة الغضب، والاكتئاب والفاعلية النفسية، والتدين والعمر، على عينة من الأستراليين من عمر 17- 40 سنة وقد وجد ارتباطا موجبا ودالا، بين الشعور بالرضا عن الحياة من جهة وتقييم الذات، والتدين، ومركز الضبط، والعمر من جهة أخرى، ووجد ارتباطا سلبيا بين الشعور بالرضا وكل من الاكتئاب وسمة الغضب (مبروك، 2007، ص ص 392 - 393).

والدراسات السيكلوجية في هذا المجال، التي استخدمت عينات جزائرية قليلة العدد ونذكر منها:

دراسة عبد الخالق وفريد ناصر (2007) حول العلاقة بين التدين والانفعالات: الايجابية والسلبية، لدى عينة من طلاب الجامعة الجزائريين (ن = 244)، وأظهرت النتائج، أن التدين، والرضا عن الحياة أعلى لدى الطالبات عن الطلبة، وارتبط التدين لدى الطلبة، ارتباطا دالا إحصائيا، بالصحة النفسية، وارتبط التدين لدى الطالبات ارتباطا دالا، بالصحة الجسمية،

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

والصحة النفسية، والسعادة، والرضا عن الحياة، والتفاؤل. ودرس تيلوين، وبلجوميدي (2009) التدين وعلاقته بالحياة الطيبة ومعنى الحياة، لدى عينة من الطلبة الجزائريين (ن = 495). وبينت النتائج، أن الاعتقاد الديني، والإيثار الديني، يمدان الأفراد بمعنى الحياة، وكشف تحليل الانحدار المتدرج، عن أن الاعتقاد الديني وحده، يمثل إضافة ذات دلالة، لكل من الرضا عن الحياة، ومعنى الحياة (عبد الخالق، حمودة، وزين العابدين، 2017، ص 236).

وفي دراسة قام بها عبد الخالق وحمودة وزين العابدين (2017) على عينة من طلاب الجامعة في الجزائر (ن = 701) حول السعادة وارتباطها بالحياة الطيبة والتدين، دلت النتائج على وجود ارتباط موجب بين التدين والرضا عن الحياة.

وفي ضوء ما أسفرت عنه بحوث عديدة على الرفاهية النفسية، يمكن اعتبار التدين عاملا مركزيا للشعور بالرضا والتوافق، ويوفر التدين إحساسا بمعنى الحياة اليومية، إذ أن الاعتقاد من جانب الشخص بأن لديه علاقة آمنة بالله سبحانه وتعالى يقلل من مشاعر الوحدة النفسية والأعراض الاكتئابية ويقوي من الصحة الجسمية لديه، ومن ثمة يسهم التدين في تحقيق الرضا عن الحياة (مبروك، 2007، ص 391).

### (5)- الرضا عن الحياة وسمات الشخصية:

تؤدي سمات الشخصية دورا مهما في تحقيق الرضا عن الحياة بالإضافة إلى الظروف الموضوعية، فسمات مثل الانبساطية والعصابية، وتقدير الذات تؤثر بشكل جوهري في الشعور بالرضا، حيث وجد ارتباط موجب بين الرضا والانبساط، في حين كان الارتباط سلبيا بين الرضا والعصابية مما يجعلني أستنتج أنه إذا كان اتزان الشخصية واستقرارها عازلا ضد عدم الرضا عن الحياة، فإن الانبساط عامل ايجابي في الشعور بالرضا عن الحياة (مبروك، 2007، ص 391 - 392)، ويرى الدسوقي (1998، ص 159) أن الشعور بعدم الرضا عن الحياة ذو تأثير على شخصية الفرد وتكيفه وعلاقاته داخل المجال الاجتماعي الذي يعيش فيه وهو تأثير لا ينبغي إغفاله أو تجاهله إذا كان يراد للفرد أن يعيش حياة مشبعة ومنتجة.

ويذهب علماء الشخصية إلى ضرورة الاهتمام بدراسة تأثير أحداث الحياة، وتغيرات الحياة، بالإضافة إلى عوامل الشخصية، على الرضا عن الحياة.

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

ويفسر علماء الشخصية العلاقة بين الشخصية والرضا عن الحياة في ضوء المعالجة المعرفية للمعلومات الوجدانية، حيث وجد ريستنج (Rusting , 1998) مؤشرات على أن الأفراد يفضلون الانتباه، وإدراك، وتذكر المعلومات السارة عن المعلومات السيئة. كما وجد كل من ديريليري وريد (Derrylerry & Reed, 1994) أن الأشخاص الانبساطيين يتسمون بالبطء في تغيير إنتباههم بعيدا عن المنبهات المدعمة أو التي تحمل المكافأة من الأشخاص الانطوائيين (مبروك، 2007، ص 392).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### سابعاً. الرضا عن الحياة والصحة النفسية:

يعد موضوع الرضا عن الحياة من الموضوعات المهمة التي يتناولها كل من علم الصحة النفسية وعلم الأمراض العقلية على حد سواء باعتباره مؤشراً مهماً من مؤشرات الصحة النفسية، إذ أن الرضا عن الحياة يعني تحمس الفرد للحياة والإقبال عليها والرغبة الحقيقية في أن يعيشها (الدسوقي، 1998، ص 157).

إن الصحة النفسية للفرد، وقدرته على التوافق الشخصي والاجتماعي، تبدو في استمتاع الفرد بالحياة، وبعمله وأسرته وأصدقائه، وشعوره بالطمأنينة والسعادة وراحة البال. أما العصابي بوجه خاص، فلا يجد للحياة طعماً ولا يعيش حياته بل يكابدها وذلك من فرط ما يعانيه من توترات وصراعات غير محسومة وما يقترن بهذه الصراعات من الشعور بالقلق والسخط (فهبي، 1978، ص ص 113-114)، وبالتالي عدم رضاه عن حياته.

ويتفق عدد من الباحثين على أن الشعور بالرضا عن الحياة يشير إلى تقييم الفرد لمدى صحته النفسية وسعادته في الحياة (الدسوقي، 1998، ص 158)، ويعد الرضا عن الحياة مؤشراً مهماً من مؤشرات الطمأنينة النفسية ويعكس نظرة استبشار نحو المستقبل (الحميدي، 2013، ص 115)، وهو من دلائل الصحة النفسية الإيجابية، والأداء النفسي الإيجابي (بسيوني، 2011، ص 82).

ففي دراسة جيلمان وهبner (Gilman & Huebner, 2006) التي هدفت إلى بحث صفات عينة متكونة من 485 طالبا مراهقا ممن قرروا مستويات مرتفعة من الرضا عن الحياة، كانت النتيجة التي توصلت إليها الدراسة أن هناك ارتباطاً موجباً بين الرضا عن الحياة والصحة النفسية (عبد الخالق والذيب، 2007، ص 113).

وفي دراسة بوفيل، ليندنبرغ، كرين، سلايت وواستندروب (Puvill, Lindenberg, Craen, Slaets, & Westendorp, 2016)، حول تأثير الصحة الجسمية والعقلية على الرضا عن الحياة في مرحلة الشيخوخة على عينة تكونت من 501 من الهولنديين، توصلت إلى ارتباط أعراض الاكتئاب والشعور بانخفاض الرضا عن الحياة (Puvill, Lindenberg, Craen, Slaets, & Westendorp, 2016, p. 01).

وأجري العديد من الدراسات في بيئات غربية حول ارتباط الرضا عن الحياة مع متغيرات نفسية أخرى، على عينات من الجنسين وأعمار مختلفة، فتوصلت إلى وجود ارتباط بين الرضا



## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

عن الحياة والشعور بالوحدة النفسية ( ميشارا 1974 Mishara ، براج 1979 Bragg ، كورثيوس 1983 Korthuis ، برلمان وآخرون 1987 Perlman et Al ، شولتز ومور 1984 Schultz et Moore ) ، ووجود ارتباط بين الرضا عن الحياة وتقدير الذات ( سوزان بنت 1982 Susan Bennett ، كوكرم و هوایت 1985 Cockrum & White ، ماكوي وهيرتج 1992 Mccoy & Heritage ، هونج وجيانا كوبلوس 1994 Hong & Gianna Kopoulos ) (الدسوقي، 1998، ص ص 163 - 167).

أما في البيئة العربية فقد أوضحت نتائج دراسة الدسوقي (1998) وجود ارتباط سالب بين الرضا عن الحياة وكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب والغضب إلى جانب وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة وتقدير الذات (الدسوقي، 1998، ص ص 183 - 195).

وتوصلت دراسة مبروك (2007) إلى وجود ارتباط موجب بين الشعور بالرضا عن الحياة والانبساطية؛ بينما كان ارتباط سلبي بين الرضا عن الحياة والعصابية (مبروك، 2007، ص 410).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### ثامنا. الرضا عن الحياة والصحة الجسمية:

تعتبر الصحة الجسمية من المكونات الهامة للشعور بالهناء، وهي بحق أحد عناصره الموضوعية، وترتبط ارتباطا وثيقا بالسعادة، ويشيع النظر إليها على أنها واحد من أسبابها الرئيسية. ولا تتأثر مشاعر السعادة والرضا فقط بالصحة، بل إن الصلة بينهما تقوى أيضا خاصة لدى المتقدمين في العمر. ورغم هذا، فالسعادة تسبب الصحة الجسمية أيضا، مثلما أن العكس صحيح (أرجايل، 1993، ص ص 219 - 220).

وأورد فيينهوفن (Veenhoven, 2008, p.450) أن الصحة الجسمية: "حالة من الرفاه الجسدي والعقلي والاجتماعي العام، وليس مجرد غياب المرض أو العجز". فالظروف الصحية السيئة لها تأثيرات ضارة مؤقتة أو دائمة على الرضا عن الحياة عبر مجموعات العمر المختلفة (منصور، 2009، ص 44). فالأشخاص الأصحاء أكثر رضا عن حياتهم (Berg, 2008, p.17).

ويفترض عادة أن السعادة تؤدي إلى الصحة الجسمية، ويعتقد أن السعادة تساعد على شفاء المرضى، وتحمي الأشخاص الذين يتمتعون بصحة جيدة، وهنا ينبغي ألا تهتم الرعاية الصحية بالمرض فحسب، بل يجب أن تهتم أيضا بنوعية الحياة الأوسع نطاقا (Veenhoven, 2008, p. 450).

وما يؤكد العلاقة بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية، نجد دراسة لارسن (Larson, 1978) الذي وجد أن الصحة كانت من أقوى المحددات لشعور الفرد بالرضا عن الحياة. كما وجد سون (Son, 2004) أن التقدير الذاتي للحالة الصحية والسلوك الصحي، كانا محددين قويين للشعور بالرضا عن الحياة لدى المسنين في كوريا الجنوبية، بصرف النظر عن كونهم متقاعدین أم لا. ووجد ريدك وستيوارت (Riddick & Stewart, 1994) أن الصحة المدركة كانت عاملا قويا في التنبؤ بالرضا عن الحياة لدى السيدات المسنات (مبروك، 2007، ص 290).

ودرس زوليج وزملاؤه (Zullig et Al., 2005) العلاقة بين إدراك الرضا عن الحياة والصحة المرتبطة بنوعية الحياة على عينة تكونت من 4914 مراهقا من أمريكا الجنوبية، تراوحت أعمارهم بين 13 - 18 سنة. وظهر أن التقدير الذاتي للصحة، وعدد الأيام، التي كانت فيها صحة الفرد سيئة من الناحيتين الجسمية والنفسية ترتبط ارتباطا دالا بانخفاض الرضا عن الحياة، بصرف النظر عن السلالة والنوع، وكان المبحوث الذي قرر تناقضا في أيام الصحة أكثر تقريبا لعدم الرضا عن الحياة (عبد الخالق والذيب، 2007، ص 113).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

ودرست مبروك (2007) أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين الذكور، المقيمين بين ذويهم بالقاهرة (ن = 113). طبقت مقاييس: الشعور بالرضا العام عن الحياة، مقياس التدين، مقياس التقدير الذاتي للحالة الصحية الجسمية من تصميم الباحثة، مقياس الانبساطية ومقياس العصابية من اختبار آيزنك للشخصية. وبينت النتائج وجود ارتباط موجب دال بين الرضا عن الحياة والتقدير الذاتي للصحة الجسمية (مبروك، 2007، ص 393 - 404).

ودرس بوفيل وزملاؤه (Puvill et Al., 2016) تأثير الصحة الجسمية والعقلية على الرضا عن الحياة في الشيخوخة، على عينة تكونت من 501 من الهولنديين، فبينت النتائج وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والصحة الجسدية (Puvill, et al, 2016, p. 01).

### تاسعا. الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة:

تختلف مصادر السعادة والرضا عن الحياة لدى الرجال عنها لدى النساء. إذ يتأثر الرجال أكثر بالعوامل الاقتصادية والمادية، وبوظائفهم، بينما تتأثر النساء أكثر بأطفالهن وبصحة أفراد الأسرة، حيث يشعر الرجال بالرضا أكثر من النساء، وأنهم أكثر تحكما في حياتهم (أرجايل، 1993، ص 208). إلا أن الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة، جاءت نتائجها متباينة بين عدم وجود فروق ووجود فروق لصالح أحد الجنسين ومن بين الدراسات نجد:

دراسة عبد الخالق (2008) حول الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي على عينة تتكون من  $n = 416$  فردا من طلاب المدارس الثانوية والجامعية والموظفين من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين 15 و 61 سنة، طبق عليهم مقياس الرضا عن الحياة لـ: دينر وزملاؤه (Diener, & al., 1985) الذي يقيس الرضا العام عن الحياة. وكانت نتائج الدراسة، عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عبد الخالق، 2008، ص ص 125 - 129).

وفي مدينة قنا المصرية أجرى كل من عيسى ورشوان (2006) دراسة حول الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي، على عينة متكونة من 300 من تلاميذ الإبتدائي، منهم 176 تلميذا و 124 تلميذة، تراوحت أعمارهم بين 11 و 14 سنة، وطبقا عليهم مقياس الذكاء الوجداني كقدرة لـ: مون (Moon, 1996)، ومقياس الرضا عن الحياة المتعدد الأبعاد لدى الأطفال الذي أعده هوبنر (Huebner, 1994)، وقائمة تقدير التوافق لدى الأطفال من إعداد عبد الوهاب محمد كامل (1988). فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عيسى ورشوان، 2006، ص ص 73 - 94).

ودرس ماكوي وهيرتاج (McCoy & Heritage, 1992) الرضا عن الحياة لدى عينة من طلاب الدراسات العليا بإحدى الجامعات الأمريكية، بلغ عددهم 304 طالبا وطالبة، بلغ عدد الذكور 116 وعدد الإناث 188، فأظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة لصالح الإناث (الدسوقي، 1998، ص 166).

وأجرى الدسوقي دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن، تكونت العينة من 200 طالبا وطالبة من الدراسات العليا، بلغ

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

عدد الذكور 100 وعدد الإناث 100. فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (الدسوقي، 1998، ص 185).

ودرس صابر حجازي عبد المولى (1994) الفرق بين الجنسين في الرضا عن الحياة على عينة تكونت من 104 طالبا وطالبة من جامعة المنيا. فأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عبد الخالق والذيب، 2007، ص 110).

وفي الكويت درس عبد اللطيف (1997) الرضا عن الحياة الجامعية لدى عينة مكونة من 428 من طلاب الجامعة، منهم 164 من الذكور و 264 من الإناث. فكشفت نتائج الدراسة وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لصالح الإناث (عبد اللطيف، 1997، ص 303).

وأجرى فريح العنزى (2001) دراسة على عينة من 410 من طلاب الجامعة. فأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة.

ودرس يوسف الرجيب (2001) الفرق بين الجنسين في الرضا عن الحياة، على عينة مكونة من 214 فردا من الذكور والإناث، الطلبة والموظفين والمتزوجين والعزاب، من الكويتيين. فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عبد الخالق والذيب، 2007، ص 111 - 112).

وفي السعودية درست سميرة عبد الله (2000) الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لدى عينة من الطلبة تكونت من 27 طالبا و 23 طالبة، من المكفوفين. فتبين عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة (عبد الخالق والذيب، 2007، ص 117).

وفي الكويت أجرى عبد الخالق والذيب دراسة حول التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة لدى عينة مكونة من 524 من طلاب المدارس الثانوية الحكومية، منهم 273 من الذكور و 251 من الإناث، تراوحت أعمارهم بين 15 و 23 سنة. طبقا عليهم مقياس زملة التعب المزمن وتقدير الذات ومقياس الرضا عن الحياة ل: دينر وزملاؤه (1985). فتبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عبد الخالق والذيب، 2007، ص 93).

ودرس عبد الله وأبو فارة الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لدى عينة من الفلسطينيين (ن= 200 فردا)، طبقا عليهم مقياس الرضا عن الحياة ل: دينر وزملاؤه (1985)

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

ومقياس الذكاء العاطفي ومقياس الصحة العامة. فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عبد الله وأبوفارة، 2008، ص 112).

وفي دراسة أجراها تفاحة على عينة تكونت من 120 من المسنين ذكورا وإناثا، منهم 60 من الذكور و 60 من الإناث، حول الصلابة النفسية والرضا عن الحياة. فتبين منها وجود فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة لصالح الإناث (تفاحة، 2009، ص 294).

وأجرت إيمان شعبان أحمد، دراسة بعنوان مشكلات التقاعد لدى المسنين وأثرها على الرضا عن الحياة، على عينة متكونة من 297 مسن منهم 168 ذكرا و 129 أنثى. فتبين أن الإناث أكثر شعورا بالرضا عن الحياة من الرجال بعد التقاعد (أحمد، 2009، ص 111).

ودرس شقورة، المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة. تكونت عينة الدراسة من 600 طالبا وطالبة، 300 ذكور و 300 إناث. فبينت نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (شقورة، 2012، ص 102).

ودرس عبد الحميد (2008) الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لدى عينة من معاوني أعضاء هيئة التدريس بالجامعة، (ن=148 معاونا)، منهم 84 ذكورا و 64 إناثا. فأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة لصالح الذكور (شقورة، 2012، ص ص 61-62).

ودرس جورقنسن وآخرون (Jorgensen, Sh. et al. , 2011) الرضا عن الحياة الجامعية والنجاح الأكاديمي، لدى عينة تكونت من 6056 طالبا وطالبة. وبينت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة لصالح الإناث (شقورة، 2012، ص 52).

ودرس بوفيل وزملاؤه، الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة على عينة متكونة من 501 من الهولنديين في مرحلة الشيخوخة. فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (Puvill. et al., 2016, p. 04).

ودرس كتلو (2015) الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لدى عينة من الطلاب الجامعيين المتزوجين، (ن=239 فردا) من الجنسين. فتبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الرضا عن الحياة (كتلو، 2015، ص 661).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

و أجرى عبد الخالق وحمودة وزين العابدين (2017) دراسة حول السعادة وارتباطها بالحياة الطيبة والتدين، لدى عينة من طلبة الجامعة في الجزائر، تكونت من 701 طالب وطالبة. فتبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (عبد الخالق، حمودة، وزين العابدين، 2017، ص 238).

وفي دراسة أجرتها قنون (2014) حول الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، على عينة تكونت من 60 مريضا بالسرطان بولاية باتنة، منهم 25 ذكرا و 35 أنثى. تبين عدم وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة (قنون، 2014، ص 152).

ودرس زيد ومعمرية (2020)، الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لدى مرضى ضغط الدم المرتفع بولاية باتنة، على عينة تكونت من 100 مريض بضغط الدم المرتفع، من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين 30 و 97 سنة، فتبين من نتائج الدراسة وجود فروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة لصالح الذكور. (زيد ومعمرية، 2020، ص ص 300-315).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### عاشرا. الرضا عن الحياة والعمر:

يرى أرجايل (1993) أنه مع تقدم العمر، هناك زيادة مؤكدة في الشعور بالرضا عن الحياة (أرجايل، 1993، ص 197). إلا أن البحوث التي تناولت الفروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة، جاءت نتائج البعض منها يؤكد ذلك وأخرى تشير إلى أن صغار السن أكثر رضا عن حياتهم من الذين هم أكبر سنا، ودراسات أخرى توصلت إلى عدم وجود فروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة.

وافترض كل من سونج مووك وإيفي (Sung-mook & effy, 1994) أن الرضا عن الحياة يمكن أن يزداد ويتحسن بمرور الوقت، وأن ذلك راجع إلى أنه مع تقدم العمر بالفرد، تزايد إنجازاته وتقل طموحاته، حتى تضيق الفجوة بينهما، وحيث أن الرضا عن الحياة يتحقق عندما تضيق الفجوة بين الانجازات والطموحات، فإن كبار السن عندئذ يكونون أكثر رضا عن حياتهم (مبروك، 2007، ص 384).

قامت سوزان بنت (Susan bennett , 1982) بدراسة هدفت من خلالها إلى كشف العلاقة بين متغيرات الموقف وسمات الشخصية وبين التوقعات حول كفاءة الذات، وكذلك الرضا عن الحياة لدى عينة من طالبات الجامعة تكونت من 94 طالبة ممن تراوحت أعمارهن بين 18-35 عاما، طبقت عليهن مقياس تقدير الذات، ومقياس الرضا عن الحياة وقائمة التوكيدية، وقائمة الدور الجنسي، فأظهرت النتائج أن الطالبات الأصغر سنا، كن أكثر رضا عن حياتهن من الطالبات الأكبر سنا (الدسوقي، 1998، ص ص 163 - 164).

وفي دراسة قام بها ديو وهوبنر (1994) على عينة مكونة من 222 طالبا بالولايات المتحدة الأمريكية، طبقا عليهم مقياس الرضا عن الحياة وبعض مقاييس الشخصية، فأظهرت نتائج الدراسة أنه لا توجد فروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة (نعيسة، 2012، ص ص 159 - 160). ودرس شين (Chen, 2001) 4412 شخصا من الجنسين في تايوان، تتراوح أعمارهم بين 60 و 80 عاما فما فوق، بهدف فحص تأثير أحداث الحياة الرئيسية كالتقاعد، وتدهور الصحة وفقدان شريك الحياة على الرضا عن الحياة. فتبين أن الرضا عن الحياة ينخفض بعد عمر الخامسة والستين (مبروك، 2007، ص 384).

