

الفعالية الذاتية المدركة وإدارة الألم لدى مرضى السرطان

Perceived Self-Efficacy and Pain Management in Cancer Patients

باهية فالق *

جامعة الحاج لخضر (باتنة1)، مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي - bahia.falek@univ-batna.dz

يوسف عدوان

جامعة الحاج لخضر (باتنة1)، مخبر تطوير نظم الجودة في مؤسسات التعليم العالي والثانوي

- youcef.adouane@univ-batna.dz

تاريخ القبول: 2021/06/18

تاريخ الإرسال: 2021/04/28

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أثر الفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم لدى عينة من مرضى السرطان، والتي اشتملت على (46) مريض سرطان (ذكورا وإناثا)، تتراوح أعمارهم ما بين 28-43 سنة، ولقد تم الاستعانة بأداتين للقياس هما: (مقياس الكفاءة الذاتية العامة لجيروزيليم وشوارتسر (1992) في صيغته المعربة من طرف سامر رضوان، ومقياس درجة الألم والنشاط). وحللت البيانات بالاستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss24)، وباستخدام أساليب الإحصاء المتمثلة في: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وتحليل الانحدار الرتبى اللوجستي للنتائج باختبار الفعالية الذاتية في إدارة الألم، وكذلك اختبار "ت" لمعرفة الفروق في الفعالية الذاتية حسب متغيري السن، ومدة العلاج. وقد توصلت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع من الفعالية الذاتية المدركة، ووجود تأثير للفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم، كما توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الفعالية الذاتية المدركة تعزى لمتغير السن، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير الفعالية الذاتية تعزى لمتغير مدة العلاج.

الكلمات المفتاحية: الفعالية الذاتية؛ إدارة الألم؛ مريض السرطان.**Abstract:**

This study aimed to reveal the effect of perceived self-efficacy on pain management, among both female and male group which was composed of (46) participants with cancer, who were between (28) and (43) years old. In order to carry out this study, both the general self-efficacy scale (GSE) developed by Matthias Jerusalem and Ralph schwarzer (1992) then translated into arabic by Samer Rudwan, as well the pain and activity questionnaire, were used. As for data analysis, this was achieved through the statistical package for social sciences (SPSS-24), particularly by relying on the following statistical methods: Means, Standard Deviation, Ordinal Logistic Regression, and T-Test, used respectively, in order to reveal the effect of self-efficacy on pain management, and to identify the differences between levels within perceived self-efficacy according to both age and length of treatment variables. Finally, the main findings of this study were:

- High level of perceived self-efficacy among participants.
- Statistically significant effect of perceived self-efficacy on pain management.
- Differences between levels within perceived self-efficacy non statistically significant, according to age variable.
- Differences between levels within perceived self-efficacy statistically significant, according to length of treatment.

Keywords: Perceived self-efficacy; Pain management; Cancers patients.

مقدمة:

يعد الألم واحدا من الظواهر المهمة والمعقدة ومن المشكلات والأعراض الشائعة لدى العديد من المرضى ومن مختلف الأعمار، هناك العديد من الدراسات والنماذج والنظريات التي حاولت تفسير ظاهرة الألم للمساهمة في تقييم وعلاج الحالات بشكل أفضل، حيث تزايدت خلال العقود القليلة السابقة وبصورة ملحوظة الأمراض المزمنة والمستعصية كجزء من زيادة الحجم النسبي للمرض. ويعتبر التعامل مع الألم وفهم أبعاده النفسية والجسدية، والاجتماعية، والانفعالية، مسألة ذات الأهمية لتحقيق إدراك أعلى للأخصائيين والأطباء، ومساعدة المرضى ممن يعانون من الألم المزمن وعائلاتهم والتغلب على الآثار الانفعالية والاجتماعية للمرض وعلاجه. ومن ضمن الشكاوي المزمنة التي يعاني منها أفراد آلام السرطان وما يرافق هذا الألم من أعراض جسمية ونفسية.

يعتبر مرض السرطان من أبرز الأمراض المعاصرة المهددة للحياة في العالم، ويخضع للكثير من البحوث والدراسات الطبية والنفسية والاجتماعية الهادفة لمعرفة أسبابه والعوامل المؤثرة به. وتبرز أهمية الفعالية الذاتية المدركة في أنها تمثل الجسر بين الأفكار والسلوك. فتطوير الأفكار المتعلقة بالذات وجعلها أكثر إيجابية له أثر كبير في سلوك الأفراد، وبالتالي في اكتساب عادات ومهارات جديدة ذات علاقة بإدارة الألم مع مرض السرطان.

ولقد لقي مفهوم الفعالية الذاتية اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن، ولقد أجريت العديد من الدراسات في هذا المجال، وأثيرت مناقشات عديدة حول الميكانيزمات التي تؤثر بها الفعالية الذاتية المدركة على الألم. وعلى سبيل المثال دراسة **جونسن (1991) Jensen** و دراسة **لِفِبِفِر (1999) Lefebvre** حول تقييم معتقدات الفعالية الذاتية لدى مرضى الآلام المزمنة، والدور الفعال الذي تلعبه الفعالية الذاتية في فهم الألم المزمن.

ففي ضوء ما أشارت إليه الأبحاث، وفي هذا الإطار جاءت هذه الدراسة التي تسعى إلى معرفة الدور الفعال للفعالية الذاتية في إدارة الآلام المزمنة لدى الأشخاص المصابين بمرض السرطان، وأخذ هذا المتغير بعين الاعتبار عند علاج الألم المزمن، علاوة على ذلك تطوير أساليب علاجية تعمل على تحسين الفعالية الذاتية المدركة لدى مرضى السرطان الذين يعانون من الآلام المزمنة.

1. الإشكالية:

يعد مرض السرطان من أخطر الأمراض التي يتعرض لها الإنسان في عصرنا هذا، وهو من الأمراض التي يستعصى علاجها جذريا في أغلب الحالات على الرغم من المحاولات المتواصلة من قبل العلماء لعلاجها والتغلب عليه. فالإصابة بمرض السرطان عملية بيولوجية معقدة، وليس هناك عامل واحد مسؤولا عن الإصابة بالمرض. ولكن هناك عدة عوامل مجتمعة.

