



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: 05/PG/D/LMD/PSY/15

عنوان الأطروحة

الكفاءة التدريسية وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى المعلمين
المصابين بأمراض مزمنة (السكري وارتفاع ضغط الدم)
- دراسة وصفية ارتباطية مقارنة مطبقة بمدينة الوادي -

أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث LMD في علوم التربية

تخصص: علم النفس المدرسي

إشراف الاستاذة:

أ.د. وسيلة بن عامر

إعداد:

خولة فلاح

الصفة	الجامعة	الرتبة	الأساتذة
رئيسا	جامعة بسة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. صباح ساعد
مشرفا ومقررا	جامعة بسة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. وسيلة بن عامر
عضوا مناقشا	جامعة بسة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. شفيقة كحول
عضوا مناقشا	جامعة الوادي	أستاذ التعليم العالي	أ.د. عبد الناصر غربي
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	أ.د. فريدة بولسنان

السنة الجامعية: 2021 / 2022.

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى: الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة (داء السكري وارتفاع ضغط الدم)، معرفة مستوى كل منهما والتحقق من وجود فروق في كلى المتغيرين تبعا لبعض المتغيرات الديمغرافية. وطبقت على عينة قصدية قوما (48) معلما ومعلمة يدرسون بالمدارس الابتدائية لمدينة الوادي (28) منهم ذكورا، و(20) منهم اناث. حيث استجابوا على مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ"تشانن-موران" و"ولفولك" (2001) ترجمة "هدى الخلايلة" (2011) بعد تكيفه على البيئة الجزائرية من قبل الباحثة، ومقياس الالتزام الصحي لمرضى السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم اعداد الباحثة. أسفرت نتائج الدراسة على أن المعلمين المصابين بأمراض مزمنة لديهم مستوى عالي من الكفاءة التدريسية ومستوى متوسط من الالتزام الصحي، وأنه لا توجد فروق دالة في الكفاءة التدريسية لدى هؤلاء المعلمين تعزى لمتغيري الجنس وسنوات خبرة التدريس، في حين أنه توجد فروق دالة في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعليمية لديهم تعزى لسنوات خبرة التدريس لصالح المعلمين الأقل خبرة. كما أنه لا توجد فروق دالة في الالتزام الصحي لديهم تعزى للجنس والسن.

Study Abstract:

This study aims to: reveal the correlation between teaching efficacy and health commitment for teachers with chronic diseases (Diabetes and Hypertension), knowing the level of both teaching efficacy and health commitment, checking for the presence of differences in each variable separately according to some variables demographic. this study was applied to a sample consisted of (48) Male and female teachers teaches in primary schools of El Oued city, (28) of whom are male, and (20) of whom are females. Where they responded to the teachers self-efficacy scale "Tschannen-Moran" & "Woolfolk", (2001) translated by "Huda Al-khalaileh" (2011), after it was adapted to the Algerian environment by the researcher, and a measure of health commitment for patients with diabetes and / or Hypertension prepared by the researcher. The results of the study yielded that teachers with chronic diseases have a high level of teaching efficacy and a medium level of health commitment, and there are no significant differences of teaching efficacy for teachers with chronic diseases attributable to the two variables of sex and the years of teaching's experience, while there are significant differences in the effectiveness of the teacher in the participation of students in the educational process of teachers with diseases with chronic diseases attributable to years of teaching experience for the favor of less experienced teachers. Also, there are no significant differences in the health commitment for teachers with chronic diseases attributable to the two variables of sex and age, while there are significant differences in the health commitment attributed to the type of disease in favor of diabetics. Also.

علمة شكر وعرفان

بداية كلامي أن الحمد لله رب العالمين على دوام فضله ونعمة عطاءه أن منحني -سبحانه وتعالى- القدرة والإرادة على انجاز هذا العمل المتواضع والصلاة والسلام على رسوله الكريم.

ليس منّا و لا تفضلا مني ولكن عرفانا وتقديرا لجهودها المبذولة الأستاذة الدكتورة "**بن حامر وسيلة**" في الإشراف على انجاز هذه الدراسة، والحرص على إخراجها في أحسن صورة علمية موضوعية، شاكرة لها سعة صدرها، طول صبرها، وطيب نصحتها، سائلة الله عز وجل أن يجعل ذلك في ميزان حسناتها.

شكري موصول أيضا إلى كافة أساتذتنا الذين لم يبخلوا علينا بجميل إرشادهم ومبادراتهم وأخص بالذكر الأستاذات: "**سامح صباح**", "**مدور مليكة**", "**سايحي سليمة**", "**كحول هيفية**" "**مشرقي سلاف**", "**عربي محمد الناصر**", "**بولسان فريدة**" والأستاذة: "**رايحي اسماعيل**", "**العيزوزي ربيع**", "**طباع فاروق**", "**حبي محمد المالك**", "**اسعادي فارس**" وكل أساتذتي الأفاضل كل باسمه.

جميلة هي كلمات ودعوات من زميلاتي بالدفة وخارجها وصديقاتي اللواتي حرصن دائما على الدعم والمبادرة واخص بالذكر: "**زمره نورة**", "**خوجة أسماء**", "**عويش فيروز**", "**قارة مريم**", "**فاسي لطيفة**". "**حادي ايمان**", "**بوعكيشة**", "**فتيتي**", "**حبان**", "**بولعراس**", "**سواسي**", "**خرباش**". "**مخائكة**", "**بن موسى**". "**دحمري**", "**الأرقط**", و"**بن عيضة أسماء**" اللواتي ساعدنني في إنجاز دراستي، ولكل من يسر لي ذلك من قريب أو بعيد خالص شكري وامتناني.

"خولة فلاح"

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	- ملخص الدراسة باللغة العربية
ب	- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
ت	- كلمة شكر وعرقان
ث	- فهرس المحتويات
ر	- فهرس الجداول
س	- فهرس الأشكال
01	- مقدمة

الجانب النظري

الفصل الأول:

الاطار العام لخلفية الدراسة وأبعادها

06	1. إشكالية الدراسة
11	2. الدراسات السابقة
11	1.2. الدراسات السابقة الخاصة بالكفاءة التدريسية أهمية الدراسة
15	2.2. الدراسات السابقة الخاصة بالالتزام الصحي
18	3.2. الدراسات السابقة الخاصة بعلاقة الكفاءة الذاتية بالالتزام الصحي
22	4.2. التعقيب عن الدراسات السابقة
27	5.2. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة
28	3. فرضيات الدراسة
29	4. أهمية الدراسة
29	5. أهداف الدراسة
30	6. الضبط الإجرائي لمفاهيم الدراسة
30	1.6. الكفاءة التدريسية للمعلمين

30	.....	2.6. الالتزام الصحي
30	.....	3.6. المعلمين المصابين بأمراض مزمنة
31	.....	4.6. المرض المزمن
31	.....	5.6. داء السكري
31	.....	6.6. ارتفاع ضغط الدم
32	.....	7. حدود الدراسة
32	.....	1.7. الحدود البشرية للدراسة
32	.....	2.7. الحدود الجغرافية للدراسة
32	.....	3.7. الحدود الزمانية للدراسة

الفصل الثاني:

الكفاءة التدريسية

34	.....	تمهيد
34	.....	1. مفهوم الكفاءة الذاتية والتدريسية
34	.....	1.1. مفهوم الكفاءة الذاتية
36	.....	2.1. مفهوم الكفاءة التدريسية
37	.....	2. أنواع الكفاءة الذاتية
37	.....	1.2. الكفاءة الذاتية العامة
37	.....	2.2. الكفاءة الذاتية الخاصة
38	.....	3.2. الكفاءة القومية
38	.....	4.2. الكفاءة الجماعية
38	.....	5.2. الكفاءة الذاتية الأكاديمية
38	.....	6.2. الكفاءة التدريسية
40	.....	3. مصادر الكفاءة التدريسية للمعلم
40	.....	1.3. الإنجازات الأدائية
42	.....	2.3. الخبرات البديلة

42	..... الإقناع اللفظي	3.3
43	..... الحالة النفسية والفسبولوجية	4.3
45	..... أبعاد الكفاءة التدريسية	4
45	..... قدر الكفاءة	1.4
46	..... العمومية	2.4
46	..... القوة أو الشدة	3.4
48	..... خصائص الكفاءة التدريسية	5
51	..... التحليل التطوري للكفاءة الذاتية	6
51	..... نشأة الشعور بالسيادة الشخصية	1.6
51	..... المصادر الأسرية للكفاءة الذاتية	2.6
52	..... اتساع الكفاءة الذاتية ممن خلال تأثير جماعة الرفاق	3.6
53	..... المدرسة كقوة لترسيخ الكفاءة الذاتية	4.6
53	..... نمو الكفاءة الذاتية من خلال الخبرات الانتقالية للمراهقة	5.6
54	..... الكفاءة الذاتية خلال مراحل الرشد	6.6
55	..... إعادة تقدير الكفاءة الذاتية مع التقدم في العمر	7.6
56	..... تحسين مستوى الكفاءة الذاتية والتدريسية	7
56	..... التأثير في الأطر المرجعية للمريض	1.7
56	..... البحث عن مواقف الخطر المرتفع وتعليم مهارات المواجهة الخاصة بها.	2.7
56	..... الممارسة الفعلية لهذه المهارات	3.7
57	..... تعليم المرضى كيفية معالجة حالات الانتكاسة	4.7
58	..... الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي لدى المريض المزمن	8
62	..... خلاصة الفصل	

الفصل الثالث:

الالتزام الصحي

64 تمهيد	
----	-------------	--

64	..... 1. مفهوم الالتزام الصحي
66	..... 2. العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي
66	..... 1.2. العوامل المتعلقة بالمريض
68	..... 2.2. العوامل المتعلقة بالمرض
69	..... 3.2. العوامل المتعلقة بالبرنامج العلاجي
71	..... 4.2. العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض
73	..... 5.2. العوامل السوسيو الاقتصادية
74	..... 3. النماذج النظرية المفسرة للالتزام الصحي
74	..... 1.3. نظرية المعتقدات الصحية
78	..... 2.3. النظرية المعرفية الاجتماعية
83	..... 3.3. نموذج الازعان الصحي
86	..... 4.3. تعقيب عام على النماذج والنظريات المفسرة للالتزام الصحي
87	..... 4. عدم الالتزام الخلاق وتفسيره
88	..... 5. قياس الالتزام الصحي
88	..... 1.5. طريقة القياس المباشر
90	..... 2.5. طرق القياس الغير مباشر
92	..... 6. تحسين الالتزام الصحي
92	..... 1.6. تعليم المرضى
93	..... 2.6. تحسين المعرفة والفهم لدى المريض
93	..... 3.6. الاستراتيجيات السلوكية لتحسين الالتزام الصحي
94	..... 4.6. تشجيع الكفاءة الذاتية
94	..... 5.6. تحسين المساندة الاجتماعية
95	..... 6.6. تكييف العلاج
95	..... 7.6. تبسيط العلاج
95	..... 8.6. تحسين التذكير

97	.....7. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم.....
97	.....1.7. داء السكري.....
106	.....2.7. مرض ارتفاع ضغط الدم.....
112	..... خلاصة الفصل.....

الجانب الميداني

الفصل الرابع:

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

115	..... تمهيد.....
115	.....1. منهج الدراسة.....
116	.....2. الدراسة الاستطلاعية.....
116	.....1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية.....
117	.....2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية.....
118	.....3.2. نتائج الدراسة الاستطلاعية.....
120	.....3. مجتمع وعينة الدراسة.....
124	.....4. أدوات جمع البيانات.....
124	.....1.4. الوثائق.....
124	.....2.4. مقياسي الدراسة.....
130	.....5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.....
130	.....1.5. الثبات.....
134	.....2.5. الصدق.....
141	.....6. إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية.....
142	.....7. أساليب المعالجة الإحصائية.....
	..... خلاصة الفصل.....
144	

الفصل الخامس :

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

146	تمهيد
146	1. عرض وتحليل نتائج الدراسة
147	1.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول.....
148	2.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني
149	3.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الثالث
150	4.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الرابع
156	5.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الخامس
161	2. مناقشة وتفسير نتائج الدراسة
161	1.2. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الأول
163	2.2. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثاني
164	3.2. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الثالث
165	4.2. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الرابع
167	5.2. مناقشة وتفسير نتائج التساؤل الخامس
171	خاتمة
174	مقترحات الدراسة
175	توصيات الدراسة
176	قائمة المراجع
187	ملاحق الدراسة

قائمة الجداول

الرقم	محتوى الجدول	الصفحة
01	يوضح أهم خصائص أفراد العينة الاستطلاعية	118
02	يوضح خصائص أفراد العينة الأساسية	121
03	يبين أرقام البنود التي تقيس كل بعد من أبعاد مقياس الكفاءة التدريسية	126
04	يوضح مفتاح تصحيح مقياس الكفاءة التدريسية	126
05	يوضح أرقام البنود التي تقيس كل بعد من أبعاد مقياس الالتزام الصحي	129
06	يوضح البنود عكس اتجاه السمة في كل بعد من أبعاد مقياس الالتزام الصحي	129
07	يوضح مفتاح تصحيح مقياس الالتزام الصحي	130
08	يبين معاملات الثبات بطرق التجزئة النصفية لمقياس الكفاءة التدريسية	131
09	يوضح معاملات: ثبات "ألفا" والارتباط بين المصفوفات لمقياس الكفاءة التدريسية وأبعاده	132
10	يوضح معاملات الثبات بطرق التجزئة النصفية لمقياس الالتزام الصحي	133
11	يوضح معاملات ثبات "ألفا" والارتباط بين المصفوفات لمقياس الالتزام الصحي وأبعاده	134
12	يوضح معاملات ارتباط بنود مقياس الكفاءة التدريسية بأبعادها	135
13	يبين معاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها، وبين الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة التدريسية	136
14	يوضح معاملات ارتباط بنود مقياس الالتزام الصحي بأبعادها	138
15	يبين معاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها، وبين الدرجة الكلية لمقياس الالتزام الصحي	139
16	يوضح الاحصاءات الوصفية للكفاءة التدريسية وأبعادها	147
17	يوضح الاحصاءات الوصفية للالتزام الصحي وأبعاده	148
18	معاملات ارتباط الكفاءة التدريسية وأبعادها بالالتزام الصحي وأبعاده	149
19	يوضح دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية حسب الجنس	150

152	20	الاحصاءات الوصفية للكفاءة التدريسية لدى فئات سنوات الخبرة التدريس
153	21	يبين دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية حسب سنوات خبرة التدريس
154	22	يوضح المقارنات المتعددة لـ(توكي) "Tuckey" بين فئات سنوات خبرة التدريس في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
156	23	يوضح دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب الجنس
157	24	يوضح دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب نوع المرض
159	25	يوضح الاحصاءات الوصفية للالتزام الصحي لدى فئات السن
160	26	يوضح دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب السن

قائمة الأشكال

الرقم	المحتوى	الصفحة
01	يوضح مصادر الكفاءة الذاتية عند "باندورا" (Bandura)	40
02	يوضح أبعاد الكفاءة الذاتية عند "باندورا" (Bandura)	45
03	يوضح نموذج المعتقدات الصحية	77
04	يوضح نموذج الحتمية التبادلية	80
05	يوضح الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج	81
06	يوضح نموذج الازعان الصحي	85
07	يبين دائرة نسبية لتوزيع أفراد العينة الأساسية حسب سنوات خبرة التدريس.	122
08	يبين دائرة نسبية لتوزيع أفراد العينة الأساسية حسب السن (الفئات العمرية).	122
09	يبين دائرة نسبية لتوزيع أفراد العينة الأساسية حسب مدة المرض	123

مقدمة:

تشير تقارير وإحصائيات "منظمة الصحة العالمية" (WHO) إلى أن التحضر السريع غير المخطط له، عولمة أنماط الحياة غير الصحية، زيادة معدلات فرط الوزن من مجموعة العوامل البيئية، الفسيولوجية، الوراثية بل حتى السلوكية وهي أهم عوامل الانتشار الهائل للأمراض المزمنة التي تؤدي إلى أعداد ضخمة من الوفيات عالمياً، لدرجة أن تزايد الاصابات بهذه الأمراض أصبح أحد أبرز قضايا الصحة العمومية العالمية، في حين أن انتشارها غير متناسب بين الأشخاص، فـ15 مليون من جميع الوفيات الناجمة عنها تحدث بين سن 30 و 69 عامًا ما يعرف بـ"الوفيات المبكرة". كما يحدث في الدول النامية أكثر من ثلاثة أرباع الوفيات العالمية المنجرة عن هذه الأمراض أي ما يقارب 32 مليون حالة وفاة. (WHO, 2018)

فمرض السكري وارتفاع ضغط الدم هما من أكثر هذه الأمراض شيوعاً التي باتت تشكل عامل خطر واضح على صحة الأفراد من مختلف شرائح المجتمع حيث يؤديان مع مرور الوقت إلى أمراض القلب (النوبات القلبية) والأوعية الدموية، السكتة الدماغية، والفشل الكلوي، فداء السكري يعتبر السبب الرئيسي لبتتر الأطراف السفلى، الإصابة بالعمى جراء اعتلال الشبكية السكري، وتلف الأعصاب، كذا فارتفاع ضغط الدم يسهم في الشلل، الإعاقة الذهنية والحركية، وفي النهاية الوفاة المبكرة المفاجئة أحياناً فحسب (WHO) هناك 1.13 مليار شخص يعانون من مرض ارتفاع ضغط الدم عالمياً، بمعدل رجل واحد مصاب من بين كل 4 رجال، ومراة واحدة مصابة من بين كل 5 نساء خلال سنة 2015.

بالإضافة إلى كل هذه المضاعفات الصحية فهناك العديد من السلوكيات التكيفية التي تفرضها خصوصية المرض في مختلف جوانب حياة الفرد، فليطئ المريض من تدهور حالته الصحية يتوجب عليه تغيير عاداته بل نمط معيشته برمته ليتوافق مع متطلبات برنامجه العلاجي، فهو مجبر على تعديل سلوكياته المتعلقة بالنشاط البدني، النظام الغذائي، تعاطي التبغ والكحول، مراقبة الوزن، العناية بالقدمين، اتباع تعليمات المعالج مع زيارته بشكل دوري، أخذ القياسات بانتظام، تناول الادوية حسب الوصفة والتي قد تتسبب بدورها في أعراض جانبية عدة مثل الصداع، الدوار، الغثيان، فقدان الوزن، الأرق، القلق وغيرها العديد من العوامل التي قد تكون مصدر للضغوطات لدى المريض.

كما أن الإصابة بأحد هذه الأمراض المزمنة قد تدوم طوال العمر، ففي الغالب لا شفاء منها؛ لهذا تعتبر نقطة تحول لمسار الحياة حيث تؤثر بدورها على شتى النواحي الأسرية، الاجتماعية، الاقتصادية، الدراسة، وحتى المهنية فالعامل لينجز مهامه يحتاج إلى الصحة الجيدة خاصة لو كانت مهنته صعبة وتحتاج إلى الجهد البدني أو العقلي.

تعد مهنة التعليم من أصعب المهن وأكثرها مشقة، فتتطلب الجهد الكثير، الصبر الطويل، القدرة على تحمل المسؤولية، المرونة في التعامل، الاتزان الانفعالي وغيرها من المهارات والقدرات الضروري توفرها في المعلم ليجابه متطلبات هذا العمل المضمني، وبالنظر إلى حالة معلم مريض بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم مثلا نجد أنه يعاني الأمرين أعباء المرض التي أرهقت كاهله من جهة ومتطلبات العمل والأهداف التربوية من جهة أخرى، وحتى يستطيع أن يحقق مساعي العملية التعليمية وفي نفس الوقت يتعايش مع خصوصية مرضه، ويبلغ مبتغاه في السيطرة على هذا المرض، بالتقليل من آثاره السلبية فالمعلم في هذا الموضع في أمس الحاجة إلى كفاءة تدريسية تساعده حسب "باندورا" (Bandura, 1977) على رسم خطط لبلوغ ما يريد بتحدي الصعاب، التصميم على تخطي العقبات، المرونة في التعامل مع المواقف الضاغطة، القدرة على التحمل، والمثابرة في العمل ليربي لنا جيلا متعلما.

تعتبر الكفاءة الذاتية من المفاهيم النفسية التي كثر الاهتمام بها في مختلف فروع علم النفس كعلم النفس الصناعي، الصحي، والتربوي. هذا الأخير الذي اولى أهمية لدراسة بعض أنواع الكفاءة الذاتية أكثر من غيرها مثل الكفاءة الأكاديمية والكفاءة التدريسية، وهي أحد أنواع الكفاءة الذاتية تخص المعلمين والاساتذة دون غيرهم من أفراد المجتمع، فتكون فقط لدى ممتهني مهنة التدريس، وهي معتقدات المدرس حول قدرته على تأدية مهامه داخل حجرة الصف خلال تدريسه لطلابه.

واستنادا على ما سبق ذكره اشتملت الدراسة الحالية على جانبين أحدهما نظري والثاني ميداني يشتملان على خمسة فصول، ونوضحها كما يلي:

- **جانب نظري:** اندرج ضمنه ثلاثة فصول كما هو اتي:
- **الفصل الأول:** الموسوم بـ (الاطار العام لخلفية الدراسة وأبعادها): يضم تحديد مشكلة الدراسة، فتساؤلاتها، ثم استعراض أهم ما ورد في التراث الأدبي من دراسات سابقة لها صلة بموضوع البحث الحالي، من خلال بيان ما توصلت إليه من نتائج في هذا المجال لإبراز مكانة هذه الدراسة

من الدراسات السابقة، وبعدها صياغة فرضيات الدراسة، كما تم توضيح أهميتها وأهدافها، ومن ثم الضبط الاجرائي لمفاهيمها، وفي الختام تم تبيان حدود هذه الدراسة.

- **الفصل الثاني:** الموسوم بـ **(الكفاءة التدريسية):** يحتوي بعد التمهيد على مفهوم الكفاءة الذاتية والتدريسية، ثم تبياناً لأنواع الكفاءة الذاتية، فمصادرها، أبعادها، خصائصها، فتدرجاً عبر التحليل التطوري لها، وإبرازاً لاستراتيجيات تحسينها، ومن ثم ايضاحاً لما ورد حول الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي لدى المريض المزمن.

- **الفصل الثالث:** الموسوم بـ **(الالتزام الصحي):** يشتمل بعد التمهيد على مفهوم الالتزام الصحي، العوامل المؤثرة فيه، ثم النماذج النظرية المفسرة له، فخرج إلى طرق قياسه، وبعدها شرح عدم الالتزام الخلاق وتفسيره، ومن ثم بينت كيفية تحسين مستوى الالتزام، فتوضيح لسلوكيات الالتزام الصحي لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم.

• **جانب ميداني:** يتمثل في الدراسة الميدانية، وينطوي على فصلين وهما كالاتي:

- **الفصل الرابع:** الموسوم بـ **(الاجراءات المنهجية للدراسة):** يحتوي تمهيدا وبعده ايضاحاً للمنهج المتبع في هذه البحث، ثم الدراسة الاستطلاعية، فالمجتمع الأصلي والعينة، وعرج بعدها إلى أدوات جمع البيانات المستخدمة وتبيان خصائصها السيكومترية، ثم لخصت اجراءات تطبيق الدراسة الميدانية، وصولاً إلى الأساليب الاحصائية المستخدمة في معالجة البيانات التي جمعت من الميدان.

- **الفصل الخامس:** الموسوم بـ **(عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة):** ينشطر إلى قسمين رئيسيين أولهما يخص عرض وتحليل نتائج الدراسة، والآخر عن مناقشة نتائج هذه الدراسة. وختم بخاتمة لأبرز ما ورد في الدراسة ككل وأهم نتائجها ثم مقترحات فتوصيات الدراسة.

الجانِب النظري

الفصل الأول

الاطار العام لخلفية الدراسة وأبعادها

1. إشكالية الدراسة
2. الدراسات السابقة
3. فرضيات الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. الضبط الاجرائي لمفاهيم الدراسة
7. حدود الدراسة

1. إشكالية الدراسة:

شهدت الآونة الأخيرة انتشارًا واسع النطاق للأمراض المزمنة في مختلف أنحاء العالم، فقد أشارت تقارير "منظمة الصحة العلمية" (WHO) إلى التزايد الكبير في عدد الإصابات بهذه الأمراض غير المعدية أو كما تسمى بالغير السارية (NCDs)، فهي تؤدي بحياة قرابة (41 مليون) فرد كل عام؛ أي ما يعادل (71%) من مجموع الوفيات على مستوى العلم، كما أشارت إلى أن أكثرها بروزًا هي أربعة مجموعات رئيسة تتمثل في أمراض القلب والأوعية الدموية (النوبات القلبية، السكتة الدماغية)، السرطانات، أمراض الجهاز التنفسي المزمنة (مرض الانسداد الرئوي المزمن، الربو)، وداء السكري، فتميل هاته الأمراض إلى أن تكون طويلة الأمد، وهي نتيجة لمجموعة من العوامل البيئية، الوراثية، الفسيولوجية، وحتى السلوكية. (WHO, 2018)

فتغيير نمط الحياة برمته الذي بات يقوم على عادات غير صحية، من قلة النشاط الحركي، واتباع نظام غذائي غير صحي مع تزايد الضغوطات النفسية قد تؤدي إلى ارتفاع ضغط الدم، زيادة نسبة السكر والكوليسترول فيه، وإلى السمنة والتي تدعى بعوامل الخطر الأيضية حيث تؤدي بدورها إلى رباعية الأمراض غير السارية الراضة.

وحسب (WHO, 2018) يعد ارتفاع ضغط الدم هو عامل الخطر الرئيسي الذي يحصد أرواح نحو (19%) من البشر عالميا، ف(4.1 مليون) حالة وفاة سنوية تعزى إلى الإفراط في تناول ملح الصوديوم. أما ارتفاع نسبة السكر في الدم فيليه ويتسبب بمفرده في (3.7 مليون) من وفيات العالم، ففي عام 2014 بلغ عدد مرضى السكري حوالي (422 مليون) ويمثل ما نسبته (8.5%) من الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و70 سنة بالعالم، في حين أن أكثر من (80%) منها تحدث في الدول النامية، كما يتوقع أن يكون مرض السكري سابع سبب للوفيات بعد سنة 2030 على المستوى العلمي. (WHO, 2016)

نعم فالأمراض المزمنة تشكل أهم الأسباب للعجز والوفيات في العالم أجمع، فهي تتطور ببطء، ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة، وأغلب الحالات لا يمكن أن تشفى منها، ولكن ما يسعى إليه الدارسون والباحثون هو محاولة التحكم في تطورها من قبل المرضى والقائمين على علاجهم. (شيلي، 2008، 45)

فهي تؤثر في مختلف جوانب حياة المريض، ولا ينحصر هذا التأثير على صحة ونوعية حياة المريض وأسرته فحسب بل قد يتجاوزها إلى الجانب النفسي، الاجتماعي، الاقتصادي، المهني وغيرها، فالأعباء المنجزة عن ازمان المرض ترهق كاهل صاحبه فلا تمكنه من أن يعيش حياته بشكل عادي كالأصحاء، ولا أن يقوم بتأدية مهامه وإنجاز عمله بصفة طبيعية كنضيره المعافى، لتتطلب تغيير نمط المعيشة للتكيف مع المضاعفات الكثيرة لهذا المرض طول الحياة فضلا عن الاعباء المادية؛ لذا فالإصابة بمرض مزمن تعد من أصعب وأهم العقبات التي يتعرض لها المريض في حياته والتي لا يمكن أن يتجاوزها إلا بالتزامه صحيا وقوة كفاءته الذاتية.

فالالتزام الصحي هو مفهوم حديث في علم نفس الصحة، وله بعدين أحدهما وقائي للأصحاء والثاني علاجي بالنسبة للمرضى، ويعبر عن جملة السلوكات الصحية التي يتبناها الفرد عامة والمريض خاصة بغرض تحسين حالته الصحية، فهو عبارة عن سلوك توافقي يهدف إلى التقليل من اضرار الأمراض وخاصة المزمن منها، فلا غنى للمريض المزمن عن الالتزام الصحي، فليتمكن من تنفيذ برنامج العلاج هو في حاجة للقيام بعدة سلوكات كتعديل عاداته اليومية المتعلقة بالغذاء، النشاط البدني، النوم، تعاطي التبغ والكحول وغيرها، زيارة الطبيب في الموعد المحدد، اخذ القياسات، اجراء الفحوصات والتحليل، تناول الدواء حسب الوصفة وغيرها من السلوكات التكيفية التي يتعين على المريض اداءها للمحافظة على حالة صحية مستقرة تمكنه من مواصلة حياته بأقل أضرار.

كما أنه من أجل التعافي من المرض أو التقليل من أضراره حسب "شانك" (Schunk,1991) يبذل ذو معتقدات الكفاءة الذاتية العالية جهدًا أكبر لمقاومة المرض، يكون أكثر صبرًا، يثابر لفترات أطول، يفكر بطريقة إيجابية لإنجاح مهمته، كما يضيف في هذا الصدد "باندورا" (Bandura, 1994) أن الكفاءة الذاتية تلعب دورًا رئيسيًا في التنظيم الذاتي، فالناس والمرضى يحفزون أنفسهم فيقومون بتريخ المعتقدات حول ما يستطيعون القيام به، ويكونون أكثر مرونة في التكيف مع المواقف الصعبة، ليصنعوا أهدافًا لأنفسهم، ويخططون مسارات للتغلب على المواقف الضاغطة والتأقلم الإيجابي معها.

ولإشارة فإن "ألبرت باندورا" (Bandura, 1977) هو صاحب الفضل في ظهور مفهوم الكفاءة الذاتية أو ما يعرف بمعتقدات الكفاءة الذاتية أو الفاعلية الذاتية، وهو أحد مفاهيم علم النفس الحديث، ويبين "باندورا" أن الكفاءة الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية والخبرات

المتعددة المباشرة وغير المباشرة؛ لهذا فمن الممكن أن تحدد المسار الذي يسلكه الفرد لبلوغ ما يريد، فتحدد سلوكياته التي يسلكها إما في صورة ابتكارية أو نمطية، وهو ما يمكن أن يبين مستوى كفاءته الذاتية ومدى ثقته بإمكاناته التي يقتضها الموقف، (Bandura, 1982) هذه الكفاءة التي بدورها تؤثر على أنماط تفكيره وردود فعله العاطفية، حيث أن الإدراك الراسخ بالكفاءة الذاتية العالية يخلق إحساس يساعد على الاقتراب من المهام والأنشطة الصعبة. (Bandura, 1986)

وتعتبر الكفاءة الذاتية عن "معتقدات الفرد حول قدرته على تنظيم وتنفيذ المخططات العملية المطلوبة لإنجاز الهدف المرغبة". (Bandura, 1997) وهذا يعني أنه إذا اعتقد الفرد بأنه يمتلك القوة لإنجاز الأهداف المطلوبة، فإنه يحاول أن يحققها في الواقع؛ وبعبارة أخرى فإن الكفاءة الذاتية تشير إلى الاعتقادات الافتراضية التي يمتلكها الفرد حول قدرته على إنجاز مهمة معينة.

وتصنف الكفاءة الذاتية إلى عدة أصناف حسب المواقف فمثلا هناك الكفاءة الذاتية العامة التي لا تتعلق بمواقف محددة أو بأشخاص معينين، في حين أن الأكاديمية لها صلة بالمواقف التعليمية لدى الطلبة. كما أن هناك كفاءة مهنية في مواقف العمل لدى العمال، وكفاءة تدريسية في المواقف التعليمية التعليمية لدى المعلمين والأساتذة. وهم الممتهين لمهنة التعليم الرسالة النبيلة الشاقة التي تستنزف الجهود، وتحتاج للكثير من القدرة على التحمل، التحكم، المثابرة والصبر لفترات طويلة.

ويعتبر "تشنن موران" (1998) الكفاءة التدريسية للمعلم هي "كفاء ذاتية مرتبطة بسلوك المعلم في حجرة الصف، وتؤثر على الجهد الذي يبذله في التدريس لبلوغ الأهداف المسطرة، فتمده بالاستعداد لتجريب طرق تعليم جديدة تلبية لاحتياجات طلابه، وترفع من قدراته على التخطيط والتنظيم". (Tschannen- Moran, & etal, 1998) كما أنها تعد أساسا مهما للمحافظة على الصحة الجسدية وتحديد الصحة النفسية، والقدرة على الإنجاز الشخصي، فتؤثر على كل من نوعية المهام التي يختار المعلم تأديتها، مقدار الجهد الذي يبذله، طول مدة المقاومة التي يبديها أمام العقبات التي تعترضه خلال أدائه لمهمته.

كما نشير إلى أن الاعتلالات النفسية والصحية قد تؤدي إلى تغيير في صورة المعلم عن أدائه التدريسي، والتي تنعكس على أدائه الفعلي ما قد ينجر عنه العديد من التغيرات في عاداته اليومية ونمط حياته، وذلك ما يزيد الأعباء على كاهله المقتل، فقد يتعين عليه القيام بسلوكيات، واتباع عادات تفرضها حالته الصحية. كما يترتب عليه تغيير في الأفكار والمعتقدات كالكفاءة الذاتية والتدريسية لديه؛

ولهذا تعتبر إصابة المعلم بمرض مزمن بمثابة نقطة تحول في حياته وحياته من حولة فتؤثر بدورها على أدائه ومن ثم على مخرجات العملية التعليمية بشكل مباشر أو غير مباشر.

وبناء على ما سبق ذكره يتضح لنا أن الالتزام الصحي من أهم العوامل السلوكية التي يحتاجها المعلم المصاب بمرض مزمن ليتمكن من مجابهة أعباء المرض المزمن ومضعفاته النفسية، الجسدية ومن جميع الجوانب الحياتية هذا من جهة، وهو كذلك يمكنه من المحافظة على استقرار حالته الصحية والنفسية، والتي تمكنه من مواصلة حياته اليومية والمهنية بصورة شبه عادية، فيستطيع أداء مهامه المنزلية والمهنية بكفاءة، ما ييسر عليه تحمل مشقة الرسالة السامية الموكلة إليه، ويمكنه من مجابهة ما تحتاجه من صفات، قدرات، وكفايات (صبر، قدرة على التحمل، مثابرة وغيرها) من جهة أخرى. كما يتضح أيضا أن الالتزام الصحي يلعب دورا بارزا في أداء المعلم لدوره في تربية وتعليم النشء وتحقيق أهداف المنظومة التربوية، فقد يساهم في تحسين كفاءته في أداء مهامه التدريسية وكذا كفاءته التدريسية أيضا؛ فلو كانت حالته الصحية غير مستقرة ستندهور حالته النفسية كذلك وقد تتأثر معتقداته حول قدرته على إنجاز عمله.

كما تعد الكفاءة الذاتية والتدريسية للمعلم حقا خصبًا للعديد من الدارسين في السياق التربوي؛ وهذا إدراكا منهم لأهميتها كعامل حاسم في تنمية المنظومات التعليمية، ولتحقيق الأهداف المنشودة منها انطلاقا من المعلم ذاته، (الخليلة، 2011، 7) ورغم ذلك لا يزال هذا الاهتمام متواضعا محليا وعربيا والذي انصب أغلبه على المعلمين قبل الخدمة أي وهم طلاب في الجامعة أو حصر في تخصص أو مادة معينة كالعلوم أو الرياضيات وغيرها فعلى سبيل المثال دراسة: "المزروع" (2004) "حسونة" (2009)، "نوافلة" و"العمرى" (2013)، "الريس" وآخرون (2012)، فلم يرد -حسب علم الباحثة- في الدراسات السابقة من اهتم بالكفاءة الذاتية أو التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة بل جل من درسها لدى المعلمين الاصحاء من أمثال "الخليلة" (2011)، "الصالحى" (دس)، "بركات" (2007) وغيرهم، فأين نصيب هؤلاء المعلمين الذين قد أنقذت كاهلهم أعباء مرض مزمن منذ سنين من الدراسة والاهتمام.

ولما للمعلم من دور بارز في تربية وتعليم الأجيال من جهة وتحقيق أهداف المنظومة التربوية من جهة أخرى اصبح الاهتمام بحالته النفسية، الصحية والمهنية مطلبا ضروريا لضمان التنشئة السليمة للأجيال، ومن العرض السابق فقد تزايد الاحساس بأهمية البحث في مجال الكفاءة التدريسية

والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بالأمراض المزمنة، وعليه يمكن تحديد مشكلة البحث في التساؤلات التالية:

التساؤل الأول:

ما مستوى الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة ؟

التساؤل الثاني:

ما مستوى الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة ؟

التساؤل الثالث:

هل توجد علاقة بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة؟

التساؤل الرابع:

هل توجد فروق في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، سنوات خبرة التدريس)؟

التساؤل الخامس:

هل توجد فروق في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، السن، نوع المرض)؟

2. الدراسات السابقة:

1.2. الدراسات السابقة الخاصة بالكفاءة التدريسية:

دراسة "الخورز" (1990):

سعت هذه الدراسة إلى معرفة الاستراتيجيات التي يستخدمها كل من المعلم الفعال وغير الفعال في التعامل مع المشكلات الصفية، تضمنت عينة الدراسة (160) معلما ومعلمة من مدارس المرحلة الأساسية، الحكومية وتم إخضاعهم لتقييم المشرفين التربويين باستخدام أداة تشتمل على ستة أبعاد وهي:

التخطيط الدراسي والإدارة المدرسية، والعمليات التعليمية وعمليات الضبط المتابعة والخصائص الشخصية المهنية، وبذلك تم تحديد المعلمين الفعالين وغير الفعالين بـ (85) معلما ومعلمة، ولتحديد الاستراتيجيات التي يستخدمها كل من المعلم الفعال وغير الفعال تم استخدام مقياس مكون من (24) موقف مشكلا يمثل (12) مشكلة سلوكية وأكاديمية، تم تحديد ستة (6) استراتيجيات هي: التعزيز، العقاب، السلوك الضاغط، السلوك التدميمي

وقد أشارت النتائج أن أكثر الاستراتيجيات شيوعا في التعامل مع المشكلات السلوكية لدى المعلمين الفعالين وغير الفعالين هي استراتيجية التدميم السلوكي والتعزيز، أما الاستراتيجيات التي يستخدمها المعلمون غير الفعالين والمعلمات غير الفاعلات كانت السلوك الضاغط والعقاب، في حين أن استخدام بقية الاستراتيجيات كانت في حدود ضيقة لاسيما عدم وجود استراتيجية محددة.

دراسة "إبراهيم" (2005):

هذه الدراسة هدفة إلى التعرف على العلاقة بين الفاعلية الذاتية والفاعلية المهنية والضغط النفسية المرتبطة بمهنة التعليم والمعتقدات التربوية لمعلمي المرحلة الابتدائية والمتوسطة والثانوية والطلبة في كليات اعداد المعلمين في السعودية. تكونت عينة الدراسة من (200) متطوعا بواقع (50) متطوعا من كل فئة من الفئات الأربعة.

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين الفاعلية المهنية للمعلمين وكل من الفاعلية الذاتية والعامية المهنية والمعتقدات التربوية، وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الفاعلية

المهنية للمعلمين والضغط النفسية المرتبطة بمهنة التعليم، بالإضافة إلى وجود فروق بين المعلمين في تحديدهم لفاعليتهم الذاتية المهنية، والفاعلية العامة، والضغط النفسية المهنية للمعلمين، والمعتقدات التربوية تعزى إلى مراحل التعليم وذلك لصالح مرحلة التعليم الابتدائي.

دراسة "جاكسون" (Jagkson, 2005):

قامت بهذه دراسة لهدف الكشف عن العلاقة بين الفاعلية الذاتية للمعلمين بمستوياتها العام والخاص وأسلوب الإدارة الصفية الممارس إضافة إلى بحث اثر خبرة المعلم وجنسه، والمادة التعليمية التي يدرسها، وسنوات العمل في المدرسة ذاتها على طبيعة تكوين الفاعلية الذاتية لدى المعلمين وتبنيهم لأسلوب الإدارة الصفية، وتكونت عينة الدراسة من (375) معلما من معلمي المدارس الحكومية بولاية ديترويت الأمريكية، وطبقة الباحثة مقياس الفاعلية الذاتية للمعلمين "ولفولك وهوي" (Woolfolk, Hoy, 1990) بالإضافة إلى مقياس اخر لتعرف أسلوب الإدارة الصفية.

اسفرت نتائج الدراسة إلى عدم وجود أثر دال احصائيا لكل من الخبرة، عدد سنوات العمل في ذات المدرسة، مستوى الصف الذي يدرسه المعلم، والمادة التعليمية على فاعلية المعلمين الذاتية أو أسلوب الإدارة الصفية الممارس، على عكس متغير الجنس حيث وجد أن المعلمين هم أكثر فاعلية مقارنة بالمعلمات. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية إيجابية قوية بين الفاعلية الذاتية الخاصة للمعلمين وأسلوب الإدارة الصفية الذي يركز على تعلم الطلبة.

دراسة "روكا وواشبورن" (Rocca, Washburn, 2006) :

هذه الدراسة سعت إلى بحث دور سنوات الخبرة، الجنس، عمر المعلم، المؤهل العلمي، وبرامج إعداد المعلمين في تكوين الفاعلية الذاتية لديهم. تكونت عينة الدراسة من (66) معلما من مجموع (122) معلما من معلمي المدارس في ولاية فلوريدا الأمريكية، حيث طبق عليهم مقياس الفاعلية الذاتية للمعلمين "لتشانن-موران وولفولك" (2001).

وقد أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية بين خبرة المعلمين وفاعليتهم الذاتية، كما بينت أن المعلمين ذوي الخبرة العالية أكثر فاعلية من المعلمين ذوي الخبرة القليلة، بينما لم تظهر الدراسة دلالة إحصائية لكل من نوعية برامج إعداد المعلمين، مستواهم التعليمي، الجنس، وعمر المعلم في تكوين فاعليتهم الذاتية.

دراسة تشيونغ": (Cheung, 2008) :

هدفت هذه الدراسة إلى المقارنة بين الفاعلية الذاتية لمعلمي المدارس في "هونكونغ" ومعلمي المدارس في "شنغهاي" في ضوء بعض المتغيرات المتعلقة بأولئك المعلمين وتلعب دورا في تكوين فاعليتهم مثل الجنس، الخبرة التدريسية، عمر المعلم، والمستوى التعليمي، وقد طبقت نسخة مكيفة من مقياس الفاعلية الذاتية للمعلمين "لتشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, 2001) في البيئة التربوية الصينية، تكونت عينة الدراسة من (725) معلما من هونغ كونغ و(575) معلما من شنغهاي.

وقد توصلت إلى أن معلمي "شنغهاي" قد وصفوا أنفسهم أنهم ذوو فاعلية ذاتية عالية، وأنهم أكثر فاعلية من المعلمين في "هونكونغ"، وأن المعلمات في كلا المنطقتين أكثر فاعلية من المعلمين، وأن المعلمين ذوي الخبرة العالية أكثر فاعلية من المعلمين ذوي الخبرة المتدنية. بينما لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروق في تقييم المعلمين لفاعليتهم تعزى إلى عمر المعلم أو مستواه التعليمي.

دراسة "بلاكبورن وروبينسون" (Blackburn, Robinson, 2008):

هذه دراسة سعت إلى التعرف على العلاقة بين الفاعلية الذاتية للمعلمين ودرجة شعورهم بالرضا الوظيفي، إضافة إلى تقصي أثر عوامل الجنس والخبرة والمؤهل العلمي للمعلم في تحديده لمستوى فاعليته الذاتية. تكونت عينة الدراسة من (80) معلما من معلمي المدارس في ولاية كنتاكي الأمريكية. وقد استخدم الباحثان مقياس الفاعلية الذاتية للمعلمين "لتشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, 2001) لقياس الفاعلية الذاتية للمعلمين في مجالاتها الثلاثة: مشاركة الطلبة في العملية التعليمية التعليمية، استخدام استراتيجيات التعليم، والإدارة الصفية.

وقد توصل الباحثان إلى وجود ارتباط بين الفاعلية الذاتية الكلية للمعلمين وارتفاع شعورهم بالرضا الوظيفي، وأن المعلمين أكثر فاعلية في مجال الإدارة الصفية وأقلها في مجال إشراك الطلبة في العملية التعليمية، ولم يتبين وجود ارتباط بين الفاعلية الذاتية للمعلمين وكل من المؤهل العلمي، والجنس، في حين كان لمتغير الخبرة المهنية الأثر في تحديد الفاعلية الذاتية للمعلمين لصالح المعلمين ذوو الخبرة العالية.

دراسة "حسونة" (2009):

بحثت هذه الدراسة عن الفاعلية الذاتية لمعلمي العلوم قبل الخدمة بالمرحلة الأساسية الدنيا في ضوء متغيرات الجنس، وتخصص المعلم في المحلة الثانوية (علمي، أدبي). وتكونت عينة الدراسة من (194) معلما من معلمي قسم التعليم في الجامعة الاسلامية بغزة، والذين استجابوا عن مقياس الفاعلية الذاتية لمعلمي العلوم.

توصلت الباحثة إلى أن المعلمين لديهم فاعلية ذاتية مرتفعة، بينما المعلمات أكثر فاعلية من المعلمين، وأن المعلمين خريجي الفرع العلمي في الثانوية العامة هم أكثر فاعلية من المعلمين خريجي الفرع الأدبي.

دراسة "الخليلة" (2011):

هدفت هذه الدراسة للتعرف على الفاعلية الذاتية لمعلمي مدارس محافظة الزرقاء في ضوء متغيرات الجنوسة، المرحلة الدراسية للمعلم، وخبرته التدريسية، تكونت عينة الدراسة من (401) معلما ومعلمة قاموا بالإجابة على اسئلة مقياس الفاعلية الذاتية للمعلمين "لتشانن-موران وولفولك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001).

وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى الفاعلية الذاتية للمعلمين كان مرتفعا، وأن المعلمين أكثر فاعلية في بعد الإدارة الصفية، وأقلها في بعد مشاركة الطلبة في العملية التعليمية. كما توصلت الدراسة إلى وجود فروق في تقديرات المعلمين لفاعليتهم الذاتية تعزى إلى متغير المرحلة الدراسية، والتفاعل الثنائي بين متغيري المرحلة الدراسية والجنوسة، ومتغيري الجنوسة والخبرة التدريسية للمعلم.

دراسة "توافقة"، و"العمرى" (2013):

هدفت هذه الدراسة الكشف عن مستوى الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم بالاستقصاء لدى طلبة التربية العملية في جامعة اليرموك، وما إذا كان ذلك يختلف باختلاف متغيري الجنس والتقدير في الجامعة. ولتحقيق الغرض من هذه الدراسة استخدم الباحثان مقياس الكفاءة الذاتية الذي أعده كل من "سموليك وزمبال-سول ويودر". بلغ حجم العينة (192) طالبا وطالبة مسجلين في مساق التربية العملية في الفصل الثاني من العام الدراسي 2010/2011.

أظهرت النتائج أن مستوى الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم بالاستقصاء كان أدنى من المستوى المقبول تريبا (80%)، ويفرق دالة عند مستوى ($\alpha=0.05$). كما كشفت النتائج عن وجود فرق ذي دلالة ($\alpha=0.05$) في مستوى الكفاءة على المقياس ككل، وعلى مجال الكفاءة الذاتية الشخصية، يعزى للتقدير في الجامعة؛ لصالح الطلبة ذوي التقدير الممتاز مقارنة بذوي التقدير المقبول. في حين لم تظهر فروق دالة تعزى للجنس، سواء أكان ذلك على المقياس ككل أو على أي من مجالاته.

2.2. الدراسات السابقة الخاصة بالالتزام الصحي:

دراسة "سينيسال" وآخرون (Senecal C et al; 2000):

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الالتزام بالحمية والكفاءة الذاتية والامتثال للتعليمات الطبية والرضا عن الحياة، طبقت على عينة بلغت 638 مصاب بداء السكري، تراوحت أعمارهم بين 20 إلى 70 سنة.

كشفت نتائج الدراسة عن أن هناك علاقة ارتباطية قوية موجبة بين الكفاءة الذاتية وسلوكيات الاذعان مقارنة. وأن لدى الكفاءة الذاتية قدرة على التنبؤ بسلوكيات الاذعان الخاصة بالحمية. (الدق، 2011، 198) (رمضان، 2005)

دراسة "وودورد" (Woodward, 2001):

تناولت الدراسة أثر الكفاءة الذاتية على تناول ملح الطعام، وشملت (194) فردا (78) منهم ذكورا و(107) اناثا. تراوحت أعمارهم بين (20 و 69) سنة. وتم اعتبار تركيز الملح في البول كمحك للسلوك الفعلي.

دلت النتائج على أن ارتفاع الكفاءة الذاتية يرتبط باستهلاك منخفض للملح.

(زعطوط، 2005، 44)

دراسة "وليد" واخرون (2005):

هدفت الدراسة إلى قياس مدى الالتزام الدوائي لدى المرضى المزمين المسجلين في عيادات وزارة الصحة شمال فلسطين، إذ شملت الدراسة (321) مريضا طبق عليهم استبيان الانضباط الدوائي.

خلصت نتائج الدراسة إلى أن نسبة 6.5% من المرضى غير ملتزمين و52.4% من المرضى لديهم مستوى متوسط من الالتزام الصحي في حين أن 42.1% لديهم مستوى مرتفع من الالتزام الصحي. كما أظهرت نتائج الدراسة عدم وجود فروق في الالتزام تعزى لكل من الجنس ومكان الإقامة، وبالمقابل توجد فروق دالة في الالتزام الصحي تعزى لكل من العمر ونوع المرض لصالح مرض السكري مقارنة بارتفاع ضغط الدم. (لكحل، 2010، 9-10)

دراسة (Bezie et al, 2006):

استهدفت الكشف عن مختلف العوامل المؤثرة في الانضباط الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني، تمت على عينة تقدر بـ (94) مريضا داخل المشفى بمصلحة أمراض السكري، تراوحت أعمارهم بين (41 و 89) سنة، واستخدم في ذلك استبيان الانضباط الصحي.

اسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض نسبة الانضباط الصحي من حيث عدم احترام أوقات ومقادير الدواء، وأكثر الأفراد غير المنضبطين صحيا هم من فئة الشباب وذوي المستوى الاقتصادي المتدني. كما وجدت أن عدم الانضباط الصحي مرتبط بنقص التربية والتثقيف الصحي لمرض السكري. (نوار، زكري، 2016، 97)

دراسة (Hemsing, 2009):

سعت هذه دراسة للكشف عن أسباب إصابة النساء بأمراض القلب والشرابين أكثر من الرجال، ولمعرفة الأبعاد الاجتماعية، البيئية والبيولوجية المسببة للإصابة، تكونت عينة الدراسة من (1433 هـ) فرداً، واتبعت المنهج الوصفي، طبقت استبيان قياس مستوى الرفاهية وجودة الحياة.

توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية بين الجنس والاصابة بالأمراض المزمنة مع وجود متغيرات أخرى مؤثرة مثل المكانة الاجتماعية والاقتصادية، العرق، الابتعاد عن التدخين، ممارسة الرياضة وتناول غذاء صحي. (نوار، زكري، 2016، 97)

دراسة "لكحل" (2010):

سعت إلى ايضاح تأثير تعليم مرضى ارتفاع ضغط الدم على تحسين التزامهم الصحي، تكونت عينتها من (120) مريضا تراوحت أعمارهم بين (30 و 100) سنة، طبق فيها اختبار قبلي وبعدي للالتزام الصحي باستبيان معد من قبل الباحثة، وبينهم عرض أفراد المجموعة التجريبية لعملية تعليم معززة بمطوية تحوي معلومات حول مرضهم.

أكدت النتائج أن مستوى التربية الصحية لمرضى ارتفاع ضغط الدم ضعيف، وأن تعليمهم يحسن من مستوى التزامهم الصحي، كما كشفت وجود فروق دالة في الالتزام الصحي تعزى للمستوى التعليمي ووجود المضاعفات من عدمه، في حين انعدمت الفروق التي تعزى لمتغير الجنس والمستوى الاقتصادي، وعموما تبين الدراسة حاجة مرضى ارتفاع ضغط الدم إلى تعليم صحي.

دراسة "توار" و"زكري" (2016، 85):

تهدف للكشف عن علاقة الصلابة النفسية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري من النوع الثاني (حيث أنه تم التعبير عن السلوك الصحي بمفهوم الالتزام الصحي في هذه الدراسة)، طبقت على عينة قومها (205) مريضا، باستخدام مقياس الصلابة النفسية لـ"مخير عماد" (2002) واستبيان السلوك الصحي.

توصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، عدم وجود فروق في تعزى لمتغير مدة المرض، ووجود فروق في تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث.

3.2. الدراسات السابقة الخاصة بعلاقة الكفاءة الذاتية بالالتزام الصحي:

دراسة "هيلجيسون" (Helgeson et al, 1999):

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج على عينة من مرضى القلب، وتأثير ذلك على تحسين جودة الحياة لديهم.

وقد وجد الباحثون أن مرضى القلب الذين استجابوا لعلاج مرضهم بتفاؤل وحافظوا على تقديرهم لذواتهم وثقتهم بأنفسهم والإحساس بالسيطرة على المرض تدنت مستويات خطورة تعرضهم لأزمة مستقبلية، كما كانوا أكثر توافقا إيجابيا مع مرضهم، وبالتالي فإن أهمية الكفاءة الذاتية تكمن في مساعدة المريض على الالتزام بالعلاج كأخذ الدواء بانتظام مع احترام الجرعات اللازمة والأوقات المخصصة لذلك واحترام المواعيد الطبية، الابتعاد عن سلوكيات الخطر كالتدخين والكحول... وغيرها. (شيلي، 2008، 202)

دراسة "بوث" (Booth et al, 2000):

أجرى هذه الدراسة "بوث" وآخرون في استراليا على عينة عشوائية مكونة من (499) شخصا مسنا، وتم قياس نشاطهم الرياضي، الكفاءة الذاتية، وعدة متغيرات نفسية واجتماعية أخرى.

