

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر – باتنة –

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و العلوم الإسلامية

قسم: العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

الكفاءة الذاتية و علاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي

تخصص علم نفس الصحة

إشراف الدكتور:

جبالى نور الدين

إعداد الطالبة:

راحلية سمية

أعضاء لجنة المناقشة:

- | | | | |
|-------|-------------|----------------------|-------------------------|
| رئيسا | جامعة باتنة | أستاذ التعليم العالي | 1- أ.د / العربي فرحاتي |
| مقررا | جامعة باتنة | أستاذ محاضر | 2- د جبالى نور الدين |
| عضوا | جامعة باتنة | أستاذ محاضر | 3- د / أمزيان وناس |
| عضوا | جامعة سطيف | أستاذ التعليم العالي | 4- أ.د محمد الصغير شرفي |

السنة الجامعية: 2009 / 2010

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

« وقد آتينا لقمان الحكمة أن اشكر الله »

سورة لقمان، آية 12

* إلى من خلقنا من حفنة من تراب وبث فيها الروح، وجعلنا بشرا سويا، وزودنا بنور العلم، وأنعم علينا بنعمه الكثيرة، إليك رب العزة والجلالة أحمدك على جزيل نعمك، ووافر

عطائك، على نعمة غبن فيها الكثير من الناس: نعمة الصحة.

* أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الأستاذ المشرف: جباري نور الدين، على ما قدمه من مساعدات علمية هامة، وتوجيهات قيمة، أضاءت ظلمة درب بدأ بتساؤل، وكان ختامه هذا العمل المتواضع.

* جزيل الشكر إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد لإتمام هذا العمل المتواضع.

1.....	ملخص الدراسة
6.....	المقدمة

الجانب النظري للدراسة

الفصل الأول: التعريف بإشكالية و موضوع الدراسة

8.....	1-الإشكالية
11.....	2-دوافع اختيار موضوع الدراسة
12.....	3-أهمية الدراسة
13.....	4-أهداف الدراسة
13.....	5-فرضيات الدراسة
14.....	6-التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة
15.....	7-الدراسات السابقة

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

32.....	تمهيد
33.....	1-تعريف الكفاءة الذاتية
34.....	2-مصادر الكفاءة الذاتية
34.....	1-2-الأداءات الفعالة
35.....	2-2-النمذجة أو الخبرات البديلة
36.....	2-3-الإقناع الاجتماعي
37.....	2-4-الحالة الفيزيولوجية و الانفعالية
38.....	3-مستويات تأثير الكفاءة الذاتية
38.....	1-4-السيرورات المعرفية
39.....	2-3-سيرورات الدافعية
39.....	3-3-السيرورات الانفعالية

4-4- السيرورات الانتقاء.....	40
4- التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية.....	40
4-1- مواجهة الضغوط.....	41
4-2- تنشيط إفراز الكاتيكولامينات.....	42
4-3- تنشيط الأندورفين.....	42
4-4- تنشيط الجهاز العصبي الذاتي.....	43
4-5- التأثير على الجهاز المناعي.....	44
.....خلاصة	45

الفصل الثالث: تقبل العلاج

.....تمهيد	46
1-تعريف تقبل العلاج.....	48
2-العوامل المحددة لتقبل العلاج.....	49
2-1- العوامل المرتبطة بالمريض.....	50
2-2- العوامل المرتبطة بالمرض.....	51
2-3-العوامل المرتبطة بالعلاج.....	52
2-4- العوامل الاجتماعية الاقتصادية.....	54
2-5- العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب/مريض.....	55
3-النماذج النظرية المفسرة لتقبل العلاج.....	57
3-1- نموذج المعتقدات الصحية لـ ROSENSTOCK 1974.....	57
3-2- نموذج السلوك المخطط لـ AJZEN ETFISHBEIN 1975.....	60
3-3-نموذج التمثلات الصحية لـ Leventhal 1980.....	62
3-4- نموذج التقبل الصحي لـ Carlson و Heiby 1986.....	66
4-مراحل تقبل العلاج.....	68
5-طرق تقييم تقبل العلاج.....	70
5-1- طرق التقييم المباشرة.....	70
5-2- طرق التقييم غير المباشرة.....	70
6-الكفاءة الذاتية في مجال تقبل العلاج.....	71

74.....خلاصة

الفصل الرابع: مرض السرطان

75.....تمهيد

76.....1-تعريف السرطان

77.....2-العوامل المؤدية للإصابة بالسرطان

78.....1-2-أسلوب الحياة

80.....2-2-العامل الفيروسي

81.....2-3-العوامل الوراثية والتاريخ العائلي

82.....2-4-عامل السن

82.....2-5-العوامل النفس اجتماعية وآثارها في ظهور وتطور السرطان

84.....3-النماذج النظرية المفسرة للسرطان

85.....1-3-نموذج عدم القدرة على التحكم لـ 1988 FISHER

87.....2-3-نموذج استراتيجيات المواجهة لـ 1990 Temeshock

88.....3-3-نموذج الانفعالات لـ 1990 Contrada et al

89.....4-الشخصية نمط ج: الشخصية السرطانية

90.....5- علاج الأمراض السرطانية

90.....1-5- الجراحة

91.....2-5- العلاج الهرموني

91.....3-5- العلاج المناعي

92.....4-5- العلاج بالأشعة

93.....5-5- العلاج الكيميائي

96.....6-تقبل العلاج لدى مرضى السرطان

98.....خلاصة

الجانب الميداني للدراسة

الفصل الخامس : منهج و إجراءات الدراسة

99.....أولاً: الدراسة الاستطلاعية

99.....	1- عينة الدراسة الاستطلاعية.....
100.....	1-1 خصائص العينة الاستطلاعية.....
101.....	2- منهج الدراسة الاستطلاعية.....
102.....	3- أدوات الدراسة الاستطلاعية.....
102.....	3-1- استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة: Ralf Schwarzer.....
103.....	3-2- استبيان تقبل العلاج.....
104.....	4- الخصائص السيكمومترية لأدوات الدراسة.....
104.....	4-1- الصدق.....
107.....	4-2- الثبات.....
107.....	5- الأساليب الإحصائية.....
108.....	ثانياً: الدراسة الأساسية.....
108.....	1- عينة الدراسة الأساسية.....
109.....	1-1- خصائص العينة الأساسية.....
110.....	2- منهج الدراسة الأساسية.....
111.....	3- حدود الدراسة الأساسية.....
111.....	3-1- الحدود المكانية.....
111.....	3-2- الحدود الزمانية.....
111.....	3-3- الحدود البشرية.....
128.....	4- الأساليب الإحصائية.....

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

112.....	أولاً: عرض النتائج.....
112.....	1- الفرضية العامة.....
113.....	2- الفرضية الجزئية الأولى.....
113.....	3- الفرضية الجزئية الثانية.....
114.....	4- الفرضية الجزئية الثالثة.....
115.....	5- الفرضية الجزئية الرابعة.....
116.....	6- الفرضية الجزئية الخامسة.....

117.....	7-الفرضية الجزئية السادسة
118.....	ثانيا: مناقشة النتائج
118.....	1-مناقشة الفرضية الجزئية الأولى
118.....	2-مناقشة الفرضية الجزئية الثانية
119.....	3-مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة
120.....	4-مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة
120.....	5-مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة
121.....	6-مناقشة الفرضية الجزئية السادسة
121.....	7-مناقشة الفرضية العامة

الاقتراحات والتوصيات

خاتمة

المراجع

الملاحق

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وقد اشتملت على جانبين:

أولاً: الجانب النظري: الذي سعيانا من خلاله إلى الإلمام بالإطار النظري لمتغيرات الدراسة، وذلك بالتعرض إلى أربعة فصول مستقلة هي: التعريف بإشكالية ومتغيرات الدراسة، الكفاءة الذاتية، تقبل العلاج، مرض السرطان.

ثانياً: الجانب الميداني للدراسة: الذي كان هدفه الأساسي الإجابة على تساؤلات الدراسة، التي عرضت في شكل فرضية عامة، حللت إلى ست (06) فرضيات جزئية مشتملة على فصلين هما:

أولاً: منهج و إجراءات الدراسة الذي ضم: عرض الدراسة الاستطلاعية والتي قدرت عينتها ب62 فردا مصابين بالسرطان خاضعين للعلاج الكيميائي إما بقسم أمراض الدم بمستشفى الجسر الأبيض أو بقسم الأمراض النسائية والتوليد بمستشفى ابن رشد بولاية عنابة والتطرق إلى خصائص العينة الاستطلاعية ومنهج الدراسة (المنهج الوصفي). حيث تم الاعتماد على استبيان: تقبل العلاج والكفاءة الذاتية، للتحقق من صحة الفرضيات المطروحة، واستخدمنا للتحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات، على مجموعة من الأساليب الإحصائية .

ثم عرض الدراسة الأساسية التي اشتملت على 93 مريضا مصابا بالسرطان يخضعون للعلاج الكيميائي بنفس القسمين السابقين، وتوضيح حدود الدراسة الأساسية والأساليب الإحصائية المعتمدة.

ثانياً: تضمن الفصل الثاني من الجانب الميداني عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية وتحليل هذه النتائج ثم تفسيرها في ضوء فرضيات الدراسة.

حيث دلت نتائج الدراسة أن تقبل العلاج من طرف مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي يرتبط ارتباطا ايجابيا بالكفاءة الذاتية، وذلك من خلال دلالتها على وجود علاقة

دالة قدرها: 0.974 عند مستوى الدلالة 0.01، أي أن: الاعتقاد المرتفع من قبل هؤلاء المرضى بالكفاءة الذاتية، يرفع من مستوى تقبلهم للعلاج الذي يخضعون له.

Résumé :

L'objectif de notre étude est de faire connaître d'une part l'efficacité personnelle et d'autre part la relation avec l'observance thérapeutique chez les cancéreux soumis à la chimiothérapie .

Il Nous Vous proposons deux grandes parties :

Premièrement : Une partie théorique pour mettre en exerce des variables incontournables réparties selon quatre chapitres indépendants.

Partant de notre hypothèse de départ, nous expliquerons notre problématique se basant sur l'auto- efficacité mais aussi sur l'observance thérapeutique réalisée par le sujet malade.

Deuxièmement : Une partie pratique qui conforte notre choix théorique et ayant pour objectif premier une démonstration et des réponses aux diverses questions englobant notre recherche.

En effet, une hypothèse centrale nous mènera à cerner plus justement notre sujet à partir de six hypothèses partielles en deux chapitres :

-1- Une méthode et des procédures sont appliquées pour tester un échantillon sous l'impulsion d'un traitement lourd : la chimiothérapie.

C'est dans les services : d'hématologie et de la gynécologie à l'hôpital du pont blanc, d'Ibn Rochd à Annaba que ces expériences ont été menées.

Partant de certaines spécificités, nous avons essayé et toujours à partir de l'observation de notre échantillon, à appliquer la méthode descriptive qui nous a permis entre autres à vérifier nos hypothèses.

De même , les statistiques nous ont aidés à vérifier les spécificités (psychométriques) évoquées.

Dans la pratique , une exposition fondamentale de 93 patients, sujets cancéreux ,traités à la chimiothérapie, nous a permis de comprendre et de clarifier les "limites" de notre étude principale ainsi que sur les styles statistiques lors de nos observations.

-2- Le deuxième chapitre de notre partie pratique nous donne des résultats qui viennent consolider nos idées de départ et mettent en lumière nos hypothèses et surtout le lien étroit existant entre un personnel médical spécialisé et les sujets traités.

Ce comportement qualifié de positif à faciliter le traitement et est évalué à 0.974 sur une échelle de 0.01.

Pour conclure, nous dirons que les malades observent plus facilement leur traitement quand ils sont accompagnés d'experts.

المقدمة:

لم تعد مسألة المرض و تلقي العلاج شأنًا طبيًا بحتًا، نظرا لما طرحه الوسط الطبي الحديث من مشكلات هامة، أوجبت إدماج عدد من العلوم لحل هذه القضايا و تحسين مستوى التكفل بالمريض و الارتقاء بصحته، و من أهم المسائل التي ظفرت بانشغال العلوم الطبية

و النفسية و الاجتماعية على حد سواء مشكلة تقبل العلاج، باعتبارها رهنا كبيرا لضمان نجاح العلاج في الأمراض المزمنة (Roux et al, 2004, p.19) في الوقت الذي تقره منظمة الصحة العالمية أن نسبة التزام هؤلاء المرضى بعلاجاتهم لا تتجاوز الـ 50% و هو ما يطرح مشكلا على صعيد الصحة العامة من جهة، دون الاستفادة المثلى منها (Word Health Organisation (WHO), 2003, p.7) لذلك شكل تقبل العلاج موضوعا خصبًا لدراسات عديدة أثرت نتائجها الجوانب التي ظلت إلى وقت قريب مبهمة وغير واضحة،

و من أبرز التخصصات التي عيّنت بدراسة هذه المسألة علم نفس الصحة الذي ينصب اهتمامه على مختلف الممارسات السلوكية المرتبطة بالصحة و المرض بما في ذلك الاستجابات المختلفة للعلاج، أي تقبله أو عدم الالتزام به.

و انطلاقا مما توصلت إليه بعض الدراسات الرائدة في هذا الشأن حول أثر أبعاد شخصية المريض و معتقداته على التكيف الأمثل للمريض مع المرض و العلاج، مثل دراسة Tourette Turgis 2000 حول العوامل المؤثرة على تقبل العلاجات القهقرية لدى مرضى السيداء، و التي أشارت إلى أثر عدد من أبعاد الشخصية من ضمنها الاعتقاد بالكفاءة الذاتية على مدى التزام المرضى بالعلاج، (Bouffette, 2008, p 12) كما أكد Dodge et Clark 1999 في دراسة حول تقبل العلاج لدى عينة من مريضات القلب على دور الاقتناع بالفعالية الذاتية في التنبؤ بمدى التزام المريضات بممارسة السلوكات الصحية الايجابية المساهمة في إدارة الحياة المرضية (عثمان، 2001، ص. 115)

ومن هنا جاء اهتمام الدراسة الحالية منصبا على البحث في الارتباط بين الكفاءة الذاتية تعد أساس القدرة البشرية على النشاط باعتبارها تتمثل فالأقتناع الذي يكونه الفرد حول مدى

امتلاكه للقدرة على الأداء الناجح للسلوكات التي يمارسها، و مدى مثابرته و إصراره أمام العقبات و العراقيل التي قد يتعرض لها أثناء سعيه للنجاح بهذه الأهداف.

(Scallan, 2004,pp.80,81)

و قد هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة وجود العلاقة بين الكفاءة الذاتية و تقبل العلاج لدى مرضى السرطان، الخاضعين للعلاج الكيميائي، و هي عينة من المرضى الذين يتسم مرضهم و كذا علاجهم بخصوصية شديدة، فالسرطان يتعدى الإزمان، إلى اعتباره أحد أبرز الأمراض الفتاكة في عصرنا التي يرتبط تشخيصها لدى المريض بالموت، و العلاج الكيميائي يقترن غالبا بعدد هام من الآثار الجانبية الحادة التي تضع تقبل العلاج و من ثم التنبؤ الحيوي للمريض على المحك. و قد جاءت هذه الدراسة باشتمالها على جانبين:

أولاً: الجانب النظري و الذي يضم بدوره أربعة فصول هي:

الفصل الأول: و احتوى على التعريف بإشكالية و موضوع الدراسة: بالتطرق إلى الإشكالية، دوافع اختيار موضوع للدراسة، أهمية الدراسة و أهدافها، الفرضية العامة و الفرضيات الجزئية، ثم التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة، وصولاً إلى الدراسات السابقة ذات الصلة بالموضوع.

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية: بالإملاء بالجوانب التالية : تعريف الكفاءة الذاتية، مصادرها، مستويات تأثيرها، التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية، ثم الكفاءة الذاتية في مجال تقبل العلاج.

الفصل الثالث: تقبل العلاج: و جاء فيما يلي: تعريف تقبل العلاج، العوامل المحددة لتقبل العلاج، النماذج النظرية المفسرة له، طرق تقييمه، ثم تقبل العلاج لدى مرضى السرطان.

الفصل الرابع: مرض السرطان: و احتوى هذا الفصل على: تعريف السرطان، العوامل المؤدية للإصابة بالسرطان، النماذج النظرية المفسرة للسرطان، الشخصية نمط ج، أو ما يعرف بالشخصية السرطانية ثم علاج الأمراض السرطانية.

ثانياً: الجانب الميداني للدراسة: و ضم فصلين هما:

الفصل الخامس: منهج وإجراءات الدراسة: وجاء فيما يلي: التذكير بالتعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة الأساسية، منهج الدراسة (المنهج الوصفي)، ثم عرض الدراسة الاستطلاعية و عينتها، خصائص العينة، منهج الدراسة، أدوات الدراسة (استبيان الكفاءة الذاتية، استبيان تقبل العلاج). و كيفية التحقق من الخصائص السيكومترية للأدوات، الأساليب الإحصائية، متبوعا بعرض الدراسة الأساسية و خصائص عينتها، حدود الدراسة (الحدود المكانية، الحدود الزمنية، الحدود البشرية)، و الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الحالية.

الفصل السادس: و تضمن عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية وتحليل هذه النتائج ثم مناقشتها في ضوء فرضيات الدراسة.