يرتبط مرض السرطان بمعاناة جسدية ونفسية وحتى اجتماعية هامة، قد تنجم عن المرض في حد ذاته كالألام والتي تتحكم فيها مجموعة من العوامل والتي من بينها نوع الإصابة، مرحلة التطور الذي وصل إليها المرض، إضافة إلى العوامل النفسية والتي تلعب دورا مهما في التكيف مع المرض. ويمثل الألم جانبا مهما من جوانب المرض، حيث تتعلق أهمية الألم المحسوس بالسياق والزمن، فالألم الحاد يمتلك وظيفة إنذار وحماية بيولوجية، إذ يتم تبليغ الجسد بمثير ضار. غير أن هذه الوظيفة غير موجودة في الألم المزمن أو المتكرر الظهور. ذلك أن أسباب الألم كالمريض المزمن غير قابلة للإزالة ويتحول الألم المزمن إلى معاناة تمتلك قيمة مرضية. إن الألم لا يؤثر على الوظائف الجسمية فحسب بل يؤثر على كل جوانب الحياة بالنسبة للمريض. (حسانين أحمد، 2013، 83)

ويرى **باندورا Bandura** أن فعالية الذات هي قدرة الفرد على تنظيم وتنفيذ مهاراته المعرفية والسلوكية والصحية الضرورية للأداء الناجح أو معتقدات الفرد حول قدرته على تنظيم مخططاته، وأن هذه المعتقدات الشخصية حول فعالية الذات تعد المفتاح الرئيسي للقوى المحركة لسلوك الفرد عن فاعليته وتوقعاته، وعن مهاراته السلوكية المطلوبة للتفاعل الناجح والكفاء مع أحداث الحياة التي يواجهها. وتقود فاعلية الذات إلى رفع مستوى المناعة وتحسين استراتيجيات التغلب في المرض، إذ وجد أن الأشخاص الذين يمتلكون فاعلية ذات كانوا أكثر قوة على تحمل الألم وأقل اعتمادا على المسكنات، كما أنها تساعد في حالة المرض على التمسك بأسلوب حياتي وتعزيز القدرة على القيام بسلوكيات مؤدية إلى الشفاء. (حمدة صالح و حسن بكر، 2014، 31-32)

لقد لقي مفهوم الفعالية الذاتية اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن، وأجريت دراسات عديدة تناولت العلاقة بين الفعالية الذاتية والألم، وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن معتقدات الفعالية الذاتية ارتبطت بانخفاض الاكتئاب، والضغط، والعجز، والألم لدى مرضى الألم المزمن.

كما أظهرت بعض الدراسات أن مرضى الألم يتباينون في كفاءتهم الذاتية وأن هذا التباين يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم، فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفعالية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم، والكدر النفسي، والنتائج الطبية السلبية، وعتبات مرتفعة للألم، وتحمل أكثر للألم. (عدودة، 2014-2015، 290)

وفي ضوء هذه النتائج، والدراسات التي تبين دور فعالية الذات المدركة في إدارة الألم وأهميتها في حياة المريض المصاب بالسرطان.

وهذا ما ارتأينا أن ندرسه في دراستنا هذه، من خلال معرفة مستوى وتأثير الفعالية الذاتية المدركة لدى مرضى السرطان، ودوره في إدارة الألم. ومن خلاله واستنادا إلى ما سبق طرحه يقودني إلى بلورة تساؤلات الدراسة في:

- ما هو مستوى الفعالية الذاتية لدى مرضى السرطان؟
- هل يوجد تأثير للفعالية الذاتية في إدارة الألم لدى مرضى السرطان؟
- هل توجد فروق في الفعالية الذاتية لدى مرضى السرطان وفقا لمتغيرات التالية (العمر، فترة العلاج)؟

2. أهمية الدراسة:

1.2 من الناحية النظرية : تسعى الدراسة الحالية إلى المساهمة في إثراء أهم مجال من مجالات الدراسات النفسية والطبية ذات العلاقة برعاية مرضى السرطان لإدراك أعماق للأبعاد النفسية والاجتماعية والحيوية للألم وما يرافقه من أعراض، ومعرفة مدى تأثير مستوى الفعالية الذاتية لدى هؤلاء المرضى. وعلاقتها بإدارة الألم، وبالتالي المساهمة في معرفة قدرة الفرد المرضى على التحكم في المشكلات الصحية التي يواجهها.

2.2 وأما الناحية العملية لهذه الدراسة : تفيد العاملين في مختلف المجالات النفسية والصحية على معرفة بعض العوامل المؤثرة في حياة هذه الفئة أي مرضى السرطان، والتي من بينها فعالية الذات ، من خلال تحسين حالتهم الصحية والجسمية والنفسية، حيث يدركون أن لمعتقدات المريض أثر كبير في حماية أنفسهم من الآلام المزمنة، من خلال تنمية فاعليتهم الذاتية وتشجيعهم على معرفة أكبر عن فاعلية التدخلات النفسية والطبية التي يقدمها الأخصائيون.

3. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة مستوى كل من فعالية الذات وإدارة الألم لدى المصابين بالسرطان، ومدى تأثير الفعالية في إدارة الألم، ثم معرفة الفروق بين أفراد العينة أي المصابون بالسرطان في متغير فعالية الذات المدركة تبعا للمتغيرات (العمر، فترة العلاج).

4. مصطلحات الدراسة:

1.4 فعالية الذات : وهي قدرة الفرد على التحكم في إنجاز مهامه، ومواجهة المصاعب والأحداث المحيطة به في مختلف المواقف. وتعرف إجرائيا في هذه الدراسة على أنها الدرجات التي يحصل عليها الفرد على مقياس الكفاءة الذاتية العامة.

2.4 إدارة الألم: الألم هو خبرة انفعالية وحسية غير سارة، والمرتبطة بأضرار حقيقية أو كامنة. أي أنه عبارة عن إحساس مصاحب بانفعال مزعج. ويعرف إجرائيا في هذه الدراسة على أنه الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس درجة الألم والنشاط المستخدم في الدراسة.

5. حدود الدراسة:

1.5 الحدود الموضوعية : تتناول الدراسة معرفة مستوى الفعالية الذاتية لدى المصابين بمرض السرطان، ومدى تأثير الفعالية الذاتية في إدارة الألم، وتحديد الفروق في متغير الفعالية الذاتية المدركة من خلال متغيرات (العمر، فترة العلاج)

2.5 الحدود المكانية: أجريت الدراسة :-

- المؤسسة العمومية الإستشفائية أحمد بن بلة خنشلة مصلحة طب الأورام.
- المؤسسة العمومية الإستشفائية حيحي عبد المجيد- قايس- خنشلة قسم الأمراض الباطنية "رجال- نساء".

3.5 الحدود الزمانية: خلال شهري جانفي/ فيفري عام 2020.