فبينت نتائجهم بأن ذوي الكفاءة الذاتية العالية كانوا يتميزون بأنهم أكثر نشاط وحيوية مقارنة بالمسنين ذوي الكفاءة الذاتية المتدنية. (بخلف، 2001، 114)

دراسة " شفارتزر " و"رينر" (Schwarzer, Renner, 2000):

سعت هذه الدراسة للبحث في تأثيرات فاعلية الذات، توقعات العواقب، وإدراكات الخطر على المقاصد السلوكية، أسلوب التغذية الوقائي، حيث طبقت على عينة تتكون من (580) راشداً من الجنسين، يقدر متوسط أعمارهم بـ(43) سنة بانحراف معياري (7) سنوات، (48%) منهم ذكور.

وضحت النتائج أنه كلما كانت فعالية الذات أقوى، كانت سلوكياتهم الغذائية أفضل، كما أن لفاعلية الذات وتوقعات العواقب القدرة على التنبؤ بالمقصود السلوكي، في المقابل ليس لإدراكات الخطر قدرة على التنبؤ بالمقصود السلوكي.

وبعد تقسيم أفراد عينة الدراسة إلى مجموعتين أحدهما تضم ذوي الوزن الزائد، والثانية تضم ذوي الوزن الأقل، وجدوا أن معتقدات فاعلية الذات تؤثر على ذوي الوزن الزائد عند تغيير سلوكياتهم، في حين كان للمقصود السلوكي وتوقعات العواقب تأثير أكبر على ذوي الوزن الأقل عند تغيير سلوكياتهم. (الدق، 2011، 202)

دراسة "هالة السعيد" (2006):

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة أنماط السلوك الصحي في علاقتها بكل من فاعلية الذات، مركز الضبط الصحي، ومتغير مكان الإقامة (ريف، حضر)، على عينة تقدر بـ(1000) طالب وطالبة من طلبة الجامعة.

وأُسفرت عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعض أنماط السلوك الصحي وهي ممارسة التمارين الرياضية، كفاية النوم ومدته، الممارسات الغذائية، الوقاية الصحية نفسياً وبدنياً، النصائح والتوجيهات الرياضية، تناول الأدوية النفسية، وكل من الفاعلية الذاتية ومركز الضبط الصحي، ومن جهة أخرى وجود علاقة عكسية بين سلوكيات التدخين وكل من الفاعلية الذاتية ومركز الضبط الصحي، وكذا وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفاعلية الذاتية ومركز الضبط الصحي للآخرين، كما وجد ارتفاع السلوك الصحي ارتفاعاً جوهرياً لدى سكان المناطق الريفية مقارنةً بسكان المناطق الحضرية، وفي المقابل وجود ارتفاعاً جوهرياً لدى سكان المناطق الحضرية فاعلية الذات مقارنةً بسكان المناطق الريفية، ولم توجد فروق دالة احصائية في متغيري السلوك الصحي ومركز التحكم الداخلي

بين الجنسين، في حين وجود فروق ذات دلالة احصائية في متغيري فاعلية الذات ومركز التحكم الخارجي بين الجنسين لصالح الإناث. (الدق، 2011، 207)

دراسة "رزقي" (2011):

سعت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الفاعلية الذاتية والانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، اشتملت عينتها على (114) فردا، طبقت عليهم مقياس الكفاءة الذاتية العامة لـ"رالف شفارتزر" (Ralf Schwarzer)، واستبيان الانضباط الصحي اعداد الباحث.

اسفرت الدراسة على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الفاعلية الذاتية والانضباط الصحي وكذا بينها وبين كل أبعاد الانضباط الصحي من الالتزام بحصص تصفية الدم، اتباع الحمية الغذائية، الإنقاص من تناول السوائل، تناول الأدوية، المتابعة الطبية، وعدم الاجهاد البدني.

دراسة "جبالي" و"عدودة" (2012):

هدفت هذه الدراسة للكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وأسلوب الحياة (التغذية، الرياضة، التدخين، الكحول) لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، أجريت على عينة قوامها (40) فردا (21) منهم ذكورا و(19) منهم إناثا، حيث طبق عليهم مقياس الكفاءة الذاتية العامة لـ"رالف شفارتزر" (Ralf Schwarzer) ترجمة "سامر جميل رضوان"، واستبيان أسلوب الحياة من تصميم الباحثة.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية وعامل التغذية والرياضة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، ووجود علاقة عكسية بين الكفاءة الذاتية وعامل التدخين والكحول لدى مرضى قصور الشرايين التاجية. (جبالي، وعدودة، 2012، 151)

دراسة "عدودة" (2014):

سعت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وكل من الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، وكذا معرفة مستوى الكفاءة الذاتية، والفروق في الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة التي تعزى للمتغيرات التالية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، وقدرة الكفاءة على التنبؤ بكل من أنماط الالتزام بالعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية. تكونت عينتها من (129) فردا تراوحت أعمارهم بين (16-80) سنة، حيث طبقت عليهم مقياس الكفاءة الذاتية العامة لـ"رالف شفارتزر" (Ralf Schwarzer) ترجمة "سامر جميل رضوان"، ومقياس الالتزام بالعلاج تصميم الباحثة، ومقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة (SF36).

وقد اسفرت النتائج على أن مرضى قصور الشرايين التاجية يتمتعون بكفاءة ذاتية مرتفعة، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في كل من الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشرايين التاجية تعزى للمتغيرات التالية (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، وليس هناك قدرة للكفاءة الذاتية على التنبؤ بالالتزام بالعلاج وبجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية.

4.2. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد تلخيص بعض الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات هذه الدراسة نلاحظ أنها امتزجت بين عربية واجنبية بداية من سنة (1999) إلى غاية (2016)، فاختلف البعض منهم واتفق البعض الآخر مع بعضهم ومع الدراسة الحالية في المتغيرات الوسيطة والعينات وغيرها، وفي هذا الموضوع سنقارن بينهم وبين الدراسة الحالية من حيث الهدف، المتغيرات المدروسة، العينات المطبق عليها، ادوات الدراسة، والنتائج المتوصل إليها، كما هو موضح في العرض التالي:

1.4.2. من حيث الهدف:

اختلفت الدراسات السابقة من حيث الهدف فبعضها درس علاقة الكفاءة الذاتية أو التدريسية ببعض المتغيرات كالالتزام الصحي مثل "هيلجيسون" (Helgeson et al, 1999) أو ببعض مؤشرات كدراسة "رزقي" (2011) - المتعلقة على سبيل المثال بالتغذية، النشاط البدني أو بسلوكيات الخطر كالتدخين الكحول هذه المؤشرات التي اعتبرتها دراسة "جبالي" و"عدودة" (2012) هي أسلوب الحياة. والبعض الآخر ربطها أو ربطها (الكفاءة والالتزام) بجودة الحياة كدراسة "عدودة" (2014)، وكذا بمركز الضبط الصحي في دراسة "السعيد" (2006).

في حين أن بعض الدراسات تناولت الفروق في الكفاءة تبعا لعدة متغيرات وسيطة. والقليل من سعى للبحث عن قدرة الكفاءة على التنبؤ بالالتزام الصحي أو بجودة الحياة المتعلقة بالصحة في كدراسة "عدودة" (2014) أو بتحسين جودة الحياة كدراسة "هيلجيسون" (Helgeson et al, 1999). في حين أن البعض الآخر هدف للكشف عن علاقة الالتزام الصحي بمتغيرات وسيطة أخرى كمدة المرض. كما توجد دراسة تبحث في تأثير التربية الصحية على الالتزام وهي دراسة "لكحل" (2010).

2.4.2. من حيث المتغيرات المدروسة:

بالنسبة للدراسات السابقة المتعلقة بالكفاءة الذاتية فقد تناولت عدة متغيرات ديمغرافية كالجنس، المستوى التعليمي، التخصص، سنوات خبرة التدريس، مراحل التعليم وغيرها، فقد درست "الخلايلة" (2011) الكفاءة الذاتية للمعلمين في ضوء متغيرات الجنس، المرحلة الدراسية للمعلم، وخبرته التدريسية، وهو ما يماثلها فيه جزئياً "جاكسون" (Jagkson, 2005)، "روكا وواشبورن" (Rocca,) (Washburn, 2006)، "بلاكبورن وروبينسون" (Blackburn, Robinson, 2008) ببعض الولايات الأمريكية، و"تشيبونغ" (Cheung, 2008) بالصين في اعتمادهم لمتغيري الجنس، وسنوات خبرة التدريس لدى نفس الفئة ألا وهي المعلمين، كما تتفق معهم أيضاً الدراسة الحالية في تناول لهذين المتغيرين.

أما دراسة "نوافلة"، و"العمرى" (2013) فقد اشتركت مع هذه الدراسات سابقة الذكر وكذا الحالية في اعتماد متغير الجنس في حين اختلفت عنهم في اعتماد متغير التقدير في الجامعة. أما "عدودة" (2014) فقد اتفقت معهم في التطرق إلى متغيري الجنس والسن، واختلفت عنهم في اعتماد المستوى التعليمي، وكذا في تناولها لعلاقة الكفاءة الذاتية بكل من الالتزام بالعلاج - وهو ما اتفقت فيه مع الدراسة الحالية - وجودة الحياة المتعلقة بالصحة.

أما بالنسبة للدراسات السابقة المتعلقة بالالتزام الصحي فقد تناولت متغيرات: التربية الصحية كدراسة "لكحل" (2010)، جودة الحياة كدراسة "هيلجيسون" (Helgeson et al, 1999)، جودة الحياة المتعلقة بالصحة بالإضافة إلى عدة متغيرات ديمغرافية كالجنس، السن، ومدة المرض في دراسة "عدودة" (2014)، واعتمادها على متغيرات الجنس، السن، ومدة المرض هو ما يتفق مع الدراسة الحالية، أما مكان السكن (الريف، الحضر) فكان في دراسة "السعيد" (2006).

3.4.2. من حيث العينات المطبق عليها:

اتفق أغلب الدراسات السابقة للكفاءة على الاهتمام بفئة المعلمين بمختلف مراحل التعليم فمنهم من درس المعلمين قبل الخدمة؛ يعني وهم طلبة في الجامعة أمثال "حسونة" (2009)، "توافلة" و"العمرى" (2013)، ومنهم من انشغل بالمعلمين خلال الخدمة من أمثال "إبراهيم" (2005) الذي اهتم بمدرسي المراحل الثلاثة، و"الخليلة" (2011)، وهو ما توافقه فيه الدراسة الحالية جزئياً في اهتمامها بنفس الفئة ألا وهي المعلمين أثناء الخدمة ولكن في المرحلة الابتدائية فقط. هذه المرحلة التي اهتم بها "الخرز" (1990)، "حسونة" (2009) وغيرهما، وهو ما يتفق مع هذه الدراسة في اهتمامها بمعلمي هذه المرحلة.

أما بالنسبة لدراسات الالتزام الصحي فقد اهتم جلها بالمرضى بأمراض مزمنة أهمها داء السكري، ارتفاع ضغط الدم حيث درست هاته الفئة الأخيرة "لكحل" (2010) وهو ما توافقه فيه الدراسة الحالية حيث اهتمت بفئة المرضى المزمنين بداء السكر و/أو ارتفاع ضغط الدم، أما مرضى القصور الكلوي فقد اهتم به رزقي (2011)، ومرضى القلب وقصور الشرايين التاجية كدراسة "جبالي" رفقة "عدودة" (2012)، "عدودة" (2014) و"هيلجيسون" (Helgeson et al 1999)، وهو ما توافقه فيه الدراسة الحالية جزئياً في تناولها لفئة الراشدين من ذوي الأمراض المزمنين. باستثناء "بوث" (Booth et al, 2000) فقد أجرى دراسته على عينة عشوائية من المسنين، و"شفارتزر" و"رينر" (Schwarzer, Renner, 2000) حيث طبق دراسته على عينة من الراشدين الذين يقدر متوسط أعمارهم بـ (43) سنة، و"السعيد" (2006) التي اهتمت بطلبة الجامعة.

4.4.2. من حيث ادوات الدراسة:

ومن الجدير بالذكر أن أغلب الدراسات السابقة التي تناولت الكفاءة الذاتية للمعلم قد اتفقت مع الدراسة الحالية في اعتمادها على مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ"تشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001) أمثال دراسة "روكا وواشبورن" (Rocca, Washburn, 2006)، "بلاكبورن وروبينسون" (Blackburn, Robinson, 2008)، و"تشيونغ" (Cheung, 2008) و"الخلايلة" (2011)، وباقي الدراسات فقد اعتمدت على أدوات أخرى مختلفة.

أما بالنسبة لدراسات الالتزام الصحي فقد استخدم أغلبها أدوات قد أعدوها لأغراض دراستهم حسب خصوصية العينة المدروسة، فكل منهم يهتم بالالتزام الصحي لدى فئة مختلفة من المرضى، وهو ما يتفق مع الدراسة الحالية حيث طبق فيها مقياس معد لأغراضها العلمية من قبل الباحثة يناسب خصائص أفراد العينة المدروسة.

5.4.2. من حيث النتائج المتوصل إليها:

أما بالنسبة للنتائج التي توصلت إليها الدراسات الخاصة بالكفاءة فكان أبرزها وجود مستوى مرتفع من الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة وهو ما أثبتته كل من "عدودة" (2014)، "الخلايلة" (2011) و"حسونة" (2009)، وهو عكس ما توصل إليه "نوافلة" و"العمرى".

كما أسفرت نتائج البعض عن وجود فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير الجنس لصالح المعلمات أمثال "تشيونغ" (Cheung, 2008)، "الخلايلة" (2011)، و"حسونة" (2009)، وهو عكس ما توصل إليه "روكا وواشبورن" (Rocca, Washburn, 2006)، "بلاكبورن وروبينسون" (Blackburn, Robinson, 2008)، "نوافلة" و"العمرى" (2013) و"عدودة" (2014) -عدم وجود فروق تعزى لمتغير الجنس-.

أما "جاكسون" (Jagkson, 2005) فكانت الفروق لصالح المعلمين عكس الاتجاه الأول، كما توصل إلى عدم وجود فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير سنوات الخبرة على عكس ما أسفرت عنه نتائج كل من "روكا وواشبورن" (Rocca, Washburn, 2006)، "بلاكبورن وروبينسون" (Blackburn, Robinson, 2008)، و"تشيونغ" (Cheung, 2008) "الخلايلة" (2011) و"حسونة"

(2009) التي أثبتت وجود فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير سنوات الخبرة لصالح المعلمين ذو الخبرة العالية.

وبالنسبة للنتائج التي توصلت إليها الدراسات الخاصة بالالتزام الصحي فتلخص في نتائج دراسة كل من "السعيد" (2006)، "رزقي" (2011) و"جبالي" رفقة "عدودة" (2012) المتمثلة في وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية وسلوكيات -أو بعضها- الالتزام الصحي لدى أفراد العينة، كما توافقت في ذلك كل من دراسة: "شفارتزر" و"رينر" (Schwarzer, Renner, 2000)، "بوث" (Booth et al, 2000) لدى المسنين، "هيلجيسون" (Helgeson et al, 1999)، "سينيسال" وآخرون (Senecal C et al; 2000)، و"ودورد" (Woodward, 2001) والتي اهتمت بسلوك استهلاك الملح فقط. وهو عكس ما توصلت إليه "عدودة" (2014) المتمثل في عدم وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالعلاج لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، كما وجدت أنه ليس للكفاءة الذاتية قدرة على التنبؤ بالالتزام بالعلاج، وعدم وجود فروق دالة في الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة تعزى لمتغيري العمر والجنس، كما توافقت نتائج كل من دراسة "السعيد" (2006) و"لكحل" (2010) فيما يخص متغير الجنس.

وفي الاتجاه المعاكس توصلت "نوار" و"زكري" (2016) إلى أن الفروق في السلوك الصحي -المقصود به الالتزام الصحي- لدى مرضى السكري لصالح الإناث، أما فيما يخص متغير العمر فقد اختلفت نتائج (Bezie et al, 2006) الذي وجد أن فئة الشباب هم أقل التزاما مقارنة بفئتي الكهول والشيوخ من مرضى السكري.

في حين أن دراسة "وليد" وآخرون (2005) توصلت إلى أن مستوى الالتزام الصحي يتقارب بين المتوسط والمرتفع. مع وجود فروق دالة في الالتزام الصحي تعزى لنوع المرض لصالح مرضى السكري مقارنة بارتفاع ضغط الدم. أما دراسة "لكحل" (2010) فقد كشفت حاجة مرضى ارتفاع ضغط الدم إلى تعليم صحي، ووجود فروق دالة في الالتزام الصحي تعزى للمستوى التعليمي وانعدام أو وجود المضاعفات، في حين انعدمت الفروق باختلاف المستوى الاقتصادي.

5.2. موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

قد تم مقارنة الدراسات السابقة مع بعضها ومع الدراسة الحالية في التعقيب عن الدراسات السابقة، وذلك من حيث الأهداف التي سعت لتحقيقها، المتغيرات التي تناولتها بالبحث، العينات التي طبقت عليها، والأدوات التي استخدمتها، أما بالنسبة للنتائج التي توصلت إليها فقد قارنا مختلف الدراسات السابقة فيما بينها وتركنا مقارنتها بنتائج الدراسة الحالية إلى موضع آخر ألا وهو مناقشة النتائج في الجانب الميداني من هذه الدراسة (انظر الفصل الخامس).

كما يدر الإشارة إلى أن الدراسات السابقة ساهمت في تكوين نظرة عميقة وشاملة حول موضوع الدراسة الحالية خصوصا حول الالتزام الصحي، بالإضافة إلى إرشاد الباحثة إلى عناوين المراجع التي تناولت متغيرات هذه الدراسة، كما زودت الباحثة بمقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ"تشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001) ترجمة "هدى الخاليلة" (2011) والذي كلفته الباحثة على البيئة الجزائرية ليتناسب وخصائص العينة، كما وفرت لها مقاييس الالتزام الصحة الذين استندت عليهم خلال إعدادها لمقياس الالتزام الصحي الذي يتناسب مع موضوع الدراسة الحالية وعينتها، وكذلك فقد ساعدت هذه الدراسات الباحثة في بلورة مشكلة الدراسة وتحديد فرضياتها وأهدافها.

وبناء على ما سبق نشير إلى أن الدراسات السابقة التي لم تهتم بفئة المعلمين المصابين بأمراض مزمنة، ولا بالكفاءة التدريسية للمعلمين المصابين بأمراض مزمنة، ولا بعلاقة الكفاءة التدريسية بالالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة، ولا بالالتزام الصحي لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم، وكل ما سبق ذكره قد انفردت به الدراسة الحالية عن غيرها من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي لدى المرضى المزمنين وليس الكفاءة التدريسية.

3. فرضيات الدراسة:

وللإجابة على تساؤلات الدراسة تم صياغة الفرضيات التالية:

الفرضية الأولى:

لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين متوسطات الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة.

الفرضية الثانية:

لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، سنوات خبرة التدريس).

الفرضية الثالثة:

لا توجد فروق دالة إحصائية في مستوى الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، السن، نوع المرض).

4. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية هذه الدراسة من خلال أهمية المتغيرات التي تتناولها، وأهمية الدور الذي تؤديه الفئة المستهدفة، حيث تظهر أهميتها من خلال الآتي:

✓ تسلط الضوء على واقع المعلم -أستاذ التعليم الابتدائي- المصاب بمرض مزمن من عدة نواحي النفسية، المهنية والصحية، المعلم الذي يؤدي دورا مهما جدا في تربية وتعليم الأجيال.

✓ تبرز واقع الكفاءة التدريسية للمعلمين الذين يتحملون أعباء مرض مزمن أنهم كاهلهم المثقل من جهة وأعباء مهنة سامية.

✓ تبرز حقيقة الالتزام الصحي للمعلمين المصابين بالأمراض المزمنة (أمراض العصر) وهذا خلال فترة امتحانهم لمهام شاقة كتربية وتعليم النشأ، هذه المهنة الصعبة التي تستنزف من الجهد والوقت الكثير، كما تتطلب الصحة الجسدية والنفسية الجيدة لأجل تنشئة أجيال صالحة.

✓ كما تعد هذه الدراسة محاولة علمية لإعداد أراضية ينطلق منها القائمون على الإرشاد النفسي أثناء بناء برامجهم الإرشادية للتكفل بمشكلات المعلمين المصابين بالأمراض المزمنة المرتبطة بالكفاءة التدريسية والالتزام الصحي وكذا التربية الصحية للمعلمين ولتلامذتهم أيضا.

5. أهداف الدراسة:

تسعى هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

- ✓ معرفة مستوى الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة.
- ✓ تحديد مستوى الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة.
- ✓ التحقق من العلاقة بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة.
- ✓ الكشف عن الفروقات بين المعلمين المصابين بأمراض مزمنة في الكفاءة التدريسية والتي تعزى إلى عاملي الجنس وسنوات خبرة التدريس.
- ✓ الكشف عن الفروقات بين المعلمين المصابين بأمراض مزمنة في الالتزام الصحي والتي تعزى إلى العوامل التالية: الجنس، السن، نوع المرض (داء السكري وارتفاع ضغط الدم).

6. الضبط الاجرائي لمفاهيم الدراسة:

1.6. الكفاءة التدريسية للمعلمين:

يقصد بها في هذه الدراسة (ويطلق عنها ايضا الكفاءة الذاتية التدريسية) "تقدير المعلم لقدرته على: أداء مهامه التدريسية، استخدام الطرق، الأساليب، والوسائل المناسبة خلال تنفيذه للدرس، التحكم في سير الدرس واشراك التلاميذ فيه وتحفيزهم لتعلم، ضبط النظام داخل القسم، والتعامل مع مختلف المواقف الصعبة حسب ما تتطلبه من سلوكيات لتحقيق مستويات مرغوب فيها من الاداء التدريسي.

ويعبر عنها بالدرجة التي يتحصل عليها المعلم من خلال الاستجابة على مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ"تشانن-موران وولفوك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001) ترجمة "هدى الخلايلة" (2011) بعد تكييفه على البيئة الجزائرية من قبل الباحثة.

2.6. الالتزام الصحي :

يعرف في الدراسة الحالية على أنه "جملة السلوكيات الصحية التي يقوم بها المعلم المصاب بمرض مزمن (السكري، ارتفاع ضغط الدم) والمتعلقة باتباع تعليمات الطبيب المعالج، ليس فقط فيما يخص إجراء المزيد من الفحوصات قبل الزيارة المقبلة والحضور إلى الطبيب في الموعد، أخذ القياسات والمراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم أو معدل ضغط الدم، وإنما التوصيات الأخرى مثل تلك المتعلقة بالانتظام في تناول الدواء (عدد الجرعات، مدة العلاج، كيفية وفترات تناول الأدوية وأخذ الجرعات)، وتغيير نمط الحياة من اتباع الحمية الغذائية المناسبة، وممارسة النشاط البدني اليومي، والابتعاد عن التدخين.

ويعبر عنه بالدرجة التي يحصل عليها المعلم من خلال الاستجابة على مقياس الالتزام الصحي لمرضى السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم المعد لهذا الغرض".

3.6. المعلمين المصابين بأمراض مزمنة:

يقصد بهم في هذه الدراسة "اساتذة التعليم الابتدائي المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم، والذين يمارسون مهنة التدريس في المدارس الابتدائية الحكومية".

4.6. المرض المزمن:

يعتبر في هذه الدراسة هو "اعتلال صحي يصيب جسد الفرد، يتسبب بمضاعفات على مختلف أعضاء جسم المريض على المدى البعيد، فهو يتطور ببطء ليعيش المصاب به لفترات زمنية طويلة، كما يفرض عليه تناول الدواء بانتظام في مواعيده بكميات محددة، مراعات مواعيد وتعليمات الطبيب المعالج، تغيير السلوكيات المتعلقة بالنشاط البدني، الغذاء، التدخين وغيرها، وكل هذا دون شفاء تام لجل الحالات بل هو يؤدي في النهاية إلى العجز والوفاة، ويمثل في هذه الدراسة: داء السكري وارتفاع ضغط الدم".

5.6. داء السكري:

يعبر عن "عجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين -هرمون ينظم مستوى السكر في الدم- بكمية كافية، أو عجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين المنتج، مما يؤدي إلى الزيادة المستمرة (الدائمة) في تركيز الجلوكوز في بلازما الدم ليساوي أو يزيد عن 7 مليمول في اللتر الواحد من الدم على الريق، أو هو ارتفاع نسبة السكري في الدم الذي يحتاج إلى معالجة دوائية بالأدوية المضادة لارتفاع السكري أو بالأنسولين، ويقاس بوحدة ملي مول/التر (مليمول/ل) بألة قياس نسبة السكر في الدم أو بتحليل السكر في البول أو في الدم."

6.6. ارتفاع ضغط الدم:

يقصد به "اعتلال يحدث فيه ارتفاع مستمر (دائم) لشدة تدفق الدم في الأوعية الدموية حتى يزداد الضغط على جدران هذه الاوعية ما يجعلها تحت اجهاد متكرر. ففي كل مرة ينبض القلب يضخ الدم فيها إلى كل أنسجة وأعضاء الجسم عبر شبكة من الأوعية الدموية على شكل أنابيب، والتي تشمل الشرايين والأوردة والشعيرات الدموية. حيث يتحدد مقدار الضغط بكمية الدم التي يضخها القلب، قطر الشرايين وحجم مقاومة جدرانها لقوة الجريان. فكلما ارتفع ضغط الدم زاد عمل القلب بجهد أكبر والأوعية الدموية بضغط أكثر. وهو ضغط الدم المستمر (الدائم) الذي يساوي أو يفوق 140 ملم زئبق للضغط الانقباضي و/أو يساوي أو يتجاوز 90 ملم زئبق للضغط الانبساطي. و هو ضغط الدم الذي يحتاج إلى معالجة دوائية بالأدوية المضادة لارتفاع ضغط الدم لإرجاعه إلى المدى الطبيعي.

ويقاس بوحدة ميليمتر زئبق (ملم زئبق) بعددين أعلى ضغط الدم الانقباضي -قوة التدفق في الشرايين عند تقلص عضلة القلب بينما هو ينبض- وأدنى ضغط الدم الانبساطي -قوة الجريان في الشرايين التي تحدث بين نبضات القلب- بواسطة آلة قياس الضغط الدموي.

7. حدود الدراسة:

1.7. الحدود البشرية للدراسة:

طبقت هذه الدراسة على المعلمين المصابين بداء السكري وبارتفاع ضغط الدم المزمين أو بكلا المرضين، والبالغ عددهم (48) معلما ومعلمة يدرسون بالمدارس الابتدائية، حيث أن (28) منهم ذكورا، و(20) منهم اناث، تتراوح أعمار المشاركين في الدراسة بين (29 و 60) سنة، كما أن سنوات خبرة التدريس لديهم محصورة بين (5 و 39) سنة.

2.7. الحدود الجغرافية للدراسة:

المدارس الابتدائية لمدينة الوادي والبالغ عددهم (76) مدارس والتابعة لـ(10) مقاطعات تفتيشية.

3.7. الحدود الزمانية للدراسة:

طبقت الدراسة الحالية خلال الفصل الأول من السنة الدراسية 2016/2017م.

كما أن هذه الدراسة محدودة بالمقياسين الذين طبقا فيها الأول خاص بالكفاءة الذاتية للمعلمين لتشانن-موران " وولفولك" (Tschannen-Moran & Woolfolk, 2001) ترجمة "هدى الخلايلة" (2011) بعد تكييفه على البيئة الجزائرية من قبل الباحثة، والثاني خاص بالالتزام الصحي لمرضى السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم.

الفصل الثاني

الكفاءة التدريسية

تمهيد

1. مفهوم الكفاءة الذاتية والتدريسية
2. أنواع الكفاءة الذاتية
3. مصادر الكفاءة التدريسية للمعلم
4. أبعاد الكفاءة التدريسية
5. خصائص الكفاءة التدريسية
6. التحليل التطوري للكفاءة الذاتية
7. تحسين مستوى الكفاءة الذاتية
8. الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي لدى المريض المزمن

خلاصة الفصل

تمهيد:

ازداد اهتمام الدارسين بالكفاءة الذاتية خاصة للمهتمين بمجال علم النفس المعرفي، الصحي والتربوي؛ وذلك لاعتبارها من أكثر المفاهيم النظرية والعلمية أهمية في علم النفس، والتي تعبر عن مدى ثقة الفرد بقدرته على إنجاز المهام الموكلة إليه، حيث تعد من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الفرد، فهي مؤشر للتنبؤ بمدى قدرته على الأداء.

وسنتطرق في هذا الدراسة إلى مفهوم الكفاءة الذاتية والتدريسية، مختلف أنواع الكفاءة الذاتية لدى الفرد، ثم مصادرها وأبعادها، كما نعرض خصائصها، وبعد ذلك نعرض إلى تحليلها التطوري عبر مراحل النمو المختلفة، ونوضح أساليب تحسين مستواها، ومن ثم نلخص بعض ما ورد عن علاقتها بالالتزام الصحي لدى المريض المزمن.

1. مفهوم الكفاءة الذاتية والتدريسية:

تعددت التعريفات الخاصة بالكفاءة الذاتية والتدريسية بتعدد الدراسات التي تطرقت إليها في مختلف المجالات، كما اختلفت تسمياتها (الفاعلية الذاتية، الكفاءة الذاتية، معتقدات الكفاءة الذاتية، الكفاءة المدركة. وكذا الكفاءة الذاتية للمعلم، الكفاءة الذاتية التدريسية، ومعتقدات الكفاءة التدريسية) ولكننا سوف نشير إلى بعض التعاريف ذات الصلة بمجال الدراسة الحالية بداية بالكفاءة الذاتية ثم الكفاءة التدريسية في الصفحة الموالية:

1.1. مفهوم الكفاءة الذاتية:

يعرف "باندورا" (Bandura) الكفاءة الذاتية على أنها "أحكام الفرد أو توقعاته عن أداءه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض وتنعكس هذه التوقعات على اختيار الأنشطة المتضمنة في الأداء والجهد المبذول ومواجهة الصعوبات وإنجاز السلوك". (الحمداي، 2010، 510)

كما اعتبرها بصيغة أخرى هي "مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد، والتي تعبر عن معتقداته حول قدرته على القيام بسلوكيات معينة، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة، وتحدي الصعاب، ومدى مثابرتة لإنجاز المهام المكلف بها". (Bandura, 1977 , 192)

وعرفها أيضا "باندورا" (Bandura, 1986, 119) على أنها "تقييم الأفراد لقدراتهم على تنفيذ وتنظيم مجموعة من الأحداث المطلوبة للحصول على أنواع واضحة من الأداء".

وكذا اعتبرها "باندورا" و"وود" هي "الثقة في قدرات الفرد على تحريك الحافز والمصادر الإدراكية وسلسلة منتظمة من الأحداث المطلوبة لمقابلة متطلبات الموقف". (Bandura & Wood, 1989, 805).
كما تعتبرها "عواطف صالح" هي "قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين، والتحكم في الأحداث التي تؤثر في حياته، وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداء المهام والأنشطة التي يقوم بها الفرد والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل". (صالح، 1994، 46)

أما "عبد الرحمن الطريبي" فاعتبارها "اعتقاد الفرد أنه قادر على أداء عمل من الأعمال بشكل جيد وبشكل ناجح، وأن وجود هذا الاعتقاد يؤثر على مستوى الأداء من خلال زيادة كثافة العمل وكذلك استمرارية الجهود ومن ثم التقليل من مستوى الضغط والحد من الفرص المحدثة له، وهذا الاعتقاد هو الذي يحدد للفرد الأنشطة التي يختارها بالإضافة إلى تحديد السلوكيات المنشودة وتأثيرها على نوع الجهد المبذول ومدته". (الطريبي، 1994، 11)

كما أشارت أيضا "عواطف صالح" إلى أن الكفاءة الذاتية هي "الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين، وتوقعاته عن كيفية الأداء الحسن ومقدار الجهد والنشاط والمثابرة المطلوبة عند تعامله مع المواقف والتنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك". (صالح، 1994، 83)

كما عبر عنها "أيمن قطب" على أنها "توافر الخصائص والإمكانات الشخصية بما يسمح للفرد ببلوغ الهدف وتحقيق التطور والنمو والتغلب على الأزمات والعقبات المواجهة لذلك بالأساليب المختلفة واستثمار الإمكانات لخدمة هذه الأهداف الشخصية والبيئية والاجتماعية وفق أفضل السبل الممكنة". (قطب، 1997، 134)

تعريف "محمود" (2008) "إنها حكم شخصي للفرد حول قدراته في أداء مهمة معينة بنجاح". (الحمداني، 2010، 511)

كما يمكننا اعتبار الكفاءة الذاتية هي "حكم الفرد الشخصي عن قدراته الذاتية على تنظيم وتنفيذ مجموعة المهام الموكلة إليه بنجاح؛ سعياً لبلوغ الأهداف المحددة، فتؤثر في نوعية تفكيره، مقدار جهده ومثابرته بل وحتى في سلوكياته".

2.1. مفهوم الكفاءة التدريسية:

اعتبرها "باندورا" (Bandura, 1997, 240) أنها "اعتقاد المعلم في قدرته على التأثير في تعليم تلاميذه، وهذا الاعتقاد يحدد كيفية إعداده للأنشطة الأكاديمية في فصله ومساعدة تلاميذه على استثمار قدراتهم العقلية".

كما تشير الكفاءة الذاتية المدركة للمعلم إلى "الاعتقادات الافتراضية التي يمتلكها المعلم حول قدرته على إنجاز مهمته". (خلفي، وبوشامي، 2018، 7)

عرفها "شوغت" على أنها "إدراكات المعلم عن المهارات والقدرات التي يمتلكها لمساعدة التلاميذ على التعلم، واعداد البرامج الفعالة من أجل تحسين سلوكيات التلاميذ، وتغيير مستواهم إلى الأفضل". (Short, 1994, 490)

يعتبرها "سميث" هي "اعتقاد المعلم بأنه قادر على إحداث تأثير إيجابي في تعلم تلاميذه". (Smith III, 1996, p387)

كما يعبر عنها "تشانن موران" وآخرون (Tschannen-Moran, & et al, 1998) على أنها "المدى الذي من خلاله يؤمن المعلم بأنه لديه القدرة على التأثير على أداء الطلاب، أو أنها إيمان المعلمين واعتقادهم بأنهم يستطيعون التأثير على تعلم الطلاب بشكل جيد حتى بالنسبة لهؤلاء ذوي الدافعية المنعدمة أو صعوبات التعلم". (الريس وآخرون، 2012، 15)

وبشكل عام اعتبرها "وون" (Wan, 1999) هي "إيمان المعلم بقدراته وإمكاناته في التأثير في نتائج التعليم والتعلم". (نوافلة والعمرى، 2013، ..)

وكذا عرفها "تشانن موران" و"هوي" (Tschannen-Moran, & Hoy, 2001) أيضاً بأنها "حكم المعلم أو اعتقاده في قدرته على إحداث نتائج مرغوبة في تعلم تلاميذه العاديين وتلاميذه ذوي المشكلات السلوكية، والتعليمية، ومنخفضي الدافعية". (حجاج، 2005، 117)

وعرفتها "الخليلية" (2011) على أنها "أحكام المعلم حول قدرته على تنظيم المخططات العلمية وتنفيذها لإنجاز المهمات التعليمية لتحفيز التعلم لدى الطلبة". (الخليلية، 2011، 6)

استنادا إلى ما سبق ذكره من تعاريف نستطيع أن نعتبر الكفاءة التدريسية في الدراسة الحالية على أنها "ادراك المعلم وثقته بمقدرته على القيام بالمهام التدريسية المنوطة به على أكمل وجه من تحضير وتخطيط للدرس، فتنفيذه بتوظيف الاستراتيجيات المناسبة حسب ما يتطلب الموقف التعليمي، ثم تقويم الحصيلة التعليمية، وضبط النظام داخل القسم، وتحفيز طلابه العاديين وغير العاديين من ضعفاء التحصيل والدافعية على التعلم، وهي تحدد مقدار الجهد الذي سيبدله، كما تؤثر هذه المعتقدات في أنماط تفكيره، الخطط والأهداف التي يسطرها وعلى سلوكه أيضا".

2. أنواع الكفاءة الذاتية:

هناك عدة أنواع للكفاءة الذاتية نذكر أهمها في ما يلي:

1.2 الكفاءة الذاتية العامة:

تعبر عن توقع الفرد حول قدرته على أداء الفعل الضروري لتحقيق نتائج مرغوبة في موقف ما، وحول تمكنه من التحكم في ضغوط الحياة التي تؤثر عليه خلال ذلك، وعن كيفية أدائه لهذه المهام، وعلى التنبؤ بمقدار الجهد والمثابرة اللازمين لتحقيق العمل المراد القيام به. (طوماس، 2015، 18)

كما عبر عنها "باندورا" (Bandura, 1997, 25) على أنها معتقدات الفرد عن نفسه حول قدراته على تعلم أو أداء سلوك ما على مستوى محدد، أو ما يملكه الفرد من معتقدات عن نفسه حول قدراته على تنظيم وتنفيذ مجموعة السلوكات اللازمة للمحافظة على مستوى محدد من الاداء.

2.2 الكفاءة الذاتية الخاصة:

يقصد بها أحكام الفرد الخاصة والمرتبطة بقدرته على أداء مهمة معينة في نشاط محدد مثل الرياضيات (الأشكال الهندسية) أو في اللغة العربية (التصريف، الاعراب). (الزيدان، 2014، 24)

3.2. الكفاءة القومية:

يشير "جابر" (1990، 477) إلى أنها قد ترتبط بأحداث لا يستطيع المواطنون السيطرة عليها مثل انتشار تأثير التكنولوجيات الحديثة، والتغيير الاجتماعي السريع في مجتمع معين، والأحداث التي تجري في أجزاء أخرى من العالم وتؤثر على من يعيشون في الداخل، كما تعمل على إكسابهم أفكار ومعتقدات عن أنفسهم باعتبار أنهم أصحاب قومية واحدة أو بلد واحد. (الزيدان، 2014، 24-25)

4.2. الكفاءة الجماعية:

تعتبر عن مجموعة من الأفراد تؤمن بقدراتها، تعمل في نظام جماعي لتحقيق مستوى الاداء المطلوب منها، وفي هذا الصدد يذكر "باندورا" (Bandura) أن إدراك الأفراد لكفائهم الجماعية يؤثر فيما يقبلون على القيام به كجماعات، وعلى مقدار الجهد الذي يبذلونه، والقوة التي تبقى لديهم إذا فشلوا في تحقيق النتائج، وكذا فإن جذور الكفاءة الجماعية تكمن في الكفاءة الذاتية لأفراد هذه الجماعة، وتكون مثلا في اللاعبين الرياضية الجماعية فريق كرة اليد على سبيل المثال. (الزيدان، 2014، 25)

5.2. الكفاءة الذاتية الأكاديمية:

تشير إلى إدراك الفرد لقدراته على أداء المهام التعليمية بمستويات مرغوب فيها؛ يعني أنها تدل على قدرة الفرد الفعلية في الموضوعات الدراسية المتنوعة، وهي تتأثر بعدة متغيرات مثل حجم الفصل وعمر المتدرسين فيه ومستوى الاستعداد للتحصيل الدراسي. (الزيدان، 2014، 25)

6.2. الكفاءة التدريسية:

يطلق عليه بالكفاءة التدريسية، وتعتبر عن أحكام المعلم عن قدراته على أداء الأنشطة التعليمية الموكلة إليه بالمستوى المطلوب، فهي تتعلق بالموقف التعليمي وترتبط بمهنة التعليم، كما تؤثر على مخرجاتها بشكل مباشر أو غير مباشر.

وقد ورد في دراسة "وطسون" (Watson, 2007, 152) أن هناك ثلاثة أنواع من الكفاءة الذاتية الخاصة بالأستاذ وهي:

✓ كفاءة التدريس الجامعية.

✓ كفاءة التدريس باستخدام التكنولوجيا.

✓ وكفاءة التدريس العامة. (الريس واخرون، 2012، 18)

كما صنف "أحمد عبد المنعم محمد الغول" الكفاءة الذاتية للمعلم حسب ما ورد في (بركات، 2007، 23) إلى ثلاثة أنواع وهي:

✓ الكفاءة الذاتية الأكاديمية.

✓ الكفاءة الذاتية الاجتماعية.

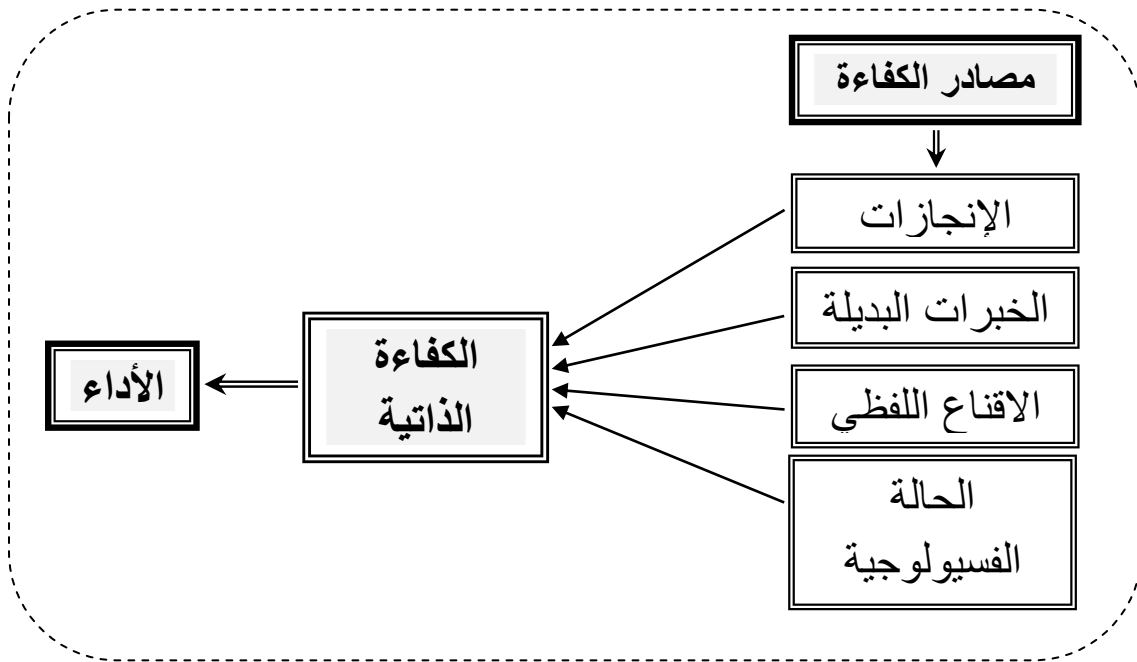
✓ الكفاءة الذاتية المهنية.

ونجمل ما سبق ذكره في أن للكفاءة الذاتية العديد من الأنواع تختلف باختلاف طبيعة التناول الذي عمل به الدارسين لها فصنفت حسب نوع العينة المدروسة كأساتذة الجامعة أو المعلمين أو الطلبة ومثال ذلك في (كفاءة التدريس: الجامعي، باستخدام التكنولوجيا، العامة، وكذا الكفاءة الذاتية: الأكاديمية، الاجتماعية، المهنية، والتدريسية) أو بصفة عامة بغض النظر عن نوع الفئة المدروسة بل بالاهتمام بتعداد الفئة مفردة أو جمعا كالتصنيف الأول (كفاءة ذاتية: عامة، خاصة، أكاديمية، كفاءة قومية وجماعية)، ويتضح من خلال ما ذكر أن الكفاءة الذاتية التدريسية أو ما يطلق عنه بالكفاءة التدريسية-المتغير الرئيس لهاته الدراسة- هي أحد أنواع الكفاءة الذاتية ذات طابع مهني، وهي خاصة بالمعلمين أو من يقوم بعملية التعليم والتدريس فقط.

3. مصادر الكفاءة التدريسية للمعلم:

يؤكد "باندورا" (Bandura , 1998) على أن للكفاءة الذاتية أربعة مصادر تتقوى من خلالها، ونشير إلى أنها ذات المصادر للكفاءة التدريسية لدى المعلم، فيستخدمها الأفراد في الحكم على مستويات الكفاءة الذاتية لديهم. كما أن هذه المصادر ليست ثابتة دائما ولكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الفرد على قدراته، فكلما كانت موثوق بها كلما زاد التغيير في إدراك الفرد لذاته كشخص قادر على السيطرة في حل المشكلات. (الجبوري، 51)

ويوضح الشكل الموالي هذه المصادر وعلاقتها بالكفاءة الذاتية والسلوك أو الناتج النهائي للأداء.



(السيد، 2005، 39-40)

الشكل رقم (01) مصادر الكفاءة الذاتية عند "باندورا" (Bandura)

1.3. الإنجازات الأدائية (Performance Accomplishment):

وهي تعبر عن النجاحات السابقة، وهي تمثل المصدر الأكثر تأثيرا في الكفاءة الذاتية لدى الفرد؛ لأنه يعتمد أساسا على الخبرات التي يمتلكها الشخص، فالنجاح عادة ما يرفع معتقدات الكفاءة في حين أن تكرار الفشل يخفّضها، والمظاهر السلبية للكفاءة الذاتية مرتبطة بالفشل، أما تأثير هذا الأخير على الكفاءة الذاتية يعتمد جزئيا على الوقت والشكل الكلي للخبرات في حالة الإخفاق،

وتعزيز معتقدات الكفاءة الذاتية يقود إلى التعميم في المواقف الأخرى وبخاصة في أداء الذين يشكون في ذاتهم من خلال العجز واللافعالية الشخصية، والإنجازات الأدائية يمكن نقلها بعدة طرق من خلال النمذجة المشتركة حيث تعلم على تعزيز الكفاءة الذاتية لدى الفرد. (Bandura, 1977, 195)

ويؤكد "بانديورا" (Bandura, 1988) أن الفرد الذي لديه الكفاءة الذاتية متدنية يبتعد عن المهام الصعبة، وينتج إلى إدراكها كتهديدات شخصية، وقدرات على تحقيق أهدافه ضعيفة، ويتوقف الأداء الناجح لديه على العقبات التي تواجهه حيث يعزو فشله إلى نقص قدراته وضعف الجهد الذي بذله في المواقف الصعبة مما يعطل استرداد قوة كفاءته الذاتية عقب الإخفاق، وعلى عكسه الشخص الذي لديه معتقدات كفاءة راسخة يقترب من المهام الصعبة كتحدٍ وترتفع مجهوداته في المواقف الصعبة كما أن لديه سرعة في استرداد قوة كفاءته الذاتية عقب الإخفاق. كذلك يؤكد على وجود علاقة سببية بين الكفاءة الذاتية والإنجازات الأدائية فالمستويات المرتفعة من الكفاءة الذاتية تتلائم مع مستويات مرتفعة من الإنجازات الأدائية.

يتضح لنا أن الخبرات والإنجازات الأدائية السابقة لها تأثيرات كبيرة على الكفاءة الذاتية لدى الفرد، وخاصة تلك التي تحقق للفرد فيها النجاح؛ ولهذا يشير "عبد الحميد" (1990) إلى أن الفشل المتكرر يؤدي في أغلب الأحيان إلى تدني مستوى الكفاءة الذاتية لدى الفرد، وخاصة عندما يعلم هذا الأخير أنه قد بذل أفضل ما لديه من جهد، كما أن الأعمال التي ينجزها الفرد بنجاح معتمداً على نفسه تكون أكثر تأثيراً على كفاءته الذاتية من تلك الأعمال التي يتلقى فيها مساعدة الآخرين، وكذا أن النجاح في الأداء يزيد من مستوى الكفاءة الذاتية بما يتناسب مع صعوبة المهمة أو النشاط الموكد إليه.

ويذكر "الزيات" (2001) أن المدى المحدد لاستقرار وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه للإنجازات يتوقف على المحددات التالية: فكرته المسبقة عن قدراته وإمكانياته ومعلوماته، الجهد الذاتي النشط الموجه، إدراكه لمدى صعوبة الموقف أو المهمة أو المشكلة، ظروف الإنجاز أو الأداء، كم أو حجم المساعدات الخارجية التي يتلقاها، أسلوب بناء الخبرة أو الوعي بها وإعادة تشكيلها في الذاكرة، الخبرات المباشرة السابقة للنجاح أو الفشل، والأبنية القائمة للمعرفة والمهارة الذاتيتين والخصائص التي تميزها.

2.3. الخبرات البديلة (Vicarious Experience):

يعبر هذا المصدر عن الخبرات غير المباشرة التي يمكن أن يحصل عليها الفرد، فرؤيته أداء الآخرين للمهام الصعبة يمكن أن تنتج معتقدات عالية لكفاءته الذاتية مع عدة عوامل أخرى (الملاحظة الجيدة أو المركزة، الرغبة في التحسن، المثابرة، والجهد المبذول). ويطلق على هذا المصدر "التعلم بالنموذج من خلال ملاحظة الآخرين" فالفرد الذي يلاحظ نماذج ناجحة يمكنه استخدام هذه الملاحظات لتقدير كفاءاته الخاصة. (Bandura, 1982, 140) فعلى سبيل المثال يعتقد المعلم أنه بإمكانه حل مشكلة مهنية ما عند يعرف أن زميل له قد تمكن من إيجاد حل لمثل هاته المشكلة.

وتكتسب تلك الخبرات من خلال ملاحظة الفرد لأداء الآخرين وأنشطتهم الناجحة والتي ترجع إلى مختلف النماذج المشابهة، فملاحظته للآخرين وهم ينجحون ترفع من الكفاءة لديه، أما ملاحظة فرد آخر بنفس الكفاءة وهو يخفق في أداء المهام الموكلة إليه فيساعد على تدني الكفاءة الذاتية. (عبد السلام، 2001، 96)

كما يشير "عبد الحميد" (1990) إلى أنه عندما يكون النموذج مختلف عن الملاحظ تؤثر الخبرات البديلة أدنى تأثير على الكفاءة الذاتية، وللخبرات البديلة أقوى تأثير حين تكون خبرة الفرد السابقة بالنشاط المراد القيام به قليلة، وأن آثار النمذجة بصفة عامة ليست في قوة الأداء الشخصي من حيث تأثيرها في رفع مستويات الكفاءة الذاتية وقد يكون لها آثار قوية في خفض الكفاءة الذاتية.

3.3. الإقناع اللفظي (Verbal Persuasion):

يعنى الكلام الذى له علاقة بخبرات معينة للآخرين والإقناع بها من قبل الفرد أو معلومات تصل إلى الشخص لفظيا من الآخرين ما قد يكسبه نوعا من الترغيب في فعل محدد أو أداء نشاط معين، وهو يؤثر على سلوك الفرد أثناء محاولاته لإنجاز المهمة المكلف بها. (Bandura, 1977, 200)

ويذكر "باندورا" (Bandura, 1982) أن الإقناع اللفظي يستخدمه الأشخاص على نحو واسع جدا مع الثقة في ما يملكونه من قدرات وما يمكنهم إنجازه، وأنه توجد علاقة تبادلية بين الإقناع اللفظي والأداء الناجح في رفع مستوى معتقدات الكفاءة الذاتية والمهارات التي يمتلكها الفرد.

كما يشير أيضا إلى عمليات المساندة أو التدعيم والتشجيع من طرف الآخرين؛ أو ما يسمى بالإقناع الاجتماعي، فالآخرون في بيئة التعلم -المعلمين، الأترباب أو الزملاء، والأولياء- يمكنهم إقناع

المتعلم لفظيا عن قدراته على النجاح في مهام خاصة، وقد يكون الإقناع اللفظي داخليا حيث يأخذ الحديث الإيجابي مع الذات-الموثوق- (Bandura, 1995, 125).

ويضيف "عبد الحميد" (1990) أن تأثير هذا المصدر محدود ومع ذلك فإن الإقناع اللفظي في ظل الظروف السليمة يتمكن من رفع الكفاءة الذاتية؛ ولكي يتحقق ذلك ينبغي أن يثق الفرد بمن ينصحه ويقوم بإقناعه لفظيا، أو بالتحذيرات التي تصدر عن شخص موثوق به لما لها من تأثير أكبر في الكفاءة مقارنة بتلك التي تصدر عن شخص غير موثوق به، وأن يكون النشاط الذي ينصح الفرد بأدائه في حصة هذا الفرد السلوكية على نحو واقعي؛ وذلك أنه لا يوجد إقناع لفظي يستطيع أن يغير الكفاءة الذاتية لدى شخص عن قدرته على القيام بعمل يستحيل أدائه في ظل مقتضيات الموقف الفعلي.

كما أنه ومن الجدير بالذكر أن المعلومات المبنية على الأداء الاجتماعي الفعلي للفرد أو الخبرات الفعلية والبديلة هي أكثر تأثيرا على الكفاءة الذاتية من المعلومات القائمة على الإقناع اللفظي، فقد لا يكون مؤثرا إلا إذا كان حقيقيا ومدعما بخبرة حقيقية، لكن التشجيع من الممكن أن يدعم ثقة الفرد بذاته لأداء مهمة معينة وخاصة عندما يكون من شخص موثوق به. (زايد، 2003، 72)

3.4 الحالة النفسية والفسولوجية (Psychological and Physiological State)

تمثل المصدر الأخير للحكم على الكفاءة الذاتية، وتعتبر مصدرا هاما يشير إلى العوامل الداخلية التي تحدد للفرد إمكانية تحقيق أهدافه، وهذا دون إهمال بعض العوامل الأخرى مثل: صعوبة المهمة القدرة المدركة للنموذج، الجهد الذي يجب بذله، الذات، والمساعدات التي يمكن أن يحتاجها الفرد لإنجاز المهمة. (Bandura, 1997, 100)

كما يشير "باندورا" (Bandura, 1977) إلى أن القلق عامل مؤثر على الكفاءة الذاتية، والعلاقة بينهما عكسية. وكذا ففوة الانفعال غالبا ما تؤدي إلى خفض مستوى الكفاءة الذاتية لدى الفرد.

ويوضح "الزيات" (2001) أن البنية الفسولوجية والانفعالية أو الوجدانية تؤثر تأثيرا عاما على الكفاءة الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية، والحسية العصبية لديه. ويرجع ذلك لثلاثة أساليب رئيسة لها دور بارز في رفع أو ترسيخ معتقدات الكفاءة الذاتية

وهي: تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية، تخفيض مستويات الضغوط والنزعات أو الميول الانفعالية السلبية، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعترض الجسم.

