



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة-



قسم علم النفس

شعبة علم النفس

عنوان المذكرة

الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى

المتزوجات المصابات بسرطان الثدي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس - تخصص علم النفس العيادي -

إشراف الاستاذة:

الزهرة ديجاني

إعداد الطالبة:

دليلة خمخام

السنة الجامعية: 2015/2014

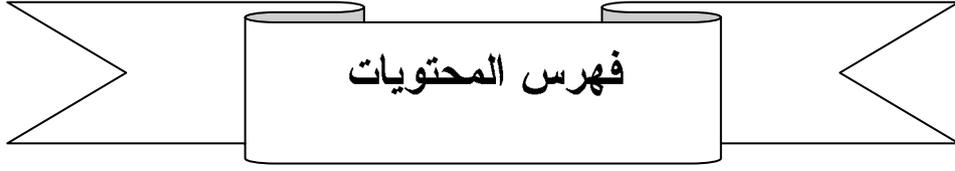
شكر وعرفان

شكرا جزيلا لله الذي خلقنا بشرا سويا، وزودنا بنور العلم، وانعم علينا بنعم كثيرة، إليك رب العزة والجلالة حمدا وافر نعمتك وعطائك، أحمدك ربي على نعمة الصحة والعافية التي غبن فيها الكثير.

أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى منبع الحنان والعطاء، عاشت الحرمان لتسقينني.

أتقدم بامتناني وشكري إلى من هم منبع المعرفة والعلم ، أضاءوا لنا درب العلم لما سبقونا إليه، أساتذتي الأفاضل لكم مني كل التقدير والاحترام.وأخص بالذكر الأستاذة ريحاني زهرة تحملت عناء عملي المتواضع ولم تبخل علينا بتوجيهاتها ومساعدتها لنا.

شكرا جزيلا إلى كل زملائي وزميلاتي إلى كل رفقاء العمل إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد لإتمام هذا العمل المتواضع.



- أ..... شكر وتقدير.....
- ب..... فهرس المحتويات.....
- ت..... فهرس الجداول.....
- ث..... الجانب النظري.....

الفصل الأول: إشكالية البحث والدراسات السابقة.....

1. مقدمة-إشكالية..... 2.....
2. أهداف الدراسة..... 5.....
3. أهمية الدراسة..... 5.....
4. التعريف الإجرائي..... 6.....
5. الدراسات السابقة..... 8.....
6. الفرضيات..... 7.....

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية.....

- تمهيد..... 11.....
- 1- مفهوم الكفاءة الذاتية..... 11.....
- 2- أبعاد الكفاءة الذاتية..... 13.....
- 3- مصادر الكفاءة الذاتية..... 15.....
- 4- تأثير اعتقاد أو إدراك الفرد على الكفاءة الذاتية..... 21.....
- 5- التأثير البيولوجي على الكفاءة الذاتية..... 23.....
- 6- الكفاءة الذاتية والسلوك الصحي..... 27.....
- خلاصة..... 29.....

الفصل الثالث: جودة الحياة.....

- تمهيد:..... 31.....
- 1- مفهوم جودة الحياة..... 31.....
- 2- مصطلحات ذات علاقة بمفهوم جودة الحياة..... 33.....

- 3- المقاربات المفسرة لجودة الحياة.....35
- 4- مؤشرات جودة الحياة.....42
- 5- أبعاد جودة الحياة.....42
- 6- مكونات جودة الحياة والعوامل المؤثرة فيها.....43
- 7- قياس جودة الحياة.....44
- 8- جودة الحياة في الجزائر.....46
- خلاصة.....48

الفصل الرابع: سرطان الثدي.....

- تمهيد.....50
- 1- تعريف سرطان الثدي.....50
- 2- تشريح الثدي.....51
- 3- أنواع سرطان الثدي.....53
- 4- مراحل المرض وتطوره.....55
- 5- العوامل المسبب لسرطان الثدي.....56
- 6- أعراض سرطان الثدي.....57
- 7- تشخيص سرطان الثدي.....57
- 8- الوقاية من المرض.....58
- 9- علاج سرطان الثدي.....59
- خلاصة.....61

الفصل الخامس: الجانب الميداني.....

- تمهيد.....63
- 1- منهج الدراسة.....63
- 2- الدراسة الاستطلاعية.....64
- 3- خصائص عينة الدراسة.....66
- 4- حدود الدراسة الاستطلاعية.....67
- 5- أدوات الدراسة الاستطلاعية.....67
- 6- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الاستطلاعية.....71
- 7- إجراءات الدراسة الأساسية.....74
- 8- حدود الدراسة الأساسية.....75

الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج.....

- 1- عرض النتائج.....78
- 2- تفسير وتحليل النتائج.....80
- 3- مناقشة عامة.....89
- خاتمة.....94
- المراجع.....96
- الملاحق

فهرس الأشكال

- الشكل رقم: (1) نموذج الحتمية التبادلية.....12
- الشكل رقم: (2) يوضح ابعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا.....15
- الشكل رقم: (3) يوضح مصادر الكفاءة الذاتية.....21
- الشكل رقم: (4) يوضح الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة.....37
- الشكل رقم: (5) يوضح مجالات الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك.....38
- الشكل رقم: (6) يوضح أجزاء الثدي.....52
- الشكل رقم: (7) يوضح مراحل تطور الخلية السرطانية في الجسم.....55

فهرس الجداول

- الجدول رقم: (1) يوضح خصائص العينة وفق متغير العمر.....65
- الجدول رقم: (2) يوضح خصائص العينة وفق دخل الأسرة.....65
- الجدول رقم: (3) يوضح خصائص العينة وفق المستوى التعليمي.....66
- الجدول رقم: (4) يوضح خصائص العينة وفق الحالة العائلية.....66
- الجدول رقم: (5) يوضح خصائص العينة وفق مدة العلاج.....66
- الجدول رقم: (6) يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الجودة الأسرية والاجتماعية.....78

- الجدول رقم:(7)يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل تقبل الذات.....78
- الجدول رقم:(8)يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الهدف من الحياة....78
- الجدول رقم:(9) يوضح العلاقة الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية.....79
- الجدول رقم:(10)يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الدور الانفعالي....79
- الجدول رقم:(11) يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الصحة العامة.....79

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي، وذلك من خلال طرح التساؤل التالية:

ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى النساء المتزوجات المصابات بسرطان

الثدي؟

وبناء عليه تم استخدام أداتين مهمتين هما مقياس الكفاءة الذاتية وجودة الحياة قصد جمع المعلومات حول هذين المتغيرين، وطبق هذان المقياسان على عينة بلغ عدد أفرادها 35 امرأة مصابة بسرطان الثدي - مستشفى الحكيم سعدان - مصلحة علاج سرطان الثدي - بسكرة -

قد أسفرت الدراسة الحالية على النتائج التالية:

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة إحصائياً بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وتقدر

بـ (0.042)

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة بين الكفاءة الذاتية وعامل الحياة الأسرية والاجتماعية لدى

المصابات بسرطان الثدي وتقدر بـ (-0.048)

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة بين الكفاءة الذاتية وعامل تقبل الذات لدى النساء المتزوجات

المصابات بسرطان الثدي وتقدر بـ (-0.257)

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة بين الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية لدى النساء المتزوجات

المصابات بسرطان الثدي وتقدر بـ (-0.209)

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة بين الكفاءة الذاتية وعامل الهدف من الحياة لدى المتزوجات

المصابات بسرطان الثدي تقدر بـ (-0.119)

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة بين الكفاءة الذاتية وعامل الدور الانفعالي لدى المتزوجات

المصابات بسرطان الثدي تقدر بـ (-0.083)

هناك علاقة إرتباطية سالبة وغير دالة بين الكفاءة الذاتية وعامل الصحة العامة لدى المتزوجات

المصابات بسرطان الثدي تقدر بـ (-0.35)

الجانب النظري

الفصل الأول: إشكالية البحث والدراسات السابقة

مقدمة - إشكالية:

لقد ضلت النماذج المفسرة للصحة والمرض أحادية المنحى لسنوات طويلة حيث ركز بعضها على العوامل البيولوجية (النموذج البيو طبي)، إذ يعتبر أصحاب هذا النموذج أن المرض هو نتيجة عوامل خارجية كالميكروبات والفيروسات، أو داخلية نتيجة اضطرابات بيوكيميائية أو فيزيولوجية، في حين ركز البعض الآخر على العوامل النفسية جسدية (النموذج السيكوسوماتي)، إذ يرى أصحاب هذا النموذج أن المرض يعود إلى صراعات نفسية معاشة من طرف المريض وتظهر من خلال أمراض سيكوسوماتية غير أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي احدث وثبة كبيرة في مجال البحث عن فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض، إذ أكد هذا النموذج أن العناصر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية على درجة متساوية من الأهمية في الوظائف والاستنتاجات الإنسانية، إذ انه ينظر للإنسان على انه نظام حي وفعال من المكونات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كما انه وحدة متكاملة إذا اختل منها جانب تأثرت الجوانب الأخرى.

لقد أفاد هذا النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر عمقا لما يتعرض له الإنسان من الأمراض ووسع مجالات التشخيص والعلاج و أصبح الباحثون أكثر اهتمام بضرورة فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ، خاصة في مجال الأمراض المزمنة التي أصبحت تشكل أهم أسباب الوفيات في العالم لاسيما الدول الصناعية، فالأمراض المزمنة تتطور ببطء ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة ولا يمكن الشفاء منها في اغلب الأحيان ولكن هو محاولة التحكم بتطورها من قبل المريض والمشرفين على علاجه،(شيلي تايلور،2008،ص45) و من هذه الأمراض المزمنة أو الخطيرة أو كما يسمونه الأطباء حاليا مرض العصر الذي أصبح يهدد الكثرات من النساء حاليا(OMS,2013)، وهو ورم يصيب صدر المرأة أو إحدى ثدييها يمين أو شمال فيجد المريض نفسه(المرأة) في بعض الأحيان مجبرة على إجراء عملية استئصال الثدي،وهذا

الأخير يكون عاملا مسببا لأزمة نفسية انفعالية شديدة ودائمة في حال عدم التصدي لها ومواجهتها، أو عدم قدرتها على تقبله و التكيف معه أو تبني مجموعة من الأساليب السلوكية الايجابية والتي تمكن الفرد(المرأة) فعلا الحفاظ على قيامها بإحداث تغيير في أسلوب حياتها.

كما يقول ألبرت باندورا"بان الفرد يدرك مختلف المواقف من خلال طريقته وأسلوبه في مواجهة ومعالجة هذه المواقف" (Bandura.A, 1977)، ويعد باندورا أول من وضع مفهوم فاعلية الذات وأطلقه على معتقدات الفرد عن قدرته في أن ينجز مهمة ما، وفاعلية الذات ليست سمة ثابتة في السلوك، بل هي مجموعة من الأحكام التي تتصل بما أنجزه الفرد فقط ، بل أيضا الحكم على ما يستطيع انجازه .

أكد باندورا على أن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية أو كفاءة الذات والممارسة الفعلية للسلوكيات الصحية الايجابية، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي الصحي للفرد (عثمان يخلف، ص103). بغية تقييم مدى قدرة الفرد على التكيف مع مجالات الحياة المختلفة (الحالة الصحية والصحة النفسية، التفاعل الاجتماعي)، والتي تتفاعل فيما بينها بشكل متكامل، حيث يكون هذا التقييم ذاتي و يعتمد على ادراكات الفرد حول هذه المجالات أو تقييم عام تقوم به هيئات مختصة لوضع سياسات منهجية لتحسين حياة المرأة المصابة بسرطان الثدي لتتعم بالسعادة و الشعور بالرضا وذلك هو مفهوم جودة الحياة المتعلقة بالصحة **Quality of Life Health**

وعليه فان هذه الأخيرة تهتم بالصحة البدنية والحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية والبيئية للمصابات وتجويد الحياة وتنمية الكفاءة الذاتية لديهن وخاصة المرأة مبتورة الثدي تتأثر لديها صورة الذات وصورة الجسم لفقدان عضو يعبر عن أنوثتها .

ويتضح جليا أهم سمات الأنوثة والتي تتمثل في النرجسية والتي يربطها فرويد بمرحلة الطفولة المبكرة بالأنا ويعتقد "فرويد" (أن الجاذبية والأنوثة تشتق من حب الذات أي الرغبة أن تكون محبوبة وذلك هو الحب النرجسي الذي يجعل المرأة أقوى من نرجسية الرجل، مع كل هذه الخصائص الأنثوية للمرأة وقد تزداد بقوة بعد زواجها فإن إصابتها بمرض عضوي كسرطان الثدي يشكل تهديدا لأنوثتها فهو الأمر الذي ترفضه ولا تقبله والذي قد ينقلها من حالة التوازن إلى حالة اللاتوازن النفسي مما يسهل إصابتها بالاضطرابات النفسية ويتغير نمط حياتها وبناء عليه نطرح التساؤل التالي:

• ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي؟

ويندرج تحت التساؤل العام التساؤلات الفرعية التالية:

1- ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الجودة الأسرية والاجتماعية لدى

المتزوجات المصابات بسرطان الثدي؟

2- ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل تقبل الذات لدى المتزوجات المصابات

بسرطان الثدي؟

3- ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية لدى المتزوجات المصابات

بسرطان الثدي؟

4- ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والهدف من الحياة لدى المصابات بسرطان

الثدي؟

5- ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والدور الانفعالي لدى المتزوجات المصابات

بسرطان الثدي؟

6- ما طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والصحة العامة لدى المتزوجات المصابات

بسرطان الثدي؟

2. هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى محاولة الوقوف على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابات المتزوجات بسرطان الثدي بصفة عامة، والكشف على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل بعد من أبعاد جودة الحياة، وكذا تنمية الكفاءة الذاتية لدى المصابات المتزوجات بسرطان الثدي، وتحسين وتطوير جودة الحياة لدى المصابات المتزوجات بسرطان الثدي.

3. أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي، في دراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابات المتزوجات بسرطان الثدي، ولاشك أن هذا الجانب ينطوي على أهمية النظرية والتطبيقية .

1.3. الناحية النظرية:

فعلى الرغم من الاهتمام بدراسة العوامل البيولوجية النفسية الاجتماعية، وكذا الدراسات في علم النفس الايجابي قليلة في التراث السيكولوجي ودراسة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة بصفة عامة لدى المصابات بالأمراض المزمنة وخاصة المصابات بسرطان الثدي في البيئة العربية بصفة عامة وبصفة خاصة البيئة المحلية لما تعانيه هذه الفئة من معاناة المرض ونمط المعيشة و أسلوب العلاج، وكذا حداثة وأهمية الموضوع في الدول النامية، وخاصة اهتمام الطب بالفرد لسيطرة على المرض فقط وتجاهل الجانب النفسي.

2.3. الناحية العلمية:

بالرغم من تقشي المرض في السنوات الأخيرة والتي أصبح في تزايد مستمر في العالم بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة حيث تسجل سنويا 11 ألف حالة جديدة للإصابة بسرطان الثدي ، وهذا يرجع إلى تغيير في نمط الحياة المليء بالضغوطات، وإبراز أهمية العوامل النفسية وما تلعبه من دور فعال في تبني سلوكيات ايجابية وقدرة الفرد في التحكم والأداء الجيد لمواجهة المواقف الضاغطة المختلفة المؤثرة في حياته لتحقيق ذواته وإشباع حاجاته ومن ثم الشعور بالرضا والسعادة النفسية والاجتماعية.

4. التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1.4. الكفاءة الذاتية:

تتمثل الكفاءة الذاتية في معتقدات الأفراد حول قدراتهم على ضبط الأحداث التي تؤثر على حياتهم ، وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من مقياس الكفاءة الذاتية العامة.

2.4. جودة الحياة:

هي شعور الفرد بالسعادة النفسية عبر المراحل حياته المختلفة والمنبثقة من جهوده الايجابية في كل من عوامله (الاستقلالية، النمو الشخصي، العلاقات الايجابية مع الآخرين وتقبل الذات) لتحقيق أهدافه، وهي الدرجة الكلية التي تتحصل عليها المستجيبة على مقياس جودة الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية (EORTC QLQ-C30 (Version 3)

3.4. المرأة المصابة بسرطان الثدي:

هن فئة النساء المصابات بسرطان الثدي، المتزوجات والمصابات حديثا بالسرطان وذلك بمستشفى الحكيم سعدان - مصلحة علاج الأورام السرطانية ببسكرة .

5. الدراسات السابقة:

1.5. الدراسات العربية (مشابهة):

الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي (عودة صليحة، مذكرة ماجستير في علم النفس الصحة، 2009)، هدفت الدراسة إلى كشف عن العلاقة الكامنة بين الكفاءة الذاتية وأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، تمت الدراسة بالمركز الاستشفائي بباتنة - مصلحة أمراض القلب على عينة مكونة من 40 مريض، خلصت الباحثة إلى النتائج التالية: أن ذوى الكفاءة المرتفعة يمتلكون معتقدات ايجابية فيما يخص مقدرتهم على إتباع الحمية الغذائية، في حين أظهر المرضى ذوى المستوى المتدني من الكفاءة الذاتية اقل قدرة على إتباع نظام غذائي صحي وبالمثل أسفرت نتائج على إن ذوى الكفاءة المرتفعة كانوا أكثر نشاطا وحيوية فيما يخص ممارسة التمارين الرياضية، على عكس المرضى ذوى الكفاءة المتدنية. أما فيما يخص الكفاءة الذاتية وعاملي التدخين، كانت العلاقة سلبية وهذا راجع لأسلوب الحياة وللبيئة العربية بقيمتها وعاداتها.

2.5. الدراسات الأجنبية:

دراسة (Rottmann et al, 2010) في دراسة على عينة من 684 امرأة مصابة بسرطان الثدي، على إمكانية التنبؤ بالتوافق الانفعالي والوجداني بواسطة الكفاءة الذاتية في علاقتهم بنوعية الحياة، ودلت النتائج على دورها في التكيف النفسي مما يجعل رفع مستواها هدفا للبرامج العلاجية نشرت الدراسة

دراسة تركية لـ (Akin et al, 2008) قام بها على عينة 141 مريضة تركية بسرطان الثدي لكشف العلاقة بين نوعية الحياة وبين الكفاءة الذاتية لدى المريضات المتابعات للعلاج الكيميائي، ودلت النتائج على انخفاض مستويات الكفاءة الذاتية خلال مدة العلاج مما يؤثر على جودة الحياة.

دراسة قام بها (Graves et al, 2001) على عينة من 14 مريضة بسرطان الثدي وهي دراسة تجريبية لتحسين نوعية الحياة لديهن باستعمال نظرية المعرفة الاجتماعية لكنها خلصت النتائج إلى نقائص التحليل الإحصائي وبالتالي اثرت على تحسين نوعية الحياة .

دراسة قامت بها (Sehsuvar Gokgoz: 2011) بعنوان الصحة وعلاقتها بجودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي:دراسة بتركيا، والغرض من الدراسة تقييم نوعية الحياة للمصابات بسرطان الثدي على عينة 123 امرأة شخصن حديثا ومتابعات بعد العلاج الأولي من طرف العيادة الخارجية للجراحة في المستشفى الجامعي حيث طبقت الباحثة استبيان (QLQ- BR23 & QLQ- c 30

تحصلت على النتيجة متوسط 64.43 (مركز الصحة العالمية)، كان المرضى الذين يعانون من سرطان الثدي في مراحل متقدمة يعانون من انخفاض الأداء البدني، الاجتماعي و الجنسي، إذن مرضى سرطان الثدي تواجهن مشاكل في نوعية الحياة متعددة المجالات (الصحية والمهنية والنفسية و الاجتماعية والأسرية) ويجب الأخذ بعين الاعتبار تحسين أسلوب الحياة .