وفي مدينة قنا المصرية، درس عيسى ورشوان (2006) الفروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة، لدى عينة متكونة من 300 تلميذ وتلميذة، تتراوح أعمارهم بين 11 و 14 سنة، طبقا



## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

عليهم قائمة الرضا عن الحياة لدى الأطفال. بينت النتائج عدم وجود فروق بين المجموعات العمرية المختلفة في الرضا عن الحياة (عيسى ورشوان، 2006، ص 94).

ودرست مبروك (2007) أبعاد الرضا عن الحياة ومحدداته، لدى عينة من المسنين الذكور المصريين المقيمين بين ذويهم، تكونت عينة الدراسة من 113 فردا. فتبين وجود فروق بين الأعمار على مقياس الرضا عن الحياة لصالح الرجال الأصغر سنا (مبروك، 2007، ص 406).

وفي الكويت درس عبد الخالق (2008) الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي، على عينة تكونت من 1416 فردا من الجنسين من طلاب المدارس الثانوية والجامعة والموظفين، تراوحت أعمارهم بين 15 و 61 عام، طبق عليهم مقياس الرضا عن الحياة لـ: دينر وزملائه (1985). بينت النتائج وجود فروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة لصالح الفئة العمرية الأكبر (عبد الخالق، 2008، ص 129).

ودرس ميلينديز، توماس، أوليفي، ونافارو (Meléndez, Tomas, Olivier, & Navarro 2008) الفروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة لدى عينة مكونة من 181 فردا يعيشون بفالونسيا الإسبانية، تراوحت أعمارهم بين 65 و 94 سنة، من الجنسين. فتبين أن الرضا عن الحياة يقل كلما زاد العمر، أي أن الفئة الأصغر عمرا هي أكثر رضا عن حياتها من الفئة الأكبر (Meléndez, Tomas, Olivier, & Navarro, 2008, pp. 3-5).

ودرس عبد الله وأبوفارة (2008) الفروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة لدى عينة تكونت من 200 فردا من سكان مدينة الخليل الفلسطينية، تراوحت أعمارهم بين 17 و 38 سنة فما فوق من الجنسين، وطبقا عليهم مقياس الرضا عن الحياة الذي أعده دينر وزملائه (1985). فتبين عدم وجود فروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة (عبد الله وأبوفارة، 2008، ص 114).

وأجرى آراراس وآخرون (Arraras et al., 2013) دراسة لتقييم مستوى الرضا عن الحياة لدى عينة تكونت من 176 شخصا مصابا بالسرطان، من مختلف أنواع السرطانات. تبين وجود مستوى أقل من الرضا عن الحياة لدى المرضى الأصغر عمرا (طشطوش، 2015، ص 451).

وفي دراسة قام بها طشطوش (2015) حول الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى مريضات سرطان الثدي، تكونت عينة الدراسة من 215 مريضة، طبق عليهن مقياس الرضا عن الحياة متعدد الأبعاد لمريضات السرطان لـ: سباكنولا وآخرون (Spagnola et al.). فأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق بين المجموعات العمرية في الرضا عن

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

الحياة لصالح المجموعة الأكبر عمرا، أي أن فئة 40 سنة فأكثر هن أكثر رضا عن حياتهن من المريضات اللاتي تراوحت أعمارهن بين 25 إلى 39 سنة (طشطوش، 2015، ص 459).

وأجرى زيد ومعمرية (2020)، دراسة حول الفروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة لدى مرضى ضغط الدم المرتفع بولاية باتنة، على عينة تكونت من 100 مريض بضغط الدم المرتفع، من الجنسين، تراوحت أعمارهم بين 30 و 97 سنة، فتبين من نتائج الدراسة عدم وجود فروق بين الفئات العمرية في الرضا عن الحياة (زيد ومعمرية، 2020، ص ص 300-315).

## الفصل الثالث: الرضا عن الحياة

### خلاصة:

إن الرضا عن الحياة، حالة داخلية معرفية، يقارن من خلالها الفرد بين إنجازاته وطموحاته، فيكون بذلك متقبلاً لذاته وحياته الماضية والحاضرة ومرتاحاً لصحته النفسية والجسمية. ويعتمد الرضا عن الحياة على درجة شعور الفرد بالنشاط والحيوية، وعلى خبراته السارة وقدرته على التكيف مع متطلبات الحياة المختلفة، ومدى تحقيق الفرد لأهدافه.

توصلت العديد من الدراسات إلى وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة من ناحية والصحة النفسية والجسمية من ناحية أخرى.

وعن الفروق بين الأعمار في الرضا عن الحياة فقد جاءت نتائج الدراسات متضاربة بين عدم وجود فروق ووجود فروق بين الأعمار، تارة لصالح كبار السن، ولصالح صغار السن تارة أخرى.

أما عن الفروق بين الجنسين في الرضا عن الحياة، فالنتائج هي الأخرى جاءت متضاربة بين ما هي لصالح الذكور وبين ما هي لصالح الإناث، وتوصلت أخرى لعدم وجود فروق بين الجنسين.

# الجانب الميداني

# الفصل الرابع

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

تمهيد

أولاً. أهداف البحث

ثانياً. أهمية البحث

ثالثاً. مشكلة البحث

رابعاً. أسئلة البحث

خامساً. فروض البحث

سادساً. التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### تمهيد:

يعتبر تقبل العلاج أحد الجوانب المهمة من السلوك الصحي، لما له من كبير الأثر على صحة المرضى، فهو يتعدى تعليمات الطبيب، ودور المريض كمتلقي سلبي لهذه التعليمات، إلى تقديم نصائح وإرشادات من الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية، والدور الفعال والإيجابي للمريض في العلاج، ويتجاوز أيضا الالتزام بتناول الأدوية الموصوفة فقط، إلى ممارسة السلوك الصحي، مثل الابتعاد عن العادات الغذائية غير الصحية، وممارسة نشاط بدني... الخ، فقد أشار بعض الباحثين مثل مترازو (1980) (في يخلف، 2001، ص 24)، إلى أن الكثير من المشكلات الصحية التي يعاني منها الإنسان في هذا العصر، لها طبيعة سلوكية، ومن أجل تفادي تلك المشكلات، على الفرد أن يغير ويتعدى عن ذلك السلوك السيئ والمرضي، ويلتزم في نفس الوقت بعادات سلوكية أكثر صحة، وسليمة. فإذا كان الإنسان السليم مطالب بالابتعاد عن السلوك غير الصحي، والقيام بسلوك صحي وسليم من أجل استدامة عافيته وكإجراء وقائي من الأمراض، فإن ذلك بالنسبة للمرضى المزمنين، كمرضى ضغط الدم المرتفع، ذا أهمية كبيرة، وله أولوية، وأساس العملية العلاجية.

وتعد الكفاءة الذاتية متغيرا هاما في حياة الناس، وتكمن أهميتها لدى الأفراد المرضى من خلال أن الذين يتمتعون بكفاءة ذاتية عالية، يزيد لديهم احتمال ممارسة السلوك الصحي، والابتعاد عن السلوك الذي يؤثر سلبا على صحتهم.

تنبع أهمية متغير الرضا عن الحياة، طبقا لفرانكن (Franken, 1994)، من كونه يمثل أقصى هدف يطمح إليه الإنسان العاقل الراشد، من أجل تجنب الإحباط والصراعات النفسية والقلق الذي ينتابه نتيجة انفعالاته المختلفة بناء على المواقف التي يمر بها. (النواب والعكيلي، 2014، ص 544)، وتجنب هذه الصراعات يؤدي بدوره إلى الحفاظ على صحة الفرد الجسمية، والاعتناء بها من خلال الابتعاد عن كل ما يضر بصحته، وممارسة السلوك الصحي المفيد لها. ويعتبر ارتفاع ضغط الدم من الأمراض الأكثر انتشارا في كل المجتمعات، والجزائر واحدة من الدول التي تعاني من انتشار هذا المرض. فالوضعية الصحية للمرضى، وطبيعة المرض الذي يكون بلا أعراض أو آلام واضحة، قد يجعل المريض لا يتقيد أحيانا بالعلاج المطلوب.

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### أولاً. أهداف البحث:

لكل بحث أهداف محددة يسعى إلى تحقيقها والوصول إليها، و هذا البحث يسعى إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. التعرف على الفروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.
2. التعرف على الفروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.
3. التعرف على الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة.
4. التعرف على الفروق بين الجنسين من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.
5. التعرف على الفروق بين الأعمار من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.
6. التعرف على الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.



## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### ثانيا. أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في أهمية الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، ويستمد أهميته أيضا من أهمية المتغيرات التي يتناولها، حيث:

يمثل تقبل العلاج، الجوهر في عملية المساعدة التي تقدم للمرضى المزمنين لمساعدتهم على الالتزام بأنظمة علاجية، وهي من اهتمامات علم نفس الصحة، حيث يعتبر تقبل العلاج من الموضوعات الحديثة.

وتأتي أهمية هذا البحث في سعيه إلى معرفة ما إذا كان للكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة مساهمة في تقبل مرضى ضغط الدم المرتفع للعلاج.

وتكمن أهمية هذا البحث في طبيعة وأهمية العينة المستهدفة بالبحث، وهم مرضى ضغط الدم المرتفع.

ولهذا البحث أهمية أخرى تتمثل في مخرجاته المتمثلة في النتائج المنتظرة.

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### ثالثا. مشكلة البحث:

يعتبر ضغط الدم المرتفع من الأمراض المزمنة، الخطيرة، والإصابة بهذا المرض في تزايد مستمر حول العالم، أين تشير منظمة الصحة العالمية (2013، ص 10) إلى أنه في عام 2008، تم تشخيص ضغط الدم المرتفع لدى قرابة 40 % من البالغين على مستوى العالم، ممن تبلغ أعمارهم 25 سنة فأكثر، فتبين أن عدد المصابين به بلغ 600 مليون شخص عام 1980 وبلغ مليار شخص عام 2008.

وتتمثل إحدى أكبر المشكلات المصاحبة لعلاج ضغط الدم المرتفع في رأي تايلور (2008، ص 572)، أن عددا كبيرا من الأشخاص المصابين به لا يكون لديهم علم بذلك، فكثيرا ما يكون ارتفاع ضغط الدم مرضا بلا أعراض، مما يؤدي إلى التأخر في طلب العلاج، وبالرغم من أن المريض لا يشكو من أية أعراض إلا أن حياته اليومية تتعرض لآثار سلبية.

ويعد تقبل العلاج واحدا من المتغيرات المهمة في السلوك البشري، خاصة لدى المرضى المزمنين، فهو جوهر وأساس السلوك الصحي الذي يجب على المريض أن يتبناه.

ففي إحدى الدراسات أدت تدخلات التثقيف الصحي للفقراء في المناطق الحضرية، إلى تحسن تقبل العلاج الذي أدى بدوره إلى تحسن السيطرة على ضغط الدم المرتفع، وانخفاض كبير في معدلات الوفيات المرتبطة بهذا المرض إلى أقل من 53,2 % (WHO, 2003, p. 108).

إن فهم سلوك تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، يتطلب الأخذ بعين الاعتبار مساهمة بعض العوامل في تحديد استجابات المريض للعلاج وتقبله له. أشارت الدراسات إلى أهمية العوامل النفسية للمريض وتأثيرها في تقبل العلاج كما أشارت إلى ذلك شنايدر (Schneider, 2005)، حيث لا يمكن تجاهل الدور التي تؤديه في تقبل المريض للعلاج والالتزام به كسلوك صحي يقيه من مضاعفات المرض، ومن هذه العوامل الكفاءة الذاتية، التي بفضلها يعتقد المريض أنه باستطاعته القيام بالسلوك الصحي المناسب وبصورة ناجحة، فهو يثق في إمكاناته الشخصية ولديه إمكانات السيطرة على المرض والقدرة على التحكم فيه.

وتعني الكفاءة الذاتية أنه يمكن أن نتوقع أن يمارس المريض السلوك الصحي عندما تتوفر لديه قناعة بأنه سينجح في ذلك ويحقق النتائج الصحية المرغوبة. (يخلف، 2001، ص 34).

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

تمت دراسة الكفاءة الذاتية في مجالات عديدة، منها الصحة الجسمية، ووجد أن الشعور القوي بالكفاءة الذاتية يرتبط بصحة أفضل. (Schwarzer et al., 1999, p. 147)، ويرى باندورا (1988)، أن الشعور بكفاءة الذات يؤثر إيجاباً على الصحة، لأن كفاءة الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي وتنظيمه، وتوفر للفرد شعوراً عالياً بالقدرة على الإرتقاء بالصحة. (الزروق، 2015، ص 30).

ففي دراسة قام بها (Sarkar et al., 2007) حول الكفاءة الذاتية والحالة الصحية، توصلت نتائجها إلى أن انخفاض كفاءة الذات يتناسب مع سوء الحالة الصحية (قريشي، 2015، ص 27)، أي أن هناك علاقة طردية بين الكفاءة الذاتية والحالة الصحية، فاعتقاد المريض في قدرته على الضبط والتحكم، يحسن من حالته الصحية والعكس صحيح.

وأُسفرت دراسة (Lennon, Hughes, Johnston, & Mcelnay, 2001) حول تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، عند 117 مريضاً، إلى أن الكفاءة الذاتية المرتفعة من العوامل المحددة للتقبل الجيد للعلاج. (Lennon, et al.; 2001)، وتوصلت أيضاً دراسة (Asgari, Bouraghi, Mohammadpour, haghghat, & ghadiri, 2019)، حول المحددات النفسية والاجتماعية في التنبؤ بالالتزام بالعلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع على 250 مريضاً، إلى أن ارتفاع الكفاءة الذاتية لها تأثير مباشر على تقبل العلاج، والسيطرة على ارتفاع ضغط الدم لدى المرضى. وفي دراسة (D'soza & Al salmi, 2018)، حول تأثير الكفاءة الذاتية على تقبل العلاج لدى مرضى السكري، توصلت إلى أن الكفاءة الذاتية المرتفعة تزيد من الثقة في سلوك تقبل العلاج لدى أفراد العينة. وأسفرت دراسة (Sedghi, Pishgooie, Ghorbani, Basatin, & Azadehjoo, 2019)، على 250 مريضاً، إلى أن الاعتقاد المرتفع في الكفاءة الذاتية يرفع من مستوى تقبل العلاج والالتزام بالعلاج الموصوف. أي أن المرضى ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة، يعتقدون في قدراتهم على مواجهة المرض، وباستطاعتهم القيام بالسلوك الصحي الايجابي والالتزام به، والابتعاد عن السلوك غير الصحي ذي التأثير السلبي على صحتهم، وبالتالي فإن ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية يرفع من مستوى تقبل العلاج.

إضافة إلى الكفاءة الذاتية هناك عامل نفسي آخر، له علاقة بالصحة الجسمية للأفراد، قد يساهم في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، وبالتالي يساعدهم على الإرتقاء

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

بالصحة الجسمية، هذا العامل يتمثل في الرضا عن الحياة؛ أين يكون للمريض القدرة على التغلب على ما يواجهه من صعوبات مرضية، وشعوره بالارتياح تجاه حالته الصحية، وعلاقاته الاجتماعية، وعمله الذي يؤديه، وتقبله لذاته.

وأكدت دراسات على وجود علاقة بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية، أين وجدت دراسة مبروك (2007)، حول أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى 113 من الذكور المقيمين بين ذويهم، فتبين وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية. وفي دراسة قام بها (Puvill, et al., 2016)، على عينة تكونت من 501 فردا، تبين وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية.

وأُسفرت إحدى الدراسات عن وجود علاقة قوية بين الرضا عن الحياة والمعاياة في البدن، وأرجع الباحثون هذه العلاقة، إلى ما يتولد عن الرضا عن الحياة من أفكار تفاعلية ومشاعر ايجابية تقوي المناعة النفسية وتعطي الجسم مناعة إضافية في مقاومة المرض. (مرسي، 2000، ص 101)، وأشار (Mcdonnell, et al., 2011) إلى أن بعض الدراسات أظهرت أن ارتفاع الرضا عن الحياة مؤشر هام على النتائج الايجابية لتحسن الصحة الجسمية (Cox, Loughran, Adams, & Navarro, 2012, p. 652). أي أن الرضا عن الحياة يدفع بالفرد المريض إلى المحافظة على الصحة لتدوم عافيته.

وإضافة إلى الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة، هناك عوامل شخصية أخرى التي من الممكن أن تؤثر في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، وتساهم في تباين الأفراد في تقبل العلاج، مثل: الجنس والسن.

ومن خلال ما تم عرضه في الفقرات السابقة تبين أنه :

1. لم يتم بحث دور الكفاءة الذاتية في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.
2. ولم يتم كذلك، بحث دور الرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.
3. كما لم يتم بحث دور التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.
4. كما لم يتم بحث دور كل من الجنس والعمر في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

5. كما لم يتم بحث دور التفاعل بين الجنس والعمر في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.

ولذا جاءت هذه الدراسة لتتناول دور المتغيرات السابقة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع كمساهمة علمية تؤدي نتائجها إلى فهم التأثيرات المختلفة لمتغيرات البحث على تقبل العلاج.

ويمكن صياغة مشكلة البحث من خلال طرح التساؤلات التالية:

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### رابعا. أسئلة البحث:

1. ما دور الكفاءة الذاتية في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع؟
2. ما دور الرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع؟
3. ما دور التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع؟
4. ما دور الجنس في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع؟
5. ما دور العمر في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع؟
6. ما دور التفاعل بين الجنس والعمر في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع؟

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### خامسا. فروض البحث:

1. توجد فروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.
2. توجد فروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.
3. توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة.
4. توجد فروق بين الجنسين من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.
5. توجد فروق بين الأعمار من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.
6. توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

## الفصل الرابع: أهداف البحث ومشكلته وفروضه

### سادسا. التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث:

**الكفاءة الذاتية:** هي الدرجة التي يتحصل عليها الفرد على استبيان الكفاءة الذاتية من إعداد رالف سفارتزر، وترجمة سامر جميل رضوان، ويتكون من 10 بنود، حيث تشير الدرجة المنخفضة عن المتوسط إلى انخفاض الكفاءة الذاتية، والدرجة المرتفعة عن المتوسط إلى ارتفاع الكفاءة الذاتية.

**الرضا عن الحياة:** هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد على استبيان الرضا عن الحياة ل: دينر وآخرون (1985)، ترجمة أحمد محمد عبد الخالق، ويتكون من 05 بنود، حيث يكون الفرد أكثر رضا عن الحياة كلما ارتفعت درجته عن المتوسط، وأقل رضا عن الحياة كلما انخفضت درجته عن المتوسط.

**تقبل العلاج:** هو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد على استبيان تقبل العلاج، من إعداد الباحث، ويتكون من 22 بنود، حيث يكون المريض أكثر تقبلا للعلاج كلما ارتفعت درجته عن المتوسط، ويكون أقل تقبلا للعلاج كلما انخفضت درجته عن المتوسط.



# الفصل الخامس

أولاً. منهج البحث.

ثانياً. مجتمع البحث وعينته.

ثالثاً. أدوات البحث وخصائصها السيكمترية.

رابعاً. كيفية إجراء البحث وطريقة تطبيق أدواته وتصحيحها.

خامساً. تصميم البحث.

سادساً. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### أولاً. منهج البحث:

بناء على طبيعة متغيرات البحث، ومشكلته، ومن أجل تحقيق أهدافه، فإن المنهج الملائم لبحث هذا الموضوع، هو المنهج العلي-المقارن، وهو نوع من المناهج الوصفية الذي يقوم فيه الباحث بجمع المعلومات والبيانات حول الظاهرة وإجراء المقارنات بين العينات في متغيرات البحث، بهدف الكشف عن علل السلوك.

### ثانياً. مجتمع البحث وعينته:

#### (1). مجتمع البحث:

مجتمع البحث هم جميع المرضى الذين تم تشخيصهم من قبل أطباء مختصين في أمراض القلب والشرايين، بوصفهم مرضى ضغط الدم المرتفع، بمدينة باتنة. ولتحقيق أهداف البحث لا بد من سحب عينة ممثلة للمجتمع الأصلي يتم إجراء البحث عليها.

#### (2). عينة البحث:

تم سحب أفراد العينة بطريقة عرضية، ويدخل في عينة البحث كل مريض تم تشخيصه من طرف طبيب مختص في أمراض القلب والشرايين، على أنه مريض بارتفاع ضغط الدم. أجري هذا البحث على عينة إجمالية تكونت من 263 مريضاً من الجنسين، ثم تم التخلي عن 20 منهم، لأسباب منها:

أ. ترك بعض العبارات دون إجابة.

ب. اختيار إجابتين لعبارة واحدة.

ج. عدم الإجابة على كل الاستبيانات.

د. عدم القدرة على الاستمرار في الإجابة، نظراً للحالة الصحية لبعض المرضى.

هـ. بعض المرضى يقوم المرافق بالإجابة على الاستبيانات في مكانه.

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

ومنه أصبحت العينة مكونة من 243 مريضا من الجنسين.

1- خصائص عينة البحث:

1. خصائص العينة حسب الجنس:

الجدول رقم (06) يبين خصائص العينة حسب الجنس

العدد	الجنس
123	ذكور
120	إناث
243	المجموع

2. خصائص العينة حسب السن:

الجدول رقم (07) يبين توزيع عينة البحث حسب السن

إناث			ذكور			الجنس
97-71	70-56	55-30	86-71	70-56	55-30	الفئات العمرية
32	50	38	28	60	35	العدد
120			123			المجموع
243						المجموع الكلي
77.91	63.96	46.74	75.61	64.27	47.74	المتوسط الحسابي
5.79	4.62	7.00	4.50	4.03	5.35	الانحراف المعياري

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### 3. خصائص العينة حسب مكان سحبها:

الجدول رقم (08) يبين خصائص العينة حسب مكان سحبها

العدد			المكان
المجموع	إناث	ذكور	
129	62	67	عيادة القلب – الدكتور مسامح-
20	01	19	عيادة الغدد – الدكتور معلم-
01	00	01	عيادة القلب – الدكتور زعبوب-
15	10	05	جمعية مرضى القلب حاملي الصمامات الميكانيكية
08	00	08	جمعية متقاعدي عمال التربية
01	00	01	الاتحاد العام للعمال الجزائريين، المكتب المحلي باتنة
02	00	02	المستشفى الجامعي باتنة، مصلحة أمراض القلب
02	02	00	المدرسة الابتدائية حميش الصالح
02	02	00	المدرسة الابتدائية عبد الله رضوان
02	02	00	متوسطة الاخوة شطوح – الطيران سابقا-
43	41	20	أخرى
243	120	123	المجموع
243			

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### ثالثا. أدوات البحث وخصائصها السيكمترية

#### (1) أدوات البحث:

للإجابة على تساؤلات البحث وتحقيق أهدافه، اعتمد الباحث على أدوات لجمع المعلومات والبيانات من عينة البحث ميدانيا، واستخدم لهذا الغرض ثلاثة استبيانات، هي:

- استبيان الكفاءة الذاتية لرالف شفارتزر وجيروزيليم، ترجمة سامر جميل رضوان.
- استبيان الرضا عن الحياة لإدوارد دينر وآخرون، ترجمة أحمد محمد عبد الخالق.
- استبيان تقبل العلاج من إعداد الباحث.