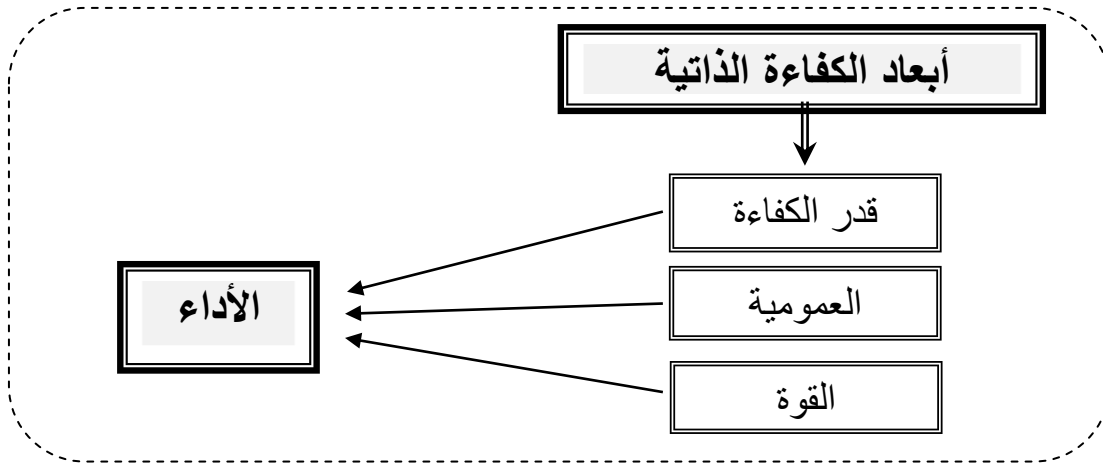
وفي هذا الصدد يذكر (الجبوري، 51) أن هذا المصدر يمثل دور العاطفة أو الحالة النفسية في التقييم، حيث يكون تقييم الفرد إيجابيا إذا كان في حالة انفعالية أو مزاجية جيدة، وفي المقابل يكون تقييمه سلبيا إذا كان في حالة مزاجية سلبية؛ وهذا يعني أن الحالات الانفعالية الإيجابية تعزز الكفاءة المدركة في حين الحالة الانفعالية السلبية تعمل على إضعافها.

(Banadura, 1998) (المزروع، 2007، 72-73)

ونستخلص مما سبق ذكره أن هناك أربعة مصادر للكفاءة الذاتية نلخصها كما يلي: الإنجازات الأدائية وتعني تجارب الفرد وخبراته السابقة ومدى نجاحه أو فشله أو النجاحات السابقة، فالنجاح يعزز الكفاءة الذاتية والفشل يخفضها. وكذا الخبرات البديلة التي تشير إلى الخبرات غير المباشرة التي يحصل عليها الفرد من رؤية أداء الآخرين للمهام الصعبة الذي من الممكن أن ينتج توقعات مرتفعة، حيث يعبر عنه بـ"التعلم بالنموذج من خلال ملاحظة الآخرين"، أما الإقناع اللفظي فيعبر عن المعلومات التي تصل الفرد من الآخرين لفظيا قد يكسبه نوعا من الترغيب في العمل أو الأداء، وأيضا الحالة النفسية والفسولوجية وتشير إلى دور العاطفة أو الحالة النفسية في التقييم، حيث إذا كان الفرد في حالة انفعالية أو مزاجية جيدة يكون تقييمه إيجابيا، أما إذا كان في حالة مزاجية سلبية فسيكون تقييمه سلبيا؛ ما يعني أن الحالات الانفعالية الإيجابية تعزز الكفاءة الذاتية في حين الحالة الانفعالية السلبية تعمل على إضعافها. كما أن هذه المصادر ليست ثابتة دائما ولكنها معلومات لها صلة وثيقة بحكم الفرد على قدراته سواء كانت متصلة بالإنجازات الأدائية أو غيرها من المصادر الأربعة سابقة الذكر. وكذا فإن كل ما ذكر أنفا ينطبق على الكفاءة التدريسية للمعلم فلها نفس المصادر الأربعة.

4. أبعاد الكفاءة التدريسية:

حدد "باندورا" (Bandura,1986) ثلاثة أبعاد للكفاءة الذاتية مرتبطة بالأداء، كما تتغير الكفاءة الذاتية تبعاً لها، والتي تنطبق أيضاً على الكفاءة التدريسية، ويمكن توضيحها في الشكل في الصفحة المالية :



(السيد ، 2005 ، 48)

شكل رقم (02) أبعاد الكفاءة الذاتية عند "باندورا" (Bandura)

1.4. قدر الكفاءة (Magnitude) :

يقصد به مستوى قوة دوافع الفرد للأداء في مختلف المواقف، فيتجل قدر الكفاءة بشكل أوضح عندما تكون المهام مرتبة وتبعاً لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في الكفاءة الذاتية، ويمكن تحديده بالأنشطة البسيطة المتشابهة، ومتوسطة الصعوبة، ولكن يتطلب أغلبها مستوى شاق من الأداء. في حين وبالرغم من ارتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لدى بعض الأفراد لكنهم لا يقبلون على المواقف التي تحتاج إلى التحدي؛ وقد يرجع السبب ذلك إلى تدنى مستوى الخبرة، والمعلومات السابقة لديهم. (السيد، 1994، 48)

وفي هذا الموضوع يشير كل من "الزيات" (2001، 510) "باندورا" إلى أن طبيعة التحديات التي تواجه الكفاءة الذاتية يمكن الحكم عليها بوسائل مختلفة مثل: مستوى الإتقان، مدى تحمل الإجهاد، الدقة، مستوى الإبداع، الانتاجية، الضبط الذاتي المطلوب، مدى تحمل الضغوط وغيرها من الوسائل، فمن خلال التنظيم الذاتي فإن القضية لم تعد أن فرداً ما يمكن أن ينجز عملاً معيناً

عن طريق الصدفة، ولكن هي أن فردا ما لديه الكفاءة لينجز عملا محدد بنفسه وبطريقة منظمة؛ من خلال مواجهة مختلف الصعوبات عن الاداء، فمن المهم هنا أن تعكس اعتقادات الفرد تقديره لذاته بأن لديه قدر من الكفاءة يمكنه من أداء ما يوكل إليه.

2.4. العمومية (GENERALITY) :

تعني انتقال توقعات الكفاءة الذاتية من موقف معين إلى مواقف أخرى مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء مهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة؛ وهذا يعني أنهم غالبا ما يعممون اعتقادهم بالكفاءة الذاتية من مواقف سابقة لمواقف أخرى يتعرضون لها في المستقبل، وهي تختلف في عنوتها فمنها ما يكون محددًا لخلق توقعات التميز والتفوق أو تمتد لتشمل العلاج النوعي، (Bandura, 1977, 85) وفي هذا الصدد يتفق "الزيات" (2001، 510) مع "باندورا" (Bandura) على أن درجة العمومية تتباين ما بين اللامحدودية والتي تعبر عن أعلى درجات العمومية والمحدودية الأحادية التي تقتصر على مجال أو نشاط أو مهام محددة؛ يعني أنها تحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة، كما أنها تختلف باختلاف المحددات التالية: درجة التشابه، الطرق التي تعبر بها -وسائل التعبير- عن الإمكانيات أو القدرات (السلوكية، المعرفية، الوجدانية)، ومن خلال التفسيرات الوصفية للمواقف، والخصائص الكيفية للمواقف ومنها خصائص الشخص أو الموقف محور السلوك.

3.4. القوة أو الشدة (STRENGTH) :

إن قوة أو شدة الكفاءة تتحدد في ضوء خبرة الفرد ومدى ملاءمتها للموقف، وأن الفرد الذي لديه كفاءة ذاتية مرتفعة يمكنه بذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الشاقة والمثابرة في العمل، (Bandura, 1977, 85) أما الفرد الذي لديه كفاءة ذاتية ضعيفة فتجعله أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه مثل ملاحظة شخص ما ضعيف في أداء مهمة معينة أو فشل في ذلك، (الشعراوي، 2000، 293) وفي هذا الصدد يؤكد "باندورا" (Bandura) أيضا أن قوة معتقدات الكفاءة الذاتية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة على اختيار الأنشطة التي تؤدي إلى النجاح، وكذلك يذكر أنه في حالة التنظيم الذاتي للكفاءة فإن الفرد سوف يحكم على ثقته بإمكانية أدائه للنشاط بشكل منظم من خلال فترات زمنية محددة. (الجاسر، 1428هـ)

كما يعبر هذا البعد عن عمق الإحساس بالكفاءة الذاتية؛ بمعنى شدة أو قدرة أو عمق اعتقاد الفرد أن بإمكانه أداء الأعمال الموكلة إليه. ويتدرج بعد القوة أو الشدة على متصل ما بين قوى جدا إلى ضعيف جدا. (الزيات، 2001، 510)

وقد عرّف "باندورا" (Bandura) الكفاءة الذاتية بأنها "الحكم الشخصي على القدرات الذاتية على التنظيم وتنفيذ مجموعة من الأفعال لتنفيذ الأهداف المحددة وحاول تقييم مستواها، عمومها، وقوتها من خلال الأنشطة والمحتويات، ومستوى الكفاءة الذاتية يشير إلى اعتمادها على صعوبة المهمة المحددة مثل تهجي الكلمات ذات الصعوبة المتزايدة، أما "العموم" فيشير إلى تحول معتقدات الكفاءة الذاتية من خلال الأنشطة مثل التحول من الجبر إلى الإحصاء وقوة الكفاءة المدركة يتم قياسها عن طريق مدى ثقة الفرد عند أدائه للمهمة المعطاة. (Zimmerman, 2000, 83)

ونستخلص مما سبق ذكره أن للكفاءة التدريسية للمعلم ثلاثة أبعاد تتغير استنادا عليها وهي قدر الكفاءة وتعني مقدار الكفاءة الذاتية التدريسية الكمنة لدى المعلم والذي يتحدد بمستوى الإتقان، الجهد المبذول، الانتاجية، الدقة والتنظيم الذاتي، العمومية وتتلخص في أن الكفاءة الذاتية التدريسية يمكن أن يعممها المعلم من موقف تعليمي معين إلى مواقف أخرى مشابه له، أما القوة فتعبر عن عمق معتقدات الكفاءة التدريسية لدى المعلم والمرتبطة ببذل الجهد والمثابرة العلية.

5. خصائص الكفاءة التدريسية:

توجد عدة خصائص عامة للكفاءة الذاتية والتي تنطبق على الكفاءة التدريسية، ويمكن أن نلخصها في النقاط التالية:

- ✓ هي مجموعة المعتقدات والمعلومات والأحكام عن مستويات الفرد وإمكانياته ومشاعره.
- ✓ إن الكفاءة الذاتية ترتبط بالتوقع والتنبؤ ولكن ليس بالضرورة أن تعكس هذه التوقعات قدرة الفرد وإمكاناته الحقيقية، فمن الممكن أن تكون الكفاءة الذاتية لدى الفرد مرتفعة في المقابل تكون إمكانياته قليلة.
- ✓ تتحدد الكفاءة الذاتية بالعديد من العوامل فمثلا صعوبة الموقف، كمية الجهد المبذول، مدى مثابرة الفرد.
- ✓ هي ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي للفرد، فهي مجموعة من الأحكام لا تتصل بما ينجزه الفرد فقط ولكن بالحكم على ما يستطيع إنجازه أيضا، وأنها نتاج للقدرة الشخصية. (الزيدان، 2014، 25)
- ✓ إن توقعات الكفاءة الذاتية قابلة للتعميم عبر السلوكات والمواقف المختلفة استنادا على مدى التشابه بينهما من حيث المهارات المطلوبة. (الحمداني وطويل، 2009، 140)
- ✓ إن الكفاءة الذاتية ليست مجرد إدراك أو توقع فقط، ولكنها يجب أن تترجم إلى بذل الجهد وتحقيق النتائج المرغوب فيها.
- ✓ ثقة الفرد بالنجاح في أداء مهمة معينة أو عمل محدد.
- ✓ وجود قدر معين من الاستطاعة الفسيولوجية أو النفسية أو العقلية، إضافة إلى توفر قدر من الدافعية في الموقف.
- ✓ توقعات الفرد للأداء في المستقبل وليست في الماضي. (النجار، 2012، 37)
- ✓ إن الكفاءة الذاتية تنمو من خلال التفاعل الفرد مع البيئة المحيطة به، ومع الآخرين، كما تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة.

✓ إنها لا تركز فقط على المهارات التي يمتلكها الفرد ولكن أيضا على حكم الفرد على ما يستطيع أداءه مع ما يتوافر لديه من مهارات، فهي: "الاعتقاد بأن الفرد يستطيع تنفيذ أحداث مطلوبة".

وهذه الخصائص يمكن من خلالها إخضاع الكفاءة الذاتية الإيجابية للتنمية والتطوير، وذلك بزيادة للخبرات التربوية المناسبة. (Cynthia, Bobko, 1994, 3)

كما نشير إلى أن هناك خصائص تميز ذوي الكفاءة الذاتية العالية عن ذوي الكفاءة الذاتية المتدنية بشكل عام، وكذا فهناك بعض الدراسات التي توصلت إلى جملة من الخصائص تميز بين المعلمين مرتفعي ومنخفضي الكفاءة الذاتية والتدريسية بشكل خاص، والتي نلخصها في ما يلي:

إن الأفراد الذين لديهم كفاءة ذاتية عالية، يركزون انتباههم على تحليل المشكلة، ويحاولون التوصل للحلول المناسبة. في حين أن الأفراد الذين لديهم كفاءة ذاتية متدنية يحاولون انتباههم إلى الداخل، ويغرقون أنفسهم بالهموم عندما يواجهون المواقف الصعبة، فهم يهتمون بجوانب النقص وعدم الكفاءة الشخصية لديهم، كما يتصورون فشلهم الذي يؤدي بدوره إلى نتائج سلبية. وهذا النوع من التفكير السلبي يؤدي إلى التوتر والضغط، ويحد من الاستخدام الفعال للقدرات المعرفية من خلال تحويل الانتباه عن كيفية المتطلبات بأفضل شكل ممكن إلى إثارة القلق حول العجز الشخصي، واحتمالية الوقوع بالفشل. (الجبور، 2002)

كما نذكر في هذا الصدد أن دراسة "بركات" (2007، 202-207) قد توصلت إلى أن معلمي الكفاءة الذاتية المرتفعة اختلفوا عن معلمي كفاءة الذات المنخفضة بالنسبة لإدارة الصف الكلية والفرعية، فقد استخدم الصنف الأول الأسلوب التفاعلي في إدارة الصف، بينما استخدم الصنف الثاني الأسلوب التداخلي في إدارتهم لصفوفهم، وقد أوصت الدراسة بتصميم وتطبيق برامج لتنمية الكفاءة الذاتية لدى معلمي قبل الخدمة لرفع الكفاءة الذاتية لديهم قبل مزاولتهم لمهنة التدريس.

وهذا ما أكدت عليه "اليزابيث" (Elizabeth) حيث توصلت في دراستها إلى أن الكفاءة التدريسية قد زادت بطريقة دالة إحصائيا في الوقت الذي كان يدرس فيه الطلاب المعلمين مقرر طرق تدريس الرياضيات. (الريس واخرون، 2012، 16)

وأیضا نذكر "إيمان إبراهيم" واخرون أنه وحسب نظرية "بانديورا" فإن كفاءة المعلم الذاتية قد تكون أكثر قابلية للتعديل في بداية عملية التعليم، وبالتالي فإن التدريب قبل الخدمة أو في السنوات الأولى

من العمل يعد مهم جدا لتحسين كفاءة المعلم الذاتية-التدريسية- على المدى الطويل، وأن هذه الأخيرة تؤثر على الجهد الذي يستثمره في عملية التدريس، الأهداف التي يضعها ومدى اصراره في الظروف التدريسية الصعبة ومدى صموده في مواجهة العقبات. (الريس واخرون، 2012، 17) وكذا يشير "ديهل" و"برو" (Diehl & Prout, 2002) إلى أن تحسين الكفاءة الذاتية يمثل مفتاح التدريب على التحكم الذاتي، ويكسب الفرد القدرة على الدفاع عن حقوقه مما يساعده على تجاوز الظروف الصعبة.

في حين أظهرت دراسة "كبرا" وأخرون (Caprara, 2003) أن الكفاءة الذاتية لها تأثير على رضا المعلمين الوظيفي سواء بشكل مباشر أو غير مباشر. فلقد تم اختبار الكفاءة الذاتية كمحددات رئيسية لرضا المعلم عن وظيفته ووجد أن الكفاءة الشخصية للمعلمين تؤثر على دافعيتهم وأدائهم بالإضافة إلى النواتج التي يتوصل إليها التلاميذ، وأن المعلمين ذوي الكفاءة العالية يظهرون مستويات أعلى من التخطيط والتنظيم، ويكونوا أكثر انفتاحا نحو الأفكار الجديدة وأكثر استعدادا لتجريب طرق جديدة لتفي باحتياجات تلاميذهم بشكل أفضل ويظهرون حماس والتزام أكبر نحو التدريس وأكثر احتمالية للبقاء في المهنة، ويكونوا أكثر ميلا لعمل تأثير إيجابي على كفاءة وانجازات تلاميذهم. (Caprara, &etal, 2003, 828)

كما أكدت دراسة "بمبيني" (Bembenuty, 2007) على أن المعلمين ذوو الاحساس العالي بالكفاءة التدريسية يحققون إدراكاً أكاديمياً عالياً لاهتماماتهم الذاتية، وقيمة المهمة، والتحكم في الوقت، وبيئة الدراسة.

ومن خلال ما أنف ذكره نستخلص أنه هناك العديد من الخصائص للكفاءة الذاتية العامة والتي تنطبق أيضا على الكفاءة التدريسية للمعلمين فهي ليست سمة ثابتة أو مستقرة في السلوك الشخصي فهي قابلة للتعميم والتنمية. كما توجد خصائص تميز بين ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة والمنخفضة كطريقة تصرفهم وأسلوب تفكيرهم خلال المواقف الصعبة، وكذا فقد ذكرت عدة خصائص يتسم بها المعلمون ذوي الكفاءة التدريسية العالية والمتدنية والتي توصلت إليها العديد من الدراسات أمثال دراسة: "بركات" (2008) و"اليزابيث" (Elizabeth)، وعلى سبيل المثال لا الحصر أسلوب إدارتهم للصف، وأن التدريب قبل الخدمة أو في السنوات الأولى من العمل مهم جدا لتحسين معتقدات الكفاءة التدريسية لدى المعلم.

6. التحليل التطوري للكفاءة الذاتية:

يرى "باندور" (Bandura) أن فترات الحياة المختلفة تقدم أنماط للكفاءة المتطلبة من أجل الأداء الناجح، ويختلف الأفراد بشكل جوهري في الطريقة الفعالة التي يديرون بها حياتهم، فتمثل المعتقدات حول الكفاءة الذاتية مصدراً مؤثراً خلال دورة حياة الفرد، و في هذا الصدد سنوضح تطور الكفاءة الذاتية من الميلاد إلى مرحلة متقدمة من العمر، مروراً بمرحلتها المراهقة والرشد، كما سنتطرق أيضاً إلى دور مصادر من العائلة، المدرسة وجماعة الرفاق في ترسيخها خلال هذه المراحل العمرية في ما يلي:

1.6. نشأة الشعور بالسيادة الشخصية:

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

(العبد الله، 2009، 51) (عدودة، 2014، 51)

كما يشير "باندور" (Bandura) إلى أن اكتشاف الفرد التدريجي لقدراته على السيطرة على بيئته المحيطة يؤدي إلى تشكيل الكفاءة الذاتية. (الحربي، 2006، 27)

2.6. المصادر العائلية للكفاءة الذاتية:

إن الأطفال الصغار لا يمكنهم تأدية أنشطة معقدة بمفردهم، وعليه فإن الخبرات الناجحة في التدريب على التحكم الشخصي تكون مهمة لتنمية الكفاءة الاجتماعية المبكرة، فليكتسب الأطفال المعرفة الذاتية المتعلقة بقدراتهم في توسيع مجالات الأداء فإنهم يطورون ويختبرون قدراتهم الجسدية وكفاءاتهم الاجتماعية ومهاراتهم اللغوية والإدراكية لفهم إدارة العديد من المواقف التي تواجههم في حياتهم اليومية.

كما أن الوالدين اللذين يستجيبان لسلوك أطفالهم، واللذين يجدان فرصاً للأفعال الفعالة، يسمحان للأطفال بحرية الحركة من أجل الاستكشاف، يشجعانهم على تجريب الأنشطة الجديدة، ويعضدان

الجهود المبكرة هما يعملان على تسهيل تطوير الكفاءة الذاتية لدى أطفالهما والتي ترتبط بالقدرة على إنجاز المهام وإدراك التأثيرات الهادفة. وفي هذا الصدد يذكر "جيكس" (Gecas, 1989) أن معرفة الفرد بأنه يمكن أن ينجز سلوكا هادفا، ويتعرف على نتائج هذا السلوك شريطة أن يكون نتيجة لمبادرته الخاصة يؤدي ذلك إلى أن يكون كائنا فعالا. (العبد الله، 2009، 51) (حدان، 2014، 40)

إن خبرات الكفاءة الذاتية الأولية تكون في البداية متمركزة في الأسرة، ومع توسع محيط الطفل الاجتماعي، فإنها تتردد بسرعة لتتصبح أكثر تعقيدا، (المصري، 2010، 61) فالنفاعل المبكر مع الآخرين مهم لأنه يقدم للطفل فرصة ليكون نشطا ويدرك الاستجابات الملائمة التي تقود إلى تنمية معتقدات الكفاءة الذاتية لديه، لينتقل الطفل إلى مرحلة جديدة، (عدودة، 2014، 52) ويبدأ بتقييم كفاءته الشخصية من خلال المقارنات الاجتماعية المتضمنة لتعقيدات متشابهة، أكثر من أن يقيما بناء على خبراته الذاتية، فنجد أن الأقران لهم دور إيجابي مهم في تنمية المعرفة الذاتية للأطفال بقدراتهم. (حدان، 2014، 40-41)

3.6. إتساع الكفاءة الذاتية من خلال تأثيرات جماعة الرفاق:

يشير "باندور" (Bandura) إلى أن ميل الأفراد إلى اختيار رفقاءهم ممن يشاركونهم الاهتمامات، الميولات والقيم هو ما يؤدي إلى التأثير المتبادل بينهم. كما يشير "شك" (Schunk) إلى أن التماهي مع النماذج وملاحظة الآخرين المشابهين للفرد ينجحون، يرفع من الكفاءة الذاتية لديه. (الحري، 2002، 32) كما يستطيع الأطفال من خلال علاقاتهم بالأقران زيادة معارفهم الذاتية عن قدراتهم حيث أن الأقران يقدمون نماذج لأساليب التفكير والسلوك الفعال ويميل الأطفال في عملية اختيار الرفاق إلى اختيار الأفراد الذين يشاركونهم ميولاتهم واهتماماتهم وهذا من شأنه أن يعزز معتقدات الكفاءة الذاتية في مجال الاهتمامات المشتركة، (حدان، 2014، 41) والأطفال الذين ينظرون إلى أنفسهم على أنهم غير فاعلين اجتماعيا ينسحبون اجتماعيا، تتدنى كفاءتهم الذاتية في المواقف التي تجمعهم بأقرانهم ويملكون شعور منخفضا بقيمة الذات. (العبد الله، 2009، 52)

4.6. المدرسة كقوة لغرس الكفاءة الذاتية:

يشير "شانك" (Schunk, 1987) إلى تأثير المدرسة في تنمية الكفاءة الذاتية لدى الطفل، حيث تعد المدرسة هي البوتقة التي تطور قدرات الطفل وكفاءته المعرفية، فخلال الفترة التكوينية الحاسمة لحياته تمثل مهمة المدرسة السياق الأساسي لتسديد وترسيخ معتقدات الكفاءة المعرفية. وهي مجتمع مصغر يحفز نمو قدرات الطفل المعرفية ومهارات حل المشكلات بصفة جوهرية من أجل المشاركة بكفاءة أكبر في المجتمع الشاسع. ويقوم الطفل بعدة نشاطات ذهنية بصفة مستمرة فيختبر معارفه وتفكيره وقيمتها ويقارنها اجتماعيا عند اتقانه لمهارات المعرفة؛ حيث يتنامى لديه جس الكفاءة العقلية، إلى جانب العديد من المهارات الاجتماعية بالإضافة إلى التعليم الأكاديمي. (المزروع، 2007، 70)

5.6. نمو الكفاءة الذاتية من خلال الخبرات الانتقالية للمراهقة:

إن كل مرحلة من مراحل النمو تفرض متطلبات جديدة للقدرات، كما تأتي وكأنها تحديات جديدة للكفاءة الذاتية. والمراهقة عبارة عن مرحلة انتقالية مهمة والتي تمثل العديد من التحديات الجديدة. فالمرهقون باقترابهم من مطالب الرشد يتوجب عليهم تعلم تحمل المسؤولية، كما أنه وفي هذه المرحلة الحساسة بالذات يبدأ الدور الذي سيلعبونه في الرشد بالبروز في كل مجالات الحياة، حيث أنه على المرهقين التفكير بجدية بما يريدون فعله بحياتهم المستقبلية الدراسية والمهنية، وكل هذا يتطلب اكتساب عديد المهارات الجديدة، والتدريب على التعامل بإتقان مع الطرق الخاصة بمجتمع الراشدين، وتعلم كيفية التعامل مع تغيرات سن البلوغ الجسمية، الانفعالية، الجنسية. (Bandura, 2003, 268-269)

إن شعور المرهقين بالكفاءة يزيد بواسطة تعلمهم كيف يتعاملون بنجاح مع القضايا الشائعة المحتملة، والتي لم يمارسوها من قبل كالتعامل مع أحداث الحياة المؤلمة، فعزلهم عن المواقف الصعبة يؤدي على جعل الفرد يكتسب الطرق السيئة للتعامل مع العقبات التي تعترضه مستقبلا. بالإضافة إلى أن نجاح المرهق في إدارة المصاعب ينمي قوة اعتقاده في إمكانياته وقدراته، فالمرهق الذي يملك القدرة على إدارة التغيرات الآنية التي تحدث في آن واحد للأدوار البيولوجية، التربوية، الرياضية والاجتماعية لديه معتقدات كفاءة ذاتية قوية. (العتيبي، 2008، 37-39)

ويؤكد "باندورا" أهمية الدور الكبير لمرحلة المراهقة في تنمية معتقدات الكفاءة الذاتية، والذي يبرز في التعامل مع المثيرات السلوكية، الاجتماعية والبيئية، فيؤثر النضج في البراعة الجسدية، كما يتضح في التخطيط الذاتي للكفاءة في المجال المورفولوجي والسيكولوجي؛ ولهذا يرى كل من "إيلس" و"مادجلي" (Eccles & Midgley) الوارد في (Bandura, 1997) أنه يجب على المراهقين إعادة تنظيم حسهم بالكفاءة والعلاقات الاجتماعية، حيث أنهم يشعرون بفقدان التحكم الشخصي، وتتندى ثقفتهم بأنفسهم ودوافعهم الذاتية. كما ورد أيضا عن "كونولي" و"هليلر" و"اليد" (Connolly, Wheeler & Ladd) أن معتقدات الكفاءة لدى المراهقين في النواحي الأكاديمية والاجتماعية هي داعم لمشاعرهم الانفعالية، بالإضافة إلى أن العلاقات الشخصية الناجحة تدعم الشعور بالرضا الشخصي، ما يكسب المراهق قدرة أكبر على تحمل الضغوطات والاجتهاد، فترتفع نتيجة لذلك معتقدات الكفاءة الاجتماعية لديه. (المزروع، 2007، 71)

6.6. الكفاءة الذاتية الخاصة بمراحل الرشد:

يتمكن الفرد في مرحلة الرشد من التعامل مع العديد من المطالب الجديدة كالعلاقات الوالدية والمجالات المهنية، حيث أن مهام السيادة المبكرة والشعور القوي بالكفاءة الذاتية يعد مهما لإنجاز النجاحات المؤكدة، فيشير "باندورا" (Bandura) إلى أن بداية الحياة المهنية المنتجة تعد تحديا تحوليا في مرحلة الرشد المبكر، في بدايات هذه الفترة يُضع الفرد أمام تحديات انتقالية جديدة، حيث يوجد العديد من الطرق التي من خلالها تساهم الكفاءة الذاتية في التطور المهني والنجاح الوظيفي، وفي هذا المجال ومن خلال المراحل التمهيديّة فإن الكفاءة الذاتية لدى الأفراد تحدد لهم بشكل جزئي كيفية تطوير الأساس المعرفي الخاص بهم، وتلعب دورا أساسيا في تعلم المهارات الأساسية، إدارة الذات، واكتساب المهارات الاجتماعية التفاعلية التي تعتمد عليها المجالات المهنية. كما أن الاعتقاد في القدرات يكون مؤثرا في مسار الحياة المهنية الذي يختاره الراشد، وكذا فإن زيادة الشعور بكفاءة التنظيم الذاتي يعد أفضل أداء وظيفي. (حدان، 2014، 42)

وتزداد تحديات الراشد مع تحمله لمتطلبات أدواره ومع ازدياد هذه الأدوار تشمل الدور الزواجي والدور الوالدي وغيرها من الأدوار المهنية، فنجاح الراشد في أدواره المختلفة يتعلق بدرجة اعتقاده بقدرته بالقيام بها، حيث يرتفع نجاح الإنجاز مع ارتفاع الكفاءة الذاتية بينما انخفاض الكفاءة يرتبط بانخفاض القدرة على القيام بها.

وفي أواسط العمر-السنوات المتوسطة من هذه المرحلة- يستقر الأفراد في الأعمال الروتينية التي ترسخ شعورهم بالكفاءة الشخصية في المجالات الرئيسية للأداء، ومع ذلك فإن التغيرات التكنولوجية والاجتماعية المتسارعة تتطلب التكيف اللازم عند إعادة التقييم الذاتي للقدرات. كما تظهر تحديات المنافسين الأصغر سناً، فالمواقف التي تتطلب المنافسة تفرض تقييم ذاتي للقدرات عن طريق المقارنة الاجتماعية مع المنافسين الأصغر سناً. (عدودة، 2014، 54)

7.6. إعادة تقدير الكفاءة الذاتية مع التقدم في السن:

يرى "باندور" (Bandura) أن الكفاءة الذاتية عند المسنين تقوم على القدرات البيولوجية حيث أن الكثير من القدرات البيولوجية، تتناقص مع التقدم في السن مما يؤدي إلى الحد من النشاط ويعمق ضعف وعدم الكفاءة، من ذلك يرجع كبار السن انخفاض قدراتهم المعرفية إلى التراجع في الذاكرة فهم ينظرون إلى أن الذاكرة قد تتراجع بيولوجياً مع التقدم في العمر فتكون تقهيم في ذاكرتهم الضعيفة، ويبدلون مجهود أقل في تذكر الأشياء، هذا الاعتقاد السالب يرجع إلى اعتمادهم على مرجعية غير مناسبة للتقييم كتقييم كفاءة الفرد بمن هم في سن أقل حيث يبرز مثل هذا الأسلوب في التقييم تراجع كفاءتهم. كما تزداد المشكلة حدة مع حدوث التقاعد وما يتبعه من تغيرات اجتماعية واقتصادية كل هذه العوامل يمكن أن تسهم في إضعاف كفاءته الذاتية وخاصة في البيئة غير مشجعة للكبار على الاستفادة من خبراتهم واستثمار وقتهم ويعتمد تطوير الكفاءة في هذه الفترة على تشجيع كبار السن وإلى إعادة النظر في أسلوب تقييم قدراتهم ومساعدتهم على توظيف المخزون المعرفي والمهارات التخصصية للتعويض عن المفقود في القدرات البدنية ومساعدتهم على الاعتماد على معيار منطقي للمقارنة الاجتماعية في الكفاءة الذاتية. (الحري، 2006، 29-30)

نستخلص مما سبق أن الكفاءة الذاتية تتغير بتغير مراحل نمو الفرد، وهذا حسب متطلبات وخصوصية كل مرحلة، فتكون بدايات تشكلها منذ مراحل مبكرة من الطفولة، لتستمد من الأسرة فلتعامل الوالدين واساليبهم التربوية الاثر البالغ على بنائها لدى أبنائهم، ومن ثم تتوسع باتساع محيط الطفل، لتستفيد من جماعة الرفاق والمجتمع المصغر الذي توفره المدرسة بالإضافة إلى كل ما تقوم به من أدوار تؤثر على نمو الكفاءة الذاتية لدى الطفل. كما نلاحظ أن مرحلة المراهقة تميزت بإثرائها لهذه المعتقدات وفقاً لحساسية هذه المرحلة الانتقالية وما يجري فيها من أحداث وصراعات، لتترسخ بعد ذلك هذه الكفاءة وتظهر أنواع أخرى منها كالكفاءة المهنية والتدريسية لدى المعلمين في مرحلة

الرشد عبر فتراتنا من الشباب إلى الكهولة، ومع عديد ما يجري فيها من أحداث انتقالية حاسمة كالشغل، الزواج والابوة حيث تعرف الكفاءة الذاتية أوجها خلال هذه المرحلة، كما تعرف خلالها استقرار واضحا، في حين أنها تتميز بتدهور مع التقدم في العمر إلى الشيخوخة مروراً بالتقاعد وما بعده من أحداث وتغيرات تحدث للفرد في جميع نواحي حياته الصحية النفسية وحتى الذهنية.

7. تحسين مستوى الكفاءة الذاتية:

حسب "عدودة" (2014، 72-73) فإن "مارلات" و"جوردون" (Marlat & Gordon, 1985) توصلنا إلى أربعة مراحل مختلفة كإجراءات لحث الكفاءة الذاتية لمرضاها من أجل تحسين مستواها، ويمكن تلخيص هذه المراحل في التالي:

1.7. التأثير في الأثر المرجعية للمريض:

تتمثل في تعليم المريض أنه لكي يحقق السلوك المرغوب فإنه يجب عليه أن يتعلم مهارات معينة، فعلى سبيل المثال للإقلاع عن التدخين، يتعين على الفرد تعلم المهارات اللازمة التي تساعد على التوقف عن التدخين، وكما أن الكفاءة الذاتية ترتبط بخبرات النجاح (كما ورد في عنصر سابق أنها أحد أبرز مصادر الكفاءة الذاتية) فإنه من الضروري أن يضع الفرد لنفسه أهداف جزئية واقعية أي إجرائية في سبيل الإقلاع عن التدخين طوال اليوم وهذا على سبيل المثال لا الحصر.

2.7. البحث عن مواقف الخطر المرتفع وتعليم مهارات المواجهة الخاصة بها:

وتتضمن هذه المرحلة النظر إلى مواقف الخطر المحتملة عن طريق معرفة أسباب الفشل في المحاولات السابقة للتوقف عن التدخين مثلا، وابتكار اليات مواجهة تتناسب مع كل موقف من مواقف الخطر الجديدة.

3.7. الممارسة الفعلية لهذه المهارات:

من المهم في هذه المرحلة ممارسة كل هذه الاستجابات السابقة في الواقع.

4.7. تعليم المرضى كيفية معالجة حالات الانتكاسة:

إذ حدثت انتكاسة فإن من المهم أن يتعلم الفرد المريض أو المعلم مثلا من هذه الانتكاسة عن طريق معرفة أسبابها والبحث عن كيفية تجنب حدوثها في المستقبل.

وحسب "الدق" (2011، 146-147) فإن مختلف أساليب رفع مستوى الكفاءة الذاتية لدى الأفراد تساعدهم في ترسيخ الكفاءة الذاتية المطلوبة للتغلب على الصعوبات التي تعترضهم في مختلف مواقف الحياة اليومية.

كما أن هذه الأربعة مراحل المتتالية أو الأساليب التي تعتبر إجراءات لترسيخ وتقوية الكفاءة الذاتية تصلح للمرضى ولأصحاء، وكذا تصلح لتحسين مستوى الكفاءة الخاصة والتدريسية لدى المعلمين وغيرهم وليس فقط الكفاءة الذاتية فالمرحلة الأولى هي التأثير في الاطار المرجعي للفرد، ثم تحديد مواقف الخطر وتعلم مهارات المواجهة الخاصة بها، وبعد ذلك ممارسة هذه المهارات في الواقع، وفي الأخير تعلم كيفية معالجة حالات التراجع والانتكاسات وهي المرحلة التي تتضمن معنى التقييم والتقويم إن صح التعبير.

8. الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي لدى المريض المزمن:

إن أغلب نظريات السلوك الصحي تهتم بالكفاءة الذاتية؛ لأن ممارسة الفرد للتحكم والسيطرة على بيئته وسلوكياته في الحياة يلعب دورا في تغيير سلوكياته التوافقية حسب ما تقتضيه حالته الصحية من أجل المحافظة على الصحة والتكيف مع المرض، فحسب نظرية الكفاءة الذاتية لـ"باندورا" (1977) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الكفاء الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية؛ وهذا يعني أن الكفاءة الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد، وتؤكد هذه النظرية أيضا أن أداء السلوك الصحي عامة كالالتزام الصحي على سبيل المثال، وممارسة الكفاءة يتم وفقا لشروطين أساسيين هما: توقعات الكفاءة وتعني القدرة المدركة على أداء السلوك، وتوقعات النتيجة وتعني الاعتقاد بأن السلوك سيحقق النتائج المرغوبة، (رزقي، 2011، 44-45) وهذا المثال يوضح توقعات النتيجة لأحد مرضى ارتفاع ضغط الدم "اتباع حمية غذائية صحية يقي من خطر الإصابة بجلطة دماغية".

واستنادا على ما سبق وحسب "شيلي" (2008، 143-146) فإن المحددات الأساسية لممارسة الالتزام الصحي هو أن يكون لدى الفرد كفاءة ذاتية قوية، وهو الاعتقاد بأن لديه القدرة على ضبط ما يقوم به من ممارسات إزاء سلوك محدد، فاعتقاد المدخن على سبيل المثال بأنهم لا يستطيع تغيير عاداته بالشكل السليم، هو ما يمنعه من محاولة التوقف عن هذه العادة، مع أنه يعلم تماما بأن التدخين فيه مجازفة بحياته على المدى الطويل، وأن التوقف عن التدخين أمر لصالحه.

كما قد بينت الدراسات أن الكفاءة الذاتية تؤثر في السلوكيات الصحية بطريقة متنوعة قد تصل إلى حد الامتناع عن التدخين، ضبط الوزن، الإقلاع عن تعاطي الكحول، الانتظام في ممارسة التمارين الرياضية، تغيير النظام الغذائي وغيرها من السلوكيات المتعلقة بالصحة ومؤشرات الالتزام الصحي. كما توصلت الأبحاث إلى وجود علاقة قوية بين إدراك الفرد بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية، وبين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في سلوكياته المتعلقة بالصحة، وبين الحفاظ على هذه التغييرات على المدى البعيد. (رزقي، 2011، 44)

ومن بين هذه الدراسات تلك التي أجراها (Mcauley, 1992) على مجموعة من الأفراد في مرحلة أوسط العمر، ممن يمضون أغلب أوقاتهم جالسين، وممن يتميزون بكفاءة ذاتية عالية

فيما يتعلق بممارسة الرياضة، أقرّوا بأنهم يبذلون جهداً أقلّ أثناء التمرين، ويشعرون بحالة مزاجية أفضل مقارنة بأولئك الذين كانوا يعتقدون بتدني مستوى كفاءتهم الذاتية، كما أن الانفعالات الإيجابية التي صاحبت ممارسة الرياضة تتبأت بدورها بظهور الاعتقاد بالكفاءة الذاتية لاحقاً، وبيّنت أن الحالة الوجدانية قد تساعد على الاستمرار بممارسة الرياضة مستقبلاً وعكس ذلك كان أيضاً صحيحاً، إذ تبين أن الأفراد الذين لديهم مستوى متدنٍ من الكفاءة الذاتية فيما يتعلق بالممارسة الرياضية كانوا أقلّ احتمالاً للاستمرار في الممارسة. (عدودة، 2014، 71)

كما أنه في الدراسة التي قام بها (Baron, K, 2009) والتي هدفت إلى تقييم ما إذا كانت الكفاءة الذاتية تتوسط العلاقة بين الاكتئاب والالتزام بالصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم على عينة قوامها (167) مريضاً من الأمريكيين الأفارقة ممن يخضعون لتطبيق الرعاية الصحية الأولية، قد أسفرت على أن أعراض الاكتئاب ترتبط مع تدني كل من مستوى الالتزام الصحي والكفاءة الذاتية، وترتبط الكفاءة الذاتية سلباً بالالتزام الصحي خلال فترة المتابعة، كما بيّنت الدراسة أن العلاقة بين الأعراض الاكتئابية والالتزام الصحي تصبح ضعيفة بعد تحسين الكفاءة الذاتية لدى المرضى. (عدودة، 2014، 71)

وفي هذا المجال عديد الدراسات في التراث السيكلوجي والطبي تناولت العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومتغيرات الشخصية، وتغيير السلوك لدى المشاركين في برنامج علاجي للإقلاع عن عادة التدخين، وقد أوضحت تلك الدراسات أن للتدخين مضاعفات صحية واقتصادية وخيمة تعود بالضرر على الفرد والمجتمع، بالإضافة إلى صعوبة التخلص منه؛ هذا أن التبغ من أحد المواد النفسية التي تسبب الاعتماد. (عدودة، 2014، 72)

وعلى هذا الأساس يرى "باندورا" (1986) أن الكفاءة الذاتية هي الآلية التي من خلالها تمارس العوامل النفسية والاجتماعية تأثيرها على الممارسة الصحية، وقد تعمل كفاءة الفرد على تنظيم كل من نشاطه النفسي والاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عديدة، ونلخصها كما وردت في (عدودة، 2014، 72) في ما يلي:

- ✓ من خلال تأثيرها على كل ما اختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- ✓ من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله الفرد للوصول إلى أهداف محددة في حياته المهنية أو الشخصية.
- ✓ من خلال تأثيرها على مدة مثابرة الفرد في وجه الصعوبات والاحباطات المتكررة التي يمر بها.
- ✓ من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي سيعاني منه الفرد لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته.
- ✓ من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره وتصوراته للواقع.

كما يتضح أن التراث السيكولوجي يزخر بالدراسات والبحوث التجريبية والإمبريقية التي تبنت نظرية الكفاءة الذاتية لـ"باندورا" (1977) كمنهج علمي دقيق في البحث عن الحلول العلاجية والوقائية المناسبة والفعالة للتغلب على أمراض العصر وعوامل الخطر الصحية الأيضية منها والسلوكية، ويكاد يكون هناك شبه إجماع بأن هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة حول الجوانب النفسية الاجتماعية للصحة، إذ أن له فائدة علمية وإكلينيكية كبرى؛ نظرا لاعتبار مبادئه عنصرا رئيسيا في التدخلات الوقائية العلاجية في مجال علم النفس الصحي. (عدودة، 2014، 72)

كما تجدر الإشارة إلى أنه قد تختلف علاقة الالتزام الصحي بالكفاءة الذاتية حسب خصوصية المرض ففي المرض المزمن على سبيل المثال تختلف سلوكيات الالتزام الصحي الخاصة به وتتنوع حسب خصوصية كل نوع، كما قد يختلف مستوى الكفاءة الذاتية اللازم في سبيل السيطرة عليه حسب حدة هذا المرض ووجود المضغفات من عدمها مثلا. في حين أن المرض المعدي لا يحتاج إلى نفس سلوكيات الالتزام الصحي ولا نفس نوع ومستوى الكفاءة الذاتية اللازمين من أجل الشفاء أو الوقاية منه.

فحسب (Schwarzer, 2011) فقد أثبتت الدراسات الارتباط الوثيق بين الكفاءة الذاتية بالإدارة الفعلية لتدابير الرعاية الذاتية خصوصا لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم. وتتضح هذه العلاقة في أن المريض المزمن في سبيل السيطرة على مرضه خلال اتباعه للحمية، ممارسته للنشاط البدني بانتظام ولجعل نمط حياته عامة متلائم مع خصوصية مرضه برغم كل المغريات المحيطة به، يحتاج إلى المبادرة، الثقة في قدراته على القيام بهذه السلوكيات بالشكل المطلوب، المثابرة وعدم الاستسلام للمعيقات، بذل الجهد اللازم، الصبر والقدرة على تحمل الصعاب، والاستمرار على هذه السلوكيات التكيفية الخاصة بالالتزام الصحي لأمد طويل، وهذا ما يقصد بالكفاءة الذاتية العالية.

وفي هذا الصدد نشير إلى أن المريض الذين لديه مستوى متدني من الالتزام الصحي يتطور مرضه المزمن بسرعة فتظهر عليه المضاعفات سريعا فعلى سبيل المثال إذ لم يلتزم مريض السكري بالانتظام في تناول ادويته، اتباع حميته الغذائية المناسبة، أداء النشاطات البدنية الكافية وغيرها من سلوكيات الالتزام الصحي الخاصة بهذا المرض بحد ذاته فإن مرضه سيتطور سريعا وقد تكون لديه اعتلال الشبكية السكري في وقت قريب أو يفقد الاحساس فتنزجر أنسجة قدمه بدون أن يشعر لها ما قد يؤدي به إلى بترها جزئيا أو كليا وغيرها العديد من المضاعفات الأخرى، وقد ينتج عدم التزامه عن عوامل نفسية، معرفية أو اجتماعية كقلة المساندة الأسرية، عدم تقبل المرض، أو الجهل بالمعلومات اللازمة حوله، أو عن تدني مستوى الكفاءة الذاتية لدى المريض حول قدرته عن السيطرة على مرضه.

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق أن الكفاءة الذاتية تعتبر من أهم المتغيرات النفسية تأثيراً على سلوك الفرد، فهي تعبر عن مدى ثقته بقدرته على إنجاز المهام الموكلة إليه، كما أنها مؤشر للتنبؤ بمدى قدرته على الأداء. ولها عدة أنواع كالكفاءة الذاتية: الجماعية، القومية، الأكاديمية والتدريسية.

وهذا النوع الأخير يدعى أيضاً بفاعلية المعلم الذاتية، الكفاءة الذاتية للمعلم والكفاءة التدريسية، وهي ذات طابع مهني تخص المعلمين والأساتذة فقط. وتعتبر عن ادراك المعلم وثقته بمقدرته على القيام بالمهام التدريسية المنوطة به على أكمل وجه، فتحدد مقدار الجهد الذي سيبدله، وتؤثر في أنماط تفكيره وحتى على سلوكه أيضاً. كما ينطبق عليها جل ما ورد عن الكفاءة الذاتية في التراث السيكولوجي من مصادر وأبعاد وخصائص، وهي تتطور مع مراحل النمو، فتبلغ أوجها خلال مرحلة الرشد. ويمكن تحسين مستواها بعدة أساليب.

وكذا فللكفاءة الذاتية علاقة بالالتزام الصحي وهذا حسب ما أكدته عديد الدراسات النفسية، فالمريض الذين لديه مستوى متدني من الالتزام الصحي يتطور مرضه المزمن بسرعة فتظهر عليه المضاعفات سريعاً، كما يتأثر مستوى الالتزام الصحي بعوامل نفسية، معرفية واجتماعية كقلة المساندة الأسرية، عدم تقبل المرض، قوة الكفاءة الذاتية لدى المريض حول قدرته عن السيطرة على مرضه، أو الجهل بالمعلومات اللازمة حوله.

الفصل الثالث الالتزام الصحي

تمهيد

1. مفهوم الالتزام الصحي
 2. العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي
 3. النماذج النظرية المفسرة للالتزام الصحي
 4. قياس الالتزام الصحي
 5. عدم الالتزام الخلاق
 6. تحسين مستوى الالتزام الصحي
 7. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم
- خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر الاصابة بمرض مزمن بمثابة منعرج في حياة الفرد، فلا شفاء له منها إلا ما ندر، فهي تتطور ببطء لترافقه مدى الحياة وتلحق الضرر بمختلف أعضاء جسمه بمضاعفاتها العديدة؛ لهذا فهي تستوجب أن يتعايش معها هذا المريض بمساعدة أسرته ومعالجه، فالدواء بمفرده غير كافي لتقليل من تبعاتها الصحية، النفسية، المادية، بل يحتاج إلى تدعيم مفعوله بعدة سلوكيات صحية تتعلق بالانصياع لتعليمات الطبيب فيما يخص التقيد بالوصفة الطبية وبتعليمات المعالج، اتباع الحمية الغذائية المناسبة، الابتعاد عن التدخين، الكحول والمخدرات، ممارسة التمارين الرياضية، وغيرها من السلوكيات التي تعبر عن الالتزام الصحي، هذا الاخير الذي سنوضح في هذا الفصل مفهومه، العوامل المؤثرة فيه، بعض أهم النظريات المفسرة له، مروراً بقياسه، وعدم الالتزام الخلاق وصولاً إلى طرق تحسينه، فسلوكيات الالتزام الصحي الخاصة بداء السكري وارتفاع ضغط الدم.

1. مفهوم الالتزام الصحي (Health adherence) :

يعد الالتزام الصحي مصطلحا حديث الظهور في علم النفس، حيث يطلق عليه أيضا الازعان الصحي أو الانضباط الصحي، وهو مفهوم يشير إلى مسؤولية المريض في إدارة مرضه. وأصل الالتزام في اللغة من فعل لَزِمَ فيقال: رجل يَلْزِمُ الشيء أي لا يفارقه، ومُلَازِمَةُ الشيء تعني الدوام عليه، كما أن يعني أيضا الاعتناق. (ابن منظور، 2014، 4027) وهذا يعني أن الالتزام في معناه اللغوي يحمل معنى الاستمرار على الفعل وعدم الانقطاع عنه، لهذا فالالتزام الصحي يعني في اللغة الاستمرار في فعل السلوكيات المتعلقة بالصحة على الدوام، وهذا المعنى قريب من معناه الاصطلاحي.

يعرف الالتزام الصحي اصطلاحا حسب "يخلف" (2001، 210) على أنه "اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية وقيمة ذاته وفيما يفعل، ويتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم واعتقاده أن لحياته هدفا ومعنى يعيش من أجله." (نوار، زكري، 2016، 91)

كما تعتبره "نوار شهرزاد" و"زكري نرجس" (2016) أحد أنماط السلوك الصحي ويعبر عن "الالتزام الذي يفترض أن يتبعه مريض السكري لتجنب مضاعفات المرض كالالتزام بالعلاج وإتباع التعليمات الطبية وإجراء السلوك الوقائي". (نوار، زكري، 2016، 89)

كذا يعد الالتزام الصحي حسب "زناد" (2008،18) هو "سلوك صحي وقائي، يتبعه المريض ويعني أن المرضى يوافقون على إتباع وصفة الطبيب بنسبة 70% على الأقل". (زغير واخرون، 2019، 736)

ويعرفه "زغير" واخرون (2019، 736) بأنه "درجة التوافق بين سلوك المريض من حيث أخذ الدواء، الحمية، تغير سلوكات الحياة، من جهة والامتثال للتعليمات الطبية من جهة أخرى". (زغير واخرون، 2019، 736)

ومن خلال التعاريف سابقة الذكر يتضح أن الالتزام الصحي يعبر عن سلوكات توافقية يقوم بها المريض لتجنب مضاعفات المرض، فيتسم بأنه سلوك صحي وقائي. ويمكننا اعتبار أنه "جملة السلوكات الصحية التي لا تقتصر فقط على مدى إتباع المريض للتعليمات الطبية، أخذ الأدوية بالطريقة والكميات المطلوبة، إنما تتعداه إلى سلوكات الإدارة الذاتية ما يجعل من المريض عنصرا إيجابيا فاعلا في هذه العملية، وهي تعبر عن مدى توافق المريض مع حالته الصحية".

2. العوامل المؤثرة في الالتزام الصحي:

يوجد عديد العوامل التي تحدد الالتزام الصحي، وعادة ما تتدرج ضمن العوامل المتعلقة: بالمريض، بالمرض، بالبرنامج العلاجي، بالعلاقة طبيب/مريض، والعوامل السوسيو اقتصادية، والتي نوضحها في ما يلي:

1.2. عوامل متعلقة بالمريض:

يعتبر المريض حجر الأساس، فهو الطرف الفاعل الرئيس في انجاح عملية العلاج؛ لتفادي تفاقم المرض خاصة المزمن، تجنب مضاعفاته على المدى البعيد، والتكيف مع الوضع الجديد. (رزقي، 2011، 61) حيث أثبتت عدة دراسات وجود جملة عوامل-من وجهة نظر المريض- تؤثر في الالتزام الصحي؛ فمن أجل ذلك يجب على المريض أن: يعرف ماذا يفعل، يمتلك المهارة اللازمة لفعل ذلك، يعتقد أنه يستطيع أن يفعلها، يعتقد بأنه من المفيد القيام بذلك، يعتقد أن التزامه بالعلاج آمن، يعتقد أن فوائد الالتزام تفوق المساوئ، يملك الرغبة في الالتزام، تتوفر لديه الموارد اللازمة لذلك. (لكحل، 2010، 48) وفيما يخص العوامل المتعلقة بالمريض يمكن التطرق إلى: السن، الجنس، السلالة العرقية، المعرفة، الكفاءة الذاتية، مصدر الضبط، الدعم الاجتماعي-من الأسرة والاصدقاء-، السمات الشخصية والمعتقدات وغيرها، ونوضح ذلك كما ذكرته "لكحل" (2010، 48-52) في ما يلي:

✓ **السن:** تظهر أغلب الدراسات عدم وجود ارتباط بين السن والالتزام الصحي (Jack Haynes et al 1979) (E.Fincham,2007). في حين أن دراسة "Gibson" تكشف ان الالتزام ينخفض مع التقدم في العمر، حيث يكون مرتفعا لدى الرضع والأطفال الصغار بنسبة 77%. أما في دراسة "Walders" وجد أن الالتزام يكون بنسبة 46% فيما يخص أجهزة الاستنشاق لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 8 و 16 سنوات، وأن الالتزام يتناسب عكسيا مع العمر. ويعد كبار السن أكثر عرضة لعدم الالتزام بسبب توفر كل الأسباب المساعدة على عدم الالتزام الصحي من:

- تعدد الأمراض وبالتالي تعدد الأدوية (3%0 من المسنين يتناولون أكثر من ثلاثة أدوية)
- الاضطرابات المعرفية (مصدر لعدم الفهم)
- الاعتماد على المحيط

- العجز الجسدي (الاضطرابات البصرية والسمعية، نقص الرشاقة، الرعشة... وغيرها)
تكرار المضاعفات الجانبية (تفاعل الأدوية، العجز الكلوي... وغيره) (لكحل، 2010، 48)

✓ الجنس: تثبت بعض الدراسات عدم وجود فروق في الالتزام الصحي بين النساء والرجال، فعلى سبيل المثال دراسة (Monane et al 1996) فيما يخص تناول أدوية ارتفاع ضغط الدم. فيما تبين دراسات أخرى أن النساء أكثر التزاماً في تناول أدوية الشيزوفرينيا. (لكحل، 2010، 48)

✓ السمات والمعتقدات: لقد أظهرت بعض الأبحاث بوضوح أن الفرد ذاته يظهر مستويات مختلفة من الالتزام في حالات مختلفة (Lutz et al 1983, Orme and Binik 1989) ومع ذلك تؤكد إحدى الدراسات أن بعض المحددات الشخصية تخفض الالتزام بالاستشارات الطبية. فقد استخدم "Christensen" (1997) مقياس للخصائص الشخصية مثل الغضب والشك لمرضى غسل الكلى، حيث ارتبطت الدرجات المرتفعة بعدم الالتزام مع التوصيات المتعلقة بالنظام الغذائي والأدوية. عدم الالتزام هو أيضاً من سمات الأفراد الذين تستند آليات التكيف لديهم على التجنب أفراد يميلون إلى اللجوء إلى توظيف استراتيجيات مثل "سيحدث شيء ما" "قد يختفي ببساطة".