6. الإطار النظري للدراسة:

1.6 فعالية الذات :

تعتبر فعالية الذات من المكونات المهمة للنظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا Bandura ، حيث قدم نظريته في الفعالية الذاتية self-efficacy التي تعتبر أن سلوك المبادرة والمثابرة لدى الفرد يعتمد على أحكام الفرد وتوقعاته المتعلقة بمهاراته السلوكية ومدى كفايتها للتعامل بنجاح مع تحديات البيئة والظروف المحيطة، وهذه العوامل في رأي باندورا يلعب دورا هاما في التكيف النفسي والاضطراب ، وفي تحديد مدى نجاح أي علاج للمشكلات الانفعالية والسلوكية والصحية. (حدان، 2015، 190).

ويشير مصطلح الفعالية الذاتية إلى اعتقاد الفرد بقدرته على تسخير الإمكانيات الذاتية الضرورية للتحكم الموفق في الوضعيات التي يخضع لها، والسيطرة على الأحداث التي يتعرض إليها في حياته. وللفعالية الذاتية تأثيرا إيجابيا على الصحة، وذلك لأن فعالية الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي وتنظيمه، فهي توفر للفرد إحساسا عاليا بالقدرة على الارتقاء بالصحة وترفع من مستوى دافعيته إلى المثابرة على النشاط السلوكي الذي يضمن الحفاظ على الصحة. (الزروق، 2015، 30).

حيث حدد باندورا في نظريته "الفعالية الذاتية" ثلاثة أبعاد للفعالية وهي:

1.1.6 قدر الفاعلية: Magnitude وتعني مستوى دوافع الفرد للأداء في المجالات المختلفة، ويختلف ذلك المستوى تبعا لطبيعة وصعوبة الموقف. (المصري، 2011، 490).

2.1.6 العمومية:generality: ويشير هذا البعد إلى انتقال فعالية الذات من موقف إلى مواقف مشابهة. (عطاف، 2012، 620).

3.1.6 القوة أو الشدة: strength: فالمعتقدات الضعيفة عن الفعالية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثير بما يلاحظه، وتتحدد قوة الفعالية الذاتية لدى الفرد في ضوء خبراته السابقة، ومدى ملائمتها للموقف. (الزيات، 2001، 511)

ومن جهة أخرى فإن الإحساس بالفاعلية وإدراكها لا يأتي من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الاجتماعية التي يكتسبها في هذا الصدد. وتوجد حسب باندورا Bandura 1986 أربعة مصادر أساسية للمعلومات حول الفعالية: الإنجازات الأدائية، النمذجة، والإقناع الاجتماعي، والحالة الفيزيولوجية. (يخلف، 2001، 104).

- فيما يتعلق بمصدر الإنجازات الأدائية: والذي يعتمد على الخبرات التي يمتلكها الشخص، فالنجاح عادة يرفع توقعات الفعالية الذاتية بينما الإخفاق المتكرر يخفيها. وعليه فإن تكرار الأداء الناجح في نشاط معين ينمي إحساس الفرد بالفعالية الذاتية ويزيد من قدرته وثقته على ممارسة وأداء السلوك الملائم والمناسب. بينما إخفاقه في ممارسة السلوك يصاحبه الشعور باليأس والتشاؤم وإحساس بالعجز وانعدام الثقة. (Bandura, 1983, 125)

- وأما حسب مصدر النمذجة أو الخبرات البديلة فإن الأشخاص يعرفون قدراتهم من خلال مقارنتهم لغيرهم من الناس وأن نجاح الآخرين وخبراتهم الناجحة تعتبر كلها مصدر تنمية للفعالية الذاتية. أي أن الأفراد يميلون إلى ملاحظة غيرهم من الناس لكي يتعلم أو يستفيد من خبراتهم وإنجازاتهم. (عبد العزيز، 2010، 163).

- يعد مصدر الإقناع الاجتماعي مصدرا ذا تأثير هام يعمل على تنمية الفعالية الذاتية من خلال الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين والإقناع بها من قبل الفرد.

- وأما الحالة الفيزيولوجية فتشير إلى العوامل الداخلية التي تحدد للفرد ما إذا كان يستطيع تحقيق أهدافه أم لا. وذلك مع الأخذ بعين الاعتبار المؤشرات الجسدية والعاطفية التي يمكن أن تساعد الفرد على الأداء. (الزيات، 2001، 490).

2.6 إدارة الألم:

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

وفي هذا الصدد قدمت الجمعية الأمريكية العالمية لدراسة الألم ISAP تعريفا للألم بأنه خبرة انفعالية، وحسية غير سارة مرتبطة بوجود تضرر حقيقي أو كامن في النسيج الحي (أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر). (Meryskey & Bogduk, 1994, 12).

وانطلاقا من هنا فإن الألم هو ظاهرة متعددة الأبعاد ويتضمن الجوانب المعرفية والوجدانية والحسية والبيئية سواء في وجود أو غياب الأسباب الباثولوجية، وهذا ما يجعل للألم مكونات والتي تشمل:

1.2.6 المكون الحسي: أي أن للألم مظهر حسي، حيث يتم الإحساس به من خلال نظام حسي خاص، يعلم الفرد كيفية الإحساس بالألم والشعور به.

2.2.6 المكون الانفعالي: أي أن الألم عبارة عن خبرة غير مستحبة، وغير سارة، حيث يتم من خلالها رفض وقمع هذا الانفعال.

3.2.6 الألم هو خبرة: وهذا ما أكدته الجمعية الدولية لدراسة الألم ISAP على أن الألم عبارة عن معاش وتجربة حسية مرتبطة بضرر كامن أو حقيقي.

4.2.6 المكون السلوكي: حيث يضم مجموعة من التظاهرات اللفظية وغير اللفظية لدى الشخص المريض الذي يعاني من الألم. (Salamagne, 1994, 60-66).

وقدم كل من تيرك وميلزك (1992) Turk & Melzack تصنيفاً للألم يعتمد على خمسة أنماط مختلفة:

* **الألم الحاد Acute pain:** وغالبا ما تكون قابلة للتحديد الموضوعي ومثارة من خلال سبب قابل للتحديد (مرتبط بوجود تضررات، مرتبط بمدة زمنية محددة).

* **الألم الانتكاسي الدوري Acute recurrent pain:** وهي الآلام المتكررة بصورة منتظمة كالشقيقة، الأم الظهر.