3.5.التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على الدراسات السابقة نخلص إلى تنوع في الأهداف المسطرة من قبل الباحثين في دراستهم ذات الصلة بمتغيرات بحثنا الحالي، بحيث حاول بعضهم التعرف على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي كما في دراسة (Rottmann et al, 2010) و (Akin et al,2008) و (Graves et al, 2001) و (Sehsuvar Gokgoz: 2011) كما هدفت دراسة عودة صليحة لتعرف على العلاقة بين الكفاءة الذاتية وأسلوب الحياة لدى مرضى الشريان التاجي، وخلصت النتائج إلى أنها لا توجد علاقة ارتباطيه وذلك بان النتائج كانت سالبة نظرا لانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية وعلية تتخفف جودة الحياة

6.الفرضيات:

1.6.الفرضية العامة: توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابات

المتزوجات بسرطان الثدي

2.6.الفرضيات الجزئية:

1.لا توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل الجودة الأسرية والاجتماعية لدى

المصابات المتزوجات بسرطان الثدي

2.لا توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل تقبل الذات لدى المصابات المتزوجات

بسرطان الثدي

3.لا توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية لدى المصابات المتزوجات

بسرطان الثدي

4.لا توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والهدف من الحياة لدى المصابات المتزوجات

بسرطان الثدي

5.لا توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية والدور الانفعالي لدى المصابات المتزوجات

بسرطان الثدي.

6.لا توجد علاقة ارتباطيه سلبية بين الكفاءة الذاتية والصحة العامة لدى المصابات

المتزوجات بسرطان الثدي.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

تمهيد:

يعد مفهوم الكفاءة الذاتية من أهم مفاهيم علم النفس الايجابي الذي وضعه باندورا حيث يرى بأن معتقدات الفرد عن فاعليته تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات المتعددة، سواء مباشرة أو غير المباشرة، كما يمكن أن تحدد المسار الذي تتبعه كإجراءات سلوكية، إما في صورة ابتكاريه أو نمطية، كما أن هذا المسار يمكن أن يشير إلى مدى إقناع الفرد بفاعلية الشخصية *personals efficacy*، وثقته بإمكاناته التي يقتضيها الموقف (Bandura.A, 1982).

فاعلية الذات تعمل كمعينات ذاتية أو كمعوقات ذاتية في مواجهة المشكلات فالفرد الذي لديه إحساس قوي بفاعلية التألق يركز جل اهتمامه عند مواجهته لمشكلة على تحليلها بغية الوصول لحلول مناسبة، أما إذا تولد لديه شك بفاعلية الذات فسوف يتجه تفكيره نحو الداخل بعيدا عن مواجهة المشكلة فيركز على جوانب الضعف وعن الكفاءة وتوقع الفشل.

1. مفهوم الكفاءة الذاتية:

1.1. تعريف الكفاءة الذاتية:

يعرفها باندورا **Bandura.A** " بأنها اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء تؤثر على الأحداث التي تمس حياته وشعور الفرد بأنه قادر على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث وأنها تحت سيطرته غالبا" (Bandura.A, 1997, p89).

شفارتزر (Schwarz,1994) يرى بان الكفاءة الذاتية عبارة عن بعد ثالث من أبعاد الشخصية وتتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصحية التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية (سامر جميل رضوان، 1997، ص104).

يعرفها دوفان و واكر (Douvan&Walker) بأنها القدرة أو الإمكانية على أداء السلوك المطلوب، ومن ثم التأثير في العمليات ومجريات الأمور " الإحداث التفسير والتطور".

كما تعرف الكفاءة الذاتية " على أنها مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكيات معينة ومرونته في هذا التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب ومدى مثابرتة للإنجاز، ويتضمن هذا المفهوم الأبعاد التالية: الثقة بالنفس، والمقدرة والتحكم في ضغوط الحياة وتجنب المواقف التقليدية والصمود أمام خبرات الفشل والمثابرة على الانجاز(علاء محمود الشعراوي،2000، ص297).

يعتبر نموذج الكفاءة الذاتية من المكونات الهامة للنظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا (théorie cognitive social)، فالسلوك الإنساني في ضوء هذه النظرية يتحدد تبادليا بتفاعل العوامل الذاتية الشخصية والسلوكية والبيئية، وينظر باندورا إلى العلاقة بين تلك العوامل على أنها علاقة تبادلية ثلاثية الاتجاه. حيث أطلق عليها "الحتمية التبادلية" ويعني ذلك أنّ أساس التعلم المعرفي الاجتماعي عند باندورا هو فكرة (الحتمية التبادلية الدائرية). الشكل التالي يوضح مبدأ الحتمية التبادلية



الشكل (01) نموذج الحتمية التبادلية

2. أبعاد الكفاءة الذاتية:

حدد باندورا في نظريته " الكفاءة الذاتية " ثلاث أبعاد للكفاءة الذاتية وهي:

1.2. الفاعلية:

تعني مستوى دوافع الفرد للأداء في المجالات المختلفة، ويختلف ذلك المستوى تبعاً لطبيعة و صعوبة الموقف، ويؤكد باندورا على أن طبيعة التحديات التي تواجه الفاعلية الشخصية يمكن الحكم عليها من خلال مختلف الوسائل، ويبدو مستوى الكفاءة الذاتية بصورة أوضح عندما تكون المهام مرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقع الكفاءة، ويمكن تحديدها بالمهام البسيطة المتشابهة ومتوسط الصعوبة، حيث أنه من خلال التنظيم الذاتي لم يعد الفرد ينجز أي عمل عن طريق الصدفة، ولكن فاعلية الفرد هي التي تدفعه لينجز عمله بطريقة منظمة من خلال مواجهة حالات العدول عن أداء العمل. (نيفين عبد الرحمن، 2011، ص 49).

أما (الزيات 2001) فيرى أن الفاعلية لدى الأفراد تتباين بتباين عوامل عديدة أهمها (فتحي الزيات: 2001، 510).

- مستوى الإبداع أو المهارة أو البراعة level of ingenuity
- مدى تحمل الإجهاد exertion
- الإنتاجية productivité
- مدى تحمل التهديدات أو الضغوط thread
- الضبط الذاتي المطلوب .self-régulation required
- مستوى الدقة accurary

2.2. العمومية:

يشير هذا البعد إلى انتقال كفاءة الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة، وتتباين درجة العمومية ما بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية، والمحدودية الأحادية التي تقتصر على المجال أو النشاط أو مهام محددة، وتختلف درجة العمومية باختلاف المحددات التالية: (عدودة صليحة، 2010، ص 65).

- درجة تماثل الأنشطة.

- وسائل التعبير عن إمكانية (سلوكية و معرفية وانفعالية).

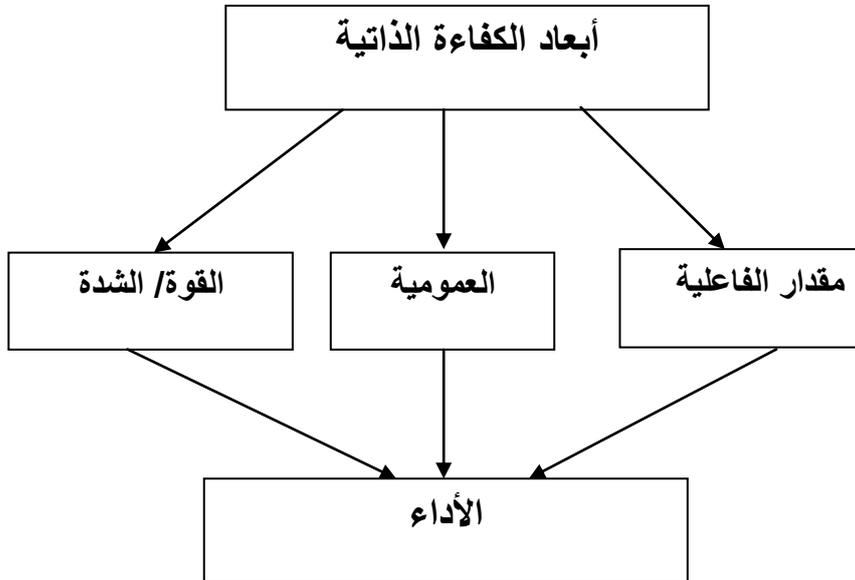
- الخصائص الكيفية للمواقف (الشخص، موقف محور السلوك).

ويبين (Bandura.A.1997) أنّ العمومية تتحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل الأنشطة المحددة، و أنها تختلف تبعا لاختلاف عدد من الأبعاد، أهمها درجة تشابه الأنشطة، والطرق التي تعبر عن الإمكانيات أو القدرات، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك. (السيد أبو هاشم، 1994، ص 48)

3.2. القوة أو الشدة:

فالمعتقدات الضعيفة عن الفعالية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه، وتتحدد قوة كفاءة الذات لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى ملاءمتها للموقف، ويشير هذا البعد أيضا إلى عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية أي قدرة وشدة اعتقاد الفرد أو عمق إدراكه أن بإمكانه أداء المهام أو الأنشطة موضوع القياس، ويتدرج بعد القوة أو الشدة ما بين قوي جدا أو ضعيف جدا. (فتحي الزيات، 2001، ص 511).

ويؤكد باندورا 1977 على أن قوة توقعات كفاءة الذات تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف. (Bandura.A, 1997,p198). والشكل التالي يلخص أبعاد الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأداء الفرد.



شكل رقم (2) أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا

3. مصادر الكفاءة الذاتية:

اقترح ألبرت باندورا (1977) أربعة مصادر لفاعلية الذات، ويبين الشكل رقم: (3) هذه المصادر وعلاقتها بأحكام فاعلية الذات والسلوك أو الناتج النهائي للأداء.

1.3. الانجازات الأدائية: performance Accomplissement

يعد هذا المصدر الأكثر تأثيراً في الكفاءة الذاتية لدى الفرد لأنه يعتمد أساساً على الخبرات التي يمتلكها الشخص، فالنجاح عادة يرفع توقعات الفاعلية بينما الإخفاق المتكرر يخفضها، والمظاهر السلبية للفاعلية مرتبطة بالإخفاق، وتأثير الإخفاق على الفاعلية الشخصية يعتمد جزئياً على الوقت والشكل الكلي للخبرات، وتعزيز فاعلية الذات يقود إلى التعميم في المواقف الأخرى، والانجازات الأدائية يمكن نقلها بعدة طرق من خلال النمذجة

المشتركة حيث تعمل على تعزيز الإحساس بالفاعلية الذاتية لدى الفرد وان الأشخاص الذين لديهم إحساس منخفض بفاعلية الذات يبتعدون عن المهام الصعبة ويتجهون إلى إدراكها كتهديدات شخصية ويمتلكون مقدرة ضعيفة في تحقيق أهدافهم والأداء بنجاح لديهم يتوقف على العقبات التي تواجههم حيث يعززون الإخفاق إلى نقص قدراتهم وضعف مجهوداتهم في المواقف الصعبة مما يؤخر استرداد الإحساس بفاعلية الذات عقب الإخفاق، وعلى العكس الأشخاص الذين لديهم إحساس مرتفع بفاعلية الذات يقتربون من المهام الصعبة كالتحدي وترتفع مجهوداتهم في المواقف الصعبة ولديهم سرعة في استرداد الإحساس بفاعلية الذات عقب الإخفاق. (مفتاح محمد عبد العزيز، 2010، ص163)

ويؤكد كذلك على وجود علاقة سببية بين الثقة بفاعلية الذات والانجازات الأدائية فالمستويات المرتفعة من فاعلية الذات تلازم المستويات المرتفعة من الانجازات الأدائية فالخبرات والانجازات الأدائية السابقة لها تأثيرات كبيرة على فاعلية الذات لدى الفرد وخاصة تلك التي تحقق للفرد النجاح. (Bandura.A, 1983, p195). وعليه نستنتج مايلي:

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

- إن الأعمال التي يتم انجازها بنجاح من قبل الفرد معتمدا على نفسه تكون أكثر تأثيرا على فاعلية ذاته من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة من الآخرين.

إن الإخفاق المتكرر يؤدي في اغلب الأحيان إلى انخفاض فاعلية الذات، وخاصة عندما يعلم الشخص انه قد بذل أفضل ما لديه من جهد، ويؤكد باندورا على أن فاعلية الذات للفرد من خلال الانجازات الأدائية يعتمد على القدرات السابقة، كما يعتمد على صعوبة المهمة المدركة، ومقدار الجهد المبذول، وحجم المساعدات الخارجية بالإضافة إلى الظروف التي تحيط بالأداء، والتوقيت الزمني للنجاحات والإخفاقات، حيث يرتبط هذا بالأسلوب الذي يتم به تنظيم وبناء الخبرات.

2.3. الخبرات البديلة: vicariaux expérience

ويشير هذا المصدر إلى الخبرات غير مباشرة التي يحصل عليها الفرد، فرؤية أداء الآخرين للأنشطة والمهام الصعبة يمكن أن تنتج توقعات مرتفعة مع الملاحظة الجيدة والرغبة في المثابرة مع الجهود، ويطلق على هذا المصدر "التعلم بالنموذج وملاحظة الآخرين"، والخبرات البديلة تعني الخبرات غير مباشرة التي يكتسبها الفرد كالمعلومات التي تصدر من الآخرين، و أن الخبرات البديلة من العمليات التي تؤثر على التقييم الذاتي لفاعلية الذات، ومن هذه العمليات المقارنة الاجتماعية، حيث أن أداء الأفراد الآخرين المشابهة لأداء الفرد يشكل مصدرا مهما للحكم على قدرة الفرد الذاتية، كما أن مراقبة الأفراد لأدائهم تحت ظروف معينة يؤدي إلى نتائج. (Bandura.A, 1997, p87).

والتعلم بالملاحظة تتحكم فيه أربع عمليات فرعية وهي:

عملية الذاكرة: حيث تقوم بتحويل وبناء المعلومات التي تتعلق بالأحداث، ليعاد تمثيلها في الذاكرة على هيئة قواعد وتصورات، وتتولى التصورات السلوكية إنتاج القواعد التي عمل على بناء الأحداث المناسبة للظروف المتغيرة.

عملية الانتباه: وهي تحدد الملاحظة الانتقالية في ضوء المعلومات المستخلصة من الأحداث المشاهدة، وهنا العديد من العوامل التي تؤثر على اكتشاف وفحص النماذج في البيئة الاجتماعية والرمزية، ومنها العمليات المعرفية، و التصورات السابقة، وقيم الملاحظة، والتكافؤ الفعال، والجاذبية، والقيم الوظيفية، والأنشطة الملاحظة.

العملية الدافعية: حيث يتأثر أداء السلوك الناتج عن الملاحظة بثلاثة أنواع من الدوافع المحفزة وهي: النتائج المباشرة، والخبرات البديلة، والإنتاج الذاتي، والأفراد يميلون إلى أداء السلوك إذا كان يؤدي إلى نتائج قيمة مباشرة، حيث أن نجاح الآخرين يعطي الفرد دفعة للقيام بلوك مماثل، بينما الإخفاق والسلوكيات ذات العواقب الوخيمة تؤدي إلى كف

السلوك، والمعيار الشخصي يوفر مصدرا خرا للدافعية حيث انه التقييم التفاعلي الذي يمله الفرد لسلوكه ينظم الأنشطة الناتجة عن التعلم بالملاحظة.

عملية إنتاج السلوك: حيث يتم تعديل السلوك في ضوء المعلومات المقارنة بالنموذج التصوري للإنجاز، وهناك ارتباط بين الفعل والتصورات المسبقة، وكما امتلك الفرد العديد من المهارات الفرعية كلما كان من السهل استخدام هذه النماذج التصورية لإنتاج سلوك جديد، وتكتسب تلك الخبرات من خلال ملاحظة الفرد لأداء الآخرين وأنشطتهم الناجحة والتي ترجع إلى النماذج المختلفة، وتولد توقعات للملاحظ عن أدائه، والخبرات البديلة يكون لها تأثير أقوى عندما تكون خبرة الفرد السابقة بالنشاط قليلة.(نيفين عبد الرحمان، 2011، ص29).

ويؤكد باندورا على أن تأثير الخبرات البديلة على فاعلية الذات لا يتضمن فقط تعريض الأفراد لنماذج فالنماذج تعمل من خلال شبكة معقدة من العمليات المعرفية(الانتباه، الذاكرة، إنتاج السلوك، والدافعية) لتعزيز فاعلية الذات عن طريق الخبرات البديلة، كما أن هناك طريقة أخرى يمكن للخبرات البديلة بموجبها التأثير على التقييم الذاتي للفاعلية، وهي الحالة الانفعالية المستثارة من تقييم الذات المقارن فرؤية انجازات المشابهة قد تسعد أو تحبط الملاحظين (Bandura.A,2003, p92).

ومما سبق يتضح لي: أن الخبرات البديلة قائمة على محاكاة الذات، حيث أن الأفراد لا يتقنون في نموذج الخبرة كمصدر أساسي للمعلومات فيما يتعلق بمستوى فاعلية الذات ولذلك فان الكثير من التوقعات تشتق من الخبرات البديلة، ورؤية أداء الآخرين للأنشطة الصعبة، ويمكن للخبرات البديلة أن تتيح توقعات مرتفعة عن طريق الملاحظة، والرغبة في التقدم، والمثابرة، ومقارنة القدرات الذاتية بالنسبة لقدرات الآخرين.

3.3. الإقناع اللفظي: Verbal persuasion:

يعني الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين والإقناع بها من قبل الفرد أو معلومات تأتي إلى الفرد لفظيا عن طريق الآخرين تكسبه نوعا من الترغيب في الأداء أو الفعل، ويؤثر على سلوك الشخص أثناء محاولاته لأداء المهمة، وان الإقناع الاجتماعي له دور مهم في تقديم الإحساس بفاعلية الذات (Bandura,1994 ,p200)

ويذكر جابر عبد الحميد أن تأثير هذا المصدر محدود ومع ذلك فان الإقناع اللفظي في ظل الظروف السليمة يتمكن من رفع فاعلية الذات، ولكي يتحقق ذلك فينبغي أن يؤمن الفرد بالشخص القائم بالإقناع والنصائح، أو بالتحذيرات التي تصدر عن الشخص موثوق به لما لها من تأثير اكبر في فاعلية الذات عن تلك التي تصدر عن شخص غير موثوق به وان يكون النشاط الذي ينصح الفرد بأدائه في حصيلة هذا الفرد السلوكية على نحو واقعي وذلك انه لا يوجد إقناع لفظي يستطيع أن يغير حكم شخص على فاعليته وقدرته على القيام بعمل يستحيل أدائه في ظل مقتضيات الموقف الفعلي. (صفوت فرج:2000،297)0

3.3 الحالة النفسية والفسيوولوجية: The psychological state of physiological

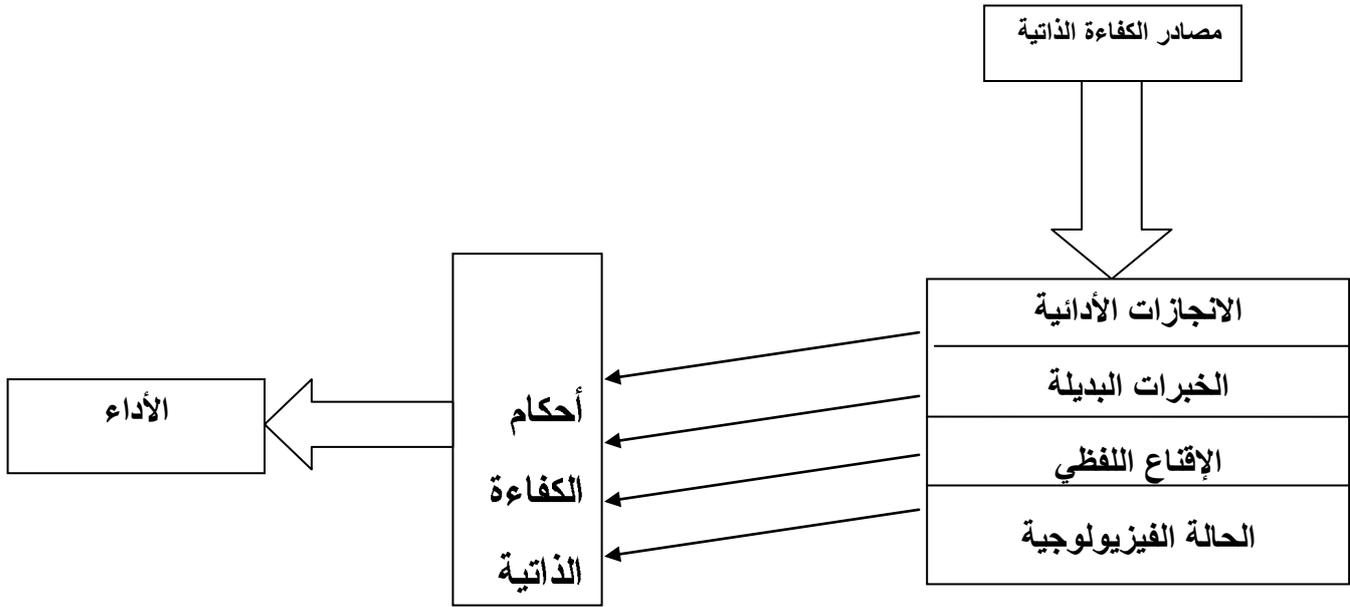
يشير هذا الأخير إلى العوامل الداخلية التي تحدد للفرد ما إذا كان يستطيع تحقيق أهدافه أم لا، وذلك مع الأخذ بعين الاعتبار بعض العوامل الأخرى مثل القدرة المدركة للنموذج، والذات، وصعوبة المهمة، والجهد الذي يحتاجه الفرد، والمساعدات التي يمكن أن يحتاجها للأداء(جابر عبد الحميد،1990،ص 445)

وأشار باندورا إلى أن الاستثارة الانفعالية تظهر في المواقف الصعبة التي تتطلب مجهودا كبيرا، كما أنها تعتمد على الموقف وتقييم معلومات القدرة فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية، وبالتالي تعتبر مصدرا أساسيا لمعلومات الفاعلية. وترتبط معلومات الاستثارة الانفعالية بمتغيرات عديدة أهمها:

- مستوى الاستثارة: ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء.
- الدافعية المدركة للاستثارة الانفعالية
- طبيعة العمل

ويرى فتحي الزيات: "إن البنية الفسيولوجية والانفعالية أو الوجدانية تؤثر تأثيراً عاماً على الفاعلية الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية والحسية العصبية لدى الفرد، ويعزى ذلك لثلاث أساليب رئيسية من شأنها زيادة أو تفعيل إدراك فاعلية الذات: تعزيز أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية، وتخفيض مستويات الضغوط والنزعات أو الميول الانفعالية السالبة، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترى الجسم.(فتحي الزيات، 2001، ص490).