#### (2) خصائصها السيكمترية:

ولحساب الخصائص السيكمترية لأدوات البحث تم تطبيقها على 87 مريضا. وفيما يلي عرض مفصل للإجراءات المتبعة لكل مقياس..

#### (1). استبيان الكفاءة الذاتية: رالف شفارتزر وجيروزيليم (Ralf Schwarzer & Jerusalem)

##### 1- وصف الاستبيان:

عمل شفارتزر ومجموعته في جامعة برلين الحرة في ألمانيا، منذ عام (1981)، على تطوير أداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية لتتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف، واشتملت هذه الاداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة والنزوعية Dispositional، ويشير شفارتزر وجيروزيليم (1989)، إلى أن سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات إمكانات الضبط الذاتي أو توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية ومواقف الانجاز، وبتعبير آخر، يقيس السلم مسألة التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من مشكلات الحياة. واحتوى السلم المطور عام (1981) على 20 بندا تم تخفيضها عام 1986 إلى عشرة بنود فقط وسمي "توقعات الكفاءة الذاتية العامة".

هناك أمثلة كثيرة حول توقعات الكفاءة الذاتية وتعديل السلوك، التي تبرهن على فاعلية توقعات الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي، الأمر الذي قاد تصور توقعات الكفاءة الذاتية

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

ليصبح نموذجا أساسيا في إطار علم نفس الصحة إلى جانب النماذج الأخرى التي تسعى إلى تفسير السلوك الصحي والسلوك الخطر عند الناس.

وينصح معدا الاستبيان باستخدامه لدراسة متغيرات تتعلق بتوقعات الكفاءة الذاتية العامة في مجالات البحث المختلفة لأنها تتسم بصفات العمومية والتفسير والتنبؤ بأنماط السلوك والخبرة الممكنة مثل سلوك التعلم والانجاز المدرسي وسلوك العمل والانجاز المهني والسلوك الصحي واللياقة البدنية والصحة النفسية (رضوان، 1997).

### 1. استبيان الكفاءة الذاتية في صورته المعربة:

من أجل إعداد نسخة باللغة العربية واختبارها على عينة سورية. قام سامر جميل رضوان بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها الاستبيان عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، وترجمت الصيغة الانجليزية من الاستبيان نفسه من قبل متخصصين في اللغة الانجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين واستيضاح مدى دقة الترجمة واستيفائها للمعنى، وتم نتيجة لذلك إجراء تعديلات في بعض العبارات أو الكلمات، عرض بعد ذلك الاستبيان على مجموعة من المتخصصين وغير المتخصصين الذين أبدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى وإمكانية التطبيق، ولم تجر نتيجة لذلك تعديلات جوهرية تذكر، حيث أجمعت الآراء على صلاحية الاستبيان (صدق المحتوى)، ويقترح مؤلفا الاستبيان عدم الترجمة الحرفية لبنود الاستبيان إلى البيئات الأخرى، وإلى عدم الاقتصار على المعنى السطحي له، وإنما أخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار وإعطاء المعنى الجوهرى المناسب مع كل ثقافة على حدة (رضوان، 1997).

يتألف الاستبيان من عشر بنود، يجاب عنها ضمن ثلاثة بدائل هي: "لا" وتنال الدرجة صفر (0)، "قليلا" وتنال درجة واحدة (1)، "كثيرا" وتنال درجتين (2). ومنه تتراوح درجة كل مفحوص بين 0-20، ويعني الارتفاع في الدرجة على الاستبيان ارتفاع الكفاءة الذاتية. (ملحق رقم: 1).

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### 2- الخصائص السيكومترية لاستبيان الكفاءة الذاتية:

#### 1. الصدق والثبات على العينة الألمانية:

**الصدق :** ارتبطت الكفاءة الذاتية مع متغيرات عديدة ارتباطات إيجابية وسلبية، فمعامل الارتباط مع الانبساطية (+ 0.49)، والانطواء (- 0.64)، والعصابية (- 0.42)، والأمل بالنجاح (+ 0.46)، والخوف من الفشل (- 0.54)، ومع قلق الانجاز (- 0.42)، ومع الخجل (- 0.58)، والفضول (+ 0.44) وقناعات الضبط الداخلية (+ 0.40).

**الثبات:** تراوح معامل الارتباط ألفا كرونباخ بين (0.74 - 0.93)، مما يشير إلى تمتعه بدرجة عالية من الثبات (رضوان، 1997).

#### 2. الصدق والثبات على العينة السورية:

قام سامر جميل رضوان بتطبيق الاستبيان في فترتين مختلفتين يفصل بينهما ستة أسابيع، على 37 مفحوص، منهم 17 ذكرا و20 أنثى.

**الصدق:** تم حساب الصدق عن طريق الارتباط بين الكفاءة الذاتية ومحك خارجي هو اختبار بيرنوترل للشخصية ذي الأبعاد الأربعة، حيث تبين وجود ارتباط سلبي بين الكفاءة الذاتية وبعدي العصابية والانطوائية، ووجود ارتباط إيجابي بين الكفاءة الذاتية وبعدي الشعور بالسيطرة والاكتمال الذاتي.

**الثبات:** تم حساب الثبات عن طريق تطبيق وإعادة تطبيق الاستبيان أو معامل الاستقرار عبر الزمن، حيث بلغ معامل الارتباط 0.71 وهو يعبر عن ثبات مقبول. وكذلك تم حساب الثبات عن طريق الاتساق الداخلي، حيث بلغت جميع قيم معامل الثبات للبنود منفردة أعلى من 0.80 (رضوان، 1997).

#### 3. الصدق والثبات على العينة الجزائرية:

قام بوقصارة وزيا (2015)، بحساب الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس الكفاءة الذاتية العامة، لدى تلاميذ المرحلة الثانوية، فكان الصدق والثبات كما يلي:

**الصدق:** تم حساب الصدق عن طريق الصدق الظاهري، صدق البنود وقدرتها التمييزية، والصدق التلازمي، الصدق البنائي بطريقة التحليل العاملي التوكيدي، حيث أظهرت نتائج



## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للمقياس، أن جميع قيم معاملات الارتباط والتي تراوحت ما بين (0.43 - 0.60)، كانت ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.1، الأمر الذي يدل أن بنود المقياس جميعها بنود صادقة ومميزة.

الثبات: تم حساب الثبات عن طريق معامل التجانس (ألفا كرونباخ)، وطريقة التجزئة النصفية (سبيرمان براون) وجتمان. فأظهرت النتائج، أن قيم معامل ألفا كرونباخ للعينة الكلية 0.72، ونتائج سبيرمان براون للعينة الكلية 0.75، ومعامل جتمان لتصحيح الطول للعينة الكلية 0.75، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة من الثبات.

### 4. الصدق والثبات على عينة البحث الحالية:

#### الصدق:

صدق الاتساق الداخلي: بحساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للاستبيان،

والجدول التالي يبين النتائج

الجدول رقم (09) يبين صدق الاتساق الداخلي لاستبيان الكفاءة الذاتية

البند	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	الدلالة
1	0.70**	دالة
2	0.62**	دالة
3	0.62**	دالة
4	0.76**	دالة
5	0.76**	دالة
6	0.69**	دالة
7	0.76**	دالة
8	0.79**	دالة
9	0.77**	دالة
10	0.76**	دالة

\*\* دالة عند 0.01

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

يتضح من النتائج المبينة في الجدول أعلاه، أن معاملات الارتباط دالة عند 0.01، مما يدل على الاتساق الداخلي لاستبيان.

الصدق التمييزي: بالمقارنة الطرفية، ونتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم (10) يبين الصدق التمييزي لاستبيان الكفاءة الذاتية

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن=23		العينة العليا ن=23		العينة
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**16.20	0.31	0.71	0.14	1.86	الكفاءة الذاتية

\*\* الفرق دال عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (10) أن قيمة "ت" تساوي : 16.20 وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 مما يعني أن الاستبيان يميز بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية. إذن الاستبيان صادق.

الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين

- ألفا كرونباخ

- التجزئة النصفية

الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: تم حساب الثبات عن طريق استخراج معامل التجانس ألفا كرونباخ، وكانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم (11) يبين الثبات باستخراج معامل التجانس لاستبيان الكفاءة الذاتية

عدد البنود	ألفا كرونباخ
10	0.90

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

بلغت قيمة الفا كرونباخ 0.90، وهي قيمة مرتفعة مما يدل على ثبات استبيان الكفاءة الذاتية.

### الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

يبين الجدول رقم (12) الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان الكفاءة الذاتية

تصحيح الطول		قيمة معامل الارتباط
جتمان	سبيرمان براون	
0.87	0.87	0.77

إن معامل الثبات بعد تصحيح الطول هو: 0.87، مما يشير إلى أن استبيان الكفاءة الذاتية ثابت.

### طريقة تصحيح استبيان الكفاءة الذاتية وتقدير الدرجة الخام للمفحوص :

بالنسبة لطريقة تصحيح استبيان الكفاءة الذاتية تم استعمال طريقة التدرج في وجود الخاصية لدى المفحوص، حيث تبدأ من الأقل وجودا إلى الأكثر وجودا لها.

يتكون الاستبيان من 10 عبارات تصحح في اتجاه واحد، ويعبر المفحوص على وجود الخاصية لديه بالإجابة على كل عبارة من الاستبيان ضمن ثلاثة اختيارات متدرجة وهي: "لا" وتنال صفر، ودرجة واحدة في حالة الإجابة بـ "قليلًا"، وينال المفحوص درجتين إذا أجاب بـ "كثيرًا".

ومن أجل تقدير درجة المفحوص على استبيان الكفاءة الذاتية، يتم جمع العلامات التي يضعها المفحوص تحت البديل الذي اختاره، وأمام العبارات العشرة من الاستبيان حيث يتم جمع العلامات الخاصة بالبديل "قليلًا" أمام كل العبارات ويضرب حاصل جمعها في واحد. وتجمع العلامات الخاصة بالبديل "كثيرًا" أمام كل العبارات، ويضرب حاصل جمعها في اثنين. أما العلامات التي يضعها المفحوص أمام كل عبارة وتحت البديل "لا"، تهمل لأن درجتها صفر.

وبالتالي تقدر الدرجة النظرية لكل مفحوص على الاستبيان، بين صفر و 20. فكلما انخفضت درجاته عن المتوسط يعني كفاءة ذاتية منخفضة وارتفاع الدرجة عن المتوسط يعني ارتفاع الكفاءة الذاتية.

### 2). إستبيان الرضا عن الحياة:

#### 1- وصف الاستبيان:

أعدّه دينر وزملاؤه (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) وقيس الرضا العام عن الحياة والهناء الشخصي، ولا يقيس الرضا عن الحياة في مواقف محددة مثل: الصحة أو الأسرة أو المال وغير ذلك، ولكنه يسمح للمبحوث بأن يقيم نوعاً من التكامل بين هذه المجالات وغيرها بالطريقة التي يختارها، فيقيس الرضا عن الحياة ككل، كما أنه لا يتطرق إلى المفاهيم القريبة كالوجدان السلبي أو الشعور بالوحدة.

ترجم هذا الاستبيان إلى اللغة العربية، أحمد عبد الخالق، وروجعت الترجمة عدة مرات، (عبد الخالق، 2008، ص ص 125-126).

يتألف الاستبيان من خمسة بنود، يجاب عليها ضمن ثلاثة بدائل هي: "لا" وتنال الدرجة صفر (0)، "قليلاً" وتنال درجة واحدة (1)، و"كثيراً" وتنال درجتين (2). حيث تتراوح درجة كل مفحوص بين 0 - 10، ويشير الارتفاع في الدرجة على الاستبيان إلى ارتفاع الرضا عن الحياة. (ملحق رقم 2)

#### 2- الخصائص السيكومترية لاستبيان الرضا عن الحياة:

##### 1. الصدق والثبات على العينة الكويتية:

الصدق: تم حساب الصدق عن طريق ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للاستبيان، على عينات من طلاب الجامعة من الجنسين، وتراوحت هذه الارتباطات بين (0.34 - 0.73). وتم حساب الصدق المرتبط بالمحك (التقدير الذاتي للرضا عن الحياة اعتماداً على عبارة واحدة)، حيث تراوحت معاملات الصدق بين (0.58 - 0.73).

الثبات: تم حساب الثبات عن طريق الاستقرار عبر الزمن، حيث أعيد تطبيقه بعد أسبوع على ثلاث عينات، فجاءت معاملات الثبات كما يلي: 0.86، 0.89، 0.91، وهي معاملات مرتفعة. تشير هذه النتائج إلى اتساق داخلي مرتفع للاستبيان على الرغم من قصره (خمس عبارات)، وثبات مرتفع عبر الزمن وصدق محك مرتفع أيضاً (عبد الخالق، 2008، ص 126).

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### 2. تقنين استبيان الرضا عن الحياة على البيئة الجزائرية:

قام بشير معمريّة بتقنين استبيان الرضا عن الحياة على عينة تكونت من 384 فرداً؛ منهم 183 ذكراً و201 أنثى، تراوحت أعمار عينة الذكور بين 15-40 سنة بمتوسط حسابي قدره 22.05، وانحراف معياري قدره 5.26. وتراوحت أعمار الإناث بين 15-40 سنة بمتوسط حسابي قدره 20.65 وانحراف معياري قدره 4.87، وتم سحب العينتين (الذكور والإناث) من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن كليات جامعة الحاج لخضر باتنة وشملت الطلبة والموظفين والأساتذة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة (معمريّة، 2017، ص 100).

### الصدق والثبات على عينة التقنين:

الصدق: تم حساب معامل الصدق بثلاث طرق هي:

الصدق التمييزي: باستعمال طريقة المقارنة الطرفية، لدى عينة الذكور (ن=57)، قدره: 12.10 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.001، أما عند عينة الإناث (ن = 76)، قدره : 15.09 وهي دالة إحصائياً عند مستوى 0.001. فالاستبيان يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين من الذكور والإناث في الرضا عن الحياة، مما يجعله يتصف بمستوى عال من الصدق لدى عيني الذكور والإناث.

الصدق الاتفاقي: حيث تم حساب معاملات الارتباط بين استبيان الرضا عن الحياة وكل من قائمة السعادة الحقيقية، من إعداد: سيلجمان، واستبيان الشعور بالسعادة، من إعداد: مایسة النیال وخمیس علی، وقائمة الرضا عن الحياة للدسوقي، واستبيان التوجه نحو الحياة، من إعداد: شير وكارفر، واستبيان التفاؤل لعبد الخالق، واستبيان التدين بالإسلام، من إعداد: معمريّة. حيث تبين من معاملات الصدق الاتفاقي، أن استبيان الرضا عن الحياة يتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

الصدق التعارضي: حيث تم تطبيق استبيان الرضا عن الحياة مع استبيان التشاؤم لعبد الخالق، وقائمة اليأس لبيك. فتبين من معاملات الصدق التعارضي أن استبيان الرضا عن الحياة يتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

الثبات: تم حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين ومعامل ألفا كرونباخ، حيث تراوحت معاملات الثبات لطريقة الاستقرار كما يلي: (0.749، 0.741، 0.744) عند الذكور، الإناث، الذكور والإناث على التوالي، وهي دالة عند مستوى 0.01. وتراوحت معاملات ألفا كرونباخ بين (0.851 - 0.859)، مما يشير إلى أن الاستبيان يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

### 3. الصدق والثبات على عينة البحث الحالية:

#### الصدق:

صدق الاتساق الداخلي: بحساب الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للاستبيان، والجدول التالي يبين النتائج.

يبين الجدول رقم (13) صدق الاتساق الداخلي للاستبيان الرضا عن الحياة

البند	معامل الارتباط بالدرجة الكلية	الدالة
1	0.70**	دالة إحصائية عند مستوى 0.01
2	0.71**	دالة إحصائية عند مستوى 0.01
3	0.72**	دالة إحصائية عند مستوى 0.01
4	0.81**	دالة إحصائية عند مستوى 0.01
5	0.79**	دالة إحصائية عند مستوى 0.01

\*\* دالة عند 0.01

يتبين من النتائج المبينة في الجدول رقم (13) أن الاستبيان يتميز بدرجة عالية في صدقه الداخلي.

الصدق التمييزي: من أجل حساب الصدق التمييزي، وذلك بالمقارنة الطرفية، نرتب درجات الأفراد على الاستبيان، ترتيباً تصاعدياً، ثم نسحب عينتين من طرفي درجات العينة (ن=87)،

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

بواقع 27%، فأصبحت لدينا مجموعتان عليا ودنيا، تساوي كل منهما 23 فردا، ثم نقارن بينهما بالأسلوب الإحصائي "ت". ونتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين يوضحها الجدول التالي:

يبين الجدول رقم (14) الصدق التمييزي لاستبيان الرضا عن الحياة

قيمة "ت" المحسوبة	العينة الدنيا ن=23		العينة العليا ن=23		العينة
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**26.96	0.17	0.68	0.14	1.87	الرضا عن الحياة

\*\* الفرق دال عند 0.01

يتبين من الجدول أن قيمة "ت" دالة إحصائيا عند مستوى 0.01، مما يعني أن الاستبيان بإمكانه التمييز بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة. إذن الاستبيان صادق

الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين

- الفاكرونباخ

- التجزئة النصفية.

الثبات بطريقة ألفا كرونباخ: تم حساب الثبات عن طريق استخراج معامل التجانس ألفا كرونباخ، وكانت النتائج كالآتي:

يبين الجدول رقم (15) الثبات باستخراج معامل التجانس لاستبيان الرضا عن الحياة.

عدد البنود	ألفا كرونباخ
05	0.79

بلغت قيمة الفاكرونباخ 0.79، وهي قيمة مرتفعة مما يدل على ثبات استبيان الرضا عن الحياة.

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

الثبات بطريقة التجزئة النصفية: نقوم بتقسيم الاستبيان إلى نصفين، أحدهما تمثله البنود الفردية والآخر تمثله البنود الزوجية، ثم نحسب معامل الارتباط بين درجات النصفين، وتصحيح الطول. فكانت النتائج كالآتي:

يبين الجدول رقم (16) الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان الرضا عن الحياة

تصحيح الطول		قيمة معامل الارتباط
جتمان	سبيرمان براون	
0.79	0.80	0.66

إن معامل الثبات الذي تم الحصول عليه بعد تصحيح الطول هو : 0.79، 0.80، مما يشير إلى أن استبيان الرضا عن الحياة ثابت.

**طريقة تصحيح استبيان الرضا عن الحياة وتقدير الدرجة الخام للمفحوص :**

يتكون استبيان الرضا عن الحياة من 5 عبارات، تصحح كلها في اتجاه واحد، يجاب عنها ضمن ثلاثة اختيارات، ويصحح الاستبيان بطريقة التدرج في وجود الخاصية، حيث تبدأ من الأقل وجوداً إلى الأكثر وجوداً، ويعبر المفحوص على وجود الخاصية لديه من خلال الإجابة على كل عبارات الاستبيان، ضمن الاختيارات الثلاثة وهي: "لا" وتنال صفر، ودرجة واحدة في حالة الإجابة ب: "قليلاً"، وتنال المفحوص درجتين إذا أجاب ب: "كثيراً".

ومن أجل تقدير درجة المفحوص على استبيان الرضا عن الحياة، يتم جمع العلامات التي يضعها المفحوص تحت البديل الذي اختاره، وأمام العبارات الخمسة من الاستبيان حيث: يتم جمع العلامات الخاصة بالبديل "قليلاً" أمام كل العبارات ويضرب حاصل جمعها في واحد. وتجمع العلامات الخاصة بالبديل "كثيراً" أمام كل العبارات، ويضرب حاصل جمعها في اثنين. أما العلامات التي يضعها المفحوص أمام كل عبارة وتحت البديل "لا"، تهمل لأن درجتها صفر.

وبالتالي تقدر الدرجة النظرية لكل مفحوص على الاستبيان بين صفر و 10. فكلما انخفضت درجات المفحوص عن المتوسط يعني انخفاض الرضا عن الحياة ، وارتفاع الدرجة عن المتوسط يعني ارتفاع الرضا عن الحياة.



## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

(3). إستبيان تقبل العلاج: من إعداد الباحث.

وبسبب عدم عثور الباحث على أداة جاهزة لقياس مفهوم تقبل العلاج، اضطر إلى بناء مقياس صالح وملائم لقياس مفهوم أو سلوك تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، بهدف معرفة مدى التزام المريض بنصائح الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية.

### 1- خطوات إعداد الاستبيان:

من أجل تصميم استبيان جيد قادر على قياس الخاصية المراد دراستها - تقبل العلاج - ويكون بمثابة أداة جيدة لجمع البيانات من عينة الدراسة - مرضى ضغط الدم المرتفع -، قام الباحث بـ:

1. الاطلاع على التراث النظري المبين في قائمة المراجع؛ الذي تناول بالتعريف والتحديد الدقيق لمفهوم تقبل العلاج (أنظر فصل تقبل العلاج)

2. الاطلاع على بعض المقاييس التي تم استخدامها في قياس تقبل العلاج: استبيان Hill-Bone،

استبيان: Morisky لتناول الدواء (Culig & Leppée, 2014 pp. 55-62)،

استبيان الانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن لرشيد أرزقي،

استبيان تقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي لسمية رحاحلية،

استبيان تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي لسعيد قارة،

استبيان الالتزام الصحي لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم لرفيقة لكحل.

3. الاتصال ببعض الأطباء المختصين في أمراض القلب، لتحديد أهم النصائح والإرشادات الطبية التي يقدمها الطبيب لمرضى ضغط الدم المرتفع (ملحق رقم 3).

4. الاتصال ببعض المرضى، من أجل تحديد أهم النصائح والإرشادات الطبية التي يقدمها لهم الطبيب المعالج والمطلوب منهم الالتزام بها (ملحق رقم 4).