كما أن بعض التغيرات المؤقتة في الحالة العاطفية للمريض تؤثر في رفع أو خفض مستوى الالتزام الصحي لديه، فالمريض المتفائل أكثر إتباعاً للتوصيات الطبية على عكس المريض المتشائم المكتئب الذي يكون أقل التزاماً وبالمثل في دراسة (Cipher et al 2002) حول المرضى الذين يعانون من الألم المزمن، إذ وجد أن قمع المشاعر السلبية مثل الغضب يحسن الالتزام في حين أن تضخيم تلك المشاعر السلبية يؤثر على الالتزام سلباً كما أن المرضى يميلون لأن يكونوا أكثر التزاماً عند الاعتقاد في خطورة المرض وفقاً لنموذج صحة الاعتقاد.

✓ الكفاءة الذاتية: يرى "Bandura" أن المعرفة غير كافية للقيام بالسلوك، فعلى الفرد أن يكون على ثقة بأنه قادر على أداء سلوك معين. ويسمى هذا الاعتقاد بالكفاءة الذاتية هي نتاج فعالية كل من التوقعات (تصور الفرد حول قدرته على تحقيق مستوى معين من الأداء)، ونتائج التوقعات (تقييم الفرد للنتائج المحتملة لسلوك معين). وقد أظهرت عديد البحوث أن الكفاءة الذاتية تمكن من التنبؤ بمدى إمكانية انخراط الفرد في سلوك معين. الناس الذين لا يعتقدون

أنهم يستطيعون التوقف عن التدخين، على سبيل المثال، يكونون أكثر عرضة للانتكاس، وبالمثل فالنساء اللواتي يشعرن بالقابلية لأداء الفحص الذاتي للثدي يزيد احتمال قيامهن بذلك. وترتبط الكفاءة الذاتية بالالتزام بالدواء وممارسة الرياضة، فالمريض يكون قادر على أداء سلوك بعينه ولكن ليس آخر.

يشير (Payne and Walker 1996) إلى أن الأشخاص الذين لديهم تدني احترام الذات وانخفاض الكفاءة الذاتية لا يقيمون أفكارهم الخاصة، وبالتالي يكونون أكثر التزاما بالتوصيات الطبية لأنهم يقيمون ما يقوله لهم الأطباء أكثر من أولئك الذين يكون احترام الذات لديهم مرتفع.

يتضح مما سبق ذكره أنه توجد عدة عوامل ذات الصلة بالمريض والتي تتدخل في تحديد الالتزام الصحي كالسن، الجنس، العرق، الكفاءة الذاتية، المعتقدات والسمات الشخصية.

2.2. العوامل المتصلة بالمرض:

يؤثر المرض على الالتزام الصحي لدى المرضى تأثيرا مختلفا، وذلك حسب طبيعة هذا المرض ودرجة خطورته في تصور المريض، وكيف يعيشها، فمن بين أبرز العوامل المتصلة بالمرض:

- ✓ إزمان المرض
 - ✓ عدم وجود أعراض واضحة للمرض، أو كونها لا تشكل انزعاج فوري
 - ✓ أعراض ثابتة يمكن الاعتياد عليها
 - ✓ تدني خطورة المرض، كما يحسها المريض بشكل ذاتي. (رزقي، 2011، 62)
- إن عدم وجود أعراض يشكل نقطة مهمة، فالمريض قد لا يشعر بالمرض حتى يدرك أن لديه مشكلة صحية، أضف إلى ذلك أن غياب الأعراض لا يسمح للمريض بتقييم فعالية العلاج. (Gérard Reach, 2006) (لكحل، 2010، 53)

كما يتأثر الالتزام الصحي بمعاناة المريض من أمراض أخرى مصاحبة تؤثر سلبا على الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول وباقي الأمراض، فتصبح مسألة الالتزام الصحي تمثل تحديا صعبا بالنسبة للمريض، يعيق شفاؤه ويحول دون تحسن حالته الصحية.

وهذا ما يطرح مسألة الخضوع المطول للعلاج في حالة ازمان المرض ما يؤثر على أسلوب حياة المريض والذي قد يكون عسيرا عليه في بعض الاحيان ولا سيما إذا اجتمعت لديه عدة أمراض بالإضافة الى تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج واثاره الجانبية والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه. (شيلي، 2008، 558)

3.2. عوامل متعلقة بالبرنامج العلاجي (Nonadherence to Treatment Program):

حسب "رزقي" (2011) لا يمكن اعتبار الخضوع للعلاج أمرا بسيط بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستلزم التكيف (Fisher, 237), وهذا من خلال ملائمة المعارف الجديدة مع المعتقدات الذهنية السابقة؛ لهذا تختلف استجابة المريض وفقا لمدة العلاج، الأعراض الجانبية الناجمة عنه، درجة تعقده وفعاليته، وتتحكم جملة من العوامل في سير العملية العلاجية ومدى تقبل المريض لها ومدى امتثاله ويمكن توضيح هذه العوامل فيما يلي:

إن المعرفة الجيدة بالعلاج وأهدافه والوعي بمخاطر الانقطاع عنه، او وجود تفاعلات بين العلاج والكحول أو الأغذية أو الأدوية الأخرى التي قد يتناولها المريض في نفس الوقت مع علاجه ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد للالتزام الصحي، وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض وطبيعة علاقته مع فريق الرعاية الصحية. (رزقي، 2011، 63)

تؤدي بعض الاجراءات المعقدة للعناية بالذات إلى تحقيق أدنى مستوى الالتزام، كما هو الحال فيما يخص مريض السكري على سبيل المثال، والذي يتطلب من المصابين استخدام حقن الأنسولين، ويلزمه بمراقبة التغيرات التي قد تطرأ على نسبة الجلوكوز في الدم، واتباع نظام غذائي معين يمكنه من ضبط كمية السكريات والنشويات التي يستهلكها، إضافة الى ضرورة ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، والاجتهاد في ادارة الضغوط النفسية. (شيلي، 2008، 556)

كما يفند ما سبق ذكره بعض البحوث التي كشفت أن تعقيد البرنامج العلاجي من تعدد جرعات الدواء، اختلاف مواعيدها يعد من أبرز العوامل المؤدية إلى انخفاض مستوى الالتزام الصحي لدى المريض المزمن خاصة -كمريض السكري أو ارتفاع ضغط الدم- وما يزيد الطين بله أن يكون ذو مستوى ثقافي محدود، وهذا سواء من حيث كثرة الجرعات، أو تعقيد طرق الاستخدام، فقد كشفت

أيضا أنه عندما يقتصر العلاج على دواء واحد فقط فإن عدم الالتزام يقدر بـ15%، أما عندما يتكون العلاج من 2 إلى 3 أدوية فقد يبلغ عدم الالتزام ما نسبته 25%، في حين أنه عندما يفوق عدد الأدوية 5 أنواع فإن عدم الالتزام يقدر بـ35%. (Deblic, 2007,422) (رزقي، 2011، 64)

كما أنه عادة ما يصل المريض إلى المستشفى قلق متوجس حول ما قد يُكتشف لديه من أمراض أو اضطرابات، وما قد يحدث لهم داخل المشفى، فعندما يخضع للفحوصات قد تبدو له غريبة، وغالبا ما يشعر بأنه محجوز في غرفته وعليه التكيف مع ما يحمله له المستقبل والذي يمكن أن يكون أصعب؛ ولهذا يبدو على المرضى نزلاء المشافي بعض الأعراض كالكآبة، التوتر، القلق وأحيانا حتى الأرق الناجمة عن الجراحة ونتائجها أو عن جلسات العلاج الكيميائي أو التحاليل والفحوصات المستمرة، كما قد تتسبب في الكوابيس وقلة التركيز بصفة عامة.

(شيلي، 2008، 511) (رزقي، 2011، 64)

قد يفسر ارتفاع مستوى الالتزام الصحي خلال فترات الاستشفاء بدوام المراقبة الطبية؛ ولهذا نجد أن المرضى بمجرد خروجهم من المشفى ينخفض التزامهم الصحي، فلا يحافظون على الاستقرار في تناول الأدوية والحمية الغذائية، وقد يغير البعض علاجاته، فيلتزم فقط بأقل من نصف الأدوية الموصوفة له مثلا بعد انتهاء فترة استشفائه. كما أن عدم تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض وعدم ملاحظته للآثار العلاجية المرجوة من العلاج يعد العامل الاول للانقطاع عنه حسب "Bayada" et "coll" (رزقي، 2011، 65)

وهذا يعني أن كل من انتهاء فترة الاستشفاء وعدم تحسن الأعراض أو ما يسمى بعدم تحقق الأثر العلاجي يؤثران سلبا على الالتزام الصحي للمريض. ومن الجهة المقابلة نلاحظ أن بعض المرضى -كالمصابين بارتفاع ضغط الدم وخاصة الذين لم يتقبلوا مرضهم- قد يؤدي بهم تحسن الأعراض أو اختفائها إلى توقيف العلاج بعدم أخذ الادوية، الانقطاع عن مواعيدهم مع الأطباء بل وتجاهل تعليماتهم.

عادة ما تكون الآثار الجانبية للأدوية مصدر ازعاج كبير لدى أغلب المرضى خاصة عندما تطول فترة العلاج، وهذا يبدو جليا لدى أصحاب المرض المزمن؛ مما يدفع بالكثير من المرضى إلى التوقف عن أخذ الدواء أو عدم تقبله، وهذه المشكلة مطروحة بصورة كبيرة في علاج أغلب الأمراض المزمنة، ففي دراسة قام بها (Tourette Turgis, 2000) عن الآثار الجانبية لعلاج

مرضى السيدا اتضح أن الآثار الجانبية للعلاج شكلت عاملا هاما للانقطاع عن العلاج. كما أثبتت دراسة (leventhal , 1986) لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبيه خاصة الغثيان والتقيؤ. (gauchet, 2008, 42) (رزقي، 2011، 65)

4.2. العوامل المتعلقة بالعلاقة طبيب/ مريض:

ييدي المريض اهتماما كبيرا بنوعية علاقته بالطبيب؛ بالرغم من أن لديه بعض التحفظات حول هذه العلاقة، حيث تتمحور الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول قلة التغذية الراجعة، استخدام مصطلحات علمية تقنية معقدة لا يستطيع بعض المرضى فهمها، وإغفال أن المريض إنسان له شخصيته الخاصة، وبالمقابل يلاحظ أن أحكام المجتمع حول النظام الصحي وجودته غالبا لا تركز على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديمها، وأغلب هذه الأحكام نتيجة عدم دراية المرضى بالأمور الطبية ومعايير الكفاءة؛ وبالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا.

(شيلي، 2008، 531) (لكل، 2010، 50)

كما بين كل من "سكبير" و"ليونارد" (Skiper & Leonard) في دراسة لهما أن تفاعل المريض مع هيئة المستشفى عن طريق تزويده بالمعلومات والدعم العاطفي يمكن أن يخفف إلى حد كبير من أعباء المرض، والذي سيكون له آثار غير مباشرة على استجاباته الاجتماعية، النفسية والفيزيولوجية أيضا، فقد يعجل بشفائه إلى حد كبير. (عدودة، 2014، 94)

وكذا أشار "منظمة الصحة العالمية" في تقرير لها (WHO, 2003) إلى أن نوعية العلاقة بين المريض والمعالج لها دور في تعزيز عملية الالتزام الصحي لدى المريض، وأنه يجب أن يعتبر هذا الأخير طرف فعال في العملية العلاجية، ويجب على الطبيب إشراكه في الخطة العلاجية، وأن يغلب على العلاقة بينهما نوع من النقاش فيما يخص مثلا نظام التغذية الجيد والحمية الغذائية الملائمة التي سيتبعها المريض، وعن نوع الوسائل العلاجية البديلة الأخرى كالرياضة وغيرها.

ولهذه العلاقة طبيب/ مريض عدة أشكال في الواقع المعاش أحدها ايجابي من الطرفين، وهو أفضل صورة للتفاعل بينهما والتي تساعد على تنمية مستوى الالتزام الصحي، والشكل الثاني

سلبي من الطرفين وهو أسوأ صورة لهذا التفاعل الاجتماعي فقد يساهم في تندى مستوى التزام المريض، أما الشكل الأخرى فهو سلبي من أحد الطرفين وإيجابي من الطرف الثاني، ولديه وجهين إما أن يكون إيجابيا من طرف الطبيب وبالمقابل المريض فسلبي غير متعاون، أو أن يكون إيجابي من طرف المريض ويقابله الطبيب السلبي في اتصاله مع هذا المريض. وقد تظهر إيجابية المرضى بتعاونهم مع القائمين على علاجهم أكثر وضوحا عند الزمنين منهم أمثال مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم الذين قد يكونون أكثر انضباطا خلال تنفيذ البرنامج العلاجي.

المهم في هذا الموضوع حسب "شيلي" (2008) و"عدودة" (2014) وغيرهم هو التأكيد على أهمية العلاقة بين الطبيب والمريض، وأن توجد عدة عوامل تحدد طبيعة العلاقة من طرف الطبيب كخبرته المهنية، تأهيله العلمي، تدريبه الفني، اطلاعه على المعلومات الطبية المستجدة وحسن توظيف معارفه، ضميره المهني، أخلاقه، شخصيته وغيرها، فلو حظ مثلا أن بعض الأطباء قد يكونوا أكثر رسمية في التعامل مع المرضى ذوي المستوى الثقافي الأقل من مستواهم، كاستخدام مصطلحات علمية طبية أو تقنية تبدو غامضة نوعا ما بالنسبة لهؤلاء المرضى، أو إبداء بعض إماءات الوجه، نبرات الصوت وحركات الجسد التي توحي بأن الطبيب يفكر ولا يجدر بهم مقاطعته؛ مما يخلق مناخا يمنع هؤلاء المرضى من طرح أسئلة أو طلب شرح أكثر عن حالتهم.

كما أن الطبيب الذي يبني علاقاته بمرضاه على أساس المكانة الاجتماعية أو السياسية أو المستوى الاقتصادي، ليميز بينهم بناء على هذه الاعتبارات، سيجل من نفسه مهني غير مرغوب فيه لدى المرضى والمجتمع ككل، فهي علاقات مصالح، لا تقوم على مبادئ إنسانية، في حين أن الطبيب الذي يحسن التعامل مع مرضاه، يظهر لهم الاهتمام، ويبعث الثقة والأمل في نفوسهم هو طبيب محبوب بين مرضاه وبين أفراد المجتمع.

وقد أوضحت بعض الدراسات والبحوث أن نوعية علاقة الطبيب بالمريض مع تأهيل هذا الطبيب وخبرته هي التي تحدد طلب المساعدة من عدمها، كما انها ترغب المريض في التقيد بالبرنامج العلاجي، الامتثال للأوامر المعالج، والاصغاء لنصائحه أو عدم الاكتراث بها، حيث أن المرضى يتوجهون بلا تردد إلى الأطباء ذوي السمعة الحسنة. (عدودة، 2014، 94) وبالمقابل حسب "شيلي" (2008، 541) إن عدم إصغاء الطبيب لشكوى مرضاه أحد أسباب عدم التزام المرضى ورفضهم للعلاج.

ومما سبق ذكره يتضح أن المريض يحتاج إلى الطبيب الذي يحسن الاستماع إليه، يشرح له كل ما له صلة بحالته المرضية بلغة بسيطة مفهومة بالنسبة له، يشاركه في اتخاذ القرار حول الخطة العلاجية الخاصة به، يفحصه بكل دقة وتفصيل، يتعامل معه بلطف، يصغي لمشاكله الشخصية ويوفر له الدعم العاطفي، ما ستجعل هذا المريض يشعر بالراحة والأمان والذي يساعده على التعاون مع الطبيب بالانصياع لتعليماته، وتنفيذ البرنامج العلاجي كما يجب. أما إذ كانت العكس فلن يكون المريض مطمئنا مع هذا الطبيب وسيحاول إما تغييره أو لن يتبع تعليماته بانضباط. كما أن لأخلاق الطبيب، شخصيته، معتقداته، ضميره، مؤهلاته العلمية والفنية وحتى دينه دور في تحديد طبيعة تفاعله مع مرضاه. وأن لهذه العلاقة تأثير على صحة المريض بل لها دور في تحديد مستوى الالتزام الصحي لديه، وخاصة المصاب بمرض مزمن كداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

5.2. الخصائص السوسيو اقتصادية:

إن الوضع الاجتماعي والاقتصادي وكذلك المستوى التعليمي والدخل كلها عوامل تؤثر على الالتزام الصحي، فالوضع الاجتماعي للفرد إما ان يكون مساهما بإيجابية في التزامه الصحي وتقبله للعلاج خاصة عند توفر المساندة الاجتماعية من طرف العائلة وهذا من خلال المشاركة الفعالة والنشطة بحالة المريض الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فقط، بل تتعدى الى مؤازرة محيط المريض ككل وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة حول المساندة الاجتماعية، أما الجانب الاقتصادي فإن انخفاضه يجعل المريض غير قادر على نفقات العلاج، توفير آلات القياس الحديثة (مثل آلة قياس ضغط الدم)، ونقص وسائل النقل مما يجعل مستوى الالتزام الصحي منخفض عند مثل هذه الفئات، فالمرضى الذين يعانون من انخفاض الدخل أو انعدامه مع انخفاض مستوى التعليم وتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية لديهم، فعلى الأغلب أنهم سيواجهون تحديا أكبر في تحقيق الالتزام الصحي الجيد عل عكس ميسوري الحال اجتماعيا واقتصاديا. (رزقي، 2011، 65)

يمكن للأعباء والتكاليف المالية وحدها ان تكون بمثابة عائق امام الحصول على خدمات الرعاية الصحية، الأجهزة، أو الادوية الضرورية لإدارة المرض المزمن. عائق اقتصادي رئيسي آخر هو نقص الموارد، بما في ذلك عدم كفاية النقل أو صعوبته، عدم توفر الرعاية للأطفال، ضياع الوقت في الوظائف ذات الاجور المتدنية، عدم توفر الأمن الوظيفي. وقد تم مؤخرا الربط بين المستوى

الاجتماعي والاقتصادي من جهة والالتزام بالعلاج بالهرمونات البديلة من جهة أخرى. الأمية قد تساهم في زيادة المشاكل المتعلقة بإدارة المرض المزمن. (لكل، 2010، 58)

نستنتج مما سبق أن هناك عديد العوامل التي يمكن أن تؤثر في الالتزام الصحي فقد تتسبب في عدم التزام المرضى بالعلاج، وهي تندرج ضمن العوامل المتعلقة: بالمرض، بالمريض (السن، الجنس، العرق، الكفاءة الذاتية، السمات والمعتقدات وغيرها)، بالعلاقة طبيب/مريض (شخصية الطبيب، تأهيله، تدريبه، تجدد معلوماته...)، بالبرنامج العلاجي (درجة تعقيده ونوع الاجراءات القائم عليها ..)، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية (الامكانيات المادية، المساندة الاجتماعية وغيرها)، كما تتفاعل كل هذه العوامل لتؤثر مجتمعة على التزام المريض بالسلب أو حتى بالإيجاب.

3. النماذج النظرية المفسرة للالتزام الصحي:

سعيًا لفهم وتفسير السلوك الصحي لدى الفرد حاول الباحثون صياغة عدة نماذج نظرية، والتي ساهمت في تطوير علم نفس الصحة، حيث نذكر فيما يلي أكثرها استعمالًا في الدراسات الصحية النفسية:

1.3. نظرية المعتقدات الصحية: (The health belief of model)

أو كما يطلق عليها بنظرية القناعة الصحية. ظهر هذا النموذج في بداية الخمسينيات وبالضبط سنة (1950) على يد مجموعة من علماء النفس الاجتماعي في مصالح الخدمات الصحية العامة بالولايات المتحدة، (رزقي، 2011، 67) محاولة منهم لشرح القصور المنتشر في برامج اكتشاف المرض الصامت والوقاية منه، ثم طبق هذا النموذج مؤخرًا ليشمل استجابات الأفراد للأعراض المرضية، والالتزام بالوصفات الطبية فيما يخص الحماية الغذائية. (عدودة، 2014، 78)

وقد تبلور هذا النموذج على يد "روزنستوك" "Rosenstock" سنة (1974) بغية دراسة سلوكيات الوقاية الصحية مثل التطعيمات والفحوصات الدورية، ويعد هذا النموذج هو الأول في مجال تفسير السلوك المتعلق بالصحة، والذي يقوم على فكرة أن الالتزام بممارسة السلوك الوقائي يحدد بمقدار ما يمكن أن يجنيه الفرد من فوائد، يتوقع أن تعود على صحته بالإيجاب. (الزروق، 2015، 18)

ثم طوره "بيكر" "Becker"، حيث تم تطبيقه في عدة مجالات بعلم النفس الصحي ضمت الالتزام بالتعليمات الطبية، وسلوكيات دعم الصحة. (الدق، 2011، 105) (عدودة، 2014، 78)

ويعد نموذج المعتقدات الصحية الأكثر شيوعاً بين باقي النماذج النظرية في الأوساط الصحية خاصة في مجال الصحة العامة، حيث يعتمد عليه إلى حد كبير في تفسير بعض السلوكيات الصحية الوقائية، وحسب هذا النموذج فإن السلوك الوقائي ينفذ عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعتين، ويكون الاستعداد المدرك للإصابة بذلك المرض عال، وكذا الفوائد المتوقعة من ممارسة السلوك الوقائي معتبرة. (يخلف، 2001، 21) (لكحل، 2010، 71)

وتسعى هذه النظرية حسب ما أورد "فرج" (2000، 571) إلى التنبؤ بسلوكيات الفرد في مختلف المواقف الصحية بتحديد العوامل التي تتحكم في سلوكه الوقائي، مما سيساهم في جعل البرامج الصحية النمائية أو الوقائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ. كما يستخدم هذا النموذج أيضاً للتنبؤ بسلوك المرضى المزمنين. وبناء عليه فالعناصر الأساسية لهذا النموذج وفق "عدودة" (2014، 78) هي كالتالي:

✓ **الدافعية الصحية Health Motivation:** حيث تفسر واقع أن الأفراد يختلفون من حيث درجة تقدير مستوى الصحة التي يتمنونها، وكذا من حيث رغبتهم في المشاركة بأنشطة تعزيز الصحة.

✓ **المتغيرات الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية:** وتضم النوع، العمر، العرق (الهوية الثقافية)، مكان السكن، المستوى التعليمي، الثقافي، الاقتصادي والاجتماعي.

القابلية المدركة للإصابة Perceived Susceptibility: يعني اعتقاد الفرد الذاتي باحتمالية إصابته بمرض ما في حالة عدم ممارسته للسلوك الصحي الوقائي. (الزروق، 2015، 19)

✓ **الفوائد المدركة للفعل Perceived Benefit:** تعبر عن الاعتقاد بأن العلاج له تأثير إيجابي على صحة المريض، بمعنى أن تكون هناك نتائج إيجابية متوقعة تعقب اتخاذ الإجراءات الوقائية. (رزقي، 2011، 68)

✓ **الخطورة المدركة للمرض أو التهديد المدرك Perceived Severity:** يدل على أن إدراك الفرد واقتناعه بأن عدم ممارسة النشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض، (رزقي، 2011، 68) وتكون أكثر بروزاً في بعض الأمراض الخطيرة كالسرطانات مثلاً.

✓ **الهاديات للتصرف Cues to action**: تعني وجود مثير يدفع الفرد لسلك السلوك الصحي

المناسب، وقد يكون هذا المثير داخليا كالأعراض المرضية المدركة، أو قد يكون خارجيا مثل وسائل الاعلام (رزقي، 2011، 67) ببرامجها التوعوية الصحية أو وفاة شخص قريب بمرض ما.

المعوقات أو التكاليف المدركة للفعل Perceived Barriers/Costs : قد تكون هناك نتائج

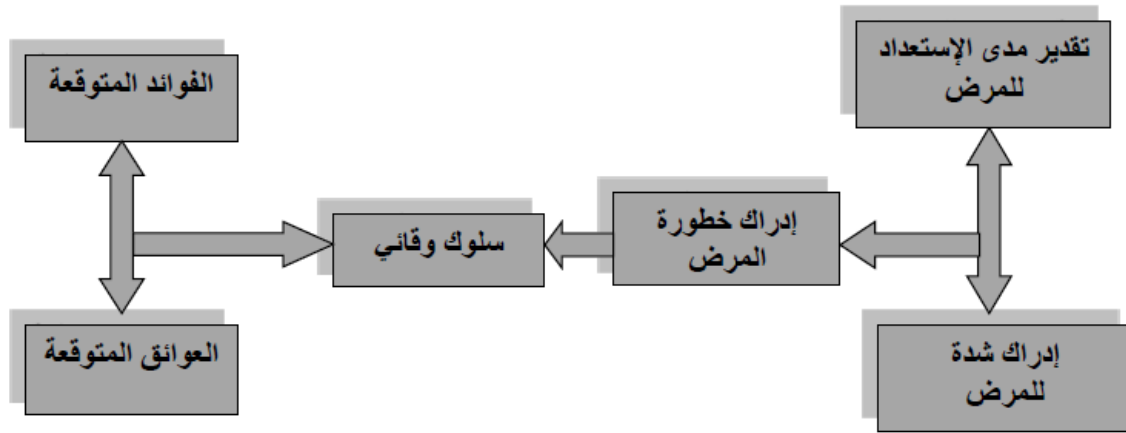
سلبية أو عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ الإجراءات الوقائية. (رزقي، 2011، 68)

وبصيغة اخرى ماذا سيحدث عند التوافق مع السلوك المحدد؟ يحدث إذا ما سعى فرد للتكيف مع سلوك معين، تقييم ذهني في عقله لعواقب سلوكه حيث يحدد ما هي التكلفة المتوقعة؟ فعلى سبيل المثال سلوك استعمال القناع الواقي -الكمامة-، ما هي المنفعة المرجوة من وضع الكمامة؟ {الوقاية من عدوى الأمراض الفيروسية المنقولة بالهواء}، وما هي مضار استعمالها؟ {قد يضطر الفرد إلى بذل جهد أكبر للتنفس}.

إن فالأشخاص الأكثر ميلا لاتخاذ إجراءات وقائية هم أولئك الذين يشعرون أنهم مهددون بمرض ما، ويرجعون كفة المنفعة عن كفة التكلفة قبل قيامهم بهذا السلوك، فيشعرون أن مزايا المراجعة الطبية أرجح من التكلفة. (فرج، 2000، 571)

يرى كل من "جانز" و"بيكر" (Janz & Becker, 1984) أن جملة هذه العناصر الأساسية الضرورية لتنفيذ السلوك الصحي، هي عناصر مدركة في ذهن الفرد ، وتلتقي كلها حول فكرة إدراك الصحة على أنها قيمة لها أهميتها وأن الحفاظ عليها مرهون بمدى قبول الفرد للالتزام بالسلوكات التي تقود إلى ذلك. (الزروق، 2015، 19) ما يؤكد أن للإدراك دورا محوريا في هذه العملية.

والشكل (03) على الصفحة الموالية يوضح نموذج المعتقدات الصحية.



(يخلف، 2001، 33)

الشكل رقم (03) نموذج المعتقدات الصحية

تقييم نموذج المعتقدات الصحية:

لقد اتفق معظم العلماء على أن نموذج المعتقدات الصحية هو أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي وذلك لأنه يتميز بالوضوح، كما أنه يتضمن معظم ما توصلت إليه عدة دراسات نظرية وتطبيقية دقيقة حول السلوك الصحي فيشتمل على نتائجها ويعرض عمليات وميكانيزمات محددة تربط ما بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي. (رزقي، 2011، 67)

وعلى الرغم من الإمكانية التطبيقية للنموذج وتعدد الدراسات التي حفزها إلا أنه لم يسلم حسب "عدودة" (2014، 80) و"الزروق" (2015، 20) وغيرهما من النقد إذ أنه:

- لم يضع في الحسبان السلوكيات البسيطة المتعلقة بالصحة مثل غسل اليدين قبل وبعد الأكل وبعد الحمام أو شرب الماء قبل النوم أو على الريق صباحا التي يقوم به الناس بشكل معتاد.
- لا توجد طريقة معيارية لقياس بعض مكونات هذا النموذج، كالحساسية المدركة أو الخطورة، وقد يكون هذا الأمر هو المسؤول عن تباين نتائج الدراسات في هذا المجال.

(فرج، 2000، 571)

كما قد أهمل تأثير العلاقات الاجتماعية التفاعلية التي تربط الفرد بالآخرين على سلوكه الصحي، ويؤكد ذلك كل من "الزروق" (2015، 20) و"زاني" "Zani" (2002)، حيث ورد في "الزروق" أن هذا النموذج يركز على العلاقات المباشرة بين الاعتقادات الخاصة للفرد حول ادراكه لخطر

الاستعداد للمرض، وبين السلوك الوقائي، فهو يهمل بالمقابل الدور الذي تؤديه الاتجاهات في توجيه السلوك الصحي، كما ينفي الطابع الاجتماعي عن هذا السلوك، خاصة أنه قد ينشأ عن طريق تقليد الآخر مثلا.

وفي هذا السياق يعتبر (Zani , 2002, 27) الفرد في هذا النموذج متحرر من العلاقات الاجتماعية يأخذ قراراته لوحده، ولا يخضع لأي تأثيرات عاطفية أو علائقية، يتخذ قرارات عقلانية متأسس على استراتيجيات معرفية فقط.

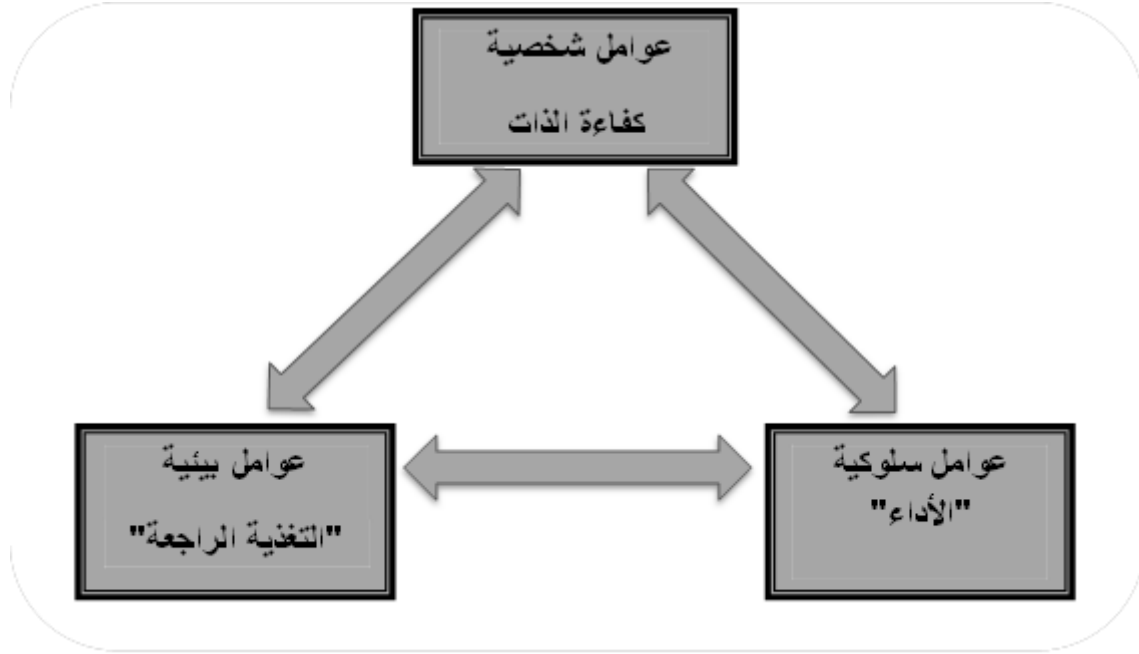
كما يرى بعض الباحثون أن العناصر الأساسية الضرورية لتنفيذ السلوك الصحي لهذا النموذج، هي عناصر مدركة في ذهن الفرد ما يؤكد أن للإدراك دورا محوريا في هذه العملية، وبالتالي لا يعتمد السلوك الصحي وفق هذا النموذج على أساس موضوعي، ولكنه يرتكز على أساس ذاتية. (شويخ، 2012، 62) في حين أنه من جهة أخرى حسب "لكحل" (2010، 72) اظهرت الابحاث التي تستخدم هذا النموذج أن التنبؤ بالسلوكات الصحية يكون أكثر سهولة من التنبؤ بأخذ الدواء.

وانطلاقا من تقييم نموذج المعتقدات الصحية وتحديد نقائصه، حاول عدد علماء بلورة بعض النماذج النظرية الأخرى لتفادي هذه النقائص في تفسير السلوك الوقائي، ومحاولة لتنبؤ به من منطلقات نظرية أخرى. اعتمادا على بعض المتغيرات الأخرى التي لم ترد في هذا النظرية كالنظرية المعرفية الاجتماعية.

2.3. النظرية المعرفية الاجتماعية (Théorie Cognitive Social):

حسب ما ورد في "لكحل" (2010، 75-76) و"عدودة" (2014، 47-48) تتعلق هذه النظرية بالكفاءة الذاتية، فعلى الفرد أن يكون على ثقة بأنه قادر على أداء سلوك معين ليتمكن من فعله. ويسمى هذا الاعتقاد بالكفاءة أو الفعالية الذاتية. فقد أكد صاحب هذه النظرية "باندورا" (1986) في كتابه "أسس التفكير والأداء" بأن الأداء الإنساني يمكن أن يفسر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل المعرفية والشخصية والبيئية. وتشير النظرية "المعرفية الاجتماعية" إلى أن التغيير في السلوك مبني على اعتقاد الشخص بأنه يمكن أن يكمل بنجاح السلوك المطلوب. هذا الاعتقاد ضروري ليكون الشخص على استعداد للانخراط في سلوك معين. وفيما يلي سنعرض الافتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها هذه النظرية:

- ✓ يمتلك الأفراد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها، وتطوير جملة مبتكرة من السلوكيات ثم اختبارها فرضيا من خلال التنبؤ بالنتائج والاتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.
- ✓ إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين، وهي موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي، كالتنبؤ أو التوقع، كما تعتمد بشكل كبير عن القدرة على عمل الرموز.
- ✓ يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي، عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكياتهم، وعن طريق اختيار أو تغيير الظروف البيئية المحيطة بهم، والتي بدورها تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، ويقومون بتقييمه بناء على هذه المعايير، وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع ويوجه السلوك.
- ✓ يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوكيات الآخرين ونتائجها. والتعلم عن طريق الملاحظة يقل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ، ويسمح بالاكساب السريع للمهارات المعقدة، والتي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.
- ✓ أن كل من الطرق السابقة (القدرة على عمل الرموز، التفكير المستقبلي، التأمل الذاتي، التنظيم الذاتي، والتعلم بالملاحظة) هي نتيجة تطور الميكانيزمات والأبنية النفسية-العصبية المعقدة، حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك وتزويده بالمرونة الضرورية.
- ✓ تتفاعل كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية (معرفية، انفعالية وبيولوجية) والسلوك بطريقة متبادلة، فالأفراد يستجيبون معرفيا، انفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية، ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي، والذي بدوره يؤثر ليس فقط على البيئة ولكن أيضا على الحالات المعرفية، الانفعالية والبيولوجية (العتيبي، 1428هـ، 24-25). وينظر "باندورا" إلى العلاقة بين تلك العوامل على أنها علاقة تبادلية ثلاثية الاتجاه حيث أطلق عليها التبادلية الثلاثية أو "الحتمية التبادلية" "Reciprocal Determinism" ويعني ذلك أن أساس التعلم المعرفي الاجتماعي عند "باندورا" هو فكرة الحتمية التبادلية (الدائرية). (رزقي، 2011، 30) وفي الصفحة الموالية نوضح هذا المبدأ -الحتمية المتبادلة- بالشكل رقم (04):



(عدودة، 2014، 48)

شكل رقم (04) يوضح نموذج الحتمية التبادلية

وبالرغم من أن هذه المؤثرات ذات تفاعل تبادلي إلا أنها ليست بالضرورة تحدث في وقت متزامن، أو أنها ذات قوة متكافئة، وتهتم نظرية "الكفاءة الذاتية" بشكل رئيسي بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج "الحتمية المتبادلة"، التابع للنظرية "المعرفية الاجتماعية"، ذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك، وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة، وتركز نظرية "الكفاءة الذاتية" على معتقدات الفرد عن قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، فالكفاءة الذاتية لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد وإنما كذلك بما يستطيع الفرد عمله بالمهارات التي يمتلكها، ويرى "باندورا" أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم، وتنظيم سلوكهم الاختياري، وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات.

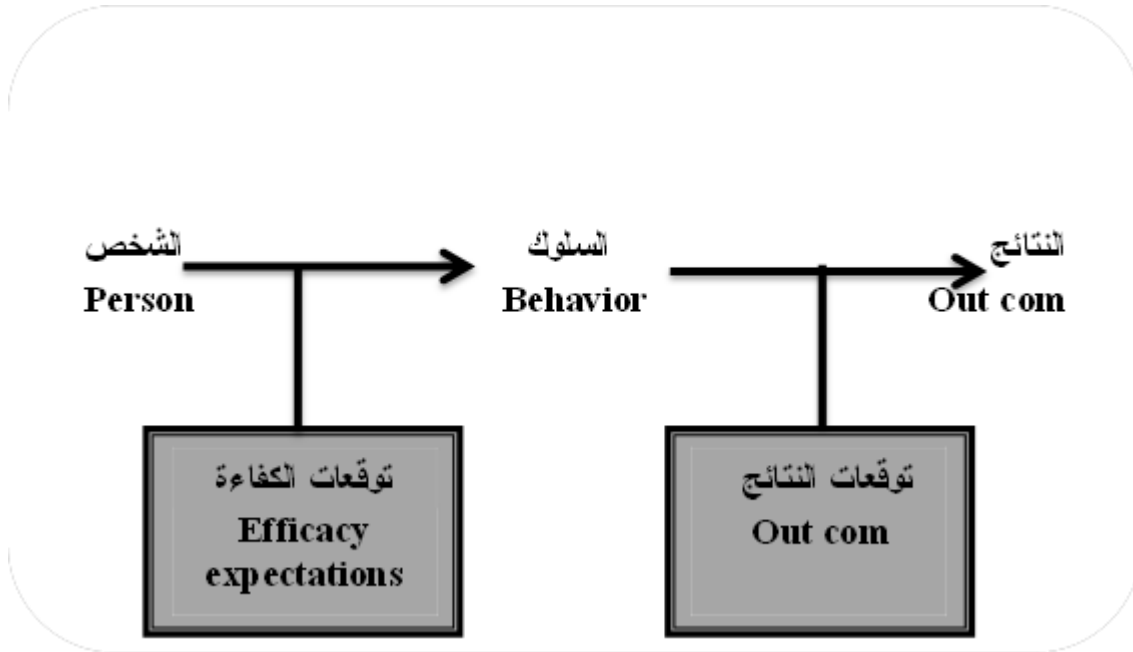
(عدودة، 2014، 48)

وبناء عليه نجد أن "باندورا" (1977) في تنظيره للكفاءة الذاتية قد انطلق من اعتقاده بأن التأثير المرتبط بالمشيرات يأتي من الدلالة التي تعطيها الفاعلية التنبؤية "Predictive efficacy" للفرد، وليس من كون هذه المشيرات مرتبطة على نحو آلي بالاستجابات، وقد نظر "باندورا" للكفاءة الذاتية على أنها أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض أو ذات ملامح ضاغطة "Stress"

"full"، وتنعكس هذه التوقعات في اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء، المجهود المبذول، المثابرة، ومواجهة مصاعب إنجاز السلوك. (عدودة، 2014، 48)

وتقوم نظرية الكفاءة الذاتية على الأحكام التي يصدرها الفرد وعلى مدى قدرته على تحقيق الأعمال المختلفة المطلوبة منه عند التعامل مع المواقف المستقبلية، ومعرفة العلاقة بين هذه التعليمات والأحكام الفردية والسلوك التابع لها والنتائج عنها، وهذه الأحكام تعتبر محددات السلوك لدى الفرد في المواقف المستقبلية. (المشيخي، 2009، 74-75)

ويرى "الفرماوي" (1990) حسب "المشيخي" (2009، 75) أن "باندورا" يفرق في نظريته بين توقعات الفاعلية الذاتية والتوقعات الخاصة بالنتائج، ويبدو ذلك جليا من خلال الشكل (05)



(المشيخي، 2009، 75)

الشكل رقم (05) يوضح الفرق بين توقعات الكفاءة الذاتية وتوقعات النتائج

ويعني ذلك أن توقعات الكفاءة الذاتية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك ويقرر "باندورا" (1986) أن كلا من الفاعلية الذاتية والتوقعات عن المخرجات ميكانيزمان يتدرجان فيما يسمى بـ"التقييم الذاتي" "Self-evaluation"، وهما يحددان معا إنجاز السلوك على نحو معين.

(المشيخي، 2009، 75)

ويضيف "باندورا" (1982) أن الكفاءة الذاتية المرتفعة والمنخفضة ترتبط بالبيئة فعندما تكون الكفاءة مرتفعة والبيئة مناسبة يغلب أن تكون النتائج ناجحة، وعندما ترتبط الكفاءة المنخفضة ببيئة غير مناسبة يصبح الشخص مكتئباً، حين يلاحظ أن الآخرين ينجحون في أعمال صعبة بالنسبة له، وعندما يواجه الأفراد ذوي الكفاءة المرتفعة مواقف بيئية غير مناسبة فإنهم يكيّفون جهودهم ليغيروا البيئة، وقد يستخدمون الاحتجاج، التنشيط الاجتماعي، والتعبئة الشعبية أو حتى القوة لإثارة التغيير ولكن إذا أخفقت جهودهم فسوف يستخدمون مسارا جديداً، وحين ترتبط الكفاءة الذاتية المنخفضة مع بيئة غير مناسبة فثمة تتيؤ بعدم الاكتراث والاستسلام لليأس. (المشيخي، 2009، 75-76)

ظهر مفهوم الكفاءة الذاتية على يد "باندورا" عندما نشر مقالته: "الكفاءة الذاتية نحو نظرية أحادية لتعديل السلوك"، ثم تناولته العديد من الباحثين بالدراسة والتمحيص، وطور بعدها هذا المفهوم بحيث ربطه "باندورا" بمفهوم الضبط الذاتي للسلوك في نظريته "المعرفية الاجتماعي"، (عودة، 2014، 47) وهو ما تفنّده "لكحل" (2010، 76) من منظور آخر حيث ذكرت أن هذه النظرية سابقة الذكر تنتبأ بتأثير الكفاءة الذاتية على الالتزام الصحي، وذلك بطرق متعددة، بما في ذلك الاختيار المباشر للسلوك، الأفكار، ردود الفعل العاطفية، و أداء السلوك، وهذا ما نحن في صدد البحث عنه في الدراسة الحالية.

ويشير "المشيخي" (2009، 76) إلى أن "باندورا" حدد عدة حالات يمكن من خلالها تعميم أحكام الكفاءة الذاتية عبر مختلف النشاطات وهي كالتالي:

- ✓ عندما تتطلب المهام المختلفة نفس المهارات الفرعية، فمن الممكن في هذه الحالة توقع أن أحكام الفرد حول قدرته على إظهار المهارات الأساسية، يعني أنه يستطيع أن يؤدي مهاماً مختلفة.
- ✓ إذا كانت المهارات المطلوبة لإتمام نشاطات مختلفة، مهارات متلازمة أي يتم اكتسابها معاً، فإنه إذا اعتقد الفرد أنه يستطيع أداء أحد هذه الأنشطة فهو بالتالي يستطيع أداء باقي الأنشطة.
- ✓ أيضاً هناك ما يسمى "تحول الخبرات" "Transforming Experiences" وهو نتيجة لتحقيق شيء صعب، فهذا الانجاز القوي يقوي اعتقادات الفرد حول كفاءته الذاتية عبر مساحات متنوعة وغير مترابطة من النشاطات.

تقييم النظرية:

ويبرز "جابر" (1990، 441) أن "باندوا" قد توصل في نظريته عن "الكفاءة الذاتية" إلى تحقيق توازن بين مكونين أساسيين لبناء النظرية وهما: "التأمل الإبداعي" و"الملاحظة الدقيقة"، وبذلك فهو يختلف عن كل من "فرويد" و"يونج" و"أدلر" (Freud, Jung, Adler) حيث نجدهم قد وضعوا نظرياتهم بناء على ملاحظاتهم وخبراتهم الإكلينيكية، كما أنه يختلف عن كل من "دولارد" و"ميلر" و"سينكر" (Dollard, Miller, Skinner) لأن نظرياتهم أقيمت على دراسات وتجارب أجريت على الحيوانات، في حين أن نظرية الكفاءة الذاتية تقوم على بيانات مستمدة بعناية من دراسة البشر. (المشيخي، 2009، 76)

كما أن هذه النظرية لم تعزل الانسان عن محيطه الاجتماعية وبيئته، وفي نفس الوقت أولت أهمية للجانب المعرفي ألا وهو المعتقدات، ركزت على جميع جوانب حياة الفرد، كما لم تعزل جانب عن آخر بل اهتمت بالتفاعل المتبادل بين مختلف الجوانب السلوكية، الشخصية أو الذاتية (المعرفية، الانفعالية، والبيولوجية)، والبيئية أو الاجتماعية، فتوضح أنه عند اصدار الفرد لسلوكا ما تحدث عمليات تفاعلية تجمع بين ثلاثة مؤشرات رئيسية في علاقة تبادلية ثلاثية الاتجاه.

3.3. نموذج الإذعان الصحي: (HCM) " Health Compliance Model "

طور هذا النموذج من طرف "هايبى" و"كارلسون" و"Carlson" & "Heiby" (1986)، وهو نسخة شاملة لنموذج اجتماعي سلوكي مفسر لكل أنماط الالتزام الصحي مثل اتباع توصيات الطبيب، الوقاية، قواعد الصحة، احترام المواعيد الفحوصات، تناول الأدوية وغيرها، كما يعطي اهتمام أكبر لدراسة الالتزام بالعلاجات الطبية. إن نموذج الإذعان الصحي هو أول من أخذ بعين الاعتبار الطريقة التي يعيش ويشعر بها الفرد إزاء التزامه انطلاقاً من تأثيرات النتائج الآنية أو المستقبلية على حياته، (عدودة، 2014، 86) وقد شمل النموذج حسب "رزقي" (2011، 74) على ثلاثة متغيرات رئيسية هي:

✓ **السوابق:** أو الوضعيات التي تحتوي على عدة جوانب وهي:

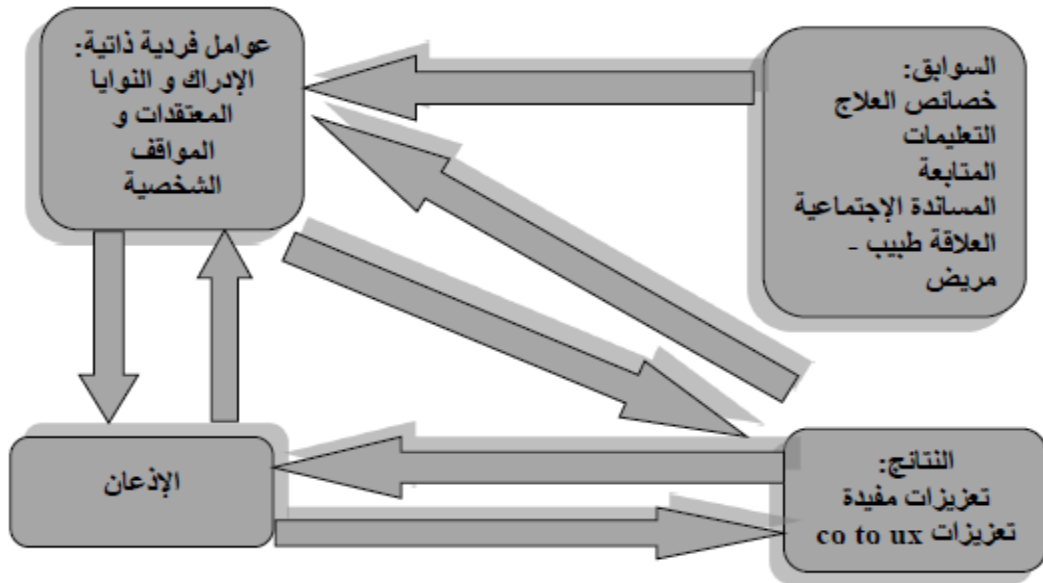
- خصائص العلاج: تركيز الجرعة، الطعم، اللون، تعقيدات ومقادير الأدوية، تغليف الدواء.
- نوعية المعارف المقدمة للمريض حول طبيعة وأهداف العلاج.
- التوافق مع نمط الحياة الجديد.

- نوع التعليمات المقدمة كتابية أو شفاهية كانت، ومدى وضوحها وسهولة فهمها.
 - متابعة المريض وعدد المعاينات أو الفحوصات .
 - المساندة الأسرية والاجتماعية.
 - طبيعة العلاقة طبيب / مريض.
 - ✓ **العوامل الفردية الذاتية:** تضم كل ما هو متعلق بإدراك المريض لحالته الصحية:
 - معتقدات المريض.
 - إدراكاته المتعلقة بفعالية العلاج .
 - التكلفة المدركة .
 - التهديد والخطورة المحتملة.
 - درجة الرضا التي يشعر بها المريض.
 - ✓ **النتائج الخاصة بإيجابيات وسلبيات الالتزام:** تتعلق بالمنافع أو المساوئ المترتبة عن مختلف العوامل الفردية، وإدراكات المريض الذاتية، وهذه المنافع قد تكون:
 - **الفوائد:** يمكن أن تكون:
 - **اجتماعية:** التقدير من قبل الآخرين.
 - **شخصية:** تحسن الحالة الصحية للمريض أو خفض حدة الأعراض لديه.
 - **مادية:** مكاسب اقتصادية منجرة عن التوقف عن التدخين مثلا.
 - **المساوئ:** يمكن ان تكون:
 - **شخصية:** زيادة شدة المرض وكثرة مضاعفاته .
 - **مادية:** تكاليف العلاج الباهظة.
 - **اجتماعية:** وصمة المرض، فالمصاب بمرض معدي كالسيدة مثلا فيعتبره الاخرين أثماً، أو مريض الكوفيد 19 يتجنبه الناس ويخاف أن ينقل إليهم العدوة.
- ووفق ما ذكر "رزقي" (2011، 74) فقد اعتبر هذا النموذج أن الالتزام الصحي يتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش الفرد ويشعر فيها بالالتزام الصحي عبر الاثار – النتائج المباشرة أو الغير مباشرة– المنجرة عن هذا السلوك في حياته، ويوجد مستويين لعوامل الالتزام –مكاسب/ مساوئ– هما:

✓ من ناحية العوامل الفردية للالتزام: توجد مكاسب ومساوئ مدركة تسبق القيام بالسلوك، وهذا الإدراك يعد بمثابة محدد للالتزام.

✓ من ناحية العوامل المتعلقة بالنتائج: المكاسب والمساوئ المدركة والمعاشة الواقعية المترتبة عن تسبق القيام بالسلوك تكون بعد الالتزام المتبنى أو عدمه، وهي نتائج الالتزام الصحي في الواقع.

وكذلك حسب "رزقي" (2011، 75) فهذه العوامل تعمل ضمن حلقة تغذية راجعة - "Feed Back"، فتؤثر على السلوكيات الداخلية المستقبلية المتعلقة بالعلاج في حد ذاته أو غيرها من العلاجات الأخرى. وتظهر هذه المقاربة الخاصة الدينامية لسيروية الالتزام في هذا النموذج. وتسمح بالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيراته، الذي لم يطرح في باقي النماذج النظرية الصحية الأخرى.



(رزقي، 2011، 75)

الشكل رقم (06) نموذج الإذعان الصحي لـ "Carlson" & "Heibyt" (1986)

يبين هذا النموذج أن هذه المكاسب والمساوئ أو بعارة أخرى الإيجابيات والسلبيات يمكن أن تكون آنية مدركة في ذهن الفرد قبل اتخاذه القرار بسلك السلوك الصحي من عدمه، وفي هذه الحالة يعد تقييما قلبيا وهو محدد للالتزام، كما قد تكون مستقبلية معاشة بعد سلك السلوك أو عدمه أي كنتيجة لسلوك وهو تقييم بعدي.