* **الألم المزمن chronic pain:** والذي يظهر كنتيجة لإصابات عضوية دائمة أو نتيجة لمرض أساسي مزمن، وتستمر لمدة طويلة من الزمن. (بروبكر و وآخرون، 2003).

* **الألم ذو الطبيعة التصاعدية chronic progressive pain:** وهي الآلام التي ترتبط بالأمراض ذات الطبيعة التصاعدية (روماتويد المفاصل، السرطان).

* **الألم المحدث معمليا Laboratory induced pain:** وهي الآلام الناتجة عن استخدام مثبرات حسية مؤلمة كالوخز، ويتم إحداثه في مواقف معملية. (بريطل، 2017).

وفي هذا السياق تطور نماذج كثيرة لتفسير مشكلة الألم المزمن باعتمادها واهتمامها على دور العوامل النفسية في فهم المشكلة، وكل هذه النماذج تنظر إلى الألم المزمن باعتباره مفهوما متعدد الأبعاد ويشمل على عوامل انفعالية وسلوكية ومعرفية وطبية، ومن بينها:

1.2.6 نظرية بوابة التحكم بالألم: تعتبر هذه النظرية أول محاولة لوضع نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية لتفسير الألم. وقد اقترح هذه النظرية رونالد ميلزك وباتريك وال (1965) Melzack & Wall ، وفقا لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي، ولكن ينظر إليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية وانفعالية وتقديرية، حيث يفترض وجود ميكانيزمات فيزيولوجية عصبية معقدة في كل من الحبل الشوكي Spinal cord والمخ تعمل على تعديل إشارات الألم الواردة قبل أن تصل هذه الإشارات إلى المخ تمر ببوابة عصبية موجودة في القرن الظهرى Dorsal Horn للحبل الشوكي، وهذه البوابة يمكن فتحها وغلقها وفق نشاط نسبي في الألياف ناقلة صغيرة وكبيرة حيث أن نشاط الألياف الكبيرة يعمل على إعاقه نقل رسائل الألم (بغلق البوابة)، بينما نشاط الألياف الصغيرة يعمل على تسهيل نقل أشارت الألم (بفتح البوابة). (حسانين أحمد، 2013، 91).

2.2.6 النموذج المعرفي السلوكي الحديث: قدم هذا النموذج من قبل شارب Sharp T.J حيث يفترض أن استجابات الأفراد للألم الذي يعانون منه تؤثر بشكل رئيسي على الأهم. وتشمل استجابات

الأفراد كل أشكال المعارف (التصورات، الأفكار) المرتبطة بالألم، وليس فقط السلوك الملاحظ. ويفترض النموذج أن الإحساس بالألم يعتمد بشكل أساسي على تقديرات المرضى للألم من خلال التفاعلات المختلفة التي يمكن أن تصبح في حد ذاتها عوامل مؤثرة. (حسانين أحمد، 2007، 35).

3.2,6 النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي: أدى هذا النموذج أيضا إلى تطوير برامج إدارة الألم المتعددة التخصصات، وهي الأكثر فعالية من حيث العلاج والتكلفة، مما يجعل مريض الألم المزمن يحظى بفرصة أكبر لاستعادة وظائفه وتحسن الكبير في نوعية حياته، ومثلما كان دور نظرية بوابة التحكم في الألم في استكشاف كيفية ارتباط علاقة العقل والجسم بتجربة الألم، فإن المنظور البيولوجي النفسي الاجتماعي هو المنهج الأكثر عمليا لفهم معنى وتصور الألم، حيث يفترض هذا النموذج منظورا متعدد الأبعاد للألم، ويبين أن الاضطراب البدني يظهر كنتيجة تفاعل ديناميكي معقد بين العوامل البيولوجية- النفسية (كالإدراك والمزاج، والسلوك)، والاجتماعي (كالأطر الاجتماعية والثقافية التي تؤثر على إدراك الشخص واستجابته). والتي بنهاية تعمل على تحديد تجربة الألم، والأفراد يعبرون عن تباينهم في تجارب الألم نظرا لتفاعل هذه العوامل مجتمعة والتي تعدل وفق تفسيرهم الشخصي للأعراض الجسدية. (أبو شمالة، 2018، 28).

7. الدراسات السابقة:

1.7 دراسة لكوريس وآخرون (1990) Kores R.Cetal : والتي طلب فيها من مجموعتين من مرضى الألم المزمن أن يقدروا مدى قدرتهم على المشاركة في خمسة أنشطة (المشي، الحمل، التغلب على الألم، الأنشطة العائلية) أثناء المشاركة في برنامج العلاج متعدد الأبعاد، ووجد أن الأفراد الذين حصلوا على تقديرات مرتفعة في الفعالية الذاتية أظهروا أوقات أطول في الجلوس، والوقوف وأخيرا تحسن في قدرتهم على العمل، والمشاركة في الأنشطة، واستخدام منخفض للأدوية، واستمر هذا التحسن لمدة 3-11 شهرا من المتابعة. وذلك مقارنة بالمجموعات المنخفضة في الفعالية الذاتية. (حسانين أحمد، 2011، 78).

2.7 دراسة جونسن وبتييل (1991) Jensen M.Petal: قاموا بتقييم معتقدات الفعالية الذاتية لدى عينة من مرضى الألم المزمن في أثناء أداء ثماني سلوكيات للتغلب على الألم مثل (الاسترخاء، تدريبات الشدة) وتوصل إلى أن معتقدات الفعالية الذاتية المتعلقة بسلوك التغلب لدى المرضى ارتبطت بشكل مرتفع بالأداء الحقيقي أو الفعلي للسلوك. (عدودة، 2015، 69).

3.7 دراسة لفبيفر وجتيل (1999) Lefrbvre.Jetal: أجري ليفبير وآخرون دراسة في إطار العلاقة بين الفعالية، وتقديرات الألم، والمزاج، على عينة من 128 مريضا بروماتويد المفاصل. وتوصل فيها إلى أن الفعالية الذاتية ارتبطت بشكل دال بالتقديرات اليومية للألم، والمزاج، وفعالية التغلب حتى بعد التحكم في تأثير المتغيرات الديمغرافية والطبية. (حسانين أحمد، 2011، 76).