5. انطلاقا مما سبق، تم تصميم صورة أولية لاستبيان يقيس تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، يتضمن 26 بنداً (ملحق رقم 7)، موزعة على 04 محاور أساسية هي:

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

المحور الأول: تناول الدواء، ويحتوي العبارات:

1. أتذكر تناول دوائي.
2. أتناول دوائي في الوقت المحدد.
3. التزم بالجرعات التي وصفها لي طبيبي المعالج
4. أشتري كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي المعالج
5. أتوقف عن تناول الدواء دون استشارة طبيبي المعالج
6. أحمل دوائي معي لما أسافروحين أغيب عن المنزل
7. أتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست بأن حالتي الصحية تحسنت
8. أعلم جيدا أن صحي ستكون في خطر إذا لم أتناول الدواء

المحور الثاني: المواعيد الطبية

1. التزم بالمواعيد الطبية
2. أقوم بإجراء الفحوصات والتحاليل والأشعة التي يطلبها مني الطبيب
3. أرجع إلى الطبيب المعالج إذا ظهرت عليا أعراض غير عادية
4. أسأل الطبيب عن الأشياء التي تحافظ على صحي واستقرار ضغط دمي
5. أقيس ضغط دمي وأسجله في كراسة خاصة
6. أتبع تعليمات الطبيب بدقة لأنني أثق به.

المحور الثالث: الغذاء

1. أبتعد عن المأكولات المملحة (المكسرات.....)
2. أكثر من تناول الخضروات والفواكه
3. أتجنب الأكل في محلات الأكل السريع – بيزيريا-
4. أتجنب الأطعمة كثيرة الدسم
5. أتناول طعامي منقوصا من الملح

المحور الرابع: نمط الحياة وتعديل السلوك

1. أتناول المشروبات الكحولية وأفرط في الشرب
2. أشرب القهوة والمشروبات المنبهة بكثرة

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

3. أنقص وزني عندما يزيد
4. أقوم بالمشي لأنه يُحسن صحتي
5. أمارس الرياضة
6. أنا أُدخن
7. أتجنب المواقف التي تسبب لي الضغط والتوتر،
6. عرض فقرات الاستبيان مرفقة بتعريف لتقبل العلاج والمحاور الأربعة على مجموعة من الخبراء وهم أساتذة في علم النفس (ملحق رقم 5)، لإعطاء ملاحظاتهم (ملحق رقم 6)،
7. قام الباحث بالتعديلات التي أشار إليها واقترحها المحكمون، حيث تم:
  - أ. حذف بعض البنود.
  - ب. دمج بعض البنود التي تحمل نفس المعنى.
  - ج. تفكيك بعض البنود المركبة.
  - د. إعادة صياغة بعض البنود.
  - هـ. إعادة صياغة البنود السلبية إلى بنود إيجابية.
  - و. إعادة تسمية عنوان المحور الثالث.
8. تمت صياغة الاستبيان في صورته النهائية بأربعة محاور و22 بنداً، وبثلاثة بدائل للإجابة (ملحق رقم 8)
9. تم توزيع البنود على المقياس بطريقة عشوائية.
10. تم وضع تعليمة للاستبيان تبين الغرض منه وطريقة الإجابة على بنوده وهي: فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتحدث عن مدى التزامك وإتباعك لإرشادات وتعليمات طبيبك المعالج. اقرأ كل عبارة على حدة، ثم أجب عنها بوضع علامة (x) أمام العبارة وتحت كلمة: لا أو قليلاً أو كثيراً. وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليك. أجب عن كل العبارات. لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### 2- الخصائص السيكومترية لاستبيان تقبل العلاج:

#### 1. الصدق:

صدق الاتساق الداخلي: بحساب الارتباط بين درجة كل بند ودرجة كل بعد، والجدول التالي يبين النتائج

يبين الجدول رقم (17) صدق الاتساق الداخلي، ارتباط البند بالبعد، لاستبيان تقبل العلاج.

تناول الدواء		المواعيد الطبية		طبيعة الغذاء		نمط الحياة	
البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط	البند	معامل الارتباط
1	** 0.71	2	** 0.69	3	** 0.48	4	** 0.51
5	** 0.85	6	** 0.35	7	** 0.56	8	** 0.65
9	** 0.79	10	** 0.54	11	** 0.65	12	** 0.56
13	** 0.85	14	** 0.64	15	** 0.70	16	** 0.42
17	** 0.77	18	** 0.61	19	** 0.66	20	** 0.56
21	** 0.76	22	** 0.72				

\*\* دالة عند 0.01

يتبين من النتائج المبينة في الجدول رقم (17)، أن معاملات الارتباط كانت كلها دالة عند 0.01، مما يدل على أن الاستبيان صادق.

صدق الاتساق الداخلي: بحساب الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبيان، والجدول التالي يبين النتائج

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

يبين الجدول رقم (18) صدق الاتساق الداخلي، ارتباط البعد بالدرجة الكلية

لاستبيان تقبل العلاج

معامل الارتباط	البعد
**0.67	تناول الدواء
**0.78	المواعيد الطبية
**0.69	طبيعة الغذاء
**0.73	نمط الحياة

\*\* دالة عند 0.01

يتبين من النتائج المبينة في الجدول رقم (18)، أن معاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية لاستبيان تقبل العلاج كلها دالة إحصائية، مما يشير إلى أن الاستبيان صادق.

الصدق التمييزي:

أ. الاستبيان: من أجل حساب الصدق التمييزي، وذلك بالمقارنة الطرفية، نسحب عينتين من طرفي درجات العينة (ن = 87)، بواقع 27 %، ونتائج قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المجموعتين يوضحها الجدول التالي:

يبين الجدول رقم (19) الصدق التمييزي لاستبيان تقبل العلاج

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن = 23		العينة العليا ن = 23		العينة
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**13.18	0.23	1.06	0.83	1.75	تقبل العلاج

\*\* الفرق دال عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (19) أن قيمة "ت" دالة إحصائية عند مستوى 0.01، مما يعني أن الاستبيان يميز بين مرتفعي ومنخفضي تقبل العلاج. إذن الاستبيان صادق.

يبين الجدول رقم (20) الصدق التمييزي لأبعاد استبيان تقبل العلاج

قيمة "ت"	العينة الدنيا ن=23		العينة العليا ن=23		العينة الأبعاد
	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
**5.11	0.58	1.36	0.69	1.98	تناول الدواء
**5.94	0.43	1.24	0.18	1.82	المواعيد الطبية
**7.46	0.43	1	0.18	1.73	طبيعة الغذاء
**8.95	0.32	0.65	0.28	1.46	نمط الحياة

\*\* الفرق دال عند 0.01

يتبين من الجدول رقم (20) أن قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0.01، مما يعني أن الاستبيان صادق.

**الصدق الاتفاقي:**

تم تطبيق استبيان تقبل العلاج مع استبيان مصدر الضبط الصحي، وجاءت قيمة معامل الارتباط بيرسون 0.73، وهي مرتفعة ودالة إحصائياً عند 0.01، مما يشير إلى صدق استبيان تقبل العلاج.

2. الثبات: تم حساب الثبات بطريقتين:

- الفا كرونباخ.

- التجزئة النصفية.

**الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:**

أ. الاستبيان: تم حساب الثبات عن طريق استخراج معامل التجانس ألفا كرونباخ، وكانت النتائج كالآتي:

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

يبين الجدول رقم (21) الثبات باستخراج معامل التجانس لاستبيان تقبل العلاج

عدد البنود	ألفا كرونباخ
22	0.81

بلغت قيمة الفا كرونباخ 0.81، وهي قيمة مرتفعة مما يدل على ثبات استبيان تقبل العلاج.

ب. أبعاد الاستبيان: تم حساب الثبات عن طريق استخراج معامل التجانس ألفا كرونباخ لكل بعد من أبعاد الاستبيان، وكانت النتائج كالآتي:

يبين الجدول رقم (22) الثبات باستخراج معامل التجانس لأبعاد استبيان تقبل العلاج

الأبعاد	عدد البنود	ألفا كرونباخ
تناول الدواء	06	0.87
المواعيد الطبية	06	0.63
طبيعة الغذاء	05	0.58
نمط الحياة	05	0.40

جاءت قيم معامل الفا كرونباخ في معظمها مرتفعة مما يدل على ثبات استبيان تقبل العلاج.

الثبات بطريقة التجزئة النصفية:

يبين الجدول رقم (23) الثبات بطريقة التجزئة النصفية لاستبيان تقبل العلاج

تصحيح الطول		قيمة معامل الارتباط
جتمان	سبيرمان براون	
0.79	0.80	0.66

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

إن معامل الثبات الذي تم الحصول عليه بعد تصحيح الطول هو: 0.79 ، 0.80، يشير إلى أن استبيان تقبل العلاج ثابت.

### طريقة تصحيح استبيان تقبل العلاج وتقدير الدرجة الخام للمفحوص:

يصحح استبيان تقبل العلاج هو الآخر بطريقة التدرج في وجود الخاصية لدى المفحوص، حيث تبدأ من الأقل وجوداً إلى الأكثر وجوداً لها.

يتكون الاستبيان من 22 عبارة، تصحح كلها في اتجاه واحد، ويعبر المفحوص عن تقبله للعلاج من خلال الإجابة على كل عبارات الاستبيان، ضمن ثلاثة اختيارات وهي: "لا" وتنال صفر، و "قليلاً" وتنال درجة واحدة، وينال المفحوص درجتين إذا أجاب بـ "كثيراً". ومن أجل تقدير درجة المفحوص على استبيان تقبل العلاج، يتم جمع العلامات التي يضعها المفحوص تحت البديل الذي اختاره، وأمام كل عبارات الاستبيان، حيث يتم جمع العلامات الخاصة بالبديل "قليلاً" أمام كل العبارات ويضرب حاصل جمعها في واحد. ويتم جمع العلامات الخاصة بالبديل "كثيراً" أمام كل العبارات، ويضرب حاصل جمعها في اثنين. أما العلامات التي يضعها المفحوص أمام كل عبارة من عبارات الاستبيان وتحت البديل "لا"، فإنها تهمل لأن درجتها صفر.

وتقدر الدرجة النظرية لكل مفحوص على الاستبيان بين صفر و 44. فكلما انخفضت درجات المفحوص عن المتوسط يعني انخفاض تقبل العلاج، وارتفاع الدرجة عن المتوسط يعني ارتفاع تقبل العلاج.



## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

### رابعاً. كيفية إجراء البحث وطريقة تطبيق أدواته وتصحيحها:

#### (1). كيفية إجراء البحث وبعض صعوباته:

بعد تصميم استبيان تقبل العلاج وتحضير الاستبيانين الآخرين (الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة)، قام الباحث بإجراء مقابلات تمهيدية مع رؤساء الجمعيات وأصحاب العيادات الطبية، مكان تطبيق أدوات البحث، وذلك لشرح هدف البحث وتقديم أدواته التي سوف يقوم بتطبيقها على المرضى بعد موافقتهم طبعاً، حيث وجد الباحث كل التسهيلات والترحيب والقبول دون تردد من طرف جمعية مرضى القلب حاملي الصمامات الميكانيكية بباتنة، وجمعية متقاعدي عمال التربية لولاية باتنة، والعيادات الطبية الخاصة بأمراض القلب والشرابين بباتنة لكل من الدكتور مسامح، والدكتور زعبوب، والدكتور معلم المختص في أمراض الغدد والسكري على اعتبار أن ضغط الدم المرتفع غالباً ما يلزم مرض السكري، كما تم تطبيق أدوات البحث في أماكن أخرى في مدينة باتنة، حيث تخلى الباحث عن عيادة الدكتور زعبوب بسبب مكان التطبيق، وهو قاعة الانتظار الواسعة، وجاءت في مدخل العيادة، وهي عبارة عن بهو وقاعة استقبال وتوجيه المرضى، وبالتالي تكثرت الحركة والضجيج، مما يعوّق العمل مع المرضى بكل أريحية.

هذا وقد لاقى الباحث صعوبات في ثلاث عيادات، فقد رفض الأطباء أصحاب هذه العيادات التعاون والسماح بإجراءات تطبيق أدوات البحث، بحجة التشويش على المرضى.

#### (2). طريقة تطبيق أدوات القياس:

تم تطبيق الاستبيانات في قاعات الانتظار بالنسبة للعيادات الطبية، أثناء حضور المرضى للفحص الطبي، وكان ذلك قبل أن يدخل المريض للفحص، وبعض المرضى بعد أن ينتهي من الفحص. أما في الجمعيات فيحضر الباحث في الفترة الصباحية إلى المقر ليلتقي بمن يأتي للجمعية من منتسبيها، أين يحضر متقاعدو عمال التربية للجمعية ليلتقي بعضهم بعضاً، وأحياناً أخرى تقدم لهم محاضرات داخل مقر الجمعية، أما جمعية مرضى القلب حاملي الصمامات الميكانيكية فالمرضى الذين التقى بهم الباحث وقبلوا تطبيق الاستبيانات فقد جاؤوا ليأخذوا بعضاً من الأدوية الموصوفة لهم مجاناً تتحصل عليها الجمعية من المحسنين.

## الفصل الخامس: إجراءات البحث الميدانية

حيث يسأل الباحث عن يعاني من مرض ارتفاع ضغط الدم ليكون فردا من عينة البحث إن وافق.

وبعد تقديم الباحث لنفسه للمرضى، يشرح لهم الهدف من البحث وما يريده منهم، وبعد تطمينهم أن الاستبيانات للبحث العلمي فقط، وأنهم غير ملزمين بذكر أسمائهم للباحث أو كتابتها على الاستبيان، فقط تكفي الإشارة لاسمه بأحرف أو يترك مكان الاسم فارغا إن أراد ذلك، وأن لهم حرية المشاركة في البحث من عدمها.

بعد هذا يوزع الباحث الاستبيانات على كل فرد يعرف القراءة والكتابة بعد شرح التعليمات، ويتولى هو بقراءة بنود الاستبيانات للفئات الأمية.

بالنسبة للتعليمات الخاصة بالاستبيانات، يطلب الباحث من المفحوص إكمال البيانات الشخصية أعلى الصفحة، ثم قراءة العبارة جيدا والإجابة عليها، بوضع علامة (x) مقابل العبارة وتحت واحد من الاختيارات الثلاثة الموجودة، وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليه.

بالنسبة لتطبيق أدوات القياس على عينة البحث فقد كانت بمدينة باتنة، في الفترة الزمنية الممتدة بين: 29 أبريل 2018 و 13 أوت 2018.

وقد واجه الباحث بعض الصعوبات أثناء تطبيق الاستبيانات، تمثلت في عدم رغبة بعض المرضى في التعاون، ومنهم من يقبل بعد تدخل ممرضى العيادة باعتبار أن الباحث غريب عنهم. ومنهم من يبدأ بالإجابة ثم ينسحب دون أن يكملها، ومنهم من يدخل للفحص بعد أن بدأ في الإجابة على وعد أن يكمل ما تبقى بعد الخروج من الفحص لكنه لا يكمل بحجة ضيق الوقت وأنه مستعجل.

ومن الصعوبات أيضا أنه في العيادات الطبية قاعتين للانتظار، إحداهما للرجال والأخرى مخصصة للنساء، حيث لم يتمكن الباحث من تطبيق الاستبيانات على الإناث، فاستعان بأخصائية نفسانية ساعدته في ذلك. هذا في عيادة الدكتور مسامح، أما بالنسبة لعيادة الدكتور معلم، فهناك قاعة خاصة مجهزة بالطاولات والكراسي، والممرضات هن من يوجهن المرضى من الجنسين للباحث من أجل التطبيق، وهي من تعليمات الطبيب صاحب العيادة.

### خامسا. تصميم البحث:

- بعد قياس متغيرات البحث: الكفاءة الذاتية، الرضا عن الحياة، تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، سيتناول الباحث بحثه هذا وفق التصميمات الآتية:
1. تقسيم مرضى ضغط الدم المرتفع إلى مجموعتين: مرتفعين ومنخفضين في الكفاءة الذاتية.
  2. تقسيم مرضى ضغط الدم المرتفع إلى مجموعتين: مرتفعين ومنخفضين في الرضا عن الحياة.
  3. تقسيم مرضى ضغط الدم المرتفع إلى عینتين: ذكور وإناث.
  4. تقسيم مرضى ضغط الدم المرتفع إلى ثلاثة فئات عمرية:  
بالنسبة للذكور: 30 - 55، 56 - 70، 71 - 86.  
بالنسبة للإناث: 30 - 55، 56 - 70، 71 - 97.
  5. إجراء عمليات المقارنة بين المجموعات السابقة في سلوك تقبل العلاج.

### سادسا. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث :

لتحقيق أهداف البحث، وللإجابة على تساؤلاته واختبار فروضه، وبالتالي معالجة البيانات، فقد تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية التي يزخر بها برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (Spss)، ومن هذه الأساليب:

- الإحصاء الوصفي:

. المتوسط الحسابي.

. الانحراف المعياري.

- الإحصاء الاستدلالي:

. معادلة بيرسون للارتباط الخطي..

. اختبار "ت".

. اختبار "ف".

# الفصل السادس

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

أولاً. عرض نتائج البحث.

ثانياً. مناقشة نتائج البحث.

ثالثاً. مناقشة عامة.

### أولاً. عرض نتائج البحث:

تم عرض نتائج البحث وفق الفرضيات، وتمت معالجة البيانات وفق الأساليب الإحصائية الاستدلالية لمعرفة دلالة الفروق بين العينات، وهي اختبار "ت" وتحليل التباين الثنائي "قيمة ف"، ومعادلة مربع إيتا لمعرفة حجم الأثر واستعمال معايير كوهين (Cohen, 1988)، لتحديد مستويات حجم الأثر، وهي كما يأتي:

في حالة اختبار "ت":

يتراوح المدى الصغير بين: 0,20 و 0,49.

يتراوح المدى المتوسط بين: 0,50 و 0,79.

يتراوح المدى الكبير بين: 0,80 فما فوق.

في حالة تحليل التباين قيمة ف:

يتراوح المدى الصغير بين: 0,01 و 0,05.

يتراوح المدى المتوسط بين: 0,06 و 0,013.

يتراوح المدى الكبير بين: 0,14 فأكثر.

### 1). الفرضية الأولى:

تنص على ما يأتي : توجد فروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.

#### نتائجها:

يبين الجدول رقم (24) دلالة الفروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من الجنسين في تقبل العلاج.

الجنس	الفئة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
ذكور	ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة	51	1,71	0,18	4,518	16,197	0,000	0,386	متوسط
	ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة	15	1,28	0,35					
إناث	ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة	20	1,56	0,24	1,984	64	0,052	0,058	ضعيف
	ذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة	46	1,44	0,23					



## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

يتبين من الجدول رقم (24) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01، بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية الذكور في تقبل العلاج لصالح مرتفعي الكفاءة الذاتية، و أشارت قيمة حجم الأثر إلى دلالة عملية متوسطة.

ولا توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية الإناث في تقبل العلاج.

### (2). الفرضية الثانية:

تنص على ما يأتي: توجد فروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.

#### نتائجها:

يبين الجدول رقم (25) دلالة الفروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من الجنسين في تقبل العلاج.

الجنس	الفئة	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
ذكور	ذوي الرضا عن الحياة المرتفع	51	1,68	0,23	3,495	64	0,001	0,16	ضعيف
	ذوي الرضا عن الحياة المنخفض	15	1,40	0,36					
إناث	ذوي الرضا عن الحياة المرتفع	33	1,52	0,22	1,366	64	0,177	0,028	ضعيف
	ذوي الرضا عن الحياة المنخفض	33	1,43	0,26					

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

يتبين من الجدول رقم (25) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01، بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة الذكور في تقبل العلاج لصالح مرتفعي الرضا عن الحياة، وأشارت قيمة حجم الأثر إلى دلالة عملية صغيرة.

ولا توجد فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة الإناث في تقبل العلاج.

### (3). الفرضية الثالثة:

وتنص على ما يأتي: توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة.

### نتائجها:

يبين الجدول رقم (26) دلالة التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
الكفاءة الذاتية	1,004	1	1,004	18,630	0,000	0,072	متوسط
الرضا عن الحياة	0,287	1	0,287	5,331	0,022	0,022	صغير
التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة	0,113	1	0,113	2,089	0,150	0,009	صغير
الخطأ	12,886	239	0,054				
الكلية	601,196	243					

يتبين من الجدول رقم (26) أن الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة غير دالة إحصائياً.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

### (4). الفرضية الرابعة:

وتنص على ما يأتي: توجد فروق بين الجنسين من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.

نتائجها:

يبين الجدول رقم (27) قيمة "ت" لدلالة الفروق بين الجنسين في تقبل العلاج.

مستوى حجم الأثر	حجم الأثر	مستوى الدلالة الإحصائية	درجات الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الفئة	
صغير	0,067	0,000	241	4,149	0,26	1,61	123	ذكور	تقبل
					0,21	1,48	120	إناث	العلاج

يتبين من الجدول رقم (27) وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى 0.01 بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور، وأشارت قيمة حجم الأثر إلى دلالة عملية صغيرة.

### (5). الفرضية الخامسة:

وتنص على ما يأتي: توجد فروق بين الأعمار من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.

نتائجها:

يبين الجدول رقم (28) الخصائص الإحصائية للفئات العمرية في تقبل العلاج.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	الفئات العمرية
0,27	1,47	73	55-30 سنة
0,22	1,60	110	70-56 سنة
0,24	1,55	60	97-71 سنة
0,25	1,55	243	المجموع

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

يبين الجدول رقم (29) قيمة "ف" لدلالة الفروق بين الفئات العمرية في تقبل العلاج.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
بين المجموعات	0,757	2	0,378	6,239	0,002	0,049	صغير
داخل المجموعات	14,559	240	0,061				
الكلية	15,316	242					

يبين الجدول رقم (30) دلالة المقارنات المتعددة باستخدام اختبار توكي Tuckey بين الفئات العمرية في تقبل العلاج.