***خاتمة الدراسة التي عقت بمجموعة من التوصيات و الاقتراحات.**

الجانب النظري

الفصل الأول

التعريف بإشكالية

و موضوع الدراسة

1- الإشكالية:

بعد عقود من انشغال العلوم بالأمراض الحادة التي ظلت تشكل سببا أساسيا للوفيات ، أصبحت الأمراض المزمنة حاليا تستحوذ على اهتمام الأبحاث والدراسات ، باحتلالها الصدارة ضمن الأسباب الرئيسية للعجز والوفاة، خاصة أمراض القلب والسرطان والسكري، في محاولة للتحكم بتطورها من قبل المريض والقائمين على رعايته الصحية، ولأنها أمراض تتجم إلى حد كبير عن عوامل نفسية واجتماعية، وممارسات سلوكية غير صحية (تاييلور، 2008، ص46) كانت من بين المجالات التي حظيت باهتمام علم نفس الصحة:الذي يقوم حسب ما حدده Matarazzo عام 1980 على دراسة العوامل النفسية والسلوكية ذات الصلة المباشرة بالصحة والمرض ، (عثمان،ص29) من خلال تفسير التأثيرات النفسية التي تساعد الأفراد في الحفاظ على صحتهم ، وكذلك تلك التي تؤدي للإصابة بالمرض واستجابتهم للمرض والعلاج والتدخل عبر الإستراتيجيات الفعالة في مواجهة وضعيات الإصابة بالمرض وتلقي العلاج والتكيف معهما .

(Bruchon-Schweitzer et Dantzer. 2003. PP.13-14) ومن أكثر الأمراض المزمنة المستفحلة شيوعا ،مرض السرطان الذي ينجم عن التكاثر غير المنتظم للخلايا والتي تكون أنسجة جديدة ، تنمو دون تحكم أو توقف لتغزو وتدمر الأنسجة المجاورة والبعيدة.

(lydyard et al،2002، P.179) وقد عرف هذا المرض انتشارا مخيفا في المجتمع

الجزائري ، حيث قدر عدد الحالات حسب مركز: « Pierre et Marie Curie »

المتخصص بمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر: 30000 حالة جديدة سنويا تكون

80% منها في مراحل متقدمة مما يضعف احتمالات نجاح العلاج، ويقلل بالتالي من فرص

الشفاء . (centre de lutte contre le cancer : pierre et Marie curie,2008,

p02) ويرتبط مرض السرطان بمعانات جسدية ونفسية وحتى اجتماعية هامة ، قد تتجم عن

المرض في حد ذاته كالألام المزمنة وتراجع الكفاءة المناعية التي تجعل الجسد عرضة

للمشاكل صحية أخرى تؤثر سلبا على نوعية الحياة، كما قد تنجم عن العلاجات مثل

اضطراب صورة الجسد والذات بعد الاستئصال في سرطان الثدي ، أو استبدال أعضاء

حيوية بأخرى اصطناعية ، كما هو الشأن في سرطان الحلق أو استنزاف طاقة المريض،مثل ما ينجم عن الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي والتي تتراوح بين الغثيان والإنهاك وفقدان الشهية إلى آثار قلبية وعصبية أكثر خطورة، مما يضعف من إمكانية التزام المريض به أو تقبله له (L'observance thérapeutique) (تاييلور، ص ص 823-826) والذي تحدده منظمة الصحة العالمية 2003 بمثابة: إجراء تماثل بموجبه سلوكيات المريض ، المتعلقة بتناول أدويته ، الالتزام بالحمية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة ، توصيات القائم على الرعاية الصحية(الطبيب ، الممرض...) (Celis et al , 2008, p.8)

وهو يعد من ناحية أساسا لنجاح العلاج وضمان تحسن الحالة الصحية للمريض وما يترتب عن ذلك من تحسين نوعية حياته والتخفيف من معاناته وتحسين التنبؤ بمآل المرض ، كما يعتبر من ناحية أخرى وشكلا متكررا ومعقدا لا سيما في الأمراض المزمنة (Garnier et Levey, 2007,p,4) لا تقتصر آثاره على تدهور الحالة الصحية للمريض وارتفاع معدل الوفيات، بل تتعداه إلى تبديد الموارد الصحية و المالية للدول،ففي الولايات المتحدة الأمريكية يتسبب عدم تقبل العلاج سنويا:بوفاة 125000شخصا،و من 10 إلى 23 % من حالات

الاستشفاء و الانتكاس كما يؤدي إلى خسارة 100 مليار دولار.(Bouffette, p.14)

و إذ تشير الدراسات إلى أن تقبل علاج الأمراض المزمنة لا يستوجب الاهتمام بتأثير طبيعة المرض والعلاج فقط، بل يستدعي الإلمام بالتفاعلات التي تشتمل في وقت واحد جوانب شخصية المريض و معاشته للمرض و العلاج، في خضم تأثير العوامل الاجتماعية و العلائقية.(Thiery et Quiviger, 2007, pp.268-269)

كما تؤكد دراسات أخرى على أثر بعض الأبعاد النفسية في تحسين تكيف المريض مع المرض المزمن و العلاج، و من أهم هذه الأبعاد ما يعرف بالكفاءة الذاتية أو الفعالية الذاتية (L'efficacité personnelle) التي تتعلق بمعتقدات الأفراد، و اقتناعهم الذاتي بامتلاك القدرة على الأداء الناجح للمهام و السلوكات التي يقومون بها.(Danjou, 2004,p.167)

و هي من المفاهيم التي باتت تحتل أهمية مركزية، باعتبارها عاملا أكدت الدراسات مدى إسهامه في جوانب سلوكية عديدة، منها: تعديل السلوك و ممارسة السلوك الصحي و الالتزام بالحمية الغذائية، و المحافظة على الوزن الملائم و إدارة المرض و الإقلاع عن التدخين و تفادي الممارسات الجنسية غير الآمنة (عثمان، ص ص 109- 115) ، تؤثر كذلك على إمكانية تبني استراتيجيات مواجهة فعالة، مما يسمح بالتخفيف من أثر الضغوط وتقلل من مستوى القلق والاكتئاب (جميل رضوان، 1997، ص 30) كما يطال تأثيرها الجوانب البيولوجية للإنسان ، إذ يؤدي ضعف إدراك الاعتقاد بالكفاءة الذاتية إلى زيادة في إفراز الكاتيكولامينات (Les catécholamines) وزيادة نشاط الجهاز العصبي الودي. (Bandura,2002,pp398,402)

كما تساهم قوتها في تعزيز الكفاءة المناعية وزيادة القدرة على تحمل الألم (جميل رضوان، ص 30) أما في مجال تقبل العلاج، فتؤكد الدراسات على دور فعالية الذات في تحسين التزام المرضى بالعلاج النفسي والطبي، مثل ما حققته في تحسين تقبل العلاج السلوكي لفوبيا الثعابين وتقبل علاج مرض السل 1992 (Fisher,2002,p.234) و التقبل الدوائي مدى مرضى السيدا 1992 (Gauchet,2008,p.56) و الالتزام بعلاج التهاب المفاصل الروماتيزمي، وصولا إلى أثر الكفاءة الذاتية على الالتزام بعلاج مرض السرطان. (تايلور، ص ص 639-640)

و في ضوء كل ما سبق جاءت إشكالية الدراسة كالتالي:

1• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

وتفرعت عنها التساؤلات التالية:

1• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية كميًا ونوعيًا بتناول الأدوية، لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

2• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بحصص العلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

3• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالمواعيد الطبية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

4• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومراقبة الحالة الصحية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

5• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وإتباع الحمية الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

6• هل توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والمداومة على ممارسة النشاط الرياضي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي؟

2- دوافع اختيار موضوع الدراسة:

2-1- الأهمية التي يحتلها موضوع الدراسة وكذلك متغيراتها كل على حدا.

2-2- الاهتمام الخاص بموضوع مرض السرطان والأبعاد النفسية المرتبطة به والذي شكل متغيرا هاما في موضوع مذكرة الليسانس، والرغبة في مواصلة البحث بهذا الشأن.

2-3- قلة الدراسات- في حدود إطلاع الطالبة- التي اهتمت بالعلاقة بين: الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان.

2-4- الأهمية المتزايدة لأبعاد مثل: الكفاءة الذاتية في تحسين أسلوب الحياة وترقية الصحة لدى الأصحاء، وكذلك تحسين نوعية الحياة، وتقبل العلاج لدى المرضى.

2-5- فتح المجال أمام دراسات تعني بأثر العوامل المخففة من أثر الضغوط على الصحة (الكفاءة الذاتية، الإحساس بالتحكم...الخ) في الوقاية من أمراض قد تنجم عنها- أي عن الضغوط- مثل السرطان، الأمراض الوعائية القلبية، ارتفاع ضغط الدم والسكري.

3- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة زيادة على كون متغيرات الدراسة اندرجت كلها ضمن اهتمامات علم نفس الصحة، في:

3-1- الكفاءة الذاتية: من ابرز الاهتمامات الرائدة في هذا التخصص، كون آثارها لاقتصر على الممارسات السلوكية، وتحسين أسلوب الحياة، وإنما تتعدى ذلك إلى الجانب البيولوجي للإنسان فتزيد قوتها من كفاءة الجهاز المناعي، وتقلل من التأثيرات البيولوجية الممرضة للضغط كما تحسن من مستوى تقبل المرضى للعلاج وهو ما سيتم تناوله في الفصول اللاحقة.

3-2- تقبل العلاج: كذلك من المسائل الهامة التي اعتبرتها منظمة الصحة العالمية عامل أساسي لنجاح علاجات الأمراض المزمنة التي تحتل بعدا مركزيا بالنسبة لعلم نفس الصحة، وهو - أي تقبل العلاج - تحديدا لدى المرضى المزمنين، يميل إلى الانخفاض التدريجي مع طول مدة العلاج.

3-3- مرض السرطان: من أخطر الأمراض المزمنة التي باتت تعرف انتشارا واسعا في المجتمع الجزائري، مخلفة عددا كبيرا من الوفيات سنويا، بسبب الاكتشاف المتأخر للمرض، وكذلك تدني مستوى تقبل علاجاته المنهكة للمريض مما يفاقم حالته الصحية ويحد من احتمالات الشفاء.

3-4- العلاج الكيميائي: من أبرز العلاجات المعتمدة في علاج مرض السرطان في الجزائر، ويرتبط بمعانات المرضى من عدد هام من الآثار الجانبية، التي تلعب بدورها عقبة أمام التقبل الجيد لهذا العلاج.

ومن هنا تتضح أهمية الدراسة زيادة على أهمية المتغيرات التي تناولتها، في كونها تفتح المجال أمام الباحثين في هذا التخصص لمواصلة البحث من خلال طرح تساؤلات وأبعاد جديدة تتيح وضع استراتيجيات قد تحسن من سبل توافق المرضى المزمنين مع المرض والعلاج.

4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، وذلك من خلال التركيز على الأهداف الفرعية التالية:

4-1- تحديد نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية والتزام مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي كميًا ونوعيًا بتناول الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب.

4-2- تحديد نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية والتزام مرضى السرطان بخصص العلاج الكيميائي.

4-3- تحديد نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية والتزام مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي بالمواعيد الطبية.

4-4- تحديد نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومراقبة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي لحالتهم الصحية.

4-5- تحديد نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية ومداومة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي على ممارسة النشاط الرياضي.

4-6- تحديد نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية وإتباع مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي للحمية الغذائية تبعًا لتوصيات الطبيب.

5-فرضيات الدراسة:

5-1- الفرضية العامة:

توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-2- الفرضيات الجزئية:

5-2-1- توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-2-2- توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بحصص العلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-2-3- توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالمواعيد الطبية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-2-4- توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومراقبة الحالة الصحية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-2-5- توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وإتباع الحمية الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-2-6- توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والمداومة على ممارسة النشاط الرياضي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

6- التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

6-1- الكفاءة الذاتية:

هي الدرجة التي يتحصل عليها المفحوص (مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي) في استبيان الكفاءة الذاتية العامة لـ Ralf Schwarzer المترجم إلى اللغة العربية من قبل سامر جميل رضوان، والذي تم التحقق من خصائصه السيكمترية في البيئة الجزائرية من قبل الطالبة.

6-2- تقبل العلاج:

هو التزام مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي بتعليمات وتوصيات الطبيب المعالج من حيث:

أولاً: الالتزام الكمي والنوعي بتناول الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب، من خلال: احترام مواعيد وجرعات الأدوية كما حددها الطبيب المعالج، بما في ذلك عدم زيادة الجرعات، تجنب التدوي الذاتي أو اللجوء إلى علاجات بديلة.

ثانياً: الالتزام بحصص العلاج الكيميائي.

ثالثاً: الالتزام بالمواعيد الطبية.

رابعاً: مراقبة الحالة الصحية.

خامساً: المداومة على ممارسة النشاط الرياضي.

سادساً: إتباع الحمية الغذائية تبعاً لتوصيات الطبيب.

3-6- مرض السرطان:

هو مرض مزمن خطير، يتميز بالنمو السريع وغير المنتظم للخلايا التي قد تنتشر على مستوى أي نسيج من أنسجة الجسم، وتمتد لسائر الخلايا السليمة، يرتبط لدى المرضى بمعاش نفسي خاص لارتباطه بالنجاح الضئيل للعلاج في تحقيق الشفاء.

4-6- العلاج الكيميائي:

هو نوع من العلاجات الطبية المستخدمة في علاج مرض السرطان ، بالاعتماد على مواد كيميائية، يتلقاها المرضى عبر الوريد ، خلال الحصص العلاجية التي تتم بالمستشفى، حيث تستهدف هذه الأدوية الخلايا السرطانية وتدمرها موقفة بذلك التقدم السريع للورم.

7- الدراسات السابقة:

- في حدود إطلاع الطالبة لم ترد دراسات اهتمت بالعلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان، إلا أن دراسات عديدة انصب اهتمامها على مختلف العوامل المؤثرة على مستوى تقبل العلاج، وأكدت على أهمية الإحساس بالقدرة على الأداء الناجح للسلوك

والإحساس بالسيطرة على المرض وأحداث الحياة عموماً والذي ينجم عن الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، في تحسين مدى التزام المريض بالعلاج الذي يتلقاه. وفيما يأتي نعرض أهم الدراسات التي عُنيت بالبحث في تقبل العلاج لدى مرضى مصابين بأمراض مختلفة.

7-1- دراسة Belkonen A.S et coll سنة 2000:

تمت هذه الدراسة من قبل *Belkonen A.S et coll* سنة 2000 على عينة مكونة من، 110 أطفال تراوحت أعمارهم بين 5 و10 سنوات مصابين بالربو، تم تشخيصه حديثاً تبعاً للمحكات المحددة من قبل الجمعية الأمريكية للأمراض الصدرية. وذلك بهدف: تقييم مدى التزام الأطفال المصابين بالربو بالإجراء العلاجي المتمثل في: استخدام مقياس التنفس في المنزل، حيث سجلت معايير قياس التنفس مرتين في اليوم خلال 24 يوماً.

نتائج الدراسة:

- قدر متوسط نسبة الالتزام لدى عينة الدراسة ب: 77% مع تسجيل وجود فروق فردية (تراوح المدى بين 21-100%)، حيث توزعت النتائج كالتالي:

أولاً: لدى مجموعة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 5 و6 سنوات، قدر معدل الالتزام بالإجراء العلاجي ب: 72.8%.

ثانياً: لدى مجموعة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 7 و8 سنوات، قدر معدل الالتزام بالإجراء العلاجي ب: 77.1%.

ثالثاً: لدى مجموعة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 9 و10 سنوات كانت نسبة الالتزام بالإجراء العلاجي ب: 84.5%.

وتوصلت الدراسة إلى أنه لدى الأطفال من 5 إلى 10 سنوات يمكن تحقيق مستوى مرتفع للالتزام بإجراءات قياس التنفس (تقبل الإجراء العلاجي) دون إغفال مسألة الفروق الفردية وأن الأطفال الأحداث سنا يبدون أقل قدرة على بلوغ هذا المستوى من الالتزام.

وفي إطار هذه الدراسة كان الأطفال جد متقبلين لهذا الإجراء العلاجي، وزيادة على ذلك فقد تم اختيارهم لبرنامج طويل المدى لدراسة الربو. وخلال ثلاث أسابيع من هذه الدراسة وصف تقبل العلاج بأنه ممتاز. (Blanc, 2001, pp27,29)

7-2- دراسة Bauman سنة 2000:

و هي دراسة طولية قام بها Bauman عام 2000 على عينة مكونة من 167 طفلا مصابا بالربو معدل أعمارهم 9.5 سنوات تمت متابعتهم خلال 3 سنوات، ترافق خلالها التحكم في الأعراض، بشرح طرق تسيير الأدوية وتناول الجرعات الموصوفة، وذلك بهدف: التعرف على العوامل المهددة لتقبل العلاج لدى الأطفال المصابين بالربو.

* حيث تم الاعتماد على مقياسين الأول لتقبل العلاج و الثاني لعوامل الخطر المهددة لتقبل العلاج و قد توصلت الدراسة إلى تأكيد وجود ارتباط إيجابي بين مستويات تقبل العلاج (جيد، متوسط، سيئ) و مختلف مؤشرات الوفيات الناجمة عن الربو لدى الأطفال.

و توصلت الدراسة إلى تحديد العوامل التالية بمثابة عوامل خطر مهددة للتقبل الجيد للإجراء العلاجي لدى أفراد العينة:

أولا: إحساس الأطفال المصابين بالربو بالاختلاف عن الأطفال الآخرين.

ثانيا: التناقص الوجداني.

ثالثا: محدودية الأنشطة بسبب المرض.

رابعا: الإجبار - الإكراه - المرتبط بتناول الأدوية.