4.3. تعقيب عام على النماذج و النظريات المفسرة للالتزام الصحي:

وفقا لما ورد في (عدودة، 2014، 90-91) إن النظرية المفيدة يجب أن تتوافر فيها الشروط

الآتية:

- ✓ إنتاج دراسات ذات أهمية.
- ✓ تنظيم الملاحظات و تفسيرها.
- ✓ مساعدة الممارسين على التنبؤ بالسلوك و تغييره.

وبالنظر إلى نموذج المعتقدات الصحية، نجد أنها أثمرت عددا كبيرا من الدراسات، وهي تبشر بالنجاح في مجال الحث على القيام بدراسات إضافية أخرى، بالإضافة إلى أن هذه النماذج يمكنها أن تكون أكثر قدرة على تفسير السلوك و التنبؤ به، فهي بوجه عام أكثر دقة في التنبؤ بالسلوكيات المرتبطة بالصحة.

ومن الملاحظ أن هذه النظريات والنماذج المفسرة للالتزام الصحي تضمنت مفهوم الكفاءة الذاتية مما يدل على أهمية هذا المتغير في دراسات الالتزام الصحي، فانطلاقا من التصورات سالفه الذكر التي قدمها علماء النفس الصحي لتغيير العادات الصحية، نلاحظ أن معظم هذه النماذج ركزت اهتمامها على اختبار المدركات حول مدى توافر القابلية للتعرض للمخاطر الصحية، وعلى المعتقدات التي يحملها الفرد حول أهمية العادات الصحية في مواجهة هذه المخاطر، والمدركات حول ما لديه من إمكانيات ذاتية لإيقافها، فالافتقار إلى معتقدات مقنعة حول تغيير سلوكيات الخطر يحول دون الانخراط في تطبيق البرنامج العلاجي بصفة خاصة والسلوكيات الصحية بصفة عامة. (الدق، 2011، 131)

نستخلص من خلال ما تم عرضه من نماذج نظرية حول الالتزام الصحي أن كل نموذج فسر المفهوم حسب توجه أصحابه إلا أنهم جميعا اشتركوا في الاهتمام بدور المعتقدات في ذلك، كما تتضح لنا أهمية هذا المتغير في التصدي للمرض والتكيف معه، لا سيما إذا تعلق الأمر بذوي الأمراض المزمنة كالمقاتل الصامت أين يتطلب الأمر التزاما عاليا.

4. عدم الالتزام الخلاق وتفسيره (Creative Non Adherence):

هناك أشكال من عدم الالتزام يدعى بـ"عدم الالتزام الذكي" "Intelligent Non Adherence" أو "عدم الالتزام الخلاق" "Creative Non Adherence"؛ وذلك أنه يتطلب إجراء تغيير في البرنامج العلاجي للفرد حسب ما يوافق ظروفه الشخصية، ليقوم المريض من تلقائي نفسه بتكييفه وفقاً ما يناسبه بانقاص كمية الأدوية الموصوفة، الاقتصاد فيها أو تعديل الاوقات، فقد يقوم مريض فقير لا يملك بطاقة شفاء مثلاً بتخفيف عدد أو كمية الجرعات؛ ليكفيه الدواء مدة أطول، أو ليتقاسمه مع أحد أفراد أسرته، أو ليدخره لوعكة مستقبلية. وقد يكون عدم الالتزام الخلاق نتيجة للصورة الذهنية للمريض حول مرضه وعلاجه، فقد يعتقد أن الطبيب قد تجاهل أحد الأعراض التي تستحق الاهتمام من وجهة نظره العامية، فيلجأ هذا الفرد إلى استخدام دواء إضافي من تلقاء نفسه والذي قد يتسبب بتفاعلات مع باقي الأدوية الأخرى بطريقة غير متوقعة، ما قد يجعله في وضع خطر، وفي هذا الموضوع يكون عدم الالتزام سلوك خطر واضح. (عدودة، 2014، 101)

كما قد يقوم المريض بإجراء تعديلات على مستوى الجرعة اليومية، بزيادة مقدارها من منطلق اختصار فترة العلاج، فعلى سبيل المثال إذا كان قرصي دواء يومياً تكفي لمدة ستة أيام فإن ثلاثة أقراص في اليوم من نفس الدواء ستكون كافية لتحقيق نتائج أسرع خلال فترة أقصر بقدر ثلاثة أيام فقط، وهنا قد نرجع سلوك المجازفة هذا إلى التغلب على الإحساس بفقدان السيطرة، الذي يصاحب المريض في أغلب الحالات، وبالمقابل يرحب بعض الباحثين اعتبار ظاهرة عدم الالتزام على أنها ردة فعل من قبل المريض لإعادة تأكيد سيطرته على العلاقة بينه وبين الطبيب. (عدودة، 2014، 102)

إن عدم الالتزام الخلاق هو بالنسبة للمريض استجابة توافقية من أجل تكييف برنامجه العلاجي حسب ما يتناسب مع تصوراته الذهنية وظروفه الشخصية، بتعديل الجرعات الدوائية أو فترة العلاج بالزيادة أو النقصان دون استشارة طبيبه المعالج، وهو سلوك خطر قد يعود على صاحبه بعواقب وخيمة.

5. قياس الالتزام الصحي (Measuring Adherence):

يعتبر قياس الالتزام الصحي اجراء تقييمي ضروري لسيرورة البرنامج العلاجي خاصة بالنسبة للأمراض المزمنة، وتوجد طريقتين أساسيتين يمكن الاعتماد على إحداهما في ذلك، سوف يتم توضيحهما في ما يأتي:

1.5. طريقة القياس المباشر:

تعتمد هذه الطريقة على العلامات البيولوجية الظاهرة على جسد الفرد، من خلال تحاليل سوائل الجسم مثلا كالدم، البول، اللعاب ونواتج التنفس للكشف عن تركز آثار الأدوية التي أخذها المريض أثناء العلاج، (رزقي، 2011، 78) وفيما يلي عرض لبعض من هذه الأساليب:

1.1.5. المعايرة البلاسماتيكية أو البيوكيميائية للدواء:

هذه الطريقة تسمح بتأكيد وجود الأدوية في عضوية الانسان، أو في جسمه بطريقة مباشرة من خلال آثار الأدوية. فيمكن تقدير مستويات الدواء، وإضافة علامات له وللغذاء قصد مراقبتها، ففي مجال المضادات الحيوية العلاجية لمضادات السل يستعان بالتحليل البصري للون البرتقالي للبول المرتبط باستهلاك "ريفامبين" Rifampicine"، وتجدر الإشارة هنا إلى أن الحصول على أدلة ثابتة حول عدم الالتزام بهذه الطريقة ليس أمرا هينا. (شيلي، 2008، 551) (لكحل، 2010، 62)

وقد بين كل من "باربو" و"كول" و"Coll" و"Barbeau" إيجابيات هذه التقنية من حيث أنها تسمح بمعرفة ما إذا كان المريض قام فعلا بتناول أدويته في اليوم الذي سبق تحليل الدم أم لا، لكنها لا تثبت إلتزامه بأخذ الادوية لمدة عدة أيام، كما يؤخذ عليها أنها شاقة ومكلفة، فقد تضطر المريض إلى الانتقال لمسافات بعيدة من أجل إجراء هذه التحاليل بتكاليف باهظة الثمن. كما حدد "أنكري" و"كول" "Ankri" و"coll" عوائق أخرى تتعلق تعذر إمكانية القياس المباشر لبعض الأفراد، ومن جهة أخرى ليس من السهل دائما إثبات علاقة بالنسبة المئوية بين نسبة الدم أو البول الاستقلابية "الأبيضية" وبين كمية استهلاك الأدوية. (عدودة، 2014، 108)

2.1.5. الملاحظة المباشرة للعلاج:

تحدث هذه الطريقة تحت مراقبة بصرية مباشرة من طرف مختصين في الصحة خلال أخذ المريض لأدويته، حيث تتطلب حضوره للعيادة لأداء السلوك المطلوب تحت الاشراف المباشر للمعالج، ويوفر هذا الاسلوب المعرفة الدقيقة لوقت حدوث السلوك، فتستخدم خاصة في إطار البروتوكولات العلاجية القصيرة الأمد كمرض السل، للعلاج المضاد للفيروسات، وفي علاج نقص المناعة المكتسبة. كما يمكن استخدامه في انقاص الوزن الزائد وهذا مثلا بتخصيص مخيم يستمر لعدة أسابيع يكون فيه النظام الغذائي وفقا لحمية معينة وبرنامج رياضي خاص، وتستخدم هذه الطريقة أكثر في الدول النامية. (عدودة، 2014، 108-109) (لكحل، 2010، 62)

3.1.5. القياس الالكتروني:

يتم بأخذ القياسات من الاجهزة الالكترونية كالترمو متر، آلة قياس ضغط الدم، آلة قياس نسبة السكر في الدم، آلة قياس ضغط الدم للعين وغيرها، ويكون ذلك في البيت، المستوصف أو المشفى، وحسب "لكحل" (2010، 63) يعد معيارا جيدا لقياس التزام المرضى، ومن مزاياه يعطي قياسات دقيقة انية للسلوك، مع وفرة المعلومات دون تعطيل المريض أو ازعاجه، رغم أنها مكلفة لمن يريد اقتناء هذه الاجهزة، كما أنها تحتاج الوقت لتحليل البيانات.

4.1.5. ملاحظة الأعراض العلاجية:

هذه التقنية نتيجة مباشرة للبحث عن الأعراض الجانبية للدواء، كآلام الرأس، انخفاض السكري، الدوار، انخفاض الضغط الدموي، التي يمكن أن تكون كانعكاس لأخذ الأدوية.

وعليه فإنه كما لهذه الطرق سلبية فلها إيجابيات فهي مستندة على معايير طبية، إذا أن معلوماتها موضوعية، نموذجية، موثوقة، وغير خاضعة لأقوال المريض الذاتية، ويمكن أن تكون المعايير البلاسماتيكية للأدوية وسيلة فعالة، تسمح مثلا بتعديل كمية الدواء الموصوفة، ومن ثم التقليل من الآثار الجانبية المنجزة عنه، ورغم كل هذا فإن ما يؤخذ على هذه التقنية أن موضوعيتها قد يشكك بها البعض؛ ذلك أن ردود فعل الأجهزة العضوية تختلف باختلاف الأفراد.

(عدودة، 2014، 109)

2.5. طرق القياس الغير مباشرة:

تعتبر هاته الطرق الاكثر شيوعا في البحث والممارسات السريرية، وأقل أهمية من الطرق المباشرة، وتستخدم بكثرة كونها سهلة التطبيق للمختصين، ومنخفضة التكلفة، كما يمكن تطبيقها على أي سلوك، ونلخص بعضها في ما يلي: (عدودة، 2014، 109) (لكحل، 2010، 62)

1.2.5. احترام المواعيد الطبية:

ورد في "عدودة" (2014، 109) أن احترام مواعيد زيارات الطبيب تعتبر كشاهد مستخدم لدراسة مدى الالتزام بالصحي حسب "Postel", "Vinay" & "Menard".

2.2.5. سجلات المريض اليومية:

تتم استعمال قوائم أو استمارات معدة مسبقا لتسجيل هذا النوع من السلوك الخاص بالالتزام الصحي، حيث قد تحوي هذه السجلات أي سلوك صحي يتعلق بالنظام الغذائي المتبع (نوع الغذاء، السرعات الحرارية، حجم الوجبات، وعدداها)، النشاطات الرياضية الممارسة (نوع التمارين، مدتها)، تناول الدواء (المقدار، الوقت، النوع)، (لكحل، 2010، 64) وكذا بسلوكات الخطر كالتدخين، تعاطي المخدرات أو الكحول (نوعها، كميته، تكرارها)، وما يأخذ عن هذه الطريقة أنها لا تصلح مع المرضى الأميين، أو الذين لا يعطون أهمية لتدوين هذه السجلات، فهي تحتاج إلى تدوين يومي لكل المجريات، كما أنها قد تتأثر بذاتية صاحبها.

3.2.5. حساب الأقرص المتبقية من الدواء ومدى المواظبة عليه:

يمكن أن يستعان بحساب الأقرص المتبقية لتحديد الكمية الإجمالية للدواء الواجب استهلاكه، ولهذه الطريقة ايجابيات من حيث أنها تسمح بالاتصال المباشر مع المريض، جمع معلومات أكثر، صورة أكثر وضوحا لبروفيل المعالجة، واكتشاف الأخطاء المحتمل حدوثها، ومع ذلك فإنها تستغرق وقتا طويلا، ولا تضمن بأن الدواء قد أخذ بالطريقة الصحيحة وفي وقته. كما أنها حسب "برجمان" Bergmann" تقنية محدودة، حيث أن المريض لا يحضر معه دائما علبة الأدوية، زيادة على ذلك فإن الوحدات الناقصة لا تؤكد حتمية تناول الدواء بطريقة صحيحة، (عدودة، 2014، 109) فقد تكون بعض الأقرص قد ضاعت للمريض لصغر حجمها فهي قد تسقط له عدة مرات خلال أخذ الدواء

وتضيق كونها صغيرة جداً مثل بعض أنواع أدوية السكري كـ "Glibil" و "Irys"، وهذه الأقراص الضائعة لم يستفد منها المريض إذن في مثل هذه الحالات لا يمكن أن نعتمد على هذه الطريقة لقياس التزام المريض بأخذ الأدوية، كما لا تصلح أيضاً في الأدوية التي على شكل كريم وسائل وغيرها.

4.2.5. التقارير الذاتية للمريض:

هي أبسط طرق جمع البيانات، قابلة للتنفيذ في كل أوضاع الرعاية الصحية، غير مكلفة، تسمح بجمع معلومات أكثر تفصيلاً عن الظروف المحيطة بسلوك الالتزام أكثر من باقي الطرق، وقد يكون من خلال أسئلة بسيطة في مقابلة أو استبيان منظم. وبالرغم من ذلك قد يكون استعمال التقرير الذاتي غير صالح ولا موثوق به، إذ يمكن أن تكون البيانات غير دقيقة، فقد يصعب على المرضى خاصة كبار السن تذكر الأدوية التي أخذوها، كما أنها قد تتأثر بذاتية المستجيب. (لكحل، 2010، 64)

5.2.5. الاستفتاءات أو المقاييس:

توجد عدة مقاييس خاصة بعلم الأمراض تسمح لنا بالبحث عن مستوى الالتزام، ولكن أغلب هذه المقاييس لا تستند إلى مرجع يستدل به اعتماداً على نموذج نظرية، من أجل إعداد أو ترجمة الأداة.

كما أنه حسب "شيلي" (2008، 553) لا يمكن أن تؤدي هذه الطريقة إلى تقديرات حقيقية ولا ثابتة، حيث أن معظم المرضى يدركون بأنه يجدر بهم الالتزام، لذا فقد تكون إجاباتهم زائفة، حتى يظهروا بالمظهر الملتزم والمتعاون.

وكذا ورد في (عدودة، 2014، 111) أنه قد تكون نتائج العلاج طريقة علمية فعالة لقياس الالتزام الصحي، ولكن لا يوجد ما يكفي من المعلومات للدلالة على وجود علاقة فعلية بين مدى الالتزام ونتائج العلاج، وهذا يعني أن هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى عدم وضوح العلاقة بين الالتزام والشفاء.

يتضح أن هناك عدة طرق لقياس الالتزام الصحي لكن كل هذه الطرق تتدرج ضمن صنفين ألاً وهما: طرق القياس المباشرة مثل: الملاحظة المباشرة للعلاج، القياس الإلكتروني، ملاحظة الأعراض العلاجية وغيرها، أو طرق القياس الغير مباشرة على سبيل المثال: سجلات المريض

اليومية، التقارير الذاتية للمريض، الاستفتاءات وغيرها. كما وجدت بعض الأبحاث أن تقييم مستوى الالتزام الصحي مرتفع في المقاييس الذاتية مقارنة بالموضوعية منها.

6. تحسين الالتزام الصحي:

يعتبر تحسين الالتزام الصحي مسألة ضرورية جدا عند الحديث عن أهمية الدور الذي يلعبه تغيير أسلوب الحياة في تحسين الصحة وتجنب المرض، وغالبا ما يصعب استيعاب الحديث عن مثل هذه القضايا من قبل بعض الأطباء الأكثر سنا، فإرشاد المرضى حول الاجراءات التي تتعلق بتعزيز الصحة، وتغيير العادات المعيشية، لم يكن جزءا من النشاطات التقليدية للطبيب، لكنه يلقى مزيدا من التشجيع في الوقت الحاضر، فقد أصبح الأطباء اليوم يدركون أن تعديل سلوك المريض فيما يتعلق بتبني نظام غذائي صحي، تعاطي التبغ والكحول، ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، تخفيض مستويات الكوليسترول وغيرها، كلها من الأهداف المهمة لمرضاهم، بما فيهم المراهقون والياقون؛ ولأن هذه التغييرات في نمط الحياة تشير إلى تلك السلوكيات التي تظهر مستويات متدنية من الالتزام، فإن تدريب الأطباء على التواصل الفعال بغرض تغيير هذه السلوكات وزيادة الالتزام الصحي، أصبح من الأهداف المهمة والأساسية. (عدودة، 2014، 111)

ومن أجل تعزيز الالتزام الصحي لدى المرضى وخاصة المزمين منهم، هناك مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات التي يمكن للقائمين على الرعاية الصحية استغلالها، سواء كانت تعليمية، تنظيمية أو سلوكية. ونذكر أهم هذه الاستراتيجيات حسب ما ورد في "لكحل" (2010، 76-80):

1.6. تعليم المرضى:

ينبغي أن تشمل التدخلات التعليمية تقييما لمستوى المريض التعليمي، الثقافي، وتحديد أهداف محددة. ينبغي أن تقدم المعلومات في أجزاء سهلة، مع معلومات إضافية لتعزيزها في لقاءات لاحقة. كما يجب التركيز على القضايا الرئيسية في إدارة المرض مع تحديد أهم الجوانب اللازمة للحفاظ على الصحة.

ويتوجب في هذه الحالة الاستعانة بوسائل مكيّفة حسب مستوى المريض، كمستوى اللغة والقراءة في المواد المكتوبة، والانتباه على تبسيط المعلومة قدر الامكان، وبالتالي يجب الحرص على استخدام وسائل موجهة لأكبر عدد من المرضى، و توفير وسائل تعليمية أخرى: مثل أشرطة الفيديو، الأشرطة الصوتية، التعليم باستخدام الكمبيوتر وجهاز العرض الضوئي وغيرها. (لكحل، 2010، 76)

وتستعمل هذه الاستراتيجيات بشكل خاص مع المرضى محدودي المستوى الثقافي والتعليمي، بل أحيانا حتى ذوي المستوى المتوسط.

2.6. تحسين المعرفة والفهم لدى المريض:

يعتمد الالتزام الصحي على مشاركة المريض ليس فقط على القراءة، الاستماع واستيعاب المعلومات، بل لا بد للطبيب من تشجيع مرضاه وكذا اشراكهم في برامج الرعاية الصحية الخاصة بهم، فمرونة نظام الرعاية الذاتية تمكن المرضى من تحقيق درجة من الاستقلال الذاتي والذي قد لا يكون خيارا في نظام العلاج المقنن، حتى ولو تم تكييفه، وبالإضافة إلى مرونة التعليمات يجب إتاحة بعض الحرية للمرضى في اتخاذ خيارات مدروسة، مما يعزز خيار الاستقلال وتحسين نوعية الحياة لديهم. (لكحل، 2010، 76-77)

وفي هذا الصدد يجب أن يعتبر المريض طرفا فاعلا في العملية العلاجية بإشراكه في اعداد البرنامج العلاجي الخاص به، ومساعدته على تنفيذه بإمداده بشرح مفصل ودقيق عن مرضه، مراحل تطوره، مضاعفاته ودرجة خطورته، وتوضيح وتعليل كل حيثيات البرنامج العلاجي الخاص به. وكل هذا سعيا لترغيب المريض وتبسيط سلوكيات الالتزام الصحي عليه.

3.6. الاستراتيجيات السلوكية لتحسين الالتزام الصحي:

تعد وفق "لكحل" (2010، 77) هذه الاستراتيجيات محاولة لتحسين الالتزام الصحي مباشرة بتوظيف مختلفة التقنيات، ويمكن استخدامها مجتمعة أو منفردة لتحقيق النتائج المرجوة. كما يعتقد أن مستوى الالتزام الصحي يرتفع عند المرضى بإشراكهم في تقرير كيفية تنفيذ البرنامج العلاجي الموصوف لهم، ويمكن تلخيص أبرز هاته التقنيات في الآتي:

1.3.6. جذب الانتباه: جعل الرسائل أكثر وضوحاً وأبرز.

2.3.6. تحسين الفهم: من خلال استخدام تعليمات بسيطة، التركيز على النقاط المهمة، تدعيم المريض بمعلومات مكتوبة تتضمن وصفا مفصلا ومبسطا لـ(العلاج، مستوى الجرعات، والآثار الجانبية المحتملة)، والتأكد من أن لديه المهارات اللازمة لإتباع الارشادات الطبية.

3.3.6. تحسين التذكير: وذلك بتقديم المعلومات ببطء وبكميات صغيرة، البدء بالنقاط المهمة أولاً ثم تكرار النصائح والمعلومات، كما يعتبر استخدام روزنامة دوائية أو مذكرة في الهاتف المحمول طرق خاصة لتذكير بعدد الجرعات وتوقيتها الأدوية، وكذا فالاتصال عبر الهاتف لتذكير المرضى بالعودة للعيادة، اسلوب يسهل على المرضى الالتزام بمواعيدهم مع الاطباء.

4.3.6. تحسين عملية تنفيذ العلاج: يتم ذلك باستعمال الحوافز وتعزيز سلوك الالتزام الصحي، تكيف العلاج للأفراد لتحسين التزامهم، الحفاظ على برنامج علاجي بسيط وقصير، تشجيع الدعم الاجتماعي للمريض، ووضع أهداف علاجية يمكن تحقيقها لتعزيز الكفاءة الذاتية لديه.

4.6. تشجيع الكفاءة الذاتية:

إن تحسين ثقة المريض في اعتقاده حول قدرته على احراز مستوى عالي من الالتزام الصحي يزيد من احتمال التزامه الصحي. (لكحل،2010، 77) كما أثبتت عديد الدراسات أن الكفاءة الذاتية العالية لها دور بارز في تحسين الالتزام الصحي لدى المرضى خاصة المزمنين.

5.6. تحسين المساندة الاجتماعية:

إن إشراك الأسرة والأصدقاء في العملية العلاجية يشجع المريض على الالتزام الصحي، فاهتمام المحيطين به بأدويته، مواعيد زيارته للطبيب وحميته الغذائية يساعده على تقبل العلاج أولاً ثم الالتزام به. (Julia Russell,2005) فلأشخاص المقربين من المريض دور في حثه على تقبل مرضه، تذكيره بمواعيد القياسات والتحليل، دعمه النفسي على مواصلة العلاج، ويظهر ذلك جلياً لدى مرضى السرطان حيث أنهم يحتاجون إلى دعم نفسي من طرف الاهل والاصدقاء لتقبل هذا المرض ولمواصلة حضور حصص العلاج الكيميائي وتحمل الآلام الشديدة.

6.6. تكيف العلاج:

يجب فهم وجهات نظر المرضى وإمكاناتهم الحقيقية من خلال الحوار والإصغاء للمريض عند وصف أو تجديد العلاج، مع الحرص على توضيح الجوانب المتعلقة به، وكذا الأخذ بعين الاعتبار مختلف الجوانب النفسية، الوظيفية، معتقدات المريض المتعلقة بـ: تقبل المرض، الفائدة من العلاج وتأثيراته الجانبية، إذ يجب التعامل معها دون تهديد أو تخويف للمريض.

أدنى مشاركة للمريض في وضع استراتيجيات للالتزام، تستوجب تكيف سلوكياته اليومية حسب ما يتناسب والبرنامج العلاجي؛ وذلك أن هذه العملية قد تساعد على تحسين التزامه، بإدماج أنشطة العلاج مع أنشطته الروتينية، وهو وسيلة هامة لتخصيص العلاج وتعزيز الخطة العلاجية، والجدول الزمني اليومي المتكون من: مواعيد تناول الطعام، النظافة الشخصية، الاستيقاظ، البرامج التلفزيونية المفضلة وغيرها، يمكن أن تحدد السلوكيات التكيفية التي يمكن استخدامها لدمج السلوكيات الصحية في الحياة اليومية. (لكحل، 2010، 78)

يتضح مما سبق أنه من الضروري جعل البرنامج العلاجي يتناسب مع خصوصية حياة المريض قدر المستطاع؛ وذلك لتقليل المشقة على المريض عند تنفيذ هذا البرنامج، سواء من الجانب المادي، النفسي، المهني، التعليمي وغيرها.

7.6. تبسيط العلاج:

في حالة المرضى محدودي المستوى الثقافي والتعليمي نجد انه من الصعب عليهم فهم البرامج العلاجية خاصة المعقدة منها، ولهذا يتعين على القائمين على الرعاية الصحية بتبسيط التعليمات الطبية لهم وحتى البرنامج في حد ذاته ان امكن، وذلك لتمكينهم من استيعاب كل ما يتعلق بمرضهم وعلاجه، ما يترتب عنه زيادة مستوى الالتزام الصحي لديهم.

8.6. تحسين التذكير:

يواجه المرضى كبار السن خاصة مشكل النسيان، فلا يتذكر البعض منهم مواعيد الزيارات الطبية، أو أوقات تناول الدواء أو هل تناول دواؤه أم لا؟ وفي مثل هذه الحالات يصبح حسب "لكحل" (2010، 78) تحسين عملية التذكير ذا فائدة عندما يمثل النسيان عائق بارزا يحول دون التزام المريض

وخاصة كبار السن من المسنين؛ وذلك بنسيانه لإجراء أو أكثر من إجراءات البرنامج العلاج، كأخذ الأدوية أو القياسات. وفي مثل هذه الحالة تعد: الأجندة، المنبه، المكالمات الهاتفية، ملصقات للتذكير بمواعيد الدواء والغذاء، كلها إجراءات قد تكون مفيدة. كما أن فصل الجرعات اليومية يمكن أن يساعد الأشخاص الذين يعانون من تذكر إذا ما كانوا قد تناولوا جرعة معينة أم لا.

كما استخدم "Bosworth" وآخرون (2008) التدخل عبر الهاتف مع مرضى ارتفاع ضغط الدم، وقد وجدوا تغيير كبير في سلوك أخذ الدواء. لا يستعمل الهاتف للتذكير فقط، بل يسمح أيضا بإعادة جدولة مواعيد الفحص عند الحاجة لذلك، وكذا هناك طريقة استخدام الرسائل النصية مثلا مع مراهقي السكري، وذلك لتعزيز الكفاءة الذاتية والالتزام الصحي لديهم. (لكحل، 2010، 79)

كما أن لهيئة الطبيب ومكانته وسلطته الشخصية أثرها في غرس الرغبة في الالتزام لدى المريض، والتي تجعله يتقبل تعليمات الطبيب ونصائحه باحترام، كما يمكن للطبيب مساعدة المريض على اتخاذ القرار بالالتزام بالنظام العلاجي، وذلك من خلال إبراز حسناته، والتقليل من ذكر ما يمكن أن يصاحبه من مأخذ، والتركيز على مأخذ عدم الالتزام. (شيلي، 2008، 564-565)

وحوصلة القول أن كل هذه الاستراتيجيات (تعليم المرضى، تحسين المعرفة والفهم، تشجيع الكفاءة الذاتية، تحسين المساندة الاجتماعية، تكييف العلاج، تبسيط العلاج وتحسين التذكير) والتقنيات سابقة الذكر (جذب الانتباه، تحسين الفهم، تحسين التذكر وتحسين عملية تنفيذ العلاج) تعبر عن جملة الإجراءات الفعلية تمثل أساس التدخل الفعال في تعزيز الالتزام الصحي لدى المرضى كبارا وصغارا وخاصة المصابين بالأمراض المزمنة ولا سيم لو تعددت الأمراض التي يعانون منها.

7. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم:

إذ أهمل علاج الأمراض المزمنة فإنها تتبئ بحدوث عواقب وخيمة بمختلفة أعضاء الجسم ولهذا ولأن العلاج الدوائي لا يكفي بمفرده في مجابهة خطر الأمراض المزمنة ومختلف مضاعفاته فالمريض بحاجة إلى الالتزام الصحي ليسيطر على مرضه. وحسب (بوعافية، سامعي، دس، 11) ضمن هذه الخلفية من المتطلبات المتعلقة بالمرض، فإن الالتزام الصحي هو نشاط طوعي يشترك فيه المريض لإدارة مرضه من خلال إتباع البرنامج العلاجي، وتقسّم المسؤولية بينه وبين الفريق الطبي المعالج. ولتوضيح الالتزام الصحي لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم بشكل جليا، يتوجب علينا أولا إيضاح ما هو داء السكري وارتفاع ضغط الدم، إبراز أسبابهما، ذكر أهم مضاعفات هذين المرضين المزمنين، وذلك فيما يلي:

1.7. داء السكري:

هو أكثر أمراض الغدد الصماء المزمنة انتشارا، ويعتبره "كانون" (Kanoner) بأنه "اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم بسبب النقص الكلي أو النسبي للإنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بالشكل المناسب". (نوار، زكري، 2016، 89)

ويعبر هذا المرض عن اختلال في عملية أيض السكر ما يؤدي إلى ارتفاع نسبة سكر لغلوكوز في بلازما الدم أكثر من المعدل الطبيعي، والذي يحدث نتيجة وجود خلل في إفراز هرمون الأنسولين من غدة البنكرياس سواء بقلة كميته، أو بما يطلق عنه "قصور الأنسولين" أي توقف تام عن إنتاجه، أو ما يسمى "مقومة الأنسولين" بمقاومة الخلايا له ما يُعيقه عن أداء وظيفته. كل هذا يحول دون دخول لغلوكوز إلى داخل الخلايا فيتراكم في بلازما الدم كما قد يظهر في البول. وهناك ثلاثة أنماط لداء السكري النمط الأول المعتمد على الأنسولين، النمط الثاني الغير معتمد على الأنسولين والذي له علاقة قوية بالسمنة ويكون في الغالب بعد سن الأربعين، والنمط الثالث سكري الحمل.

وتتلخص أهم أسباب داء السكري في: نقص الأنسولين، الوراثة، البدانة، أسباب مناعية، بعض الأدوية كحبوب منع الحمل والكورتيزون، عوامل نفسية واجتماعية كالانفعالات النفسية الشديدة

التي تعد كعامل مفجر، بعض الأمراض كأمراض المعدية، الاختلالات في عمل الغدد الصماء وخاصة النخامية والكظرية، نمط الحياة من تغذية غير صحية وقلة النشاط البدني. كما أنه كبقية الأمراض المزمنة لا يقتصر العلاج فيها على الأدوية الموصوفة كأقراص الدواء والأنسولين فقط بل يتطلب من المريض تغيير لسلوكياته اليومية وفقا لتدابير رعاية صحية.

1.1.7. مضاعفات داء السكري:

تتمحور خطورة هذا المرض حول أنه يخلف عديد المضاعفات على المدى الطويل إذ والتي تتلخص فيما يلي:

- ✓ تصلب الشرايين والأوردة الصغيرة
- ✓ النوبات القلبية: جراء فشل القلب أو تصلب الشرايين وانسدادها الذي يعود إلى زيادة سُمك الشرايين بفعل تراكم تكلسات الدم او الفضلات في الدم.
- ✓ اعتلال الشبكية السكري: ضعف البصر أو فقده خصوصا عند الكبار، فالسكري هو السبب الرئيسي لفقدان البصر بين الكبار.
- ✓ الفشل الكلوي الحاد: إذ تبين الاحصائيات إصابة 5% من مرضى السكري بالفشل الكلوي ما يجعل المرضى مجبرين على تصفية الكلى دوريا في الحالات المتقدمة.
- ✓ عطل في الجهاز العصبي في الأطراف مما يؤدي إلى فقدان الشعور بالألم وفقدان الإحساس قد تصل إلى بتر الأطراف السفلى كأصابع القدم أو القدم كاملة.
- ✓ السكتة الدماغية تلف الأعصاب
- ✓ اضطرابات في الأكل والشهية: كالشراهة العصبية أو فقدان الشهية العصابي.
- ✓ اختلال الوظيفة الجنسية.
- ✓ الذبحة الصدرية. (شيلي، 2008، 69)
- ✓ الخوف الدائم من تفاقم المرض، سرعة الاثارة، واليأس من الحياة.

✓ **الشعور بالاكنتاب** إذ تشير بعض الدراسات إلى أن نسبة انتشار الاكنتاب بين مرضى السكري يقارب ضعفي نسبة انتشاره عند غير المصابين. (Jeffrey and all, 2011)

✓ **كما يؤثر السكري على أداء الجهاز العصبي المركزي** ما ينعكس على الوظائف النفسعية وخصوصا كبار السن، فبالرغم من قلة البحوث التي سلطت الضوء على الوظائف المعرفية لدى مرضى السكري غير أن هناك اختلاف حول ماهي الوظائف المعرفية التي يجب دراستها لدى مرضى السكري بالتحديد، غير أنها تشير إلى أن ضعف الوظائف المعرفية يكون أكثر وضوحا لدى المسنين المصابين بالسكري أكثر من غيرهم من الأصحاء. (House, 2010)

✓ **بالإضافة إلى المضاعفات العضوية هناك مضاعفات للمرض المزمن من الناحية النفسية والاجتماعية**، خصوصا مرض السكري وارتفاع ضغط الدم الذين يتطلبان عملية تكيف مستمر على مدى الحياة بالنسبة للمرض وللعائلات أو المحيطين بهم، وفي هذا الجانب تقل الدراسات الطويلة حول تأقلم وتكيف مريض السكري، وبهذا الصدد قامت "Kovacs" بدراسة تتبعية لمدة تسعة سنوات من التشخيص لأطفال مرضى السكري، بحيث أشارت نتائج الدراسة إلى أن معظم الأطفال لوحظت عليهم بعض الأعراض النفسية على سبيل المثال: القلق والاكنتاب، الانسحاب الاجتماعي، بالإضافة إلى أعراض مشابهة ظهرت على الآباء والأمهات بأكثر شدة. وبالرغم من أن الآليات السببية غير واضحة تماما إلا أن الدراسات تثبت أن مرض السكري يعد عاملا لتطور وظهور المشاكل النفسية في كافة المراحل العمرية، إضافة إلى أن العديد من الباحثين قاموا بقياس الاجهاد لدى مرضى السكري وتوصلوا إلى أن مصادر القلق تتمثل في المخاوف من مضاعفات المرض على المدى البعيد، والخوف من الآثار السلبية المحتملة، كذلك الخوف من نقص السكري في الدم ويكون أشد عند الأشخاص الذين تعرضوا له سابقا. (Linda and all, 2002)

2.1.7. الالتزام الصحي لدى مرضى السكري:

تؤكد التوجهات الحديثة في رعاية مرضى السكري على الدور المركزي للعناية الذاتية للمريض ويشير مفهوم العناية الذاتية أن المريض يراقب بشكل نشط، ويستجيب للتغيرات البيئية والبيولوجية الخاصة به من خلال إجراء تعديلات للتكيف مع مختلف جوانب علاج مرض السكري، وهذا للحفاظ على السيطرة الأيضية الكافية، والتقليل من احتمال حدوث مضاعفات على المدى البعيد، ولقد وصف "هانتينان" (Hentinen) التزام مريض السكري بسلوكات العناية الذاتية على أنها عملية مرنة نشطة، ومسؤولة من الإدارة الذاتية التي تسهم في تحقيق إدارة مرض السكري بنجاح، تتمثل في المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم، اتباع الحمية الغذائية، التحكم في نسبة الأنسولين عن طريق الحقن أو الحبوب، ممارسة الرياضة بانتظام بالعناية بالأقدام، الزيارات المنتظمة للأطباء وغيرها.

(بوعافية، سامعي، دس، 11)

كما أنه هناك برامج تساعد في السيطرة على الأمراض المزمنة كداء السكري، فعلى سبيل المثال البرنامج الصحي لمرض السكري الخاص بـ "United Health GroupTM" المطبق كثلا في دولة الامارات العربية المتحدة والذي يوفر فائدة كبرى لمرضى السكري فيساعدهم على الالتزام الصحي الأمثل باستغلال تكنولوجيا الاعلام والاتصال عبر شبكة الإنترنت حيث يمدهم بجميع المعلومات حول الوزن المثالي، البرنامج الرياضي، محتوى الوجبات الغذائية اليومية وغيرها حسب تفرد حالتهم الصحية كما يدلهم على الاطباء الكفاء المختصين في مجال السكري وغيرها، وقد أسفرت نتائجه عن رفع مستوى الالتزام الصحي لدى 70% من مرضى السكري المشاركين فيه بالإمارات، (UNH, 2010)

12) ويتلخص الالتزام الصحي لدى مرضى السكري في التدبير التالية:

✓ **الرصد الذاتي لنسبة السكر بالدم:** على مريض المواظبة على قياس نسبة السكر في الدم عن طريق تحليل الدم يوميا أو البول إذ لزم الأمر، وتسجيل ذلك في دفتر خاص، وهذا السلوك من شأنه أن يعزز من تحمل المريض لمسؤولية الإدارة الذاتية والتحكم في مرضه.

(Elliott, 2011)

لقد توصلت بعض الدراسات إلى أن المواظبة على الرصد الذاتي لنسبة السكر حسب الفئات العمرية للمرضى فهو عن المراهقين أقل منه عند البالغين، وهو ما توصلت إليه دراسة فنلندية أجريت على 213 مريضا تراوحت أعمارهم بين 17-65 سنة حيث أن نسبة 20%

من المشاركين راقبوا نسبة السكري في دمهم كما هو موصى به، وفي الولايات المتحدة فقد أسفت دراسة عن مرضى السكري من النمط الأول متوسط أعمارهم 30 سنة عن نسبة التزام بلغت 7% فقط. في حين أن دراسة في الهند عن مرضى السكري من النمط الثاني توصلت إلى أن 23% فقط من المشاركين أبلغوا أنهم يلتزمون بقياس نسبة السكر في الدم كما هو مطلوب. (بوعافية، سامعي، دس، 11)

✓ **الحمية الغذائية لداء السكري:** لقد أظهرت بعض الدراسات أن نسبة الشراهة المرضية أكثر ارتفاعاً لدى الفتيات المراهقات المصابات بداء السكري مقارنة بالمراهقات الصحيحات، (عطية، 2016، 143) وهذا ما يجعل من الصعب على هذه الفئة التقيد باتباع حمية غذائية على الرغم من أهمية هذه الأخيرة كإجراء توافقي في سبيل السيطرة على هذا المرض وبالأخص النمط الثاني من السكري.

ونشير إلى أنه يفترض بمرضى السكري أن يتبع نظام غذائي قليل السعرات الحرارية، فيتوجب عليه أن يتجنب المأكولات التي تحتوي على كربوهيدرات ودهون كثيرة خصوصاً الشحوم الحيوانية المشبعة، والتي تحوي سكريات كثيرة، كما عليه الإكثار من الأغذية الغنية بالمعادن، الفيتامينات والألياف، كالخضروات التي يتعين عليه تناولها في أغلب الوجبات اليومية والفواكه والحبوب الكاملة، كذلك يجب عليه أن يقسم الوجبات اليومية إلى وجبات صغيرة موزعة على فترات منتظمة من اليوم فلا يتناول ثلاثة وجبات رئيسية كبرى بل أربعة أو خمسة وجبات صغيرة وهو نظام اللقيمت، وكل هذه التدابير الغذائية تهدف لمساعدة الجسم على إبقاء نسبة سكري الدم بمستوى طبيعي والحفاظ على سلامة مختلف أعضاء الجسم كالعيون، الأوعية الدموية، والكليتين.

كما تعتبر السمنة ذات ارتباط بالسكري من النوع الثاني وهي تلعب دور سلبي كبير على معدلات الاعتلال العصبي، مرض القلب والوفيات، ولذلك يعد التحكم في الوزن أمر ضروري بالنسبة لمرضى السكري فهي تؤدي إلى تقليل الدهون أو نسبة كوليسترول الدم، خفض معدل الوفيات بسبب انسداد الشرايين، الوقاية من التهاب المفاصل وارتفاع ضغط الدم. (Frank and all,2005)

وكذا فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن نسبة التزام مرضى السكري بالحمية الغذائية المناسبة لمرضهم متناقضة حسب (بوعافية، سامعي، دس، 11) ففي دراسة فنلندية قام بها "تولجامو" (Toljamo) وآخرون توصلوا إلى أن نسبة الالتزام بين مرضى السكري من النمط الأول كانت 70%، في حين في دراسة أجراها "كرفجال" (Carvajal) وآخرون في كوبا ودراسة "وينغ" (Wing) وآخرون في الولايات المتحدة بيننا أن ما بين 25% إلى 30% من مرضى السكري من النمط الأول التزموا بالحمية الغذائية الموصى بها. أما في الهند فقد توصلت دراسة عن مرضى السكري من النمط الثاني إلى أن 37% فقط من المشاركين يلتزمون بالنظام الغذائي المطلوب.

✓ **النشاط البدني:** تؤكد عديد الدراسات الأثر الإيجابي لممارسة التمارين الرياضية بانتظام على صحة الفرد الجسدية وحتى النفسية والعقلية، (عطية، 2016، 143) فهي تحميه من عوامل الخطر الأيضية كالسمنة، ارتفاع ضغط الدم، زيادة نسبة الكوليسترول والسكر فيه، وتقي السليم من الأمراض وخاصة المزمنة منها كما تبطئ تطور هذه الأمراض فتقل مضاعفاتها. ومن هذا المنطلق ينصح مرضى السكري وبالأخص النمط الثاني بوضع برنامج بهدف زيادة النشاط البدني العام فذلك يساهم في السيطرة على مستوى الغلوكوز في الدم، فهو يساعد على حرق السعرات الحرارية، ويجب أن يكون هذا البرنامج هادفا لإنقاص الوزن الزائد. كما توجد العديد من الأدلة الطبية التي تؤكد أن النشاط البدني يعزز الحساسية للأنسولين فيرفع من فاعليته، فهو يعمل على تنشيط الدورة الدموية، وبالتالي يقي من الإصابة بأمراض القلب الناتجة عن مرض السكري. كما لا تقتصر إيجابيات النشاط البدني على الجانب الجسدي فقط، بل تتعداه إلى الوقاية من الاضطرابات النفسية التي قد تصيب مريض السكري كالقلق والاكتئاب. كما نشير بالذكر إلى أن النشاط البدني لدى مريض السكري يجب أن تتوفر فيه عدة شروط تتمثل في الآتي:

- أن يكون تحت رعاية واستشارة طبية.
- تجنب التمارين الصعبة والمجهددة جدا.
- مراعات الملابس المناسبة الواسعة والقطنية عند ممارسة النشاط البدني.

- الفحص بعد النشاط وخصوصا تفقد الأقدام. (Frank and all,2005)

إن الدراسات التي أجريت لتحديد مدى الالتزام بممارسة الرياضة لدى مرضى السكري من النمط الأول قليلة، ففي دراسة أجريت في فلندا على (213) مريضا توصلت إلى أن 35% مارسوا التمارين الرياضية مرتين أسبوعيا، و10% منهم فقط مارسوا التمارين يوميا. بينما اجريت دراسة في كندا على عينة من مرضى السكري من النمط الثاني تم اختياروا عشوائيا، توصلت إلى أن 37% فقط من المرضى يمارسون النشاطات الرياضية، و7% منخرطون في نوادي رياضية. وفي دراسة بالولايات المتحدة الأمريكية على مرضى السكري من النمط الثاني كشفت أن 26% فقط من أفراد عينتها يتبعون برنامج رياضي.

(بوعافية، سامعي، دس، 12)

✓ الحرص على تناول الدواء بانتظام: ليسيتر مريض السكري على نسبة الغلوكوز في الدم وتجنب تعقد مرضه وتطور مضاعفاته يتعين عليه الحرص على تناول العقاقير الدوائية الموصوفة له عن طريق الفم حسب الكميات الموصى بها من طرف طبيبه في أوقاتها، وفي الحالات المتقدمة يجب عليه التقيد بالعلاج التعويضي لهرمون الانسولين عن طريق حقن الأنسولين وفقا للجرعات الموصوفة في الأوقات المحددة.

وفي هذا الصدد وحسب (بوعافية، سامعي، دس، 12) فقد توصلت بعض الدراسات إلى أن نسبة التزام مرضى السكري من النمط الأول بأخذ الجرعات الموصوفة من الأنسولين على النحو الصحيح متفاوت، فقد بلغت نسبته بين: المسنين 84%، الشباب 53%، في مقابل بلغت 25% بين المراهقين في دراسة أخرى. بينما في دراسة طبقت عن 91 مريضا من النمط الثاني توصلت إلى أن 75% أخذوا الجرعة الموصوفة بطريقة خاطئة حيث أن أغلبهم أخذوا جرعة زائدة عن اللازم. بينما في الولايات المتحدة أجريت دراسة بالتعاون مع الصيدليات بينت أن 15% فقط من مرضى السكري من النمط الثاني خريصين على الحصول على أدويتهم عند نفاذها في الوقت المناسب.

✓ الزيارات الدورية للطبيب والتقييد بتعليماته: الحرص على اتباع تعليمات الطبيب القائم على العلاج بحذافيرها، وطلب الاستشارة منه عند الحاجة، والتقييد بالزيارات الدورية له، بالإضافة إلى إجراء كل التحاليل والفحوصات والأشعة اللازمة التي يطلبها منه طبيبه، كإجراء فحص الكلى لتحقق من الفشل الكلوي، أو إجراء فحص الأشعة الخاص بشبكية العين لتحقق من وجود تمزق بالشعيرات الدموية شبكية العين (اعتلال الشبكية)، أو إجراء تحاليل الدم للتحقق من نسبة السكر في الدم، مستوى الكوليسترول فيه، أو تحاليل البول لكشف معدل السكري فيه.

✓ الابتعاد عن التدخين وتعاطي المسكرات: يجب على مريض السكري الاقلاع عن التدخين وتجنب تعاطي المسكرات والتدخين السلبي، فالتدخين وتعاطي الخمر يسرعان تعقد داء السكري كما يزيدان من خطورة المضاعفات الناجمة عن هذا المرض على المدى القريب.

✓ تجنب الانفعالات المفرطة: ورد في الدليل التشخيصي الرابع (DSM⁴) أن داء السكري هو أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية التي تساهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة به أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد. (نوار، زكري، 2016، 89) فليس على مريض السكري فقط اتباع حمية غذائية تتناسب خصوصية مرضه، والمداومة على النشاط البدني والانتظام في تناول الأدوية، بل أيضا التخفيف من الضغوط النفسية، (عطية، 2016، 141) بالابتعاد عن مصادرها قدر الامكان، وتجنب مسببات الانفعال المفرط. فالضغوط النفسية والانفعالات الحادة الناجمة عن مختلف المواقف الصدمة كوفاة عزيز أو فشل مشروع مهني أو طلاق تعسفي تعتبر في بعض حالات مرضى السكري هي العامل المفجر الذي يتسبب في إصابة من لديه الاستعداد بهذا المرض المزمن،

فحسب "عطية دليلة" (2016، 136، 141) فإن الخوف أو التوتر الشديدين والقلق المستمر أو الخسارة المادية الفادحة والمفاجئة كلها أسباب غير مباشرة قد تساهم في الإصابة بالسكري لمن لديه استعداد قبلي. كما أنها تساهم بشكل بارز في التعجيل بظهور هذا المرض، تفاقم وضعه بزيادة حدته عند ظهور مضاعفاته سريعا على المدى القريب؛ وتفسير ذلك في ارتفاع معدل إفراز هرموني الأدرينالين والكورتيزون المضادين للأنسولين. كما أنه فيما يخص العوامل النفسية التي تساهم في رفع نسبة السكري في الدم فقد توصلت بعض الدراسات (Neal,

1995) "المكاوي وعبد الرحمان" (1999) إلى أنه توجد علاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري.

✓ الاعتناء بالأطراف السفلى (القدم السكري): العناية بنظافة الأقدام وفحص الذاتي لها يوميا لتفقد الكدمات والرضوض والتقرحات مهما كانت بسيطة، ولهذا يجب أن تكون الجوارب قطنية ومريحة وجافة، وكذا الحذاء مريحا، مقاسه مناسباً، ليس ضيقاً من الأمام، ويفضل أن يكون حذاء طبيياً، كما يتعين على المريض تهوية قدميه لتجنب تعرضها للفطريات، تجفيفها جيداً خاصة أسفل القدم وبين الأصابع، ترطيبها بالكريمات لتجنب تعرضها لتقشر والتشققات خاصة في فصلي الشتاء والصيف هذا الأخير الذي يجب أن يتجنب فيه المريض ارتداء حذاء مفتوح أو بلاستيكي بل يتحرى لبس حذاء جلدي مريح ومهوى حتى في الصيف.

فعند ارتفاع نسبة السكر الدم باستمرار لدى المريض فإن الأوعية الدموية والنهايات الحسية لأعصاب القدم تتأثر بمرور الوقت، ويؤدي تأثر هذه النهايات العصبية إلى فقدان الإحساس في القدم تدريجياً، ومن ثم عدم الشعور بالجروح والتقرحات التي تصيب القدم، ما يؤدي إلى التهابها، في حين أن تأثر الأوعية الدموية يؤدي بدوره إلى عدم إيصال كمية كافية من الدم المشبع بالأكسجين إلى القدم مع قلة الصفائح الدموية المتواجدة ببلازما دم مريض السكري، ومن ثم يصعب التئام الجروح أو تغيير شكل القدم عند ارتداء حذاء ضيق وعدم الإحساس بذلك، كما أن تلف الأعصاب المسؤولة عن ترطيب القدم يتسبب في جفاف جلد القدم ومن ثم تقشرها وتشققها الذي قد يؤدي إلى نزيف بغياب الرعاية الذاتية، وكذا هي عرضة لمسار القدم الذي يتكون بسرعة وبكثرة لدى مريض السكري، الغرغرينا التي تحدث عند موت أنسجة القدم، ومن ثم البتر الجزئي أو الكلي الذي يحدث في المراحل المتقدمة من التهاب القروح. (وزارة الصحة السعودية، 1440هـ)

2.7. مرض ارتفاع ضغط الدم:

مرض ارتفاع ضغط الدم هو اضطراب في الجهاز الدموي يتم بوقوع ضغط دموي زائد على جدران الشرايين، (خوري، بوعبد الله، 2018، 33) فيعبر عن قوة دفع الدم خلال الأوعية الدموية، حيث يعمل القلب بجهد أكبر والأوعية الدموية بضغط أكثر، ويتحدد مقدار الضغط بكمية الدم التي يضخها القلب وحجم مقاومة الشرايين لقوة تدفق الدم، وهذا الضغط ناتج عن قوتين هما: الضغط الانقباضي وهو الضغط الأعلى في الأوعية الدموية ويحدث مع انقباض القلب أو خفقانه، والضغط الانبساطي وهو الضغط الأقل في الأوعية الدموية ويحدث في الفترات التي تفصل بين ضربات القلب مع استرخاء عضلة القلب. (وزارة الصحة السعودية، 1440هـ)

وتتلخص أهم أسباب مرض ارتفاع ضغط الدم في: عوامل الخطر السلوكية (التغذية غير المتزنة -كالإكثار من تناول ملح الصوديوم في الطعام-، تعاطي الخمر والتبغ، الخمول البدني)، عوامل وراثية وخلقية كالعيوب الخلقية في الأوعية الدموية منذ الولادة أو التشوهات بعدها، بعض الأمراض كمشاكل الهرمونات والاختلالات في عمل الغدد الصماء خاصة الدرقية أو أمراض الكلى، عوامل الخطر الاستقلابية أو الأيضية التي تزيد من حدة المضغفات وسرعة ظهورها (السكري، ارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم، زيادة الوزن أو السمنة)، وإلى بعض أنواع الأدوية، بالإضافة إلى بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر بشكل غير مباشر، والعوامل النفسية كسوء إدارة التوتر، الافتقار لمهارات مواجهة الضغوط. وكذا فإن لمرض ارتفاع ضغط الدم عدة مضغفات وخيمة على صحة الفرد أبرزها: النوبات القلبية، تضخم القلب، السكتة الدماغية، الفشل الكلوي، العمى، تمزق الأوعية الدموية وضعف الإدراك. (WHO, 2013, 18- 27)

كما أنه كبقية الأمراض المزمنة لا يقتصر العلاج فيها على الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب المعالج كأقراص الدواء فقط بل يتطلب من المريض إحداث تغييرات على نمط حياته في سبيل التحكم بضغط دمه، باستبدال سلوكياته المضرّة بالصحة بأخرى صحية وفقاً لتدابير رعاية صحية.

1.2.7. مضاعفات ارتفاع ضغط الدم:

حسب (لحل، 2010، 28-29) ورد في (Somogyi, Berville, 2007) ما يلي:

✓ المضاعفات الوعائية والقلبية: نقص تروية القلب Cardiopathie Ischémique: الذبحة الصدرية، تضخم البطين الأيسر المرتبطة بزيادة مخاطر موت القلب والأوعية الدموية، مع اضطرابات الإيقاع.

- فشل القلب وعلى وجه الخصوص مع خلل أو نقص التروية الانقباضي.

- تصلب الشرايين مع خطر: ضيق تمدد، وتمزق الأوعية الدموية.

✓ المضاعفات العصبية السكتة الدماغية Cardiopathie Ischémiques et Lacunes، السكتة الدماغية النزفية، الخرف الوعائي: تحت تأثير السكتة الدماغية عادة ما تكرر، ارتفاع ضغط الدم الدماغية: صداع مع ارتفاع ضغط الدم داخل الجمجمة مع اختلال الدورة الدموية الدماغية المرتبط بورم دماغي، أعراض ضعف الوعي.