4.7 دراسة بريك و كول (2000) Brekke ;M & Coll : دراسة طولية استمرت سنتين بالنرويج على مرضى التهاب المفاصل الروماتويدي polyarthrite rhumatoide توصل إلى أن الكفاءة الذاتية ترتبط إيجابيا مع تدابير الحالة الصحية مثل الألم والتعب، أي أن مستويات أعلى من الألم والتعب كانت مرتبطة مع انخفاض للكفاءة الذاتية. (Barlow, 2010, 04)

5.7 دراسة شين يلين (2015) Chien Yulin : بتايوان/ الصين وكانت الدراسة بعنوان تأثير فعالية الذات واستعمال المسكنات في جودة الحياة لدى مرضى السرطان على عينة مكونة من 109 مريض بالسرطان، أما المنهج فقد كان المنهج الوصفي وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أخذ المسكنات وارتفاع مستوى فعالية الذاتية يؤثران إيجابيا في جودة الحياة لدى المرضى الذين يعانون من ألم السرطان. (chien & all, 2015).

6.7 دراسة رحاحلية سمية (2010) حول الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي: تمت الدراسة على عينة من 93 مريض بالسرطان، متبعة في ذلك المنهج الوصفي، والأدوات: استبيان الكفاءة الذاتية- استبيان تقبل العلاج، وقد كانت نتائجها تؤكد على أن: تقبل العلاج من طرف مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي يرتبط ارتباطا إيجابيا بالكفاءة الذاتية لدى المريض، أي أن الاعتقاد المرتفع من قبل هؤلاء المرضى بالكفاءة الذاتية يرفع من مستوى تقبلهم للعلاج الذين يخضعون له. (رحاحلية، 2010).

7.7 دراسة حدان ابتسام (2015) ولاية ورقلة: وكانت حول فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن، دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى.

وكانت العينة مكونة من 60 فرد (30 فرد يعانون من أمراض مزمنة مؤلمة، و30 فرد غير مرضى)، المنهج المتبع كان المنهج الوصفي المقارن، واستخدمت الأدوات التالية: مقياس فاعلية الذات ، مقياس الألم المزمن، وتوصلت الدراسة للنتائج التالية:

- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة بين المرضى باختلاف السن، والجنس.
- توجد فروق في فاعلية الذات المدركة لدى عينة تعزى إلى المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق في فاعلية الذات المدركة باختلاف نوع الألم. (حدان، 2015).

8. إجراءات الدراسة:

1.8 المنهج: اعتمدت هذه الدراسة على "المنهج الوصفي" باعتباره المنهج الذي يقوم على جمع وتحليل البيانات إحصائيا بطرق الارتباطية والفارقية ، لمعرفة قوة العلاقة والتأثير بين المتغيرات مما يسمح بوصف وتفسير العلاقة القائمة بين متغيرات الدراسة.

2.8 عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (46) مريض مصاب بسرطان، ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة فيما يلي:

الجدول رقم 1 يبين خصائص عينة الدراسة حسب السن

السن	العدد
35-28	17
43-36	29
المجموع	46

نلاحظ من الجدول رقم (1) أن أفراد عينة الدراسة تتراوح أعمارهم ما بين 28 سنة و43 سنة، وبمدى عمري قدره 08 سنوات، حيث كانت الفئة العمرية المحصورة ما بين 36-43 هي الأكثر تكرارا حيث بلغ عددها 29 ، وتليها الفئة العمرية 28-35 والتي عددها 17.

الجدول رقم 2 يبين خصائص عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد
إناث	27
ذكور	19
المجموع	46

نلاحظ من الجدول رقم (2) أن عدد الإناث قد بلغ عددهم 27 أنثى، وأن عدد الذكور فقد بلغ 19 ذكر، وبهذا فالفرق بين عدد الذكور والإناث هو 08 أفراد، وهو فرق بسيط لا يؤثر في تجانس العينة من حيث الجنس.

الجدول رقم 3 يبين خصائص عينة الدراسة حسب نوع المرض

نوع المرض	العدد
سرطان الثدي	13
سرطان عنق الرحم	17
سرطان القولون	11
سرطان الدم	05
المجموع	46

من خلال الجدول رقم (3) نلاحظ أن عينة الدراسة المكونة من (46) مريضا تتوزع إلى أربعة فئات: الفئة الأولى (سرطان الثدي) ويبلغ عددها 13 والفئة الثانية (سرطان الرحم) والبالغ عددها 17 ، والفئة الثالثة (سرطان الرئة) وعددها 11 ، أما الفئة الرابعة (سرطان الدم) فبلغ عددها 05 .

الجدول رقم 4 يبين خصائص عينة الدراسة حسب مدة العلاج

مدة العلاج	العدد
فترة علاج متقاربة(3-5)	16
فترة علاج متباعدة(مرة كل 21)	30
المجموع	46

يشير الجدول رقم (4) إلى أن المرضى الذين يتلقون العلاج عبر فترات متقاربة أي بين 3-5 أيام بلغ عددهم 16 ، أما المرضى الذين يتلقون العلاج عبر فترات متباعدة أي مرة كل 21 يوما فبلغ عددهم 30.

3.8 أدوات الدراسة:

*مقياس الكفاءة الذاتية العامة: يتألف هذا المقياس في صيغته الأصلية من (10) بنود، يطلب فيها من المفحوص اختيار إمكانية الإجابة وفق بدائل مقترحة، حيث يحتوي القياس على (04) بدائل، وكانت درجات الخام كالتالي:

لا ← 1	نادرًا ← 2	غالبًا ← 3	دائمًا ← 4
--------	------------	------------	------------

وعليه تكون أعلى درجة يمكن للمفحوص الحصول عليها هي (40)، وأقل درجة هي (10).

وقد تم التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس كما يلي:

***صدق المقياس:** تم الاعتماد على طريقة الصدق التمييزي (المقارنة الطرفية)، حيث وجد أن قيمة "ت" بلغت-9.165 ، وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة0.01، وهو ما يعني أن هذا المقياس يمتاز بصدق.

***ثبات المقياس:** تم الاعتماد على طريقة الاتساق الداخلي (التجزئة النصفية)، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون0,52 ، وبتطبيق معادلة تصحيح الطول سبيرمان-بروان كانت النتيجة0.68 ، وهذا ما يعني أن هذا المقياس ثابت.

***مقياس درجة الألم والنشاط:** يعتمد أخصائيو الصحة إلى قياس حدة الألم بواسطة درجات من صفر إلى عشرة (0-10) فيشير الرقم صفر إلى عدم وجود الألم والرقم عشرة إلى ذروة الألم وتستعمل هذه الطريقة في القياس مرتين يوميًا لتحديد حدة الألم حيث يدون الرقم في دفتر اليوميات بالإضافة إلى ملاحظة مختصرة عن مستوى نشاطك في اليوم، والشكل رقم (1) يوضح مقياس درجة الألم والنشاط.