7-3- دراسة Andersen, B et al سنة 2004:

تمت هذه الدراسة من قبل Andersen, B et al عام 2004 واشتملت على عينة تجريبية مكونة من 113 امرأة مصابة بسرطان الثدي، خضعت المريضات للعلاج

السلوكي طيلة أربعة أشهر، من خلال برنامج تجتمع فيه المريضات كل أسبوع طيلة ساعة و نصف في مجموعات صغيرة يتراوح عددها بين (08) و(12) مريضة تحت توجيه أخصائيتين في علم النفس العيادي بهدف إدراجهن ضمن برنامج علاجي يتركز على:

- تعلم مواجهة الضغوط من خلال الاسترخاء.

- اكتساب الأساليب الأحسن لمواجهة الضغوط.

- تعلم كيفية مقاومة طرق الانطواء على الذات.....الخ

و شملت الدراسة أيضا عينة ضابطة ضمت 112 مريضة مصابات بسرطان الثدي غير خاضعات لبرنامج العلاج السلوكي، كما طلب من المريضات في كلتا المجموعتين الإجابة على مجموعة من الأسئلة لتحديد واجهة المرض: مستوى الضغط، شدة الانفعالات، إمكانية الاستفادة من علاج اجتماعي... ثم أخذت عينة من دم المريضات لقياس حيوية دفاعهن المناعية.

نتائج الدراسة:

أظهرت مريضات المجموعة التجريبية بعد أربعة أشهر قلقا أقل و مزاج أكثر تفاؤلا و أكثر توافقا و على الرغم من أن تقبل العلاج لم يكن هدفا مباشرا للدراسة، إلا أن النتائج أشارت إلى أن مريضات المجموعة التجريبية كن أكثر التزاما بتناول الدواء من مريضات المجموعة الضابطة.

و كانت تحاليل المعايير المناعية مرتبطة ارتباطا قويا بهذه التحسنات و حيوية الدفاعات المناعية في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، فالدفاعات المناعية للمجموعة التجريبية تعززت بعد الخضوع للعلاج السلوكي في حين ظلت دفاعات المجموعة الضابطة ضعيفة، لذلك و كما يرتبط الضغط النفسي بهشاشة الدفاعات المناعية، فإن الدعم النفسي و الاستراتيجيات الفعالة في مواجهتها، ترتبط بزيادة الكفاءات المناعية و تعزيزها.

(Bensaid et al,2004,pp 60.61)

7-4- دراسة Aubin, P.H et al 2005:

وهي دراسة مقارنة دون مجموعة شاهدة قام بها Aubin, P.H عام 2005 بهدف وصف وتقييم أثر التدخل الصيدلاني على تقبل العلاج لدى النساء الحوامل المصابات بفيروس فقدان المناعة المكتسبة الخاضعات للعلاجات القهقرية (Les traitements antirétroviraux) تمت الدراسة على عينة من النساء الحوامل المصابات بالسيدا يتلقين علاجاتهن بالعيادة الخارجية للمركز الاستشفائي الجامعي Sainte-Justine بكندا منذ نوفمبر 2004 إلى غاية ماي 2005. حيث من بين 35 امرأة قدمن إلى العيادة، انطبقت محكات الاشتراك في الدراسة على (16) مريضة فقط انضمت (08) منهن إلى الدراسة، تراوحت أعمار المريضات بين 18 سنة فما فوق و بلغ متوسط السن 30.25 ، يتناولن على الأقل علاجا واحدا مضادا لفيروس السيدا، وعلى إطلاع بتشخيص الإصابة الحديثة نسبيا: أقل من خمس سنوات لدى سبعة (07) من بين المريضات الثمانية (08). و على دراية بحملهن على الأقل منذ شهرين قبل مشاركتهن بالدراسة. مستواهن الدراسي تراوح بين الابتدائي و الجامعي، من ضمنهن عاملة واحدة، طالبتان و خمس (05) ماكثات بالبيت.

و تم إقصاء:

- * المريضات الحوامل منذ أكثر من 32 أسبوعا.
- * المريضات الغير قادرات على التكفل بعلاجهن.
- * المريضات اللواتي لا يتكلمن الفرنسية أو الانجليزية.
- * المريضات المشتركات في إطار بحث علمي آخر.
- و تلقت المريضات المتابعة الشهرية من قبل الفريق المعالج التابع للعيادة، حيث صمم تدخلين من قبل الصيدلاني على مدى شهرين، بغاية التأكد بداية من معارفهن حول كيفية تفسير أدويتهم، إدراكهن لأهمية تقبل العلاج لتخفيض الشحنة الفيروسية وأيضا فهم مختلف الجرعات، لمعرفة العراقل الحائلة دون التزامهن بعلاجهن ثم محاولة تبني حلول لتحسين

الحالة الصحية لهؤلاء الأمهات، كما تم تقييم معاناتهن من الأعراض الجانبية. و خضعت المريضات لقياس قلبي وبعدي من إدراج تدخل الصيدلي و ذلك بالاعتماد على:

1- استبيانين:

أولاً: استبيان لقياس تقبل العلاج.

ثانياً: استبيان لتقييم أثر الحمل على تقبل العلاج، مواقف المريضات تجاه العلاج و فعاليته، الصعوبات التي تعيق تقبل العلاج والآثار الجانبية التي تعاني منها المريضات بهدف التعرف على العوامل المؤثرة على مدى التزام المريضة بعلاجها.

2- تعداد الأدوية: حيث يحسب تقبل العلاج كالاتي:

عدد الأدوية الموصوفة خلال فترة زمنية معينة- عدد الأدوية المتبقية

عدد الأدوية الموصوفة خلال نفس الفترة

3- سرد التغييرات الطارئة على موقف المريضة من العلاج.

النتائج:

أولاً: أبدت مريضات الدراسة مستوى مقبول لتقبل العلاج.

ثانياً: سجلت الدراسة زيادة في مستوى تقبل العلاج من 48% إلى 75% بالمقارنة بين غياب وإدراج حصة إعلامية من قبل الصيدلي حول سلوك استخدام الدواء.

ثالثاً: حددت الدراسة العوامل الآتية بمثابة عوامل مرتبطة ايجابيا بتقبل العلاج:

1- الخضوع للعلاجات القهقرية قبل بداية الحمل.

2- الخضوع لرعاية متخصصة في فيروس فقدان المناعة المكتسبة.

3- معرفة أن هذه العلاجات بإمكانها التقليل من انتقال الفيروس للطفل.

4- وجود شريك على إطلاع بتشخيص الإصابة بالسيدا، يساند المريضة خلال تلقي العلاج.

رابعاً: حددت العوامل التالية كعوائق أمام مستوى مرتفع لتقبل العلاج:

- 1- حادثة السن (أقل من 20 سنة)
- 2- المعاناة من مرض أو عدة أمراض مزمنة معدية
- 3- الاعتقاد بعدم فعالية العلاج.
- 4- تعاطي المخدرات.
- 5- غياب المساندة الاجتماعية (Aubin et al., 2007, pp.17-20)
- 7-5- دراسة Lang, J.P سنة 2006:

تمت هذه الدراسة من قبل لجنة علمية فرنسية أشرف عليها Lang, J.P و امتدت من جانفي 2003 إلى غاية 2006 و شملت عينة قدرها 2001 مريضاً مصاباً بالتهاب الكبد الفيروسي ج، بفرنسا حيث هدفت الدراسة إلى:

أولاً: تحليل أثر الاضطرابات العقلية على:

1- تقبل العلاج.

2- الاستجابة الفيروسية المطولة.

ثانياً: الآثار الجانبية العقلية بعد علاج التهاب الكبد الفيروسي ج.

وهي دراسة سببية هادفة إلى البحث عن العوامل المتحكمة في تقبل العلاج باستخدام دوائي *Peginterféron* و *Ribavirine (RBV)* وذلك من خلال التركيز على الأبعاد التالية:

• المقارنة بين مرضى التهاب الكبد الفيروسي ج الذين يعانون من اضطرابات عقلية والذين لا يعانون منها.

• دراسة تقبل العلاج المضاد للفيروسات.

• القدرة على التحمل.

• أسلوب الحياة.

• الاستجابة الفيروسية المطولة.

للتحقق من فرضية أن: الاضطرابات العقلية المرافقة للعلاج المضاد للفيروسات كانت من ضمن الأسباب الرئيسية للانقطاع عن العلاج وذلك من خلال الاعتماد على الاستبيانات التي تقدم للمرضى كل 3 ثلاثة أشهر خلال العلاج وكل 6 ستة أشهر بعد التوقف عن العلاج.

وقد اشتملت العينة على:

أولاً: 50% من المرضى مصابين فقط بالتهاب الكبد الفيروسي ج خضعوا للعلاج .

ثانياً: 20% من المرضى إضافة لذلك مصابين بالسيدا خضعوا لعلاج التهاب الكبد الفيروسي ج.

ثالثاً: المرضى الذين عانوا من الانتكاس أو لم يستجيبوا لعلاج سابق.

خصائص العينة:

مرضى التهاب الكبد الفيروسي: 2001 مريضاً.

العينة التي تم استبعادها بسبب الأمراض المصاحبة: 29 مريضاً.

العينة النهائية للدراسة: 1972 مريضاً.

المرضى الذين لا يعانون من الاضطرابات العقلية: 1528 مريضاً.

المرضى الذين يعانون من الاضطرابات العقلية ن=444 ، من بينهم 232 يعانون من الاكتئاب، 179 يعانون من القلق، 21 مريضاً يعانون من الفصام، 7 مرضى يعانون من اضطرابات المزاج و5 مرضى يعانون من اضطرابات أخرى.

الخصائص الاجتماعية والديمغرافية لعينة الدراسة:

اشتملت الدراسة على 285 رجلا من أصل 444 مريضا يعانون من الاضطرابات العقلية، بلغ متوسط أعمارهم 45.2 من ضمنهم 215 يزاولون العمل، ويتمتع 229 منهم بمستوى دراسي مقبول.

كما اشتملت عينة المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي ج الذين لا يعانون من اضطرابات عقلية على 1972 مريضا من بينهم 952 رجلا، متوسط أعمارهم 46.9 ، يزاول 936 منهم عملا، كما يتمتع 863 منهم بمستوى دراسي مقبول.

نتائج الدراسة:

1- لا تؤدي الاضطرابات العقلية إلى آثار سلبية على مدة العلاج ، كما لا تساهم في الانقطاع المبكر عنه.

2- لا تؤثر الاضطرابات العقلية تأثيرا سلبيا على تقبل العلاج ومدى الالتزام به.

3- لا تؤثر الاضطرابات العقلية على الاستجابة الفيروسية المطولة.

4- الآثار النفسية للعلاج تعاش بطريقة أكثر ألما عند غياب الاضطرابات العقلية

(Lang,2007,pp.1-19)

6-7- دراسة دغمي، ي و آخرون سنة 2007:

تمت هذه الدراسة من قبل دغمي.ي و آخرون، بالمغرب الأقصى بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط وذلك على مستوى مصلحة أمراض الغدد الصماء والأمراض الاستقلابية والسكري، على عينة قوامها 106 مريض مصابين بالسكري النمط الثاني من بينهم 62 امرأة و44 رجلا، بهدف:

أولا: دراسة العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى أفراد العينة.

ثانيا: دراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب المتغيرات التالية:

- السن.

- الجنس.
- المستوى الثقافي والاجتماعي.
- عدد الجرعات خلال اليوم.
- مدة تشخيص الإصابة بالسكري.
- ذلك بالاعتماد على استبيان لقياس تقبل العلاج والتحليل الإحصائية لنتائج اختبار T و x^2 .
- معامل الارتباط.

نتائج الدراسة:

دلت الدراسة على النتائج التالية:

- بلغت نسبة المرضى المتقبلين للعلاج 55%، في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج 45% وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل المرتبطة بالمستوى المتدني لتقبل العلاج هي:
- النسيان: بنسبة 48.20%.
- تعدد الجرعات: بنسبة 33%.
- التكاليف: بنسبة 20.60%.
- المواعيد: بنسبة 20.60%.
- الآثار الجانبية للعلاج: بنسبة 14.60%.

2- حددت الدراسة الفروق التالية في مستوى تقبل العلاج:

- بلغ متوسط السن لدى المرضى الذين قبلوا علاج السكري 51.50 سنة مقارنة بـ 54.85 سنة لدى الذين لم يلتزموا به جيداً.
- بلغت نسبة الرجال المتقبلين لعلاج السكري 56.40% مقارنة بـ 52.20% لدى النساء.

- بلغت نسبة المرضى ذوي المستوى الثقافي المقبول 55.50% مقارنة بـ 46% لدى ذوي المستوى الثقافي المحدد.
- بلغت نسبة تقبل العلاج 74.10 لدى الذين يتلقون موعدا علاجيا واحدا مقارنة بـ 46.60 لدى الذين لديهم مواعيد متعددة خلال اليوم.
- بلغ متوسط مدة تشخيص الإصابة لدى مرضى السكري الذين تقبلوا العلاج 7.02 سنوات مقارنة بـ 5.84 سنة لدى لم يتقبلوا العلاج.
- ومن خلال ما سبق خلصت الدراسة إلى تحديد العوامل الأساسية المؤثرة التالية، المرتبة تبعا لنسبة تأثيرها:

1- النسيان.

2- تعدد الجرعات.

3- المستوى الثقافي والاجتماعي.

4- السن.

5- مدة الإصابة. (Doghmi et al, 2007, pp.1-8)

7-7- دراسة Celis, H et al سنة 2008 :

تمت هذه الدراسة من قبل من Celis, H et al وامتدت من 2002 إلى غاية 2007، ونشرت بـ Bruxelles في سبتمبر 2008.

خصائص العينة:

شملت الدراسة 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي يخضعن للعلاج بـ Tamoxifène وهو نوع من العلاجات الهرمونية، تم اختيارهن وفق المحركات التالية:

1- خضوع المريضة للجراحة بين 2002/01/01 و 2005/12/31 .

2- حصول المريضة على موافقة أولية من قبل الطبيب لبدء العلاج ب: Tamoxifène وهو علاج هرموني يعمل على إيقاف الأوستروجينات على مستوى المستقبلات الأوستروجينية الموجودة على مستوى الخلايا مما يعرقل تقدم السرطان. ويسري مفعول القرار الطبي بين تاريخ العملية الجراحية و40 يوما بعد ذلك.

3- لتفادي الانتكاس طلب من المريضات الخضوع للعلاج طيلة خمس سنوات.

وتم اختيار عينة الدراسة من منطقة بروكسل والمناطق المحاذية لها، تراوحت أعمارهن بين 25 وأكبر من 75 سنة وهدفت الدراسة إلى:

1- التعرف إلى خصائص مريضات سرطان الثدي الخاضعات للعلاج الهرموني بال Tamoxifène .

2- التحليل الوصفي للمريضات المتقبلات وغير المتقبلات للعلاج: اعتمادا على مقارنة المجموعتين بالتأكد على وضعية الانقطاع عن العلاج قبل انتهاء ثلاث سنوات .

وتمت المقارنة بالتركيز على جملة من المتغيرات:

• متغيرات مرتبطة بخصائص العينة: السن، المنطق، الإقليم...

• متغيرات مرتبطة باستخدام الأدوية: مثل: تناول مضادات الاكتئاب، أدوية مرض السكري، أدوية داء باركنسون، معدل الأدوية المستهلكة.

• متغيرات مرتبطة باستخدام خدمات الرعاية خلال السنة الأولى للعلاج: مثل: عدد المعاينات من قبل الطبيب العام، مراجعة أخصائي بأمراض القلب، أخصائي بأمراض الجلد، طبيب نساء، طبيب عيون...

3- تحديد العوامل المفسرة لتقبل العلاج.

اعتمدت هذه الدراسة على أدوات مختلفة مثل: المقابلة، الملاحظة، الاستبيان، تعداد الأدوية وإجراء تحاليل البول والدم.

النتائج:

1- شملت الدراسة في البداية 1470 مريضة:

• 1062 مريضة أي 72% من عينة الدراسة كن متقبلات للعلاج حيث:

* 49% منهن خضعن للجراحة بسبب سرطان الثدي بين 01 جانفي 2002 و 30 جوان 2004 خضعن بعدها للعلاج طيلة ثلاث سنوات ولم ينقطعن عنه.

* 23% منهن خضعن للجراحة بعد 30 جوان 2004 وخضعن للعلاج ولم ينقطعن عنه على الأقل طيلة ثلاثة أشهر وذلك قبل 30 جوان 2007 .

• 408 مريضة أي 28% من عينة الدراسة حددن على أنهن غير متقبلات للعلاج حيث:

* 6% منهن خضعن للعلاج بصفة منقطعة طيلة ثلاث سنوات، توفين قبل 30 جوان 2007 .
* 2% فقدن في 30 جوان 2007 .

* 20% انقطعن عن علاجهن قبل 30 جوان 2007 .

2- حددت الدراسة أربعة عوامل رئيسة متحركة في تقبل العلاج:

• السن: حيث أبدت المريضات الأكبر من 75 سنة خطرا أكبر للانقطاع المبكر عن العلاج من المريضات اللواتي يتراوح عمرهن بين 45 و 54 سنة وحدد متوسط السن لدى المريضات غير المتقبلات للعلاج ب 65 سنة.

• عدد الأدوية: المريضات اللواتي يتلقين علاجا يتضمن أكثر من دواء واحد أبدين خطرا أكبر للانقطاع المبكر عن العلاج.

• المعاينة الطبية: المريضات اللواتي راجعن طبيبهن بين 6 و 12 مرة أو أكثر من 24 مرة خلال السنة الأولى للعلاج أبدين خطرا أكبر للانقطاع المبكر عن العلاج مقارنة باللواتي لا يراجعن الطبيب العام إلا نادرا.