✓ المضاعفات الكلوية: تصلب الأوعية الكلوية: التي قد تؤدي إلى الفشل الكلوي، ضيق الشريان الكلوي.

✓ المضاعفات المتعلقة بالبصر: يتسبب في اعتلال الشبكية الناتج عن ارتفاع ضغط الدم في أربعة مراحل

- ترهف، تصلب، تمزق الشرايين

- ظهور علامات التصلب

- الإفراز و/أو النزيف

✓ ارتفاع ضغط الدم الخبيث: التكهن بمتلازمة الشديده (الضغط الانبساطي في كثير من الأحيان يفوق 130) مع التأثير على الأعضاء المستهدفة: اعتلال الشبكية المرحلة 3 أو 5 في قاع العين، فشل البطين الأيسر، ارتفاع ضغط الدم الدماغية، الفشل الكلوي الحاد: كما ترتبط هذه الأعراض المتوقعة مع الوهن، فقدان الوزن، كثرة التبول، الجفاف والعطش.

2.2.7. الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم:

يمكن تلخيص الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم في التدابير الصحية التالية:

✓ الرصد الذاتي لمستوى ضغط الدم: وفي هذا الصدد تحت توصي منظمة الصحة العالمية

"WHO" المرضى أنفسهم بمراقبة ذاتية لضغط الدم لديهم متى كانت تقنية قياس ضغط الدم ميسورة التكاليف، ومعرفة طريقة تقدير الخطر القلبي الوعائي باستخدام إحدى أدوات تقييم المخاطر، فكما هو الحال في الأمراض غير السارية الأخرى تُسهل الرعاية الذاتية في الكشف المبكر عن ارتفاع ضغط الدم والتقليل من اضراره على أجهزة الجسم الحساسة على المدى الطويل. (WHO, 2013, 21, 31)

على مريض ارتفاع ضغط الدم المواظبة على قياس معدل ضغط الدم بواسطة آلة القياس يوميا، وتسجيل ذلك في دفتر خاص، وهذا السلوك من شأنه أن يعزز من تحمل المريض لمسؤولية الإدارة الذاتية والتحكم في مرضه. (Elliott,2011)

✓ الحمية الغذائية لمرض ارتفاع ضغط الدم: يفترض بمرضى ارتفاع ضغط الدم أن يتبنى نمط

حياة صحي، ويتبع نظام غذائي صحي يناسب خصوصية الحالة المرضية للفرد، فيتوجب عليه أن يتجنب المأكولات المالحة والتي تحوي على دهون كثيرة خاصة الشحوم الحيوانية المشبعة والأحماض الدهنية المتحولة، في حين عليه الإكثار من الأغذية الغنية بالمعادن، الفيتامينات والألياف، كالخضروات والفواكه والحبوب الكاملة حيث يتعين عليه تناول خمسة حصص من الفاكهة والخضروات يوميا، فيقسم وجباته الغذائية خلال اليوم إلى وجبات صغيرة وهو ما ينص عليه نظام اللقيمات، وكل هذه التدابير الغذائية تهدف لمساعدة الجسم على التحكم في مستوى ضغط الدم والحفاظ على سلامة أعضاء الجسم الحساسة كالقلب والأوعية الدموية، المخ، الكلى، والعينين.

وتعد كميات الملح الزائدة التي يتناولها الفرد في الأغذية عاملا من العوامل الأهم التي تسهم في الإصابة بارتفاع ضغط الدم، وفي تقاوم خطر مضاعفاته على صحة المريض، فلطالما أثبتت الدراسات أن التقليل المعتدل لكمية الملح التي يستهلكها الفرد يساعد على خفض ضغط الدم لدى المرضى من مختلف الفئات العمرية، كما أنه يساهم في خفض معدلات الإصابة بالنوبات القلبية والسكتة الدماغية بين الأفراد. وفي هذا الصدد تتصح منظمة الصحة

العالمية البالغين بأن يقللوا استهلاكهم من الصوديوم عن (5غ) من ملح الطعام يوميا، والتقليل من الخبز، المأكولات المصنعة المعلبة، المخلات، الأجبان، المملحات والأغذية المُقدّدة. (WHO, 2013, 28-31)

كما نشير إلى أن السمنة تعتبر العدو اللدود لمريض ارتفاع ضغط الدم فلها عواقب وخيمة على مستوى الأوعية الدموية، القلب، والدماغ؛ ولذلك حسب (Frank and all, 2005) يعد التحكم في الوزن أمر ضروري جدا بالنسبة لمريض ارتفاع ضغط الدم الذي يؤدي بدوره إلى تقليل الدهون أو نسبة الكوليسترول في الدم، وتجنب خطر انسداد الأوعية والشعيرات الدموية ومن ثم خفض معدل الوفيات بسبب انسداد الشرايين، كما يؤدي من جهة أخرى إلى الوقاية من ارتفاع ضغط الدم لدى من لديه الاستعداد.

✓ **النشاط البدني:** تؤكد عديد الدراسات على الدور الفعال للانتظام في ممارسة الرياضة على الصحة بشكل عام، فهي تعزز الصحة النفسية والجسمية لدى المريض وحتى المعفى فتحمي الفرد من خطر التوتر الشديد والقلق، البدانة ومن ثم زيادة مستوى الكوليسترول في الدم، كما تساعد على تسريع حرق السعرات الحرارية ومن ثم تقي من داء السكري وتقلل من تعقده لدى المرضى، فتقي الشخص السليم من الأمراض وخاصة المزمنة منها كما تبطئ تطور هذه الأمراض فتقلل من تفاقم مضاعفاتها لدى المريض.

واستنادا على ما سبق تنصح (WHO, 2013, 31) بممارسة الأنشطة البدنية بانتظام، وتشجع الأطفال والشباب على ممارسة التمارين الرياضية. كما توصي بالتمرن لمدة لا تقل عن 30 دقيقة يوميا حتى لو بالمشي، فالرياضة تحارب السمنة والتوتر الحاد الذين يعدا عاملي خطر يهددا مرضى ارتفاع ضغط الدم.

✓ **الحرص على تناول الدواء بانتظام:** ليتمكن مريض ارتفاع ضغط الدم من التحكم بضغطه والسيطرة على تفاقم مرضه وتجنب تطور مضاعفاته يحتاج إلى التقيد بتناول العقاقير الدوائية الموصوفة له وفق الجرعات الموصى في الاوقات المحددة دون زيادة أو نقصان. ونشير إلى أن انتظام مستوى ضغط المريض بعد تناول الادوية حسب الوصفة الطبية لا يعني أنه قد شفي، بل يعني أنه تم الوصول إلى الجرعة المناسبة التي تبقى على الضغط مسيطرا عليه؛ لهذا على المريض الالتزام بباقي تدابير الرعاية الذاتية. (وزارة الصحة، 2014، 23)

✓ الزيارات الدورية للطبيب والتقيد بتعليماته: التقيد بتعليمات الطبيب المعالج بحذافيرها، واستشارته عند الحاجة، والمداومة على الزيارات الدورية له، اجراء كل التحاليل والفحوصات الأشعة اللازمة التي يطلبها منه المعالج، كالكالسيوم للتحقق من وجود تخثر أو تفجر للدم في الشعيرات أو الأوعية الدموية بالمخ، تخطيط القلب الكهربائي، أو إجراء فحص بالأشعة لشبكية العين للتحقق من وجود تمزق بالشعيرات الدموية شبكية العين (اعتلال الشبكية)، أو على سبيل المثال حسب "WHO" (2013, 31) كالتحاليل للتحقق من نسبة السكر، مستوى الكوليسترول في الدم، أو معدل الألبومين (الزلال) في البول.

✓ الابتعاد عن التدخين وتعاطي الكحول: حسب "WHO" فإنه يجب على مريض ارتفاع ضغط الدم تجنب تعاطي الكحول، والاقلاع عن التدخين ومنع التعرض لمنتجاته، فالتدخين وتعاطي الكحول يزيدان من خطورة المضاعفات التي تنجم عن مرض ارتفاع ضغط الدم ويعجلان من سرعة تفاقمها وتعقد المرض. فتعاطي التبغ يتفاعل مع ارتفاع ضغط الدم فيزيد خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. (WHO, 2013, 11, 18, 31)

✓ إدارة التوتر وامتلاك مهارات مواجهة الضغوط: يحتاج مريض ارتفاع ضغط الدم إلى التدريب على إدارة التوتر واكتساب مهارات واستراتيجيات مواجهة الضغوط ليتمكن من تفادي أثارها الوخيمة في رفع مستوى ضغط دمه، ومن ثم ابطاء تعقد مرضه وسرعة تعرضه لمضاعفات هذا المرض التي تمس أهم أعضاء الجسم وأكثر الأجهزة حساسية كالجهاز الدوري والعصبي المركزي.

وبينت بعض الأبحاث أن بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية تؤثر بشكل غير مباشر بدورها على عوامل الخطر السلوكية أو على الجانب النفسي، فتزداد مستويات التوتر والقلق ما يؤدي بدوره إلى رفع ضغط الدم لدى الفرد، فعلى سبيل المثال أزمة انعدام الشغل قد تسبب توتر مستمر وقلق حاد لدى الشباب في مقتبل العمر، بالإضافة إلى غياب السكن، الفقر نوعية الحياة في المدن، نمط الحياة الغير متوازن كل هذه العوامل مجتمعة تتسبب في زيادة الضغوطات النفسية لدى الشباب والراشدين، وقد تتسبب في اصابتهم بمرض ارتفاع ضغط الدم المزمن؛ ولهذا تبرز أهمية التمرس على إدارة التوتر بطريقة أفضل واكتساب مهارات واستراتيجيات مواجهة الضغوط.

وبناء على ما سبق يتضح أنه كما هو الحال في باقي الأمراض المزمنة الأخرى تُسهل الرعاية الذاتية في الكشف المبكر عن داء السكري وارتفاع ضغط الدم، كما أنها ذات أهمية قصوى في سبيل السيطرة على المرض، ولا غنا للفرد عنها فالدواء والطبيب المعالج لا ينفعان بمعزل عن التقيد بسلوكيات الالتزام الصحي التي يقوم بها المريض نفسه، والتي تتضمن: الرصد الذاتي، الحرص على تناول الأدوية بانتظام وفقا للكميات الموصوفة في أوقاتها المحددة، تبني نمط معيشة صحي بممارسة التمارين الرياضية بانتظام لمدة 30 دقيقة على الأقل يوميا، اتباع نظام غذائي صحي يناسب خصوصية الحالة المرضية للفرد، التقيد بتعليمات الطبيب واستشارته عند الحاجة والمداومة على الزيارات الدورية له، اجراء التحاليل والفحوصات اللازمة التي يطلبها المعالج، تجنب الانفعالات المفرطة والتدريب على ادارة التوتر واكتساب مهارات مواجهة الضغوط، الاعتناء بالأطراف السفلى (القدم السكري) بالنسبة لمرضى السكري، وجملة هذه الاجراءات الذاتية هي ما يمكن المريض من التحكم الأفضل في مرضه المزمن والتخفيف من مضاعفاته على الأعضاء الحساسة للجسم كالقلب، الدماغ والكلى، ومن ثم التقليل من خطر الوفاة المبكرة.

خلاصة الفصل:

نستخلص مما سبق ذكره في هذا الفصل أن للالتزام الصحي الأهمية البالغة في سبيل تحسين صحة الفرد، الوقاية ومواجهة الامراض وخاصة المزمنة منها، فلا غنى للمصاب بمرض مزمن كالسكري أو ارتفاع ضغط الدم -القاتل الصامت- من اتخاذ تدابير الرعاية الصحية الذاتية، وذلك بتبني عادات صحية، اتباع نظام غذائي صحي، ممارسة التمارين الرياضية بانتظام، مراعات اخذ القياسات والتحليل المطلوبة، الحرص على الزيارات المنتظمة للطبيب والانصياع لتعليماته الاقلاع عن التدخين والمخدرات والكحول، اتباع عادات صحية تخص النوم والنظافة الشخصية، ادارة الضغوط النفسية وغيرها من الاجراءات التي تجعل المريض يغير نمط حياته ليتناسب مع البرنامج العلاجي اللازم لتحسين وحالته الصحية وخصوصية مرضه؛ وذلك من أجل التعايش معه، تقادي تفاقمه والابطاء من سرعة تطوره بتجنب مضاعفاته العديدة ما يتيح العيش لسنوات طويلة بحالة صحية مستقرة.

وهنا يتضح أن للمريض الدور الأبرز في تحقيق مستوى عالي من الالتزام الصحي لضمان صحة نفسية وجسدية جيدة؛ فهو حجر الأساس في عملية الوقاية والعلاج، هذه العملية التشاركية بين عدة أطراف فالمريض ليس المسؤول الوحيد فيها بل لبلوغ أهدافها هو في حاجة لعدة شركاء كالأسرة والاصدقاء، ومؤسسات الرعاية الصحية والقائمين عليها.

وفي هذا الصدد يبدو جليا أن المريض بحاجة ماسة للدعم والمساندة النفسية الاجتماعية، بالإضافة إلى الدور البارز الملقى على عاتق المؤسسات الصحية والقائمين على الرعاية الصحية، كما أن للجانب الاجتماعي،الاقتصادي والمهني، السمات الشخصية، المعتقدات الذهنية، الكفاءة الذاتية وغيرها من العوامل المساهمة في تيسير السيطرة على المرض ومواجهة اعبائه الكثيرة والمتنوعة، وهذا ما سيتم التطرق إليه في الفصل الموالي من الجانب التطبيقي الذي يعرض عينة الدراسة وما طبق عنها من ادوات ... وغيرها من الاجراءات المنهجية للدراسة؛ وذلك قصد الكشف عن العلاقة بين الالتزام الصحي والكفاءة التدريسية كنوع من انواع الكفاءة الذاتية والتي تكون لدى المعلمين والقائمين على عملية التدريس بصفة عامة من ذوي الامراض المزمنة.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الاجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. الدراسة الاستطلاعية
3. مجتمع وعينة الدراسة
4. أدوات جمع البيانات
5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
6. إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية
7. أساليب المعالجة الإحصائية

خلاصة الفصل

تمهيد:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن؛ ولتحقيق أهداف هذه الدراسة تناولنا في الإطار النظري كل متغير على حدى في فصل خاص به، والذي يعد بمثابة الأرضية النظرية للموضوع المدروس، وبعده سننتقل إلى الجانب التطبيقي والذي سنستهله بفصل الإجراءات المنهجية للدراسة وفيه سيتم التعرض إلى كل من منهج الدراسة، ومن ثم نعرض الدراسة الاستطلاعية بأهدافها، عينتها، ونتائجها، وبعدها نبرز مجتمع الدراسة وعينتها، ثم نعرض عن الأدوات المستخدمة خلال هذا البحث، لنتطرق إلى الخصائص السيكومترية لهذه الأدوات، وصولاً إلى نتائج فإجراءات تطبيق الدراسة الميدانية، ومن ثم نفضل في الأساليب الإحصائية المعتمدة لمعالجة بيانات هذه الدراسة.

1. منهج الدراسة:

طبيعة موضوعنا ونوع الدراسة يفرض علينا إتباع منهج معين، وبما أن موضوع دراستنا يهدف إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي، التعرف عن مستوى كلى المتغيرين، وإلى الكشف عن الفروق في كل متغير تبعا لبعض المتغيرات مثل الجنس، السن، مدة المرض وغيرها، فالتحقق من قدرة متغير (الكفاءة التدريسية) على التنبؤ بالأخر (الالتزام الصحي)؛ لذا ومن أجل تحقيق هذه الأهداف ولدراسة هذه المشكلة قمنا باستخدام المنهج الوصفي بأسلوبه الإرتباطي والسببي المقارن، فهو المنهج الأنسب والأكثر ملائمة لطبيعة وأهداف هذا البحث.

2. الدراسة الاستطلاعية:

تعد من الخطوات الأساسية عند إجراء الدراسات العلمية.

1.2. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تلخصت أهداف دراستنا الاستطلاعية التي تم تطبيقها خلال الفصل الاول من السنة الدراسية 2016-2017، كالاتي:

- ❖ معرفة مجتمع الدراسة وخصائصه وجمع المعطيات الخاصة به.
- ❖ التعرف على الصعوبات التي يمكن أن ننتلقاها في الدراسة الأساسية ثم محاولة تفاديها.

- ❖ التأكد من الخصائص السيكومترية لأداتي القياس.
 - ❖ التأكد من مناسبة الصياغة المكيفة من مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين -ترجمة "هدى الخلايلة" على البيئة الفلسطينية- لمجتمع المعلمين الجزائريين (البيئة الجزائرية). وهذا بعد اجراء بعض التعديلات البسيطة في الصياغة؛ لجعل هذه العبارات مستساغة لدى هذا المجتمع، ونفصل تلك التعديلات في ما يلي: (انظر الملاحق رقم 1 و2))
 - استبدال كلمة "الطلبة" بكلمة "التلاميذ" في أغلب بنود المقياس، كلمة "الغرفة الصفية" بكلمة "غرفة الصف" في البندين (18) و(23) على التوالي.
 - استبدال عبارة "صعبي المراس" في البند (01) بكلمة "المتمردين"، وكذا عبارة "التفكير الناقد" في البند (02) بعبارة "تعلم النقد البناء"، وعبارة "أبداع أسئلة" في البند (11) بعبارة "أصوغ أسئلة".
 - استبدال عبارة "الحصة الصفية" بكلمة "الحصة" في البند (19) وكلمة "الطلاب" بكلمة "التلاميذ" في نفس البند.
- ولتحقيق هذه الأهداف قمنا بإجراء الدراسة الاستطلاعية ببعض المدارس الابتدائية لمدينة الوادي.

2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة هذه الدراسة الاستطلاعية من (30) معلما ومعلمة يشتغل بالمدرسة الابتدائية التابعة لسبع مقاطعات تفتيشية بمدينة الوادي خلال الفصل الاول للسنة الدراسية 2016-2017. قامت صاحبة الدراسة الحالية بالبحث في بعض المدارس الابتدائية عن كل المعلمين المصابين بداء السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم، فكانت أعمارهم تتراوح بين (29 و60) سنة بالنسبة للمعلمين و(29 و55) بالنسبة للمعلمات، وسنوات خبرتهم في التدريس في حدود (5-38) سنة، في حين أنهم يعانون من هذه الأمراض منذ (2-30) سنة. كما تم اختيار المدارس المتواجد بها أفراد هذه العينة بطريقة قصدية.

والجدول (01) يوضح أهم خصائص أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية:

جدول (01) أهم خصائص أفراد العينة الاستطلاعية

المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	18	60%
	إناث	12	40%
نوع المرض	داء السكري	17	56.66%
	ارتفاع ضغط الدم	13	43.33%
العدد الكلي لأفراد العينة	-----	30	100%

يتبين من خلال الجدول (01) أن أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية لا يتوزعون توزيعاً متساوياً حسب الجنس ونوع المرض فتبلغ أكبر فئة (18) فرداً وهي تمثل نسبة (60%) أي ما يقارب ثلثي العينة الكلية وهي فئة المعلمين الذكور، تقابلها أصغر فئة (12) فرداً والتي تمثل نسبة (40%) أي ما يفوق ثلث أفراد العينة الكلية وهي فئة المعلمات، ونفس الشيء بالنسبة لنوع المرض فأرقام ونسب مرضى داء السكري ومرضى ارتفاع ضغط الدم من المعلمين متقاربة مع ما ذكر في الجنس بسيادة داء السكري.

3.2. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- ✓ تم التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات الخاصة بالدراسة الحالية.
- ✓ تم إجراء بعض التعديلات على مقياس الكفاءة التدريسية للمعلمين؛ وهذا بعد استفسار بعض أفراد العينة الاستطلاعية وطلب توضيح عدة فقرات، وكذا لجعل هذه العبارات مستساغة لدى المعلمين الجزائريين، وهذه التعديلات مفصلة في ما يلي: (انظر الملاحق (2و4))
- إضافة كلمة "لحث" وعبارة "اعطائه قيمته" لتوضيح البند (12).
- تعويض عبارة "يمكنني تكوين توقعات واضحة عن سلوك التلاميذ" بعبارة "استطيع توقع سلوكيات التلاميذ" لتوضيح البند (05)، واستبدال عبارة "في فرض النظام في الصف" بعبارة "لضبط السلوك الفوضوي في الصف" في البند (03).
- تم إضافة كلمة "لهم" في نهاية البند (10)، وكلمة "المشاغب" لتوضيح البند (15).

- ❖ كما تم اجراء بعض التعديلات على مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بناء على نتائج معاملات ارتباط البنود بالبعد الذي تنتمي إليه الموضحة في الصدق الداخل (انظر الصدق الداخلي للمقياس)، وهي كالتالي: (انظر الملاحق (3 و4))
- إعادة صياغة البند (28) ليصبح بالعبارة التالية: "أحرص على إعادة تفعيل بطاقة الشفاء" بدلا عن عبارة "أحرص على تجديد وثائق بطاقة الشفاء وإعادة تفعيلها"
 - إضافة كلمة "كبيراً" في آخر البند (20) ليتضح المعنى أكثر، وكلمة "السجائر" في آخر البند (3).
 - تعديل البند (18) ليصبح "أشرب القهوة بكثرة" بدل عن العبارة العامة "أشرب المشروبات المنبهة"؛ وهذا بعد استفسار بعض أفراد العينة الاستطلاعية وطلب توضيح الفقرة.
- ✓ تم الكشف عن حقيقة ما يمكن أن نطلق عليه "تسرب أفراد العينة" الخاصة بهذه الدراسة والحاجة الملحة لتعجيل تطبيق الدراسة الأساسية، هذا كون أغلب المعلمين المصابين بالأمراض المزمنة هم من فئة المعلمين الكبار في السن نسبياً من يقترب عمرهم إلى (60) سنة أو (55) سنة بالنسبة للمعلمات، والذين قد سارعوا إلى طلب التقاعد المسبق، ليُحال بعضهم إن لم نقل أغلبهم إلى التقاعد خلال الأشهر القليلة التي سبقت نزول الباحثة الاستطلاعي للميدان، أما البعض الآخر وضعوا ملفات للتقاعد المسبق وهو في انتظار الرد عليها قبل أن يلغى قانون التقاعد المسبق في المستقبل القريب.
- ✓ كما تم الكشف عن عدم وجود احصائيات توضح تعداد أو مكان عمل المعلمين المصابين بأمراض مزمنة لدى مصالح كل من طب العمل الخاص بالتربية، الطب المدرسي، مفتشي التربية مسؤولي المقاطعات التفتيشية للطور الابتدائي، ومصالح مديرية التربية بولاية الوادي، كما لا توجد حتى احصائيات عامة عن الموظفين المصابين بأمراض مزمنة توضح تعداد أو مكان عملهم لدى مصالح كل من طب العمل والوظيف العمومي بذات الولاية.

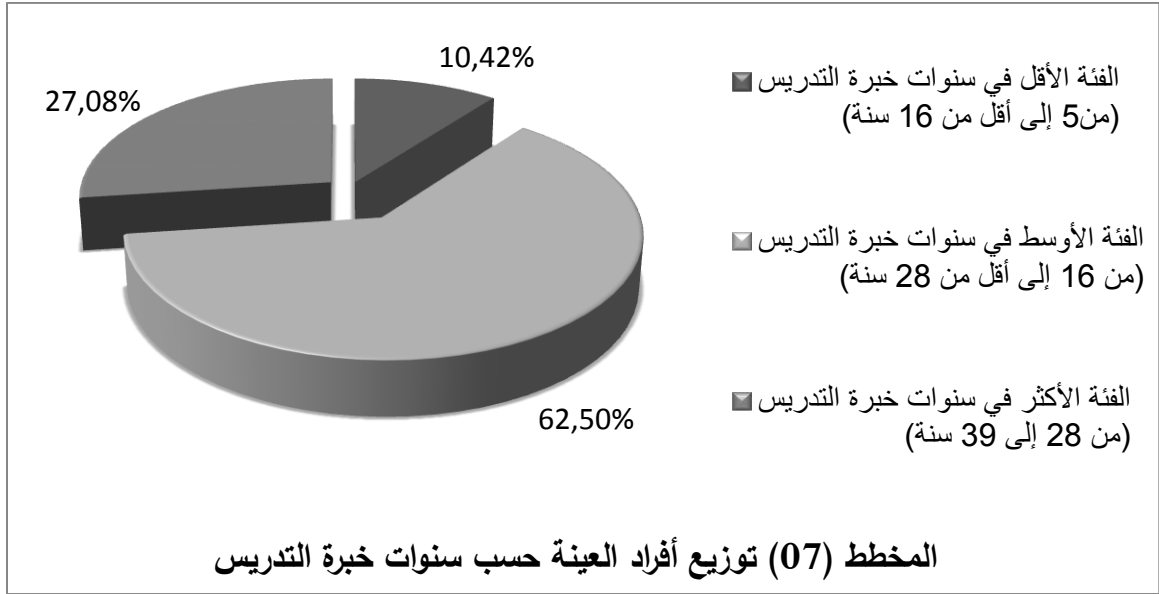
3. مجتمع وعينة الدراسة:

يتم اختيار عينة الدراسة بالطريقة القصدية، بالبحث في (76) مدرسة ابتدائية تابعة لعشرة مقاطعات تفتيشية بمدينة الوادي والتي يشتغل بها (1057) معلما ومعلمة خلال الفصل الأول من السنة الدراسية 2016-2017؛ للتوصل إلى المعلمين المصابين بداء السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم الذين يمارسون مهنة التدريس في هذه الابتدائيات، فكان العدد الفعلي لعينة هذه الدراسة يقدر بـ(48) معلما ومعلمة (28) منهم معلمين، و(20) منهم معلمات، وهذا بعد حذف الاستجابات الغير صالحة للدراسة من بين(59) استجابة مسترجعة من أصل (82) استمارة موزعة بـ(34) مدرسة، وتتراوح أعمار المشاركين في الدراسة بين (29 و 60) سنة، وسنوات خبرة التدريس لديهم محصورة بين (5 و 39) سنة.

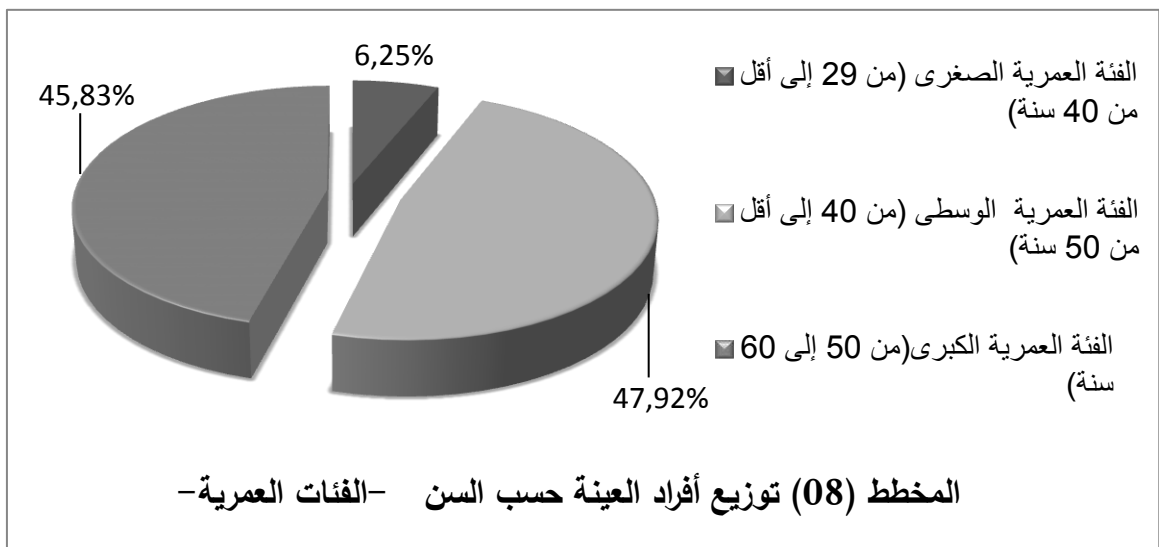
جدول (02) خصائص أفراد العينة الأساسية

المتغير	التصنيف	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	28	58.33%
	إناث	20	41.67%
نوع المرض	داء السكري	27	56.25%
	ارتفاع ضغط الدم	21	43.75%
سنوات خبرة التدريس	من 5 إلى أقل من 16 سنة	5	10.42%
	من 16 إلى أقل من 28 سنة	30	62.5%
	من 28 إلى 39 سنة	13	27.08%
السن	من 29 إلى أقل من 40 سنة	3	6.25%
	من 40 إلى أقل من 50 سنة	23	47.92%
	من 50 إلى 60 سنة	22	45.83%
مدة المرض	من 2 إلى أقل من 12 سنة	38	79.34%
	من 12 إلى أقل من 22 سنة	8	16.67%
	من 22 إلى 32 سنة	2	4.16%
العدد الكلي لأفراد العينة	-----	48	100%

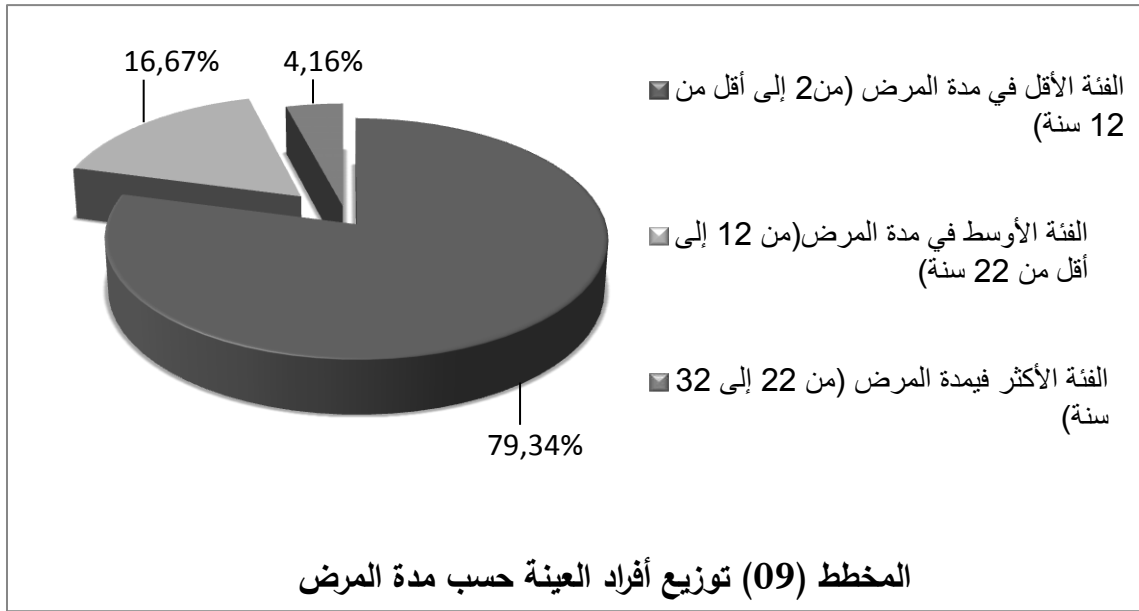
يتضح من خلال الجدول (02) أن أفراد عينة الدراسة لا يتوزعون توزيعاً متساوياً حسب مختلف التقسيمات فتبلغ أكبر فئة (38) فرداً وهي تمثل نسبة (79.34%) أي ما يقارب ثلاثة أرباع العينة الكلية وهي فئة (من 2 إلى أقل من 12 سنة) مدة المرض، تقابلها أصغر فئة (فردين) والتي تمثل نسبة (4.16%) أي ما يقارب نصف عشر العينة الكلية وهي فئة (من 22 إلى 32 سنة) في نفس التصنيف إلا وهو مدة المرض. كما يلاحظ في التصنيفات الثنائية لأفراد العينة يكون عدد الأفراد متقارب بين كل فئتين في ذات التصنيف كالجنس ونوع المرض، في حين أنه في التصنيفات الثلاثية فيكون عدد الأفراد متباعداً بين كل ثلاثة فئات من كل صنف كسنوات خبرة التدريس، السن ومدة المرض، ولهذا ارتأينا إبراز هذا التوزيع الغير متساوي للفئات الثلاثة من التصنيفات السابقة الذكر لتوضيحه أكثر في الدوائر النسبية الثلاث بالمخططات (07)، (08)، و(09) على الصفحات الموالية:



يلاحظ من خلال المخطط (07) أن أفراد عينة الدراسة لا يتوزعون توزيعاً متساوياً حسب سنوات خبرة التدريس، وأن الفئة الأوساط في سنوات خبرة التدريس (من 16 إلى أقل من 28 سنة) تفوق ما نسبته 50% أي ما تفوق النصف فتتعدى الستة أعشار أفراد العينة الكلية، في حين أن الفئة الأقل في سنوات خبرة التدريس (من 5 إلى أقل من 16 سنة) هي أقل من الفئتين الأخرين بل هي قليلة بالنسبة للفئة السابقة فهي تمثل ما نسبته 10% من أفراد العينة الكلية وهو ما يساوي بالتقريب سدس الفئة السابقة وأقل بقليل من ثلث الفئة الأكثر في سنوات خبرة التدريس (من 28 إلى 39 سنة)، هذه الأخيرة التي تمثل ما يقارب ثلاثة أعشار أفراد العينة الكلية.



يلاحظ من خلال المخطط (08) أن أفراد عينة الدراسة لا يتوزعون توزيعاً متساوياً حسب الفئات العمرية، وأن الفئة العمرية الوسطى (من 40 إلى أقل من 50 سنة) تقارب 50% أي ما يعادل النصف أو الخمسة أعشار، في حين أن الفئة العمرية الصغرى (من 29 إلى أقل من 40 سنة) هي أقل من الفئتين الأخرين بل هي قليلة بالنسبة لهما فتتمثل تقريباً ما نسبته 5% أي نصف العشر من أفراد العينة الكلية وهو ما يساوي بالتقريب عُشر الفئة السابقة وتُسع الفئة الكبرى (من 50 إلى 60 سنة).



يلاحظ من خلال المخطط (09) أن أفراد عينة الدراسة لا يتوزعون توزيعاً متساوياً حسب فئات مدّة المرض، وأن الفئة الأقل في سنوات المرض (من 2 إلى أقل من 12 سنة) تقارب ما نسبته 80% أي ما يعادل ثلاثة أرباع أو ثمانية أعشار العينة الكلية، في حين أن الفئة الأكثر في سنوات المرض (من 22 إلى 32 سنة) هي أقل من الفئتين الأخرين بل هي قليلة بالنسبة لهما فتتمثل 4.16% أي أقل من نصف عشر أفراد العينة الكلية وهو يساوي بالتقريب ربع الفئة الوسطى (من 12 إلى أقل من 22 سنة) والتي تمثل 16.67% وهو ما يفوق ربع أفراد العينة ويقارب خمس الفئة الأقل.

4. أدوات جمع البيانات:

تعتبر أدوات جمع البيانات الوسيلة الأساسية في جمع المعلومات اللازمة حول موضوع البحث من الميدان.

ونظرا لعدة اعتبارات هي: طبيعة الموضوع ومتغيراته، طبيعة المعلومات المطلوبة، الظروف المتاحة للباحثة، خصائص أفراد العينة، والأهداف المراد تحقيقها فقد اعتمدنا في هذه الدراسة على الأدوات التي :

1.4. الوثائق:

تم الاعتماد على الطريقة الوثائقية لجمع البيانات وذلك بالاطلاع على: إحصائيات المقاطعات التفتيشية من مصلحة التكوين والتفتيش بمديرية التربية؛ من أجل الاتصال بمفتشي المقاطعات لمعرفة تعداد المعلمين المصابين بأمراض مزمنة المشتغلين بمقاطعاتهم، وبحثا عن القوائم الاسمية لهم أو حتى المدارس المتواجد بها هؤلاء المعلمين لكن دون جدوى. كما تم الاعتماد على بعض الاحصائيات الخاصة بتعداد المدارس الابتدائية وتعداد معلمها بالمقاطعات التفتيشية العشرة بمدينة الوادي، والتي جلبت من مصلحة التكوين والتفتيش بمديرية التربية لولاية الوادي.

2.4. مقياسي الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياسين أحدهما مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ"تشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001) ترجمة "هدى الخليفة" (2011) (أنظر الملحق رقم (01)) بعد تكييفه في البيئة الجزائرية (أنظر الملحق رقم (04 و 02))، والثاني مقياس الالتزام الصحي لمرضى السكري وارتفاع ضغط الدم إعداد الباحثة (أنظر الملحق رقم (04))، حيث صمم استنادا على التراث النظري، الدراسات السابقة وبعض المقاييس المعدة سابقا عن الالتزام الصحي، كما سنوضح ذلك بالتفصيل بعد وصف الصفحة الاستهلاكية كما يلي:

1.2.4. وصف الصفحة الاستهلاكية: هي واجهة الأدوات تكون في الورقة الأولى منها، وتضم المقدمة والتعليمات والبيانات الشخصية المشتركة بين المقياسين، وشملت هذه الصفحة ما يلي: (أنظر الملحق رقم (04))

- ✓ مقدمة استهلاكية قصيرة تقدم فكرة حول موضوع دراستنا.
- ✓ تقديم تعليمات الإجابة للمعلمين؛ بهدف تبسيط طريقة الإجابة.
- ✓ ملاحظة لتذكير بسرية المعلومات التي سوف يصرح بها المعلم وأنها لن تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.
- ✓ البيانات الشخصية: والتي تضمنت: الجنس، السن، نوع المرض، أمراض أخرى مرافقة (لمعرفة إن كان لدى المعلم كلى المرضين)، مدة المرض، سنوات خبرة التدريس، والمستوى التعليمي للمستجيب (لتوظيفها في تفسير النتائج).

2.2.4. مقياس الكفاءة التدريسية للمعلم: مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ "تشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001) ترجمة "هدى الخلايلة" (2011) (انظر الملحق رقم (01))، بعد تكيفه على اساتذة التعليم الابتدائية في البيئة الجزائرية من قبل الباحثة (انظر الملحق رقم (04 و02))، والذي يتكون في صورته الأصلية من (24) بند موزعة على ثلاثة أبعاد كل منها تقيسه ثمانية فقرات كما هو موضح في الجدول أسفله، وهي: كفاءة المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعلمية، كفاءة المعلم في استخدام استراتيجيات التعليم، وكفاءة المعلم في الإدارة الصفية، وللاستجابة على فقرات المقياس ينبغي على المعلم الاختيار بين خمسة بدائل (بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة قليلة، بدرجة قليلة جداً)، والمقياس يتمتع بمعاملات صدق وثبات مقبولة جداً في نسخته الانجليزية (2001) والأردنية المترجمة (2011) حيث تراوحت معاملات ثباته بين (0.88) و(0.94) على الترتيب. كما كانت الدرجة الكلية التي من الممكن أن تعطى للمستجيبين محصورة بين [24-120].

أما تصنيف مستوى الكفاءة التدريسية للمعلم فيكون حسب الدرجات الكلية، وحسب ما يقابلها من متوسط مجموع درجات البنود كالتالي:

✓ مستوى منخفض من الكفاءة التدريسية بين [24-55]

تقابلها [1-2.33] (الفئة الدنيا)

✓ مستوى متوسط من الكفاءة التدريسية بين [56-88]

تقابلها [2.34-3.66] (الفئة الوسطى)

✓ مستوى مرتفع من الكفاءة التدريسية بين [89-120]

تقابلها [3.67-5] (الفئة العليا)

والجدول (03) يوضح الأبعاد الثلاثة للمقياس والبنود التي تنتمي إليها فيما يلي:

جدول (03) أرقام البنود التي تقيس كل بعد من أبعاد مقياس الكفاءة التدريسية

أرقام البنود	عدد البنود	الأبعاد
22-14-912-6-4-2-1	8 بنود	كفاءة المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعليمية
24-23-20-18-17-11-10-7	8 بنود	كفاءة المعلم في استخدام استراتيجيات التعليم
21-19-16-15-13-8-5-3	8 بنود	كفاءة المعلم في الإدارة الصفية

أما مفتاح تصحيح المقياس فكل بديل من بدائل الاستجابة الخمسة تقابله من درجة واحدة إلى خمسة درجات على التوالي كما هو موضح في الجدول (04):

جدول (04) مفتاح التصحيح مقياس الكفاءة التدريسية

بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة قليلة	بدرجة قليلة جداً	بدائل الاستجابة
05	04	03	02	01	الدرجات التي تقابلها

وبعد وصف وتفصيل المقياس الأول الخاص بالكفاءة التدريسية للمعلم والذي خصصت له الصفحة الثانية ضمن أدوات جمع البيانات (انظر الملحق رقم (04)) التي وزعت على المستجيبين

في نفس الوقت ننتقل إلى المقياس الثاني الخاص بالالتزام الصحي للمصابين بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم.

3.2.4. مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم:

انطلاقاً من اطلاعنا على الإطار النظري والدراسات السابقة حول الالتزام الصحي لدى كل من مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم، قمنا بتصميم مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم وذلك وفقاً للخطوات التالية:

✓ الاطلاع حول ما توفر لنا من معلومات في الجانب النظري عن الالتزام الصحي لدى كل من مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم، وعن المرضين في حد ذاتهما.

✓ الاتصال بعدد من الأطباء المختصين في أمراض الغدد والسكري، والقلب والأوعية الدموية.

✓ الاستفادة من والاطلاع على ما توفر لنا من دراسات سابقة ومقاييس حول الالتزام الصحي، وبشكل خاص مقاييسين وهما كالتالي:

- استبيان الالتزام الصحي لدى المرضى بارتفاع ضغط الدم اعداد "لكحل رفيقة" (2010) الذي اشتمل على ثلاثة محاور هي: الالتزام بتناول الدواء، الالتزام بزيارة الطبيب والفحوصات، وتغيير نمط الحياة، والتي تضم (31) بنداً يقابلها أربعة بدائل (قليلًا، أحيانًا، كثيرًا، دائماً) تقابلها الدرجات (1-2-3-4) بالنسبة للبنود في اتجاه السمة والعكس بالنسبة للبنود السالبة. (لكحل، 2010، 154-155)

- استبيان الانضباط الصحي اعداد "رزقي رشيد" (2011) والذي اشتمل على ستة أبعاد هي: الالتزام بحصص تصفية الدم، الحماية الغذائية، شرب السوائل، تناول الأدوية، المتابعة الطبية، والنشاط البدني، والتي تضم (30) بنداً تقابلها ثلاثة بدائل للإجابة (نادراً، أحياناً، دائماً) تقابلها الدرجات (1-2-3) على الترتيب. (رزقي، 2011، 105)

وقد استفيد من المقياس الأول بأبعاده الثلاثة، ومن المقياس الثاني في البنود الخاصة بمجال الحماية الغذائية، تناول الأدوية، المتابعة الطبية، والنشاط البدني.

❖ وصف مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم: تم بناء هذا المقياس بناء على التعريف الإجرائي للالتزام الصحي الذي تمت صياغته في هذه الدراسة، والذي يضم ثلاثة مؤشرات هي:

• **البعد الأول: الالتزام بتناول الدواء:** ويظهر في الانتظام في تناول الدواء بالجرعات الموصوفة (عدد الجرعات وكميتها) في مواعيده المحددة حسب الكيفية الموص بها من قبل المعالج، التقيد بمدة العلاج.

• **البعد الثاني: الامتثال لتعليمات الطبيب واخذ القياسات:** ويظهر في التقيد بتعليمات الطبيب المعالج، فيما يخص إجراء المزيد من الفحوصات قبل الزيارة المقبلة والحضور إلى الطبيب في الموعد، أخذ القياسات والمراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم أو معدل ضغط الدم.

• **البعد الثالث: تغيير نمط الحياة:** ويظهر في اتباع الحمية الغذائية المناسبة، ممارسة النشاط البدني اليومي، والابتعاد عن التدخين. (انظر الفصل الأول)

حيث استقيننا منها في صياغة الصورة الأولية للمقياس والتي تكونت من (30) بندا في شكل عبارات تقريرية موزعة توزيعا متزنا نسبيا بين هذه الأبعاد الثلاثة فكان البعد الأول يتضمن (08) عبارة، والبعدين الثاني والثالث فضمنا (11) عبارة لكل منهما، كما تم مراعاة شروط صياغة البنود فيما يخص الابتعاد عن الإيحاء، وعدم اشتغال البند على أكثر من فكرة واحدة، وبساطة ووضوح العبارات ومناسبتها للمستوى التعليمي لأفراد العينة وغيرها من شروط الاختبار الجيد التي حاولنا مراعاتها قدر المستطاع خلال بناء هذا المقياس. (انظر الملحق رقم (03))

كما أنه تم بعد التأكد من الصدق الداخلي للمقياس، إعادة صياغة بعض العبارات بأسلوب أفضل ليصبح المقياس في صورته النهائية أوضح. (انظر الملحق رقم (04))

وللاستجابة على فقرات المقياس توجد أربعة بدائل للإجابة (دائما، كثيرا، احيانا، ابدا)؛ وهذا لنتيح للمستجيب حرية أكثر في التعبير عن نفسه، ونوضح توزيع هذه البنود على أبعاد المقياس الثلاثة بالجدول (05) الموضح على الصفحة الموالية:

جدول (05) أرقام البنود التي تقيس كل بعد من أبعاد مقياس الالتزام الصحي

أرقام البنود	عدد البنود	الأبعاد
28-21-17-14-11-7-4-1	08 بنود	الالتزام بتناول الدواء
29 -27 -25-22-19-16-13-10-8-5-2	11 بنود	الامتثال لتعليمات الطبيب و اخذ القياسات
30 -26 -24-23-20-18-15 -12-9-6-3	11 بنود	تغيير نمط الحياة

نلاحظ من الجدول أن البنود موزعة توزيعاً متوازناً على الأبعاد فلم تكن هناك كثيراً من البنود المتتالية في كل مؤشر، وكذلك فإن عدد البنود متقارب جداً بين الأبعاد في الصورة النهائية من المقياس.

والجدول (06) يوضح توزيع البنود التي عكس اتجاه السمة على الأبعاد الثلاثة للمقياس وعددها

فيما يلي:

جدول (06) أرقام البنود التي عكس اتجاه السمة في كل بعد من أبعاد مقياس الالتزام الصحي

أرقام البنود	عدد البنود	الأبعاد
14 - 4 - 1	03 بنود	الالتزام بتناول الدواء
10	01 بند	الامتثال لتعليمات الطبيب و اخذ القياسات
18 - 3	02 بنود	تغيير نمط الحياة
18-14-10-4-3-1	06 بنود	مقياس الالتزام الصحي

أما مفتاح تصحيح المقياس فكل بديل من بدائل الاستجابة الأربعة تقابله من درجة واحدة إلى أربعة درجات على التوالي حسب اتجاه البند كما هو موضح في الجدول (07) بالصفحة التالية:

جدول (07) مفتاح التصحيح مقياس الالتزام الصحي

بدائل الاستجابة	أبدًا	أحيانًا	كثيرًا	دائمًا
في اتجاه السمة	01	02	03	04
للبنء العكس اتجاه السمة	04	03	02	01

أما الدرجات الكلية التي من الممكن أن يأخذها المستجيب على المقياس فهي تنتمي إلى المجال [30-120]، ويصنف مستوى الالتزام الصحي حسب الدرجات الكلية وحسب ما يقابلها من متوسط مجموع درجات البنود كالتالي:

- ✓ مستوى منخفض من الالتزام الصحي بين [30-59] تقابلها [1 - 1.99]
- ✓ مستوى متوسط من الالتزام الصحي بين [60-89] تقابلها [2 - 2.99]
- ✓ مستوى مرتفع من الالتزام الصحي بين [90-120] تقابلها [3 - 4]

وبعد وصف وتفصيل المقياس الثاني الخاص بالالتزام الصحي للمصابين بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم والذي خصصت له الصفحة الثالثة ضمن أدوات جمع البيانات ننقل إلى الخصائص السيكومترية لمقياسي الدراسة.

5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

للتأكد من صالحية المقياسين لقياس متغيري البحث قياسا سليما، قمنا بحساب الخصائص السيكومترية للمقياسين وذلك من خلال الخطوات التالية:

1.5. الثبات:

لكي تحقق الأداة أهداف الدراسة يجب أن تكون على نسبة عالية من الثبات، ولتقدير ثبات المقياسين اعتمدنا على طريقة التجزئة النصفية لـ (سبيرمان-براون) "Spearman-Brown"، ولـ (جاتمان) "Guttman"، وطريقة "ألفا" كرونباخ "Cronbach" "Alpha" والتي تعد أحد أهم طرق حساب الثبات.

1.1.5. ثبات مقياس الكفاءة التدريسية:

❖ تم تقدير ثبات مقياس الكفاءة التدريسية باستخدام طريقة التجزئة النصفية لـ(سبيرمان-براون) "Spearman-Brown" ولـ(جاتمان) "Guttman" ومعاملات ثبات المقياس موضحة في الجدول التالي:

جدول (08) معاملات الثبات بطرق التجزئة النصفية لـ(سبيرمان-براون) "Spearman-Brown" ولـ(جاتمان) "Guttman" لمقياس الكفاءة التدريسية.

طريقة الثبات	عدد البنود	معامل الثبات
سبيرمان-براون	24	0.86
جاتمان	24	0.86

يتضح من الجدول (08) أن معاملي ثبات مقياس الكفاءة التدريسية يتساويان حسب كلا طريقتي التجزئة النصفية التجزئة لـ(سبيرمان-براون) "Spearman-Brown" ولـ(جاتمان) "Guttman" والذين يساويان (0.86) وهو معامل ثبات مرتفع؛ مما يدل على أن مقياس الكفاءة التدريسية للمعلمين يتمتع بثبات قوي.

❖ كما تم تقدير ثبات مقياس الكفاءة التدريسية باستخدام طريقة "ألفا" كرونباخ "Alpha Cronbach" ومعاملات الثبات "ألفا" لكل من المقياس وأبعاده الثلاثة موضحة في الجدول (09) على الصفحة الموالية:

جدول (09) معاملات ثبات "ألفا" ومعاملات الارتباط بين المصفوفات لمقياس الكفاءة التدريسية وأبعاده.

الأبعاد	عدد البنود	معامل "ألفا"
فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ	08	0.82
فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم	08	0.72
فاعلية المعلم في الإدارة الصفية	08	0.71
الاستبيان الكلي	24	0.91

يتضح من الجدول (09) أن معاملات ثبات أبعاد مقياس الكفاءة التدريسية تتراوح بين (0.71) و(0.82) للبعدين الثالث (فاعلية المعلم في الإدارة الصفية) والأول (فاعلية المعلم

في مشاركة التلاميذ) على التوالي، كما بلغ معامل "ألفا" للبعد الثاني (فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم) (0.72). أما معامل "ألفا" للمقياس الكلي للكفاءة التدريسية فقد قدر بـ (0.91)؛ لذا فإن معاملات ثبات "ألفا" "كرونباخ" للمقياس ككل ولأبعاده الثلاثة قوية. وهذا يشير إلى أن هناك اتساق قوي بين بنود المقياس ودرجته الكلية، كما تدل هذه القيمة على أن معامل الثبات قوي، وهذا ما سمح لنا للوقوف على ثبات المقياس وتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

2.1.5. ثبات مقياس الالتزام الصحي:

❖ تم تقدير ثبات مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم باستخدام طريقة التجزئة النصفية لـ (سبيرمان-براون) "Spearman-Brown" ولـ (جاتمان) "Guttman" ومعاملات ثبات المقياس موضحة في الجدول (10):

جدول (10): معاملات الثبات بطرق التجزئة النصفية لـ (سبيرمان-براون) "Spearman-Brown" ولـ (جاتمان) "Guttman" لمقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم.

طريقة الثبات	عدد البنود	معامل الثبات
سبيرمان-براون	30	0.67
جاتمان	30	0.67

يتضح من الجدول رقم (10) أن معاملي ثبات مقياس الالتزام الصحي يتساويان حسب كلا طريقتي التجزئة النصفية التجزئة لـ (سبيرمان-براون) "Spearman-Brown" ولـ (جاتمان) "Guttman" والذين يساويان (0.67) وهو معامل ثبات مقبول؛ مما يدل على تمتع مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بثبات مقبول.

❖ كما تم تقدير ثبات مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم باستخدام طريقة "ألفا" "كرونباخ" "Cronbach" "Alpha" ومعاملات الثبات "ألفا" لكل من المقياس وأبعاده الثلاثة موضحة في الجدول (11) المبين على الصفحة التالية:

جدول (11): معاملات الثبات "ألفا" ومعاملات الارتباط بين المصفوفات لمقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم وأبعاده.

معامل "ألفا"	عدد البنود	الأبعاد
0.71	08	الالتزام بتناول الدواء
0.65	11	الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات
0.69	11	تغيير نمط الحياة
0.82	30	مقياس الالتزام الصحي

يتضح من الجدول رقم (11) أن معاملات ثبات أبعاد مقياس الالتزام الصحي تتراوح بين (0.65) و(0.71) للبعدين الثاني (الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات) والأول (الالتزام بتناول الدواء) على التوالي، كما بلغ معامل "ألفا" للبعد الثالث (تغيير نمط الحياة) (0.69). أما معامل "ألفا" للمقياس الكلي للالتزام الصحي فقد قدر بـ(0.82)؛ لذا فإن أغلب معاملات ثبات "ألفا" كرونباخ للمقياس ككل ولأبعاده الثلاثة قوية.

وهذا يشير إلى أن هناك اتساق قوي بين بنود المقياس ودرجته الكلية، كما تدل هذه القيمة على أن معامل الثبات قوي، وهذا ما سمح لنا للوقوف على ثبات المقياس وتطبيقه على عينة الدراسة الأساسية.