إذن ما نستخلصه أن مصادر الكفاءة الذاتية (الخبرات البديلة، الانجازات الأدائية الإقناع اللفظي، الحالة النفسية والفسيولوجية) يستخدمها الأفراد في الحكم على مستويات الفاعلية الذاتية وكلما كانت هذه المصادر موثوق بها كلما زاد التغيير في إدراك الفرد لذاته كإنسان قادر على السيطرة على حل المشكلات، وهكذا فإن المعلومات المبنية على الأداء الاجتماعي الفعلي للفرد من شأنها أن تكون أكثر تأثيراً لفاعلية الذات من المعلومات القائمة على الإقناع من خلال الطرق الخاصة بالتفسير للمشكلات أو المقترحات.



الشكل رقم (3): مصادر الكفاءة الذاتية

4. تأثير اعتقاد أو ادراكات الفرد على كفاءته الذاتية:

يرى باندورا أن الاعتقادات أو الإدراك عن الكفاءة الذاتية تؤثر على سلوك الفرد من خلال أربع نواحي هي:

1.4. اختيار السلوك:

يؤثر الإدراك 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 والانجاز، ويتجنبون تلك المجالات أو المهام التي لا يعرفون فيها بذلك، وتشير القياسات المتكررة للعلاقة بين الكفاءة الذاتية والنتائج المتوقعة والمعرفة و المهارات إلى وجود ارتباطات عالية ودالة بينها. (فتحي محمد الزيات، 2001، ص 504).

حتى الأفراد الذين لديهم ادراكات بقوة الكفاءة الذاتية لديهم مع وجود نقص فعلي في مهاراتهم، يتصرفون ويمارسون في ضوء إحساسهم لمستوى كفاءة الذات لديهم وربما

يؤدي بهم ذلك إلى نتائج وخيمة، والأفراد الذين لديهم ادراكات بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية لديهم مع وجود ارتفاع فعلي في المهارة ، ربما يعانون من الشعور بضعف الثقة بالنفس، والتردد في قبول المهام أو التكاليفات ،والقيام بالمهام التي يملكون انجازها، وفي الإطار يستعرض باندورا " أن الكفاءة الذاتية تشكل المحدد الأساسي للسلوك وهي ذات قيمة تنبؤية به، وتوقع نتائجها المتوقعة (أي سلوك)، كما قيمتها التنبؤية تفوق القيمة التنبؤية لكل من المعرفة والمهارة التي يملكها الفرد (فتحي الزيات،2001، ص505).

2.4. كم ومعدل الجهد:

تحدد الاعتقادات عن الكفاءة الذاتية كم ومعدل الجهد الذي يبذله الناس، ومدى حرصهم على مواصلة أو مثابرتهم في أداء النشاط المستهدف، فالأشخاص الذين لديهم ادراكات عالية بقوة الكفاءة يبذلون جهود اكبر ويحتفظون لمدة أطول بمعدلات أعلى للنشاط والمثابرة، وهذه الوظيفة الإدراكية أو اعتقادات الكفاءة للفرد تساعد على توليد تنبؤ كلي بمستوى الأداء اللاحق، كما أن ارتباط المثابرة بارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الأداء الذي يعود مرة أخرى ليؤثر بالارتفاع على مستوى الكفاءة الذاتية.

3.4. أنماط التفكير وردود الأفعال:

تحدد اعتقادات أو ادراكات الفرد لكفاءة الذات لديه أنماط من التفكير وردود الأفعال الانفعالية ، فقد وجد **Collins1986** أن الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية يكل التفكير السببي العلائقي بين الفعل ونتيجته، فيميل ذوو الإحساس بقوة الكفاءة الذاتية إلى إعزاء أو تفسير الفل في المهام الصعبة إلى نقص الجهد أو عدم كفايته ، وهذا الأعزاء أو التفسير يدعم الميل أو التوجه إلى النجاح، بينما يعزو ذوو الإحساس بانخفاض مستوى الكفاءة الذاتية ذلك الفشل إلى نقص القدرة (Lawrence et Olivier,2005,p401)

4.4. الفرد المنتج للسلوك:

يبدو تأثير اعتقاد أو ادراكات الكفاءة الذاتية للفرد على سلوكه إذا نظرنا إليه باعتباره منتجا للسلوك أكثر منه متنبئا به، ويعزى هذا الافتراض إلى مايلي:

- أن الثقة بالنفس تولد النجاح الذي يقود إلى مستوى أفضل من الأداء
- أن ضعف الثقة بالنفس يولد التردد والتراجع عن المحاولة لتجنب الفشل.

وعليه فإن ادراكات الفرد عن الكفاءة الذاتية تساعد على تحديد كيف يفكر وكيف يشعر وكيف يتصرف، والجدير بالذكر هنا أن اعتقادات أو ادراكات الفرد حول الكفاءة الذاتية لديه لا تؤثر على سلوكه فحسب، ولكنه يستخدم هذه الادراكات أو الاعتقادات بشكل ايجابي نشط أو ملموس كي يسلك أو يستجيب من خلالها، وهو ما أشار إليه (Bandura.A1977) بمفهوم الحتمية التبادلية.

5. التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية:

يمكن للكفاءة الذاتية تنشيط عمليات حيوية عديدة، تعمل بمثابة وسائط في حالة الصحة و المرض، حيث يظهر قسط كبير من الآثار البيولوجية للكفاءة الذاتية، عندما يواجه الفرد عوامل ضاغطة حادة أو مزمنة في الحياة اليومية (Bandura.A،.397) وتاماً كما لا يكون لهذه الضغوط اثر عندما يمكن للجسم التحكم بها، فإنّ التعرض لنفس العوامل دون إدراك إمكانية التحكم بها يترك آثار سيئة على الجسم، من خلال تأثيرها على المستوى العصبي والغدي، إذ تؤكد الدراسات الوبائية و الارتباطية بأن غياب التحكم السلوكي المدرك على الضغوط المحيطة يفاقم هشاشة الجسم لأمراض البكتيرية والفيروسية، مما يسبب ظهور اضطرابات فيزيولوجية ويسرع تطور الأمراض(رحاحلية سمية،2010،ص50).

وهنا يأتي دور الكفاءة الذاتية في تأثير على بيولوجيا الجسم، والذي يمكن شرحه من خلال:

1.5. مواجهة الضغوط:

تعزي النظرية المعرفية الاجتماعية ردود الفعل السيئة للضغوط، تعود أساسا إلى ضعف الإحساس بالكفاءة في التحكم في التهديدات غير السارة، والتجارب المتعرض لها، فاعتقاد الأفراد بكفاءتهم الذاتية، يجعل هذه الضغوط غير مؤثرة (Bandura.A, p396).

ويرى chawarzer1992 أن إدراك القدرة على التحكم الذاتي، يسهل النشاط الإنساني، وتمثل الكفاءة الذاتية مظهرا هاما من مظاهر هذا الإحساس بالتحكم. وفي الوقت الذي تؤكد الدراسات أن الكفاءة الذاتية تعد وسيط معرفي أساسي أمام الاستجابات البيولوجية، من خلال تأثيرها على الجهاز المناعي .

2.5. تنشيط إفراز الكاتيكولامينات:

تؤكد الدراسة الاستجابات البيولوجية للتهديدات المدركة، تحت مختلف المستويات الكفاءة الذاتية على نتائج متباينة، حيث يرتبط غياب الاعتقاد بالكفاءة الذاتية باستجابات بيولوجية مكثفة للتهديدات عبر زيادة معتبرة في إفراز الكاتيكولامينات (norépinéphrine, épinéphrine, dopac) وفي حين ينخفض الناقلين العصبيين الآخرين يستمر ارتفاع دوبامين الذي يتحفز إفرازه بمجرد إدراك بسيط بان التهديدات المحيطة تتجاوز إدراك الفرد لقدرته على مواجهتها والتغلب عليها، على الرغم من زوال الوضعية المهددة التي حفزت إفرازه في المرة الأولى.

وبعد تعزيز الكفاءة الذاتية لدى هؤلاء الأفراد، يبقى إفراز هذه الناقل العصبية منخفضة نسبيا، بالرغم من التعرض لنفس الوضعية المهددة، وهو ما يعزز الفكرة التي مفادها أن الكفاءة الذاتية تلعب دورا وسيطا معرفي في الاستجابات البيولوجية التي تؤثر على صحة الفرد وكذلك مرضه. (Bandura.A:401).

3.5. تنشيط الاندروفين:

هي هورمونات تفرز من قبل منطقة تحت المهاد (hypothalamus) وتلعب دور المورفين (morphine) في وقف الألم (Morin, 2003, 308) وتتدخل هذه المواد زيادة على تنظيم الألم، في الوساطة لأثار الضغوط غير المتحكم بها على الكفاءة المناعية.

ويؤكد باندورا أن غياب الاعتقاد بالكفاءة الذاتية في القدرة على مواجهة الضغوط هو ما يؤدي إلى تحريض إفراز هذه المواد، الأمر الذي أكدته الدراسة التي قام بها باندورا وزملاءه 1988 خلال قياس القدرة على تحمل الألم الناجم عن وضع أفراد عينة الدراسة أيديهم في الماء المتجمد، بعد تلقيهم مادة نافلوكسون naflozone وهي مادة توقف الأثر المهدئ للألم الأندروفين ، بالأخذ بعين الاعتبار الفروق الموجودة بينهم في مستويات الكفاءة الذاتية،

وخلصت الدراسة الى أن الأفراد الذين كان ادراكهم لمستوى الكفاءة الذاتية مرتفعا وبالتالي قدرتهم على السيطرة على المواقف المهددة، والحفاظ على مستوى ضغط متدني لم يحرض لديهم إفراز الاندروفين ولم يتأثر قدرتهم على تحمل الألم بمادة نافلوكوسون على عكس الذين كان مستوى إدراكهم لكفاءتهم الذاتية متدنيا ، والذين أحسوا بمستوى مرتفع من الضغط ابداوا قدرة على تحمل الألم، إلا أنهم سرعان ما وجدوه غير قابل للتحمل عندما بدأ تأثير مادة نافلوكوسون، فإفراز الأندروفين لا ينجم عن تحريضه بسبب التنبيهات المؤلمة، وإنما بسبب الضغط النفسي المدرك، المرتبط بغياب إدراك القدرة على المواجهة الناجحة للوضعية المؤدية لإحساس بالألم. (Bandura.A et al, 1988, p402)

4.5. تنشيط الجهاز العصبي الذاتي:

تؤكد الدراسات على أهمية الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، في التأثير على مختلف أجهزة الجسم ومن بينها الجهاز العصبي الذاتي. حيث في دراسة قام بها باندورا وآخرون لدى مرضى مصابين بفوبيا الثعابين تم التعزيز التدريجي لاعتقادهم بكفاءتهم الذاتية من خلال

تجارب النمذجة والتحكم، ثم قيست مستويات الضغط ونشاط الجهاز العصبي الذاتي من خلال الاستجابة للتهديد المخيف المتزايد تدريجياً، بحيث سجل تسارع في الإيقاع القلبي وارتفاع الضغط الشرياني مقارنة بالحالة العادية التي لم يسبق تعرضها للتهديد ولم يظهر الأفراد الذين كان إدراكهم لمستوى كفاءتهم الذاتية مرتفعاً اضطراباً كبيراً بالقدر الذي أبداه ذوي الكفاءة المتدنية.

وعليه أكدت الدراسة أنّ التغيرات التي تطرأ على مستوى الجهاز العصبي الذاتي تتم عندما يتجنب هؤلاء الأفراد مواجهة المواقف التي يعتقدون أنها تفوق قدراتهم وهي الفكرة التي تدعمت عندما تم تعزيز اعتقادهم بكفاءتهم الذاتية، حيث أصبح بمقدورهم مواجهة نفس المواقف السابقة دون أن يطرأ أي ارتفاع في نشاط الجهاز العصبي الذاتي (Bandura.A, p 399)

5.5. التأثير على الجهاز المناعي:

تؤكد الكفاءة الذاتية على الجهاز المناعي من خلال إدراك القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة، إذ تقلل الكفاءة الذاتية من الخبرة الضاغطة وكذلك من النزعة إلى الاكتئاب عند مواجهتها هذا ما تدعمه الدراسات التجريبية التي توصلت إلى أن الأفراد الذين تعرضوا لمثيرات ضاغطة وكان إدراكهم لقدرتهم علة مواجهتها مرتفعاً ابداوا تغييرات أقل في مستوى الكفاءة المناعية، كما ارتبط الشعور بالرضا عن الكفاءة الذاتية والإحساس بإمكانية مواجهة الضغوط والتحكم بها والقدرة على إدارتها بمعدلات أعلى في عدد الخلايا المناعية البنائية. (شيلي تايلور، 2008، ص778).

في الوقت الذي أكدت دراسات أخرى على ارتباط تدني مستويات الاعتقاد بالكفاءة الذاتية بالكف المناعي، وبأمراض أخرى مترتبة جراء ذلك (سامر جميل رضوان، 1997، ص 30).

6. الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالسلوك الصحي:

ان ممارسة التحكم والسيطرة في الحياة يلعب دورا في الحفاظ على الصحة والتعامل مع المرض، فحسب نظرية الكفاءة الذاتية فان الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية كفاءة الذات والممارسة الفعالة للسلوكات الصحية الايجابية، أي عندما تصبح كفاءة الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد.

ترى نظرية الكفاءة الذاتية أن أداء السلوك الصحي وممارسة الكفاءة يتم وفقا لشرتين أساسيين هما:

- **توقعات الكفاءة:** خاصة بالقدرة على ممارسة السلوك، ويعني القدرة المدركة على أداء السلوك مثلا " هل اعتقد بانني قادر على أداء السلوك المناسب".
- **توقعات النتيجة:** خاصة بنتائج السلوك أو نجاحه، ويعني الاعتقاد بان السلوك سيحقق النتائج الايجابية، وعليه فان من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي هو امتلاك الفرد شعورا بالكفاءة الذاتية.

وبذلك فان معظم الأبحاث توصلت إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع الكفاءة الذاتية، وبين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، وبين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد (عودة صليحة، 2010، ص48).

وعلى هذا الأساس يرى باندورا أن الكفاءة الذاتية هي الآلية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل فعالية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة:

- من خلال تأثيرها على ما يختاره الفرد من نشاطه في حياته اليومية.

- من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول إلى هدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
- من خلال تأثيرها على مدة المثابرة في وجه الصعوبات و الإحباطات المتكررة.
- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهة مطالب المحيط وتحدياته.
- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع.(عثمان يخلف، 2001،ص36)

إن نظرية الكفاءة الذاتية أصبحت بؤرة اهتمام الدراسات التي تناولت مشكلات تعديل السلوك في مجالات عديدة منها: النشاطات الرياضية، والسلوك الجنسي، وضبط الوزن الاكتئاب، التغذية الصحية، والتوقف عن التدخين، القلق...الخ التي تبرهن فاعلية توقعات الكفاءة الذاتية في السلوك الصحي (شيلي تايلور، 2008،ص206).

على العموم فإن الكفاءة الذاتية هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبا فيها تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية، ولذلك فإن الذين لديهم عادات صحية سليمة يتميزون بكفاءة عالية للذات، ولهم ممارسات فعالة في حياتهم، والسبب في ذلك يرجع حسب باندورا إلى الإرادة القوية لديهم، حيث يجندون أكبر قدر ممكن من الطاقة الجسمية والطاقة الانفعالية لضمان نجاح أدائهم وكذا الحصول على نتائج يرغبون فيها.

خلاصة:

تعتبر الكفاءة الذاتية الحجر الأساس في نظرية المعرفة الاجتماعية باندورا، التي ترى أنّ السلوك الأفراد يتحدد بإدراكهم لبيئتهم من جهة وإدراكهم لمواردها الذاتية من جهة أخرى وينشأ الاعتقاد في الكفاءة الذاتية من أربع مصادر، كما أنها تؤثر في سلوكنا اليومي عن طريق المعارف والدوافع و الوجدانات وانتقاء المعلومات في بيئتنا المدركة.

كذلك فإن الاعتقاد في الكفاءة الذاتية يؤثر في طريقة تعامل الفرد مع مواجهة الصعاب والتكيف مع المرض، بالإضافة إلى تأثيرها على الجانب الحيوي والوظيفي للانفعالات وجهاز المناعة وهي عوامل هامة في التكيف مع المرض المزمن.

الفصل الثالث: جودة الحياة

تمهيد:

إن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد ونسبي يختلف من شخص لآخر من ناحيتين النظرية والتطبيقية وفق المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومطالبها، والتي غالباً ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة كالقدرة على التفكير واتخاذ القرار، والقدرة على التحكم، وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والمعتقدات الدينية، والقيم الثقافية والحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة التي تحقق سعادتهم في الحياة. وباعتبار المجال الصحي احد أهم ميادين التي تهدف للتحسين والرفع من مستوى جودة الحياة التي يعيشها الفرد ، فقد اتجهت معظم الدراسات إلى دراسة صحة الفرد وكيفية إدراكه لمواجهة المواقف الصعبة والتحكم الذاتي لتحقيق جودة حياة أفضل.

1. جودة الحياة: Quality of life

يعد مفهوم جودة الحياة من المهام الصعبة لما تحمله من جوانب متعددة ومتفاعلة مع بعضها البعض، حيث أكد روجرسون (Rogerson 1999) إلى أن جودة الحياة ترتبط ببيئة الفرد، فالعوامل البيئية تعتبر من المحددات الأساسية لإدراك الفرد لجودة الحياة وهذا يبدو في تركيز العديد من الدراسات على جودة الحياة في بيئات محددة، كما أن الاهتمام بجودة الحياة لن يتوقف بل سيزداد بصورة ملحوظة، كما أن العنصر الأساسي في كلمة جودة **Quality** يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته. حيث هذه العلاقة تتوسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، كما يؤكد على أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كمحددات لجودة الحياة (سعيد عبد الرحمن محمد عبد الرحمن، 1994، 335).

يرى ليمان (Litman 1999) أن قياس جودة الحياة يجب أن يتم على مستويين:

الشخصي: حيث يقيس رضا الفرد في إطار مناخ حياته الخاصة.

البيئي: الذي يقيس متغيرات البيئة التي تساعد على خلق الإحساس بالرضا أو عدم الرضا.

كما يعرفها كل من (Taylor & Rogdan,1990) " جودة الحياة هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسمية والنفسية والاجتماعية لتحقيق الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والوجود الايجابي، فجودة الحياة تعبر عن التوافق النفسي كنتاج لظروف المعيشة الحياتية للأفراد وعن الإدراك الذاتي للحياة. (taylor .Rogdan, 1990, p17).