• الاستشفاء: المريضات اللواتي خضعن على الأقل لمرة واحدة من الاستشفاء المطول خلال السنة التي تلت الخضوع للجراحة أبدین خطراً أكبر للانقطاع المبكر عن العلاج مقارنة بالمريضات اللواتي لم يخضعن للاستشفاء المطول.

3- بعد مرور السنوات الثلاثة الأولى للدراسة ارتفع عدد المريضات الغير متقبلات للعلاج من 6% إلى 33% وبعد تحليل المعطيات خلصت الدراسة إلى أن:

• بالنسبة للمريضات اللواتي فاق سنهن 75 سنة ارتبط انقطاعهن عن العلاج بتدني الأمل في البقاء على قيد الحياة.

• لم ترتبط أو الخصائص الاجتماعية و الديمغرافية بانخفاض مستوى تقبل العلاج، أما بشأن عامل السن فلم يكن عاملاً مباشراً لانقطاع المريضات عن العلاج وإنما ارتفاع احتمالات الموت بسبب التقدم في السن.

• لم ترتبط الأعراض الجانبية بانخفاض مستوى تقبل العلاج، في حين أدت درجة خطورة السرطان وتدهور الحالة الصحية العامة إلى انخفاض مستوى تقبل العلاج. (Celis et al, 19-19 pp)

التعليق على الدراسات السابقة:

اهتمت الدراسات التي عرضها بالبحث في أثر عدد من العوامل على تقبل العلاج، لدى مرضى مصابين بأمراض مختلفة اشتملت على: الربو، السكري، السيدا، التهاب الكبد الفيروسي والسرطان الذي هو موضوع دراستنا الراهنة، حيث اهتمت الدراسة الأولى

وهي دراسة قامت بها Belkonen, A.S et coll سنة 2000 على عينة مكونة 110 طفلاً بتقييم الالتزام بأحد الإجراءات العلاجية لدى الأطفال المصابين بالربو والمتمثل في استخدام مقياس التنفس في المنزل وتوصلت إلى تسجيل فروق بين الأطفال في مستوى تقبل العلاج تبعاً للسن حيث بدأ الأطفال الأصغر سناً أكثر التزاماً بالإجراء العلاجي، إلا أنها لم تتطرق إلى العوامل الأخرى التي من شأنها التأثير على ذلك مثل نوعية العلاقة بالوالدين أو تلقي المساعدة في القيام بهذا الإجراء العلاجي وهو ما ركزت عليه الدراسة التي قام بها

Bauman عام 2000 على عينة شملت 167 طفلا مصابين بالربو بهدف التعرف إلى العوامل المتحكمة بتقبل العلاج وأكد في دراسته على تأثير عدد من العوامل مثل: إحساس الأطفال المصابين بالربو بالاختلاف عن الأطفال الآخرين، محدودية الأنشطة التي يمارسونها بسبب المرض، التناقض الوجداني (الرغبة في الشفاء وبالتالي وجوب الالتزام بالعلاج ، ورفض الاختلاف عن الآخر ومن ثم الرغبة بالامتناع عنه) وكذلك الإكراه أو الإكراه على تناول الدواء الطبي قد يتعرض له من قبل الوالدين أو غيرهما.

* أما الدراسة الثالثة التي قامت بها Andersen, B et al عام 2004 على عينة قدرها 226 مريضة مصابة بسرطان الثدي، قسمت مناصفة بين مجموعة تجريبية تلقت العلاج السلوكي اعتمادا على تقنيات الاسترخاء ومجموعة ضابطة لم تتلق هذا العلاج بغرض التعرف إلى أثر الدعم النفسي من خلال حصص العلاج السلوكي على تعزيز الكفاءة المناعية وعلى الرغم من أن تقبل العلاج لم يكن هدفا مباشرا للدراسة إلا أنها توصلت إلى أثر تلقى هذا الدعم على رفع مستوى التزام المريضات بعلاج السرطان.

* أما الدراسة الرابعة فهي دراسة مقارنة بها Aubin, P.H et al بين عامي 2004 و2005 على عينة من المريضات الحوامل، المصابات بالسيدا، خاضعات للعلاجات القهقرية قبل وبعد تلقي حصص توجيهية من قبل الصيدلاني لدعم معارفهن حول كيفية تسيير أدويتهم، أهمية تقبل العلاج لتخفيض الشحنة الفيروسية ، فهم مختلف الجرعات، تقييم معاناتهن من الأعراض الجانبية الناجمة عن العلاج، ثم محاولة معرفة العراقيل الحائلة دون تناول علاجهن لمحاولة تبني حلول لتحسين الحالة الصحية لهؤلاء الأمهات، كما تم تقييم معاناتهن من الأعراض الجانبية . وقد أكدت الدراسة على وجود فروق ايجابية في مستوى تقبل العلاج بعد تلقي الحصص التوجيهية من قبل الصيدلاني، كما أكدت على أهمية الخضوع للعلاجات القهقرية قبل بداية الحمل وكذا تلقي رعاية متخصصة في فيروس فقدان المناعة المكتسبة، والاستفادة من المساندة الاجتماعية في التأثير الايجابي على تقبل العلاج ، وهو ما يدعم باعتقاد المريضة بفعالية العلاج في التقليل من انتقال الفيروس للطفل، كما دلت نتائجها على التأثير السلبي لحدثة السن، الأمراض المصاحبة، غياب الاعتقاد بفعالية العلاج،

تعاطي المخدرات وعدم الاستفادة من مصادر المساندة الاجتماعية على بلوغ المستوى الجيد لتقبل العلاج.

* وتمت الدراسة الخامسة من قبل لجنة علمية فرنسية أشرف عليها Lang, J.P ودامت من 2003 إلى غاية 2006 على عينة قدرها 2001 مريضاً، وهي دراسة

مقارنة تبحث في أثر الأمراض العقلية على تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالتهاب الكبد الفيروسي ج خضعوا للعلاج بـ *Peginterféron* و *Ribavirine*(RBV).

وقد توصلت إلى تأكيد عدم تأثير الإصابة بالأمراض العقلية لدى هؤلاء المرضى على تقبلهم للعلاج، كما أكدت أثرها الإيجابي على معاشية الأعراض الجانبية، لكنها لم تدقق في أثر عوامل مثل السن والجنس والأمراض المصاحبة والمستوى التعليمي والظروف الاقتصادية على تقبل العلاج.

* أما الدراسة السادسة فهي دراسة عربية تمت بدولة المغرب الأقصى بمستشفى ابن سينا بالرباط وقام بها دغمي.ي وآخرون، عام 2007 على مستوى مصلحة أمراض الغدد الصماء والأمراض الاستقلابية والسكري، على عينة قوامها 106 مريض مصابين بالسكري النمط الثاني بهدف التعرف إلى العوامل المؤثرة على تقبل العلاج لدى هؤلاء المرضى. وخلصت الدراسة إلى تحديد: سن المريض، مدة معاناته من السكري، مستواه الثقافي والاجتماعي، تعدد الجرعات والنسيان بمثابة عوامل أساسية مؤثرة على تقبل العلاج.

* كما جاءت الدراسة السابعة التي قام بها Celis .H et al الممتدة بين 2002 و 2007 بـ Bruxelles لتتلمح بالتعرف إلى خصائص المريضات المصابات بسرطان الثدي اللواتي يتلقين العلاج الهرموني بـ *Tamoxiféne* و هو أحد العلاجات المندرجة ضمن مضادات الأروستروجين ويتسم بعدد هام من الأعراض الجانبية (الجفاف المهبل، الإحساس بالحرارة، تغيرات في نسبة الكوليستيرول، تغيرات في سماكة بطانة الرحم. زيادة الإفرازات المهبلية عدم انتظام الدورة الشهرية، كما يؤثر على الشبكية بالعين). (Heron, 2009, p.1). وقد ركزت الدراسة على المقارنة بين خصائص المريضات المتقبلات والغير متقبلات للعلاج.

وخلصت إلى اعتبار درجة خطورة السرطان وتدهور الحالة الصحية العامة، الخضوع الاستشفاء، عدد الأدوية الموصوفة، عدد المعينات الطبية بمثابة عوامل تؤثر سلباً على المستوى الجيد لتقبل العلاج، في حين لم تعتبر السن عاملاً مؤثراً مباشراً، كما لم ترتبط العوامل الاقتصادية والاجتماعية وكذلك الآثار الجانبية التي ألحّت عليها العديد من الدراسات بانخفاض مستوى تقبل العلاج .

وكما ورد فانه وفي حدود إطلاع الطلبة لم تتطرق الدراسات إلى العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان، على الرغم من الإشارة إلى أهميتها في تقبل عدد من العلاجات مثل العلاج السلوكي لرهاب الأفاعي، والالتزام بعدد من الممارسات الصحية التي يمكن إدراجها ضمن أبعاد تقبل العلاج مثل الالتزام بالحمية الغذائية وممارسة التمارين الرياضية وهو ما يبرز أهمية الدراسة الحالية الرامية إلى الكشف عن نوع العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

الفصل الثاني الكفاءة الذاتية

الفصل الثاني: الكفاءة الذاتية

تمهيد

1- تعريف الكفاءة الذاتية.

2- مصادر الكفاءة الذاتية:

1-2- الأداءات الفعالة.

2-2- النمذجة أو الخبرات البديلة.

2-3- الإقناع الاجتماعي.

2-4- الحالة الفيزيولوجية و الانفعالية.

3- مستويات تأثير الكفاءة الذاتية:

1-3- السيرورات المعرفية.

2-3- سيرورات الدافعية.

3-3- السيرورات الانفعالية.

4-3- سيرورات الانتقاء.

4- التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية:

1-4- مواجهة الضغوط.

2-4- تنشيط إفراز الكاتيكولامينات.

3-4- تنشيط الأندورفين.

4-4- تنشيط الجهاز العصبي الذاتي.

5-4- التأثير على الجهاز المناعي.

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الكفاءة الذاتية بمثابة آلية نفسية فعالة تعكس الحكم الذي يكونه الفرد بشأن قدراته على الأداء الناجح لمختلف الممارسات التي يقوم بها في حياته (العمل، الدراسة، السلوكيات المرتبطة بالصحة...) (Thibodeau et al, 2007, p.22) لذلك تلعب دورا هاما في تحديد مدى نجاح الفرد في مواقف حياته بشكل عام وفي المجال الصحي خاصة، وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة مثل دراسة Bandura Tourette Turgis, Clarck et Dodge, Ewart والتي أكدت في مجملها : تأثير الفعالية الذاتية على تبني أسلوب الحياة الصحي، والمداومة على ممارسة السلوكيات الصحية الايجابية، والقدرة على مواجهة الضغوط والتخفيف من حدتها وتأثيراتها السلبية على الجانب النفسي و الفيزيولوجي للفرد، دون إغفال تأثيراتها الواسعة والمعززة بنتائج الدراسات العلمية في مجال المرض، (جميل رضوان، ص.30) لاسيما في حالات الأمراض المزمنة التي تستدعي إلى جانب العلاجات المطولة، والمعقدة بأساليبها وآثارها الجانبية ، تغيرات واسعة في لأسلوب الحياة، لا تقتصر على إدماج السلوكيات الصحية ضمن عادات المريض، وإنما تتطوي على التخلي عن عدد هام من الممارسات الخاطئة التي تهدد صحة الفرد، وتفاقم مرضه، وتشكل عائقا أمام نجاح العلاج الذي يخضع له، مثل التدخين والأطعمة غير الصحية وعدم ممارسة التمارين الرياضية، وصولا إلى عدم الالتزام بالعلاج.

ومن خلال الفصل التالي، حاولت الطالبة الإلمام بأبرز الجوانب النظرية للكفاءة الذاتية، من خلال التعرض لتعريف الكفاءة الذاتية، أنواعها، مصادرها، مستويات تأثيرها، تأثيراتها البيولوجية، ثم التطرق إلى أثر الكفاءة الذاتية في مجال تقبل العلاج والخاتمة.

1- تعريف الكفاءة الذاتية:

1-1- التعريف اللغوي:

1-1-1- تعريف الكفاءة:

الكفاءة هي الأهلية والجدارة أي هي قدرة الإنسان على أن يؤدي عملا ما أداءا حسنا. ويقال فلان كفء لهذا الأمر أي: هو أهل له. (إلياس، 2000، ص. 298)

1-1-2- تعريف الذات:

الذات: هي النفس والشخص، وذات الشيء : حقيقته وخاصته وذات الصدور: بواطنها وخفاياها. وذات البين: الحال التي بين العشيرة. وذات اليد: ما يملكه الإنسان وذات الرئة: التهاب يصيب غلاف الرئة، وذات اليمين: جهتها. (بن هادية وآخرون، 1991، ص. 353)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

• يعرف 1988 Bouffard-Bouchard et pinard الكفاءة الذاتية:

على أنها الحكم الذي يحمله الفرد حول قدرته على تنظيم واستخدام مختلف الوظائف اللازمة لتحقيق نشاط ينوي القيام به. (Galand et Vanlede, 2004, p.4)

• ويحددها 1994 Schwarzer :

على أنها بعد ثابت من أبعاد الشخصية ، تتمثل في قناعات ذاتية بالقدرة على التغلب على المتطلبات و المشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية. (جميل رضوان، ص. 25)

• و يعرفها 1997 Bandura:

بأنها اعتقاد بالقدرة على تنظيم خطط التصرفات اللازمة لتحقيق نتائج مرغوبة، و تتعلق الكفاءة الذاتية المدركة، بمعتقدات الأفراد بقدراتهم على التصرف بطريقة، تتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياتهم، و تكون معتقدات الفعالية أساس القدرة البشرية على النشاط،

حيث إذا لم يعتقد الفرد بقدرته على تحقيق النتائج التي يرغب بها، سيكون لديه عدد أقل من الدوافع للصمود و مواجهة العراقيل. (Scallan, pp.80, 81)

• ومن مجمل التعريفات السابقة نخلص إلى أن الكفاءة الذاتية، تشكل بعدا هاما من أبعاد الشخصية، يقوم على إدراك أو اعتقاد الفرد بمدى امتلاكه للقدره، على تحقيق المهام التي يقوم بها بنجاح و مدى مثابرته و إصراره أمام العقبات و العراقيل التي قد يتعرض لها أثناء سعيه لبلوغ هذه الأهداف.

2- مصادر الكفاءة الذاتية:

يرى 1998 Bandura أن معتقدات الأفراد حول فعاليتهم الذاتية يمكن أن تنمي من خلال أربعة مصادر أساسية مؤثرة:

2-1- الأداءات الفعالة:

و هي أكثر المصادر تأثيرا على خلق إحساس قوي بالكفاءة الذاتية حيث تبني النجاحات اعتقادا قويا من قبل الأفراد بفعاليتهم، على نقيض الإخفاقات المتكررة التي تضعف هذا الاعتقاد، لاسيما إذا حدث الإخفاق قبل أن يتم التأكيد التام لدى الفرد بفعاليتهم الذاتية. (P.72) إذ تقدم التجارب ذات الدلالة في حياة الفرد، الأدلة الفعلية على مدى إمكانية سيطرته أو نجاحه فيما يسعى إلى تحقيقه، مما يعزز اقتناعه بامتلاكه للكفاءات الشخصية، إلا أن أثر هذه الانجازات على اعتقادات الفرد أو ادراكاته لكفاءته الذاتية يتوقف على طبيعة هذه الإنجازات و قيمتها المدركة و مدى تقدير المجتمع و الأشخاص المهمين في حياة الفرد لهذه الانجازات. (محمد الزيات، 2001، ص511).

* و يرى 1998 Bandura في هذا الشأن أن اقتصار تجارب الأفراد على نجاحات سهلة يجعلهم يتوقعون نتائج سريعة، مما يعرضهم للإحباط بمجرد مواجهة عقبات بسيطة، في حين أن المعنى المرن للكفاءة الذاتية يقتضي تجارب يتم فيها التغلب على العراقيل بواسطة المجهود الشخصي المبذول من قبل الأفراد، لذلك تقدم بعض العقبات و العراقيل التي يواجهها الأفراد في مساعيهم أهدافا مفيدة في تعليم أن النجاحات عادة تتطلب تقوية المجهود،

و من ثم يقتنع الأفراد بامتلاكهم القدرات اللازمة فيثابرون لمواجهة العراقيل و يتسنى لهم استرجاع قدراتهم بسرعة عقب الإخفاق. (p.72).

* و بالمقابل تكرار الأداء الناجح في نشاط معين، ينمي إحساس الفرد بالكفاءة الذاتية، و يزيد من ثقته بقدرته على أداء السلوكات المناسبة.

* و في مجال الصحة السلوكية، تتكون معلومات الأفراد المتعلقة بالكفاءة الذاتية، من خلال النشاط اليومي، حيث يميل الأفراد الذين تنقصهم الكفاءة الذاتية الخاصة بجانب سلوكي معين إلى زيادة الاعتقاد بكفاءتهم الشخصية، بعد ممارسة هذا السلوك بانتظام خلال فترة زمنية معينة.