مستوى الدلالة الإحصائية	الخطأ المعياري	متوسط الفرق	المقارنات الثنائية	
0,001	0,03718	- 0,13131	70-56 سنة	55- 30 سنة
0,179	0,04292	- 0,07629	97-71 سنة	55- 30 سنة
0,347	0,03953	0,05503	97-71 سنة	70-56 سنة

يتبين من الجدول رقم (29) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01، بين الفئات العمرية من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج، وأشارت قيمة حجم الأثر إلى دلالة عملية صغيرة. ولمعرفة أي الفئات العمرية مصدر الفروق، تم حساب اختبار توكي للمقارنات المتعددة، وتبين من الجدول رقم (30) أن الفروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين الثنائية (55-30 ، 70-56) لصالح الفئة العمرية 70-56 كما هو مبين في الجدول رقم (28).

(6). الفرضية السادسة:

وتنص على ما يأتي: توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

نتائجها:

يبين الجدول رقم (31) قيمة "ف" لدلالة الفروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة الإحصائية	حجم الأثر	مستوى حجم الأثر
الجنس	0,732	1	0,732	12,885	0,000	0,052	صغير
العمر	0,651	2	0,326	5,732	0,004	0,046	صغير
التفاعل بين الجنس والعمر	0,166	2	0,083	1,461	0,234	0,012	صغير
الخطأ	13,464	237	0,057				
الكلية	601,196	243					

يتبين من الجدول رقم (31) أن قيمة "ف" لدلالة التفاعل بين الجنس والعمر في تقبل العلاج لدى عينة البحث غير دالة إحصائية، وبالتالي لا توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

### ثانيا. مناقشة نتائج البحث:

#### (1). مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نص الفرضية: توجد فروق بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة وذوي الكفاءة الذاتية المنخفضة من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.

من خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات لمعرفة دلالة الفروق بين العينات، باستخدام اختبار 'ت'، والمبين في الجدول رقم (24) تبين ما يلي:

1- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية الذكور في تقبل العلاج لصالح مرتفعي الكفاءة الذاتية مع حجم تأثير متوسط.

وتدل هذه النتيجة على أن الكفاءة الذاتية تؤثر في تقبل العلاج، فكلما ارتفعت الكفاءة الذاتية لمرضى ضغط الدم المرتفع الذكور، زاد تقبلهم للعلاج والتزامهم بنصائح مقدمي الرعاية الصحية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Lewis, Schoenthaler & Ogedegbe, 2012)، على 253 رجلا مريضا بضغط الدم المرتفع، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية في تقبل العلاج، فمرضى ضغط الدم المرتفع الذكور ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة أكثر تقبلا للعلاج والتزاما بالأدوية الخافضة لارتفاع ضغط الدم.

وتتفق هذه النتيجة، كذلك، مع دراسة (Lennon, Hughes, Johnston & McInay, 2001)، حول تحديد العوامل النفسية والاجتماعية التي تؤثر على تقبل العلاج، لدى 117 مريضا بضغط الدم المرتفع، وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية في تقبل العلاج، حيث أن متقبلي العلاج من المرضى قد تحصلوا على درجات عالية في الكفاءة الذاتية.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

وتتفق هذه النتيجة، أيضا، مع دراسة (Son, Kim & Park, 2013)، حول دور أعراض الاكتئاب والكفاءة الذاتية للالتزام بالدواء، على عينة تكونت من 98 مريضا، حيث وجد الباحثون أن لارتفاع الكفاءة الذاتية تأثير على تقبل العلاج.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Son & Won, 2017)، حول الاكتئاب والالتزام بالأدوية بين المرضى الكوريين المسنين المصابين بارتفاع ضغط الدم: الدور الوسيط للكفاءة الذاتية، على عينة تكونت من 255 مريضا، وتوصلت إلى وجود علاقة تنبؤية بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج، وأن الكفاءة الذاتية تعتبر من محددات تقبل العلاج، وأنها مؤشر مهم على تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بضغط الدم المرتفع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Bane, Hughes & Mcelnay, 2006)، حول محددات الالتزام بالدواء لدى مرضى ضغط الدم المرتفع: تطبيق الكفاءة الذاتية ونظرية السلوك المخطط، على عينة تكونت من 139 مشاركا من المرضى المصابين بضغط الدم المرتفع، بمدينة بلفاست بايرلندا الشمالية، وكان الهدف الرئيسي من الدراسة هو تحديد فائدة الكفاءة الذاتية ونظرية السلوك المخطط في التنبؤ بتقبل العلاج والالتزام بالأدوية الخافضة لضغط الدم، وتوصلت الدراسة إلى أن المرضى المتقبلين للعلاج كان مستوى الكفاءة الذاتية لديهم أعلى.

وتتفق هذه النتيجة مع الدراسة شبه التجريبية التي أجراها (Criswell, Weber, Xu & Carter, 2010)، حول أثر الكفاءة الذاتية والدعم الاجتماعي على الالتزام بالأدوية الخافضة لضغط الدم المرتفع على عينة تكونت من 584 مريضا بضغط الدم المرتفع، قسمت العينة إلى مجموعتين: تجريبية (296 مريضا)، وضابطة (288 مريضا)، وتوصلت الدراسة إلى أن للكفاءة الذاتية تأثير على تقبل العلاج لدى مجموعة التدخل.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسات (Maeda, et al., 2013 و Schoenthaler, et al., 2009)، التي وجدوا فيها أن الكفاءة الذاتية هي واحدة من أقوى المنبئات بالالتزام بالأدوية لدى مرضى ضغط الدم المرتفع (Son & Won, 2017, p. 6).

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع دراسة قارة (2015)، حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم، على عينة تكونت من 113 مريضا، وتوصلت إلى وجود ارتباط موجب بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج.

وتتفق نتيجة هذا البحث، أيضا، مع دراسة (Martos-Méndez, 2016)، حول الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج، على عينة تكونت من 202 من المرضى المزمنين الأسباب، وتوصلت إلى أن الكفاءة الذاتية لها تأثير مباشر وكبير على تقبل المريض للعلاج.

وتتسق هذه النتيجة كذلك مع المحتوى النظري للكفاءة الذاتية، والذي مؤداه أن الكفاءة الذاتية العالية تزيد من احتمالية ظهور السلوك الصحي، وتعمل على ضبطه وتنظيمه، فهي تدفع بالمريض إلى المثابرة في وجه الصعوبات والتحديات، وبالتالي الارتقاء بصحته والمحافظة عليها، عن طريق إتباع توجيهات ونصائح مقدمي الرعاية الصحية.

وتتماشى هذه النتيجة مع ما ذهب إليه (Holman & Iorig, 1992)، من أن الكفاءة الذاتية تعد عاملا شخصيا مهما، تنسب إليه مسألة الحفاظ على الصحة. وأيضا ما أشار إليه باندورا (1997)، بأن معظم النماذج النظرية للسلوك الصحي الآن، تحتوي على مفهوم كفاءة الذات كمفهوم مؤثر، حيث إنها تدفع الفرد لاختيار سلوك صحي معين والالتزام بهذا السلوك (الدق، 2011، ص 148).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بالرجوع إلى الإطار النظري، حيث يشير (Baron & Byrne, 1997)، إلى أن الأفراد المرتفعين في الكفاءة الذاتية تكون لديهم قدرة أكبر على الاستمرار لفترة طويلة في ممارسة السلوك الصحي الايجابي (الدق، 2011، ص 290).

ويفسر الباحث هذه النتيجة بكون مرتفعي الكفاءة الذاتية يزداد لديهم الوعي بأنهم قادرون على أن يتحكموا في ظروفهم ويسيطروا على ما يواجهون من صعوبات، خاصة وأنهم يعانون من مرض خطير دون أعراض واضحة ودون آلام كذلك، مما يدفعهم إلى الحفاظ على صحتهم، فتزداد بذلك ممارسة السلوك الصحي لديهم، فهم أكثر حرصا على إتباع نصائح الطبيب في كل ما يجعل ضغط دمهم أكثر استقرارا. فقد أوضح باندورا (1997) في (الدق، 2011، ص 141)، أن



## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

الأفراد الذين لديهم معتقدات كفاءة الذات مرتفعة، أظهروا تحسنا في أداء الوظائف الجسمية والنفسية، وظهر ذلك في قوتهم الجسمية أو في معدلات نشاط الوظائف النفسية وتحكمهم في الألم.

يفسر الباحث هذه النتيجة أيضا بكون خبرات الفرد عن أهمية صحته تؤدي إلى زيادة معتقداته عن كفاءته الذاتية، وهذا يدفعه إلى الحفاظ على صحته، والمحافظة على الصحة لا تتأتى إلا بإتباع نصائح مقدمي الرعاية الصحية، وبالتالي وحسب باندورا (1997)، فإن تنشيط الكفاءة الذاتية من أجل حياة فعالة يعد أحد الأشكال العلاجية الأساسية، في حين أن العلاج الجسدي بمفرده ليس كافيا للشفاء (الدق، 2011، ص 148).

2- لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرتفعات والمنخفضات في الكفاءة الذاتية في تقبل العلاج.

ويتضح من هذه النتيجة أنه لم يظهر أي تأثير للكفاءة الذاتية على تقبل العلاج.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع سيكولوجية المرأة الصحية، فالمرأة، مقارنة بالرجل، أكثر حساسية إزاء إصابتها بالأمراض، وأكثر حرصا على صحتها، مما يجعلها أكثر اندفاعا وإقبالا على مراجعة الأطباء للعلاج وتناول الدواء، بانتظام، ومعظم النساء يتميزن بهذا السلوك، بغض النظر عن خصائصهن النفسية الأخرى؛ كالكفاءة الذاتية. لذا جاءت النتيجة بعدم وجود فرق بين المرتفعات والمنخفضات في الكفاءة الذاتية في سلوك تقبل العلاج. وبلغة فنية، أن الكفاءة الذاتية لم تحدث أي تباين في سلوك تقبل العلاج لدى عينة الإناث. إن سلوك الإقبال على العلاج لدى المرأة لا يتأثر بإدراكها لكفاءتها الذاتية، فالمرأة، وهي أكثر خوفا من الأمراض، وأكثر تشبها بالحياة، من المحتمل أن تنخفض لديها مشاعر الكفاءة الذاتية، مما يجعلها لا تفسر أي تباين في سلوك تقبل العلاج لديها.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

### (2). مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نص الفرضية: توجد فروق بين ذوي الرضا عن الحياة المرتفع وذوي الرضا عن الحياة المنخفض من مرضى ضغط الدم المرتفع من الجنسين في تقبل العلاج.

من خلال نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات لمعرفة دلالة الفروق بين العينات باستخدام اختبار 'ت'، والمبينة في الجدول الرقم (25) تبين ما يلي:

1- توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0.01 بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة الذكور في تقبل العلاج لصالح مرتفعي الرضا عن الحياة.

وتدل هذه النتيجة على أن تقبل العلاج يتأثر بالرضا عن الحياة أي أن الرضا عن الحياة يسهم في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع الذكور.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Strine, Chapman, Balluz, Moriarty & Mokdad, 2008)، حول الارتباطات بين الرضا عن الحياة وجودة الحياة المتعلقة بالصحة والأمراض المزمنة والسلوك الصحي، وتوصلت إلى أن الرضا عن الحياة يرتبط بالسلوك الصحي الايجابي وأن عدم الرضا عن الحياة يرتبط بالسلوك الصحي السلبي، فكلما زاد الرضا عن الحياة زاد احتمال أن يسلك المرضى السلوك الصحي الايجابي.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Grant, Wardle & Steptoe, 2009)، حول الرضا عن الحياة والسلوك الصحي، على عينة تكونت من 17246 فردا، والتي توصلت إلى وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والسلوك الصحي.

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع دراسة (Steca et al., 2012)، التي خلصت إلى وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والصحة.

وتتفق هذه النتيجة كذلك مع دراسة (Grygiel et al., 2018)، حول السلوك الصحي والرضا عن الحياة، على 123 مريضا من الجنسين، وأسفرت عن وجود ارتباط موجب ثنائي الاتجاه بين

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

الرضا عن الحياة والسلوك الصحي، مثل ممارسة الرياضة، عدم التدخين، تناول الفاكهة، ومحدودية تناول الدهون.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Grao-Cruces, Fernandez-Martinez, & Nuviala, 2014)، التي توصلت إلى وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والنشاط البدني.

وتتفق هذه النتيجة أيضا مع دراسة مبروك (2007)، حول أبعاد الرضا عن الحياة ومحدداته، على عينة تكونت من 113 من الذكور، وتوصلت إلى وجود ارتباط موجب بين الرضا عن الحياة والصحة الجسمية.

وتتسق هذه النتيجة مع ما أشار إليه (McDonnell et al., 2011)، من أن بعض الدراسات أظهرت أن ارتفاع الرضا عن الحياة هو مؤشر هام على النتائج الإيجابية لتحسن الصحة الجسمية (Cox et al., 2012).

وتتسق هذه النتيجة أيضا مع ما جاء في الأدب النظري لمفهوم الرضا عن الحياة، من أن الأشخاص الأكثر رضا عن حياتهم هم أشخاص يتمتعون بصحة جيدة، فالرضا عن الحياة يسبب الصحة وتتأثر به، كما أن الصحة هي الأخرى تسبب الرضا عن الحياة.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن المرضى الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الرضا عن الحياة، يسعون للوصول إلى أهدافهم وتحقيق طموحاتهم، وبالتالي هم أكثر تحكما في حياتهم وهذا له الأثر الإيجابي على الصحة الجسمية حيث يجعل المريض بضغط الدم المرتفع مهتما أكثر بتناول أدويته وحريصا على أن يسلك السلوك الصحي السليم المطلوب، فكلما شعر المريض بالرضا عن الحياة والارتياح والطمأنينة كلما كان مقبلا على السلوك الصحي الإيجابي ومتبعا لنصائح مقدمي الرعاية الصحية فيما يخص تناول الأدوية في مواعيدها وجرعاتها الموصوفة له، والابتعاد عن كل سلوك أو انفعال أو موقف له تأثير سلبي على صحته، وبالتالي على استقرار ضغط دمه، فالرضا عن الحياة كما يرى مرسى (2000، ص 101)، تتولد عنه أفكار تفاعلية ومشاعر إيجابية تقوي المناعة النفسية وتعطي الجسم مناعة إضافية في مقاومة المرض.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

2- لا توجد فروق دالة إحصائية بين المرتفعات والمنخفضات في الرضا عن الحياة في تقبل العلاج.

يتبين من هذه النتيجة أن متغير الرضا عن الحياة لم يحدث أي تباين في تقبل العلاج لدى الإناث.

ويرى الباحث أن هذه النتيجة تتفق مع سيكولوجية المرأة الصحية، فالمرأة، مقارنة بالرجل، أكثر حساسية إزاء إصابتها بالأمراض، وأكثر حرصا على صحتها، مما يجعلها أكثر اندفاعا وإقبالا على مراجعة الأطباء للعلاج وتناول الدواء، بانتظام، ومعظم النساء يتميزن بهذا السلوك، بغض النظر عن خصائصهن النفسية الأخرى؛ كالرضا عن الحياة. لذا جاءت النتيجة بعدم وجود فرق بين المرتفعات والمنخفضات في الرضا عن الحياة في سلوك تقبل العلاج. وبلغة فنية، أن الرضا عن الحياة، لم يظهر أي تباين في سلوك تقبل العلاج لدى عينة الإناث. إن سلوك الإقبال على العلاج لدى المرأة لا يتأثر بمشاعر الرضا عن الحياة لديها، فالمرأة، وهي أكثر خوفا من الأمراض، وأكثر تشبثا بالحياة، من المحتمل أن تنخفض لديها مشاعر الرضا عن الحياة، مما يجعلها لا تفسر أي تباين في سلوك تقبل العلاج لديها.

### 3). مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نص الفرضية: توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة.

من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات، لمعرفة دلالة الفرق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة لدى عينة البحث، باستخدام اختبار 'ف'، والمبين في الجدول رقم (26) تبين ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائية بين مرض ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة.

وتعني هذه النتيجة أن التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة لا يؤثر في سلوك تقبل العلاج.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة لا يساهم في تقبل مرضى ضغط الدم المرتفع للعلاج، فقد تكون هناك عوامل أخرى قد تساعد المريض على تقبل العلاج، ويكون لها الأثر في ذلك، مثل: معتقدات الفرد الدينية والمساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض من أفراد أسرته وتأثيراتهم عليه، واتجاهات الوسط العائلي نحو المرض والعلاج، وكذلك تأثير مقدمي الرعاية الصحية وتشجيعهم للمريض على تقبل العلاج. كذلك العلاقة بين المريض والمحيطين به، كما جاء في الجانب النظري من أن العلاقة الجيدة مع المريض قد تحسن سلوك تقبل العلاج.

### 4). مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

نص الفرضية: توجد فروق بين الجنسين من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.

من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات لمعرفة دلالة الفروق بين الجنسين من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج باستخدام اختبار 'ت'، والمبين في الجدول رقم (27)، تبين ما يلي:

توجد فروق دالة إحصائية عند مستوى 0,01 بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Dler & chnar, 2015)، حول العوامل المؤثرة في التزام المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم للعلاج، على عينة تكونت من 200 مريضا من الجنسين، حيث توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة دغني وآخرون (2007)، على عينة تكونت من 106 مرضى من الجنسين، وتوصلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور (رحاحلية، 2010، ص 36).

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (Adoubi, Diby, Yongni-Angate & Adoh, 2006)، حول عوامل ضعف تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 332 مريضا من الجنسين، وأظهرت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الذكور الذين أظهروا مستوى مرتفعا من تقبل العلاج الذي ظهر ضعيفا لدى الإناث.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (Ambaw, Alemie, W/Yohannes, Mengesha, 2012)، حول الالتزام بالعلاج الخافض لضغط الدم المرتفع والعوامل المرتبطة به، على عينة تكونت من 384 مريضا بضغط الدم المرتفع من الجنسين، وأسفرت عن وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الإناث اللاتي كن أكثر تمسكا بتقبل العلاج من الذكور.

وتختلف هذه النتيجة مع دراسة (Wong, Jiang & Griffiths, 2010)، حول العوامل المرتبطة بالامتثال للأدوية الخافضة لضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 83884 مريضا، وتوصلت

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

النتائج إلى وجود ارتباط موجب بين الإناث وتقبل العلاج حيث اظهرن درجة مرتفعة من تقبل العلاج.

وتختلف هذه النتيجة أيضا مع دراسة (Azlin et al., 2007)، حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والعوامل الاجتماعية وتقبل العلاج الدوائي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 200 مريض من الجنسين، حيث توصلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج لصالح الإناث اللاتي كنّ أكثر تقبلا للعلاج من الذكور.

وتختلف أيضا مع دراسة (Patel & Taylor (2002) و (Sweileh et al. (2005) و (Nagarkar et al. (2013) و (Ibrahim et al. (2015) ولكحل (2007) وعدودة (2015)، التي بينت عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في تقبل العلاج.

يفسر الباحث هذه النتائج بكون الذكر يشعر بروح المسؤولية تجاه أسرته ولأجل القيام بأدواره يتطلب ذلك بنية جسمية سليمة وهذا يدفعه إلى إتباع نصائح طبيبه المعالج في ما يتعلق بتناول الأدوية في أوقاتها المحددة وبالجرعات الموصوفة، والابتعاد عن كل ما يضر بصحته من مأكولات ومشروبات ومواقف انفعالية قد ترفع من ضغط دمه وتزيد من تعقيدات مرضه. من هنا، ومن خلال معرفته أن ضغط الدم المرتفع إذا لم يتحكم فيه سيؤدي لا محالة إلى مضاعفات أخرى أسوأ، وأكثر تأثيرا على صحته، هذا ما يدفعه إلى تجنب كل الجهود لجعله أكثر عناية بصحته، وبالتالي ترتفع دافعيته نحو العلاج، مما يرفع مستوى تقبل العلاج لديه ويتخذ القرار بالعلاج دون توقف.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بكون الإناث مثقلات بالأنشطة والأعمال المنزلية حتى خارج البيت نظرا لتغير الكثير من المعطيات في هذا العصر، ما جعل المرأة ولظروف ما إضافة إلى مسؤولياتها داخل بيتها، فهي تتحمل مسؤوليات وادوار خارجية، مما يجعلها منشغلة أكثر، وبالتالي تنسى أدويتها ولا تتناولها في وقتها، مما يؤثر على استقرار ضغط دمها فتميل إلى الشعور بالعجز فيما يتعلق بالتحكم في ضغط الدم، فتقلل من جهودها كما يرى (Son & Won, 2017, p.06)، مما قد يؤدي لاحقا إلى عدم القدرة على إتباع خطه العلاج الموصى بها بما في ذلك الالتزام بالأدوية.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

ويمكن تفسير ذلك بأن المرأة تتعرض لظروف صحية كثيرة تجعلها تعتاد على كثير من الآلام، وبالتالي تضعف دافعيتها نحو العلاج.

وبالرجوع إلى الجانب النظري لمفهوم تقبل العلاج نجد أن الفروق بين الأفراد في تقبل العلاج قد أوضحه (Gauchet, 2005, p. 05)، من أن سلوك تقبل العلاج ظاهرة ديناميكية تختلف من شخص إلى آخر، ويمكن أن تختلف لدى الفرد نفسه لعوامل مختلفة، منها ما هو مرتبط بالمرض، ومنها ما هو مرتبط بالمرض، ومنها ما هو مرتبط بمقدمي الرعاية الصحية، إلى غير ذلك من العوامل.



### (5). مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

نص الفرضية: توجد فروق بين الأعمار من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج.

من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات لمعرفة دلالة الفروق بين فئات العمر في تقبل العلاج، باستخدام اختبار 'ف'، والمبينة في الجدول رقم (29)، ولمعرفة أي الفئات العمرية هي مصدر الفروق تم حساب اختبار توكي للمقارنات المتعددة والمبينة في الجدول رقم (30)، الذي يوضح الثنائية التي يرجع لصالحها الفرق، ومن الجدول رقم (28) نتعرف على الفئة التي يرجع لصالحها الفرق. ومن خلال هذه المعالجة الإحصائية وبالرجوع إلى الجداول: (28)، (29)، (30) تبين ما يلي: توجد فروق بين الأعمار من مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية 56-70 سنة.

تتفق هذه النتيجة مع دراسة (Wang et al. 2014)، حول تقبل العلاج والعوامل المرتبطة به، على عينة تكونت من 382 مريضا بضغط الدم المرتفع، وأسفرت النتائج على وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية 55-65 سنة.

وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع ما توصلت إليه دراسة (Wong et al., 2010)، حول العوامل المرتبطة بالامتثال للأدوية الخافضة لضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 83884 مريضا، إلى وجود ارتباط موجب بين العمر وتقبل العلاج، حيث كانت الفئة العمرية 50 سنة فأكثر، أكثر تقبلا للعلاج.

وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع دراسة (Lewis et al., 2012)، على 253 مريضا بضغط الدم المرتفع، بمتوسط عمري 56 سنة، وتوصلت النتائج إلى أن الأكبر عمرا أكثر تقبلا للعلاج، وأن العمر مؤثر مهم على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.

وتتفق هذه النتيجة جزئيا أيضا مع دراسة (Al-Sowielem, & Elzubier, 1998)، حول التزام مرضى ضغط الدم المرتفع بالعلاجات الموصوفة، على عينة تكونت من 190 مريضا بضغط الدم المرتفع، بمتوسط عمري 49 سنة، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة الأكبر من 55 سنة.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة (Nagarkar et al., 2013)، حول العوامل المؤثرة في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عين تكونت من 174 مريضاً، تزيد أعمارهم عن 18 سنة، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج، حيث كانت الفئة من 57 سنة فأكثر، أكثر تقبلاً للعلاج من الفئة الأقل عمراً.

وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع دراسة (Dler, & chnar, 2015)، حول العوامل المؤثرة على التزام المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 200 مريضاً، تراوحت أعمارهم بين 45 سنة فأقل و 65 سنة فأكثر، وتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية من 65 سنة فأكثر.

وتتفق هذه النتيجة جزئياً مع نتائج دراسة (Yiannakopoulou, Papadopulos, Cokkinos, & Mountokalakis, 2005)، و (Alfian et al., 2020)، و (Sweileh, et al., 2005)، و (Azlin et al., 2007)، على عينات من مرضى ضغط الدم المرتفع، التي وجدت فروقا بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية الأقل من 60 سنة.

وتختلف هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Karakurt & Kasikci, 2012)، حول العوامل المؤثرة على الالتزام بالدواء لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عين تكونت من 750 مريضاً، التي بينت وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج لصالح الفئة العمرية 70-79 سنة، مقارنة بالأقل عمراً.

وتختلف أيضاً مع نتائج دراسة (Patel, & Taylor, 2002)، حول العوامل التي تؤثر على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، على عينة تكونت من 102 مريض، تتراوح أعمارهم بين 31 سنة فأقل إلى 71 سنة فأكثر، التي أظهرت عدم وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج.

وبالرجوع إلى الإطار النظري الذي تناول مفهوم تقبل العلاج، نجد من النماذج التي تحاول تفسير السلوك الصحي، نموذج المعتقدات الصحية، الذي يشير إلى أن احتمال انخراط الأفراد في سلوك صحي إيجابي يتحدد من خلال إدراكه للتهديد الصحي الذي يطرحه الوضع الراهن وتقييمه للسلوك الموصى به (شويخ والحويلة، 2015، ص 62). وسوف يتناول الباحث العناصر الأساسية لهذا النموذج مع تطبيقها على مرضى ضغط الدم المرتفع:

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

القابلية المدركة للإصابة: بالمرض أو تفاقم حالته، ومريض ضغط الدم المرتفع لديه اعتقاد بتفاقم مرضه في حالة عدم الالتزام بالسلوك الصحي الايجابي.

الخطورة المدركة للمرض: ومريض ضغط الدم المرتفع تكون لديه معرفة ويدرك أنه في حالة عدم التزامه بنصائح مقدمي الرعاية الصحية سيترتب عن ذلك مضاعفات خطيرة، ودرجة خطورتها قد تصل إلى الموت.

الفوائد المدركة للفعل: إن الفوائد التي يتوقعها مريض ضغط الدم المرتفع في حالة التزامه بالسلوك الصحي، وإتباع إرشادات مقدمي الرعاية الصحية، هو استقرار ضغط الدم، وبالتالي الحيلولة دون تفاقمه، ويقل احتمال إصابته بمضاعفات المرض.

التكاليف المدركة للفعل: مريض ضغط الدم المرتفع حين يلتزم بما تتطلبه حالته المرضية بالسلوك الصحي كالحمية والابتعاد عن بعض المأكولات الضارة بصحته وترفع ضغط دمه، فإن ذلك يقيه مضاعفات المرض، وبالمقابل فإن ذلك قد يحدث له ضيقا كون هذا السلوك قد يكون صعبا عليه في بادئ الأمر.

الدافعية الصحية: إن مريض ضغط الدم المرتفع يتمنى أن يكون بصحة جيدة وضغط دم مستقر، هذا ما يزيد في دافعيته نحو السلوك الصحي الايجابي.

الهاديات للتصرف: وهي كل ما يجعل مريض ضغط الدم المرتفع يؤدي السلوك الصحي الايجابي المطلوب، وقد تكون داخلية كإدراكه لمخاطر ومضاعفات المرض أو خارجية كحملات التوعية، مثلا.

ويفسر الباحث هذه النتيجة بكون الفئة العمرية 56 - 70 سنة أكثر تقبلا للعلاج، نتيجة خبراتهم مع المرض ومما يسمعون من المحيطين بهم، ومن مقدمي الرعاية الصحية، عن المرض وخطورته ومآلاته، والعواقب السلبية التي تعرضوا لها نتيجة عدم التزامهم بالعلاج وعدم تقيدهم بنصائح مقدمي الرعاية الصحية، وبالتالي فهم متمسكون بممارسة السلوك الصحي الايجابي، نتيجة وعيهم بوجود تهديد حقيقي لهذا المرض واحتمالات تفاقمه كبيرة، وما يترتب عن ذلك من مضاعفات.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

ويفسر الباحث هذه النتيجة بكون هذه الفئة تتميز بالنشاط والعمل والحركة والاهتمام بالصحة الجسمية، وبالتالي لديهم دافع كبير تجاه العلاج، والقدرة على اتخاذ القرار نحو هذا العلاج لمواجهة التحديات الصحية من أجل القيام بأدوارهم والتزاماتهم الأسرية.

يفسر الباحث ضعف تقبل العلاج لدى الفئة العمرية 55 سنة فأقل، بكون ما يميزها هي القوة والنشاط والحركة والتحمل، فمعظم أفراد هذه الفئة هم في رحلة البحث عن عمل، وبالتالي لا يعطي اهتمام لصحته لأنه مشغول ببناء أسرة ومسكن وظروف معيشية مقبولة، فهو يبحث عن الاستقرار الاقتصادي والمادي، فينسى نفسه وصحته، وبالتالي تنخفض دافعيته نحو الالتزام بالسلوك الصحي المطلوب من أجل الحفاظ على استقرار ضغط دمه.

ويمكن تفسير ضعف تقبل العلاج لدى الفئة العمرية 71 سنة فأكثر، بكون أفراد هذه الفئة هم في تقاعد عن العمل، فبعد العمل الدؤوب المتواصل والحركة، والمستوى المرتفع من النشاط، يجد نفسه في فراغ ودون عمل، وقليل منهم من يقوم ببعض الأنشطة ليملأ وقت الفراغ، فالتقاعد يؤثر تأثيرا سلبيا على الصحة النفسية والجسمية، والحالة الجسمية التي تتميز بها هذه المرحلة تؤثر على أداء الفرد، فكثير منهم لديه إرهاق وآلام جسدية، ونقص في النشاط وهي مؤشرات للضعف الجسدي، فتتدهور وظائفه الحسية ويتدهور نشاطه الحركي وتتغير وظائفه العقلية، وتقل كفاءته، وتنخفض دافعيته، فيصبح ضعيفا، هذا ما يحول بينه وبين الالتزام بتناول الدواء في وقته المحدد والقيام بالسلوك الصحي الإيجابي، وقد يكون مصاب بأمراض أخرى غير ضغط الدم المرتفع، فتتعدد الزيارات للأطباء وتكثر معها الوصفات الطبية. فمعظم أفراد هذه الفئة العمرية معرضون كثيرا للنسيان، سواء للدواء أم حتى لتعليمات ونصائح مقدمي الرعاية الصحية. ومعرضون أيضا لنقص التركيز، والملل من تناول الأدوية لكثرتها وتعدد الجرعات اليومية. ومن أسباب ضعف تقبل العلاج كما أشار لها ماير (2007)، قد ينسى المريض دواءه، أو يواجه صعوبة في إخراج الدواء من العبوة، أو ربما يتعذر عليه ابتلاع الحبوب بسبب مذاقها أو شكل الجرعة، وربما يعاني المريض من إعاقة جسدية أو مشكلة حركية تمنعه من الوصول إلى دوائه (Mayer, 2007). هذا كله يؤثر على إتباع النصائح التي يقدمها مقدمو الرعاية الصحية، وبالتالي يضعف التزامهم بالسلوك الصحي السليم، وهذا يؤدي بدوره إلى نقص في قدرته على التحكم في ضغط الدم واستقراره.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

ويفسر الباحث هذه النتيجة أيضا، بكون الأصغر عمرا مازال في معترك الحياة، كل اهتمامه منصب على العمل والكسب دون مراعاة أهمية للصحة. أما الأكبر عمرا فيعتقد أنه ليس بحاجة لتناول دواء يخفض ضغط الدم لعدم ظهور أعراض واضحة وعدم وجود آلام المرض، وأنهم أيضا غير مفيدون في هذه الحياة، ولم يتبق من العمر مثل الذي انقضى، وبالتالي الاهتمام بالصحة هو آخر تفكيرهم.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

(6). مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

نص الفرضية: توجد فروق بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات لمعرفة دلالة التفاعل بين الجنس والعمر في تقبل العلاج لدى عينة البحث باستخدام اختبار 'ف'، والمبينة في الجدول رقم (31) تبين ما يلي:

لا توجد فروق دالة إحصائية بين مرضى ضغط الدم المرتفع في تقبل العلاج تحت تأثير التفاعل بين الجنس والعمر.

وتعني هذه النتيجة ضعف تأثير التفاعل بين الجنس والعمر على أداء عينة البحث على مقياس تقبل العلاج. إن تأثير التفاعل بين الجنس والعمر على تقبل العلاج يعتبر ضعيفا.

ويفسر الباحث هذه النتيجة، بأن تفاعل كل من الجنس والسن ليس عاملا مساعدا على تقبل العلاج لدى عينة البحث. واستكمالا لما تم التطرق إليه في مناقشة نتائج الفرضية الثالثة، أنه قد تكون هناك عوامل أخرى تساعد على تقبل العلاج، مثل مدة المرض والمستوى التعليمي للمريض، وكذلك بعض العوامل الاجتماعية كالفقر والامية والبطالة وغيرها.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بما ذهب إليه أصحاب نظرية الفعل المبرر التي تفترض أن هناك أسبابا ضمنية تحدد دافعية الفرد لأداء سلوك ما، وتؤكد هذه النظرية أن مقصد الشخص هو المحدد المباشر للسلوك، ويتحدد اتجاه الفرد نحو السلوك عن طريق الاعتقادات بأن هذا السلوك سوف يؤدي به إلى عواقب ايجابية أو سلبية. (الدق، 2011، ص ص 113-114)

### ثالثا. مناقشة عامة:

من خلال عرض نتائج البحث ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري، يمكن أن نستنتج ما يلي:

#### (1) الإضافات التي جاء بها هذا البحث بالنسبة لنتائج البحوث السابقة:

إن النتائج التي أسفر عنها البحث الحالي تبين:

- أن للكفاءة الذاتية دور في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع الذكور، أين تبين وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية لصالح مرتفعي الكفاءة الذاتية.
- أن الكفاءة الذاتية ليس لها دور في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع الإناث، حيث تبين عدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية.
- أن للرضا عن الحياة دور في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع الذكور، أين تبين وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة لصالح مرتفعي الرضا عن الحياة.
- أن الرضا عن الحياة ليس له دور في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع الإناث، حيث تبين عدم وجود فروق بين مرتفعي ومنخفضي الرضا عن الحياة.
- أن التفاعل بين الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة لا يؤثر على الفروق بين العينات في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.
- أن للجنس دور في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع لصالح الذكور، أين تبين وجود فروق بين الجنسين في تقبل العلاج.
- أن للعمر دور في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع لصالح الفئة العمرية 56-70 سنة، أين تبين وجود فروق بين الأعمار في تقبل العلاج.
- أن التفاعل بين الجنس والعمر لا يؤثر على الفروق بين العينات في تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع.

## الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج البحث

وكنتيجة عامة، فإن البحث الحالي قد أضاف الجديد للبحوث السابقة من حيث:

أن البحوث السابقة اهتمت في عمومها ببحث العلاقات المحتملة بين تقبل العلاج وبعض المتغيرات، والفروق بين المجموعات في تقبل العلاج، و بحوث أخرى جاءت تنبؤية دون التركيز على سببية تقبل مرضى ضغط الدم المرتفع للعلاج. لذلك جاء هذا البحث كمحاولة لمعرفة دور كل من الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة والجنس والعمر في تقبل العلاج، لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، فكشفت النتائج عن أهمية الكفاءة الذاتية والرضا عن الحياة، وأنهما مؤشرين مهمين على تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، وكذلك دلت على أن تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع يتأثر بجنس وعمر المريض.

(2). البحوث المقترحة مستقبلا:

انطلاقا من نتائج البحث الحالي، تبينت مشكلات أخرى تحتاج إلى المزيد من البحث مستقبلا، منها:

- 1- إجراء بحوث أخرى مماثلة على عينات أخرى من ذوي الأمراض المزمنة.
- 2- إجراء بحوث أخرى مماثلة، مع توسيع المجال الجغرافي.
- 3- إجراء بحوث حول دور عوامل أخرى قد تساهم في تقبل العلاج، مثل: المساندة الاجتماعية، مصدر الضبط الصحي، التدخين.



# المراجع

1. أبو النيل، هبة الله محمود (2010). الانتماء الاجتماعي والرضا عن الحياة وقيمة الإصلاح كمتغيرات منبئة بالمشاركة السياسية. *دراسات عربية في علم النفس*، 9 (1)، 115-165.
2. أبو غزال، معاوية محمود؛ علاونة، شفيق فلاح (2010). العدالة المدرسية وعلاقتها بالفاعلية الذاتية المدركة لدى عينة من تلاميذ المدارس الأساسية في محافظة أربد دراسة تطورية. *مجلة جامعة دمشق*، 26 (4)، 285-317.
3. أحمد، إيمان شعبان (2009). مشكلات التقاعد لدى المسنين وأثرها على الرضا عن الحياة. *مجلة بحوث التربية النوعية*، 14 (14)، 95 - 125.
4. أحمد، عطية (2008). *التلكؤ الأكاديمي وعلاقته بالدافعية للإنجاز والرضا عن الدراسة لدى طلاب جامعة الملك خالد بالمملكة العربية السعودية*. تم الاسترجاع بتاريخ: 2019/03/20، 22:47 من: <https://ncys.Ksu.edu.sa/ar/node/5305>
5. إدريس، سهيل (تحرير) (2013). *المنهل*. (ط 45). بيروت، لبنان: دار الأداب.
6. أرجايل، مايكل (1993). *سيكولوجية السعادة (ترجمة فيصل عبد القادر يوسف)*. سلسلة عالم المعرفة، (175)، الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
7. أمطانيوس، ميخائيل (2011). الثبات والصدق والبنية العاملية لصورة معربة من مقياس دينر ولارسن وجرفن للرضا عن الحياة. *مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس*، 9 (2)، 11-37.
8. بدره، سهاد سمير (2014). *الدعم النفسي- الاجتماعي وعلاقته بكل من الحاجات النفسية والرضا عن الحياة لدى المسنين (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة دمشق، سوريا.
9. بسيوني، سوزان عبد العزيز (2011). التفاؤل والتشاؤم وعلاقتها بالانجاز الأكاديمي والرضا عن الحياة لدى عينة من الطالبات الجامعيات بمكة المكرمة. *مجلة الإرشاد النفسي*، (28)، 67 - 114.
10. بقيعي، نافز أحمد عبد؛ هماش، حنان أحمد إسماعيل (2015). الفاعلية الذاتية وعلاقتها بما وراء الاستيعاب لدى عينة من طلبة اللغة الإنجليزية في الجامعات الأردنية. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 16 (3)، 595-627.

11. بني خالد، محمد (2010). التكيف الأكاديمي وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة لدى طلبة كلية العلوم التربوية في جامعة آل البيت. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، 24 (2)، 413-432.
12. بني مصطفى، منار؛ الشريفيين، أحمد؛ طشطوش، رامي (2014). أحداث الحياة الضاغطة والشعور بالرضا عن الحياة والعلاقة بينهما لدى طلبة جامعة اليرموك في الأردن. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، 2 (34)، 205-250.
13. الهيدل، دخيل بن محمد (2014). الفاعلية الذاتية وعلاقتها بعوامل الشخصية لدى المرشدين الطلابيين الملتحقين بدبلوم التوجيه والإرشاد ببعض الجامعات السعودية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 15 (1)، 139-177.
14. بوقصارة، منصور؛ زياد، رشيد (2015). الخصائص السيكومترية للنسخة الجزائرية لمقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 1 (1)، 24-52.
15. تايور، شيلي (2008). علم النفس الصحي. (وسام بريك، فوزي شاكر داود، مترجمين). (ط1). عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
16. تفاحة، جمال السيد (2009). الصلابة النفسية والرضا عن الحياة لدى عينة من المسنين: دراسة مقارنة. مجلة كلية التربية، 19 (3 أ)، 269-318.
17. تيموثي، ج ترول (2007). علم النفس الإكلينيكي. (فوزي شاكر طعيمة داود، حنان لطفي زين الدين، مترجمين). (ط1). عمان ، الأردن: الشروق.
18. جابر، جابر عبد الحميد (1990). نظريات الشخصية: البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم. (دط). القاهرة: دار النهضة العربية.
19. الجاسر، البندري عبد الرحمن 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، المملكة العربية السعودية. تم الاسترجاع بتاريخ: 2019/07/12، 04:23 من: [www.dgpdfwn.com/cacnoscana/scanonanya/KutubpdfcaFe-rsael-tsohFKF5.pdf](http://www.dgpdfwn.com/cacnoscana/scanonanya/KutubpdfcaFe-rsael-tsohFKF5.pdf)

## قائمة المراجع

20. حجازي، سوسن إبراهيم (2007). الرضا عن الحياة وعلاقته بالأداء الإجتماعي لأسر الأطفال التوحيديين. مجلة دراسات في الخدمة الإجتماعية والعلوم الإنسانية، 1 (22)، 263-320.
21. حدان، ابتسام (2015). فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن، دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
25. حسن، السيد محمد أبو هاشم (2005). مؤشرات التحليل البعدي بحوث فاعلية الذات في ضوء نظرية باندورا، مركز بحوث كلية التربية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية. تم الاسترجاع بتاريخ: 2019/06/30، من [www.faculty.KSU.edu.sa/shashem/publication/212163](http://www.faculty.KSU.edu.sa/shashem/publication/212163)
23. حمادنة، برهان محمود؛ شراذقة، ماهر تيسير (2014). الفروق في مستوى فاعلية الذات لدى عينة أردنية من الطلبة المعوقين سمعياً في جامعة اليرموك. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية. 2 (5)، 177-208.
24. الحميدي، حسن عبد الله (2013). الخصائص السيكومترية لمقياس الرضا عن الحياة متعدد الأبعاد للمراهقين: النسخة الكويتية. مجلة دراسات تربوية ونفسية، (80)، 113-147.
25. الداغستاني، سناء عيسى؛ المفتي، ديار عوني (د.ت). المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي. مجلة البحوث التربوية والنفسية، (26) (27)، 78-142.
26. الدسوقي، مجدي محمد (1998). دراسة لأبعاد الرضا عن الحياة وعلاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى عينة من الراشدين صغار السن. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 8 (20)، 157-200، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
27. الدق، أميرة محمد محمد (2011). أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي س المزمن، في ضوء فاعلية الذات الصحية والحالة العقلية. (ط1). القاهرة، مصر: إيتراك للطباعة.
28. دودو، صونيا (2017). الفعالية الذاتية وعلاقتها بالتوافق النفسي في ضوء متغيري التفاؤل والتشاؤم لدى الفريق الشبه الطبي، دراسة ميدانية بمستشفى محمد بوضياف بمدينة ورقلة ومستشفى الزهراوي بمدينة المسيلة (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

29. الدوري، سعاد معروف (2014). *دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي*. (ط1). مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
30. الديب، علي محمد (1994). *العلاقة بين التوافق والرضا عن الحياة لدى المسنين وبين استمرارهم في العمل*. بحوث في علم النفس على عينات مصرية، سعودية، عمانية، ج1 ، 377-415، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
31. الربيع، فيصل خليل (2014). *التفكير الخرافي وعلاقته بالكفاءة الذاتية العامة في ضوء بعض المتغيرات لدى طلبة جامعة اليرموك بالأردن*. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، 1 (33)، 47-72.
32. رحاحلية، سمية (2010). *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الحاج لخضر، باتنة.
33. رزقي، رشيد (2012). *الفعالية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن* (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الحاج لخضر، باتنة.
34. رضوان، سامر جميل (1997). *توقعات الكفاءة الذاتية: البناء النظري والقياس*. مجلة شؤون اجتماعية، (55)، 25-51. تم الاسترجاع بتاريخ: 2019/06/26، 23:46 من <https://File1.hpage.com/004814/5B/html/competence.htm>
35. رضوان، سامر جميل (2010). *أثر الكفاءة الذاتية في خفض مستوى القلق: دراسة ميدانية على طلاب كلية التربية التطبيقية بسلطنة عمان*. مجلة دراسات نفسية، 1 (3)، 9-33. مركز البصيرة للبحوث: الجزائر.
36. زايد، فوقية محمد (2001). *القدرة على القيام بأنشطة الحياة اليومية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى المسنين*. مجلة كلية التربية، 4 (25)، 291-311.
37. الزبيدي، كامل علوان (2009). *الصحة النفسية من وجهة نظر علماء النفس*. (ط1). سورية: دار علاء الدين للنشر.
38. الزروق، فاطمة الزهراء (2015). *علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه*. (د. ط.). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

39. الزغبى، أمل عبد المحسن (2014). فعالية برنامج تدريبي قائم على نظرية التعلم المعرفي الاجتماعي في تنمية الكفاءة الذاتية المهنية لدى الطالبات معلمات التربية الخاصة: مسار صعوبات التعلم. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 15 (2)، 627-583.
40. الزغلول، عماد عبد الرحيم (2006). *نظريات التعلم*. (ط2). الأردن: دار الشروق.
41. الزق، أحمد يحيى (2009). الكفاءة الذاتية الأكاديمية لدى طلبة الجامعة الأردنية في ضوء متغير الجنس والكلية والمستوى الدراسي. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 10 (2)، 58-37.
42. زهران، حامد عبد السلام (2005). *الصحة النفسية والعلاج النفسي*. (ط4). القاهرة، مصر: عالم الكتب.
43. الزياد، فتحي مصطفى (2001). *علم النفس المعرفي: مداخل ونماذج ونظريات*. ج2. (ط1). مصر: دار النشر للجامعات.
44. زيد، حسين؛ معمريه، بشير (2020). الرضا عن الحياة لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، دراسة مقارنة بين الجنسين والأعمار بولاية باتنة. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*، 13 (4)، 315-300.
45. سلطاني، لويذة (2013). *الكفاءة الذاتية لدى أساتذة الإجتاماعيات وعلاقتها بتنمية بعض مهارات التفكير الناقد والإبداعي لدى تلاميذ المرحلة المتوسطة، دراسة ميدانية ببعض متوسطات مدينة باتنة (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة الحاج لخضر، باتنة.
46. شقورة، يحيى عمر شعبان (2012). *المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات غزة (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الأزهر، غزة.
47. شويخ، هناء أحمد محمد؛ الحويلة، أمثال هادي (2015). *علم النفس الصحي*. (ط2). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
48. صالح، علي عبد الرحيم (تحرير) (2014). *المعجم العربي لتحديد المصطلحات النفسية*. (ط1). عمان، الأردن: دار الحامد للنشر.
49. ضاري، ميسون كريم؛ الدليبي، اسماعيل طه (2012). التحمل النفسي وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة جامعة بغداد. *مجلة البحوث التربوية والنفسية*، (34)، 331-297.