ويرى رينيه وآخرون " أن جودة الحياة هي إحساس الأفراد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة والعلاجات وتغير حدة الوجدان والشعور، وان الارتباط بين تقييم جودة الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد.

(Reine et al;2003, p297)

يرى الأشول (2005) " أن جودة الحياة تتمثل في درجة رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، وإدراك هؤلاء الأفراد لقدرة الخدمات التي تقدم لهم على إشباع حاجاتهم المختلفة، ولا يمكن أن يدرك الفرد جودة الخدمات التي تقدم له بمعزل عن الأفراد الذين يتفاعل معهم (أصدقاء وزملاء وأقارب) أي أن جودة الحياة ترتبط بالبيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها الفرد".(محمود علي منسي و علي مهدي كاظم،2006، ص63).

كما تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة بأنها " إدراك الفرد لوضعه المعيشي في سياق أنظمة الثقافة والقيم في المجتمع الذي يعيش فيه، وعلاقة هذا الإدراك بأهدافه وتوقعاته ومستوى طموحه"(WHO, 1994).

ويعرفها هانشيزوم وكاناكواك(2001) " درجة شعور الفرد بالسعادة النفسية الناتجة عن الرضا بظروف حياته اليومية" (بشرى عناد مبارك،ص820).

ويرى جسام (2009) "أن جودة الحياة هي درجة رضا أو عدم رضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما أنها تشتمل على العوامل الداخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كتلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي والنشاطات ومدى انجاز الفرد للمواقف" (جسام سناء احمد، 2009، ص 33).

ويرى رالف (1991): "أن جودة الحياة هي شعور الفرد بالسعادة النفسية عبر مراحل حياته المختلفة والمنبثق من جهوده الايجابية في الاستقلالية، والكفاية الذاتية، والنمو الشخصي، والعلاقات الايجابية مع الآخرين، وتقبل الذات لتحقيق أهدافه.(بشرى عناد مبارك، بلا سنة، 720)

يبدو لي من خلال هذه المفاهيم والتي حاولت إعطاء تعريف دقيق لجودة الحياة، أن بعضها يركز على إدراك الفرد لجوانب الحياة التي يعيشها، وبعضها الآخر يشير إلى أهمية الجانب الصحي في تحديد جودة الحياة، كما يرى كل من رالف و هانشيزوم وكاناكواك أن جودة الحياة هي درجة شعور الفرد بالحياة النفسية، وبالاعتماد على هذه التحليلات يمكن أن نعرف جودة الحياة بأنها " قدرة الفرد على التعامل مع معطيات بيئته، بمعنى آخر هي مدى قدرة الفرد على تحقيق الأفضل لنفسه وذلك بادراك مسبق لقدراته الجسمية والنفسية والعقلية، وكذا توقع للمعيقات التي يمكن أن يتلقاها من البيئة التي يعيش فيها سواء من الجانب الصحي أو الفيزيقي أو الجانب الحيوي أو الاجتماعي".

2. بعض المصطلحات ذات علاقة بجودة الحياة:

في الحقيقة هناك عدة مصطلحات تستخدم كمفاهيم متصلة بجودة الحياة، وخاصة أن البعض يرى أنها مجرد تسميات صورية تعبر عن مستوى معين يعيشه الفرد، فمنهم من

يستخدم مصطلح نوعية الحياة Quality of Life ومنهم من يستخدم مصطلح أسلوب الحياة Style of Life ومنهم من يستخدم نمط الحياة Pattern of Life.

1.2. أسلوب الحياة: Style of Life

أسلوب الحياة هو نمط السلوكيات والعادات التي يتميز بها الفرد ويمكن تغيير أسلوب الحياة إذ لم يعد يتلاءم مع الحالة الصحية أو النفسية مع احتمال الإصابة ببعض الاضطرابات" (موسوعة شرح المصطلحات النفسية، 2001، ص359).

ويعرّف أسلوب الحياة أيضا على أنه: "تغيير يدل على وحدة الشخصية النفسية المنظمة انطلاقا من خيار للقيم يساهم في تماسك صورة الذات في العالم الخارجي" (موسوعة علم النفس، مج3، 1997، ص1034).

نلاحظ من خلال هذا التعريف أن أسلوب الحياة ملازم لشخصية الفرد وقدرته على اكتساب عادات تساعد في تحسين حالته الصحية والنفسية أو جعلها تسوء، بمعنى أن أسلوب الحياة يعتمد على القرارات الذاتية المبنية على إدراك الفرد وهو بذلك جانب من جوانب جودة الحياة .

2.2. نمط الحياة: Pattern of Life

هو اصطلاح يستخدم في الجغرافيا البشرية، يدل على أعمال الجغرافيين الفرنسيين في مطلع القرن 20 على مجموعة من الأشكال المادية لوجود الجماعات البشرية التي تعيش ضمن اقتصاد مغلق أو شبه مغلق، متميزة بموضوع أساسي للنشاط الحيوي. كأنماط الحياة الرعوية، وأنماط حياة تقوم على الصيد البحري والبري...الخ.

واقترح ماكساسور maxasorre أن هذا المفهوم يشمل اعتراضا في القياس من حيث تطابق السلوك الوظيفي مع تكامل النشاط في الاقتصاد والمجتمع متكاملين.(معجم المصطلحات الجغرافية: 2002، 869).

3.2. نوعية الحياة: حسب منظمة الصحة العالمية فإن نوعية الحياة المقصود بها "إدراك الفرد لمكانته في الحياة ضمن إطار ثقافي والنظام القيمي الذي يعيش فيه، وعلاقته بأهدافه وآماله أو توقعاته، ومعايير انشغالاته S.Briancon; 2007, p17

من خلال المفاهيم المتداخلة أو المكملة لبعضها البعض فإن العنصر في كلمة الجودة (Quality) يوضح العلاقة الانفعالية القوية للفرد وبيئته، وهذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر الفرد وإحساسه ومدركاته فضلا عن أهمية دور البيئة والعوامل الثقافية كونها محددات لهذا المفهوم، ولهذا فإن التوجهات النظرية الحديثة قد أكدت في تفسيرها لمفهوم جودة الحياة على دور المحددات النفسية وكما هو واضح في سياق المقاربات (المنظورات) الآتية:

3. المقاربات المفسرة لمفهوم جودة الحياة:

1.3. الاتجاه الاجتماعي:

يرى المير هانكس (A. Hankiss) أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ 1984 فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد peer relationship وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله.

(M.Bruchon & Schweitzer,2002,p142)

2.3. الاتجاه النفسي:

إن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاساً مباشراً لإدراك الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة والشقاء الذي يكون عليه، ويرتبط بمفهوم جودة الحياة العديد من المفاهيم النفسية منها : القيم الإدراك الذاتي، الحاجات مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع إضافة إلى مفاهيم الرضا، التوافق والصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة، وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو. (بهلول سارة أشواق، 2009 ، ص52)

3.3. الاتجاه الطبي:

يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية أو عقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة بشكل أفضل أي كيف تكون الوقاية من الأمراض بدل معالجتها ومعرفة أسبابها. (المجلة الطبية، 2007)

4.3. المنظور المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

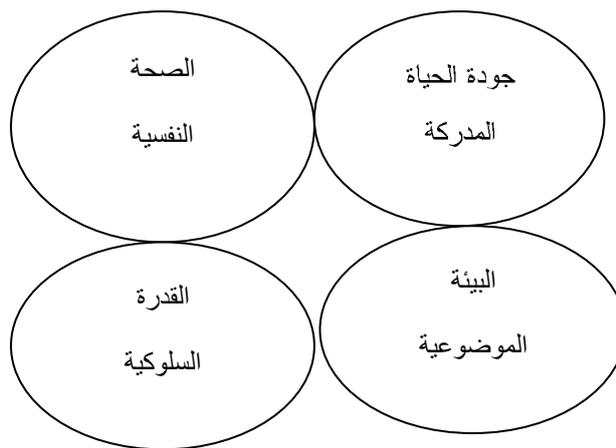
- أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة حياته.
- العوامل الذاتية هي أقوى تأثير من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة، وفي هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة.

نظرية لاوتن (Lawton theory (1996): طرح مفهوم طبعة البيئة press environmental ليوضح فكرته عن جودة الحياة، والتي تدور حول الآتي أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

الظرف المكاني: إذن هناك تأثير للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، وطبعة البيئة في ظرف المكاني لها تأثيران احدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلاً، والآخر تأثيره غير مباشر إلا انه يحمل مؤشرات ايجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

الظرف الزماني: إن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر ايجابية كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بجودة الحياة (بشرى عناد مبارك، بدون سنة، 723).

ويبين المخطط (4): اثر طبعة البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته، وتأثر قدرته السلوكية والصحية النفسية بهذا الأثر (Brown;2009, p25).



مخطط رقم (4): الحياة المدركة على وفق مفهوم بصمة البيئة

نظرية شالوك (2002) schalok theory :

قدم تحليلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات وكل مجال يتكون من ثلاث مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يمكن طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته (عبد الرحمن، 2008، ص 338).

وفق ما ذكر في المخطط أدناه يمكن تصور مؤشرات جودة الحياة في الآتي:

الناحية الذاتية: التقييم الوظيفي كقياس المدى " مستوى الوظيفة، والأحداث البيئية والتفاعل في الأنشطة اليومية، وتقرير المصير، والتحكم الشخصي، وأوضاع الدور (التعليم، المهنة، المسكن). أما الظروف الخارجية: والمنبهات الاجتماعية، مستوى المعيشة، ومستوى العمل. ويوضح المخطط (5): تفصيلات نظرية شالوك لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات:

المجالات							
الحقوق البشرية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقة بين الشخصية	السعادة الوجدانية
الحقوق الفردية	التكامل	الاستقلالية	الصحة	التعليم	الحالة	التفاعلات	- الرضا
حقوق الجماعة	الترايط	الأهداف	الأنشطة	الكفاءة	المادية	العلاقات	مفهوم الذات
القانون والعمليات الواجبة	الاجتماعي	الاختبارات	اليومية	الشخصية	العمل	الإسناد	انخفاض الضغوط
	الأدوار	وقت الفراغ	وقت الفراغ	الأداء	المسكن		
	المجتمعية						

مخطط رقم (5): مجالات جودة الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك

5.3. المنظور الإنساني:

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

وجود كائن حي ملائم و وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأنّ ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين عنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا(بشرى عناد مبارك:745).

لقد أكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات **self concept** وقد بين أن حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانية هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة(Rebecca;2000,p39). ومن أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور.

نظرية رايف (1999) Ryff Theory:

تدور نظرية رايف حول مفهوم السعادة النفسية Psychological happiness. إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي تحددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ستة صفات تمثل هذه الصفات نقاط النقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته، وهذه الأبعاد هي:

البعد الأول: الاستقلال Autonomy وصفاته تتمثل بقدرة الشخص على أن يقرر مصيره بنفسه، وان يكون مستقلا بذاته، وان يكون قادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية ويتصرف بطرائق مناسبة، و منظم في سلوكه، و يقيم ذاته بما يتناسب وقدراته الشخصية.

البعد الثاني: التمكن البيئي: environmental mastery ويتمثل في الكفاية الذاتية للفرد وقدرة الفرد على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته، وقدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه، قدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية، وقدرته على اختبار قيمه الشخصية، وقدرته على التصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه.

البعد الثالث: نموه الشخصي ersonale growt من صفاته شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر، وإدراكه لتطور وتوسع ذاته، وانفتاحه للتجارب الجديدة، إحساسه الواقعي بالحياة، شعوره بتحسن ذاته، وتطور سلوكه يوما بعد آخر، سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية.

البعد الرابع: العلاقات الايجابية مع الآخرين positive relation with others: وتتمثل في رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، وثقته بالآخرين من حوله، وقناعته برفاهية الآخرين، وقدرته على التعاطف والتودد للآخرين واهتمامه بالتبادل الاجتماعي وإظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين.

البعد الخامس: تقبل الذات self – acceptante ويتضمن إظهار الفرد توجيهها ايجابيا نحو ذاته، وكذلك قبوله بالسلمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية والايجابية) الشعور الايجابي لحياته الماضية، تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية، يشعر بخصائص ذاته المميزة ويظهر النقد الايجابي لذاته.

البعد السادس: الهدف من الحياة: purpose in life وتتمثل في أن يمتلك الفرد معنى للمعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة.

أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.

أن يسعى الفرد لتحقيق غاياته في الحياة.

أن يكون له القدرة على توجيه أهداف حياته.

أن يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته.

أن يدرك أن صحته النفسية تكمن في إحساسه بمعنى الحياة. (Ryff, 1989, p989).

لقد بينت رايف أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، وأن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تشعره بجودة الحياة .

5.4. المنظور التكاملي:

يرى أندرسون (Andersson 2003) تفسيراً تكاملياً لمفهوم جودة الحياة متخذاً من مفاهيم السعادة، ومعنى الحياة، ونظام المعلومات البيولوجي، والحياة الواقعية، وتحقيق الحاجات فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير جودة الحياة. لقد أشار أندرسون إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكاراً كي يصل إلى الرضا عن الحياة life satisfaction. وأن هناك ثلاث سمات مجتمعة معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة:

- تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.
- المعنى الوجودي الذي يتوسط العلاقة بين أفكار والأهداف.
- الشخصية والعمق الداخلي.

ومن خلال هذه المقاربات يتضح لنا بعض المؤشرات الدالة على جودة الحياة، وقد حدد فلوفيد (fallowfield;1990) مؤشرات جودة الحياة فيما يلي:

4. مؤشرات جودة الحياة:

الإحساس بجودة الحياة حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به، وتقاس عادة بالدرجة التي يحصل عليها المجيب عن فقرات مقياس الإحساس التي يعدها الباحثون.

المؤشرات النفسية: تتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة والرضا.

المؤشرات الاجتماعية: تتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الاجتماعية والترفيهية.

المؤشرات المهنية: تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها لها، والقدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية، والتعايش مع الآلام والنوم، والشهية في تناول الغذاء، والقدرة الجنسية.

يبدو لي من خلال هذه المؤشرات أن جودة الحياة هي معافاة الفرد كاملا بدنيا وعقليا ونفسيا واجتماعيا وفق تمييز ثلاث أبعاد نذكرها كالاتي:

5. أبعاد جودة الحياة:

1.5. **جودة الحياة الموضوعية:** وتشمل هذه الفئة الجوانب الاجتماعية الحياة الأفراد والتي يوفرها المجتمع من مستلزمات مادية.

2.5. جودة الحياة الذاتية: يقصد بها الرضا الشخصي بالحياة، وشعور الفرد بجودة الحياة.

3.5. جودة الحياة الوجودية: وتتمثل في الحد المثالي لإشباع حاجات الفرد، واستطاعته العيش بتوافق روحي ونفسي مع ذاته ومع مجتمعه.

مما سبق يتضح لي أنّ جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحددات الشخصية فقط ولا بالمجالات وموضوعات الحياة المختلفة، وإنما أيضا بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي، بل يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد ويضم في طياته مكونات وفي ما يلي نتناول هذه المكونات.

6. مكونات جودة الحياة والعوامل المؤثرة على جودة الحياة:

1.6. المكونات الموضوعية: تتضمن العديد من الجوانب كما يلي: الصحة البدنية والعلاقات الاجتماعية، والأنشطة المجتمعية والعمل وكذلك فلسفة الحياة، ووقت الفراغ ومستوى المعيشة والعلاقات الأسرية، والصحة النفسية، والتعليم والحقوق.

2.6. المكونات الذاتية: (الإدراك الذاتي-خصائص الشخصية): أن الجوانب الموضوعية من جودة الحياة لا تقدم الآ القليل للقارئ أو الباحث مما يجعلنا نبحث عن محددات لمؤشرات أخرى لجودة الحياة، ألا وهي جودة الحياة الذاتية، أي كما يدركها الفرد نفسه من خلال إحساسه بالرضا والسعادة أو الإحباط والتشاؤم واليأس، ومن خلال الإحساس بالانفعالات الايجابية، وتحقيق الذات (سعيد عبد الرحمن، 1994، ص338). توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة:

✓ القدرة على التفكير وأخذ القرارات

✓ القدرة على التحكم الصحة الجسمانية والعقلية

- ✓ الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
- ✓ المعتقدات الدينية و القيم الثقافية والحضارية.
- ✓ الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق سعادته في الحياة التي يعيشها.

بناء عليه عند الحديث عن مقومات جودة الحياة نعنى هناالجانب الصحي، نجدها تتمثل في أربع نواحي أساسية والتي تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الإنسان بل وعلى نموه كما أنها تتفاعل مع بعضها البعض (الناحية الجسمانية، والناحية الشعورية، والناحية العقلية، والناحية النفسية).

وتتمثل هذه النواحي الأربع في الاحتياجات الأساسية الأخرى الضرورية لحياة الإنسان التي لا يستطيع العيش بدونها والتي يمكن أن نطلق عليها الاحتياجات الأولية.وهذه الأخيرة تقف جنباً إلى جنب مع مقومات جودة الحياة بل تعتبر جزءاً مكماً لها. والإخلال بأي عنصر فيها يؤدي إلى خلق الصراع، ولكن هذا لا يمنع من وجود عوامل أخرى خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على مقومات حياته والتي تتصل بالناحية الصحية وتتمثل في:

- العجز -التقدم في العمر- الألم- الخوف- ضغط العمل- الحروب - الموت -
- الإحباط-الأمل -اللياقة الجسمية بل والراحة أيضاً، لكن لابد أن نفرق بين ما هو طبيعي وبين ما يحدث نتيجة إتباع أسلوب حياة خاطئ أو الإصابة بالمرض .

7. قياس جودة الحياة:

وفيما يلي عرض لبعض المقاييس التي يمكن أن تستخدم في قياس جودة الحياة.

1.7. مقياس جودة الحياة لفريش Frisch (1992):

وهو يقيس الرضا عن الحياة (جودة الحياة)، ويتضمن مقياس الجودة الذاتية الذي يغطي 17 مجالاً للحياة مثل العمل، الصحة، ووقت الفراغ، والعلاقات مع الأصدقاء والأبناء، ومستوى المعيشة، وفلسفة الحياة والعلاقات مع الأقارب والجيران والعمل الوطني... الخ، حيث يطلب من المفحوص تقدير الرضا في مجال معين من الحياة وكذلك قيمة أو أهمية ذلك المجال بالنسبة للسعادة العامة للفرد.

2.7. مقياس منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة (1997):

وهو يتكون من 28 مفردة، والاستجابة من خمس نقاط وفقاً لمقياس لكيرت likert وهي تقيس جودة الحياة العامة في المجالات البدنية، والاستقلال، والوظائف النفسية والعلاقات الاجتماعية والمجال البيئي لجودة الحياة، وهو يعتمد على القبول والرفض وتتراوح درجات المقياس من 28 إلى 140 وتشير الدرجات المرتفعة إلى جودة حياة مرتفعة (Molassiois, et al; 2002, p).

3.7. مقياس تقييم جودة لهوثرني Hawthorne (1999):

وهو يتكون من 15 مفردة تقيس الأبعاد الخمسة لجودة الحياة المرتبطة بالصحة وهي الأمراض والحياة (العيش) المستقلة، والعلاقات الاجتماعية، والنواحي الجسمية والسعادة النفسية، والاستجابة عليها بنعم أو لا: حيث تعطى درجة صفر لجودة الحياة السيئة وواحد لجودة الحياة العادية. (Hawthorne; 1999, p).

4.7. مقياس المنظمة الأوروبية لعلاج السرطان: لتقييم جودة الحياة المرتبطة بالصحة

وهو يتكون من 30 مفردة تقيس الأبعاد التالية لجودة الحياة وهي الحالة الصحية الشاملة الأداء البدني، والدور الانفعالي والمعرفي والاجتماعي والنواحي المالية، وتمثل الدرجات المرتفعة جودة حياة جيدة (Smith, et al: 2003).