مثلا: الأفراد الذين يحافظون على وزن سليم، لديهم إحساس قوي بالفاعلية الذاتية، نتيجة لقدرتهم على المداومة على ممارسة العادات الغذائية السليمة. (عثمان، ص.105)

2-2- النمذجة أو الخبرات البديلة:

تؤثر النمذجة تأثيرا قويا على الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، من خلال تأثر الأفراد بأدراك تشابه النماذج. (Bandura, p.73)

• حيث يميل الفرد إلى ملاحظة غيره من الناس للاستفادة من خبراتهم و انجازاتهم، لأن ملاحظة الآخرين و تقليدهم و خاصة النماذج الإيجابية منهم، تعد مصدرا لاكتساب المهارات المفيدة كما تنقل الإحساس بالكفاءة الذاتية في تحقيق ممارسات ناجحة مثلهم، فحسب مبدأ النمذجة: يدرك الأفراد هذه القدرات من خلال مقارنة أنفسهم بغيرهم من الناس. (عثمان، ص.105)

• إذ يتجه الأفراد إلى البحث عن نماذج تملك كفاءات، يطمحون إلى اكتسابها، و تسمح هذه النماذج بنقل إدراكات، تجعلهم يتعلمون ملاحظة المهارات الفعالة، و اكتساب استراتيجيات ملائمة تسيير المطالب المحيطة (Galand et Vanlede, 2004, p.8) و تعد هذه الخبرات الناجحة للنماذج مصدر تعزيز و تنمية للكفاءة الذاتية، فقد ينمي اعتقاد الفرد بفاعليته الذاتية

الخاصة بمزاولة برنامج نشاط معين على مدى شهور، إذا رأى صديق له يتمتع بإمكانية مماثلة، قد نجح في ذلك النشاط، و في نفس الوقت فشل الآخرين في الأداء، قد يقلل من هذه الفعالية. (عثمان، ص.105)

• في حين أن ملاحظة الفرد لنماذج جد مختلفة عنه، تجعله يعتقد بأن كفاءته الذاتية لا تتأثر كثيرا بهذه النماذج السلوكية، وكذلك بالنتائج الناجمة عنها.

2-3- الإقناع الاجتماعي:

الإقناع الاجتماعي هو المصدر الثالث الذي يقوي معتقدات الأفراد بقدراتهم الذاتية على النجاح في النشاطات التي يقومون بها، حيث يعتمد الناس في هذا الشأن على آراء الآخرين و انطباعاتهم بصفة كبيرة في محاولة اقتناعهم بشأن قدراتهم على تحقيق إنجازات هامة في حياتهم. (Joet et Breassoux, 2007, p.2)

حيث يساهم التشجيع الذي يتلقاه الأفراد من قبل الآخرين على إدراك الكفاءة الذاتية، من خلال توجيههم إلى المحاولة دون كلل لبلوغ النجاح، فينمون مهارتهم، و يطورون إحساسهم بفعاليتهم الذاتية، غير أنه من الصعب ترسيخ اعتقادات قوية بالفعالية لدى الأفراد من خلال الإقناع الاجتماعي فقط، كما أن التشجيعات غير الواقعية سرعان ما تنفي نتيجة للإحباطات. (Galand et Vanlede , p.10)

و يتجه الأفراد الذين يقتنعون بافتقارهم إلى القدرات، إلى تفادي التحديات و الأنشطة التي تصقل إمكانياتهم، و يستسلمون بسرعة أمام الصعوبات، عبر تقليص حجم أنشطتهم، و تراجع دافعيتهم، مما يؤدي إلى غياب الاعتقاد بقدراتهم على تبني سلوكات ناجحة.

و يجد Bandura 1994 أن الأفراد الذين يقتنعون لفظيا بامتلاكهم القدرات على النجاح في انجاز نشاطات معينة، لديهم إمكانية لتعبئة مجهودات أكبر و تحمل عقبات أشد، مقارنة بالذين يضمرون اعتقادات متدنية بكفاءاتهم الذاتية، ويشعرون بالعجز عندما تظهر العقابيل أمامهم. (p74)

و تساهم التغذية الرجعية الإيجابية للإمكانات الشخصية برفع مستوى الكفاءة الذاتية، كما يساهم السياق الاجتماعي و الإطار الثقافي المدعم لدور المجهود الذاتي للفرد، في تعزيز اتجاهات موجبة نحو تعظيم دور العمل المنتج القائم على الجهد الذاتي النشط للفرد.(محمد الزيات، ص.516).

2-4- الحالة الفيزيولوجية والانفعالية:

تؤثر الحالة الفيزيولوجية و الانفعالية على الكفاءة الذاتية، وعلى مختلف مجالات الوظائف العقلية و المعرفية و الحسية و العصبية، حيث يعتمد الأفراد على حالاتهم الجسدية و الانفعالية للحكم على قدراتهم، إذ يفسرون استجاباتهم للضغوط كعلامات لهشاشتهم، و ضعف كفاءتهم.(Bandura, p.74)

• إن الأفراد الذين لا تبدو عليهم الاستثارة الفيزيولوجية، عند تعاملهم مع مواقف معينة يتمتعون بإحساس متزايد بالكفاءة في مواجهة ذلك التحي بنجاح، و بالتالي هم أكثر احتمالا من غيرهم للنجاح في مختلف مساعيهم.
(عثمان، ص.106).

و يرى Bandura 1994 أن الفرد يميل عند ممارسته الأنشطة التي تتطلب القوة و القدرة على الاحتمال، إلى الحكم على إرهابه و ألمه بمثابة علامات للوهن الفيزيولوجي، لذلك تلعب المؤشرات الفيزيولوجية للكفاءة دورا هاما في التأثير على الأنشطة الصحية، و ممارسة الرياضة و غيرها من الوظائف الفيزيولوجية، وفي هذا الشأن لا تؤثر الضغوط و الاستجابات الفيزيولوجية لها بقدر التأثير الذي تلعبه إدراكات و تفسيرات الأفراد له.

• كما تؤثر الحالة الانفعالية على حكم الأفراد على كفاءتهم الذاتية، فالانفعالات الإيجابية تعزز هذه الكفاءة و تقويها. و يجد هؤلاء أن حالاتهم الانفعالية تعمل بمثابة طاقة داعمة لإحساسهم بالفعالية، في حين تساهم الانفعالات السلبية المشحونة بالاكتئاب و القلق في إضعاف اعتقاداتهم بالكفاءة الذاتية.(P.75)

3- مستويات تأثير الكفاءة الذاتية:

تحدد اعتقادات الأفراد بالكفاءة الذاتية، الطريقة التي يشعرون بها، ويفكرون، ويدفعون أنفسهم للإنجاز وتبني استراتيجيات فعالة لمواجهة المواقف المختلفة، لذلك فهي تمارس تأثيرات متنوعة على أربع عمليات أساسية، تشتمل على: السيرورات المعرفية، سيرورات الدافعية، السيرورات الانفعالية سيرورات الانتقاء.

(Bandura, p.45).

3-1- السيرورات المعرفية:

يتم تبني السلوكات بالنظر إلى التنظيم المعرفي الذي يدمج تقييم الأهداف، فالأساليب السلوكية تنظم أوليا في التفكير (Bandura, p.71) باعتبارها سلوكات هادفة ثم تخضع لتنظيم الأفكار أو التصورات المعرفية التي تشتمل على أهداف واضحة وتتضمن خطة مدروسة لتحقيقها. (عثمان، ص.107)

كما تتأثر خلفية هذه الأهداف بتقييمات الأفراد لقدراتهم، إذ ترتبط قوة ومرونة إدراك الكفاءة الذاتية للأفراد بالاعتماد على التفكير التحليلي الإيجابي، الذي يعود عليهم بنتائج قيمة، ويتسم هؤلاء الأفراد بالثبات والإصرار أكثر على بلوغ الأهداف الراقية وخوض التحديات الأكثر إثارة، كما توجه اعتقادات الأفراد بكفاءتهم، أنماط توقعاتهم للإنجازات التي يطمحون إليها، ويميلون إلى تكرارها، بينما يكون الأفراد الذين لديهم مستويات متدنية من الكفاءة الذاتية أكثر شكا في إمكانية مواجهتهم الصعاب والمعوقات عند تحقيق أهدافهم، لذلك تتدنى مستويات طموحهم وكذلك أدائهم.

3-2- سيرورات الدافعية:

تلعب اعتقادات الكفاءة الذاتية دورا مفتاحيا في التنظيم الذاتي للدافعية. ويرى Stajkovic وLuthans 1998 أن تأثير هذه المعتقدات على الدافعية يتم من خلال تحديد الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم، وتحديد حجم الجهد المستهلك وكذلك المدى الذين يبلغونه في

إصرارهم ومثابرتهم في مواجهة العراقيين التي قد تعترضهم، فكلما ارتفعت الإدراكات المتعلقة بالفعالية الذاتية، كانت الأهداف راقية أكثر، وحجم الجهد المبذول في سبيلها أكبر، وكانت المثابرة والإصرار لبلوغ هذه النجاحات أشد. (Lawrence et Olivier, p.401) و تعمل الدوافع لدى هذه الفئة من الأفراد، على تعزيز قدراتهم في مواجهة الأهداف صعبة التحقيق، لذلك فهم يستفيدون بدرجة عالية من مواقف التدريب.

- وتشكل القدرة على ممارسة التأثير الذاتي بالأهداف والتحديات وتقييم النتائج المحققة، آلية معرفية هامة للدافعية، تسمح كذلك بالتنبؤ بمستويات الأداءات اللاحقة، وبالتالي تعزيز الكفاءة الذاتية. (Bandura, pp.73-74)

3-3- السيرورات الانفعالية:

تؤثر معتقدات الأفراد بكفاءتهم الذاتية في قدراتهم على مواجهة المواقف الصعبة التي تعترضهم، وما ينجم عنها من الضغوط المؤدية للقلق والاكتئاب، إذ يمارس إدراك الكفاءة الذاتية تحكما أعلى من الدور الرئيسي الذي تلعبه الضغوط في إثارة القلق، ولا يتأثر مستوى هذا القلق بإدراكات المواجهة الفعالة فحسب، وإنما بإدراكات الكفاءة في التحكم في التفكير المؤدي للقلق.

ويرى Bandura 1998 أن أدراك الكفاءة في التحكم في سيرورات التفكير يمثل عاملا جوهريا لتنظيم التفكير المؤدي للقلق والاكتئاب، فالأفراد الذين يعتقدون أنهم عاجزين عن تسيير هذه التهديدات يعانون قلقا أعلى ممن يعتقدون بقدرتهم على التحكم في تهديدات الضغوط والعراقيين، انطلاقا من اعتقادهم بمدى قدرتهم على مواجهتها، ولكنهم يستمرون في ممارسة استراتيجيات مواجهة غير كافية وينظرون لكثير من الأحداث في حياتهم نظرة تشاؤمية، وتبدو لهم محفوفة بالتهديدات والمخاطر، ومن ثم يبالغون في الخوف من العراقيين العاديين، ويقلقون بشأن الأحداث المفاجئة، وبسبب الأساليب غير فعالة يتضايقون، ويخفقون في إتمام مهامهم بنجاح، (p.75) لذلك يطورون اضطرابات جسدية ناجمة عن الفشل في

مواجهة الضغوط مثل: الكف المناعي، وكذلك سرعة تطور أعراض المرض. (جميل رضوان، ص.30)

* في حين تنظم إدراكات القدرة الذاتية على المواجهة اجتناب بعض السلوكات المثيرة للقلق، لذلك فإن الأفراد الذين لديهم إدراكات كفاءة عالية يواجهون الإحباطات التي يتعرضون لها، ويتغلبون على مصادرها، ويتدربون على تطوير استراتيجيات مواجهة، تركز على ممارسة التحكم على البيئة التي يعيشون فيها، وعلى المخاوف والقلق الذي يعانون منه. (Bandure, p.75)

3-4- سيرورات الانتقاء:

تؤثر معتقدات الفرد بالكفاءة الذاتية على اختياراته سوى للسلوكات والمهام التي يتجهون إلى ممارستها أو للبيئة التي يتفاعلون على مستواها، (عثمان يخاف، ص.108)، وبالتالي على اتجاهاتهم، وصقل مهاراتهم وقدراتهم وتنميتها.

فالأفراد الذين لديهم مستويات مرتفعة من الكفاءة الذاتية، يتجهون إلى اختيار المهام التي يشعرون فيها بقدر عال من الثقة والإنجاز، دون تجنب التحديات الصعبة التي قد تعترض نشاطاتهم، لثقتهم بقدراتهم على النجاح والاستفادة وتنمية الكفاءات من خلال هذه الاختيارات. (Bandura, p.75)

في حين يتجه الأفراد الذين يعتقدون بتدني كفاءتهم الذاتية إلى اختيار مواقف سلوكية سهلة مع العمل على تجنب مواجهة التحديات أو العقاقيل التي قد تتهدد استمرارهم في ممارسة ذلك السلوك. ومن أمثلة ذلك الأفراد الذين أقلعوا حديثاً من التدخين، يتجنبون المواقف الحافلة بهذا السلوك خوفاً من الانتكاس، ويختارون مواقف يكون لهم فيها تحكم أكبر في مقاومة رغبتهم في العودة إلى التدخين. (عثمان، ص.108).

4- التأثيرات البيولوجية للكفاءة الذاتية:

يمكن للفعالية الذاتية تنشيط عمليات حيوية عديدة، تعمل بمثابة وسائط في حالة الصحة والمرض، حيث يظهر قسط كبير من الآثار البيولوجية للكفاءة الذاتية، عندما يواجه الفرد

عوامل ضاغطة، حادة أو مزمنة في الحياة اليومية. (Bandura, p.397) وتتماها كما لا يكون لهذه الضغوط أثر عندما يمكن للجسم التحكم بها، فان التعرض لنفس العوامل دون إدراك إمكانية التحكم بها يترك آثار سيئة على الجسم، من خلال تأثيرها على المستوى العصبي الغددي، إذ تؤكد الدراسات الوبائية والإرتباطية بأن غياب التحكم السلوكي المدرك، على الضغوط المحيطية يفاقم هشاشة الجسم للأمراض البكتيرية، والفيروسية، مما يسبب ظهور اضطرابات فيزيولوجية، ويسرع تطور الأمراض. (Santiago - Delefos, p.31) وهنا يأتي دور الفعالية الذاتية في التأثير على بيولوجيا الجسم، والذي يمكن شرحه من خلال:

4-1- مواجهة الضغوط:

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

ويرى Chawarzer 1992 أن إدراك القدرة على التحكم الذاتي، يسهل النشاط الإنساني، و تمثل الكفاءة الذاتية مظهرا هاما من مظاهر هذا الإحساس بالتحكم، كما يؤكد 1993 Cozzarelli عقب دراسة قام بها على عينة من النساء يتعرضن للإجهاد، على أهمية الكفاءة الذاتية في التكيف مع الضغوط، و تجاوزها، و قد أكدت الدراسة على تأثير أبعاد الشخصية مثل تقدير الذات، و التفاؤلية، إلا أن أثرها يفسر بعزوه إلى أثر الكفاءة الذاتية. (Lawrence et Olivier, p400)

و في الوقت الذي تؤكد الدراسات أن الكفاءة الذاتية تعد بمثابة وسيط معرفي أساسي أمام الاستجابات البيولوجية، فإن ضعف الاعتقاد بالكفاءة الذاتية في مواجهة الأحداث الضاغطة ، يساهم في تراجع نشاط الأفراد عموما. (Bandura, p 397) و يجعلهم أكثر هشاشة و أقل مقاومة للأمراض، من خلال تأثيرها المثبت على الجهاز المناعي، وكذلك أثر الضغوط على الوظائف البيولوجية. (جميل رضوان، ص.32)

4-2- تنشيط إفراز الكاتيكولامينات:

الكاتيكولامينات: Les catécholamines: هي نواقل عصبية تلعب دورا أساسيا في الآليات التي تربط الدماغ بباقي الجسم، وإفراز هرمونات الضغط التي تحفز الجسد للاستجابة، لمواجهة الضغوط.

و تؤكد دراسة الاستجابات البيولوجية للتهديدات المدركة، تحت مختلف مستويات الكفاءة الذاتية على نتائج متباينة، حيث يرتبط غياب الاعتقاد بالكفاءة الذاتية باستجابات بيولوجية مكثفة للتهديدات، عبر زيادة معتبرة في إفراز الكاتيكولامينات: (Dopac, épinéphrine, norépinéphrine)، و في حين ينخفض الناقلين العصبيين الآخرين، يستمر ارتفاع Dopac الذي يتحفز إفرازه بمجرد إدراك بسيط بأن التهديدات المحيطية تتجاوز إدراك الفرد لقدرته على مواجهتها و التغلب عليها، على الرغم من زوال الوضعية المهددة التي حفزت إفرازه في المرة الأولى.

و بعد تعزيز الكفاءة الذاتية لدى هؤلاء الأفراد، يبقى إفراز هذه النواقل العصبية منخفضا نسبيا، بالرغم من التعرض لنفس الوضعية المهددة، و هو ما يعزز الفكرة التي مفادها أن: الكفاءة الذاتية تلعب دور وسيط معرفي (إدراك للقدرات و الكفاءات)، في الاستجابات البيولوجية التي تؤثر على صحة الفرد و كذلك مرضه. (Bandura, pp400, 401)

4-3- تنشيط الأندورفين:

Les endorphines: هي هرمونات تفرز من قبل منطقة تحت المهاد (Hypothalamus) وتلعب دور المورفين (Morphine) في وقف الألم. (Morin, 2003, p.308)

وتتدخل هذه المواد زيادة على تنظيم الألم، في الوساطة لآثار الضغوط غير المتحكم بها على الكفاءة المناعية.

ويؤكد Bandura 1988 أن غياب الاعتقاد بالكفاءة الذاتية في القدرة على مواجهة الضغوط هو ما يؤدي إلى تحريض إفراز هذه المواد، الأمر الذي أكدته الدراسة التي قام بها 1988 Bandura et al من خلال قياس القدرة على تحمل الألم الناجم عن وضع أفراد

عينة الدراسة أياديهم في الماء المتجمد ، بعد تلقيهم مادة La nafloxxone: وهي مادة توقف الأثر المهدئ للألم للدورفين، بالأخذ بعين الاعتبار الفروق الموجودة بينهم في مستويات الكفاءة الذاتية.