2.5. الصدق:

وهناك العديد من أنواع وطرق تقدير الصدق غير أنه تم اعتماد الصدق الداخلي بطريقة الاتساق الداخلي، والصدق الذاتي كما يلي:

1.2.5. صدق مقياس الكفاءة التدريسية للمعلمين:

❖ **الصدق الداخلي:** تم تقدير الصدق الداخلي لمقياس الكفاءة التدريسية للمعلمين بطريقة الاتساق الداخلي وهي من أهم الطرق المستخدمة لتحقيق من الصدق، حيث تم تقدير معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها، ومعاملات الارتباط بين الأبعاد فيما بينها وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (12) و(13) توضح ذلك:

جدول (12) معاملات ارتباط بنود مقياس الكفاءة التدريسية بأبعادها

معامل الارتباط	البنود	البعد	معامل الارتباط	البنود	البعد	معامل الارتباط	البنود	البعد
**0.50	3	فاعلية المعلم في الادارة الصفية	**0.56	7	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم	**0.59	1	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
**0.75	5		**0.57	10		**0.61	2	
*0.45	8		**0.52	11		**0.60	4	
**0.60	13		**0.51	17		**0.82	6	
**0.57	15		**0.54	18		**0.64	9	
0.35	16		**0.48	20		**0.77	12	
**0.72	19		**0.74	23		**0.82	14	
**0.65	21		**0.71	24		**0.53	22	
* الارتباط دال عند 0.05					** الارتباط دال عند 0.01			

يتضح من الجدول (12) أن معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى (0.01)، حيث تتراوح معاملات ارتباط البنود ببعد فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ بين (0.53) و(0.82) وكلها دالة عند مستوى (0.01)، وتتنحصر معاملات الارتباط بين البنود وبعد فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم بين (0.48) و(0.74) وكلها دال عند مستوى (0.01)، وبين البنود وبعد فاعلية المعلم في الادارة الصفية فتتراوح بين (0.35) و(0.75) وأغلبها دال عند مستوى (0.01) باستثناء البندين (16) و(8) هذا الأخير الذي بلغ معامل ارتباطه ببعد (0.45) وهو دال عند مستوى (0.05)، وكذا البند (16) الذي قدر معامل ارتباطه ببعد (0.35) وهو الوحيد الغير دال عند (0.01) و(0.05). كما أن معاملات ارتباط البنود والبعد التي تنتمي إليه في المقياس ككل محصورة بين (0.35) للبند (16) و(0.82) للبندين (6 و14) من البعد الأول.

وبناء على ما سبق فإن معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى (0.01). وتدل هذه النتائج على اتساق البنود مع الأبعاد التي تنتمي إليها في مقياس الكفاءة التدريسية للمعلمين.

جدول (13) معاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها، وبين الدرجة الكلية لمقياس الكفاءة التدريسية

الدرجة الكلية للمقياس	فاعلية المعلم في الادارة الصفية	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ	الأبعاد
**0.94	** 0.81	**0.78	---	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
**0.92	**0.79	---	---	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم
**0.93	---	---	---	فاعلية المعلم في الادارة الصفية
** الارتباط دال عند 0.01				

يتضح من الجدول (13) أن معاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس مرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى (0.01)، حيث تتراوح معاملات الارتباط بين (0.78) و(0.81) فيما بين البعدين الأول (فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ) والثاني (فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم) وفيما بين البعدين الأول (فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ) والثالث (فاعلية المعلم في الادارة الصفية) على التوالي. أما معامل ارتباط البعدين الثاني (فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم) والثالث (فاعلية المعلم في الادارة الصفية) فقد قدر بـ(0.79).

كما أن معاملات ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي للكفاءة التدريسية قد كانت عالية ومرتفعة من (0.92) بين البعد الثاني (فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم) والدرجة الكلية للمقياس إلى (0.94) بين البعدين الأول (فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ) والدرجة الكلية لمقياس، وبالتالي فإن الأبعاد تتمتع بالاتساق فيما بينها، وتتمتع بالاتساق مع الدرجة الكلية للمقياس.

واستناداً على ما ذكر وعلى الجدولين (12) و(13) وبناء على معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها، ومعاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها، ومعاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس المرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى (0.01)، فإن مقياس الكفاءة التدريسية يتمتع بالاتساق الداخلي، مما يدل على تمتعه بدرجة عالية من الصدق.

❖ **الصدق الذاتي:** يقاس الصدق الذاتي بحساب الجذر التربيعي لمعامل ثبات المقياس. وقد تحصلنا على معامل صدق يساوي: (0.95) وهو دليل قوي على صدق مقياس الكفاءة التدريسية للمعلمين.

2.2.5. صدق مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم:

❖ **الصدق الداخلي:** تم تقدير الصدق الداخلي لمقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بطريقة الاتساق الداخلي، حيث تم تقدير معاملات الارتباط بين البنود والأبعاد التي تنتمي إليها، ومعاملات الارتباط بين الأبعاد فيما بينها وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (14) و(15) بالصفحة الموالية يوضح ذلك:

جدول (14): معاملات ارتباط بنود مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط

الدم بأبعادها

معامل الارتباط	البنود	البعد	معامل الارتباط	البنود	البعد	
*0.46	22	(تابع)	**0.55	1	الالتزام بتناول الدواء	
*0.46	25		**0.60	4		
*0.37	27		**0.56	7		
**0.58	29		**0.87	11		
0.33	3	تغيير نمط الحياة	**0.64	14		الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات
**0.54	6		**0.72	17		
**0.55	9		**0.50	21		
**0.54	12		0.19	28		
*0.43	15		*0.37	2		
*0.37	18		*0.38	5		
0.27	20		**0.53	8		
**0.80	23		**0.65	10		
**0.60	24		**0.75	13		
**0.59	26		*0.41	16		
**0.45	30	**0.50	19			
** الارتباط دال عند 0.01			* الارتباط دال عند 0.05			

يتضح من الجدول (15) أن معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى (0.01) و(0.05)، حيث تتراوح معاملات ارتباط البنود بالالتزام بتناول الدواء بين (0.50) و(0.87) وكلها دالة عند مستوى (0.01) باستثناء البند (28) الذي بلغ معامل ارتباطه ببعده (0.19) أقل من (0.30) وهو أقل معامل ارتباط بين كل بنود المقياس وأيضاً الوحيد الغير دال عند (0.01) و(0.05) في بنود البعد الأول وهذا يوضح أنه يحتاج إلى تعديل. كما تنحصر معاملات الارتباط بين البنود وبعد الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات بين (0.37) و(0.75) وهي دال عند مستوى (0.01) و(0.05). في حين تتراوح معاملات الارتباط بين البنود وبعد تغيير نمط الحياة فتتراوح بين (0.33) و(0.80) وأغلبها دال عند مستوى (0.01) باستثناء البندين (03) و(20) هذا الأخير الذي بلغ معامل ارتباطه ببعده (0.27) وهو ثاني أقل معامل ارتباط، والبند رقم (03) الذي قدر معامل ارتباطه ببعده (0.33) وهما البندين الوحيديين الغير دالين عند (0.01) و(0.05) في بنود البعد الثالث.

وبناء على ما سبق فإن معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها مرتفعة ودالة احصائياً أغلبها عند مستوى (0.01) - باستثناء البندين (20) (28) اللذان عدلا بإعادة الصياغة- وتدل على اتساق البنود مع الأبعاد التي تنتمي إليها في مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم.

جدول (15) معاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها، وبين الدرجة الكلية لمقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم.

الأبعاد	الالتزام بتناول الدواء	الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات	تغيير نمط الحياة	الدرجة الكلية للمقياس
الالتزام بتناول الدواء	---	**0.65	0.21	**0.77
الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات	---	---	0.29	**0.86
تغيير نمط الحياة	----	---	---	**0.67
** الارتباط دال عند 0.01				

يتضح من الجدول (16) أن معاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها وبينها وبين الدرجة الكلية للمقياس مقبولة وأغلبها دال احصائياً عند مستوى (0.01)، حيث تتراوح معاملات الارتباط بين (0.21) و(0.65) فيما بين البعدين الأول (الالتزام بتناول الدواء) والثالث (تغيير نمط الحياة)- والذي يمكن أن يرتفع بإعادة صياغة البنود المشار إليها في التحليل السابق- وفيما بين البعدين الأول (الالتزام بتناول الدواء) والثاني (الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات) على التوالي. أما معامل ارتباط البعدين والثاني (الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات) والثالث (تغيير نمط الحياة) فقد بلغ (0.29) -والذي يمكن أن يرتفع بإعادة صياغة البنود المشار إليها في التحليل السابق أيضاً-

كما أن معاملات ارتباط الأبعاد بالمقياس الكلي للالتزام الصحي محصورة بين (0.67) و(0.86) للبعدين الثالث (تغيير نمط الحياة) الثاني (الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات) على التوالي، كما بلغ معامل ارتباطه بالبعد الأول (الالتزام بتناول الدواء) (0.77) وكلها دالة عند مستوى (0.01)، وبالتالي فإن الأبعاد تتمتع بالاتساق فيما بينها، وتتمتع بالاتساق مع الدرجة الكلية للمقياس.

واستناداً على ما ذكر وعلى الجدولين (14) و(15) وبناء على معاملات ارتباط البنود بالأبعاد التي تنتمي إليها، ومعاملات ارتباط الأبعاد فيما بينها، ومعاملات ارتباط الأبعاد بالدرجة الكلية للمقياس المرتفعة ودالة احصائياً عند مستوى (0.01)، فإن مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم يتمتع بالاتساق الداخلي، مما يدل على تمتعه بدرجة عالية من الصدق.

❖ **الصدق الذاتي:** تم تقدير الصدق الذاتي لمقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

وقد تحصلنا على معامل صدق يساوي: (0.91) وهو دليل قوي على صدق مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم.

استناداً على ما سبق وبناء على نتائج جداول الصدق والثبات من الجدول (08) إلى غاية الجدول (15) يتبين لنا أن المقياسين يتمتعان بمعاملات صدق وثبات مقبول جداً؛ وهذا يعني أن كلا المقياسين يقيس ما وضع لقياسه دون زيادة أو نقصان، ولهذا يمكن أن نستخدمها خلال إجراءات الدراسة الأساسية.

6. إجراءات تطبيق الدراسة الميدانية:

بعد استلام الباحثة لطلب التسهيلات من طرف إدارة الجامعة، أخذ إلى مديرية التربية لولاية الوادي أين حرر مدير هذه الاخيرة ترخيص لزيارة المدارس الابتدائية المتواجدة داخل تراب المدينة، كما استلمت نسخة من إحصائيات هذه المدارس، زارت الباحثة كل ابتدائيات مدينة الوادي البالغ عددهم (76) مدرسة سائلة عن المعلمين المصابين بداء السكري أو بارتفاع ضغط الدم المزمنين، حيث وجدت أن بعض إن لم نقل أغلب هؤلاء المعلمين لا يعلنون مرضهم، لذلك اضطرت في بعض الأحيان إلى تسليم المقياس إلى أصدقائهم أو زملائهم أو إلى المدراء لكي يسلموها إلى هؤلاء المعلمين مع التأكيد على السرية التامة للمعلومات الخاصة بهم، وأنها لن تستغل إلا لأغراض البحث العلمي. فتم توزيع (82) استمارة، ولم تسترجع إلا (59) منها، ولم تستند الدراسة الحالية إلا من (48) استمارة صالحة للتحليل.

وبعد جمع الاستمارات تم تنظيم البيانات وتفرغها في برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الانسانية (SPSS)، ثم تمت معالجتها للوصول إلى نتائج الدراسة.

7. أساليب المعالجة الإحصائية:

يعتبر الإحصاء العلم الذي يسمح للباحث في علم النفس وعلوم التربية بتنظيم المعطيات ووصفها وصفا دقيقا، ويستخدم في ذلك تقنيات إحصائية مختلفة حسب مستويات القياس ومستويات التحليل المراد الوصول إليها. (بو حفص، 2005، 10) وفي إطار الدراسة الحالية وللإجابة عن تساؤلاتها تم استخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الانسانية (SPSS)، بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

- ✓ المتوسطات الحسابية: للكشف عن مستوى كل من الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم، ولتطبيق كل الاختبارات الاحصائية في أغلب الفرضيات المتبقية.
- ✓ الانحرافات المعيارية: في الكشف عن مستوى كل من الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم، وفي أغلب الفرضيات المتبقية.
- ✓ اختباري "كولموجروف-سميرونوف" "Kuklmogrov-Smirnov" و"شابيرو-ويلك" "Shqpiro-Wilk": للتحقق من اعتدالية توزيع بيانات متغيري الدراسة.

- ✓ معامل الارتباط "بيرسون": للكشف عن العلاقة الارتباطية بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي ومقدارها واتجاهها إن وجدت، وكذا في تقدير كل من الصدق الداخلي بطريقة الاتساق الداخلي والثبات بطريقة "ألفا".
- ✓ اختبار "ت" لعينتين مستقلتين وغير متساويتين: يستخدم اختبار ت- لدراسة الفروق بين متوسطي مجموعتين. وقد تم الاعتماد عليه لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطات المعلمين والمعلمات، وبين متوسطات المعلمين مرضى السكري ومرضى ارتفاع ضغط الدم.
- ✓ تحليل التباين الأحادي "Anova won wiy": يستخدم للكشف عن الفروق بين درجات مجموعتين أو أكثر من الأفراد في الخصائص الشخصية في حالة وجود متغيرين أحدهما متغير مستقل (تصنيفي)، يضم عدة مستويات هي المجموعات، والآخر متغير تابع. (الدريير، 2006، 81) وقد استخدم في الدراسة لتحقيق من دلالة الفروق: في الكفاءة التدريسية ومختلف محاورها تبعا سنوات خبرة التدريس، وكذا في الالتزام الصحي للمعلمين ومختلف محاوره تبعا لسن ولمدة المرض.
- ✓ واختبار (توكي) "Tuckey" للمقارنات المتعددة: لإجراء مقارنات بعدية لمعرفة دلالة الفروق بين كل فئتين على حدة من فئات سنوات خبرة التدريس الثلاثة في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعلمية (البعد الأول للكفاءة التدريسية).

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال ما سبق أن الدراسة الحالية انطلقت من فرضيات صيغت اعتماداً على معطيات نظرية ودراسات سابقة وواقع المعلمين المصابين بمرض مزمن، ولتحقق من صحتها أُتبع المنهج الوصفي بأسلوبيه الارتباطي والسببي المقارن، وأُعتد على مقياسين أحدهما مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ"تشانن-موران" و"ولفوك" (Tschannen-Moran, Woolfolk, 2001) ترجمة "هدى الخلايلة" (2011) بعد تكيفه في البيئة الجزائرية، والثاني مقياس الالتزام الصحي لمرضى السكري وارتفاع ضغط الدم إعداد الباحثة الذي صُمم استناداً على التراث النظري، حيث طُبِّقاً معاً على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية للتأكد من خصائصهما السيكومترية، فأُجري عليهما تعديلات طفيفة في الصياغة اللغوية ليتناسبا أكثر والبيئة الجزائرية ولتصبح عبارتهما أوضح، ثم طُبِّقاً على المعلمين المصابين بداء السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم الموزعين بين (79) مدرسة ابتدائية عبر مدينة الوادي كعينة أساسية، وبعد ذلك صُنفت البيانات وفُرغت ببرنامج SPSS ومن ثم طُبِّقت عليها الاساليب الاحصائية المناسبة لأغراض هذه الدراسة ونوعية بياناتها. وسوف يتم عرض النتائج المتوصل إليها في الفصل الموالي الخاص بتحليل ومناقشة النتائج.

الفصل الخامس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة

1.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الأول

2.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الثاني

3.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الثالث

4.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الرابع

5.1. عرض وتحليل نتائج التساؤل الخامس

2. مناقشة نتائج الدراسة

1.2. مناقشة نتائج التساؤل الأول

2.2. مناقشة نتائج التساؤل الثاني

3.2. مناقشة نتائج التساؤل الثالث

4.2. مناقشة نتائج التساؤل الرابع

5.2. مناقشة نتائج التساؤل الخامس

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل حلقة ربط بين ما عالجه الدراسة ميدانيا وما تناولته من جانب نظري فيما يخص طبيعة المتغيرات المدروسة حاليا، وكذا الإطار المرجعي الذي استندت عليه هذه الدراسة، حيث سوف يتم في هذا الفصل عرض النتائج التي أسفرت عنها الدراسة الحالية عن طريق المعالجة الإحصائية لاستجابات المعلمين المصابين بمرض مزمن على المقياسين المستخدمين في الدراسة الحالية، فقد تم استخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة البيانات المراد معالجتها والهدف المبتغى من خلال هذه المعالجة. أما في الشق الثاني من الفصل فسوف يتم مناقشة نتائج الفرضيات وتفسيرها بناء على ما تم عرضه في الجانب النظري للدراسة، وعلى ضوء معطيات ميدان الدراسة الحالية، وواقع المعلمين المصابين بمرض مزمن، كما يتم المقارنة بين نتائج هذه الدراسة وما توصلت إليه الدراسات السابقة من نتائج.

1. عرض وتحليل نتائج الدراسة:

قبل اختبار الفرضيات تم التحقق من اعتدالية توزيع بيانات متغيري الدراسة بواسطة اختباري "كولموجروف-سميرونوف" "Kuklmogrov-Smirnov" واختبار "شابيرو-ويلك" "Shqpiro-Wilk". وقد توصلت نتائج تحليلات توزيع البيانات إلى أن درجات المتغيرين "الكفاءة التدريسية" و"الالتزام الصحي" تتوزع توزيعا اعتداليا، حيث بلغت قيمة "كولموجروف-سميرونوف" (0.085) وقيمة "شابيرو-ويلك" (0.98) عند درجات حرية (48) اللتان كانتا غير دالتين (0.20) و(0.675) إذ أن $(p>0.05)$. وبالتالي تتوزع بيانات متغيري الدراسة توزيعا اعتداليا، مما يمكن من استخدام الاختبارات البارامترية لاختبار الفرضيات.

1.1. عرض نتائج التساؤل الأول:

والذي ينص على: ما مستوى الكفاءة التدريسية لدى المعلمون المصابون بأمراض مزمنة؟ وللإجابة عن هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات المعلمين المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم على مقياس الكفاءة التدريسية، والجدول التالي يلخص المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للمقياس وأبعاده، فيصف الكفاءة التدريسية كما يرها المعلمون والمعلمات لدى استجابتهم عن المقياس:

جدول (16) الاحصاءات الوصفية للكفاءة التدريسية وأبعادها

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القيمة القصوى	القيمة الدنيا	عدد الأفراد	الكفاءة التدريسية وأبعادها
مرتفع	0.56	3.84	5.00	2.63	48	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
مرتفع	0.48	3.79	4.88	2.75	48	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم
مرتفع	0.48	3.90	5.00	2.88	48	فاعلية المعلم في الإدارة الصفية
مرتفع	0.44	3.84	4.92	2.96	48	الكفاءة التدريسية

يتضح من الجدول (16) أن كل المتوسطات الحسابية تنتمي إلى الفئة المرتفع [3.67-5.00] تتراوح بين (3.79) و(3.90) للبعدين الثاني ألا وهو فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم والثالث ألا وهو فاعلية المعلم في الإدارة الصفية على التوالي بانحراف معياري يقدر بـ(0.48) لكليهما، أما المتوسط الحسابي للكفاءة التدريسية ككل ينتمي إلى الفئة المرتفع [3.67-5.00] أيضا فيقدر بـ(3.84) بانحراف معياري يبلغ(0.44)، ما يدل على أن لدى أفراد العينة مستوى عال من فاعلية المعلم في كل من مشاركة التلاميذ، استخدام استراتيجيات التعلم، الإدارة الصفية؛ أي في الأبعاد الثلاثة للكفاءة التدريسية. كما يعني أن لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن مستوى عال من الكفاءة التدريسية.

2.1. عرض نتائج التساؤل الثاني:

والذي ينص على: ما مستوى الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة؟ وللإجابة عن هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية لاستجابات المعلمين المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم على مقياس الالتزام الصحي، والجدول التالي يلخص المتوسطات الحسابية، والانحرافات المعيارية للمقياس وأبعاده، فيصف الالتزام الصحي كما يره المعلمون والمعلمات لدى استجابتهم عن المقياس:

جدول (17) الاحصاءات الوصفية للالتزام الصحي وأبعاده

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	القيمة القصوى	القيمة الدنيا	عدد الأفراد	الالتزام الصحي وأبعاده
مرتفع	0.46	3.34	4.00	2.00	48	الالتزام بتناول الدواء
متوسط	0.44	2.89	3.73	1.55	48	الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات
متوسط	0.44	2.71	3.82	1.45	48	تغيير نمط الحياة
متوسط	0.32	2.98	3.68	2.25	48	الالتزام الصحي

يتبين من خلال الجدول (17) أن المتوسطات الحسابية للبعدين الثالث (تغيير نمط الحياة) والثاني (الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات) قد بلغت (2.71) (2.89) على التوالي وهي قيم تنتمي إلى الفئة المتوسطة [2.00-2.99] بانحراف معياري يبلغ (0.44) لكليهما. أما المتوسط الحسابي للبعد الأول (الالتزام بتناول الدواء) فقدّر بـ (3.34) والذي ينتمي إلى الفئة المرتفعة [3.00-4.00] بانحراف معياري يبلغ (0.46).

أما المتوسط الحسابي للالتزام الصحي ككل فيبلغ (2.98) وهو ينتمي إلى الفئة المتوسطة [2.00 - 2.99] بانحراف معياري يقدر بـ (0.32)، ما يوضح أنه لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن مستوى متوسط في كل من الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات وكذا تغيير نمط الحياة، في حين أن لديهم مستوى عال فقط في الالتزام بتناول الدواء (والذي يمثل بعد واحد فقط من أبعاد الالتزام الصحي الثلاثة)، كما أنه لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن مستوى متوسط من الالتزام الصحي.

3.1. عرض نتائج التساؤل الثالث:

والذي ينص على: هل توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة؟

وللإجابة عن هذا التساؤل تم حساب معامل ارتباط "بيرسون" للاستجابات المعلمين المصابين بداء السكري وارتفاع ضغط الدم بين الكفاءة التدريسية وأبعادها بالالتزام الصحي وأبعاده، والجدول الموالي يلخص ذلك:

جدول (18) معاملات ارتباط الكفاءة التدريسية وأبعادها بالالتزام الصحي وأبعاده

الالتزام الصحي	تغيير نمط الحياة	الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات	الالتزام بتناول الدواء	
0.089	- 0.011	0.085	0.116	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
0.069	- 0.120	0.120	0.144	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم
0.127	- 0.041	0.121	0.189	فاعلية المعلم في الإدارة الصفية
0.107	- 0.062	0.121	0.167	الكفاءة التدريسية

يظهر جليا من الجدول (18) أن كل قيم معاملات الارتباط محصورة بين (0.011) و(0.189) وهما على التوالي معاملي ارتباط كل من البعد الثالث من أبعاد الالتزام الصحي (تغيير نمط الحياة) بالبعد الأول من أبعاد الكفاءة التدريسية (فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ)، والبعد الأول من أبعاد الالتزام الصحي (الالتزام بتناول الدواء) بالبعد الثالث من أبعاد الكفاءة التدريسية (فاعلية المعلم في الإدارة الصفية).

كذا فقيم معاملات الارتباط بين الكفاءة التدريسية وأبعاد الالتزام الصحي محصورة بين (0.062 و 0.167)، في حين أن معاملات الارتباط بين الالتزام الصحي وأبعاد الكفاءة التدريسية محصورة بين (0.069 و 0.127). أما معامل الارتباط بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي ككل فيقدر بـ(0.107) وهو معامل ارتباط ضعيف جداً. إذن فمن الواضح أن كل قيم معاملات الارتباط أقل من (0.30) بل أغلبها أقل بكثير من ذلك وهي تدل على عدم وجود علاقة دالة احصائيا بين الالتزام الصحي بكل أبعاده بالكفاءة التدريسية وأبعادها؛ أي بين المتغيرين مع بعضهما وبين كل منها مع أبعاد الأخر.

وبناء على ما سبق فإنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة (داء السكري وارتفاع ضغط الدم).

4.1. عرض نتائج التساؤل الرابع:

والذي ينص على: هل توجد فروق في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لكل من المتغيرات التالية (الجنس، سنوات خبرة التدريس)؟
للإجابة عن هذا التساؤل يجب الإجابة أولاً عن:

1.4.1. هل توجد فروق في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس؟

وللإجابة عن هذا التساؤل المذكور وللتأكد من دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية حسب الجنس نطبق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لأبعاد الكفاءة التدريسية وللمقياس ككل، والجدول (19) يوضح ذلك:

جدول (19) دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية حسب الجنس

الدلالة	درجات الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الافراد	الجنس	الكفاءة التدريسية وأبعادها
0.197	46	1.308	0.59	3.75	28	ذكر	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
			0.50	3.96	20	أنثى	
0.553	43.706	0.598	0.57	3.75	28	ذكر	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم
			0.31	3.83	20	أنثى	
0.753	44.377	0.316	0.57	3.88	28	ذكر	فاعلية المعلم في الإدارة الصفية
			0.33	3.92	20	أنثى	
0.405	46	0.841	0.52	3.79	28	ذكر	الكفاءة التدريسية
			0.30	3.91	20	أنثى	

يتضح من خلال الجدول (19) أن كل قيم "ت" عند درجات حرية (46) غير دالة عند مستوى (0.05)، حيث أن كل قيم الدلالة ($p > 0.05$). ويتضح أن قيم المتوسطات الحسابية لدرجات الكفاءة

التدريسية لدى الذكور جاءت متقاربة مع المتوسطات الحسابية للإناث. حيث أن قيمة "ت" (0.841) عند درجات حرية (46) غير دالة ($p=0.405>0.05$).

وكذلك بالنسبة لأبعاد الكفاءة التدريسية الثلاثة، إذ أن كل قيم "ت" التي تتراوح بين (0.316) و(1.308) عند درجات حرية تباينت بين (43.706) و(46) غير دالة لأن قيم الدلالة التي هي محصورة بين (0.197) و(0.753) كلها أكبر من مستوى (0.05)، فلا توجد فروق دالة في أبعاد الكفاءة التدريسية الثلاثة باختلاف الجنس. وبالتالي هذا يدل على أنه لا يوجد فروق دالة احصائياً في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس.

2.4.1. هل توجد فروق في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لسنوات خبرة التدريس؟

وللإجابة عن هذا التساؤل المذكور وللتأكد من دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية حسب فئات سنوات خبرة التدريس الثلاثة نطبق تحليل التباين الأحادي "ف" (Anova won wiy) لأبعاد الكفاءة التدريسية وللمقياس ككل، والجداول المبين على الصفحة الموالية يوضح ذلك.

جدول (20) الاحصاءات الوصفية للكفاءة التدريسية لدى فئات سنوات خبرة التدريس

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	فئات سنوات خبرة التدريس	الكفاءة التدريسية وأبعادها
0.24	4.52	5	5 - 14 سنة	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
0.53	3.78	30	14 - 23 سنة	
0.54	3.71	13	23 - 32 سنة	
0.23	3.92	5	5 - 14 سنة	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم
0.45	3.82	30	14 - 23 سنة	
0.59	3.65	13	23 - 32 سنة	
0.55	4.07	5	5 - 14 سنة	فاعلية المعلم في الإدارة الصفية
0.42	3.93	30	14 - 23 سنة	
0.57	3.76	13	23 - 32 سنة	
0.31	4.17	5	5 - 14 سنة	الكفاءة التدريسية
0.41	3.84	30	14 - 23 سنة	
0.52	3.71	13	23 - 32 سنة	

يتبين من الجدول (20) أن الاحصاءات الوصفية للمعلمين المصابين بمرض مزمن في الكفاءة التدريسية وأبعادها حسب سنوات خبرة التدريس متقاربة فيما بينها عموماً وفي الكفاءة التدريسية ككل وفي كلى البعدين الثاني والثالث، في حين أنها متباعدة فيما بينها في البعد الأول (فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ) فقط. فيتضح أن المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة متباعدة نوعاً ما في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ لتتباين بين (3.71 و 4.52) بانحرافات معيارية محصورة بين (0.24 و 0.54). وفي المقابل فإن المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة متقاربة في بعدي فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم وفاعلية المعلم في الإدارة الصفية لتتراوح بين (3.65 و 3.92) وبين (3.76 و 4.07) على الترتيب بانحرافات معيارية محصورة بين (0.23 و 0.59) وبين (0.42 و 0.57) على التوالي.

كما أنه يتبين أن المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة متقاربة في الكفاءة التدريسية ككل فتتراوح بين (3.71 و 4.17) بانحرافات معيارية محصورة بين (0.31 و 0.52).

والجدول (21) يوضح دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية وأبعادها الثلاثة حسب سنوات خبرة

التدريس

جدول (21) دلالة الفروق في الكفاءة التدريسية حسب سنوات خبرة التدريس

الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الكفاءة التدريسية وأبعادها
0.011	*5.003	1.336	2	2.672	بين المجموعات	فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ
		0.267	45	12.015	داخل المجموعات	
			47	14.686	الكلي	
0.462	0.784	0.180	2	0.360	بين المجموعات	فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم
		0.229	45	10.326	داخل المجموعات	
			47	10.686	الكلي	
0.388	0.966	0.221	2	0.443	بين المجموعات	فاعلية المعلم في الادارة الصفية
		0.229	45	10.306	داخل المجموعات	
			47	10.749	الكلي	
0.138	2.070	0.393	2	0.787	بين المجموعات	الكفاءة التدريسية
		0.190	45	8.553	داخل المجموعات	
			47	9.340	الكلي	

يتضح من الجدول رقم (21) أن قيمة "ف" دالة عند (0.05) بين المجموعات الثلاثة في البعد

الأول: فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ ($F=5.003$; $p=0.011 < 0.05$) في حين أن قيم "ف"

غير دالة في البعد الثاني: فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم ($F=0.784$;

$p=0.462 > 0.05$) وفي البعد الثالث: فاعلية المعلم في الادارة الصفية ($F=0.966$;

$p=0.388 > 0.05$) وكذا في الكفاءة التدريسية ككل ($F=2.070$; $p=0.138 > 0.05$).

استنادا على ما ذكر سابقا وبناء على نتائج جدول الاحصاءات الوصفية (20) الذي يوضح

تباعد المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ. في مقابل تقاربها

في كل من بعدي فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم، وفاعلية المعلم في الادارة الصفية،

وكذا في الكفاءة التدريسية ككل، يتضح أنه توجد فروق دالة فقط في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ

في العملية التعليمية التعلمية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات خبرة التدريس، وبالمقابل لا توجد فروق دالة احصائيا في كل من فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم وفاعلية المعلم في الادارة الصفية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات خبرة التدريس؛ وهذا يعني أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات خبرة التدريس.

وبما أنه توجد فروق دالة فقط في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ حسب فئات سنوات خبرة التدريس الثلاثة (5- 14 سنة، و14- 23 سنة، و23- 32 سنة)، فإنه يتطلب إجراء مقارنات بعدية لمعرفة دلالة الفروق بين كل فئتين على حدى، لذا يوضح الجدول (22) أدناه دلالة الفروق بين الفئات الثلاثة بواسطة اختبار (توكي) "Tuckey" للمقارنات المتعددة.

جدول (22) المقارنات المتعددة لـ(توكي) "Tuckey" بين فئات سنوات خبرة التدريس في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ

الفروق بين المتوسطات			المتوسط	عدد	الاحصاءات
23 - 32 سنة	14 - 23 سنة	5 - 14 سنة	الحسابي	الأفراد	فئات سنوات خبرة التدريس
0.813 *	0.746 *	----	4.52	5	5 - 14 سنة
0.068	---	----	3.78	30	14 - 23 سنة
----	----	----	3.71	13	23 - 32 سنة

*متوسط الفرق دال عند 0.05

يتضح من الجدول (22) أنه توجد فروق دالة عند مستوى (0.05) بين فئة سنوات خبرة التدريس (5-14 سنة) وفئة سنوات خبرة التدريس (14-23 سنة)، وهذه الفروق لصالح فئة سنوات خبرة التدريس (5-14 سنة) التي يقدر المتوسط الحسابي لها بـ (4.52) أكبر من المتوسط الحسابي لفئة (14-23 سنة) الذي قدر بـ(3.78). كما أنه توجد فروق دالة احصائيا عند مستوى (0.05) بين فئة سنوات خبرة التدريس (5-14 سنة) وفئة سنوات خبرة التدريس (23-32 سنة)، وهذه الفروق لصالح فئة سنوات خبرة التدريس (5-14 سنة) التي يقدر المتوسط الحسابي لها بـ (4.52) أكبر من المتوسط الحسابي لفئة (23-32 سنة) الذي قدر بـ(3.71).

في حين يبدو جلياً أنه لا توجد فروق دالة عند مستوى (0.05) بين فئة سنوات خبرة التدريس (14-23 سنة) وفئة سنوات خبرة التدريس (23-32 سنة) فقيمة المتوسط الحسابي لكلي الفئتين

متقارب جدًا والذي يقدر ب(3.78) و(3.71) لفئتي سنوات خبرة التدريس (14-23 سنة) و(23-32 سنة) على التوالي.

وبناء على ما سبق فإنه توجد فروق دالة احصائيا بين فئات سنوات خبرة التدريس (5-14 سنة) وكل من الفئتين (14-23 سنة) و(23-32 سنة) في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ، وهذه الفروق لصالح فئة سنوات خبرة التدريس (5-14 سنة). في حين أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين فئتي سنوات خبرة التدريس (14-23 سنة) و(23-32 سنة) في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن.

واستنادا على ما ذكر وبناء على نتائج الجداول رقم (20) و(21) و(22) فإننا نخلص إلى أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات خبرة التدريس، وأنه لا توجد فروق دالة احصائيا في كل من فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعلم وفاعلية المعلم في الادارة الصفية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات خبرة التدريس، وأنه توجد فروق دالة احصائيا فقط في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعلمية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات الخبرة لصالح المعلمين الأقل خبرة.

5.1. عرض نتائج التساؤل الخامس:

والذي ينص على: هل توجد فروق في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للمتغيرات التالية (الجنس، السن، نوع المرض)؟
للإجابة عن هذا التساؤل يجب الإجابة أولاً عن:

1.5.1. هل توجد فروق في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس؟
وللإجابة عن هذا التساؤل المذكور وللتأكد من دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب الجنس نطبق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لأبعاد الالتزام الصحي وللمقياس ككل، والجدول (23) الموالى يوضح ذلك:

جدول (23) دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب الجنس

الالتزام الصحي وأبعاده	الجنس	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة
الالتزام بتناول الدواء	ذكر	28	3.31	0.49	0.624	46	0.536
	أنثى	20	3.39	0.43			
الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات	ذكر	28	2.82	0.49	1.197	46	0.237
	أنثى	20	2.98	0.35			
تغيير نمط الحياة	ذكر	28	2.72	0.38	0.159	46	0.875
	أنثى	20	2.70	0.52			
الالتزام الصحي	ذكر	28	2.95	0.36	0.769	46	0.446
	أنثى	20	3.02	0.26			

يتضح من خلال الجدول (23) أن كل قيم "ت" عند درجات حرية (46) غير دالة عند مستوى (0.05)، حيث أن كل قيم الدلالة جاءت ($p > 0.05$). ويتضح أن قيم المتوسطات الحسابية لدرجات الالتزام الصحي لدى الذكور جاءت متقاربة مع المتوسطات الحسابية للإناث. حيث أن قيمة "ت" تساوي (0.769) عند درجات حرية (46) غير دالة ($p = 0.446 > 0.05$).

وكذلك بالنسبة لأبعاد الالتزام الصحي الثلاثة، إذ أن كل قيم "ت" التي تتراوح بين (0.159) و(1.197) عند درجة الحرية (46) غير دالة لأن قيم الدلالة التي هي محصورة بين (0.237) و(0.875) وكلها ($p > 0.05$)، فلا توجد فروق دالة احصائياً في أبعاد الالتزام الصحي الثلاثة

باختلاف الجنس. وبالتالي هذا يدل على أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس.

2.5.1. هل توجد فروق في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لنوع المرض؟

للإجابة عن هذا التساؤل المذكور وللتأكد من دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب نوع المرض نطبق اختبار "ت" لعينتين مستقلتين لأبعاد الالتزام الصحي وللمقياس ككل، والجدول (24) يوضح ذلك:

جدول (24) دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب نوع المرض

الدلالة	درجات الحرية	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الأفراد	نوع المرض	الالتزام الصحي وأبعاده
0.052	46	1.992	0.4260	3.458	27	داء السكري	الالتزام بتناول الدواء
			0.4834	3.196	21	ارتفاع ضغط الدم	
0.016	46	2.498	0.4053	3.020	27	داء السكري	الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات
			0.4273	2.719	21	ارتفاع ضغط الدم	
0.391	30.72	0.870	0.3309	2.764	27	داء السكري	تغيير نمط الحياة
			0.5566	2.645	21	ارتفاع ضغط الدم	
0.013	46	2.580	0.2787	3.081	27	داء السكري	الالتزام الصحي
			0.3322	2.853	21	ارتفاع ضغط الدم	

يتضح من خلال الجدول (24) أن قيمة "ت" تساوي (2.580) عند درجات حرية (46) هي قيمة دالة عند مستوى (0.05)، حيث أن $(p=0.013 < 0.05)$. كما يتبين أن المتوسطين الحسابيين لدرجات الالتزام الصحي لدى كلى المجموعتين متباعدين والذين يقدر ب(3.081) و(2.853) لدى مرضى السكري ومرضى ارتفاع ضغط الدم بالترتيب. بانحرافات معيارية (0.2787) و(0.3322) على التوالي. كما أن المتوسط الحسابي لمرضى السكري أكبر من المتوسط الحسابي لمرضى ارتفاع ضغط الدم والمذكورين أنفاً.

وكذلك بالنسبة للبعد الثاني من أبعاد الالتزام الصحي ألا وهو الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات، إذ أن قيمة "ت" التي تقدر بـ(2.498) عند درجة الحرية (46) هي قيم دالة احصائياً، حيث أن $(p=0.016 < 0.05)$. كما أن المتوسط الحسابي لمرضى السكري (3.020) أكبر من (2.719) المتوسط الحسابي لمرضى ارتفاع ضغط الدم. بانحرافات معيارية (0.4273 و 0.4053) بالترتيب. إذن توجد فروق دالة احصائياً في الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات تعزى لنوع المرض لصالح مرضى السكري.

أما بالنسبة للبعدين الأول والثالث ألا وهما الالتزام بتناول الدواء وتغيير نمط الحياة فكلتا قيمتي "ت" التي تقدر بـ(1.992) و(0.870) على التتابع عند درجتَي الحرية (46) و(30.722) على التوالي هي قيم ليست دالة عند مستوى (0.05) فـ $(p=0.052 > 0.05)$ و $(p=0.391 > 0.05)$ بالترتيب، وكذا فالمتوسط الحسابي لدرجات كل من الالتزام بتناول الدواء وتغيير نمط الحياة لدى مرضى السكري (3.458) و(2.764) بالترتيب متقاربة جداً مع المتوسط الحسابي لمرضى ارتفاع ضغط الدم (3.196) و(2.645).

وبناء على ما سبق يتضح عدم وجود فروق دالة احصائياً في كل من الالتزام بتناول الدواء وتغيير نمط الحياة تعزى لنوع المرض. في حين توجد فروق دالة احصائياً في الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لنوع المرض لصالح مرضى السكري. كما أنه توجد فروق دالة احصائياً في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لنوع المرض لصالح المعلمين المصابين بداء السكري.

3.5.1. هل توجد فروق في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى

للسن؟

للإجابة عن هذا التساؤل المذكور وللتأكد من دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب الفئات العمرية الثلاثة نطبق تحليل التباين الأحادي "ف" (Anova) لأبعاد الالتزام الصحي وللمقياس ككل، والجدول التالي توضح ذلك:

جدول (25) الاحصاءات الوصفية للالتزام الصحي لدى فئات السن

الالتزام الصحي وأبعاده	الفئات العمرية	عدد الأفراد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الالتزام بتناول الدواء	29 - 40 سنة	3	3.33	0.52
	40 - 50 سنة	23	3.40	0.51
	50 - 60 سنة	22	3.28	0.43
الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات	29 - 40 سنة	3	2.94	0.53
	40 - 50 سنة	23	2.79	0.45
	50 - 60 سنة	22	2.98	0.41
تغيير نمط الحياة	29 - 40 سنة	3	2.39	0.82
	40 - 50 سنة	23	2.71	0.47
	50 - 60 سنة	22	2.76	0.35
الالتزام الصحي	29 - 40 سنة	3	2.89	0.57
	40 - 50 سنة	23	2.97	0.33
	50 - 60 سنة	22	3.01	0.29

يتبين من الجدول (25) أن الاحصاءات الوصفية للمعلمين المصابين بمرض مزمن في الالتزام الصحي وأبعاده حسب السن متقاربة فيما بينها في الالتزام الصحي وأبعاده الثلاثة. ويتضح أن المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة متقاربة فتتراوح بين (2.89 و 3.01) في الالتزام الصحي ككل بانحرافات معيارية معكوسة (0.57 و 0.29).

كما أن المتوسطات الحسابية للفئات الثلاثة متقاربة فتتصر بين (3.28 و 3.40)، (2.79 و 2.98) و (2.39 و 2.76) في كل من الالتزام بتناول الدواء، الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ

القياسات، وتغيير نمط الحياة على التوالي، بانحرافات معيارية تنتمي إلى المجالات التالية: [0.43 و0.52]، [0.41 و0.53] و[0.35 و0.82] على الترتيب.

والجدول رقم (26) يوضح دلالة الفروق في الالتزام الصحي وأبعاده الثلاثة حسب السن

جدول (26) دلالة الفروق في الالتزام الصحي حسب السن

الدلالة	قيمة "ف"	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الالتزام الصحي وأبعاده
0.705	0.352	0.079	2	0.157	بين المجموعات	الالتزام بتناول الدواء
		0.223	45	10.046	داخل المجموعات	
			47	10.203	الكلي	
0.366	1.027	0.196	2	0.393	بين المجموعات	الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات
		0.191	45	8.603	داخل المجموعات	
			47	8.996	الكلي	
0.413	0.903	0.178	2	0.355	بين المجموعات	تغيير نمط الحياة
		0.197	45	8.857	داخل المجموعات	
			47	9.212	الكلي	
0.809	0.212	0.023	2	0.045	بين المجموعات	الالتزام الصحي
		0.107	45	4.794	داخل المجموعات	
			47	4.839	الكلي	

يتضح من الجدول (28) أن قيم "ف" غير دالة في الأبعاد الثلاثة حيث نجد أنها في: البعد الأول الالتزام بتناول الدواء ($F=0.352$; $p=0.705 > 0.05$)، البعد الثاني: الامتثال لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات ($F=1.027$; $p=0.366 > 0.05$)، والبعد الثالث: تغيير نمط الحياة ($F=0.903$; $p=0.413 > 0.05$)، وكذا في الالتزام الصحي ككل ($F=0.212$; $p=0.809 > 0.05$).

استنادا على ما ذكر سابقا وبناء على نتائج جدول الاحصاءات الوصفية (27) الذي يوضح تقارب المتوسطات الحسابية للفئات الثلاث في الأبعاد الثلاثة للالتزام الصحي، وكذا في الالتزام الصحي ككل، يتضح أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في كل من الالتزام بتناول الدواء، الامتثال

لتعليمات الطبيب وأخذ القياسات، وتغيير نمط الحياة لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى للسن. وهذا يدل على أنه لا توجد فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى للسن.

2. مناقشة نتائج الدراسة:

1.2. مناقشة نتائج التساؤل الأول:

الذي ينص على: ما مستوى الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة؟ نشير إلى أن نتيجته تتفق مع ما توصلت إليه كل من دراسة: "رضوان" (1997) "حسونة" (2009)، "الخلايلة" (2011)، "حدان" (2015)، و"عدودة" (2014) حول المستوى العالي للكفاءة التدريسية لدى المعلمين، حيث كان بعضها عن الكفاءة التدريسية لدى المعلمين كدراسة "حسونة" (2009) و"الخلايلة" (2011) أما البقية فقد درسوا الكفاءة الذاتية (العامة) عند المرضى. في حين أن هذه النتيجة هي عكس ما توصل إليه "نوافلة" و"العمرى" (2013).

يمكن أن نفسر نتيجة هذه الفرضية بنضج أفراد العينة، حيث أنهم في مراحل الرشد فجل المعلمين المصابين بمرض مزمن من الكهول والقليل منهم شباب، وهما المرحلتين العمريتين اللتين تشهدان النضج العقلي والمعرفي وترسخ معتقدات الكفاءة الذاتية أكثر فأكثر لدى الفرد وهو ما يفنده الجانب النظري فيما يخص التحليل التطوري للكفاءة الذاتية خلال مراحل الرشد. كما أن هذه الفئة تمارس مهنة التدريس منذ مدة لا تقل عن (05) سنوات للبعض و(16) سنة للأغلب، وهي فترة كافية ليكتسب فيها المعلم الخبرة التي تمكنه من تحسين كفاياته التدريسية، الوثوق بما لديه من قدرات (التخطيط للدرس، تنفيذه، الإدارة الصفية، توظيف الاستراتيجيات التعليمية المناسبة، التواصل الجيد مع التلاميذ وإشراكهم في العملية التعليمية)، وإداء عمله بأريحية، ومن ثم تحسين كفاءته الذاتية.

وكل ما ذكر سابقا هو بفعل سنوات خبرة التدريس المتوسطة إلى الطويلة نسبيا من جهة، وحضور العديد من البرامج التكوينية والتدريبية، ومن اللقاءات مع مفتشي التربية والزملاء المعلمين ذوي الخبرة الأكثر والاستفادة من توجيهاتهم من جهة ثانية، وهذه الأخيرة هي من مصادر الكفاءة التدريسية حسب ما أوردنا في الجانب النظري.

وهو ما يؤكد الجانب النظري في عدة مواضع من بينها ما يخص مصادر الكفاءة التدريسية من اقناع لفظي، خبرات بديلة، وانجازات ادائية فيزداد مستوى الكفاءة التدريسية باستفادة المعلم من اراء وتجارب زملائه من اساتذة ومفتشين، وكذا باكتسابه للخبرات المختلفة بعد ممارسته للعمل لعدة سنوات وتصحيح أخطائه التي وقع فيها في السنوات الأولى من التعليم من جهة. ومن جهة أخرى في ما يخص خصائص الكفاءة التدريسية التي تتطور بعد رشد الفرد عندما يكون أكثر نضجًا، فتنمو من خلال تفاعله مع البيئة المحيطة به ومع الآخرين، كما تنمو بالتدريب. فحسب (Cynthia, Bobko, 1994) لنتمكن من تنمية وتطوير الكفاءة الذاتية، نحتاج إلى تعريض الفرد لخبرات تربوية أكثر في ذلك المجال.

وهو ما أشارت إليه "اليزابيث"(Elizabeth) حين توصلت في دراستها إلى أن كفاءة التدريس زادت لدى الطلاب المعلمين خلال الفترة التي كانوا يدرسون فيه مقرر طرق تدريس الرياضيات. وهو ما يفنده كل من "إيمان الريس" و"باندورا" حيث يوضح في نظريته أن التدريب قبل الخدمة أو في السنوات الأولى من العمل مهم جدًا لتحسين الكفاءة التدريسية لدى المعلم على المدى الطويل؛ ولهذا نجد المعلمين من أمثال أفراد عينة الدراسة الحالية والذين أغلبهم تفوق أعمارهم 40 سنة وخبرتهم التدريسية (16) سنة لديهم مستوى عالي من الكفاءة التدريسية بعد سنوات الخدمة واكتساب الخبرة والتعرض لتدرب والتكوين وتسديد المسار من قبل مفتشي التربية والتعليم خلال مساره المهني.

2.2. مناقشة نتائج التساؤل الثاني:

الذي ينص على: ما مستوى الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة ؟ نشير إلى أن نتيجته تتفق نسبيًا مع ما توصلت إليه دراسة "لكحل" (2010) التي وجدت أن مستوى الالتزام الصحي ليس مرتفعًا-أي متوسط- لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم قبل تلقيهم للتربية الصحية. وكذا دراسة "وليد" وآخرون (2005) التي كشفت أن مستوى الالتزام الصحي يتقارب بين المتوسط والمرتفع لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم.

ونرجع ذلك إلى ضعف الثقافة الصحية في المجتمع الجزائري عامة فهو يحتاج إلى حملات توعية، برامج تثقيف وتربية صحية، فبعد احتكاك الباحثة بعدد من المعلمين المصابين بأمراض مزمنة وكذا الاطباء المعالجين لهذه الشريحة من أفراد المجتمع اتضح أن أغلبهم يفتقرون إلى المعلومات الصحية الدقيقة والشاملة حول مرضهم، وبشكل خاص المعلمين ذوي المستوى التعليمي المتدني

(الابتدائي، المتوسط) بل وحتى الثانوي أحياناً. كما أنهم ينتمون إلى منطقة صحراوية تسودها ثقافة صحية ذات مستوى دون المتوسط عموماً، فيتميز النظام الغذائي لأغلب أسرها (السوفية) بارتكازه على الخبز والعجائن، مقابل اهماله للفواكه، الأسماك، السلطات وغيرها من المأكولات الصحية التي تعتمد عليها الحماية الغذائية الخاصة بهذه الأمراض المزمنة. بالإضافة إلى أن هؤلاء المعلمين ينتمون إلى الطبقة الاقتصادية المتوسطة؛ وهذا يعني أن ميزانياتهم قد لا تسمح باقتناء بعض الآلات الرياضية الحديثة؛ من أجل ممارسة التمارين باستمرار، أو آلات القياس الالكترونية المتطورة لأخذ القياسات بانتظام في البيت، أو حتى توفير بعض المأكولات الصحية الخاصة بالحماية وغيرها من سلوكيات الملائمة العلاجية المكلفة نوعاً ما التي يعجز عن توفيرها هؤلاء المرضى. وهذا ما يفنّه الجانب النظري في العوامل الاجتماعية والاقتصادية وأثرها على الالتزام الصحي حول الجانب الاقتصادي للمريض.

كما أن هذا المجتمع الصحراوي الذي ينتمي إليه أفراد العينة جزائري عربي مسلم، نقل فيه بعض سلوكيات الخطر كتعاطي المخدرات والمسكرات، خاصة لدى المعلمين باعتبارهم من الفئة المثقفة وهم مربوا أجيال المستقبل، كما أنهم من مجتمع تغيب عنه ثقافة التمارين الرياضية وبالأخص بين الكهول. وكذا هم يعتمدون على الأكل المعد في البيت فلا يلجأ أغلبهم إلى الأكل السريع الذي يباع في مطاعم "Faste Food" المليء بالدهون والسكريات.

ومن جهة أخرى يلجأ بعض أفراد هذا المجتمع المرضى إلى استبدال الخبز الأبيض بخبز الشعير أو القمح الكامل، التقليل من المقلبات، السكر أو الملح حسب الحالة وغيرها من السلوكيات التي تدل على وجود مستوى مقبول من الالتزام الصحي لديهم ولكنه ليس مرتفعاً، فمثل هذه الإجراءات لا تكفي بمفردها دون ممارسة النشاط البدني بانتظام واتباع الحماية بصرامة أكثر... لرفع مستوى الالتزام الصحي لديهم. أضف إلى ذلك عدم تقبل المرض لدى بعض المرضى؛ والذي قد يدلنا عليه إخفائهم لمرضهم عن الآخرين كميكانيزم انكار ما يبرهن على قلة التوافق لديهم، وهو من أحد أهم أسباب عدم الالتزام الصحي لدى المرضى وخاصة المزمنون منهم، والذي قد ظهر لدى بعض أفراد مجتمع وعينة الدراسة ممن يخفون مرضهم كما ورد في الجانب التطبيقي للدراسة.

3.2. مناقشة نتائج التساؤل الثالث:

التساؤل الذي ينص على أنه: هل توجد علاقة ارتباطية بين الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة؟

وللإجابة على هذا التساؤل صغنا الفرضية التي مفادها: لا توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين متوسطات الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة. ونشير إلى أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة "عدودة" (2014) جزئياً حول عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين الكفاءة الذاتية -العامة- والالتزام الصحي لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، في حين تختلف جزئياً مع ما أسفت عنه نتائج دراسة: "جبالي" و"عدودة" (2012) مع نفس الفئة، "شفارتزر" و"رينر" (Schwarzer, Renner, 2000)، "السعيد" (2006) على طلبة الجامعة، هيلجيسون (Helgeson et al, 1999)، "رزقي" (2011) لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، "بوث" (Booth et al, 2000) لدى المسنين، "سينيسال" وآخرون (Senecal C et al; 2000) والمتمثلة في وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية وسلوكيات -أو بعضها- الالتزام الصحي لدى أفراد العينة.

أما دراسة "وودورد" (Woodward, 2001) فتتفق مع هذه الدراسات سابقة الذكر رغم اهتمامها بسلوك واحد من سلوكيات الالتزام الصحي ألا وهو استهلاك الملح. كما نشير إلى أن هذه الدراسات قد تناولت علاقة الكفاءة الذاتية (العامة) بالالتزام الصحي أو بعض مؤشرات، في حين أن الدراسة الحالية تناولت علاقة الكفاءة التدريسية وليس العامة بالالتزام الصحي ككل، بالإضافة إلى اختلاف أنواع العينات رغم أن أغلبها طبق على الراشدين كما تختلف خصوصية كل مرض عن غيره.

ونفسر عدم وجود علاقة ارتباطية بين المتغيرين إلى أن الكفاءة التدريسية ليست مثل الكفاءة الذاتية -العامة- فهي خاصة بموقف محدد ألا وهو الموقف التعليمي، ومن المنطقي أنها تخص ما يجري داخل حجرة القسم فقط وليس لها علاقة بالسلوكيات الصحية لصاحبها كتناول الدواء، اتباع تعليمات الطبيب والحمية الغذائية، التدخين، مراقبة نسبة السكري أو معدل الضغط الدموي باستمرار وغيرها من السلوكيات المعبرة عن الالتزام الصحي للمعلم المصاب بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم، فقد تؤثر الكفاءة العامة بالالتزام الصحي للمعلم، وهو ما يفنده الجانب النظري فحسب (Schwarzer,

(2011) قد أثبتت الدراسات الارتباط الوثيق بين الكفاءة الذاتية والإدارة الفعلية لتدابير الرعاية الذاتية خصوصا لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم، والتي تتضح من خلال قيام المريض بسلوكيات الرعاية الذاتية رغم كل الصعوبات والعقبات التي تعترضه في سبيل تحقيق الالتزام الصحي.