وفي الدراسة الحالية جرى احتساب مستوى الألم كما يلي:

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

الشكل رقم (1) يوضح مقياس درجة الألم والنشاط

9. الأساليب الإحصائية:

من أجل حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق والثبات)، وكذلك التحقق من فرضيات الدراسة تم الاستعانة بما يلي:

➤ النظام الإحصائي SPSS حيث تم استخدام الإصدار 22 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) *أما بالنسبة للأساليب الإحصائية المستخدمة من خلال هذا البرنامج تمثلت في:

-المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري.

- الخصائص السيكومترية "الصدق التمييزي- المقارنة الطرفية- "و" طريقة الاتساق الداخلي- التجزئة النصفية-".

- معادلة سبيرمان بروان لحساب الخصائص السيكومترية.

- اختبار "ت" للكشف عن الفروق تبعاً لمتغيرات الدراسة.

- استخدام معادلة الانحدار الرتبى اللوجستي: حيث يتميز هذا النوع بتفسير أثر المتغيرات المنبئة (المستقلة) باختلاف مستويات قياسها على الاستجابات الرتبىة بمعنى أن يكون المتغير التابع متغيراً ترتيبياً.

10. عرض ومناقشة النتائج:

1.10 عرض نتائج الفرضية الأولى: التعرف على مستوى الفعالية الذاتية لدى مرضى السرطان:

الجدول رقم 5 يوضح مستوى الفعالية الذاتية

عدد أفراد العينة	درجة الحرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
46	45	29,89	3,585

أظهرت نتائج التحليل الإحصائي أن المتوسط الحسابي لدرجات جميع أفراد عينة الدراسة على مقياس الكفاءة الذاتية المدركة بلغ 29,89 درجة و بانحراف معياري 3,585، وتشير هذه النتيجة إلى أن المرضى يتمتعون بمستوى جيد من الفعالية الذاتية العامة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في أن أفراد عينة الدراسة يتمتعون بمستوى فعالية ذاتية جيدة ذلك لأن الذات وكفاءتها تتطور بشكل منتظم مع التقدم في مراحل المرض وتصبح أكثر تكاملاً مع مرور الوقت والخبرة اللذين يمر بهما الإنسان في حياته، كما يمكن أن يعزى ذلك إلى الخبرات البديلة، والتي يتعلموا منها من خلال ملاحظة سلوك النماذج الاجتماعية للأفراد والتي تساعدهم على إنجاز المهام، فالخبرات الشخصية من الخبرات البديلة زادت من فعاليتهم الذاتية.

وبالتالي فإن هذه النتيجة جاءت مطابقة لم تم ذكره في الجانب النظري والدراسات السابقة، كدراسة التي أجراها (لكوريس وآخرون 1990) والتي أشارت نتائجهم إلى أهمية الفعالية الذاتية في تحسين قدرتهم على أداء مختلف الأنشطة من أجل إدارة الألم، وكذلك دراسة (جونسن وبتييل 1991) التي توصلوا أن معتقدات الفعالية الذاتية المتعلقة بسلوك التغلب لدى المرضى ارتبطت بشكل مرتفع بالأداء الحقيقي أو الفعلي للسلوك.

فالشخص الفعال تكون لديه القدرة على إنشاء علاقة سليمة مع الآخرين بما له من سمات المرونة والشعور بالانتماء، حيث كلما كانت علاقاته قوية مع الآخرين كلما كانت فعاليته أفضل ومرتفعة.

2.10 عرض نتائج الفرضية الثانية: والتي تنص على أثر الفعالية الذاتية المدركة في إدارة الألم لدى مرضى السرطان.

من المعلوم أن معادلات الانحدار تختلف باختلاف قياس المتغير التابع، ولأن "الألم المزمن" على مستوى الدراسة تتبع المقياس الرتبى، حيث رتب أفراد العينة تبعاً لمستويات ستة لدرجة الألم والنشاط، أما متغير المستقل والمتمثل في الفعالية الذاتية المدركة حيث يحتوي المقياس على أربعة بدائل. ولهذا تم استخدام الانحدار الرتبى اللوجستي الذي أسفر عن النتائج الموضحة في الجداول الموالية:

الجدول رقم 6 معلومات حول نموذج الانحدار:

النموذج	احتمالات Log 2	ك مربع	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الثابت	91,402	/	/	/
النهائي	81,284	10,118	1	0,01

تهدف الفرضية الثانية إلى التنبؤ بمستوى تمتع مرضى السرطان بالفعالية الذاتية بدلالة مؤشر درجة الألم، وتشير نتائج الجدول رقم (06) إلى أن مؤشر 2 لو التشابه يساوي 81,284 ودرجة حرية 1 وهي توافق المتغيرات المستقلة المنبئة (الفعالية الذاتية) عند مستوى دلالة 0,01، وبهذا يكون النموذج الذي تسهم فيه المتغيرات في التنبؤ ب (الألام المزمنة) دال، وهو ما يؤكد على أن البيانات ملائمة لبناء نموذج ذلك من خلال قيم معامل بيرسون والتباين (51,524-52,625) والتي كانت غير دالة وهو ما يعني أن الفرق بين المتنبئ به والمشاهد (المتوقع والملاحظ) غير دال وهو ما يدل على جودة النموذج حسب الجدول رقم (07) الموالي:

الجدول رقم 7 معاملات بيرسون والتباين لتقدير جودة النموذج

بيرسون	ك مربع	درجة الحرية	مستوى الدلالة
بيرسون	52,625	64	0,844
التباين	51,524	64	0,869

كان هذا بالنسبة لجودة النموذج، أما عن نسبة التباين المفسر فيعبر عنه معامل نيجليريك الظاهر في الجدول رقم (08) والمقدر ب 0,206 .

الجدول رقم 8 قيم "ر" مربع للنموذج

0,197	Cox et Snell
0,206	Nagelkerke
0,70	McFadden

ويوضح الجدول رقم (09) نتائج اختبار الخطوط المتوازية، ونلاحظ أن قيم 2 لو التشابه، ومربع كاي كانت على التوالي 93,852، 91,402 عند مستوى دلالة 0,013 وهذا يدل على أن تأثير المتغيرات المنبئة "الفعالية الذاتية" هو نفسه بالنسبة للفئات الست للمتغير التابع "الألم المزمن" أو بصيغة أخرى معاملات انحدار المتغيرات المستقلة ثابتة عند كل الفئات "الألام المزمنة" ويعتبر هذا شرطاً أساسياً في بناء النموذج وهو محقق.