وخلصت الدراسة إلى أن الأفراد الذين كان إدراكهم لمستوى الكفاءة الذاتية مرتفعاً، وبالتالي قدرتهم على السيطرة على المواقف المهددة، والحفاظ على مستوى ضغط متدني، لم يحرص لديهم إفراز الأندورفين ولم تتأثر قدرتهم على تحمل الألم بمادة La nafloxxone على عكس الذين كان مستوى إدراكهم لكفاءتهم الذاتية متدنياً، و الذين أحسوا بمستوى مرتفع من الضغط، أبدوا قدرة على تحمل الألم، إلا أنهم سرعان ما وجدوه غير قابل للتحمل عندما بدأ تأثير مادة La nafloxxone.

فإفراز الأندورفين لا ينجم عن تحريضه بسبب التنبيهات المؤلمة، وإنما بسبب الضغط النفسي المدرك، المرتبط بغياب إدراك القدرة على المواجهة الناجحة للوضعية المؤدية للإحساس بالألم. (p402)

4-4- تنشيط الجهاز العصبي الذاتي:

تؤكد الدراسات على أهمية الاعتقاد بالكفاءة الذاتية، في التأثير على مختلف أجهزة الجسم، ومن بينها الجهاز العصبي الذاتي، حيث في دراسة قام بها Bandura et al 1982، لدى مرضى مصابين بفوبيا الثعابين، تم التعزيز التدريجي لاعتقادهم بكفاءتهم الذاتية، من خلال تجارب النمذجة والتحكم، ثم قيست مستويات الضغط ونشاط الجهاز العصبي الذاتي، من خلال الاستجابة للتهديد المخيف المتزايد تدريجياً.

حيث سجل تسارع في الإيقاع القلبي، و ارتفاع في الضغط الشرياني مقارنة بالحالة العادية، - أي الحالة التي تسبق التعرض للتهديد- و لم يظهر الأفراد الذين كان إدراكهم لمستوى كفاءتهم الذاتية مرتفعاً، اضطراباً كبيراً، بالقدر الذي أبداه ذوي الكفاءة الذاتية المتدنية، و أكدت الدراسة على أن التغيرات التي تطرأ على مستوى الجهاز العصبي الذاتي، تتم عندما يتجنب هؤلاء الأفراد مواجهة المواقف التي يعتقدون أنها تفوق قدراتهم. و هي الفكرة التي

تدعمت عندما تم تعزيز اعتقادهم بكفاءتهم الذاتية، حيث أصبح بمقدورهم مواجهة نفس المواقف السابقة دون أن يطرأ أي ارتفاع في نشاط الجهاز العصبي الذاتي.

(pp398, 399)

4-5- التأثير على الجهاز المناعي:

تؤكد الكفاءة الذاتية على الجهاز المناعي من خلال إدراك القدرة على مواجهة المواقف الضاغطة، إذ تقلل الكفاءة الذاتية من الخبرة الضاغطة وكذلك من النزعة إلى الاكتئاب عند مواجهتها، وهذا ما تدعمه الدراسات التجريبية التي توصلت إلى أن الأفراد الذين تعرضوا لمثيرات ضاغطة و كان إدراكهم لقدرتهم على مواجهتها مرتفعاً، أبدوا تغييرات أقل في مستوى الكفاءة المناعية، كما ارتبط الشعور بالرضا عن الكفاءة الذاتية و الإحساس بإمكانية مواجهة الضغوط و التحم بها والقدرة على إدارتها بمعدلات أعلى في عدد الخلايا المناعية البائية، (تايلور، ص.787) في الوقت الذي تؤكد دراسات أخرى على ارتباط تدني مستويات الاعتقاد بالكفاءة الذاتية بالكف المناعي، و بالأمراض الأخرى المترتبة جراء ذلك.(جميل رضوان، ص.30)

خلاصة:

من خلال هذا الفصل، الذي عرضنا فيه أهم الجوانب النظرية للكفاءة الذاتية، المتمثلة في: تعريفها، أنواعها، مصادرها، مستويات تأثيرها، تأثيراتها البيولوجية، حاولنا إيضاح أهمية الاعتقاد بالفعالية الشخصية في الالتزام بالممارسة الصحية الايجابية، من خلال كونها آلية نفسية فعالة يتعدى تأثيرها الممارسات السلوكية، إلى الآثار البيولوجية، وسنحاول في الفصل الموالي إلى إيضاح أهميتها بالنسبة لمسألة تقبل العلاج كما أكدتها عديد الدراسات و البحوث.

الفصل الثالث

تقبل العلاج

الفصل الثالث: تقبل العلاج

تمهيد

1- تعريف تقبل العلاج.

2- العوامل المحددة لتقبل العلاج.

1-2- العوامل المرتبطة بالمريض.

2-2- العوامل المرتبطة بالمرض.

2-3- العوامل المرتبطة بالعلاج.

2-4- العوامل الاجتماعية الاقتصادية.

2-5- العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب/مريض.

3- النماذج النظرية المفسرة لتقبل العلاج.

1-3- نموذج المعتقدات الصحية لـ Rosenstock 1974.

2-3- نموذج السلوك المخطط لـ Ajzen et Fishbein 1975 .

3-3- نموذج التمثيلات الصحية لـ Leventhal 1980 .

4-3- نموذج التقبل الصحي لـ Heiby et Carlson 1986 .

4- مراحل تقبل العلاج.

5- طرق تقييم تقبل العلاج.

1-5- طرق التقييم المباشرة.

2-5- طرق التقييم غير المباشرة.

6- الكفاءة الذاتية في مجال تقبل العلاج.

خلاصة.

تمهيد:

• استخدم مفهوم تقبل العلاج، اعتمادا على مصطلحات عديدة، من قبل العلماء في مصادر علمية متنوعة للاستدلال على نفس الفكرة التي عرفت تطورا تدريجيا قبل بلوغ المعنى الراهن. ويعود أصل هذا المصطلح إلى إطار الممارسة أو المشاركة الدينية في الطاعة

أو الإذعان لقاعدة دينية معينة. (Bauer et Tessier, 2001, p.6).

وقد ظهر في المجال الصحي بداية تحت تسمية سلوك الإذعان الصحي أو ما يعرف بالإذعان للنصيحة الطبية، رجوعا إلى التسمية الانجليزية Compliance المشتقة من الفعل:

to comply أي خضع وأذعن، وذلك عام 1975 (Gauchet, p.20) والتي اعتمدت بداية في الفيزياء للدلالة على خصائص الأجسام المرنة (المرونة المكونة نتيجة القوة الممارسة على كتلة الجسم). (Bauer et Tessier, p.6).

ثم استعير هذا المصطلح في المجال الطبي للاستدلال على خضوع المريض لتوصيات الطبيب كميًا ونوعيًا، والتزامه بالحمية الغذائية و السلوكات الصحية وإدماجها ضمن أسلوب الحياة، فهو سلوك ناجم أساسا عن الثقة الممنوحة بالأولوية للسلطة الطبية. (Gauchet, p.20)

وجاء اعتماده نتيجة لجملة من العوامل منها تطور الصيدلة الحديثة وزيادة الاهتمام بمشاركة المريض في نظم الرعاية والعلاج، وكذلك ظهور أخصائيين جدد ضمن فريق الرعاية الطبية (أخصائي نفسي، أخصائي تربوي، أخصائي اجتماعي، أخصائي في علم الأوبئة.....) وهو ما ساهم في فهم علاقة المريض بالعلاج.

ولكن البحوث التي أوردت احتمال عدم إذعان لمريض للنظم الطبية بنسبة 100%، جلبت تقارير حول العوامل المؤثرة على هذا السلوك، أدخلت مصطلح تقبل العلاج أو ما يعرف بـ «L'observance thérapeutique» لتأخذ بعين الاعتبار دور المريض في السيرورة العلاجية ومدى تأثيره على القرار العلاجي، ودل المفهوم على: "مجموعة السلوكات الصحية التي لتقتصر على الالتزام الكمي والنوعي بتناول الأدوية، واحترام المواعيد الطبية،

والالتزام بالحمية الغذائية وممارسة التمارين الرياضية بعد الإصابة بالمرض (Stanley et al, 2005, p.76) وإنما هو سلوك شامل ، يتجاوزها إلى السلوكيات الوقائية قبل وبعد تشخيص الإصابة بالمرض مثل:

• الإقلاع عن التدخين.

• استخدام الواقيات.

• تفادي السلوكيات الجنسية غير الآمنة.

ففي هذه الحالة يرتبط تقبل العلاج بنمط من السيرورات المعرفية للمريض، والتي تقوده إلى الاتجاه للبحث عن معلومات حول مرضه، لفهم حالته الصحية بشكل أفضل، واختيار سبل لمواجهة هذه الوضعيات مع الأخذ بعين الاعتبار الدور الهام الذي تلعبه العوامل الأخرى في تحديد استجابات المريض للعلاج. (Gauchet, p.21)

واستنادا إلى ما سبق ذكره، حاولت الطالبة في هذا الفصل الإلمام بجوانب الموضوع، في حدود المعلومات النظرية المتاحة، من خلال التعرض إلى: تعريف تقبل العلاج، العوامل المحددة له، النظريات المفسرة، مراحل تقبل العلاج، وأخيرا الكفاءة الذاتية في مجال تقبل العلاج ثم خاتمة الفصل.

1- تعريف تقبل العلاج

1-1- التعريف اللغوي:

- هو الالتزام بوصفة أو بقانون أو الامتثال لقاعدة سلوكية أو دينية.

(Garnier et Karoubi, p.955)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

- عرفه Haynes 1979 :

بمثابة درجة اتفاق سلوكيات المريض مع الإرشادات المتعلقة بالدواء أو بالصحة. (Fisher, p.229)

- ويعرف تقبل العلاج على أنه :

درجة الانسجام (الموافقة) بين سلوك الفرد فيما يتعلق بتناول الجرعات الدوائية، إتباع الحماية، أو تعديل أسلوب الحياة والصفات والتوصيات الطبية. (Marcelli et Braconnier, 2008, p.634)

- وترى Tourette Turgis 2002 أن تقبل العلاج هو:

مفهوم يدل على قدرات الفرد على أخذ دوائه حسب التعليمات المقدمة له، وتتأثر هذه القدرات سلباً أو إيجاباً بمجموعة من العوامل المساهمة، المتفاعلة فيما بينها والتي يمكن أن تكون:

- معرفية: التمثيلات، المعلومات، التوقعات، الدافعية.

- سلوكية: العادات، التنظيم، كيفية التصرف.

- انفعالية: القلق، الإجهاد، الحياة العاطفية، الحالة الانفعالية السلبية.

- اجتماعية: تشمل ظروف الحياة، مستوى المساندة الاجتماعية، الوسم (الفضح)، نوعية التكفل

الصحي والاجتماعي. (Tourette-Turgis et Rébillon, 2002, p.3)

• ويعرفه 2006 Patrick :

هو السلوك الذي يتبع المريض من خلال ممارسته، دواءه بالدقة والانضباط الأمثل، حسب الشروط المحددة والمفسرة من قبل الطبيب: الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء، من حيث الجرعات، طرق الاستخدام، كمية الدواء، احترام المدى بين الجرعات ، شروط التغذية و الشرب أو المواد التي قد تغير من حركية الدواء .(تفاعلاته). (p.23)

• وتعتبره المنظمة العالمية للصحة (OMS) 2003 :

بمثابة الإجراء الذي تماثل بموجبه سلوكات المريض، المتعلقة بتناول أدويته، الالتزام بالحمية الغذائية وتعديل أسلوب الحياة، توصيات القائم على الرعاية الصحية (الطبيب، الممرض...) (Celis et al, p.8)

• فتقبل العلاج إذا هو سلوك صحي يتعلق بتطابق عدد من الممارسات كتناول الأدوية وإتباع الحمية الغذائية وممارسة التمارين الرياضية وغيرها من السلوكات الصحية، التي تدخل ضمن نطاق تعديل أسلوب الحياة ، مع توصيات وتعليمات القائم على الرعاية الصحية للمريض.

2- العوامل المحددة لتقبل العلاج:

يمر المريض بمرحلة لا تزال الأعراض فيها ساكنة، ويسمح هذا السكون بنسيان المرض أو إبقائه بعيدا عن التفكير، ولما يصبح بدء العلاج أمرا لازما يقره الطبيب، يكون ذلك منعطفًا يشير لدى العديد من المرضى إلى الدخول في المرض، وإدراكه كحقيقة راهنة، تتحكم في الخضوع له- أي للعلاج- ومدى تقبله مجموعة من العوامل حددتها المنظمة العالمية للصحة عام 2003 فيما يلي:

1- عوامل مرتبطة بالمريض.

2- عوامل مرتبطة بالمرض.

3- عوامل مرتبطة بالسيرورة العلاجية.

4- العوامل الاجتماعية و الاقتصادية.

5- العلاقة طبيب/مريض. (Calop, 2007, p.1274)

2-1- العوامل المرتبطة بالمريض:

يعايش المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها، تخضع خلالها تمثلات المريض، ونشاطاته ورغباته للتوتر، وتعاد ملاءمتها من قبل المريض نفسه تبعا لهذه الوضعية، والتي تفرض عليه أدوارا اجتماعية وتكوين أنماط علائقية جديدة.

(Thiery et Quiviger, p.26)

ذلك لأن المرض يقتضي سيرورة تكيف تجاه هذا الواقع الجديد قبل بدء العلاج، لا تتحكم فيها طبيعة المرض أو العلاج فحسب، وإنما معتقدات المريض وانفعالاته وكذلك سوابقه.

ومن المشاكل المطروحة مسألة إنكار المرض من قبل المريض، إنكار خطورته وحتى وجوب تلقي علاج يحد من تفاقمه، (Alvin, 2005, p.397) فيصبح الامتناع عن الإجراءات العلاجية، تعبيراً عن الرغبة في نسيان المرض في وقت قد يكون العلاج عاملاً يذكره به.

فكرة الموت التي قد تظهر في حالة الأمراض المزمنة الخطيرة مثل مرض السرطان، تثير الإحساس بفقدان التحكم الداخلي والخارجي، واستحالة العودة إلى الحالة العادية مما ينجم عنه التقييم السلبي للذات (Fisher, p.147) ويولد مشاعر الحزن والخوف من المرض وأعراضه وتعقيداته ومن الآثار الجانبية للعلاج، زيادة على القلق الناجم عن الأفكار المتصلة بالخوف من الموت، وترتبط جميع هذه العوامل بمستوى منخفض لتقبل العلاج. (Reach, 2006, p.29)

إن مريض السرطان يجد نفسه مصاباً في تكامله الجسدي الداخلي والخارجي فعلى المستوى الداخلي التقدم المميت للورم السرطاني يغزو ويدمر الأنسجة الداخلية للجسد، وعلى المستوى الخارجي تمارس العلاجات المتنوعة اعتداءات متفاوتة على صورة الجسد، وهو ما يظهر

عبر الأعراض الجانبية للعلاج الكيميائي، وهذا ما يقودنا للحديث عن عوامل أخرى متحركة في مدى تقبل العلاج.

2-2- العوامل المرتبطة بالمرض

إن تشخيص الإصابة بالمرض وما ينجر عنه من حتمية الخضوع للعلاج، لا يثير اضطراباً على مستوى المظاهر الداخلية والخارجية للفرد فحسب، فهذا التغير بحكم المرض، وما يفرضه من اختلالات على الوظائف البيولوجية، وما ينجر عنها من آثار نفسية، لا يكون تغيراً إرادياً بمحض إرادة الفرد، يحمل كذلك أبعاداً اجتماعية، وهذه التصورات الاجتماعية للأمراض لا تختلف كلياً عن التصورات التي يكونها المرضى أنفسهم عن مرضهم فالإصابة بالسيدا مثلاً، لا تحمل نفس الدلالة الاجتماعية للإصابة بالسرطان (Fisher, p.147).

لا سيما حين يصبح المرض باعثاً على النبذ و التجريم، فإن هذين العاملين يشكلان عائقاً هاماً أمام تقبل العلاج. (Gauchet, p.33).

• و مما يؤثر على تقبل العلاج غياب أعراض واضحة للمرض – شأن أغلب الأمراض المزمنة – و هو ما يرسخ لدى المريض الاعتقاد بالسلامة الصحية، رغم معاناته من مشكل صحي يستوجب الخضوع للعلاج، كما يمنعه من تقييم فعاليته في حالة الخضوع له. (Reach, p.30).