8. جودة الحياة في الجزائر:

يفترض أن تكون نوعية الحياة في الجزائر مرتفعة اعتمادا على كونها بلدا غنيا من حيث الموارد الاقتصادية، حيث تعتبر من اكبر الدول المصدرة للبترول والغاز والمعادن إضافة إلى غناها بالموارد البشرية حيث مازالت نسبة الشباب مرتفعة وكذا البنية التحتية الجيدة في التعليم والصحة والخدمات والطرق... غير أن المؤشرات العالمية للتنمية تضع الجزائر في المراتب متخلفة بالنسبة لإمكانياتها ومواردها، وهناك على الأقل ثلاث تقارير سنوية ذات الطابع عالمي تهدف إلى ترتيب دول العالم حسب مؤشرات ومعايير مختارة تتبناها الجهات التي تصدر هذه التقارير و أهمها:

تقرير التنمية البشرية: الذي يصدر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي والذي يقوم على ثلاثة أعمدة وهي الدخل والصحة والتعليم، فقد صنفت الجزائر سنة 2009 في المرتبة 104 ، أما تقرير 2013 فقد حسن وضعها في المرتبة 93 بعد كولومبيا و سيريلانكا (زعطوط رمضان، 2012، 32).

تقرير التنافسية العالمية: الذي يغطي 133 دولة ويركز على متطلبات أساسية مثل البنية التحتية والاستقرار الاقتصادي والصحة والتعليم الأساسي وكذا الكفاءة، فقد صنف الجزائر في المرتبة 89 بعد المغرب ومصر وتونس

تقرير جودة الحياة: الذي تصدره مجلة international living الايرلندية، والذي صنف الجزائر في المرتبة 139 ب 52 نقطة سنة 2011 بعيدا وراء تونس التي أخذت المرتبة 69.

بالرغم من التحفظ على التقارير العالمية للتنمية البشرية والدراسات المحدودة والظروف التي مرت بها الجزائر في التسعينيات من القرن الماضي، والتي أصابت التنمية

بشئ تام، وتصدر إعادة الأمن الاجتماعي، إلا أن ذلك لا يعفينا من ملاحظة عدم تحقيق رفاه اجتماعي مناسب للموارد والإمكانات البشرية والاقتصادية التي تتوفر عليه بلادنا.

إن التغيرات التي لحقت بصحة السكان بما فيها النقلة الوبائية التي أدت إلى اختفاء الأمراض الانتانية من الواجهة، وظهور الأمراض المزمنة مثل السكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان، والأمراض النفسية والعصبية، جعل عبء المرض والرعاية يتزايد على كاهل الفرد والمجتمع، ولا تختلف الجوائر عن غيرها من الدول في هذه الظاهرة كما أشارت إليه دراسة msp (2004) ودراسة papfam (2002) ونعتقد أن ظهور تلك الأمراض مرتبط بتحسين ظروف المعية وقدرة الفرد على مواجهة الصعاب.

خلاصة

من خلال ما عرضناه نستخلص أن اهتمام الباحثين بمفهوم جودة الحياة منذ بداية النصف الثاني للقرن العشرين كمفهوم مرتبط بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياة الأفراد، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة.

وقد أكدت دراسات القرن الماضي أنّ جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا والسعادة وقدرته على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة من إدراك الأشخاص إلى مواقعهم في الحياة، وتشمل العديد من المكونات منها الثقافة والقيم والنظام الذي من خلاله يعيشون وله علاقة مع أهدافهم وتطلعاتهم ومعاييرهم وكذلك اعتباراتهم والإحساس بجودة الحياة هو حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة به.

الفصل الرابع : سرطان الثدي

تمهيد

من الأمراض العضوية المنتشرة في العصر الحالي بل و من أخطرها مرض سرطان الثدي أو كما يسمونه في الملتقيات الخاصة بهذا الأخير (مرض العصر) هذا المرض يصيب النساء و الرجال لكن النساء هن الأكثر إصابة بالورم و في هذا الفصل إرتئينا تسليط الضوء على هذا المرض و محاولة معرفة كينونة المرض و أسبابه و كذا أعراضه ثم الأنواع و الوقاية و التشخيص من دون أن ننسى العنصر الأهم ألا وهو العلاج.

1. تعريف سرطان الثدي:

هي أنواع السرطانات بين النساء , يظهر على شكل ورم صلب غير مؤلم يختلف في الحجم تبعاً لمرحلة اكتشافه، و يتم الكشف عنه براحة اليد و قد تهمله المرأة في هذه الحالة مع تقدم المرض بعد الفترة من الزمن تلاحظ المرأة ورم في الغدد اللمفاوية تحت الإبطين) هو عدم انتظام و نمو الخلايا التي تنشأ في أنسجة الثدي مجموعة الخلايا المصابة التي تنقسم و تتضاعف بسرعة يمكن أن تشكل قطعة أو كتلة من الأنسجة إضافة هذه الكتل النسيجية تدعى الأورام إما أن تكون سرطانية خبيثة أو غير سرطانية حميدة. الأورام الخبيثة تحترق و تدمر أنسجة السليمة و يمكن لبعض الخلايا ضمن الورم أن تنفصل و تنتشر بعيداً إلى أجزاء أخرى من الجسم و تسمى إنبثات.(نادية رمسيس فرح، 1992، ص223)

هو نوع من أنواع السرطان الذي يصيب المرأة في أنسجة الثدي و الأنسجة المحيطة به و عضلات الصدر التي تصل الثدي بالضلوع و كذلك العقد اللمفاوية في منطقة ما تحت الذراع.

السرطان هو مجموعة من الخلايا الشاذة التي تنمو معاً بطريقة غير مضبوطة وتجتاح الأنسجة السليمة وتلحق الضرر بها. وتتحول مجموعة الخلايا السرطانية النامية إلى كتلة يُطلق عليها اسم الورم، وإذا كان الورم في الثدي يُعرّف المرض باسم سرطان الثدي.

إن الجسم يحافظ على سلامته عبر نمو الخلايا وتجديدها، وتحتاج كل الخلايا تقريباً إلى الاستبدال في فترات منتظمة، وإن الخلايا السويّة تنمو وتنقسم وتموت تحت سيطرة الجينات، وفي حالة حدوث تغير (طفرة) في أي واحدة من الجينات المسيطرة على عملية النمو، تتحول الخلية السليمة إلى خلية ورمية غير سليمة، فتتصرف على نحو مختلف فهي تنمو على نحو يتعذر ضبطه وتنقسم لتؤلف المزيد والمزيد من خلايا(الورم).

http://www.breastdoc.com/My_Breast_Health/Gail_Model_Description/gail_model_description.html

يمكن أن تكون الأورام حميدة أو خبيثة، فالورم الحميد محدد بحدار وهو ورم موضعي ينمو ببطء ولا ينتشر إلى بقية أجزاء الجسم ولا يُهدد حياة الإنسان، أما في حالة السرطان فإن الورم أو الخلايا الخبيثة تكون مؤذية وتنمو بسرعة أكبر، فتخترق الأوعية الدموية والأوعية الليمفاوية وتنتقل إلى أجزاء أخرى من الجسم حيث تؤلف أوراما ثانوية (أو ما يعرف أيضاً بالأورام النقيلية)، لذا فإن الاكتشاف المبكر لسرطان الثدي هو العامل المهم لعلاج السرطان، ودلت البحوث على أن الكشف المبكر ينقذ المريض من النتيجة الوخيمة <http://www.altibbi.com/> مصطلحات-طبية/الأورام-الخبيثة-والحميدة/سرطان-الثدي

2. تشريح الثدي:

يمثل الثدي رمز الأمومة و الأنوثة و يظهر مميزا عن الرجل بعد البلوغ و يتكون من جزئين هما الجزء الغدي الذي يفرز اللبن تحت هرمونات تأتيه من الغدة النخامية بعد

الولادة و هذا الجزء يتكون من حويصلات تنتهي بقنوات تتجمع حتى تفتح على سطح الحلمة بعدد يتراوح بين 12 - 20 قناة و ينمو هذا الجزء الغدي تحت تأثيرات هرموني الأستروجين و البروجسترون اللذان يأتيان من المبيض، أما الجزء الدهني: فهو عبارة عن نسيج دهني يرقد فيه الجزء الغدي و هذا النسيج الغدي يشارك باقي الأنسجة الدهنية في الجسم كمستودع للدهون و لكن غالب ما يكون حجمه تحت تأثير هرمون الأستروجين. (عز الدين محمد نجيب، 2000، ص 41)

أما الأوعية الدموية و اللمفاوية و الأعصاب و الجهاز اللمفاوي يلعب خط الدفاع الأول الذي يشارك مع الخلايا السرطانية ليمنع زحفها، أما إذا ضعفت فإن الخلايا السرطانية تجد طريقها إلى الأوعية الدموية و منها ينتشر المرض الأجزاء أخرى من الجسم. كما تجد منطقة مستديرة حول الحلمة تدعى العمالة لونها يتراوح بين الوردي الفاتح و البني الداكن و تظهر أحيانا نتؤات صغيرة في الهالة. (ديفيد روفيك، ص 49)

A - القناة اللبنية (الحليبية).

B - الفص

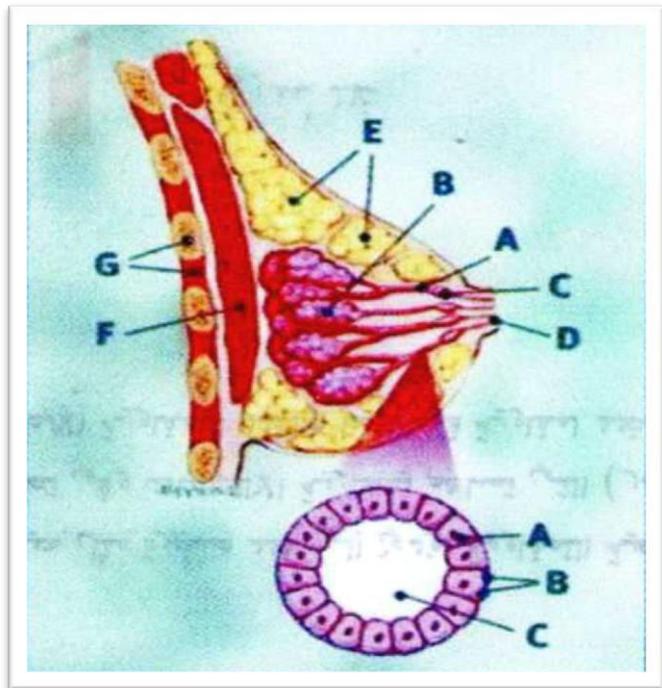
C - الجزء المتوسع من القناة الحليبية الذي يحوي الحليب.

D - الحلمة.

E - الدهون.

F - العضلة الصدرية.

G - القفص الصدري.



شكل رقم (6): رسم يوضح أجزاء الثدي

الأوعية اللمفاوية تؤدي إلى غدد صغيرة مثل حبة اللوز تسمى الغدد اللمفاوية) توجد تحت الإبط وحول عظمة الترقوة وبداخل الصدر) التي تساهم بمحاربة الالتهابات وفي تصفية السائل اللمفاوي من الفضلات. معظم الأوعية اللمفاوية في الثدي تؤدي إلى غدد لمفاوية في الإبط (الغدد اللمفاوية الإبطية) (<http://www.sehha.com/breast>) (cancer)

3. أنواع سرطان الثدي :

من أكثر الأورام انتشارا لدى الإناث أورام الثدي وهي نوعان:

1.3. الأورام الحميدة: و هي ليست أوراما سرطانية ويمكن إزالتها، وفي أكثر الحالات لا تعود للظهور وأهمها في هذه الأورام أنها لا تنتشر إلى أماكن أخرى من الجسم

1.1.3. أورام الغددية الليفية: تصادف المرأة معرفته حيث أنه ينمو ببطء و يكون صغير الحجم و يتحرك الورم بحرية داخل الثدي إذا غير مثبت بأنسجة الثدي أو الحلمة أو الأنسجة خلف الثدي، و يطلق عليه (فأر الثدي) حيث أنه سهل الحركة و يكون صلب الملمس و لا توجد غدد لمفاوية متضخمة بالإبط و علاجه يتم بالاستئصال الجراحي و التحليل الباثولوجي. ويسمى النوع الصلب (المحيط بالقنوات)، أما النوع الغير صلب (داخل القنوات) قليل الحدوث و يحدث في أعمار تتراوح بين الثلاثين و الخمسين و ينمو هذا النوع من الأورام بسرعة، وقد يصل إلى حجم كبير جدا و قد يضغط على الجلد من الداخل ثم ينفجر للخارج و يكون الورم غير صلب و قد تكون هناك أجزاء بها تكيس و هو أكثر تعرضا للتحول إلى أورام خبيثة.

ويتم العلاج مع الاستئصال الجراحي للورم إذا كان صغيرا أو باستئصال الثدي إذا كان كبيرا، ويجب التحليل (الباثولوجي) الذي يفضل أن يكون أثناء إجراء العملية بحيث أنه

في حالة وجود تحولات خبيثة يتم استئصال جذري للثدي و الأنسجة المحيطة والمتعلقة و الغدد اللمفاوية.

2.1.3. أورام القناة اللبنية الناقلة : يحدث في الإناث في سن الأربعين و يتكون الورم من الخلايا العمودية المبطنة للقنوات اللبنية الناقلة بالقرب من الحلمة و قد يكون واحدا أو أكثر، و يكون طري الملمس و يبرز داخل القناة و هذا الورم قابل للتحويل إلى النوع الخبيث، و كذلك حدوث نزيف من الحلمة و قد يسد القناة اللبنية مما يؤدي إلى تكون حويصلة دموية.

3.1.3. الأورام الغدية المتحوصة: هذا الورم نادر الحدوث و محاط بغلاف، وهو ينمو بسرعة كبيرة حتى أنه قد يحتل كل الثدي، و ربما يتفجر خارج الثدي و هذا الورم لديه القابلية للتحويل إلى النوع الخبيث.

2.3. الأورام الخبيثة للثدي: و تنقسم إلى:

1.2.3. سرطان الخلايا الغدية: يوجد منه نوع صلب ضامر و نوع طري و هو الذي قد يتصلب أثناء الحمل و الرضاعة.

2.2.3. سرطان حلمة الثدي : من أهم مضاعفات هذا المرض انتشاره إلى أجزاء أخرى من الثدي و أماكن كثيرة من الجسم أهمها الكبد و أنسجة المخ، وقد يحدث انفجار الورم للخارج و حدوث قرحة سرطانية أو حدوث نزيف كما قد تحدث عدوى ثانوية لأنسجة الثدي مع حدوث تقيح و قد يحدث أن يمتص الجسم هذه الأنسجة و الخلايا التالفة مما يسبب حدوث تسمم بالجسم كما قد تحدث أنيميا و ضعف عام شديداً..

<http://www.sehha.com/> breast cancer

4. مراحل المرض و تطوره:

الطور الأول : في بداية نشوء الورم السرطاني لا يزيد قطره عن نصف سم، أي ما يقارب حجم حبة البزلاء و هي لا تزال نابثة.

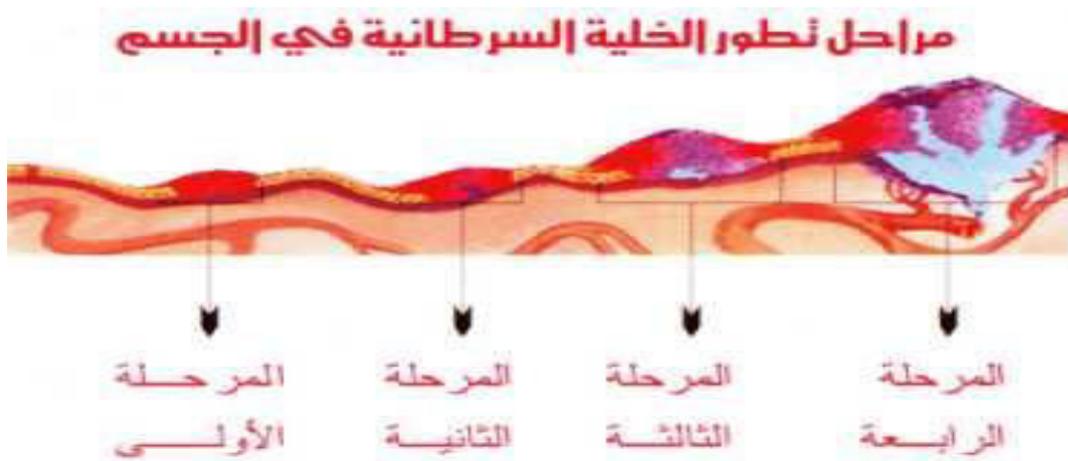
الطور الثاني : تعترضنا في هذه المرحلة ثلاث حالات.

الحالة الأولى: يكون الورم السرطاني صغيرا لا يزيد قطره عن 2سم لكنه شرع في الانتشار إلى الغدد اللمفاوية تحت الإبط.

الحالة الثانية: يكون قطره الورم قد تجاوز قطره 5سم و هو في حالة الانتشار الأكيد.

الطور الثالث: يكون في هذه المرحلة الورم السرطاني منتشر في أنسجة الجسم قريبا من الغدد اللمفاوية.

الطور الرابع : يكون الورم السرطاني قد انتشر إلى أعضاء أخرى في الجسم بعيدة عن الثدي و هو ما يسمى السرطان الإنبثاتي الذي يكون أكثر صعوبة في معالجة و لا يخضع إلى الاستئصال الجراحي. لذلك فإنه من الضروري اكتشافه في المرحلة الأولى لكي يسهل علاجه.(ناجي الصغير،2005، ص 53)



الشكل رقم: (7) يوضح مراحل تطور الخلية السرطانية في الجسم

5. العوامل المسببة لسرطان الثدي: أسباب سرطان الثدي ليست معروفة له. لغاية اليوم و يجهد العلماء في العالم بأسره لمعرفة كيفية نشوءه و كشف العوامل المسببة و الأرجح أن الإصابة به تحدث نتيجة عدة عوامل من بينها:

1.5. العوامل الوراثية: لقد أثبت الباحثون وجود بين مورث $(BRCA_1)$, $(BRCA_2)$ و هذا الجين عدم نشاطه يؤدي بالإصابة بسرطان الثدي الوراثي, و احتمال الإصابة به تصل إلى 45% للنساء اللاتي يحملن هذا الجين. يزيد احتمال حدوث سرطان الثدي إذا أصيب أحد أقارب المرأة (أم, أخت, بنت) به خاصة قبل انقطاع الطمث. (Schr.Daly et al 2004,p214)

2.5. العوامل الغذائية: لنوعية الغذاء و أسلوب العيش دورا أساسيا في زيادة حجم الإصابة بسرطان الثدي و لقد أثبت ذلك بعض الدراسات حيث تناول الدسم الأحادي المشع الموجود في اللحوم و الألياف يؤدي إلى إصابة النساء بسرطان الثدي على عكس الدسم الأحادي الغير مشبع كزيت الزيتون و السمك الذي يحتوي على نسبة عالية من الزيوت. (سارة روزنتال، 2001، ص 29)

3.5. العوامل الغددية: تتمثل في خلل في وظائف الغدد و إفرازاتها فمثلا المرأة التي حدثت لها الدورة الشهرية قبل سن 12 سنة، أو السيدات اللاتي يتأخرن في سن اليأس بعد 55 سنة أو اللاتي يحملن لأول مرة بعد سن 35 سنة تكونون فرصة تعرضها لسرطان الثدي أكثر.

لقد بينت الدراسات أن الهرمون الأنثوي الأستروجين عند ارتفاع مستواه في الدم يمكن أن يؤدي لإصابة بسرطان الثدي.

6. الأعراض:

سرطان الثدي لا يعطي في أول ظهوره أي ألم أو مشاكل, و لكن مع تقدم الحالة يمكن أن تظهر الأعراض التالية:

* تغيرات في شكل و حجم الحلمة و الثدي.

* إفرازات من الحلمة و ألم و ثقل في الثدي.

* إنغماس الحلمة للداخل.

* تورم جلد الثدي مكان الورم.

* ظهور الأوعية الدموية بوضوح في جلد الثدي.

* إحساس المرأة بوجود الورم ككتلة صلبة تحت الجلد. (أيمن الحسيني،1999،ص 65)

7. تشخيص سرطان الثدي: يتم تشخيص سرطان الثدي بالطرق التالية :

1.7. التصوير الشعاعي الخاص بالثدي (Mammography): يعتبر من أهم وسائل

التشخيص سرطان الثدي و اكتشافه في مراحل تطوره الأولى و يقدر بعض الأخصائيون

بأنه بفضل هذه الطريقة يمكن تحديد وجود نمو سرطان في الثدي قبل أن يصبح بإمكان

اكتشافه بواسطة الفحص الذاتي أو الشعورية أو لمسه بأصابع اليد بمدة سنتين، و تستخدم

هذه الطريقة بشكل واسع اليوم في جميع المستشفيات و العيادات المجهزة بآلات التصوير

الشعاعي و لا تتطلب أي تحضير خاص.(A.Boneur.R Bugat, 1986, p28)

2.7. التصوير الصوتي : (Sonography):يمكن استخدام التصوير الصوتي للثدي

كفحص مساعد، و مكمل قبل أو بعد إجراء التصوير الإشعاعي، أو عندما يكون التصوير

الإشعاعي متعذرا من الناحية الفنية و لكنه أقل دقة في التحديد و التقدير، إنما يساعد على اكتشاف أكياس الثدي التي تحتوي سائلا و أورام الثدي الكبيرة الحجم.