الجدول رقم 9 نتائج اختبار الخطوط المتوازية للنموذج

الأثر	شروط قياس النموذج		اختبارات نسب التشابه	
	التشابه log 2 للنموذج المختصر	مربع كاي	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الثابت	93,852	16,810	5	0,005
الفعالية	91,402	14,360	5	0,013

مما سبق نلاحظ شروط بناء النموذج كانت محققة ومؤشرات جودة النموذج كانت جيدة وبهذا يكون نموذج الانحدار الرتبى اللوجستي كما هو ملخص في الجدول رقم (10):

الجدول رقم 10 المؤشرات التقديرية لنموذج الانحدار اللوجستي الرتبي لمقياس درجة الألم والنشاط

فئات الألم	التقديرات	الخطأ المعياري	wald	df	مستوى الدلالة	الحد الأدنى	الحد الأعلى
لا ألم	5,636	2,400	5,515	1	0,19	0,932	10,340
ألم خفيف	7,373	2,483	8,815	1	0,003	2,506	12,241
ألم مزعج	8,935	2,596	11,847	1	0,001	3,847	14,032
ألم قوي	10,312	2,688	14,719	1	0,000	5,044	15,581
ألم شديد	11,120	2,755	16,392	1	0,000	5,720	16,519
المجموع	0,255	0,083	9,460	1	0,002	0,93	0,418

يظهر من خلال الجدول أعلاه أن نتائج مؤشرات النموذج لكل المتغيرات المستقلة، وهذا يعني أنه عندما تتغير درجة الفعالية الذاتية يحدث تغير في درجة الألم. مما يؤدي إلى احتمال ارتفاع في درجات الفعالية الذاتية، أي كلما ارتفعت درجات المرضى في الفعالية الذاتية انخفضت لديهم درجات الألم والعكس. فنلاحظ أن معامل المعنوية لمتغير الفعالية الذاتية دال، أما معامل المعنوية لمتغير الألم دال عند كل مستوى، وهذا يدل على معنوية الانحدار الرتبي، وبالتالي فإن الفعالية الذاتية تتنبأ بخفض من الآلام من خلال إدارته. وعليه فإن للفعالية الذاتية دورا هاما في التحكم وإدارة الألم، حيث تعد من أهم ميكانيزمات القوى الشخصية لدى الأفراد، وتمثل مركزا هاما في دافعية الأفراد للقيام بأي عمل أو نشاط إذ تساعده على إدارة الضغوط التي تعترضه في مراحل حياته المختلفة.

وفي هذا الصدد أجريت دراسات عديدة تبين العلاقة بين الفعالية الذاتية والألم المزمن، ومن بينها دراسة (كورس وآخرون 1996) التي أشارت إلى أن معتقدات الفعالية الذاتية ارتبطت بانخفاض الضغوط والعجز والألم لدى مرضى الألم المزمن. علاوة على ذلك الفعالية الذاتية تتنبأ بمستوى الأداء لدى مرضى الألم وأن التحسن في الفعالية الذاتية ارتبط بالتحسن في الألم. وعلى إدارتها والقدرة على إتمام الأنشطة اليومية.

3.10 عرض نتائج الفرضية الثالثة: والتي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الفعالية الذاتية لدى مرضى السرطان حسب السن:

الجدول رقم 11 يوضح نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق في فعالية الذات حسب متغير السن

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
29,06	2,794	-1,21	غير دال
30,38	3,941		

يتضح من الجدول السابق أن متوسط درجات الأفراد بالنسبة للفئة العمرية 28-35 على مقياس الفعالية الذاتية المدركة قدر بـ 29,06، وانحراف معياري 2,794، أما متوسط درجات الأفراد في الفئة العمرية 36-42 فقد بلغ 30,38 وانحراف معياري 3,941. وكانت قيمة "ت" -1,21 وهي قيمة غير دالة مما يعني عدم وجود فروق، وبناء على هذه النتائج لا توجد فرق في مستوى الفعالية الذاتية المدركة تعزى إلى متغير السن. ويمكن أن نفسر هذه النتيجة حسب دراسة (إبتسام حدان 2015) أن مستوى الفعالية الذاتية لا يرتبط بسن معين بل يرتبط بكم النجاحات والإنجازات التي يقوم بها الأفراد مهما كان سنه، فمن الناحية المعرفية يؤدي الاعتقاد بفعالية الذات إلى التأثير في تقييمنا لأحداث الحياة.

4.10 عرض نتائج الفرضية الرابعة: والتي تنص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الفعالية الذاتية المدركة لدى مرضى السرطان حسب مدة العلاج (مقاربة-متباعدة)

الجدول رقم 12 يوضح نتائج اختبار "ت" للكشف عن الفروق في فعالية الذات حسب متغير مدة العلاج

مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مدة العلاج	الفعالية الذاتية
0,01	4,158-	3,737	27,31		
		2,664	31,27		

يتضح من الجدول السابق أن متوسط درجات الفترة المتقاربة (3-5) بلغ 27,31 وبانحراف معياري 3,737، أما الفترة المتباعدة (مرة كل 21 يوماً) فبلغ المتوسط الحسابي 31,27 وبانحراف معياري 2,664. وكانت قيمة "ت" - 4,158 وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة 0,01، مما يعني وجود فروق.

وبناء على النتائج توجد فروق في مستوى الفعالية الذاتية المدركة تعزى لمتغير مدة العلاج، وهذا ما يتعارض مع دراسة (خلاف و عدوان، 2018)، ويمكن تفسير النتيجة على أن المرضى يعالجون مرة كل 21 يوماً تكون لديهم القدرة على التكيف في إدارة الألم من خلال إتباع مهارات سلوكية وأساليب معرفية، ولعل تعزيز الإحساس بالسيطرة لدى مرضى الألام المزمنة يمثل علاج بحد ذاته، كما تدلل ذلك البحوث المتعلقة بالفعالية الذاتية. عكس المرضى الذين يترددون على المستشفى في مدة مقاربة من العلاج ما يجعل المرضى يحسون بنقص في مواجهة الصعوبات التي يعيشونها مع المرض الذي يعانون منه.