• كما يتأثر العلاج بمعاونة المريض من أمراض أخرى مصاحبة، تعرقل الالتزام الجيد بعلاج المرض الأول، أو علاجات الأمراض المصاحبة، فتصبح مسألة تقبل العلاج تحدياً صعباً للمريض، يعيق شفاؤه و يحول دون تحسن حالته الصحية. (Patrick, p.23) و مما يطرح في هذا السياق مسألة الخضوع المطول للعلاجات، أي: حالة الأمراض المزمنة التي لا تتوقف عند العلاج المطول فحسب، بل تتعداها إلى التغيرات الكثيرة في أسلوب حياة المريض، والتي قد تكون عسيرة عليه في بعض الأحيان، إذا كانت منفردة فكيف إذا اجتمعت هذه التعديلات مع تعقيدات المرض المزمن ومضاعفاته وتعقيدات العلاج وآثاره الجانبية

والظروف الاجتماعية والاقتصادية، يصبح حينها عدم الالتزام بالعلاج، سلوكا متوقعا ومعقدا في الوقت نفسه.(تاييلور،ص.558)

2-3- العوامل المرتبطة العلاج

لا يجدر اعتبار الخضوع للعلاج أمرا هينا بالنسبة للمريض لأنه يقتضي تغييرا ذاتيا يستوجب التكيف (Fisher, p.237) من خلال ملائمة المعلومات الجديدة مع المعتقدات السابقة ، لذلك تختلف استجابة المريض تبعا لمدة العلاج، و تعقيده، وفعاليته، و للأعراض الجانبية الناجمة عنه.(Reach, p.32) ففي أغلبية الأمراض المزمنة التي تستلزم الخضوع المطول للعلاج دون الشفاء،(Morin, p.178) لا تناقش مسألة تقبل العلاج خلال وقت محدد، وإنما المحافظة على مستوى مرتفع من الالتزام بهذا العلاج على المدى البعيد، و هو ما يتجه إلى الانخفاض بطول مدة العلاج.(Tourette Turgis et Rébillon, p.63) وتتحكم مجموعة من العوامل المرتبطة بالعلاج بتحديد مستوى تقبل المريض له، يمكن إيضاحها فيما يلي:

2-3-1- المعارف المرتبطة بالعلاج:

المعرفة الجيدة بالعلاج وأغراضه ومخاطر الانقطاع عنه أو وجود تفاعلات مع الكحول أو الأغذية أو أدوية أخرى قد يتناولها المريض في وقت واحد مع علاجه، ترتبط هذه المعارف بمستوى جيد لتقبل العلاج. وتحدد بدورها بالمستوى المعرفي للمريض، ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية.(Bauer et Tessier, p.16)

2-3-2- تعقيد النظام العلاجي:

تؤكد الدراسات أن لتعقيد النظام العلاجي أثرا سلبيا على تقبل العلاج سوى من خلال تعدد الجرعات أو تعقيد طرق الاستخدام أو تداخل عدة علاجات في وقت واحد. (De Blic, 2007, p.422) وترى Tourette-Turgis 2001 أن تقبل العلاج في إطار الخضوع

لعلاجات متعددة في وقت واحد، يعد تحديا يجمع الآثار الجانبية لأشكال علاجية مختلفة، تكون تفاعلاتها أقل وضوحا بالنسبة للمريض ولفريق الرعاية الطبية على حد سواء.

(pp.101,102)

و يضيف Celis et al 2008 أن تلقي المريض لعلاج يتضمن أكثر من دواء واحد يضعه في خطر أكبر للانقطاع عن المبكر عن (p.16) كما يؤكد دغمي 2007 أن تعدد الجرعات العلاج، و المواعيد الدوائية يعتبر من أبرز العوامل المؤدية إلى تدني مستوى تقبل العلاج.(p.4).

2-3-3- الاستشفاء:

يؤكد Heidelberg et coll أن 39% فقط من المرضى يحافظون على استقرار الحمية العلاجية لثلاثة أشهر بعد انتهاء فترة الاستشفاء، و يضيف Kruse et coll في دراسة اعتمدت على التعداد الالكتروني للأدوية على 300 مريض ماكث بالمستشفى أن 51% منهم غيروا علاجاتهم خلال الأيام العشرة الأولى التي تلت خروجهم و 48% التزموا بأقل من نصف الأدوية الموصوفة لهم بعد ستة (6) أسابيع من انتهاء الاستشفاء. في حين قدرت نسبة التغيرات التي يحدثها المرضى على علاجاتهم تقدر بـ 30% بعد انتهاء نفس الفترة.

(Bauer et Tessier, p.16).

و ترتفع نسبة تقبل العلاج خلال فترة الاستشفاء بسبب المراقبة الطبية الدائمة، وبالتالي تفادي مشكلات النسيان، أو تغيير مواعيد الجرعات، أو الإنقاص من عددها... الخ

2-3-4- تحسن الأعراض:

مما يؤثر على التقبل الجيد للعلاج فعالية النظام العلاجي أو تحقق الأثر العلاجي المرجو منه والذي قد لا يلاحظ إلا بعد عدة أسابيع من بدء العلاج في الوقت الذي قد تظهر الأعراض الجانبية منذ البداية.(Reach, p.33) وفي هذا الصدد يرى (Bayada et coll) أن عدم

تحسن الأعراض التي يشكو منها المريض، وعدم ملاحظته للأثر العلاجي المرجو من العلاج يعد العامل الأول للانقطاع عنه. (Bauer et Tessier, p.17)

ويؤكد Celis et al 2008 في الدراسة التي اشتملت على 1470 مريضة مصابة بسرطان الثدي، يخضعن للعلاج الهرموني بـ Tamoxiféne ، أن تدهور الحالة الصحية العامة، درجة خطورة المرض وعدم تحسن الأعراض بالرغم من تلقي العلاج، عوامل تؤدي إلى تدني مستوى تقبل المريض للعلاج.

2-3-5- الآثار الجانبية للعلاج:

من أهم دوافع المرضى للانقطاع عن العلاج أو التقبل السيئ له المعاناة من الآثار الجانبية وهي مسألة مطروحة بالنسبة لأغلب علاجات الأمراض المزمنة، إلا أن هنالك ما يرتبط بآثار أكثر حدة وعددا، مثل تلك الناجمة عن العلاج بمضادات البروتيناز في مرض السيدا كما تؤكد الدراسة التي قامت بها Tourette-Turgis سنة 2000 أين اتضح أن الآثار الجانبية لهذه العلاجات شكلت عاملا هاما لانقطاع مرضى السيدا عن علاجهم (Gauchet, p.41) رغم كون الالتزام بالعلاج بنسبة 95% إلى 100% حسب ما جاء في تقرير Delfraissy 2002 يعد ضرورة لضمان فاعلية العلاج في الأمراض الفيروسية. (Centre Régional d'information et de prévention du SIDA (CREPS), 2003, p.3)

* أو الآثار الجانبية الناجمة عن العلاج الكيميائي للسرطان كما أثبتت دراسة Leventhal 1986 لدى عينة من مريضات سرطان الثدي انقطعن عن علاجهن بسبب حدة الأعراض الجانبية لاسيما الغثيان والتقيؤ (Gauchet, p.42) والإرهاق المتواصل التي تنهك مريض السرطان وتؤدي به إلى رفض أي إجراءات علاجية أخرى. (تايلور، ص. 689)

2-4- العوامل الاجتماعية الاقتصادية:

يتوجب الاهتمام بالنسق الاجتماعي الذي يعيش فيه المرضى، ذلك أن النبذ أو الدعم الاجتماعي المدركين يمكن أن يخلق ظروف معرقة أو مؤيدة للتكيف ، وبالتالي يؤثر على تقبل العلاج (Alvin, p.237)

كما تلعب العائلة دورا هاما في دعم تقبل العلاج عبر مساندة المريض من خلال المشاركة النشطة والفعالة عبر الاهتمام بحالته الصحية وتشجيعه والمحافظة على جو الاستقرار العائلي، (Gauchet, p.36). في الوقت الذي قد تؤثر بعض التفاعلات السلبية داخل العائلة (Fisher, p.397) على سلوكيات المريض ومدى التزامه بالعلاج ولا تتوقف المساندة على دعم الأسرة فحسب ، بل تركز على موازنة محيط المريض ككل، وهذا ما تدعمه الدراسات الحديثة منها دراسة :

• 2000 Keenan et Gelberg • 2000 Nyamati et Leake

• 2000 Dressler et Bindon • 2001 Seman

والتي تؤكد في مجملها أن الفرد بإمكانه إدراك وضعيه ما ، بمثابة وضعيه ضاغطة دون الاستجابة بالقلق والاكتئاب ، إذا كان يستفيد من المساندة الاجتماعية، في حين يشكل الدعم الاجتماعي الضعيف عامل هشاشة أمام الضغوطات.

• أهمية وخصوصية الدعم الاجتماعي لا تكمن في مجموع العلاقات ، وإنما نوعية الدعم العاطفي الذي تمثله بالنسبة للمريض، وفي هذا المعنى يتحول الدعم العاطفي الذي يلعب دورا مخففا عبر حماية الفرد ضد الوضعيات المقلقة، إلى مشاعر الأمان التي، تؤكد له إمكانية الاعتماد على الآخر عند الحاجة إليه .

وفي الوقت الذي تختلف بعض الدراسات حول تأكيد أثر متغيرات مثل : الجنس، الطبقة الاجتماعية، الجماعة العرقية، الدين، المستوى الثقافي ، تؤكد دراسات أخرى ارتباط عوامل مثل حداثة السن، (Gauchet, p.37) تدني المستوى المعيشي، البطالة، أزمة السكن بانخفاض مستوى تقبل العلاج.(Tourette Turgis et Rébillon, p.66)

2-5- العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب/ مريض:

تتسبب نوعية العلاقة بين المريض والطبيب بمشكلات الاتصال القائم بينهما ، مما يؤدي إلى غياب الإحساس بالرضا من قبل المريض وهو الأمر الذي يعد أساسا لنجاح عملية الالتزام الجيد بالعلاج.ويمكن تحديد أبرز عوامل فشل العلاقة مريض/طبيب فيما يأتي:

2-5-1- عدم الإصغاء :

تؤكد تايلور 2008 أن الطبيب عادة، يتدخل ليقاطع المريض قبل انتهائه من طرح الأعراض التي يشكو منها ، مما يؤثر على سلامة التواصل بينهما ومن ثم إضعاف التزام المريض بالعلاج.

• حيث يتجه المريض إلى تركيز على الأعراض والآلام التي يعاني منها ، في حين لا يركز الطبيب على هذه الأعراض بقدر ما يهتم بالمرض الكامن وراءها، مما يقلل من إحساس المريض بالرضا اعتقاداً منه أن الطبيب لم يصغ إليه ومن ثم لن يشخص مرضه جيداً، وكل هذه العوامل تؤثر سلباً على تقبل العلاج.

2-5-2- التعامل مع المريض كحالة:

يتعامل الطبيب مع المريض كحالة مرضية ، وليس كشخص وهو ما يعرف بتشيبيئ المريض، وهو عامل أساسي لتدني العلاقة القائمة بين المريض والقائم على رعايته الصحية ، على الرغم من جدواه أحياناً في توفير جو من الهدوء يساعد الطبيب على التركيز، إلا أنه يتسبب في إحساس المريض بعدم الاهتمام، وهو ما يؤثر سلباً على تقبل العلاج سواء من خلال تراجع المرضى عن الالتزام بالإجراءات العلاجية وتقادي الاستشارة الطبية، أو الانتقال من طبيب إلى آخر بحثاً عن طبيب أفضل.(ص ص 543، 541)

وفي هذا الشأن يؤكد 1988 Hall et coll على الارتباط الموجب بين اهتمام الطبيب بوضعية المريض ومعايشته للمرض والصعوبات التي يواجهها من جهة ، ومستوى تقبل العلاج من جهة أخرى.

2-5-3- مستوى الإعلام والفهم:

في دراسة قام بها Ong, Dehaes, Hoos et Lammes عام 1965 ، تؤكد أن تقبل الضعيف للعلاج لا ينجم عن غياب تعاون المريض كما أجمع 60% من الأطباء، وإنما لغياب العاملين: تفسير الطبيب وفهم المريض، وينجم ذلك عن:

• استخدام الطبيب المصطلحات العلمية المتخصصة، التي يعجز المريض عن فهمها، في حين يؤكد Ley 1988 في مراجعة لعدد من الدراسات حول تقبل العلاج، أن عدم تمكن المريض من فهم ما يتعلق بصحته، منذ المعاينة الطبية، وتشخيص المرض، يؤدي حتما إلى عدم تقبل العلاج.

2-5-4- عدم القدرة على تذكر المعلومات:

كثيرا ما ينسى المرضى مواعيد أدويتهم أو حجم جرعاتها، أو مواعيدهم الطبية، مما يؤثر على سيرورات الشفاء، ويزيد من تعقيدات المرض، ويؤثر فهم المعلومة على مستوى تذكر المريض لها، ويؤكد Svarstad 1979 أن 70% من المرضى الذين يفهمون التوصيات الطبية، يتقبلون العلاج على الرغم من عدم تذكرهم إلا لمعلومات قاعدية منها تشخيص المرض، ومع هذا فإن النسيان يؤثر كثيرا على تقبل العلاج إذ تؤكد نفس الدراسة أن 15% فقط من المرضى الذين يرتكبون أخطاء في تذكر المعلومات يتبعون التوصيات الطبية بدقة. (Fisher, pp.238, 239)

3- النماذج النظرية المفسرة لتقبل العلاج:

3-1- نموذج المعتقدات الصحية لـ Rosenstock 1974

ظهر هذا النموذج بداية، من قبل Rosenstock 1974 لتفسير السلوكيات الوقائية، وكان مجديا في مجال التطعيم، الوقاية من ضغط الدم والتدخين، الخضوع للفحوص الطبية بهدف التشخيص المبكر للمرض. (Fisher, p.29) ثم طور للتنبؤ وتفسير السلوكيات المتعلقة بالصحة، مستندا إلى أن إمكانية تبني الفرد سلوكا صحيا تتوقف على إدراك خيارات السلوك المتاح وذلك من خلال تقييم المتغيرات التالية:

1- التهديد المدرك المرتبط بالمرض: والذي يقوم على درجة إحساس الفرد بالهشاشة إزاء المرض (قابلية الإصابة).

2- الشدة المدركة: ويتعلق بمعتقدات ومشاعر الفرد حول خطورة نتائج المرض، كالخوف من أن يؤدي إلى الموت أو أن يتفاقم إذا لم يلتزم بعلاجه.

3- المكاسب المدركة: وتتعلق بمعتقدات الفرد حول مدى نجاعة سلوكيات تقبل العلاج الهادفة إلى التخفيض من تهديد المرض .

4- العوائق المدركة: وتتمثل في العراقيل التي قد تعيق ممارسة السلوك الصحي، أي في هذه الحالة تقبل المريض للعلاج، سواء كانت جسدية أو نفسية أو مادية أو زمنية...الخ
(عثمان، ص.32)

5- السبل لتنفيذ السلوك:

قد تكون داخلية: (أعراض المرض) أو خارجية (نصائح طبيب أو القائم بالرعاية الصحية).
وتكمن أهمية هذا النموذج فيما يتعلق بتقبل العلاج في: الأخذ بعين الاعتبار دور وأهمية التقييمات التي يكونها المرضى عن الوصفات والأدوية الطبية، في الساق الذي يطورون فيه -بشأن تقبلهم العلاج- معتقدات مرتبطة بملائمة السيورة العلاجية، وبالتحديد المدرك الذي يشكله المرض في حد ذاته.

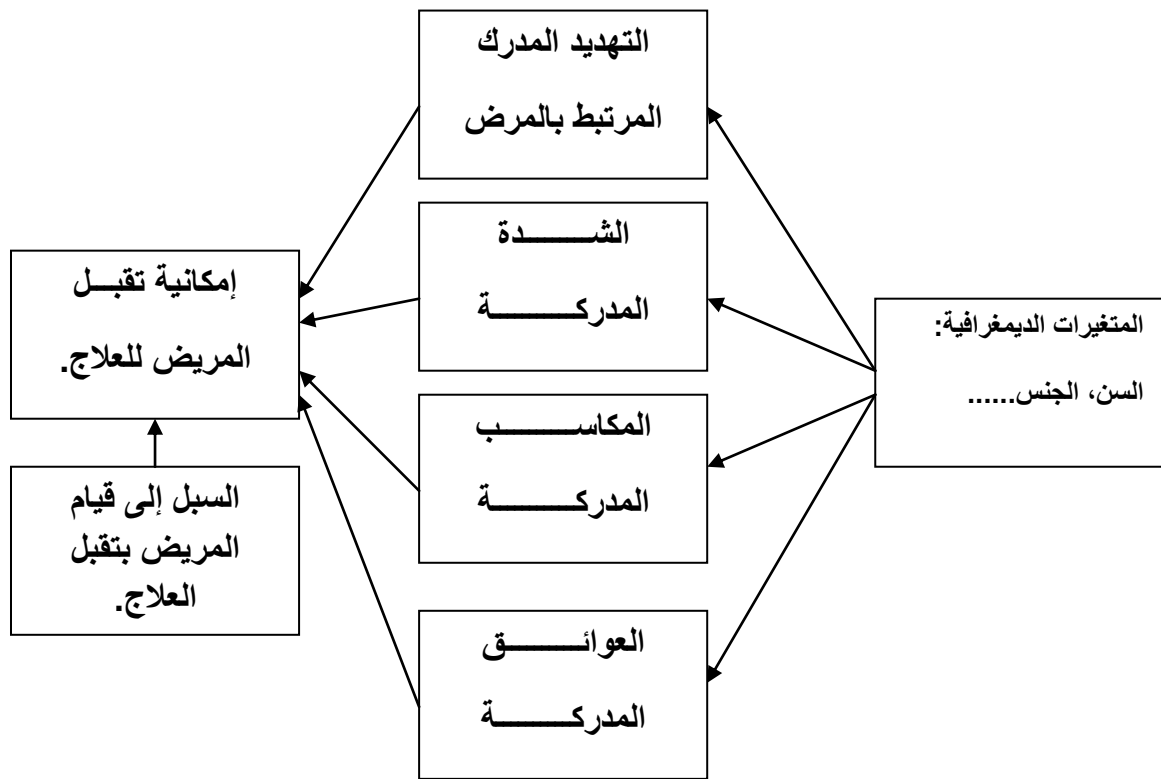
هذا النموذج استخدم في دراسة تقبل العلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم Nelson et coll 1978 ، السكري Alogna 1980 ، إجراء الفحص الذاتي للثدي لدى النساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان الثدي Calnan 1984 ، الالتزام بالحمية الغذائية Urban et coll 1992 ، تقبل علاجات الاضطرابات العقلية Budd et coll 1996 .