3.7. تشريح الورم السرطاني (biopsyBreast): تجري هذه المداخلة الجراحية في المستشفى تحت تأثير التخدير الموضعي أو العام، و ذلك بإحداث شق صغير بموازاة حدود الحلمة للوصول إلى الورم الموجود داخل جسم الثدي و استئصاله و إرساله إلى المختبر، و الانتظار حوالي يومين أو ثلاثة أيام، للحصول على نتيجة التشريح و لكن في بعض الحالات المشبوهة يمكن للطبيب الجراح أن يطلب و هو لا يزال ينتظر في غرفة العمليات نتيجة التشريح، بصورة طارئة و مستعجلة خلال 15 دقيقة، ووفقا لنتيجة الفحوص يقرر الاكتفاء بما قد إستأله أو الاستمرار باستئصال الثدي بأكمله.(p32)

4.7. بزل الورم (Ponction): تسحب بهذه الطريقة كمية من السائل أو بعض خلايا الورم بواسطة إبرة و ترسل المختبر، للتأكد من عدم وجود خلايا خبيثة و تجري هذه المداخلة بشكل عام إذا تبين أن الورم هو كناية عن كيس فيه سائل تبعا لنتيجة الأشعة.(ناجي محمد الصغير، 2005، ص 58)

8. الوقاية من سرطان الثدي:

1.8. الفحص الذاتي للثدي:

للووقاية من السرطان يجب على المرأة أن تقوم بفحص ذاتي للثدي و ذلك مرة كل شهر بعد اليوم السادس من الدورة الشهرية حيث يمكن إجراء هذه الخطوات خلال الاستحمام:

<http://parkwaycancercentre.com/Arabic/arabic/healthnews/article/430.html>

* فقي أمام المرأة و افحصي ثدييك إذا كان هناك شيء غير عادي.

* ضعي يديك خلف رأسك و اضغطي بهما إلى الأمام دون تحريك رأسك و أنت تراقبين نفسك أمام المرأة.

* ضعي يديك على الوسط و انحني قليلا مع ضغط الكتفين و المرفقين إلى الأمام.

* أرفعي يدك اليسرى و ابدئي باستخدام يدك اليمنى في فحص الثدي الأيسر ابتداءا من القسم الخارجي و بشكل دائري حتى الحلمة مع التركيز على المنطقة بين الثدي و الإبط و منطقة تحت الإبط.

* اضغطي بلطف على الحلمة للتأكد إذا كان هناك أي إفرازات.

* أعيدي الخطوتين السابقتين على الثدي الأيمن.

* تعاد الخطوتان السابقتان عند الاستلقاء على الظهر.

* إذا وجدت علامات غير طبيعية مثل : ورم موضعي, تغير في شكل أو حجم الثدي انخفاض أو نتوءات على الجلد, تغير في لون الجلد أو خروج إفرازات خاصة الدموية منها من الحلمة, خلايا الفحص الذاتي عليك بمراجعة الطبيب في أقرب وقت ممكن.(2005،ص 350)

9.العلاج:

إن علاج سرطان الثدي يعتمد على الحالة الفردية و الحاجات فيقوم الطبيب باختيار الجراحة أو العلاج بالأشعة أو العلاج الكيميائي أو الهرموني أو مجموعة من تلك الأساليب استنادا إلى نوع الحجم و موضع و امتداد الورم.(مالكوم سوارتز،1992،ص 98)

1.9. العلاج الجراحي: و له عدة أشكال:

* الاستئصال الموضعي للتورم و يتمثل في نزع الورم فقط.

* الاستئصال الجزئي للثدي و يتمثل في بتر الورم مع جزء من الأنسجة.

* الاستئصال البسيط للثدي يتمثل في استئصال الورم مع الثدي و الأنسجة التحتية و العقد اللمفاوية المجاورة في المنطقة تحت الإبط .

* الاستئصال تحت الجلدي للثدي تتم أحيانا عمليات استئصال الثدي البسيط أو الجزئي مع ترك الجلد فوقه و يمكن زرع السيلكون فيما بعد إعطاء الثدي مظهره العادي.(جون مارك ألبى، جون تايلور، 1998، صص 207-208)

2.9. العلاج الهرموني : يعمل هذا الأسلوب العلاجي على منع الخلايا السرطانية من تلقي و استقبال الهرمونات الضرورية لنموها وهو يتم عن طريق تعاطي عقاقير تغير عمل الهرمونات أو عن طريقة إجراء جراحة لاستئصال أعضاء المنتجة لهذه الهرمونات مثل المبايض.(N.daly.Schréitzer, 1998,p205)

3.9. العلاج بالأشعة: يتم العلاج بالأشعة السينية المكثفة ذات طاقة عالية و يكون تأثير هذه الأشعة عاليا على الخلايا السرطانية حيث أنها أكثر حساسية للإشعاع من الخلايا الطبيعية و تتعافى بصورة أبطأ، و يكون العلاج عادة 20 أو 25 جلسة إشعاعية (حسب الحالة) و كل جلسة تستمر لأقل من 10 دقائق علما أن العلاج نفسه خلال الجلسة قد يستغرق أكثر من دقيقتين.

4.9. العلاج الكيميائي: يتم العلاج الكيميائي باستخدام مجموعة مركبة من العقاقير الكيميائية و التي يكون تأثيرها على الخلايا السليمة و يكون العلاج إما على شكل حقن في الوريد أو الأقراص في الفم.

<http://www.sehha.com/diseases/cancer/BC/BC12.htm>

خلاصة:

مرض سرطان الثدي هو من الأمراض المنتشرة في جميع دول العالم، وهناك العديد من العوامل التي قد تؤدي إلى ازدياد احتمال الإصابة به أهمها التاريخ العائلي والتعرض لكميات كبيرة من الاستروجين، وينقسم إلى أنواع كثيرة ، فينقسم إلى سرطانات لابدة وغازية وفي النهاية تتحول اللابدة إلى غازية لذا لابد من علاجها، وينقسم كذلك إلى سرطان ثدي فصيصي و قنوي، ومن أهم أعراضه وجود ورم قاس في الثدي مع تغير في لون لجلد ونتوءات في الجلد كذلك زيادة إفرازات الحلمة خاصة الإفرازات الدموية ويتركز تشخيصه على الأعراض مع الفحص السريري وتصوير الثدي بعدة طرق منها الماموجرام والموجات فوق الصوتية والجهاز الطبقي المحوري، والأمر الثالث المعتمد في تشخيصه هو أخذ العينة للفحص النسيجي، أما علاجه فيشمل عدة أنواع هي العلاج الجراحي و العلاج الإشعاعي والعلاج الكيماوي والعلاج الهرموني.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : الاجراءات المنهجية

تمهيد:

لا تخلو أي دراسة ميدانية من الجانب النظري، والذي يعتبر كأساس قاعدي لها، يكمله الجانب التطبيقي الذي يعد بدوره من أهم خطوات البحث العلمي، حيث يمكن الباحث من استثمار معلوماته النظرية، ويوسع من مجال تطلعاته.

وإذا كان الجانب النظري هو المنبع الأساسي لمعرفة الحقائق المتعلقة بمتغيرات البحث، فإن الجانب الميداني هو الذي يثبت أو ينفي صحة تلك الحقائق، وهذا من خلال تحويل نتائجها الخام من كيفية إلى معطيات كمية يعبر عليها إحصائياً بأرقام محددة التي تدل على دلالات معينة.

وفي هذه الفصل سنتعرض إلى توضيح إجراءات الدراسة من خلال التطرق إلى تعريفات البحث الإجرائية، منهج الدراسة ومجال الدراسة، ثم سنتطرق إلى الدراسة الاستطلاعية (عينتها، أدواتها وكيفية تطبيقها، المعالجة الإحصائية، ونتائجها)

1. منهج الدراسة:

أن أساس البحث العلمي الدقيق هو العمل المنهجي أي العمل الخاضع لمنهج قائم بذاته ذو بعد واضحة وذو طابع علمي وموضوعي، والمنهج هو مجموعة القواعد العلمية التي تطمح إلى كشف أسباب الأكاديمية لأجل تشخيصها واقتراح علاج لها، ويتم اختيار منهج الدراسة عادة وفق طبيعة الموضوع المراد دراسته والهدف منه.(فيصل عباس، 1983، ص14).

وبما أن موضوع دراستنا هو الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي" فإن المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج الوصفي الإرتباطي الذي يعرف على انه "دراسة الوضع الراهن للبشر والأحداث دون تغيير من طرف الباحث لأي من متغيرات الدراسة"

إنّ المنهج الذي يهدف إلى استكشاف حجم ونوع العلاقات بين البيانات ، بمعنى إلى أي مدى ترتبط المتغيرات، أو إلى أي حد تتطابق متغيرات في عامل واحد مع متغيرات في عامل آخر، وقد ترتبط المتغيرات مع بعضها البعض ارتباطا تاما ارتباطا جزئيا موجبا أو سالبا، وهكذا تفيد الطرق الإحصائية لحساب معاملات الارتباط.

كما تخدم الدراسات الارتباطية الأغراض وخاصة في الدراسات التنبؤية (عبد الفتاح دويدار، 2000، ص179).

2. الدراسة الاستطلاعية:

أول خطوة قمنا بها في العمل هي سحب ورقة التربص من إدارة قسم علم النفس جامعة محمد خيضر- بسكرة- وذلك يوم 2015/02/15، وتوجهنا إلى مستشفى الحكيم سعدان - مصلحة علاج الأورام السرطانية، بمعنى تحصلنا على طلب ترخيص للقيام بالتربص بالمصلحة ضمن إطار انجاز مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص عيادي وفي يوم 2015/02/22)، وبعد الموافقة على طلبنا ذهبنا للاطلاع على الحالات الموجودة في (المصلحة في تلك الفترة، حيث تعرفنا على المرضى، وعرفناهم عن دورنا والهدف من العمل معهم، ومن ثم تم اختيار العينة.

3. خصائص عينة الدراسة:

توزيع عينة الدراسة حسب متغير العمر

العمر	التكرار	النسب المئوية
من 20-30	11	31.42
30-40	13	37.14
40-50	11	31.42
المجموع	35	100

الجدول رقم: (1) يوضح خصائص العينة حسب متغير العمر

توزيع عينة الدراسة حسب متغير دخل الأسرة

مستوى دخل الأسرة	التكرار	النسب المئوية
اقل من 15000 دج	15	42.85
من 15000 الى 20000 دج	12	34.28
من 20000 فما فوق	8	22.85
المجموع	35	100

الجدول رقم: (2) يوضح خصائص العينة وفق متغير الدخل

توزيع عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسب المئوية
أمي	22	62.85
أساسي	8	22.85
ثانوي	4	11.42
جامعي	1	02.85
المجموع	35	100

الجدول رقم: (3) يوضح خصائص العينة وفق المستوى التعليمي

توزيع عينة الدراسة حسب الحالة العائلية

النسب المئوية	التكرار	الحالة العائلية
100	35	متزوجة
00	0	عزباء
100	35	المجموع

الجدول رقم: (4) يوضح خصائص العينة وفق الحالة العائلية

توزيع عينة الدراسة حسب مدة العلاج

النسب المئوية	التكرار	مدة العلاج بعد الاستئصال
71.42	25	شهر إلى 6 أشهر
28.57	10	6 أشهر إلى سنة
100	35	المجموع

الجدول رقم: (5) يوضح خصائص العينة وفق مدة العلاج

4. حدود الدراسة الاستطلاعية:

الحدود المكانية:

تحدد إجراء الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية الحكيم سعدان - بسكرة - مصلحة علاج الأورام السرطانية.

الحدود الزمانية:

لقد امتدت دراسة بحثنا رسميا من 2015/03/22 إلى 2015/04/16 حيث أول شيء قمنا به التوجه إلى الميدان والقيام بالدراسة الاستطلاعية والتي من خلال حددنا موضوع بحثنا بالضبط، ووضعنا فرضيات البحث بحسب ما لاحظناه في الواقع وكذلك ضبطنا خصائص العينة وذلك من خلال جمع البيانات والمعلومات الطبية والنفسية حول

الموضوع، وتطبيق المقاييس لتأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في هذه الدراسة.

الحدود البشرية:

عينة البحث: تم اختيار العينة من مجتمع الدراسة الذي يتمثل في مرضى سرطان الثدي والبالغ عددهم 275 حسب إحصائيات المقدمة من إدارة المصلحة.

5. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

قد يستخدم الباحث أكثر من طريقة أو أداة لجمع المعلومات حول مشكلة الدراسة أو لإجابة عن أسئلتها أو لفحص فرضياتها، ويجب على الباحث أن يقرر مسبقاً الطريقة المناسبة لبحثه أو دراسته، وأن يكون ملماً بالأدوات والأساليب المختلفة لجمع المعلومات لأغراض البحث العلمي، وفي دراستنا هذه اعتمدنا على:

1.5. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة: ل"Schwarzer & Jérusalem"

التعريف بالمقياس: منذ عام 1981 يعمل شفارتزر ومجموعته في جامعة برلين الحرة في ألمانيا على تطوير أداة تشخيصية لقياس الكفاءة الذاتية تتلاءم مع مجموعة كبيرة من المواقف، على عكس باندورا الذي قصر هذا البناء على مواقف خاصة فقط، وقد اشتملت هذه الأداة على توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

يشير (Schwarzer & Jérusalem, 1989) إلى أن سلم توقعات الكفاءة الذاتية العامة يقيس قناعات إمكانات الضبط الذاتي أو توقعات الكفاءة في مواقف المتطلبات الاجتماعية، ومواقف الانجاز، بتعبير آخر يقيس السلم مسالة التقدير الذاتي الذي يقوم به شخص ما حول رؤيته لنفسه قادر على التغلب على عدد كبير من مشكلات الحياة.

احتوى السلم المطور عام 1981 على 20 بنداً تم تخفيضها في عام 1986 إلى 10 بنود فقط وسمي "توقعات الكفاءة الذاتية العامة"، وعلى الرغم من أن صيغته البنود

العشرة تعتبر اقتصادية، إلا أنه فقد المقياس جزءاً من ثباته و موثوقيته كما يرى معدا المقياس، وقد ترجمت هذه الصيغة المختصرة إلى أكثر من 15 لغة، وينصح معدا المقياس باستخدامه لدراسة المتغيرات 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.

2.5. مقياس توقعات الكفاءة الذاتية العامة في صيغته المعربة لسامر جميل رضوان: قام الباحث سامر جميل رضوان بأخذ موافقة مطوري المقياس على إعداد نسخة باللغة العربية منها واختبار على عينة سورية، بعد ذلك قام الباحث بترجمة البنود العشرة التي يتضمنها المقياس عن اللغة الألمانية إلى اللغة العربية، وترجمت الصيغة الانجليزية من المقياس نفسه من قبل متخصصين في اللغة الانجليزية بهدف إجراء مقارنة بين ترجمتين من لغتين مختلفتين، وإيضاح مدى دقة الترجمة واستيفائها للمعنى، حيث تم بنتيجة ذلك إجراء بعض التعديلات الطفيفة في بعض العبارات أو الكلمات، بعد ذلك عرض المقياس على مجموعة من المتخصصين، وغير متخصصين الذين ابدوا رأيهم من حيث الصياغة وفهم المعنى وإمكانية التطبيق، ولم تجر نتيجة ذلك تعديلات جوهرية تذكر حيث أجمعت الآراء على صلاحية المقياس (صدق المحتوى).

كما اقترح مؤلفا المقياس عدم الترجمة الحرفية لبنود المقياس إلى البيئات الأخرى، وإلى عدم الاقتصار على المعنى السطحي له، وإنما اخذ الاعتبارات النفسية للثقافات المختلفة بعين الاعتبار، وإعطاء المعنى الجوهري المتناسب مع كل ثقافة على حدى .

وصف المقياس:

يتألف المقياس في صيغته الأصلية من عشرة بنود، يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق مقترح مندرج يبدأ من " لا- نادرا- غالبا - دائما" ويتراوح المجموع بين المجموع العام للدرجات بين 10-40 أي أن التصحيح يكون على النحو التالي:

لا = 1

نادرا = 2

غالبا = 3

دائما = 4

3.5.3. أداة قياس جودة الحياة:

بعد الاطلاع على التراث النظري من قبل الطالبة وذلك بهدف قياس جودة الحياة لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي تم الحصول على المقياس من طرف منظمة الصحة العالمية عن طريق البريد الإلكتروني.

1.3.5. وصف مقياس جودة الحياة:

هو مقياس من بين مقاييس التقييم الذاتي، أسسه البعض من الباحثين في مجال الصحة العامة بعدة لغات، واعتمده منظمة الصحة العالمية كمقياس عالمي لحساب درجات جودة الحياة المتعلقة بالصحة للأفراد، وهو يتكون من ستة محاور تقيس جوانب مختلفة من حياة الفرد.

2.3.5. طريقة تصحيح المقياس:

يصحح مقياس جودة الحياة المتعلق بالصحة، بالاعتماد على منح الدرجات تبعا للإجابة على أسئلة كل محور على حدى كما في الملحق رقم (2). متحصل عليه من

خلال مراسلتي لمنظمة الصحة العالمية (EORTC QLQ-C30 version 3) عن طريق البريد الإلكتروني

- عامل الجودة الأسرية والاجتماعية.
- عامل تقبل الذات.
- عامل الهدف من الحياة .
- عامل الدور الانفعالي .
- عامل الاستقلالية.
- عامل الصحة العامة.

6. الخصائص السيكومترية لأدوات القياس:

تم اختيار التحليلات الإحصائية طبقاً لسمات العينة وفرضيات الدراسة، وقد تم التحليل الإحصائي ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)

1.6. ثبات مقياس الكفاءة الذاتية العامة:

1.1.6. ثبات المقياس: تم تقنين المقياس من طرف سامر جميل رضوان

في البيئة العربية: لبيان مدى ثبات المقياس تم تطبيقه في فقرتين مختلفتين من طرف الباحث سامر جميل رضوان، يفصل بينهما 6 أسابيع على عينة مكونة من 37 مفحوص بواقع 20 أنثى و17 ذكراً، وأسفر حساب معامل الارتباط بين درجة التطبيق وإعادة التطبيق عن معامل ثبات مقداره 0.71

معامل الارتباط العام: (alpha= 0.85)

في البيئة المحلية : تم تقنيه من طرف الباحثة عدودة صليحة

معامل الفا كرونباخ: والذي أسفر عن معامل مقداره 0.92 وهي درجة مقبولة تعكس ثبات المقياس.

طريقة التجزئة النصفية : والتي تقوم على تجزئة الاختبار إلى نصفين متكافئتين (فقرات فردية وزوجية)، وذلك بعد تطبيقها على نفس العينة (ن = 40)، حيث تتحصل على مجموعتين من الدرجات، مجموعة تخص النصف الفردي من الاختبار (ن = 20)، ومجموعة تخص النصف الزوجي من الاختبار (ن = 20)، وبعدها تم حساب معامل الارتباط بين فقراته الفردية والزوجية بمعامل الارتباط بيرسون، والذي يمثل معامل ثبات نصف الاختبار والذي وصل الى 0.86 وهي قيمة دالة على ثبات الاستبيان.

4.6. صدق المقياس: يعتبر المقياس صادقا إذا كان يقيس ما وضع لقياسه.