خاتمة:

من خلال ما تم عرضه من أبحاث ودراسات حول موضوع الدراسة الحالية، ومن خلال تطبيق سلم الكفاءة الذاتية العامة ومقياس درجة الألم والنشاط بهدف معرفة مستوى الفعالية الذاتية العامة لدى المصابون بمرض السرطان، والتنبؤ بتأثيره في إدارة الألم. فقد أسفرت النتائج على وجود مستوى مرتفع من الفعالية الذاتية وهذا ما دلت عليه الفرضية المذكورة، أن مرضى السرطان لديهم قدرة عالية في مواجهة الصعوبات والقدرة على إدارة الذات والتعامل مع المرض، وهذا ما ينطبق مع الدراسات التي تشير إلى أهمية الفعالية الذاتية والتكيف مع المرض (السرطان).

فالشخص الذي يشعر بدرجة عالية من الفعالية الذاتية سوف يبذل من الجهد والمثابرة أكثر من ذلك الذي يشعر بدرجة أقل من فعالية الذات. فالتقدير المسبق المرتفع للفعالية الذاتية سيعطي للفرد الثقة بأن مساعيه سوف تقوده للنجاح بغض النظر عن صعوبتها. وهذا ما يطلق عليه سفار تسر تسمية الإرادة التي تقوم على تحويل نية سلوك ما أيضاً سلوك فعلي، والمحافظة على استمرارية هذا السلوك أمام العقبات التي تواجهه.

وعليه تعتبر الفعالية الذاتية جزءاً من موارد التغلب التي يمتلكها شخص ما. من خلال العمليات المعرفية والعقلية، والعبارات والتصورات التي تدور في عقل الفرد. وقد لاقى المفهوم اهتماماً كبيراً من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن، حيث وحسب باندورا فإن الأفراد الذين يعتقدون أنهم

يستطيعون تخفيف الألم يكونون أكثر ميلا للبحث عن المهارات والمعلومات التي تساعدهم في إدارة الألم، والاستمرارية في الأنشطة رغم الألم أيضا.

ومن خصائص العينة أيضا نجد أن مدة العلاج تعزز الفعالية الذاتية ويرتفع مستوى الكفاءة المناعية، وهذه الأخيرة تتداخل فيها عدة عوامل منها (تقبل العلاج، المستوى التعليمي، السن....) لفهم المرض وأعراضه وأساليب علاجه.

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

واستنادا على هذه النتائج تعرض الدراسة مجموعة من الاقتراحات يمكن ذكر بعضها فيما يلي:

-تطوير أساليب علاجية، تعمل على تحسين الفعالية الذاتية.

-بناء خطط علاجية معرفية سلوكية لإدارة الألم لدى مرضى السرطان.

-إجراء دراسات حول الألم المزمن، ومدى تأثيره على مختلف الجوانب البيو نفسو اجتماعية.

-التعمق في دراسة الأبعاد النفسية للألم المزمن، وما لها من تأثير على المرضى المزمنين.

المراجع:

- أبو شمالة، مروى علي. (2018). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين مهارات إدارة الألم للمرضى لدى طلبة التمريض في قطاع غزة. ماجستير. جامعة الأقصى. غزة.
- بروبكر، داغمار. و. وآخرون. (2003). ترجمة سامر جميل رضوان. سيكوفيزيولوجية الألم. مجلة الثقافة النفسية المتخصصة لبنان. مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية.
- بريطل، جويرية. (21، 2017 نوفمبر). سيكولوجية الألم "كيف نفسر الألم من الناحية النفسية". الباحثون الجزائريون، 06 ديسمبر 2019 من <http://www.dz-res.com>
- تايلور. شبلي (2008). علم النفس الصحي. ط1. عمان. دار حامد للنشر والتوزيع.
- حدان، إيتسام. (2014-2015). فاعلية الذات المدركة وعلاقتها بالألم المزمن -دراسة مقارنة لدى عينة من المرضى وغير المرضى بمدينة ورقلة. ماجستير. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة.
- حسانين أحمد، أحمد. (2007). مدى فاعلية برنامج معرفي سلوكي في تنمية مهارات التغلب على الألم المزمن المتعلق بروماتويد المفاصل. مصر. جامعة المنيا.
- حسانين أحمد، أحمد. (2011). سيكولوجية الألم. القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- حسانين أحمد، أحمد. (2013، جانفي). المناحي النفسية المفسرة للألم المزمن وتطبيقاتها العملية. مجلة الدراسات النفسية .
- حمة صالح، يوسف. و حسن بكر، مها. (2014). فاعلية الذات والأمل لدى المصابات بسرطان الثدي في إقليم كردستان. قسم علم النفس جامعة صلاح الدين. اربيا.

خلاف، أسماء. و عدوان، يوسف. (2018، 01 جوان). *فعالية الذات المدركة وعلاقتها بالإستجابة المناعية(المتنيمات المناعية c3- c6) لدى النساء المصابات بسرطان الثدي*. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية . المجلد9. (العدد1). 159-186.

رحاحلية،سمية (2010). *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي*. جامعة الحاج لخضر. باتنة

الزراد، فيصل خير. (2002). *الأمراض النفسية الجسدية"أمراض العصر"*. ط1. دار النفائس.

الزروق، فاطمة الزهراء. (2015). *علم النفس الصحي*. الجرائر. جامعة البليدة.

الزيات، فتحي محمد. (2001). *علم النفس المعرفي*. ط2. ج2. مصر. دار النشر للجامعات.

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

عبد العزيز، مفتاح محمد. (2010). *مقدمة في علم نفس الصحة*. ط1. دار وائل للنشر.

عدودة، صليحة. (2014-2015). *الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالإلتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي*. دكتوراه. جامعة الحاج لخضر. باتنة.

عطاف، محمود أبو غالي. (2012). *فاعلية الذات وعلاقتها بضغوط الحياة لدى الطالبات المتزوجات في جامعة الأقصى*. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية . المجلد20(العدد1).

المصري، نيفين عبد الرحمان. (2011). *قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعليو الذات ومستوى الطموح الأكاديمي*. جامعة الأزهر. فلسطين.

يخلف، عثمان. (2001). *علم نفس الصحة "الأسس النفسية والسلوكية للصحة"*. الدوحة. دار الثقافة للطباعة والنشر.

Bandura, A. (1983). *self efficacy mechanism in human agency*. american psychologist , 122-147.

Barlow, J. (2010). *self efficacy in the context of rehabilitation*. coventry university.

chien, y., & all, &. (2015). *opiod-taking self-efficacy affects the quality of life of taiwanese patients*

Meryskey, H., & Bogduk, N. (1994). *classification of chronic pain:description of chronic pain;syndrome and definition of pain terms*. IASP.

Salamagne, M. (1994). *la douleur cancreuse et son traitement;approche globale et soin palliatifs*. paris: Ed Frisonnoche.