50. طشطوش، رامي عبد الله (2015). الرضا عن الحياة والدعم الإجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، 11 (4)، 467-449.
51. عبد الخالق، أحمد محمد (2008). الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. *دراسات نفسية*، 18 (1)، 135-121.
52. عبد الخالق، أحمد محمد؛ الذيب، سماح أحمد (2007). التعب المزمن وعلاقته بتقدير الذات والرضا عن الحياة. *دراسات عربية في علم النفس*، 6 (1)، 147-93.
53. عبد الخالق، أحمد محمد؛ حمودة، سليمة؛ زين العابدين، فارس (2017). السعادة وإرتباطها بالحياة الطيبة والتدين لدى عينة من طلبة الجامعة في الجزائر. *مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية*. (31)، 244-233.
54. عبد الخالق، أحمد محمد؛ مراد، صلاح أحمد (2001). السعادة والشخصية: الإرتباطات والمنبئات. *دراسات نفسية*، 11 (3)، 349-337.
55. عبد العزيز، مفتاح محمد (2010). *مقدمة في علم نفس الصحة: مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات*. (ط1). عمان، الأردن: دار وائل.
56. عبد القوي، رانيا الصاوي؛ الأقرع، السيد مصطفى (2014). كفاءة الذات الأكاديمية المدركة والشعور بقلق الاختبار بين ذوي صعوبات التعلم والعاديين. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 15 (4)، 539-516. جامعة البحرين.
57. عبد اللطيف، حسن (1997). الرضا عن الحياة الجامعية لدى طلاب جامعة الكويت. *المجلة التربوية*، 11 (43)، 349-301.
58. عبد الله، تيسير؛ أبو فارة، السيد يوسف (2008). الذكاء العاطفي والصحة العامة والرضا عن الحياة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من الفلسطينيين من سكان محافظة الخليل. *مجلة علم النفس*، 79 (76)، 121-104.
59. عبد الله، هشام إبراهيم؛ العقاد عصام عبد اللطيف عبد الهادي (2009). الذكاء الوجداني وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة. *مجلة علم النفس والعلوم الإنسانية*. كلية الآداب، جامعة المنيا.

## قائمة المراجع

60. عبد الوهاب، أماني عبد المقصود (د.ت). أثر المساندة الوالدية على الشعور بالرضا عن الحياة لدى الأبناء المراهقين من الجنسين. المؤتمر السنوي الرابع عشر، 243-289، جامعة عين شمس: مركز الإرشاد النفسي.
61. العتوم، عدنان يوسف؛ الجراح، عبد الناصر ذياب؛ الحموري، فراس أحمد (2015). نظريات التعلم. (ط1). الأردن: دار المسيرة.
62. عدودة، صليحة (2015). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة الحاج لخضر، باتنة.
63. عربيات، أحمد عبد الحليم؛ حمادنة، برهان محمود (2014). فاعلية الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية في منطقة بني كنانة في ضوء متغيري النوع الاجتماعي والتحصيل. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 15 (1)، 89-109.
64. عكاشة، محمود فتحي (1990). تقدير الذات وعلاقته ببعض المتغيرات البيئية والشخصية لدى عينة من أطفال مدينة صنعاء. سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة، (13). الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية. تم الاسترجاع من [www.Ksaac.org/Publication-  
details.aspx?id=52](http://www.Ksaac.org/Publication-details.aspx?id=52)
65. علوان، سالي طالب (د.ت). الكفاءة الذاتية المدركة عند طلبة جامعة بغداد. مجلة البحوث التربوية والنفسية. (33)، 224-248.
66. علوان، نعمات شعبان (2008). الرضا عن الحياة وعلاقته بالوحدة النفسية: دراسة ميدانية على عينة من زوجات الشهداء الفلسطينيين. مجلة الجامعة الإسلامية، 16 (2)، 475-532.
67. عليوة، سمية (2007). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة محمد خيضر، بسكرة.
68. عليوة، سمية (2015). علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة الحاج لخضر، باتنة.



69. عيسى، جابر محمد عبد الله؛ رشوان، ربيع عبده أحمد (2006). الذكاء الوجداني وتأثيره على التوافق والرضا عن الحياة والإنجاز الأكاديمي لدى الأطفال. *مجلة دراسات تربوية وإجتماعية*، 12 (4)، 45 - 130.
70. فهيم، مصطفى (1978). *التكيف النفسي*. (دط). مصر: دار مصر للطباعة.
71. قارة، سعيد (2015). *مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة الحاج لخضر، باتنة.
72. قاموس أطلس الموسوعي (2002). (ط1). مصر. مركز أطلس العالمي للدراسات والأبحاث: دار أطلس للنشر.
73. قريشي، فيصل (2011). *التدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الإضطرابات الوعائية القلبية (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الحاج لخضر، باتنة.
74. قريشي، فيصل (2015). *التدين وعلاقته بكل من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الإضطرابات الوعائية القلبية (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة الحاج لخضر، باتنة.
75. قطامي، يوسف (2004). *النظرية المعرفية الاجتماعية وتطبيقاتها*. (ط1). عمان: دار الفكر.
76. قنون، خميسة (2014). *الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان: دراسة على عينة من مرضى السرطان بمركز مكافحة السرطان المستشفى الجامعي لولاية باتنة (أطروحة دكتوراه غير منشورة)*. جامعة الحاج لخضر، باتنة.
77. كتلو، كامل حسن (2015). *السعادة وعلاقتها بكل من التدين والرضا عن الحياة والحب لدى عينة من الطلاب الجامعيين المتزوجين. دراسات العلوم التربوية*، 42 (2)، 661-679.
78. كرماش، حوراء عباس (2016). *الكفاءة الذاتية الأكاديمية المدركة لدى طلبة كلية التربية الأساسية في جامعة بابل. مجلة كلية التربية الأساسية للعلوم التربوية والإنسانية*، (29)، 527 - 544.
79. لكحل، رفيقة (2011). *تأثير التربية الصحية على الإلتزام الصحي لمرضى إرتفاع ضغط الدم (رسالة ماجستير غير منشورة)*. جامعة الحاج لخضر، باتنة.

## قائمة المراجع

80. ليندزاي. س.ل؛ وبول، ج.ي (2000). مرجع في علم النفس الاكلينيكي. (صفوت فرج، مترجم). (ط1). القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
81. مبروك، عزة عبد الكريم (2007). أبعاد الرضا العام عن الحياة ومحدداته لدى عينة من المسنين المصريين. *دراسات نفسية*، 17 (2)، 377-421.
82. مجذوب، أحمد (2016). نوعية الحياة عند المصابين بمرض الإيدز بولاية نهر النيل، السودان. *مجلة جامعة النجاح للأبحاث*، 30 (9)، 1767-1790.
83. مرسي، كمال إبراهيم (2000). *السعادة وتنمية الصحة النفسية*، ج1: مسؤولية الفرد في الإسلام وعلم النفس. (ط1). مصر: دار النشر للجامعات
84. المزروع، ليلى بنت عبد الله (2007). فاعلية الذات وعلاقتها بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء الوجداني لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 8 (4)، 67-89.
85. المشيخي، غالب بن محمد علي (2009). قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
86. مصطفى، يوسف حمدة صالح؛ بكر، مها حسن (2014). فاعلية الذات والأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في إقليم كردستان العراق. *مجلة الفتح*، 10 (60)، 28-56.
87. مصبح، الصالح (تحرير) (2012). *معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية*. الرياض، العربية السعودية: جامعة الملك سعود للنشر العلمي والمطابع.
88. معجم علم النفس والتربية (1984). ج1. مصر. مجمع اللغة العربية: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
89. معمريّة، بشير (2017). *الخصال الإيجابية في الشخصية وقياسها في المجتمع الجزائري*. ج2. الكتاب العربي نفساني، (51).
90. المغربل، بشرى محمد بشار (2016). فاعلية برنامج ارشاد جمعي لتحسين الكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من طلاب الصف الأول الثانوي العام في بعض مدارس مدينة حماة (أطروحة دكتوراه غير منشورة). جامعة دمشق: سوريا.

## قائمة المراجع

91. ملكوش، رياض (1995). علاقة الرضا عن الحياة بالدخل والتعليم والعمر لدى معلمات رياض الأطفال في الأردن والفروق في الرضا باختلاف تقدير الذات ومركز الضبط والحالة الإجتماعية. *مجلة كلية التربية، 2* (11)، 886 – 910.
92. منصور، السيد كامل الشربيني (2009). العفو وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية والغضب، *دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 3* (2)، 101-29.
93. منظمة الصحة العالمية (2013). *مذكرة موجزة عالمية عن ارتفاع ضغط الدم: القاتل الصامت، وإحدى أزمات الصحة العمومية العالمية*. تم الاسترجاع من موقع:  
[http://www.who\\_dco\\_2013.2\\_ara.pdf](http://www.who_dco_2013.2_ara.pdf)
94. ندير، جميلة (2019، ماي 16). *ارتفاع ضغط الدم الشرياني: التأكيد على ضرورة توعية الفئات الشبانية بأهمية نمط التغذية [يوم تحسيدي]*. تم الاسترجاع من موقع:  
<http://www.aps.dz/ar/santé-science-technologie/70895-2019-05-16-15-25-07>
95. النشاوي، كمال أحمد الإمام (2006). *فعالية الذات وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى طلاب كلية التربية النوعية. مؤتمر التعليم النوعي ودوره في التنمية البشرية في عصر العولمة*. 12-13 أفريل. جامعة المنصورة، كلية التربية.
96. نصار، يحيى حياتي (2006). *إستخدام حجم الأثر لفحص الدلالة العملية للنتائج في الدراسات الكمية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 7* (2)، 36-59.
97. نعيسة، رغداء علي (2012). *جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين*. *مجلة جامعة دمشق، 28* (1)، 145-181.
98. النواب، ناجي محمود ناجي؛ العكيلي، جبار وادي باهض (2014). *ضغوط الحياة وعلاقتها بمعنى الحياة والرضا عنها لدى طلبة الجامعة*. *مجلة كلية التربية الأساسية، 20* (83)، 580-525.
99. نويبات، قدور (2016). *الرضا عن الحياة والنظريات المفسرة له*. *مجلة مقاربات، 4* (1)، 134-127.
100. الوقفي، راضي (2003). *مقدمة في علم النفس*. (ط3). الأردن: دار الشروق.

101. الولاني، نجلاء شعبان محمد (2016). برنامج تدريبي لتنمية السعادة كمدخل لتحسين جودة الحياة لدى طالبات الجامعة. *مجلة البحث العلمي في التربية*، (17)، 605 - 573.
102. يخلف، عثمان (2001). *علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. (ط1). قطر: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
103. يعقوب، نافذ نايف (2012). الكفاءة الذاتية المدركة وعلاقتها بدافعية الإنجاز والتحصيل الأكاديمي لدى طلاب كليات جامعة الملك خالد في بيشة بالمملكة العربية السعودية. *مجلة العلوم التربوية والنفسية*، 13 (3)، 98-71.
104. Adoubi, Anicet K.; Diby, Florent K.; Yangni-Angate, Hervé K.; Nguetta, Roland; Adoh, Michel A. (2006). Facteurs de la mauvaise observance thérapeutique de l'hypertendu en cot d'ivoire. *Rev.int.Sc-méd*, 8(2), 18-22.
105. Alfian, Sofa D.; Annisa, Nurul; Fajriansyah, Fajriansyah; Perwitasari, Dyah A.; Abdulah, Rizky; Hak, Eelko; Denig, Petra (2020). Modifiable Factors Associated with Non-adherence to Antihypertensive or Antihyperlipidemic Drugs Are Dissimilar: a Multicenter Study Among Patients with Diabetes in Indonesia. *J Gen Intern Med*, DOI: 10.1007/s11606-020-05809-y.
106. Al-Sowielem, L.S; Elzubier, A.G.(1998). Compliance and Knowledge of hypertensive patients attending PHC centres in AL-Khobar, Saudi Arabia. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 4(2), 301-307.
107. Ambaw, Abere Dessie ; Alemie, Getahun Asres; W/Yohannes, Solomon Meseret; Mengesha, Zelalem Birhanu (2012). Adherence to antihypertensive treatment and associated factors among patients on follow up at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Public Health*.12. Retrived from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/282>. le: 05/09/2020 a 18:18.
108. Asgari, Mohammad Reza; Bouraghi, Hamid; Mohammadpour, Ali; Haghghat, Mina; Ghadiri, Raheleh (2019). The role of psychosocial diterminants in predicting adherence to treatment in patient with hypertension. *Interventionnel medicine & applied science*, 11 (1), 8-16. Doi: 10.1556/1646.10.2018.43

109. Azlin, B ; Hatta, S ; Norzila , Z ; Ezat, Charifa WP. (2007). Health Locus of control Among Non-Compliance Hypertensive Patients Undergoing Pharmacotherapy. *Malaysian Journal of psychiatry*, 16 (1), 20-39. Retrived From : <http://www.reserchgate.net/publication/278010027>.
110. Bandura, Albert. (2007). Auto-efficacité : *Le sentiment d'efficacité personnelle*. (Jacques Lecompte, trad.).(2<sup>em</sup> ed). Bruxelles, Belgique : Boek. (Ouvrage original publié en 1997).
111. Bane, Catherine; Hughes, Carmel M. ; McElnay, James C. (2006). Determinants of medication adherence in hypertensive patients: an application of self-efficacy and the Theory of Planned Behaviour. *The international journal of pharmacy practice*. Doi: 10.1211/ijpp.14.3.0006.
112. Barclay, Terry R.; Hinkin, Charles H.; Castellon, Steven A.; Mason, Karen I.; Reinhard, Matthew J. ; Marion, Sarah D.; Levine, Andrew J.; Durvasula, Ramani S. (2007). Age-Associated predictors of medication Adherence in HIV+ Adults: Health Beliefs, Self-efficacy, and Neurocognitive status. *Health psychology journal*, 26(1).
113. Benoit, M; Pon, j; Zimmermann, M.A. (2009). Comment évaluer la qualité de l'observance. *L'encéphale*, 35(53), 587-590. Doi :10.1016/s0013-7006(09)75542-3.
114. Berg, Anne Ingeborg (2008). *Life satisfaction in late life: Markers and predictors of level and change among 80+ year olds* (Unpublished Doctoral dissertation). university of Gothenburg, Sweden.
115. Bezie, Y ; Molina, M ; Hernandez, N ; Batista, R ; Niang, S ; Huet, D (2006). Therapeutic Compliance : a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes. *Diabetes metab*, (32); 611-616. Doi: 10.1016/51262-3636(07)70316-6
116. Bruchon-Schweitzer, Marilou; Boujut, Emilie (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles*. (2. <sup>em</sup> ed). Paris : Dunod.
117. Bruchon-schweitzer, Marilou ; dantzer, Robert.(2003). *Introduction a la psychologie de la santé*(4. <sup>em</sup> ed). Paris : presses universitaires de France.
118. Bureau, Matthieu (2001). *L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux* (Thèse de doctorat non publiée). Université Henri Poincaré, Nancy, France.

119. Cagnet, Marguerite; Adam-Vézina, Emilie; Braud, Rosane (2010). Démarche méthodologique de l'analyse de la littérature relative à l'observance (1970-2009). Dans Marguerite, cagnet; Emilie, Adam-Vézino (ed). L'observance : Analyse critique des savoirs (15 - 28).
120. Cohen, Jacob (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*.(2.<sup>nd</sup> ed). New York, United states of America: Lawrence erlbaum associates.
121. Cox, Jared; Loughran, Mary Jo, Adams, Eve M.; Navarro, Rachel L.(2012). Life satisfaction and health related quality of life among low-income medical patients: The mediating influence of self-esteem. *Psychology, Health & Medicine*, 17 (6), 652-658. Doi: 10.1080/13548506.2012.656659
122. Criswell, Thomas J.; Weber, Cynthia A.; Xu, Yinghui; Carter, Barry L. (2010). Effect of Self-Efficacy and Social Support on Adherence to Antihypertensive Drugs. *Pharmacotherapy*, 30(5), 432–441.
123. Culig, Josip; Leppée, Marcel (2014). From morisky to Hill-Bone; self-reports scales for measuring adherence to medication. *Coll. Antropol*, 38(1), 55-62
124. D'Souza, Melba Sheila; Al Salmi, Nasser Majid Dhabi(2018). Self-Efficacy impact adherence in diabetes mellitus. *Annals of medicine and medical research*, 1, 1-3
125. de BLic, J (2007). Obsevance thérapeutique chez l'enfant asthmatique. *Rev. Mal respir*, (24) , 419 - 425. Doi ;10.1019/20064255.
126. Dler, Ismael H., Chnar, qadir S. (2015). Factors affecting treatment compliance of Hypertensive patients in Erbil city. *Kufa journal for nursing sciences*, 5(2):1-8.
127. Fischer, Gustave-Nicolas (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
128. Fischer, Gustave-Nicolas ; Tarquinio, Cyril. (2006). *Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
129. Gauchet, Aurélie. (2005). *Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH: représentation et valeurs. V.1*. (Thèse de doctorat non publiée). université de Metz, France.

130. Grant, Nina; Wardle, Jane; Steptoe, Andrew (2009). The Relationship Between Life Satisfaction and Health Behavior: A Cross-cultural Analysis of Young Adults. *Int. J. Behav. Med*, 16, 259–268. Doi: 10.1007/s12529-009-9032-x
131. Grao-Cruces, Alberto; Fernandez-Martinez, Antonio; Nuviala, Alberto (2014). Association Of Fitness With Life Satisfaction, Health Risk Behaviors, And Adherence To The Mediterranean Diet In Spanish Adolescents. *The Journal of Strength and Conditioning Research*, 28(8), 2164–2172.
132. Grygiel, Ewa; Cygnar, Elzbieta; Zwolińska-Mirek, Katarzyna; Mirek, Janusz; Bigosińska, Monika; Halska, Urszula (2018). Health behaviors and life Satisfaction of health spa Patients. *Medical Science Pulse*, 2(12); 22-28. Doi: 10.5604/01.3001.0012.1160
133. Guerrin, Brigitte. (2012). Albert Bandura et son Œuvre. *Recherche en soins infirmiers*. 1(108), 106-116, Association de recherche en soins infirmiers (ARSI). Doi : 10.3917/rsi.108.0106.
134. Haynes, Brian R. ; Taylor, Wayne D.; Sackett, David L. (1979). Compliance in Health car. *CMA Journal*. (121), 1495-1496. Retrived from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/commendoj01459-0071>.
135. Heller, Daniel ; Watson, David ; Ilies, Remus (2004). The Role of person Versus Situation in life Satisfaction: A Critical Examination. *Psychological Bulletin*. 130 (4), 574-600. Doi: 10.1037/0033-2909.130.4.574
136. Ibrahim, Salwa ; Hossam, Mohammed ; belal, Dawlat (2015). Study of non-compliance among chronic Hemodialysis patients and its impact on patients outcomes. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, 26(2):243-249.
137. Janini, Anandamanoharan kanagarajah (2012). *Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques?*(Thèse de doctorat non publiée). université de versailles, Paris
138. Karakurt, Papatya; Kasikci, Magfired (2012). Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *Journal of vascular nursing*, (4), 118-126. Doi:10.1016/j.jvn.2012.04.002.