في البيئة العربية: تم حساب الصدق من طرف الباحث سامر جميل رضوان عن طريق صدق الاتساق الداخلي: فكانت معاملات ارتباط البنود مع العلامة الكلية للاختبار كمايلي على الترتيب:

0.83-0.83-0.82-0.84-0.82-0.82-0.82-0.82-0.82-0.82 وهي

جميعها دالة عند 0.01

في البيئة المحلية تم حساب الصدق من قبل الباحثة عدودة صليحة عن طريق الاتساق الداخلي:

0.80-0.73-0.79-0.85-0.82-0.66-0.88-0.68-0.91-0.73 وهي

جميعها دالة عند 0.01

2.6. صدق المقياس جودة الحياة: من خلال حساب كل محور على حدى تبين صدق المقياس وهي كالتالي:

صدق محور الدور الانفعالي ب0.60** عند الدلالة 0.01

صدق محور تقبل الذات ب 0.46** عند الدلال 0.01

صدق محور الاستقلالية ب 0.55 عند الدلالة 0.01

صدق محور الهدف من الحياة 0.45** عند الدلالة 0.01

صدق محور الحياة الأسرية والاجتماعية 0.76** عند الدلالة 0.01

صدق محور الصحة العامة 0.85** عند الدلالة 0.01

1.2.6. حساب ثبات مقياس جودة الحياة:

بنفس الطريقة ببرنامج المعالجة الإحصائية SPSS وبتطبيق معادلة بيرسون تم حساب ثبات مقياس جودة الحياة.

ثبات محور الدور الانفعالي بلغت درجة الثبات 0.80 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا دليل عن ثبات المحور.

ثبات محور تقبل الذات بلغت درجة الثبات 0.80 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا دليل عن ثبات المحور

ثبات محور الاستقلالية بلغت درجة الثبات 0.56 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا دليل عن ثبات المحور.

ثبات محور الهدف من الحياة بلغت درجة الثبات 0.66 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا دليل عن ثبات المحور

ثبات محور الحياة الأسرية والاجتماعية بلغت درجة الثبات 0.86 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا دليل عن ثبات المحور

ثبات محور الصحة العامة بلغت دجة الثبات 0.67 وهي قيمة دالة عند 0.01 وهذا دليل عن ثبات المحور.

8. إجراءات الدراسة الأساسية:

تهدف الدراسة الأساسية إلى حل الإشكالية المطروحة والإجابة عليها من خلال الفرضيات المصاغة حول دراستنا على عينة من مرضى سرطان الثدي، وذلك بإتباع خطوات منهجية معتمدة فيها عينة الدراسة وأدواتها والخصائص السيكومترية لأدوات القياس، وكذا الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة وذلك بعد القيام بالدراسة الاستطلاعية منتهجة الخطوات التالية:

- الاتصال بالإدارة لتحديد العينة (المریضات).
- الاتصال بالمریضات داخل مصلحة علاج الأورام السرطانية " وحدة علاج سرطان الثدي"
- توزيع مقاييس (مقياس الكفاءة الذاتية العامة و مقياس جودة الحياة للمنظمة الصحة العالمية) .

8. حدود الدراسة الأساسية:

لقد اعتمدت الطالبة على الأدوات التالية:

- مقياس الكفاءة الذاتية العامة في صيغتها المعربة لسامر جميل رضوان
- مقياس جودة الحياة من منظمة الصحة العالمية عن طريق البريد الإلكتروني نسخة معربة.

تم تطبيق أداتي الدراسة عند لقائنا بالمریضات في مكتب الأخصائية النفسانية خلال ثلاثة أيام من كل أسبوع (الأحد، الاثنين، الثلاثاء) الأيام المحددة لهن(المریضات) بالمراقبة الطبية الدورية والعلاج الكيميائي. إذ قامت الطالبة ب:

- توزيع مقياس الكفاءة الذاتية.
- توزيع مقياس جودة الحياة

- وفي بعض الحالات (الأميات) يتوجب على الطالبة قراءة أسئلة المقياس لهن وهن يجبن على الأسئلة.
- التأكد من أوراق الإجابة، إذ تم استبعاد بعض الإجابات من مجموع 42 حالة وذلك لعدم إتمام الإجابة على كل أسئلة المقياسين.
- تصحيح استجابات المريضا.

9. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

معامل بيرسون لتحديد طبيعة العلاقة.

خلاصة:

تناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية، من خلال التطرق للمنهج المناسب للدراسة ثم وصف العينة وخصائصها بعدها وصف أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكمترية، ثم تطرقنا إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية لنصل في الأخير إلى الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات والنتائج المعروضة في الفصل اللاحق.

الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة النتائج

1. عرض النتائج المتعلقة بالتساؤل العام:

نص التساؤل العام على ما يلي: ما طبيعة العلاقة القائمة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي

لغرض فحص نتائج التساؤل العام قمنا بحساب قيمة معامل الارتباط بين كل من الدرجة الكلية للكفاءة الذاتية والدرجة الكلية لجودة الحياة لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي والنتائج المتوصل إليها مبينة في الجداول التالية وفقا لترتيب فرضيات الدراسة من خلال الجداول التالية:

الجدول رقم (6): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل جودة الأسرة والاجتماعية.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط - بيرسون	العينة	المتغيرات
غير دالة عند 0.05	- 0.048	35	الكفاءة الذاتية
			الحياة الأسرية والاجتماعية Family and social life

يتضح من خلال الجدول المدون أعلاه أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية وعامل الحياة الأسرية والاجتماعية بلغ (-0.048) وهي قيمة غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (7): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل تقبل الذات.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط - بيرسون	العينة	المتغيرات
غير دالة عند 0.05	-0.257	35	الكفاءة الذاتية
			تقبل الذات self-acceptance

يتضح من خلال الجدول المدون أعلاه أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية وعامل تقبل الذات بلغ -0.257 غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (8): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط - بيرسون -	العينة	المتغيرات
غير دالة عند 0.05	-0.209	35	الكفاءة الذاتية
			الاستقلالية autonomy

يتضح من خلال الجدول المدون أعلاه أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية - 0.209 بلغ دال إحصائياً.

الجدول رقم (9): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الهدف من الحياة.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط - بيرسون -	العينة	المتغيرات
غير دالة 0.05	-0.119	35	الكفاءة الذاتية
			الهدف من الحياة The goal of life

يتضح من خلال الجدول المدون أعلاه أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية وعامل الهدف من الحياة - 0.119 غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (10): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الدور الانفعالي.

مستوى الدلالة	معامل الارتباط - بيرسون -	العينة	المتغيرات
غير دالة 0.05	-0.083	35	الكفاءة الذاتية
			الدور الانفعالي Emotional role

يتضح من خلال الجدول المدون أعلاه أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية وعامل الدور الانفعالي - 0.083 غير دال إحصائياً.

الجدول رقم (11): يوضح العلاقة بين الكفاءة الذاتية والصحة العامة.

المتغيرات	العينة	معامل الارتباط- بيرسون-	مستوى الدلالة
الكفاءة الذاتية	35	-0.35	غير دالة عند 0.05
الصحة العامة General health			

يتضح من خلال الجدول المدون أعلاه أن معامل الارتباط بين متغيري الكفاءة الذاتية وعامل الصحة العامة -0.35 هو غير دال إحصائياً.

2. تفسير ومناقشة النتائج:

بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في استبيان الكفاءة الذاتية العامة ل Ralf. Schwarzer المترجم إلى العربية من قبل الأستاذ الدكتور سامر جميل رضوان واستبيان جودة الحياة بعد الترجمة والبحث والمتحصل عليه من طرف منظمة الصحة العالمية باللغة العربية ، وبعد جمع البيانات وتفريغها قامت الطالبة بحساب معاملات الارتباط بالاعتماد على نظام ال spss20 في ضوء فرضيات الدراسة:

مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

تنص الفرضية الجزئية الأولى على انه : " توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والحياة الأسرية والاجتماعية لدى المتزوجات المصابات بسرطان الثدي".

للتحقق من صحة هذا الفرض قمنا بحساب معامل ارتباط بيرسون بين هذين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول رقم -6- وكانت تساوي (-0.048) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وتشير هذه النتيجة إلى العلاقة السلبية بين المتغيرين، وهو ارتباط سلبي وغير دال إحصائياً، وبالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مطابقة لما تم ذكره في الجانب النظري والدراسات السابقة كالدراسة التي أجرتها الباحثة (نبيلة باوية، 2013) والتي أشارت نتائجها إلى أهمية الدعم الأسري والاجتماعي في رفع

مستوى الكفاءة الذاتية لدى مريضات سرطان الثدي لتحسين جودة الحياة لديهن وخاصة في المراحل المبكرة من إجراء العملية الجراحية وخلال العلاج الكيميائي.

كما يعتبر المرض المزمن صدمة نفسية واجتماعية للمريض ومحيطه، خاصة إذا كان من النوع المهددة للحياة مثل السرطان، مما يؤدي إلى تغيير جذري في حياة المريض إضافة إلى التكلفة الاقتصادية المرتفعة.

يعتبر المرض تهديدا جديا يدركه المريض ويحاول التكيف معه أو مواجهته اعتمادا على مصادر الدعم الداخلية مثل الرصيد الصحي، والكفاءة وجهاز المناعة، والقدرات المعرفية التي تمكن الفرد من إدارة الذات، والتعامل مع الأنظمة الصحية وعلى مصادر الدعم الخارجي مثل الأطباء والمرضى والأسرة والأصدقاء، وخاصة الزوج والأهل، ويتميز المرضى فيما بينهم في استعمال تلك المصادر للنجاح. كما يشير باندورا أن الأفراد يعيشون غير منعزلين اجتماعيا وان الكثير من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الجماعية والمساندة لأحداث تغير فعال، وإدراك الأفراد لفاعليتهم الجماعية يؤثر فيما يقبلون على عمله كجماعات ومقدار الجهد الذي يبذلونه وقوتهم التي تبقى لديهم إذا فشلوا في الوصول إلى النتائج، وان جذور فاعلية الجماعية تكمن في فاعلية أفراد الجماعة.

فالشخص الفعال تكون لديه القدرة على إنشاء علاقة سليمة مع الآخرين بما له من سمات المرونة والشعور بالانتماء، والذكاء الاجتماعي هو السلاح الفعال لدى الفرد وكلما كانت علاقات الفرد قوية مع الآخرين كلما كان توافقه أفضل وخاصة توافقه الاجتماعي.

مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية توجد علاقة ارتباطيه بين الكفاءة الذاتية و تقبل الذات لدى مريضات سرطان الثدي

للتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول رقم -7- وكان يساوي (-0.257) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند (0.05) وتشير هذه النتيجة إلى أن العلاقة سلبية بين المتغيرين، (**Elisa ken de Castro**) في مقال **quality of life, self-efficacy psychological** جودة الحياة تستحق التقييم في العلاج وتعزيز الكفاءة الذاتية لدى المصابات بسرطان الثدي، كما أكدت على بعد تقبل الذات، حيث اشتملت الدراسة على عينة مكونة من 50 مريضة تضمنت الدراسة استبانة الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وطبقت على فترتين لمدة سنة و خلصت إلى أنّ المصابات بسرطان الثدي يصبون بمستويات عالية من الاكتئاب والحزن والغضب والإحباط والذعر والقلق والتفكير في الانتحار وهذا ما أكدته دراسة (**Gandstaff 1976**) وكذلك النتائج التي خلص إليها (**moucher et al,2010**) أن فعالية الذات لها تأثير على عامل تقبل الذات بصورة عامة، فإن أسباب سوء التوافق عديدة منها: (الشذوذ الجسدي والنفسي، وعدم إشباع الحاجات الجسمية والنفسية، وتعلم سلوك مغاير للجماعة، والصراع بين أدوار الذات، والقلق.... الخ ، إن العلاجات الطبية للسرطان لها آثار جانبية سلبية يمكن أن تسبب الضغط النفسي، وهذه العلاجات تتضمن الجراحة والعلاج بالأشعة والعلاج الكيميائي والعلاج الهرموني والعلاج المناعي، وإن العلاجات الثلاثة الأولى هي الأكثر شيوعاً وتأثيراً (**Andersen, 1989**) ويرى ميشيل (**Michel, 1977**) أنّ مفهوم الذات هذا أو التصور حول الذات لا يشتمل على جزء إضافي داخل الشخص يسبب بصورة ما سلوكاً معيناً، ويوجد بصورة مستقلة عن العضوية التي بها، فالذات تقوم هنا على سيرورات هي بالأصل جزء من الوظائف النفسية، ومن ثم فإن الشخص لا يمتلك بنية يمكن تسميتها الذات وإنما هناك معرفيات تقوم على الذات. وإدراك الذات وضبط

الذات عبارة عن متغيرتين تتحولان مع الزمن والمواقف. وعليه يشكل كل من الأهداف أو المخططات ومفهوم الذات إحدى التصورات المهمة ضمن نظرية التعلم الاجتماعي. ويحاول تصور الأهداف تفسير أنماط السلوك التي تستمر لفترة طويلة على الرغم من عدم وجود مبررات خارجية لهذا الاستمرار. ويشتمل هذا التصور على تنظيم لسيرورات الشخصية أيضا، أي أن أهدافنا أو مخططاتنا تساعدنا على وضع الأولويات وعلى الاختيار بين السلوكات التي تبدو في العادة على الدرجة نفسها من الأهمية.

مناقشة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وعامل الاستقلالية لدى المصابات بسرطان الثدي كما هو موضح في الجدول (8) أعلاه (-0.209) وهي قيمة غير دالة إحصائيا

للتحقق من صحة الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول رقم -8- وكان يساوي (-0.209) وهي غير دالة إحصائيا ، مما تشير إلى أن العلاقة سلبية بين المتغيرين وهذا ما خلصت إليه نتائج الدراسة الطولية (Rittman2010) إلى أن ارتباط الكفاءة الذاتية والاستقلالية وأساليب التكيف العقلية واتخذت هذه الدراسة 648 بعد توزيع الاستبيان الكفاءة الذاتية وجودة الحياة وأظهرت النتائج بعد 12 شهرا أن زيادة حجم الكفاءة الذاتية في الأساس مرتبط طرديا بعامل الاستقلالية. أي أن الكفاءة الذاتية لها تأثير مباشر، وعليه إن المصابات بسرطان الثدي تظهر عليهنّ نتائج نفسية بعد إجراء العملية الجراحية أكبر أحيانا من النتائج الفعلية، إذ ينعكس رد فعل العملية على الحالة النفسية والبدنية عامة للمرأة ، إذن إن الإجهاد النفسي الذي تعاني منه مريضات سرطان الثدي يؤدي إلى تحديد النشاطات الاجتماعية (Johnson & Casper, 1979).

إن المساندة والدعم الاجتماعي يعتبر عاملاً مهماً في توافق المريض مع السرطان، فأغلب مريضات سرطان الثدي يواجهن الكثير من التحديات في النشاطات الاجتماعية كنتيجة للمرض، وقد ظهر أن الإجهاد النفسي وقلة الدعم الاجتماعي يُؤثران وبشكل مباشر في مستوى الكآبة لدى المرضى (Unchitomi, et al,2000).

مناقشة الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والهدف من الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي

للتحقق من صحة الفرضية تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين المتغيرين، كما هو موضح في الجدول أعلاه رقم 9- وكانت النتيجة تساوي (-0.119) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند 0.05 وتشير هذه النتيجة إلى علاقة سلبية بين الكفاءة الذاتية والهدف من الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي، ويحاول تصور الأهداف تفسير أنماط السلوك التي تستمر لفترة طويلة على الرغم من عدم وجود مبررات خارجية لهذا الاستمرار. ويشتمل هذا التصور على تنظيم لسيروورات الشخصية أيضاً، أي أن أهدافنا أو مخططاتنا تساعدنا على وضع الأولويات وعلى الاختيار بين السلوكات التي تبدو في العادة على الدرجة نفسها من الأهمية (Pervin, 1987). وتعتبر الإدراك الذاتية وآليات التنظيم الذاتي ذات أهمية من أجل فهم الآليات التي تجري بين المثبرات البيئية والسلوك الناجم عن ذلك. ففي مجرى النمو الفردي يقوم الفرد باستخدام سيروورات الضبط الذاتي Self-control و سيروورات التنظيم الذاتي Self-organization. وهذه السيروورات ليست محددة وراثياً أو موجهة إلى نهاية خاصة، وإنما هي اقرب لأن تكون محددة من خلال شروط الإطار الاجتماعي البيولوجي بحيث أن مخارج نمو متنوعة تكون هنا ممكنة.

مناقشة الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والدور الانفعالي لدى المصابات المتزوجات بسرطان الثدي.

للتحقق من صحة الفرضية وللتحقق من صحة الفرضية قامت الطالبة بحساب معامل الارتباط بيرسون ، كما هو موضح في الجدول رقم -10- وكان يساوي (-0.083) وهي غير دالة إحصائياً، مما تشير إلى أنّ العلاقة سلبية بين المتغيرين، وهذا ما تأثيرات معرفية تنتج عن زيادة الضغوط منها) عدم القدرة على التركيز، وتؤدي إلى قرارات مسرعة وخاطئة تؤدي إلى كثرة الأخطاء مع عدم قدرة الجسم على الاستيعاب، وعدم القدرة على التنظيم والتخطيط، تؤدي إلى تداخل الأفكار مع بعضها البعض، و تأثيرات انفعالية تنتج عن زيادة الضغوط ومنها: حدوث تغيرات في صفات الشخصية، وزيادة التوترات الطبيعية والنفسية، وزيادة الإحساس بالمرض، وظهور الاكتئاب وعدم تقدير الذات.

حيث قام (kreiler et al,2007) باكتشاف العلاقة بين الكفاءة الذاتية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك باختيار نموذج تفاعلي يعتمد على متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك والكفاءة الذاتية، وتكونت العينة من 60 مريضا، وفرق الباحثون بين الكرب والكرب الاجتماعي ، وذلك النتائج على أنّ مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك ، وان الكفاءة الذاتية المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك وبالتالي لرفع من مستوى نوعية الحياة ،يجب على العمل على رفع مستوى الكفاءة الذاتية، وكذلك فان نوعية الحياة تتأثر سلبا بالكرب الاجتماعي إذن تعزيز الكفاءة الذاتية للمريض، أما دراسة (mazanecet al,2010) فتناولوا بالبحث العلاقة بين التفاؤل ونوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي حديثي التشخيص وركزوا على الصحة لدى عينة من 163 مريضا، مرت 6 أشهر على تشخيصهم باستعمال بطارية مكونة من

مقاييس نفسية اجتماعية ، ودلت النتائج بنوعية الحياة وبالقلق والاكتئاب، ولما يكن التفاؤل عاملاً تنبؤاً بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة وارتبطت الوجدانات السالبة (القلق، الاكتئاب) بانخفاض جودة الحياة .