كما ورد أيضا في النظري أن أغلب نظريات السلوك الصحي تهتم بالكفاءة الذاتية، فحسب نظرية الكفاءة الذاتية لـ"باندورا" (1977) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية الكفاءة الذاتية والممارسة الفعالة للسلوكيات الصحية الايجابية؛ وهذا يعني أن الكفاءة الذاتية متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد. في حين أن الكفاءة التدريسية ليس لها تأثير على الالتزام الصحي، فهي تؤثر بسلوكيات المعلم داخل صفه ومع تلامذته خلال ادائه لمهامه التدريسية فقط، وفي اعتقاد الباحثة أنه لا يمكن أن تكون عامل دافع ليقوم المعلم المريض بسلوكيات الالتزام الصحي.

4.2. مناقشة نتائج التساؤل الرابع :

الذي ينص على أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا بين الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغيري الجنس وسنوات خبرة التدريس؟

بالنسبة للفرضية الخاصة بالجنس التي تنص على أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا بين متوسطات الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس، فنشير إلى أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه كل من دراسة: "روكا وواشبورن" (Rocca, Washburn, 2006)، "بلاكبورن" و"روبينسون" (Blackburn, Robinson, 2008)، "توافلة" و"العمرى" (2013) و"عدودة" (2014). في حين أنها تختلف عما توصلت إليه دراسة كل من: "جاكسون" (Jagkson,) (2005)، "تشيبونغ" (Cheung, 2008)، "حسونة" (2009)، و"الخليلة" (2011)، حيث تطرق لهم إلى الكفاءة التدريسية للمعلمين باستثناء دراسة "عدودة" (2014) عن الكفاءة الذاتية عند المرضى.

وما يمكن تفسيره بأن أفراد عينة الدراسة من مستوى ثقافي وتعليمي متقارب فأغلبهم ذوي مستوى ثانوية أو جامعي. كما أن أغلبهم يمارس مهنة التدريس منذ ما يزيد عن (16) سنة وهذا يعني أنهم متمرسين في هذه المهنة وذوي خبرة لا بأس بها، ما يدل على أن لديهم ثقة بما يملكون من كفايات تدريسية، وهو ما تبرهنه نتيجة التساؤل الأول في أن لدى أفراد العينة مستوى عالي من الكفاءة التدريسية ذكورا واناثا.

أما بالنسبة للفرضية الخاصة بسنوات خبرة التدريس والتي تنص على أنه: لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لسنوات خبرة التدريس، فنشير إلى أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه دراسة "جاكسون" (Jagkson, 2005). في حين أنها تختلف عما توصلت إليه دراسة كل من: "روكا و"واشبورن" (Rocca, Washburn, 2006)، "تشيبونغ" (Cheung, 2008)، "بلاكبورن" و"روبينسون" (Blackburn, 2008) Robinson, "حسونة" (2009)، و"الخلايلة" (2011) والتي أثبتت وجود فروق في الكفاءة الذاتية تعزى لمتغير سنوات الخبرة، وهو ما يتفق جزئياً مع نتيجة الدراسة الحالية حول أنه توجد فروق دالة فقط في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعليمية لدى المعلمين المصابين بمرض مزمن تعزى لسنوات خبرة التدريس لصالح المعلمين الأقل خبرة، حيث أن فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ تمثل فقط بعد من بين أبعاد الكفاءة التدريسية للمعلم.

وما يمكن تفسيره بأن جل أفراد عينة الدراسة لديهم أكثر من 16 سنة يمارسون مهنة التعليم ما نسبة (89.58%) وهو ما وضح في الفصل الرابع في توزيع أفراد العينة حسب سنوات خبرة التدريس؛ لهذا ليس بينهم جديد بهذه المهنة فأقل فئة من حيث سنوات الخبرة هي الفئة الأصغر عدداً المحصورة بين (5 إلى 16) سنة والتي تمثل قرابة (5%) من أفراد العينة، فخمسة سنوات تعتبر في رأي الباحثة خبرة لا بأس بها تساهم في تمرس المعلم على مهنة التدريس ما يقوي ثقته بنفسه ويرفع من الكفاءة التدريسية لديه، فحسب ما ورد في الجانب النظري لهذه الدراسة واتفقا مع ما أشار إليه "باندورا" فإن التكوين والتدريب في السنوات الأولى من العمل مهم جداً لتحسين الكفاءة التدريسية لدى المعلم. ناهيك عن الدورات التكوينية التي استفاد منها المعلم، توجيهات زملائه المعلمين الأكثر خبرة في الميدان، والزيارات التفثيشية التي سددت خطاه في سبيل تحسين أدائه التعليمي، وهذه الأخيرة هي من بين مصادر الكفاءة التدريسية، فالخبرات البديلة والإقناع اللفظي لهما دور بارز في رفع الكفاءة الذاتية حسب ما أوردنا في الجانب النظري. ما يغيب الفروق الدالة بين هؤلاء المعلمين في الكفاءة التدريسية.

كما نرجع وجود فروق دالة في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعليمية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لسنوات خبرة التدريس لصالح الأقل خبرة حسب الجانب النظري لدراسة لمرحلة تقدم المرض المزمن وما ينجر عليه من مضاعفات في المراحل المتقدمة مقارنة

بالمراحل الأولى من تطوره، فالحالة النفسية والفسولوجية لدى المعلمين الأقل خبرة في الغالب هي أفضل منها لدى المعلمين الأكثر خبرة، فالراجح أن الفئة الأولى أغلبها من فئة مدة المرض الأقل (من 2 إلى 12) سنة يعني أنهم أصيبوا حديثا بالمرض المزمن في حين أن مضاعفات المرض المزمن تظهر على المدى الطويل وتؤثر على الفرد بعد مدة من اصابته بالمرض وهذا ما يمكن أن يكون لدى أصحاب الفئة الثانية أي المعلمين الأكثر خبرة والأكبر سنا والذين مرضوا منذ مدة تتراوح بين (12 إلى 32) سنة وهو ما ورد في خصائص أفراد العينة من الفصل الرابع، كما يفنده الجانب النظري فالحالة النفسية والفسولوجية أحد مصادر الكفاءة الذاتية والتدريسية.

5.2. مناقشة نتائج التساؤل الخامس:

الذي ينص عن: هل توجد فروق دالة احصائيا في مستوى الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغيرات: (الجنس، السن ونوع المرض)؟

بالنسبة للفرضية الخاص بالجنس التي تنص على أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للجنس، فنشير إلى أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه كل من دراسة: "لكحل" (2010) التي خلصت إلى عدم وجود فروق دالة في الالتزام الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم بين الجنسين. ونفسه ما توصلت إليه كل من "وليد" وآخرون (2005) لدى مرضى السكري وارتفاع ضغط الدم، "هالة السعيد" (2006) لدى طلبة الجامعة، و"عدودة" (2014) لدى مرضى شرايين القلب التاجية. في حين توصلت "نوار" و"زكري" (2016) إلى عكس ذلك حيث وجدت فروق دالة في السلوك الصحي -المقصود به الالتزام الصحي- لدى مرضى السكري لصالح الاناث.

أما بالنسبة للفرضية الخاصة بالسن والتي تنص على أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى للسن، فنشير إلى أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصلت إليه عدودة" (2014) في عدم وجود فروق دالة في الالتزام بالعلاج لدى أفراد العينة تعزى للعمر. في حين أنها تختلف عما توصلت إليه دراسة دراسة "وليد" وآخرين (2005) في وجود فروق تعزى للعمر، وكذا (Bezie et al, 2006) الذي وجد أن فئة الشباب هم أقل التزاما مقارنة بفئتي الكهول والشيوخ من مرضى السكري.

يمكن تفسير نتيجة الفرضين السابقين بأن أفراد عينة الدراسة هم من نفس المستوى الاقتصادي، ومن مستوى ثقافي وتعليمي متقارب فأغلبهم ذوي مستوى ثانوية والقليل جامعيون، وكذا يمارسون ذات المهنة ألا وهي التدريس في الطور الابتدائي، كما أن أغلبهم من منطقة واحدة فتحكمهم نفس العادات والتقاليد، حيث يشيع في هذه البيئة الصحراوية التداوي بالأعشاب والطب النبوي منذ القدم مثل حليب الناقة، دهن الجمل (الشطة)، عشبة الشيح، الثوم، اللويان ومنقوعه، بالإضافة إلى انتشار التداوي بالطب البديل حديثا، كالحمية الغذائية المعتمدة على السوائل أو حتى على الماء، مع اشتها المكملات الغذائية في السنوات الأخيرة، أضف إلى ذلك نقص ممارسة التمارين الرياضية بين أفراد المجتمع الجزائري عامة والصحراوي خاصة بين الإناث وحتى الذكور كبارا وصغرا وغيرها من العوامل التي تجعل الجنسين شبابا وكهولا بمستوى متقارب من الالتزام الصحي، وهو ما تبرهنه نتائج الفرضية الثانية في أن لدى أفراد العينة مستوى متوسط من الالتزام الصحي ذكورا وإناثا باختلاف فئاتهم العمرية.

كما نستطيع تفسيرهما أيضا بأن المرض يؤثر على المعلمين الذكور كما يؤثر على الإناث شبابا وكهولا -أغلب أفراد العينة كهول- على حد سواء، وباعتبار أن أغلبهم قادر على التكيف مع مرضه واستخدام استراتيجيات توافقية تؤدي به إلى تحقيق مستوى مقبول -متوسط- من الالتزام الصحي كما أثبتته نتيجة الفرض الأول. فادراك الخطر ليس حكرا على فئة عمرية دون أخرى أو جنس دون آخر، فخطورة المرض، حتمية تطوره، الخوف من مضاعفاته الوخيمة وأخيرا الخوف من فقدان الحياة سيكون هو العامل الأكثر مساهمة في تحديد مستوى الالتزام الصحي لديهم، وهو ما تفنده "عدودة" (2014). وبصيغة أخرى يفنده أيضا "نوار" رفقة "زكري"، (2016) فاحتمال تنفيذ المرضى -على اختلاف جنسهم أو أعمارهم- لسلوكيات الالتزام الصحي يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم لخطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، ولتقديرهم للمضار والمنافع أو للسلبات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط، وهذا ما تشير إليه نظرية المعتقدات الصحية المذكورة بالفصل الثالث من الجانب النظري للدراسة.

في حين أن الفرضية الخاصة بنوع المرض والتي تنص على أنه: لا توجد فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لنوع المرض، فنشير

إلى أن نتائجها تتفق مع ما توصلت إليه دراسة "وليد" وآخرين (2005) حول وجود فروق دالة في الالتزام الصحي تعزى لنوع المرض لصالح مرض السكري مقارنة بمرضى ارتفاع ضغط الدم.

يمكن إرجاع هذه الفروق في الالتزام الصحي بين المعلمين مرضى السكري ومرضى ارتفاع ضغط الدم حسب رأي الباحثة -الذي يتفق مع ما ورد في الجانب النظري- لخصوصية وانفراد كل مرض مزمن على حدى فالقاتل الصامت -ارتفاع ضغط الدم- حسب (WHO, 2019) لا يدق ناقوس الخطر إلا بعد وقوع الكارثة بجلطة دماغية قد ينجم عنها شلل جزئي أو كلي أو بأزمة قلبية قد تؤدي إلى الوفاة مثلا، فلا تبدو على المريض عادة كثرة الأعراض، ولا يظهر لديه تدرج المضاعفات من البسيط إلى المعقد بوضوح إلا على المدى الطويل بمرور الزمن، في حين أن داء السكري ينذر قبل وقوع الخطر الأكبر بكثرة أعراضه ووضوحها واختلاف مضاعفاته وتدرجها من حيث الخطورة والتعقيد في الغالب كاعتلال الشبكية بتمزق شعيرات دموية دقيقة بها فتتضرر عين المريض مثلا، أو الفشل الكلوي الناجم عن السكري وغيره، ما يتسبب في قلق صاحبه وخوفه على صحته بل حتى على حياته في بعض الحالات؛ ومن أجل المحافظة عليهما يضطر إلى اتباع الحماية الغذائية والمواظبة على النشاط الرياضي وغيرها من سلوكيات الالتزام الصحي، ما يخرجها من حالة اللامبالاة والتهاون الناجمة عن عدم تقبل المرض والانكار غالبا. وهذا الأخير قد ورد في الجانب النظري باعتباره من أهم أسباب عدم الالتزام الصحي.

كما يمكن تفسير نتيجة الفرضية إلى أن المعلمون أفراد عينة الدراسة هم من بيئة صحراوي جزائري، يتركز النظام الغذائي لأغلب أهلها على الخبز والمعجنات، وهذا أمر شائع ومعروف بين أفراد هذا المجتمع؛ ولهذا فمن الممكن إرجاع الفروق في الالتزام الصحي التي برزت لصالح مرضى السكري أنهم على دراية بخصوصية نظام منطقتهم الغذائي السائد، وبخطورة اكتناهم من المعجنات والنشويات لذلك هم يتجنبونها وأصبحوا يستبدلون الخبز الأبيض بخبز الشعير والقمح الكامل وغيرها من النشويات غير الصحية. فأغلبهم من طبقة مثقفة نسبيا يتابعون تطورات العصر من خلال شبكة الإنترنت عن الطب البديل وغيره.

بالإضافة إلى توفر أجهزة قياس السكري لدى جل المرضى، فهي توزع مجانا في الصيدليات على المرضى المأمنين اجتماعيا في الجزائر. فأغلب المعلمين لديهم بطاقة الشفاء الخاصة بالضمان الاجتماعي، ما ييسر عليهم قياس نسبة السكر في الدم. وبالمقابل فأجهزة قياس ضغط الدم ليست

متوفرة لدى كل المرضى، لأنها عالية الثمن خاصة الالكترونية منها، فاليدوية تحتاج إلى شخص قريب من المريض يتقن استعمالها ليأخذ له قياسات الضغط الدموي بالطريقة الصحيحة، وهذا ما يسهم في عدم الانتظام في اخذ القياسات لدى مريض ضغط الدم. وبالمقابل فمعرفة مريض السكري بنسبة السكر في دمه قد تزيد من حرصه على صحته ما يساهم في تحسين مستوى التزامه الصحي.

خاتمة:

خلصت نتائج الدراسة الحالية إلى: وجود مستوى عال من الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة (داء السكري وارتفاع ضغط الدم)، وجود مستوى عال من الالتزام بتناول الدواء لدى هؤلاء المعلمين، وجود مستوى متوسط من الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة، عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين متوسطات الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لديهم، عدم وجود فروق دالة احصائيا بين متوسطات الكفاءة التدريسية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغيري الجنس وسنوات خبرة التدريس، في حين وجود فروق دالة احصائيا في فاعلية المعلم في مشاركة التلاميذ في العملية التعليمية التعليمية لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة تعزى لسنوات خبرة التدريس لصالح الأقل خبرة.

كما أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن عدم وجود فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة (داء السكري وارتفاع ضغط الدم) تعزى لمتغيري الجنس والسن. في حين وجود فروق دالة احصائيا في الالتزام الصحي لدى هؤلاء المعلمين تعزى لنوع المرض لصالح المعلمين المصابين بداء السكري.

وكذا تشير نتائج هذه الدراسة إلى أن مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين "لتشانن-موران" و"ولفولك" (2001) المترجم من قبل "هدى الخلايلة" (2011) والمكيف على البيئية الجزائرية (من قبل الباحثة) يتميز بخصائص سيكومترية جيدة من صدق وثبات وقدرة على التمييز. وكذا فمقياس الالتزام الصحي لمرضى السكري وارتفاع ضغط الدم المعد لأغراض الدراسة الحالية من طرف الباحثة يتميز بخصائص سيكومترية جيدة من صدق وثبات وقدرة على التمييز.

بالإضافة إلى أن هذه الدراسة ساهمت في الكشف عن واقع المعلم المصاب بمرض مزمن الذي يعاني الأمرين فلا تكفيه أعباء المرض، ولا متطلبات المهنة الصعبة خاصة مع مناهج الجيل الثالث ومختلف تطورات المنظومة التربوية من التدريس بالكفايات وغيرها من العوامل التي أرهقت كاهله المتقل.

كما نذكر في هذا الموضوع أبرز الصعوبات التي واجهت الدراسة الحالية وبالأخص خلال النزول إلى الميدان، كان أهمها أثناء البحث عن احصائيات أو معلومات تخص تركز أو حتى عدد المعلمين المصابين بالأمراض المزمنة خصوصا داء السكري وارتفاع ضغط الدم، فبعد بحث مضني في مصالح: الطب المدرسي، طب العمل العام وكذا الخاص بالتربية، المقاطعات التقنيشية الخاصة

بالمرحلة الابتدائية، مصالح مديرية التربية وحتى الاطباء المختصين في مثل هذه الأمراض المزمنة، لم نجد لا احصاءات ولا أدنى معلومات حول هذا الموضوع باستثناء احصائيات تبين تعداد واسماء المقاطعات التفتيشية وكل الابتدائيات التي تنتمي إليها وتعداد عاملي كل منها.

كذلك خلال طلب ترخيص الدخول إلى المدارس الابتدائية تعين علينا مقابلة مدير التربية، وهذا الأخير كانت لديه اشغالات كثيرة جدا خلال تلك الفترة؛ ولهذا ألغى الاستقبال حتى خلال الأيام المخصص له لمدة تقارب الشهرين، وبسبب هذا الظرف ضاع لنا الكثير من الوقت والجهد والمال في التنقل والانتظار أمام مقر مديرية التربية لولاية الوادي لساعات وساعات أملا في الظفر بمقابلة هذا المدير؛ لأجل الحصول على الموافقة لتطبيق الدراسة الميدانية في المدارس الابتدائية التابعة له.

وكذا فكثر عدد المدارس الابتدائية في مدينة الوادي البالغ عددها (76) مدرسة، وتوزعها على مساحة واسعة قد استنزف الكثير من الجهد والوقت لتنقل بينا بحثا عن معلمين مصابين بداء السكري أو ارتفاع ضغط الدم يمكن أن يشاركون في هذه الدراسة، وبالمقابل تفاقماً بقلة عدد هؤلاء المعلمين.

كما لوحظ خلال الدراسة الاستطلاعية أن أفراد العينة تضائل عددهم أو قد تسربوا إن صح التعبير، فأغلب المعلمون الذين بلغو سن التقاعد المسبق وخاصة الذين أرهقتهم أعباء مرض مزمن طيلة سنوات قد تهافتوا على تقديم طلب تقاعد مسبق قبل إلغاء القانون -قانون التقاعد المسبق- الذي يسمح لهم بالتقاعد قبل بلوغ السن المفترضة للتقاعد العادي (60 سنة للذكور، و55 سنة للإناث).

كما لوحظ غياب الجدية في التعامل مع البحث العلمي عند بعض المعلمين المصابين بأمراض مزمنة، ما اضطر الباحثة لتنقل لهؤلاء المعلمين عدة مرات لاسترجاع ادوات جمع البيانات، بالإضافة إلى عدم استفادة هذا البحث بعديد الادوات المسترجعة والغير كاملة الاستجابة أو التي لوحظ عليها غياب الموضوعية في الاستجابة؛ ورغم أن هذا من بين الصعوبات التي تلقينها خلال إنجازنا للدراسة الحالية إلا أنه لا يمكن أن نلوم أفراد هذه الفئة المثقلة والمرهقة على ذلك .

أضف إلى ذلك أن بعض إن لم نقل أغلب هؤلاء المعلمين وخاصة الاناث منهم لا يعلنون مرضهم، ما اضطررت الباحثة في بعض الأحيان إلى تسليم ادوات الدراسة لأصدقائهم، زملائهم

أو حتى مدراءهم لكي يسلموها لهؤلاء المعلمين، مع التأكيد على السرية التامة للمعلومات الخاصة بهم،
وأنها لن تستغل إلا لأغراض البحث العلمي .

مقترحات الدراسة:

تقدم الطالبة القائمة بالدراسة الحالية -بعد استفادتها من العمل الذي تم انجازه- جملة من الاقتراحات للدراسات العلمية المستقبلية المتعلقة بهذا المجال لفائدة الفئة المدروسة والطلبة الباحثين في علم النفس مفادها:

✓ دراسة مقارنة بين المعلمين المصابين بأمراض مزمنة والأصحاء؛ للكشف عن الكفاءة التدريسية لديهم.

✓ دراسة مقارنة للمعلمين قبل الخدمة (طلبة المدارس العليا للأساتذة) وأثناء الخدمة؛ للتعرف عن الكفاءة التدريسية لديهم.

✓ دراسة مقارنة للمعلمين قبل الخدمة بين الطلبة المقبلين على التخرج من المدارس العليا للأساتذة ومن الجامعات العادية؛ للكشف عن الكفاءة التدريسية لديهم.

✓ دراسة مقارنة بين المعلمين وأساتذة التعليم المتوسط والثانوي المصابين بأمراض مزمنة في الكفاءة التدريسية.

✓ دراسة مقارنة بين المعلمين وأساتذة التعليم المتوسط والثانوي المصابين بأمراض مزمنة في الالتزام الصحي.

✓ دراسة مقارنة بين المعلمين من ولايات مختلفة بالساحل، الصحراء، والهضاب، أو الأرياف والمدن للكشف عن الكفاءة التدريسية لديهم.

✓ دراسة مقارنة بين المرضى المزمنين من مناطق مختلفة بالساحل، الصحراء، والهضاب، أو بالأرياف والمدن للكشف عن الالتزام الصحي لديهم.

✓ كما نقترح إجراء دراسات مستقبلية لبحث العلاقة بين الالتزام الصحي وكل من الكفاءة الذاتية والتدريسية لدى الأساتذة المصابين بأمراض مزمنة بمدن أخرى.

✓ وكذا نقترح اعداد برامج تدريبية لتحسين مستوى الالتزام الصحي لدى هؤلاء المعلمين المصابين بأمراض مزمنة.

وبشكل عام نقترح إجراء المزيد من الدراسات والبحوث حول الالتزام الصحي والكفاءة

التدريسية.

توصيات الدراسة:

توصي الدراسة الحالة بتوفير إحصائيات دقيقة لمثل هذه الفئات من الموظفين المصابين بالأمراض المزمنة بمختلف أنواعها سواء في قطاع التربية بتعدد مستوياته اساتذة أو اداريين وحتى التلاميذ والطلبة، أو في غيره من قطاعات الوظيف العمومي أو حتى الخاص، وبالاهتمام بهم ورعايتهم نفسيا وخاصة فئة المعلمين المصابين بأمراض مزمنة وذلك من قبل المسؤولين على قطاعات التربية، الوظيف العمومي، الصحة، وكذا النقابات الخاصة بالمعلمين، والأساتذة وغيرها التي يفترض أن تطالب مثلا بخفض سن التقاعد الخاص بالمعلمين والاساتذة وحتى الموظفين المصابين بأمراض مزمنة وخاصة الذين يشتغلون في أسلاك الأعمال الشاقة كالتعليم، بالإضافة إلى تقليص مدة الخدمة لدى هذه الفئة الأخيرة حيث أنه كلما زادت سنوات خبرة التدريس انخفضت الكفاءة التدريسية لدى أفراد هذه الفئة التي أرهقتها أعباء المرض المزمن؛ لذا فهم بحاجة ماسة لمثل هذا الاجراء.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- ابن منظور، جمال الدين محمد أبو الفضل (2014) لسان العرب، طبعة مراجعة ومصححة المجلد 5، دار الحديث: القاهرة.
- بركات، مايا إبراهيم (2007) *تقويم الكفاءة الذاتية للمعلم وعلاقتها بإدارة الفصل والاحترق النفسي*، رسالة ماجستير، معهد البحوث والدراسات التربوية، جامعة القاهرة: جمهورية مصر العربية.
- بوشامي، عبد المولى وخلفي، عبد الحليم (2018) *علاقة الفعالية الذاتية بالكفايات المهنية لدى معلمي الابتدائي في تمنراست*، دراسات نفسية وتربوية، 11(2)، جامعة قاصدي مرباح ورقلة: الجزائر.
- بوشامي، عبد لمولى وخنشول، حسينة وزغير، رشيد حميد وعبد السلام، عبد الله (2019) *الصلابة النفسية وعلاقتها بالامتثال للعلاج لدى مرضى السكري*، مجلة أفق علمية، 11(4).
- بوعافية، نبيلة وسامعي، صهيب (د ت) *الالتزام الصحي والأمراض المزمنة -مرض السكري نموذجاً-*، مجلة
- بوعبد الله، لحسن وخوري، نسرین (2018) *الرفاه النفسي عند المتقاعدين المصابين بالأمراض المزمنة*، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 10 (1)، جامعة سطيف: الجزائر.
- جابر، عبد الحميد جابر (1990) *نظرية الشخصية: البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، التقويم*، دار النهضة، القاهرة: جمهورية مصر العربية.
- الjasر، عبد الرحمان محمد (1428هـ) *الذكاء الانفعالي وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول-الرفض الوالدي*، رسالة غير منشورة، جامعة أم القرى كلية التربية: السعودية.
- جبالي، نور الدين وعدودة، صليحة (2012) *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية -دراسة ميدانية بالمركز الاستشفائي الجامعي باتنة-*، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، 9(9)، جامعة قاصدي مرباح: ورقلة.
- الجبور، حنان عقلة عويرض (2002) *فعالية الذات لدى المدخنين والكحوليين*، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان: الاردن.
- الجبوري، حسن عبید (2013) *قلق المستقبل وعلاقته بكل فاعلية الذات والطموح الأكاديمي والاتجاه للاندماج الاجتماعي لطلبة التعليم المفتوح- الأكاديمية العربية المفتوحة بالدنمارك نموذجاً*، اطروحة دكتوراه، الأكاديمية العربية المفتوحة الدنمارك: كوبنهاغن.

حجاج، غانم (2005) علم النفس التربوي (تحليل نظري وسيكومتري لخمسة مقاييس في التربية العادية والخاصة)، ط1، عالم الكتب: القاهرة.

الحري، حنان (2006) معتقدات الكفاية العامة والأكاديمية واتجاه الضبط وعلاقته بالتحصيل الدراسي في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية والاكاديمية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى. السعودية.

حسونة، سامي عيسى (2009) الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم لدى معلمي المرحلة الأساسية الدنيا قبل الخدمة، مجلة جامعة الأقصى (سلسلة العلوم الإنسانية)، 13(2): فلسطين.

الحمداني، رابعة (2010) معنى الحياة وعلاقته بفاعلية الذات لدى طلبة المرحلة الإعدادية، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، 17 (6).

الخلايلة، هدى أحمد (2011) الفاعلية الذاتية لمعلمي مدارس محافظة الزرقاء ومعلماتها في ضوء بعض المتغيرات، مجلة جامعة النجاح للأبحاث، 25(1)، كلية العلوم التربوية، الجامعة الأردنية: الأردن.

الدق، أميرة محمد (2011) أنماط السلوك الصحي لدى مرضى الكبد الفيروسي (س) المزمّن في ضوء فعالية الذات الصحية والحالة العقلية، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة: جمهورية مصر العربية.

رزقي، رشيد (2011) الفاعلية الذاتية وعلاقتها بالانضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمّن، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة: الجزائر.

الريس، إيمان محمد إبراهيم وزهران، العزب محمد العزب وعبد العزيز، ربحاب أحمد وعبد الفتاح، هدى عبد الحميد (2012) فاعلية وحدات دراسية قائمة على استراتيجيات الكورت في تنمية الكفاءة الذاتية المهنية لطلاب شعبة الرياضيات بكليات التربية، مجلة تربويات الرياضيات، 15(3)، الجمعية المصرية لتربويات الرياضيات، كلية التربية، جامعة بنها: جمهورية مصر العربية.

زايد، نبيل محمد (2003) الدافعية والتعلم، ط1، توزيع مكتبة النهضة المصرية: القاهرة.
الزروق، فاطمة الزهراء (2015) علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، ديوان المطبوعات الجامعية: الجزائر.

زعطوط، رمضان (2005) علاقة الاتجاه نحو السلوك الصحي ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية لدى المرضى المزمنين بورقلة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، جامعة قاصدي مرياح ورقلة: الجزائر.

زكري، نرجس ونوار، شهرزاد (2016) الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري-دراسة ميدانية بجامعة ورقلة-، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2(2)، جامعة الوادي: الجزائر.

زناد، دلية (2008) سلوك الملاءمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية المعرفية لدى مرضى الغسيل الكلوي، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2(11).

الزيات، فتحي (2001) البنية العاملية للكفاءة الذاتية الأكاديمية ومحدداتها، سلسلة علم النفس المعرفي (6)، ج 2. "مداخل ونماذج ونظريات"، دار النشر للجامعات: القاهرة.

الزيدان، خالد بن زيدان بن سليمان (2014) الرضا الوظيفي وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من معلمي التربية الخاصة بمراحل التعليم بمنطقة حائل، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة: السعودية.

السيد، محمد أبو هاشم (2005) مؤشرات التحليل البعدي *Meta-Analysis* لبحوث فعالية الذات في ضوء نظرية باندورا، مركز البحوث التربوية، كلية التربية، جامعة الملك سعود، (238): المملكة العربية السعودية.

الشافعي، إبراهيم ابراهيم (2005) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالكفاءة المهنية والمعتقدات التربوية والضغط النفسية لدى المعلمين وطلاب كلية المعلمين بالمملكة العربية السعودية، المجلة التربوية، 19(75).

الشعراوي، علاء محمود جاد (2000) فاعلية الذات وعلاقتها ببعض المتغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة، (44).

شويخ، هناء أحمد محمد (2012) علم النفس الصحي، ط1، مكتبة الانجلو المصرية: القاهرة.

شيلي، تايلور (2008) علم النفس الصحي، ترجمة: وسام درويش بريك، وفوزي شاکر داود طعمية، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان: الأردن.

صالح، عواطف حسين (1994) التنشئة الوالدية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى المراهقين من الجنسين، مجلة كلية التربية، (24)، جامعة المنصورة: جمهورية مصر العربية.

الصالح، عبد الله بن سليمان (2013) أبعاد الفاعلية الذاتية التدريسية وفقا لمستوى خبرة وتخصصه والمرحلة التعليمية التي يدرس فيها، مجلة العلوم العربية والانسانية، 7(1)، جامعة القصيم: السعودية.

ضيف، شوقي (2003). معجم علم النفس والتربية، ج1، الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية: مصر.

الطيرى، عبد الرحمن سليمان (1994) الضغوط النفسية مفهومه -تشخيصه -طرق علاجه ومقاومته، دار الصفحات الذهنية: الرياض.

طومان، وفاء محمد (2015) فاعلية الذات وعلاقتها باضطراب المسلك لدى الطلبة الملتحقين بمراكز التدريب المهني في محافظة غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية، غزة: فلسطين.

عبد السلام، محمد (2002) الاتجاهات الحديثة في دراسة فاعلية الذات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، (36).

العبد الله، فؤاد بن معتوق (2009) المهارات الاجتماعية وفاعلية الذات، رسالة ماجستير جامعة أم القرى: السعودية.

العتيبي، بندر بن محمد حسن (2008) اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينه من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى: السعودية.

عدودة، صليحة (2014) الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشرايين التاجية، أطروحة دكتوراه علوم، جامعة الحاج لخضر باتنة: الجزائر.

عطية، دلال بنت محمد (1433هـ) الاستكشاف والبلورة والالتزام المهني وعلاقتها بمعتقدات الكفاية المهنية لدى عينه من طلاب/طالبات الصف الثالث من المرحلة الثانوية بمدينة مكة المكرمة، ماجستير، كلية التربية، جامعة أم القرى: السعودية.

العمرى، علي عبد الهادي ونوافلة، وليد (2013) مستوى الكفاءة الذاتية في تدريس العلوم بالاستقصاء لدى طلبة التربية العملية في جامعة اليرموك، مجلة المنارة للبحوث والدراسات، 19(1): الاردن.

فرج، صفوت (2000) المرجع في علم النفس الاكلينيكي للراشدين، دار الانجلو المصرية: جمهورية مصر العربية.

قطب، أيمن غريب (1997) الكفاءة والفعالية والنمو النفسي للمراهق، نحو إطار نظري موحد ومتكامل لتفسير النمو: دراسة نظرية امبريقية، مجلة علم النفس، (43)، الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة: مصر.

لكحل، رفيقة (2011) تأثير التربية الصحية على الالتزام الصحي لمرضى ارتفاع ضغط الدم، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر: باتنة.

المزروع، ليلي عبد الله السليمان (2007) فاعلية الذات وعلاقته بكل من الدافعية للإنجاز والذكاء الوجداني لدى عينات من طالبات جامعة أم القرى، مجلة العلوم التربوية والنفسية، جامعة أم القرى، 8(4).

المزروع، هيا (2004) تصميم برنامج لتنمية مهارات التدريب بالزملاء والاتجاه نحوه وزيادة فعالية الذات في تدريس العلوم لدى الطالبات المعلمات في تخصصات العلوم الطبيعية بكليات التربية، مجلة التربية العلمية، 7 (2).

المشيخي، غالب بن محمد علي (2009) قلق المستقبل وعلاقته بكل من فعالية الذات ومستوى الطموح، رسالة دكتوراه، جامعة أم القرى: السعودية.

المصري، نيفين (2007) قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح الأكاديمي، رسالة ماجستير، غزة: فلسطين.

منسي، محمود عبد الحليم (دت) علم النفس التربوي للمعلمين، دار المعرفة الجامعية: الأزاريطة.

النجار، فانت عادل (2012) التوتر النفسي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلبة الثانوية العامة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية: غزة.

يخلف، عثمان (2001) علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة، الدوحة: قطر.

وزارة الصحة السعودية (2011) المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، ط1.

www.books4arab.com/2015/06/pdf_571.html

WHO .(2013) .منظمة الصحة العالمية.

<https://www.who.int/>

WHO "منظمة الصحة العالمية" (2016) .التقرير العالمي عن السكري: ملخص.

<https://www.who.int/diabetes/global-report/ar/>

WHO "منظمة الصحة العالمية" (2018) .أمراض غير معدية.

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

WHO "منظمة الصحة العالمية" (2019) .ارتفاع ضغط الدم.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

المراجع الاجنبية:

Bandura, A.(1977) *Self-Efficacy: Toward A unifying Theory of Behavioral Change*, Psychological Review, 84 (2).

Bandura, A.(1982) *Self-Efficacy Mechanism in Human Agency*, American Psychologist, 37(2).

Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*, USA. Englewood Cliffs, NJ. Prentice- Hall, Inc.

Bandura,A.(1988) *Self-Efficacy Conception of Anxiety*, Anxiety Research , 1.

Bandura, A. and Wood, R. (1989) *Effect of perceived controllability and performance standards on Self- Regulation of complex Decision making*. Journal of personality and social psychology, 56(5).

Bandura, A. (1994) *Self-Efficacy: In V .S. Ramachandran (Ed), Encyclopedia of Human Behavior*.4. Academic Press, New York.

Bandura,A.(1995) *Self- Efficacy in Changing*, Cambridge University Press, New York.

Bandura, A.(1997) *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, W.H. Freeman: New York.

Bandura.A (1998) *Self-Efficacy*, Stanford University, Encyclopaedia of human Behavioural, vol 4 , New York.

Bandura, A.(1999) *A Social cognitive Analysis of Substance Abuse:An Agentic perspective*, Psychological Science, 10 (3).

- Bandura, A. (2003) *Auto Efficacite*, traduit par: Jacques Lecomle, de boeck, Paris.
- Blackburn, J. & Robinson, (2008) *Assessment of teacher Self-Efficacy and job satisfaction of early career Kentucky agriculture teachers*, Journal of Agricultural Education. 49 (3).
- Caprara, G., Barbaranelli, C., Borgogni, L., and Steca, P, (2003) *Efficacy Beliefs as Determinants of Teachers' Job Satisfaction*, Journal of Educational Psychology.
- Cheung, H.(2008) *Teacher Efficacy, "A comparative study of hong kong and shanghai primary in-service teachers"*, The Australian Educational Researcher, 35(1).
- Cynthia, L . & Bobko, P. (1994) *Self Efficacy Beliefs-comparison of measures*, Journal of Applied psychology, vol 79.
- Deblic, G et al (2007) *Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique*, Revue generale, edite par Elsevier Masson SAS.
- Elliott, S (2001) *The Relationship between Teacher Efficacy and Principal Leadership Behaviors and Teacher Background Variables in Elementary Schools*, Dissertation Abstract Internatinal-A , 61(7).
- Frank, S and all (2005) *Psychology in Diabetes care*, Second edition, Itd.
- Gauchet. A (2008) *Observance Thérapeutique et VIH, Enquête sur les facteurs biologiques et Psychosociaux*, Edition l harmattan, Paris.
- Gerard Reach (2006) *Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes*, Editions John Libbey Eurotext, Paris.
- Gonzalez Jeffrey (2011) *Psychological Issues in Adults with type 2 Diabetes*, Pago to, Behavioural Medicine Perspective.
- House, A (2000) *ADHD-history*, 247Characteristics, Available from: lilt.ilstu.edu/a/ehouse/247/adhd1.htm
- Jackson, D (2005) *An exploration of the relationship between teacher efficacy and classroom management sties in urban middle schools* Unpublished doctoral dissertation, Wayne state university Detroit: Michigan.

- Julia Russell (2005) *Introduction to psychology for health carers*, Nelson 1 Thomas, United kingdom.
- Linda, A., Gondor Frederick Daniel .J (2002) *Cox and lee M. Ritter band, diabetes and behavioural Medicine*, Journal of consulting and clinical Psychology, 70 (3).
- Rocca, Washburn (2006) *Comparison of teacher efficacy among traditionally and alternatively certified agriculture teachers*, Journal of Agricultural Education, 47 (3).
- Schunk, D.H (1991) *Self-Efficacy and academic motivation*, Educational psychologist, vol 26.
- Schwarzer, R., Leszczynski, A (2011) *Perceviez Self-Efficace*,
- Short (1994) *Defining Teacher Empowerment*, Education, 114(4).
- Smith III, J (1996) *Efficacy and teaching Mathematics by Telling: A Challenge for Reform*, Mathematics Education, 27(4).
- Tschannen-Moran, M., Woolfolk Hoy, A., and Hoy, W.K (1998) *Teacher Efficacy: Its meaning and measure*, Review of Educational Research, v68.
- UNH .(2010). "TMUnited Health Group" .
[https://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/u/NY SE_UNH_2010.pdf](https://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/u/NY_SE_UNH_2010.pdf)
- Watson, C (2007) *Self-efficacy, the Innovation-Decision Process, and Faculty in Higher Education: Implications for Faculty Development*, Dissertation Doctor, faculty of Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Zani, B (2002) *Théories et modèles en psychologie de la santé*, Sous la direction de la Gustave-Nicolas fischer, Paris Dunod.
- Zimmerman, B (2000) *Self-Efficacy: an essential motive to learn*, contemporary Educational Psychology, 25 (1).

الملاحق:

ملحق رقم (01) مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ "تشانن-موران" و"ولفونك" (2001) ترجمة "هدى الخلايلة" (2011)

ملحق رقم (02) مقياس الكفاءة الذاتية للمعلم كما طبق على العينة الاستطلاعية

ملحق رقم (03) مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم في صورته الأولية

ملحق رقم (04) أدوات الدراسة كما طبقت في الدراسة الأساسية

ملحق رقم (01) مقياس الكفاءة الذاتية للمعلمين لـ
"تشانن-موران" و"ولفولك" (2001) ترجمة "هدى
الخلايلة" (2011)

الرقم	الفقرات	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
فاعلية المعلم في مشاركة الطلبة في العملية التعليمية التعليمية						
01	أبذل جهدًا لضمان اندماج الطلبة صعب المراس					
02	أبذل جهدًا لمساعدة طلابي على التفكير الناقد					
04	أبذل جهدًا لتحفيز الطلبة الذين يبدوون قليلًا من الاهتمام في الأعمال المدرسية					
06	أبذل جهدًا لجعل الطلبة يؤمنون بقدرتهم على الأداء الجيد للأعمال المدرسية					
09	أبذل جهدًا للطلبة على تقدير التعلم					
12	أبذل جهدًا لتنمية إبداع الطلبة					
14	أبذل جهدًا لتحسين فهم الطلبة الذين لم يحالفهم النجاح					
22	أبذل جهدًا لحث أولياء الأمور على مساعدة أبنائهم في تحسين أدائهم الدراسي					
فاعلية المعلم في استخدام استراتيجيات التعليم						
07	احسن الاستجابة على أسئلة الطلبة الصعبة					
10	أبذل جهدًا للكشف عن مقدار استيعاب الطلبة للمهارة التي علمتها.					
11	أبدع أسئلة جيدة للطلبة					
17	أبذل جهدًا في تكييف الدروس بما يتناسب مع الاحتياجات الفردية للطلبة					
18	أوظف استراتيجيات تنمية متنوعة في الغرفة الصفية					
20	يمكنني تقديم أمثلة وتوضيحات بديلة للطلبة عندما يجدون صعوبة في فهم الموضوع					
23	احسن استخدام استراتيجيات بديلة في الغرفة الصفية					
24	احسن تزويد الطلبة المبدعين بتحديات ملائمة لقدراتهم					
فاعلية المعلم في الإدارة الصفية						
03	أبذل جهدًا لضبط السلوك الفوضوي في الصف					
05	يمكنني تكوين توقعات واضحة عن سلوك الطلبة					
08	احسن وضع نظام يضمن قيام الطلبة بالأنشطة بسلاسة					
13	أبذل جهدًا لإقناع الطلبة باتباع بالقواعد والقوانين الصفية					

					أبذل جهداً لضبط سلوك الطالب الفوضوي	15
					احسن انشاء نظام إدارة صفي يتناسب مع كل مجموعة من الطلبة	16
					احسن منع الطلبة المشاغبيين من افساد الحصاة الصفية	19
					احسن التعامل مع الطالب الجريء	21

ملحق رقم (02) مقياس الكفاءة الذاتية للمعلم كما طبق
على العينة الاستطلاعية

استبيان: الكفاءة التدريسية

إعداد: خولة فلاح

جامعة محمد خيضر بسكرة-الجزائر

قسم علم النفس

السنة الجامعية 2017/2016

تعليمات الاستبيان:

في إطار القيام بدراسة دكتوراه في تخصص علم النفس المدرسي يسعدنا أستاذنا الفاضل، أستاذتنا الفاضلة أن نتقدم إليكم بهذا الاستبيان للاستجابة لقراته التي تمس الكفاءة التدريسية لدى الأستاذ المصاب بمرض مزمن. ونطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة، ولكم منا فائق عبارات الشكر والتقدير مسبقا.

ملاحظات: الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، وأنها ستحظى بقدر عالي من السرية.

المعلومات العامة:

السن:..... الجنس:.....
نوع المرض:..... سنوات الخبرة المهنية:.....
المستوى التعليمي:.....

شكرا لكم مرة أخرى على تعاونكم

المقياس:

الرقم	الفقرات	درجة كبيرة جدا	درجة كبيرة	درجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
01	أبذل جهداً لضمان اندماج التلاميذ المتمردين					
02	أبذل جهداً لمساعدة تلاميذي على تعلم النقد البناء					
03	أبذل جهداً في فرض النظام في الصف					
04	أبذل جهداً لتحفيز التلاميذ الذين يبدوون قليلاً من الاهتمام في الاعمال المدرسية					
05	يمكنني تكوين توقعات واضحة عن سلوك التلاميذ					
06	أبذل جهداً لجعل التلاميذ يؤمنون بقدرتهم على الأداء الجيد للأعمال المدرسية					
07	احسن الاستجابة على أسئلة التلاميذ الصعبة					
08	احسن وضع نظام يضمن قيام التلاميذ بالأنشطة بسلاسة					
09	أبذل جهداً لحث أولياء الأمور على مساعدة أبنائهم في تحسين أدائهم الدراسي					
10	أبذل جهداً للكشف عن مقدار استيعاب التلاميذ للمهارة التي علمتها					
11	أصوغ أسئلة جيدة للتلاميذ					
12	أبذل جهداً لحث التلاميذ على تقدير التعلم					
13	أبذل جهداً لإقناع التلاميذ بالالتزام بالقواعد والقوانين الصفية					
14	أبذل جهداً لتحسين فهم التلاميذ الذين لم يحالفهم النجاح					
15	أبذل جهداً لضبط سلوك التلميذ الفوضوي					
16	احسن انشاء نظام إدارة صفي يتناسب مع كل مجموعة من التلاميذ					

					أبذل جهداً في تكيف الدروس بما يتناسب مع الاحتياجات الفردية للتلاميذ	17
					أوظف استراتيجيات تنمية متنوعة في غرفة الصف	18
					احسن منع الطلاب المشاغبين من افساد الحصّة الصفية	19
					يمكنني تقديم أمثلة وتوضيحات بديلة للتلاميذ عندما يجدون صعوبة في فهم الموضوع	20
					احسن التعامل مع التلميذ الجريء	21
					أبذل جهداً لتنمية إبداع التلاميذ	22
					احسن استخدام استراتيجيات بديلة في غرفة الصف	23
					احسن تزويد التلاميذ المبدعين بتحديات ملائمة لقدراتهم	24

ملحق رقم (03) مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء
السكري و/أو ارتفاع ضغط الدم في صورته الأولية

مقياس الالتزام الصحي للمصابين بداء السكري، وارتفاع ضغط الدم

إعداد: خولة فلاح

جامعة محمد خيضر بسكرة-الجزائر

قسم العلوم الاجتماعية

السنة الجامعية: 2017/2016

تعليمات الاستبيان:

في إطار القيام بدراسة حول "الكفاءة التدريسية وعلاقتها بالالتزام الصحي لدى المعلمين المصابين بأمراض مزمنة"، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الإجابة على هذا الاستبيان.

الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.

تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، وأنها ستحظى بقدر عالي من السرية.

المعلومات العامة

السن:..... الجنس:.....
نوع المرض:..... سنوات الخبرة المهنية:.....
أمراض أخرى:..... عدد سنوات الإصابة:.....
المستوى التعليمي:.....

شكرا لكم مرة أخرى على تعاونكم

عبارات المقياس:

الرقم	الفقرات	دائما	كثيرا	احيانا	ابدا
الالتزام بتناول الدواء					
01	أنسى تناول دوائي				
04	تنفذ أدويتي دون أن أنتبه				
07	اخذ أدويتي معي عند غيابي عن المنزل (السفر مثلا)				
11	أتناول دوائي في الوقت المحدد				
14	أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بالتحسن				
17	أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب				
21	أستشير طبيبي قبل أخذ أي دواء آخر				
28	أحرص على تجديد وثائق بطاقة الشفاء وإعادة تفعيلها				
الامتثال لتعليمات الطبيب وإخذ القياسات					
02	اجري جميع التحاليل الطبية التي يطلبها مني طبيبي				
05	أستشير الطبيب في حالة شعرت بأي عرض غير عادي				
08	ادوم على اخذ القياسات اللازمة بانتظام				
10	يلومني طبيبي عن عدم التزامي بالبرنامج العلاجي				
13	أتذكر أخذ جهاز القياس معي إذ ما ابتعدت عن البيت لعدة أيام				
16	اقوم بتسجيل نتائج القياس في دفتر خاص				
19	أدوم على الفحوصات الطبية الدورية بانتظام				

				22	اتبع تعليمات طبيبي
				25	أستفسر الطبيب عن الأشياء التي تجعل حالتني الصحية مستقرة
				27	أقوم بإجراء الفحوصات الطبية المتخصصة كلما طلب مني طبيبي ذلك
				29	التزم بمواعيد الفحوص الدورية حتى وإن لم ألاحظ تحسن في حالتني الصحية
تغيير نمط الحياة					
				03	أنا ادخن
				06	أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتني
				09	أحاول تخفيض وزني عندما يزيد
				12	أتبع حمية غذائية خاصة
				15	أمارس الرياضة بصفة منتظمة
				18	اشرب المشروبات المنبهة
				20	أتجنب الأعمال التي تتطلب جهد بدني
				23	أتحكم بنفسني أمام المأكولات الخارجة عن الحمية
				24	أتجنب الانفعال الشديد تفاديا لتأثيره السلبي على مرضني
				26	أتناول الخضروات في وجباتني اليومية.
				30	احاول جعل نمط حياتني يتناسب مع البرنامج العلاجي

ملحق رقم (04) أدوات الدراسة كما طبقة في الدراسة
الأساسية

جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

تعليمات الاستبيان:

في إطار القيام بدراسة دكتوراه في تخصص علم النفس المدرسي يسعدنا أستاذنا الفاضل، أستاذتنا الفاضلة أن نتقدم إليكم بهاذين الاستبيانين للاستجابة لفراتهما التي تمس الكفاءة التدريسية والالتزام الصحي لدى الأستاذ المصاب بمرض مزمن. ونطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة، ولكم منا فائق عبارات الشكر والتقدير مسبقا.

ملاحظات:

- الإجابة تكون بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة لاختيار إجابتك.
- تأكد أن معلوماتك ستوظف لأغراض علمية فقط، وأنها ستحظى بقدر عالي من السرية.

المعلومات العامة

السن:.....	الجنس:.....
نوع المرض:.....	سنوات الخبرة التدريس:.....
أمراض أخرى:.....	عدد سنوات الإصابة:.....
المستوى التعليمي:.....	

السنة الجامعية 2017/2016

شكرا لكم مرة أخرى على تعاونكم

عبارات المقياس الاول:

الرقم	الفقرات	أبدا	أحيانا	كثيرا	دائما
01	أنسى تناول دوائي				
02	اجري جميع التحاليل الطبية التي يطلبها مني طبيبي				
03	أنا ادخن السجائر				
04	تتفد أدويتي دون أن أنتبه				
05	أستشير الطبيب في حالة شعرت بأي عرض غير عادي				
06	أقوم بالمشي بغرض تحسين صحتي				
07	اخذ أدويتي معي عند غيابي عن المنزل (السفر مثلا)				
08	ادوم على اخذ القياسات اللازمة بانتظام				
09	أحاول تخفيض وزني عندما يزيد				
10	يلومني طبيبي عن عدم التزامي بالبرنامج العلاجي				
11	أتناول دوائي في الوقت المحدد				
12	أتبع حمية غذائية خاصة				
13	أتذكر أخذ جهاز القياس معي إذ ما ابتعدت عن البيت لعدة أيام				
14	أتوقف عن تناول الدواء عندما أشعر بالتحسن				
15	أمارس الرياضة بصفة منتظمة				
16	اقوم بتسجيل نتائج القياس في دفتر خاص				
17	أتناول الدواء حسب الجرعات التي يحددها الطبيب				
18	اشرب القهوة بكثرة				
19	أداوم على الفحوصات الطبية الدورية بانتظام				
20	أتجنب الأعمال التي تتطلب جهد بدني كبيرا				
21	أستشير طبيبي قبل أخذ أي دواء آخر				
22	اتبع تعليمات طبيبي				
23	أتحكم بنفسني أمام المأكولات الخارجة عن الحمية				
24	أتجنب الانفعال الشديد تفاديا لتأثيره السلبي على مرضي				
25	أستفسر الطبيب عن الأشياء التي تجعل حالتني الصحية مستقرة				

				أتناول الخضروات في وجباتي اليومية	26
				أقوم بإجراء الفحوصات الطبية المتخصصة كلما طلب مني طبيبي ذلك	27
				أحرص على إعادة تفعيل بطاقة الشفاء	28
				التزم بمواعيد الفحوص الدورية حتى وإن لم ألاحظ تحسن في حالتي الصحية	29
				أحاول جعل نمط حياتي يتناسب مع البرنامج العلاجي	30

عبارات المقياس الثاني:

درجة قليلة جدا	درجة قليلة	درجة متوسطة	درجة كبيرة	درجة كبيرة جدا	الفقرات	ترتيب
					أبذل جهداً لضمان اندماج التلاميذ المتمردين	01
					أبذل جهداً لمساعدة تلاميذي على تعلم النقد البناء	02
					أبذل جهداً في فرض النظام في الصف	03
					أبذل جهداً لتحفيز التلاميذ الذين يبذون قليلاً من الاهتمام في الاعمال المدرسية	04
					استطيع توقع سلوكيات التلاميذ	05
					أبذل جهداً لجعل التلاميذ يؤمنون بقدرتهم على الأداء الجيد للأعمال المدرسية	06
					احسن الاستجابة على أسئلة التلاميذ الصعبة	07
					احسن وضع نظام يضمن قيام التلاميذ بالأنشطة بسلاسة	08
					أبذل جهداً لحث أولياء الأمور على مساعدة أبنائهم في تحسين أدائهم الدراسي	09
					أبذل جهداً للكشف عن مقدار استيعاب التلاميذ للمهارة التي علمتها لهم	10
					أصوغ أسئلة جيدة للتلاميذ	11
					أبذل جهداً لحث التلاميذ على تقدير التعلم (اعطائه قيمته)	12
					أبذل جهداً لإقناع التلاميذ باتباع القواعد والقوانين الصفية	13
					أبذل جهداً لتحسين فهم التلاميذ الذين لم يحالفهم النجاح	14
					أبذل جهداً لضبط سلوك التلميذ المشاغب	15
					احسن انشاء نظام إدارة صفي يتناسب مع كل مجموعة من التلاميذ	16

					أبذل جهدًا في تكييف الدروس بما يتناسب مع الاحتياجات الفردية للتلاميذ	17
					أوظف استراتيجيات تنمية متنوعة في غرفة الصف	18
					احسن منع الطلاب المشاغبيين من افساد الحصة	19
					يمكنني تقديم أمثلة وتوضيحات بديلة للتلاميذ عندما يجدون صعوبة في فهم الموضوع	20
					احسن التعامل مع التلميذ الجريء	21
					أبذل جهدًا لتنمية إبداع التلاميذ	22
					احسن استخدام استراتيجيات بديلة في غرفة الصف	23
					احسن تزويد التلاميذ المبدعين بتحديات ملائمة لقدراتهم	24