139. Khatib, Oussama MN ; El-Guindy, Mohamed Sayed (2005). *Clinical guidelines for the management of hypertension*. Cairo. World health organization: Rigiional office for the Eastern Mediterranean.
140. Koch, Louis (2017). *Hypertension artérielle: Rôle du pharmacien d'officine dans l'adhésion au traitement* (Thèse de doctorat non publiée). université Toulouse, France.
141. Lennon, C.; Hughes, C. M.; Johnston, G. D.; McElnay, J. C. (2001). Identification of psychosocial factors wich influence patient adherence with antihypertensive medication. *The international journal of pharmacie practice*, (9)
142. Lewis, Lisa M.; Schoenthaler, Antoinette M.; Ogedegbe, Gbenga (2012). Patient Factors, But Not Provider and Health Care System Factors, Predict Medication Adherence in Hypertensive Black Men. *The Journal of Clinical Hypertension*, 14 (4), 250-255. Doi: 10.1111/j.1751-7176.2012.00591.x
143. Martos-Méndez, María José (2016). Self-efficacy and adherence to treatment: the mediating effects of social support. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 7(2), 19-29. Doi: 10.5460/jbhsi.v7.2.52889.
144. Mayer, Christiane By. (2007). No-adherence to treatment: a psychological and communications perspective. *Ce Lesson*, Canada. Trouvé le : 29/03/2015 a 12:53, dans: [www.canadianhealthcarenetwork.ca](http://www.canadianhealthcarenetwork.ca).
145. Meléndez, Juan Carlos ; Tomas, José Monuel ; Oliver, Amparo ; Navarro ; Esperanza (2008). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and geriatrics*. Doi: 10.1016/j.archger.2008.02.008.
146. Nagarkar, Aarti M.; Gadhave, Swapnil A; Sharma, Ishor; Ankita, Choure; Morisky, Donald (2013). Factors influencing medication adherence among hypertensive patients in a tertiary care hospital, pune, Maharashtra. *National Journal of community medicine*, 4 (4), 559-563.
147. Nibouche, Djameleddine (2013). En Algérie, un quart de la population hypertendue n'est pas équilibrée. *Santé-mag*, (14). Algérie



148. Pajares, Frank. (1996a). Self-efficacy Beliefs in academic settings. *Review of educational Research*, 66(4), 543-578. Doi:10.3102/00346534066004543
149. Pajares, Frank. (1996b). Self-efficacy Beliefs and mathematical problem-solving of Gifted students. *Contemporary educational psychology*. (21), 325-344. Doi: 10.1006/Ceps.1996.005
150. Patel, Rosalie P; Taylor, Stephanie D. (2002). Factors Affecting medication Adherence in Hypertensive patients. *the annals of pharmacotherapy*, 36 (1), 40-45. Doi: 10.1345/aph.1a046.
151. Puozzo Capron, Isabelle. (2009). Le sentiment d'efficacité personnelle, pour un nouvel enseignement/ apprentissage des langues. *Sciences croisée*, (6), 1- 29.
152. Puvill, Thomas ; Lindenberg, Jolanda ; Craen, Antonius J.M; Slaets, Joris P.; Westendorp, Rudi G. J. (2016). Impact of physical and mental health on life satisfaction in old age: a population based observational Study. *Biomed central Geriatrics*, 16 (194), 1-9. Doi: 10.1186/s12877-016-0365-4.
153. Schneider, Marie P. (2005). *L'adhésion au traitement: les clés du succès*. université de Lausanne, Suisse .
154. Schwarzer, Ralf ; Mueller, John; Greenglass Esther (1999). Assessment of perceived general Self-efficacy on the internet: data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, et coping: an international Journal*, 12(2), 145-161. Doi: 10.1080/10615809908248327.
155. Sedghi, Goyaghaj N.; Pishgooie, A. H.; Ghorbani, Sh.; Basatin M.; Azadehjoo, N. (2019). Correlation between self-efficacy and adherence to therapeutic regimen in veterans with spinal cord injury. *Iranian journal of war & public health*, 11 (1), 41-47. Doi: 10.18869/acadpub.ijwph.11.1.41
156. Shell, Duane F., Murphy, Carolyn Colvin, Bruning, Roger H. (1989). Self-efficacy and outcome expectancy mechanisms in reading and writing achievement. *Journal of educational Psychology*, 1 (81), 91-100, American Psychological association. Doi: 10:1037/0022-0663.81.1.91.

157. Shin, Doh Chull (2015). *How people perceive and appraise the quality of their Lives : Recent Advances in the study of happiness and wellbeing*. University of California: Center for the Study of Democracy. [http://www.escholarship.org/search?q=shin% 2c+Doh+chull](http://www.escholarship.org/search?q=shin%2cDoh+chull). 09/03/2019 . 05:34
158. Son, Youn-Jung; Kim, Sun-Hee; Park, Jin-Hee (2013). Role of depressive symptoms and self-efficacy of medication adherence in Korean patients after successful percutaneous coronary intervention. *International Journal of Nursing Practice*. Doi: 10.1111/ijn.12203.
159. Son, Youn-Jung; Won, Mi Hwa (2017). Depression and medication adherence among older Korean patients with hypertension: Mediating role of self-efficacy. *International Journal of Nursing Practice*. Doi: 101111/ijn.12525.
160. Steca, P.; Greco, A.; D'Addario, M.; Monzani, D.; Pozzi, R.; Villani, A.; Rella, V.; Giglio, A.; Malfatto, G.; Parati, G. (2012). Relationship of Illness Severity with Health and Life Satisfaction in Patients with Cardiovascular Disease: The Mediating Role of Self-efficacy Beliefs and Illness Perceptions. *J Happiness Stud*. Doi: 10.1007/s10902-012-9397-4
161. Strine, Tara W.; Chapman, Daniel P.; Balluz, Lina S.; Moriarty, David G.; Mokdad, Ali H. (2008). The Associations Between Life Satisfaction and Health-related Quality of Life, Chronic Illness, and Health Behaviors among U.S. Community-dwelling Adults. *J Community Health*, (33), 40–50. Doi: 10.1007/s10900-007-9066-4
162. Sultan, Serge ; Varescan, Isabelle. (2012). *Psychologie de la santé*. (1.<sup>er</sup> ed). France : Presses universitaires de France.
163. Sweileh, Waleed M; Aker, Ola; Hamooz, Saed (2005). Rate of Compliance among patients with diabetes Mellitus and Hypertension. *An-Najah Univ. J. Res. (NSC)*, (19). Retrieved on 28/09/2019, from: [www.pdfs.semanticscholar.org/F744/ce47cd9b7bF5e4e463ce26537713d05c391a.pdf](http://www.pdfs.semanticscholar.org/F744/ce47cd9b7bF5e4e463ce26537713d05c391a.pdf).
164. Tarquinio, C ; Tarquinio, M-P. (2007). L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théorique. *Pratiques psychologiques*, (13), 1-19. Doi : 10.1016/j.prps.2006.09.005.

165. Tourette-Turgis, Catherine (2007), la consultation d'aide à l'observance des traitements de l'infection à VIH. *Comment dire*. Paris, France. Trouvé le 23.08.2019 dans : [www.commentdire.fr/grouper-APHM/3-08tourette-turgis-2007](http://www.commentdire.fr/grouper-APHM/3-08tourette-turgis-2007).
166. Tsou, Meng-wen; Liu, Jin-Tan (2001). Happiness And Domain Satisfaction in Taiwan. *Journal of happiness*, 2(3), 269-288. Doi: 10.1023/A:1011816429264.
167. Veenhoven, R. (2008). Healthy Happiness: effects of Happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *J. happiness stud*, (9), 449-469. Doi:10.1007/s10902-006-942-1.
168. Veenhoven, Ruut. (1996). *The Study of life-satisfaction*. Retrieved on 30/03/ 2019, 19:40, from: <https://www.researchgate.net/publication/244514647>.
169. Wang, Wenru; Lau, Ying ; Loo, Aloysius; Chow, Aloysius; Thompson, David R. (2014). Medication adherence and its associated factors among Chinese community-dwelling older adults with hypertension. *Heart & Lung*, 1-6. Doi: 10.1016/j.hrtlng.2014.05.001.
170. Wong, M C S; Jiang, J Y; Griffiths, S M (2010). Factors associated with antihypertensive drug compliance in 83 884 Chinese patients: a cohort study. *J Epidemiol Community Health*, (64), 895-901. Doi:10.1136/jech.2009.091603.
171. World Health organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva, Switzerland. Retrived from: <https://www.who.int/publications/adherence-report>
172. Yiannakopoulou, Eugenia Ch.; Papadopulos, John S.; Cokkinos, Dennis V.; Mountokalakis, Theodoros D. (2005). Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 12(3); 243–249.

الملاحق

## استبانة توقعات الكفاءة الذاتية العامة

إعداد : رالف سفارتزر  
ترجمة : سامر جميل رضوان

العمر:.....  
الجنس:.....  
عدد سنوات العلاج:.....  
المستوى التعليمي:.....  
الحالة المدنية:.....  
أمراض أخرى:.....

### تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن مدى كفاءة الأشخاص وفعاليتهم. اقرأ كل عبارة على حدة، ثم أجب عنها بوضع علامة (X) تحت كلمة: لا أو قليلا أو كثيرا، وذلك حسب انطباق العبارة عليك.

الرقم	العبارات	لا	قليلا	كثيرا
1	عندما يقف عائق ما في طريق تحقيق أهدافي، فأني مع ذلك أستطيع التغلب على ذلك وأصل إلى أهدافي.			
2	إذا بذلت جهدا كافيا، فأني أنجح في حل المشكلات الصعبة التي تعترضني.			
3	من السهل عليّ أن أحقق أهدافي.			
4	أنا كفاء في التغلب على المواقف والظروف التي تفاجئني.			
5	أنا قادر على التعامل بكفاءة مع الأحداث حتى ولو فاجأتني.			
6	أتعامل مع الصعوبات التي تعترضني بهدوء، لأنني أثق في قدراتي الذاتية.			
7	مهما يحدث لي من مشكلات، فأني أستطيع التعامل معها بكفاءة.			
8	باستطاعتي إيجاد حل لكل مشكلة تعترضني.			
9	إذا واجهني أمر جديد، فأني أعرف كيف أتعامل معه بكفاءة.			
10	عندي أفكار متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.			

## استبيان الرضا عن الحياة

إعداد: إد. دينر وآخرون 1985  
ترجمة: أحمد محمد عبد الخالق

العمر:.....  
المستوى التعليمي:.....  
الجنس:.....  
الحالة المدنية:.....  
عدد سنوات العلاج:.....  
أمراض أخرى:.....

### تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تتحدث عن مدى رضاك عن حياتك بصفة عامة. اقرأ كل عبارة على حدة، ثم أجب عنها بوضع علامة (x) أمام العبارة وتحت كلمة: لا أو قليلا أو كثيرا. وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليك. أجب عن كل العبارات. لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

الرقم	العبارات	لا	قليلا	كثيرا
01	تتفق حياتي مع أهدافي فيها في معظم الجوانب			
02	ظروف حياتي ممتازة			
03	أنا راض عن حياتي			
04	حصلت حتى الآن على الأشياء الهامة التي أريدها في حياتي			
05	إذا استطعت أن أعيش حياتي مرة ثانية، فإني أقبل أن أعيشها كما هي تقريبا			

## رسالة موجهة إلى الأطباء

تحية طيبة وبعد:

من أجل إتمام بحث علمي خاص بمرضى ضغط الدم المرتفع . الرجاء التفضل بالإجابة على السؤال التالي:

- ما هي التعليمات والإرشادات الطبية التي تقدمها لمرضى ضغط الدم المرتفع، فيما يخص تناول الدواء، الحمية وتغيير أسلوب الحياة؟
- التقليل من استهلاك الملح.
- تناول الدواء في الوقت المحدد.

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

شكرا على التعاون

الباحث : حسين زيد

## رسالة موجهة إلى المرضى

تحية طيبة وبعد:

من أجل إتمام بحث علمي خاص بمرضى ضغط الدم المرتفع . الرجاء التفضل بالإجابة على السؤال التالي:

- ما هي التعليمات والإرشادات الطبية التي قدمها لك طبيبك المعالج لما اكتشف أنك مريض بضغط الدم المرتفع؟
- التقليل من استهلاك الملح.
- تناول الدواء في الوقت المحدد.

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

..... -

شكرا على التعاون

الباحث : حسين زيد



قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	إسم الاستاذ	جامعة الانتساب
01	بشير معمريّة	محمد لمين دباغين - سطيف-
02	مباركي بوحفص	وهران
03	نورالدين جبالي	الحاج لخضر - باتنة-
04	يوسف عدوان	الحاج لخضر - باتنة
05	السعيد عواشرية	الحاج لخضر - باتنة
06	حنيفة صالحى	الحاج لخضر - باتنة
07	خديجة بن فليس	الحاج لخضر - باتنة
08	راجية بن علي	الحاج لخضر - باتنة
09	حدة يوسفى	الحاج لخضر - باتنة
10	عبد العزيز بوسالم	البليدة
11	محمد مقداد	البحرين

## رسالة موجهة إلى الأساتذة المحكمين

الأستاذ الفاضل

تحية طيبة وبعد:

قام الطالب بتصميم مقياس تقبل العلاج لدى مرضى ضغط الدم المرتفع، الذي يتكون من 26 عبارة موزعة على 04 محاور أساسية وبعد إطلاعكم على هذه المحاور والعبارات المكونة للمقياس يتقدم إليكم الطالب من أجل تقويم وإصدار أحكامكم على مدى صلاحية هذا المقياس وذلك من خلال إبداء رأيكم وملاحظاتكم وتقديم اقتراحاتكم في:

❖ الحكم على البنود وفق تعريف المتغير محل القياس (تقبل العلاج).

❖ السلامة اللغوية للعبارات.

وفي الأخير شكرا على تعاونكم .

تعريف تقبل العلاج: من / Observance thérapeutique / Compliance thérapeutique

Adhésion thérapeutique حيث يعرف كل من Sackett et Haynes مصطلح Observance على أنه :

"درجة التطابق بين سلوك الفرد والنصائح التي يقدمها له الطبيب".

- أما منظمة الصحة العالمية (OMS) فتعرف تقبل العلاج على أنه : "درجة التوافق بين سلوك الفرد واتباع التعليمات والإرشادات الطبية من حيث أخذ الدواء، إتباع حمية غذائية، تبني نمط حياة ملائم والقيام بتعديلات سلوكية".

-المحور الأول: تناول الدواء: ويُعرف بأنه: سلوك الفرد بأخذ دوائه بالانضباط والانتظام الأحسن

حسب الشروط والشروح التي يقدمها الطبيب (Aurélié GAUCHET, 2005, p.18)

وهو الالتزام الدقيق من طرف المريض بشراء كل الدواء. وأن يتناول الدواء الموصوف له من حيث الكمية والجرعات اليومية واحترام أوقات تناول الدواء كما وصفها له طبيبه المعالج، وعدم التوقف عن تناول الدواء أو إنهاء العلاج قبل الأوان بداعي تحسن حالته الصحية، تحت أي ظرف دون استشارة الطبيب المعالج.

-المحور الثاني: المواعيد الطبية: سلوك الفرد في إتباع إرشادات وتعليمات الطبيب ( OMS

(2003

أن يتبع المريض إرشادات الطبيب بدقة ويلتزم بالمواعيد الطبية والفحص كما حددها له طبيبه المعالج، وأن يجري كل الفحوصات الإضافية والقيام بالتحاليل الطبية والأشعة كلما دعت حالته

لذلك وطلبها منه الطبيب المعالج. أيضا على المريض أن يرجع إلى طبيبه المعالج قبل المواعيد المحددة إن كان لذلك ضرورة كأن تظهر عليه أعراض جانبية غير عادية .

**-المحور الثالث: الغذاء:** هو المحافظة على نظام تغذية صحي، فتغيير نظام التغذية يُعد عاملا مهما بالنسبة للأشخاص المصابين أو المعرضين لخطر الإصابة بعدة أمراض منها ضغط الدم. (شيلي تايلور، 2008، 124)

بالنسبة لمريض ضغط الدم المرتفع يجب أن يلتزم بنظام غذائي متوازن، حيث يُكثر من الخضروات والفاواكه ويتعد عن الأغذية التي ترفع ضغط الدم كالمأكولات المملحة مثل الكاكاو والمكسرات الأخرى، ويحافظ على تناول طعامه منقوصا من الملح مبتعدا عن الأغذية كثيرة الدسم ومحلات الأكل السريع

**-المحور الرابع: نمط الحياة وتعديل السلوك:** وهو: ممارسة السلوكيات الصحية التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي، والحفاظ على صحتهم. (شيلي تايلور، 2008، 224)

التزام المريض بالتوصيات السلوكية التي يقدمها له الطبيب المعالج كزيادة النشاط البدني مثل ممارسة الرياضة والمشي لأنها تحسن صحته. ويُنقص من وزنه إذا زاد، ويتعد عن كل سلوكيات الخطر التي تآزم حالته الصحية مثل التدخين والكحول والمواد المنبهة كالقهوة والشاي. وأن يتعد أيضا عن مصادر التوتر ومسببات الضغوط

### بيانات المحكم

الاسم واللقب: ..... الدرجة العلمية: .....  
التخصص: ..... الجامعة: .....

الرقم	المحور الأول: تناول الدواء	لا	أحيانا	غالبا
01	أتذكر تناول دوائي			
02	أتناول دوائي في الوقت المحدد			
03	التزم بالجرعات التي وصفها لي طبيبي المعالج			
04	أشتري كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي المعالج			
05	أتوقف عن تناول الدواء دون استشارة طبيبي المعالج			
06	أحمل دوائي معي لما أسافر وحين أغيب عن المنزل			
07	أتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست بأن حالتي الصحية تحسنت			
08	أعلم جيدا أن صحتي ستكون في خطر إذا لم أتناول الدواء			

المحور الثاني: المواعيد الطبية			
01			التزم بالمواعيد الطبية
02			أقوم بإجراء الفحوصات والتحاليل والأشعة التي يطلبها مني الطبيب
03			أرجع إلى الطبيب المعالج إذا ظهرت عليا أعراض غير عادية
04			أسأل الطبيب عن الأشياء التي تحافظ على صحي واستقرار ضغط دمي
05			أقيس ضغط دمي وأسجله في كراسة خاصة
06			أتبع تعليمات الطبيب بدقة لأنني أثق به
المحور الثالث: الغذاء			
01			أبتعد عن المأكولات المملحة (المكسرات.....)
02			أكثر من تناول الخضروات والفواكه
03			أتجنب الأكل في محلات الأكل السريع - بيزيريا-
04			أتجنب الأطعمة كثيرة الدسم
05			أتناول طعامي منقوصا من الملح
المحور الرابع: نمط الحياة وتعديل السلوك			
01			أتناول المشروبات الكحولية وأفطر في الشرب
02			أشرب القهوة والمشروبات المنبهة بكثرة
03			أنقص وزني عندما يزيد
04			أقوم بالمشي لأنه يحسن صحي
05			أمارس الرياضة
06			أنا أُدخن
07			أتجنب المواقف التي تسبب لي الضغط والتوتر

**الملاحظات والاقتراحات:**

.....

.....

.....

.....

.....

## استبيان تقبل العلاج (صورة أولية)

إعداد: حسين زيد

العمر: .....  
 الجنس: .....  
 عدد سنوات العلاج: .....  
 المستوى التعليمي: .....  
 الحالة المدنية: .....  
 أمراض أخرى: .....

### تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات التي نتحدث عن مدى التزامك وإتباعك لإرشادات وتعليمات طبيبك المعالج. اقرأ كل عبارة على حدة، ثم أجب عنها بوضع علامة x أمام العبارة وتحت كلمة: لا أو قليلا أو كثيرا. وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليك. أجب عن كل العبارات. لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

الرقم	العبارات	لا	قليلا	كثيرا
01	أذكر تناول دوائي			
02	التزم بالمواعيد الطبية			
03	أبتعد عن المأكولات المملحة (المكسرات.....)			
04	أتناول المشروبات الكحولية وأفرط في الشرب			
05	أتناول دوائي في الوقت المحدد			
06	أقوم بإجراء الفحوصات والتحليل والأشعة التي يطلبها مني الطبيب			
07	أكثر من تناول الخضروات والفواكه			
08	أشرب القهوة والمشروبات المنبهة بكثرة			
09	التزم بالجرعات التي وصفها لي طبيبي المعالج			
10	أرجع إلى الطبيب المعالج إذا ظهرت عليا أعراض غير عادية			
11	أتجنب الأكل في محلات الأكل السريع – بيزيريا-			
12	أنقص وزني عندما يزيد			
13	أشتري كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي المعالج			
14	أسأل الطبيب عن الأشياء التي تحافظ على صحتي واستقرار ضغط دمي			
15	أتجنب الأطعمة كثيرة الدسم			
16	أقوم بالمشي لأنه يحسن صحتي			
17	أتوقف عن تناول الدواء دون استشارة طبيبي المعالج			
18	أقيس ضغط دمي وأسجله في كراسة خاصة			
19	أتناول طعامي منقوصا من الملح			
20	أمارس الرياضة			
21	أحمل دوائي معي لما أسافر وحين أغيب عن المنزل			
22	أتبع تعليمات الطبيب بدقة لأنني أثق به			
23	أنا أدخن			
24	أتوقف عن تناول الدواء إذا أحسست بأن حالتي الصحية تحسنت			
25	أتجنب المواقف التي تسبب لي الضغط والتوتر			
26	أعلم جيدا أن صحتي ستكون في خطر إذا لم أتناول الدواء			

## استبيان تقبل العلاج (صورة نهائية)

إعداد: حسين زيد

العمر:..... المستوى التعليمي:.....  
 الجنس:..... الحالة المدنية:.....  
 عدد سنوات العلاج:..... أمراض أخرى:.....

### تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات التي نتحدث عن مدى التزامك وإتباعك لإرشادات وتعليمات طبيبك المعالج. اقرأ كل عبارة على حدة، ثم أجب عنها بوضع علامة x أمام العبارة وتحت كلمة: لا أو قليلا أو كثيرا. وذلك حسب انطباق مضمون العبارة عليك. أجب عن كل العبارات. لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.

الرقم	العبارات	لا	قليلا	كثيرا
01	أتناول دوائي في الأوقات التي حددها لي طبيبي			
02	التزم بالمواعيد التي أזור فيها طبيبي			
03	أتجنب الأطعمة زائدة الملح			
04	أتجنب تناول المشروبات المنبهة (القهوة، الشاي)			
05	التزم بالجرعات التي وصفها لي طبيبي			
06	أجري الفحوص ( تحاليل وأشعة) التي يطلبها مني طبيبي			
07	أتناول الخضروات			
08	أعمل على خفض وزني كلما شعرت أنه زاد			
09	أشتري كل الأدوية التي وصفها لي طبيبي			
10	أזור طبيبي كلما ظهرت علي أعراض مرضية جديدة			
11	أتناول الفواكه			
12	أمارس بعض الأنشطة الرياضية لتحسين صحتي			
13	أستمر في تناول دوائي كما وصفه لي طبيبي			
14	أستشير طبيبي عما يجب أن أقوم به للحفاظ على استقرار ضغط دمي			
15	أتجنب تناول الطعام في محلات الأكل السريع			
16	أتجنب التدخين			
17	أحمل دوائي معي عندما أسافر			
18	أقيس ضغط دمي بانتظام			
19	أتجنب تناول الأطعمة زائدة الدهون			
20	أتجنب المواقف التي تسبب لي الضغوط			
21	أستمر في تناول دوائي حتى إذا تحسنت حالتي الصحية			
22	ألتزم بإتباع تعليمات طبيبي			

رقم العبارة	المحور	الرقم
19,15,11,7,3	طبيعة الغذاء	03
20,16,12,8,4	نمط الحياة	04

رقم العبارة	المحور	الرقم
21,17,13,9,5,1	تناول الدواء	01
22,18,14,10,6,2	المواعيد الطبية	02