مناقشة الفرضية السادسة:

تنص على طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية والصحة العامة لدى المتزوجات المصابات سرطان الثدي للتحقق من صحة الفرضية قامت الطالبة بحساب معامل الارتباط بيرسون، كما هو موضح في الجدول رقم -11- وكان يساوي (-0.083) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، مما تشير إلى أنّ العلاقة سلبية بين المتغيرين ،وبالتالي جاءت النتيجة مطابقة لما يراه لوهوس (Lohaus, 1993) أن فرضيات الكفاءة الذاتية تقوم فيما يتعلق بالمسائل الصحية على القناعة بقدرة الشخص على القيام بسلوك صحي حيث يتحدد في الوقت نفسه نوع ومقدار ومدة القيام بهذا السلوك. ومن ثم نجد لما تكلمنا عليه في الجانب النظري فإن فرضيات توقعات الكفاءة الذاتية تعد كاشفاً لمقدار الإدراك الذاتي الراهن للكفاءة الذاتية، ويمكنها في الوقت نفسه، أن تكون كاشفاً ممكناً للقيام بسلوك صحي ما. ويمكن استنتاج أهمية امتلاك هذه المتغيرة بالنسبة لإجراءات التأثير الوقائية ولإجراءات تقويم مدى نجاح هذه الإجراءات. والفرضية الكامنة خلف ذلك تتمثل في توقع المرء امتلاكه للكفاءة اللازمة ليتمتع بسلوك صحي. وهذا يعني انه عندما تواجه الفرد مشكلة ما أو موقف يتطلب الحل فإن الفرد، قبل أن يقوم بسلوك ما يعزو لنفسه القدرة على القيام بهذا السلوك ، وهذا ما يشكل الشق الأول من الكفاءة الذاتية ، في حين يشكل إدراك هذه القدرة الشق الثاني من الكفاءة الذاتية، أي على الفرد أن يكون مقتنعاً على أساس من المعرفة والقدرة... الخ بأنه يمتلك بالفعل الكفاءة اللازمة للقيام بسلوك ما بصورة ناجحة، وقناعة الفرد بإمكانية التأثير على نفسه والبيئة المحيطة تجعل مواجهة متطلبات الحياة أكثر سهولة (Bandura.A, 1986) كما يشير (cella et tulsky, 1990) إلى أنّ نوعية الحياة المرتبطة بتقييم المرض ورضاهم بمستوى أدائهم الوظيفي الحالي، مقارنة بما يتصورون انه الأمثل ،أما (Erickson و Patrick 1993) فينظران إلى نوعية الحياة المرتبطة بالصحة على أنها القيمة المعطاة

لطول الحياة متأثرة بالأداء الوظيفي، وكذا سياسات الرعاية، كما ركز الباحثون على مفهوم الفجوة **gap** في آمال وتوقعات الفرد وخبراته اليومية (فرضية الفجوة)

قد أشارت النتائج إلى أن المرضى اللاتي يمتلكن كفاءة ذاتية مرتفعة يتمتعن بنسبة مرتفعة من الصحة العامة وجودة الحياة، وقد أشارت دراسات كثيرة إلى علاقة التقييم أي أداء الفص الجبهي في إدراك نوعية الحياة خاصة في الأمراض المزمنة أو الكروب المهددة للحياة، ويرتبط ذلك أيضا بالقدرة على ضبط السلوك والشعور بالتحكم عن طريق الكفاءة الذاتية **self-efficacy** التي تتضمنها نظرية Bandura.A في المعرفة الاجتماعية. لأن فرضيات الكفاءة الذاتية تقوم فيما يتعلق بالمسائل الصحية على القناعة بقدرة الشخص على القيام بسلوك صحي حيث يتحدد في الوقت نفسه نوع ومقدار ومدة القيام بهذا السلوك. و يمكن استنتاج أهمية امتلاك هذه المتغيرة بالنسبة لإجراءات التأثير الوقائية و لإجراءات تقويم مدى نجاح هذه الإجراءات. والفرضية الكامنة خلف ذلك تتمثل في أنه عندما يتوقع المرء امتلاكه للكفاءة اللازمة فسوف يرتفع احتمال قيامه بسلوك معين (Lohaus, 1993) ، وعادة ما يتم التفريق بين توقعات الكفاءة الذاتية المرتبطة بعلاقة وثيقة مع التصرفات الصحية بصورة خاصة وبين توقعات النتيجة **outcome expectancies** التي يعبر عنها عادة من خلال مصطلح قناعات الضبط أيضا. وقناعات الضبط تقوم على التوقعات العامة للشخص حول المقدار الذي يعتبر فيه تصرفاته الذاتية مسؤولة عن حدوث حدث ما التي من خلالها يدرك الفرد مواجهة الحدث من خلال ادراكات ومعارفه، وقد دفع تضمين مصطلح (الكفاءة) في تعريف منظمة الصحة العالمية إلى التركيز على الكفاية أو الحالة النفسية كما يدركها الفرد – ويقرها عن نفسه **self-reported** باعتبارها المظهر الجوهري لجودة الحياة، وكان التعريف الذي قدمته منظمة الصحة العالمية للصحة نقطة بداية للجهود التي بذلت للتوصل إلى تعريف شامل ومتكامل لجودة الحياة؛ حيث قدمت مجموعة جودة الحياة في منظمة الصحة

العالمية تعريفا شاملا لجودة الحياة على أنها إدراكات Perceptions الفرد لمكانته في الحياة في سياق الثقافة ومنظومة القيم التي يعيش فيها، في علاقتها بأهدافه وتوقعاته ومستواه واهتماماته.

3. مناقشة عامة:

من خلال ما تم عرضه من أبحاث ودراسات حول موضوع الدراسة الحالية، ومن خلال تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية واستبيان جودة الحياة بهدف معرفة طبيعة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي، فقد أسفرت النتائج على العلاقة سلبية وهذا ما دلت عليه الفرضيات المذكورة أن النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي يعانين من تهديدات قصيرة المدى وأخرى مؤجلة تتميز بالمخاوف والقلق من المستقبل ومواجهة عدم اليقين، بالإضافة إلى مضاعفات المرض والعلاج (العلاج الكيميائي)، وهذا الأخير يؤدي إلى ظهور أعراض وخيمة نفسية وجسدية واجتماعية نجمها في نقاط التالية (الاكتئاب، القلق، الحزن ارتفاع درجة الحرارة، البرود الجنسي، تدهور في العلاقة الزوجية). كما تعتبر عدم القدرة على إدارة الذات احد مؤشرات الخطر في التعامل مع المرض مما ينطبق مع دراسات (Bekham et al,1997) إلى أهمية الكفاءة الذاتية والتكيف مع المرض (سرطان الثدي) لان الأطباء يهتمون إلى إطالة أمد البقاء على قيد الحياة أو السيطرة على الورم لكي لا ينتشر ولكن لم يولوا الاهتمام إلى تحسين جودة حياة المريضات، والى الجانب النفسي، وهذا ما أكدت (Fabienne & Mireille. A 2003) في دراستهما لجودة الحياة وسرطان الثدي، تنويه بإعطاء الأولوية لمفهوم جودة الحياة ليتسنى لنا تحقيق الهدف المنشود وهو علاج مريضات سرطان الثدي، والنظر إلى أهمية جودة الحياة من قبل الأطباء والقائمين على التكفل بالعلاج ويشد كل منهما على تسخير كل الوسائل المادية والبشرية والتقنية العالية لعلاج هذا المرض أو الحد من عواقب (النتائج)، لتحسين المستمر في جودة حياة المرأة

المصابة بسرطان الثدي ، كما أكدا على ضرورة التكفل الشامل (النفسي، العائلي والاجتماعي، الجسدي ، والبدنية).

كما أكدت عدة دراسات على العلاقة بين الصحة وجودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي بتركيا (Sehsuvar Gokgoz 2011)، توصلت الدراسة أن المصابات بسرطان الثدي في مراحل متقدمة يعانون من انخفاض الأداء البدني والاجتماعي والجنسي والعاطفي وعدم تقبل الذات (تشوه صورة الجسم بعد الجراحة)، إذن مريضات سرطان الثدي تواجهن مشاكل في نوعية الحياة متعددة المجالات (المهنية، الصحية، الاجتماعية، الأسرية، النفسية). وعليه يجب الأخذ بعين الاعتبار تحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة من لحظة اكتشاف المرض إلى الشفاء التام أو التعايش معه ، وهذا ما توصلت إليه من خلال النتائج المتحصل عليها أن المصابات بسرطان الثدي يعانون من انخفاض في الأداء في جميع مجالات الحياة.(العاطفية ، والأداء البدني ، والأسري والاجتماعي، وتقبل الذات، والجنسي) بالإضافة إلى عوامل أخرى استخلصتها الطالبة من خلال دراستنا لخصائص العينة والتمثلة في مستوى الدخل، الحالة العائلية، والمستوى الثقافي، والعمر تتداخل فيما بينها لتساعد المريضات من تحمل متاعب المرض والتغلب عليه أو الاستسلام ، ووجدنا لها اثر كبير في تدني مستوى الكفاءة الذاتية ومنه حياة مهددة بالخطر.

ومن الواقع المعيش أن البيئة بما فيها من مؤثرات لها دخل في التعايش مع المرض وتكيف معه، فالشخص الذي يشعر بدرجة عالية من الكفاءة الذاتية سوف يبذل من الجهد والمثابرة أكثر من ذلك الذي يشعر بدرجة أقل من الكفاءة الذاتية . فالتقدير المسبق المرتفع للكفاءة الذاتية سيعطي الفرد الثقة بأن مساعيه سوف تقوده لنجاح بغض النظر عن صعوبتها، في حين أن التقدير المنخفض للكفاءة الذاتية سيدفع الفرد أيضا لبذل القليل من الجهد والمثابرة. وهذا ما يطلق عليه شفارتسر تسمية الإرادة التي تقوم على تحويل نية سلوك ما أيضا سلوك فعلي، و المحافظة على استمرارية هذا السلوك أمام العقبات

التي تواجهه. ليحافظ أو ليسيّط على جودة الحياة ذات طبيعة فردية ذاتية تعكس مدى إدراك الفرد لمكانته في الحياة على ضوء منظومة القيم في بيئته، ومدى رضاه عن الملاءمة بين الواقع والطموحات، لأن جودة الحياة دائمة التغيير بتغير العوامل الخارجية والداخلية المسهمة في تحقيقها ومستوى إدراك الفرد لأهمية هذه العوامل ومستوى رضاه عنها.

وعليه تعتبر الكفاءة الذاتية جزء من موارد التغلب التي يمتلكها شخص ما. كما وان التقدير المعرفي للإجهاد أو المشقة يرتبط بموارد التغلب هذه. و أمكن إثبات أنه كلما كانت توقعات الكفاءة الذاتية أعلى كانت ارتكاسات الإجهاد أو المشقة اضعف، كما استنتج باندورا أن تنمية توقعات الكفاءة الذاتية تقود أيضا إلى رفع قوى المناعة وأيضا إلى تحسين استراتيجيات التغلب، فبناء القناعات التفاؤلية يمكن أن يعوض الضعف الحاصل في جهاز المناعة الناجم عن الإجهاد .

وكذلك من خلال خصائص العينة نجد أن مدة العلاج تعزز الكفاءة الذاتية ويرتفع مستوى الكفاءة المناعية، وهذه الأخيرة تتداخل فيها عدة عوامل منها (تقبل العلاج، الوضع العائلي، التغذية، السن، المستوى التعليمي والثقافي) لفهم المرض و أعراضه و أساليب علاجه، و الآثار المترتبة عليه ومنه يظهر مفهوم الكفاءة الذاتية متغيرا هاما في مجال تحسين اثر العوامل الضاغطة على الصحة، مما يدعمه بشكل ايجابي أسلوب الحياة الصحي.

يرى (bandura,1986) ان الممارسة الكاملة للسلوكات الصحية الايجابية، لا تتحقق إلا عندما تصبح الكفاءة الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفيزيولوجي.

إذن ما نستخلصه يمكن للفرد إحداث تغييرات سلوكية هامة. بفضل مجهوداته الشخصية، ذلك أن طريقة إدراك القدرات الخاصة لمواجهة الأحداث والتحكم بها تعد بمثابة مؤشر على طريقتنا في التصرف لمواجهة المرض.

خاتمة

خاتمة:

بعد عرض موضوع الدراسة بجانبه النظري والميداني، والمتمثل في الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي، اتضح لنا أهمية الكفاءة الذاتية كبعد من أبعاد الشخصية تتضح قيمتها في كونها الآلية النفسية الفعالة في تبني السلوكات الصحية لدى الأصحاء، وكذلك المرضى وتبرز أهميتها لدى النساء المتزوجات المصابات بسرطان الثدي، اعتمدت في هذه الدراسة على استبيانين : الأول مقياس الكفاءة الذاتية العامة والثاني جودة الحياة QLQ-C30 V3

وأسفرت النتائج على وجود علاقة سلبية بين الكفاءة الذاتية وجودة الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي عند مستوى الدلالة وهو ما ترجمته قيمة معامل بيرسون للفرضية العامة **0.042**

كما دلت نتائج الدراسة على وجود علاقة إرتباطية سلبية بين الكفاءة الذاتية ومختلف أبعاد جودة الحياة من خلال مناقشة الفرضيات والتي أكدت على وجود علاقة سلبية بين الكفاءة وكل بعد من أبعاد جودة الحياة.

قائمة المراجع

1. أديب محمد خالدي (2006)، مرجع في علم النفس الإكلينيكي، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع. سوريا
2. أيمن الحسيني (1994)، أسرار المرأة وحياتها الخاصة الصحية و النفسية، دون طبعة، دار الهدى، الجزائر
3. بهاء الدين إبراهيم سلامة (2001)، الصحة والتربية الصحية، دار الفكر العربي، القاهرة.
4. جابر عبد الحميد (1990)، نظريات الشخصية، البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم، ط1، دار النهضة العربية، القاهرة.
5. جون مارك ألبى، جون تيلور (1998)، الدليل الطبي للمرأة، ترجمة، حرار رتيبة، ط1، دار ليهدي، عين مليلة،
6. ديفيد روفيك (دون سنة)، دليل المرأة الطبي، ترجمة، إيميل خليل بيدس، دار الآفاق الجديدة، لبنان
7. سارة روزنتال (2001)، سرطان الثدي، ترجمة، فرج السامي، ط1، دار العلوم العربية، لبنان،.
8. شيلي تايلور (2008)، علم النفس الصحي، ترجمة وسام دروي بريك وآخرون، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع بعمان، الاردن
9. عثمان يخلف (2001)، علم النفس الصحة (الأسس النفسية والسلوكية للصحة)، دار الثقافة، الدوحة، قطر
10. عز الدين محمد نجيب (دون سنة)، متاعب المرأة المشكلة العلاج من سن البلوغ المرحلة الزواج، ط1، دار الهدى عين مليلة، الجزائر.
11. طارق كمال (2008)، الصحة النفسية للمرأة، ط1، مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية، مصر.
12. ناجي محمد الصغير (2005)، ألف باء أمراض الثدي من الوقاية الى العلاج، ط1، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان.

13.صفوة فرج (2000)،المرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ط1، دار الأنجلو المصرية، مصر.

14.فتحي محمد الزيات(2001)،علم النفس المعرفي، ط1، ج1، دار النشر للجامعات، مصر.

15.فتحي محمد الزيات(2001)،علم النفس المعرفي، ط1، ج2، دار النشر للجامعات، مصر.

16.مفتاح عبد العزيز(2010)،مقدمة في علم نفس الصحة (مفاهيم،نظريات، نماذج، دراسات)، ط1، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

17.ماكوم شوارتر (1992)، السرطان ماهو أنواعه محاربهه، ترجمة , عمار أبو سعد , ط1 , دار الهدى , الجزائر.

18.نادية رمسيس فرح() , حياة المرأة و صحتها, ط1, ريسيتيا للنشر و التوزيع , القاهرة , مصر,

19.الأشول عادل عز الدين(2005)،نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي، وقائع المؤتمر العلمي الثالث، الإنماء النفسي والتربوي للنساء العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر، 15-16 مارس

20. سعيد عبد الرحمان محمد عبد الرحمان(2007)، استخدام بعض الاستراتيجيات لتعاش في تحسين جودة الحياة لدى المعاقين سمعيا، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، تطوير التعلم والتأهيل للأشخاص الصم وضعاف السمع

21.السيد أبو الهاشم (1994)،اثر التغذية الراجعة على فاعلية الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر

22.جسام سنا احمد (2009)، فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين، أطروحة دكتوراه، كلية التربية، جامعة المستنصرية.

23.عدودة صليحة(2010)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى الشريان التاجي،رسالة الماجستير، علم النفس الصحة،جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر

24.رحاحلية سمية(2010)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، رسالة ماجستير، علم نفس الصحة، جامعة الحاج لخضر ، باتنة، الجزائر

25.نيفين عبد الرحمان المصري(2011)، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي ، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأزهر غزة، فلسطين.

26.بشرى عناد مبارك(بدون سنة)، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، كلية التربية الأساسية، جامعة ديالي،مجلة كلية الآداب، العدد

99

27.بشير معمريه(2007)، العوامل النفسية في مرض السرطان، مجلة شبكة العلوم النفسية والعربية، العدد 15-16

28.سامر جميل رضوان (1997)، توقعات الكفاءة الذاتية' البناء النظري والقياس" مجلة الشؤون الاجتماعية،ع1 مجلة شؤون اجتماعية العدد الخامس والخمسون -السنة الرابعة عشرة- خريف 1997 صفحة 25-51- الشارقة

29.علاء محمود الشعراوي (2000)، فاعلية الذات وعلاقتها ببعض المتغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية، ع44، المنصورة

30. رالف شفارتزر (1994)، التفاؤلية الدفاعية والوظيفية كشرطين أساسيين للسلوك الصحي، ترجمة سامر جميل رضوان، مجلة الثقافة النفسية، ع38، المجلد.

31. محمد ابو هاشم حسن (2003)، مؤشرات التحليل البعدي لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مجلة كلية التربية، ع25، الزقازيق

32. معجم المصطلحات الجغرافية (2002)، بيار جورج، ترجمة احمد الطفلي، مراجعة هيثم اللمع، بيروت، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.

33. موسوعة شرح المصطلحات النفسية (2001)، لطفي الشربيني، تقديم حسين عبد الرزاق الجزائري، بيروت، دار النهضة العربية.

34. موسوعة علم النفس (1997)، رولان دورون ، فرنسوازيارو، تعريب فؤاد شاهين، لبنان، عويدات للنشر والتوزيع والطباعة ، مج 3

35. Bandura.A (2003), Auto efficacité, traduit par : Jacques lecomle, deBoeck, paris.

36. Bandura.A (1977), self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change, vol, N 02

37. Bandura.A (1994), self-efficacy, in vs. ramachaudran(ed), encyclopedia of human behavior (vol, 4pp71-81), new York: academic press (<http://www.des.emory.edu/mfp/banency.html>)

38. Bandura.A. (1982, self Efficacy mechanism in Human Agency, American Psychologist, 37.2, 122-147.

39. Bandura.A. (1997): self- efficacy: the Exercise afeontrol, W.H. freeman, New work.

40. Lawrence, A-P ; Olivier-J. (2005). La personnalit  de la théorie   la recherche. Bruxelles : De Boeck.

41. Brown .p , (٢٠٠٩) : Quality of life and affect acrosses the adulte life Span , washington university.

42.Rebecca, R.(٢٠٠٠) : Quality of life research unit, [http// :
www. UToronto. ca\(٩١٠\) uni t ht m](http://www.UToronto.ca(٩١٠)uni t ht m).

43.Morin, Y. (2003).Petit Larousse de la médecine. Paris :Edition
Larousse.

44.Taylor, H.R & Brogan, R.(1990)Quality of life and individual
perspective. In: R. L. SchalokM.Begab(eds.),Quality of life

45.Mally Didier .cancerologieonent propos de DominiqMaraninde .
editionesteme . 2001

46. N. Dally . Seleveitzer.cancerologie clinique . Paris. Milon
Barcelone Maison . paris.

47.<http://www.altibbi.com/> -مصطلحات-طبية/الأورام-الخيثة-والحميدة/سرطان-
الثدي

48.[http://www.breastdoc.com/My_Breast_Health/Gail_Model_Descr
iption/gail_model_description.html](http://www.breastdoc.com/My_Breast_Health/Gail_Model_Description/gail_model_description.html)

49.<http://www.sehha.com/breast cancer>

50..<http://www.sehha.com/diseases/cancer/BC/BC12.htm>

51.[http://parkwaycancercentre.com/Arabic/arabic/healthnews/article/4
30.html](http://parkwaycancercentre.com/Arabic/arabic/healthnews/article/430.html)

52International Research Journal of Applied and Basic Sciences ©
2013 Available online at www.irjabs.com ISSN 2251-838X / Vol, 4
(5): 1007-1013 Science Explorer Publications

الملاحق

				خلال الأسبوع الماضي:
كثيرا جدا	بما فيه الكفاية	قليلا	إطلاقاً	
4	3	2	1	17. هل كان لديك إسهال؟
4	3	2	1	18. هل كنت متعب؟
4	3	2	1	19. هل عانيت من ألم اثر سلبياً على نشاطاتك اليومية؟
4	3	2	1	20. هل كان لديك صعوبة بالتركيز في بعض الأمور مثل قراءة الجريدة أو مشاهدة التلفاز؟
4	3	2	1	21. هل شعرت بالتوتر؟
4	3	2	1	22. هل شعرت بالقلق؟
4	3	2	1	23. هل شعرت بالإنزعاج؟
4	3	2	1	24. هل شعرت بإكتئاب؟
4	3	2	1	25. هل كانت لديك صعوبة بتذكر الأشياء؟
4	3	2	1	26. هل حالتك الجسدية أو علاجك الطبي أثر سلبياً على حياتك <u>العائلية</u> ؟
4	3	2	1	27. هل حالتك الجسدية أو علاجك الطبي أثر سلبياً على حياتك <u>الاجتماعية</u> ؟
4	3	2	1	28. هل حالتك الجسدية أو علاجك الطبي أديا إلى مشاكل مالية؟

في الأسئلة التالية الرجاء الإشارة بدائرة حول الأرقام بين 1 - 7 الاكثر ملائمة لك

29. كيف تُقيّم صحتك عموماً خلال الأسبوع الماضي؟

7	6	5	4	3	2	1
ممتاز						سيء جدا

30. كيف تُقيّم جودة حياتك عموماً/ مستوى حياتك عموماً خلال الأسبوع الماضي؟

7	6	5	4	3	2	1
ممتاز						سيء جدا