وقد أكدت العديد من الأبحاث ملائمة النموذج لاستخدامه واقعيا لوضع استراتيجيات لتحسين تقبل العلاج ، كما أثبت فعاليته في مجال الأمراض المزمنة.(Fisher,pp.233,234)

• انتقد هذا النموذج انطلاقا من استناده إلى المعتقدات لتفسير السلوك دون أن يأخذ بعين الاعتبار الصعوبة المتعلقة بتغيير المعتقدات، كما لم يقدم اقتراحات لتغييرها، كما لم يقدر اقتراحات لتغييرها، مهما أهمية عوامل أخرى يمكنها أن تلعب دورا في تبني السلوكيات الصحية(الاتجاهات، العادات، العوامل المحيطة...الخ)

كما استند إلى فكرة أن الأفراد يقررون تبني السلوكات الصحية بطريقة عقلانية واعية، وهو ما لا يتحقق دائماً، إضافة لذلك لم يأخذ بالحسبان أثر العوامل الاجتماعية على العوامل الفردية للسلوك الصحي (مثلاً: تأثير استحسان الآخرين للسلوك على تبنيه).

• ويرى Zani 2002 في هذا الشأن أن النموذج اعتبر كما لو أن الفرد متحرر من كافة علاقاته الاجتماعية، يتبع منطق اقتصادي فردي قائم على استراتيجيات معرفية لتحقيق الحد الأقصى من المنافع مع الحد الأدنى من التكاليف. (Werle et al,2003,p.6)



الشكل التمثيلي لنموذج المعتقدات الصحية 1974 Rosenstock

(Lévy et al ; 2004 ; P.14)

3-2- نموذج السلوك المخطط لـ *Ajzen et Fishbein* 1975 :

عرف في بدايته بنموذج الفعل المعقول *Modèle de l'action raisonnée* ، لـ: Ajzen و Fishbein ، ولم يبتكر في الأصل لتفسير السلوكيات الصحية، إنما لتفسير العلاقات بين المعتقدات والسلوك بطريقة أكثر شمولاً.

وقد شكل دعماً واسعاً للفكرة التي مفادها أن: المقاصد أو الاهتمامات السلوكية تتأثر بالوضعيات والمعايير الذاتية للمرضى. وخلافاً للنماذج النظرية الأخرى، أدمج هذا النموذج متغير الاهتمام بتبني السلوك كعامل وساطة بين المعتقدات والوضعيات من جهة، والسلوك الفعلي من جهة أخرى.

الفكرة الأساسية لهذا النموذج مفادها أن القرارات المرتبطة بسلوكيات تقبل العلاج تقوم على أساس تقييم منطقي للمعلومات اللازمة، حيث أن:

1- الوضعيات: تتأثر بمعتقدات المرضى حول نتائج السلوك المتبنى، وكذلك تقييم هذه النتائج.

2- المعايير الذاتية: تجمع بين معتقدات المريض بالنسبة لما يتوقعه الآخرون المرجعون منه (الذين لهم أهمية بالنسبة له)، والدافعية إلى قيامه بهذا السلوك حسب توقعات الآخرين (Fisher, pp.120,134)

• وقد أبدا هذا النموذج فاعلية في التنبؤ بمتغيرات هامة في سلوكيات تقبل العلاج مثل الإقلاع عن التدخين، استخدام الواقي، التبرع بالدم، إلا أن الانتقادات الأساسية أبرزت أهمية إدراج متغيرات أخرى ضمن المتغيرات المحددة للاهتمامات السلوكية، وظهر النموذج بمكون جديد هو:

إدراك التحكم في السلوك: ويشير هذا المتغير إلى درجة السهولة أو الصعوبة فيما يتعلق بالسلوك المتبنى.

وأصبح يعرف بنموذج السلوك المخطط (Modèle du comportement planifié) لـ (Fisher, p31). 1991, 1985 Ajzen

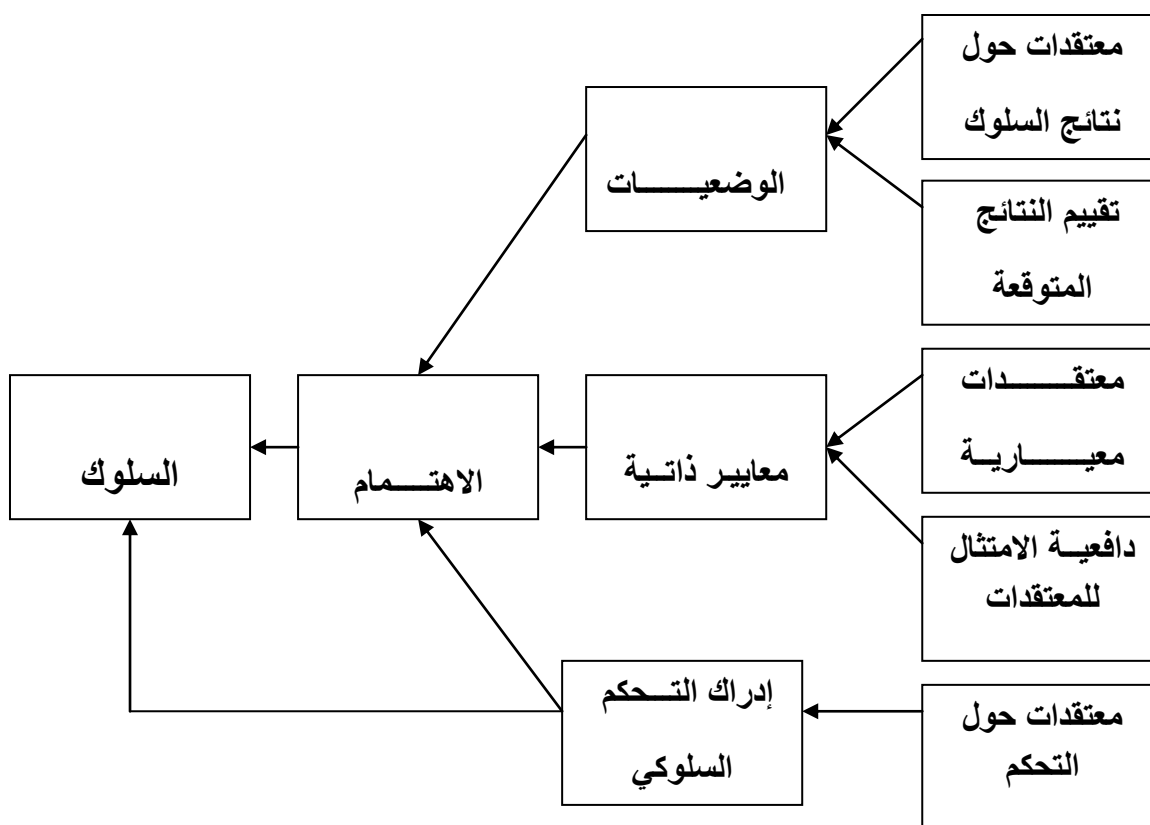
• واعتبر النموذج أن التحكم السلوكي المدرك لديه عواقب على الاهتمامات أو المقاصد السلوكية ، حيث أن الفرد الذي يعتقد أنه لا يملك الفرص أو المصادر لا ينمي اهتماما سلوكيا قويا . (Werle et al , p.10) وهذا المتغير شبيه بمفهوم الكفاءة الذاتية لـ Bandura 1987 إذ يشير إلى القدرة على انجاز سلوك مرغوب فيه.

هذا النموذج طبق أيضا لتفسير تقبل العلاج في ارتفاع الضغط الدموي، أمراض المسالك البولية، التناذر الهوسي الاكتئابي، الالتزام بالحمية الغذائية، ممارسة النشاطات الرياضية، الإقلاع عن التدخين، استخدام الواقي. (Reach, p.40)

ومن بين الانتقادات التي وجهت لنموذج السلوك المخطط إهمال تحليل العوامل التي تفسر كيفية الانتقال من المعتقدات إلى المقاصد أو الاهتمامات، ومن الاهتمامات إلى السلوك، والعلاقة بين إدراك التحكم ومشاكل التحكم الفعلي. (Fisher, p.31)

ويرى Zola 2002 أن التطورات الراهنة لهذا النموذج تهتم بـ:

- 1 -إمكانية إدماج متغيرات أخرى للنموذج قريبة من السلوك.
- 2 -تحليل تأثير السلوك الماضي على السلوك الحالي.
- 3 -دور القيم المعنوية (أي الانتصارات الفردية على ما هو صحيح أو خاطئ).
- 4 -المعطيات المعرفية والمعطيات العاطفية (الرضا، الألم). (Werle et al, p.11)



الشكل التمثيلي لنموذج السلوك المخطط 1991 Ajzen

(Fisher, 2003, p.39)

3-3- نموذج التمثيلات الصحية لـ Leventhal 1980:

طور هذا النموذج من قبل Leventhal 1980-1984 وهو قائم على الفكرة التي مفادها أن الاستجابات السلوكية للتهديدات الصحية هي نتائج للتمثيلات المكونة من قبل المرضى حول المرض الذي يعانون منه. (Reach, p.42)

كما استخدم لتفسير سلوكيات تقبل العلاج انطلاقاً من أن إدراكات مرض معين توجه بطريقة حاسمة جهودات الفرد للتصرف إزاء المرض والأعراض والنتائج الناجمة عنهما: ويستند هذا النموذج إلى ثلاث مسلمات أساسية:

أولاً: أن الفرد هو عامل فعال (نشط) في حل مشكلته، فهو يسعى إلى تخفيض الفارق بين حالته الصحية الراهنة والحالة الصحية التي يتطلع إليها.

ثانياً: التمثلات المعرفية لتهديد المرض توجه سيرورة التكيف وتقييم مخطط التصرف الذي سيتم تبنيه.

ثالثاً: تفترض أن هذه التمثلات هي خاصة بكل فرد ويمكن أن لا تتفق مع الحقيقة الطبية. وهي تمثلات محددة اجتماعياً وتنتهي انطلاقاً من القيم الاجتماعية والثقافية. وهذه السيرورة يمكن أن تختلف سواء بالنسبة للطريقة التي يفكر بها فرد يتمتع بصحة جيدة حول أمراض معينة، أو بالنسبة للطريقة التي يحدد فيها فرد مريض معنى مرضه. (Gauchet, p.61) وتنظم السلوكات المرتبطة بالمرض تبعاً لهذا النموذج، باشتمالها على خمس (5) مكونات هي:

- 1- الهوية: أي العنونة أو التسمية التي يطلقها المريض على مرضه وأعراضه.
- 2- السبب: أي العامل أو مجموعة العوامل التي يعزو إليها المريض إصابته بالمرض.
- 3- البعد الزمني: وهي المدة المفترضة من قبل المريض لمرضه (مرض مزمن، حاد...).
- 4- الآثار: أي نتيجة المرض وعواقبه الواضحة بالنسبة للمريض.
- 5- العلاج: والذي يلجأ إليه المريض بحثاً عن الاستقرار والتخفيف من حالته.

(Fisher, p.40)

ولفهم تقبل العلاج، اقترح هذا النموذج حلقة تنظيم بين التمثلات المكونة من قبل المريض حول مرضه من جهة والإجراءات التي يستخدمها لمواجهة التهديدات الصحية، اشتملت على المراحل التالية: (Reach, p.42)

أولاً: التمثل المعرفي للمرض: أي تنظيم المعلومات المختلفة المغذاة من قبل المحيط.

وتحدد هذه التمثلات حسب حجم المعلومات وصحتها، إذ يؤكد Weinman و Petrie 1997 بأن المرضى يسعون إلى فهم أعراضهم ومرضهم، لهذا يكونون تمثلات معرفية ونماذج

سلوكية، تسمح لهم بمواجهة الأخطار الصحية التي قد يتعرضون لها، حيث تتضح ثلاثة مصادر رئيسية للمعلومات هي:

- الأصدقاء، العائلة، الفريق الطبي، وسائل الإعلام...
- المعلومات المستوحاة من معاناة المريض نفسه من خلال الأعراض.
- معلومات ناتجة عن التجارب السابقة

ثانياً: الاستجابة الانفعالية للمرض والعلاج :

وتنتج أساساً عن تمثيلات المريض لتهديد المرض، وإدراكه لأهمية العلاج.

ثالثاً: التفسير المتبنى تبعاً للتمثيلات:

أي الطريقة التي يواجه بها الفرد الوضعية المرضية.

ونميز نمطين من الاستراتيجيات:

1- استراتيجيات متمركزة حول تنظيم الانفعالات: الهادفة أساساً إلى التقليل من الآثار السلبية للوضعية (المرض) وما ينجم عنها من ضغط انفعالي، كأن يفضل مريض السرطان وصف مرضه بأنه ورم حميد ويتجه إلى علاجات أقل إثارة للقلق من العلاج الكيميائي . وهي استراتيجيات ضرورية لبلوغ مرحلة التقبل الجيد للعلاج، إلا أنها قد لا تسمح بتعديل السلوكات المرتبطة بالصحة .

2- استراتيجيات متمركزة حول السلوك : والتي تتم من خلال التبنى الفعلي للتعديلات السلوكية : أي الالتزام بالعلاج المحدد طلباً لتحسين الحالة الصحية .

رابعاً: التقييم الذي يقوم به الفرد فيما يتعلق بالاستجابات المنفذة: يقوم المريض بتقييم مدى نجاح استراتيجيات المواجهة المتبناة ، و كنتيجة لذلك يقوم بتعديل التمثيلات المعرفية و الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمرض و تبني استراتيجيات مواجهة أكثر فعالية. إن آلية

التغذية الرجعية تسمح بتفسير تطور التنظيم الذاتي العائد إلى تعديلات المعلومات التمثلات وتبني أنماط استراتيجيات مواجهة جديدة. (Gauchet, p.62)

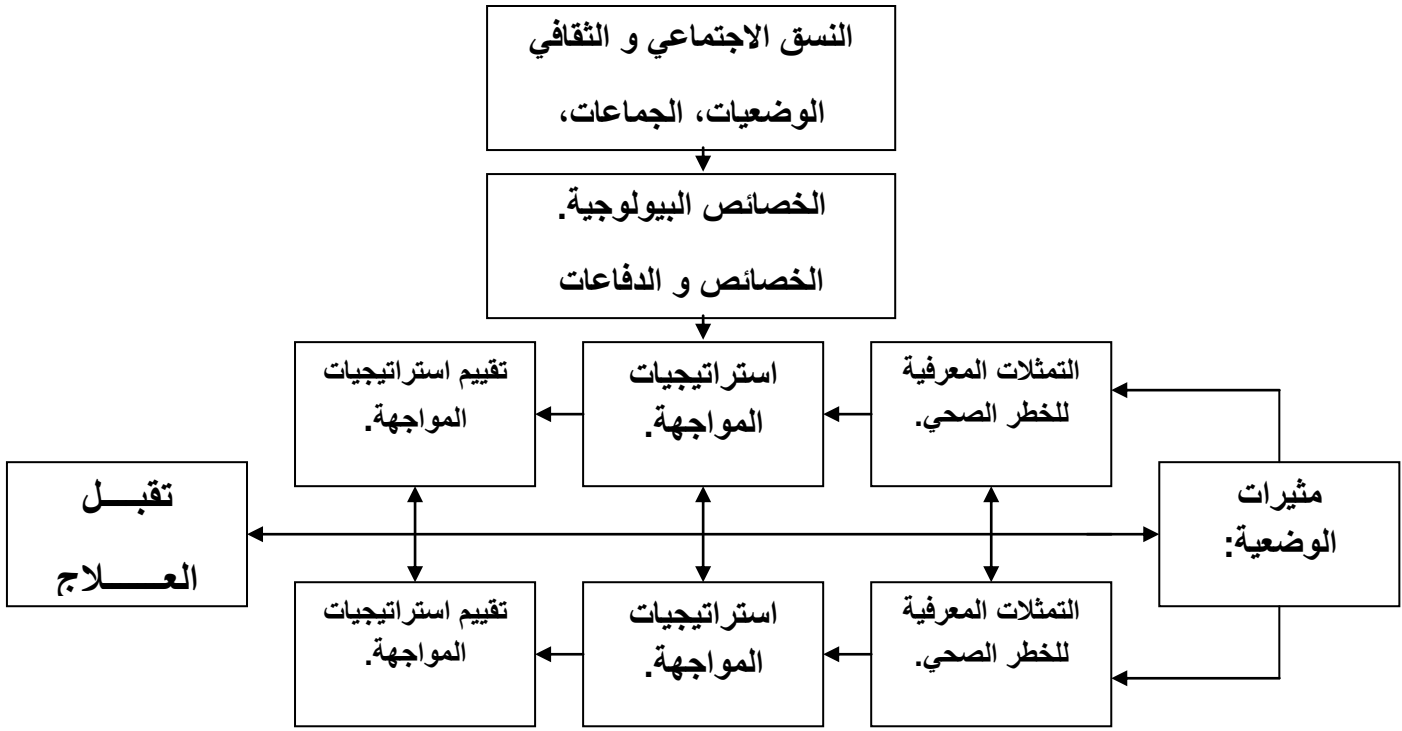
فعندما يواجه الفرد عرضا غير عادي أو يتلقى تشخيصا بمعاناته من المرض معين، فإنه يكون تمثلاته الخاصة والتي تحدد سلوكه واستجاباته الأخرى، مثل: البحث عن المساعدة وتقبل العلاج، إضافة لذلك ما يعتقد المريض فيما يتعلق بفعالية الأدوية والقلق الذي قد يعاني منه بشأن العلاج الذي يتلقاه والتي تعد متغيرات هامة مرتبطة بمدى تقبل المريض العلاج. وقد استخدم هذا النموذج في دراسة تقبل العلاج لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم من قبل 1985 Gutmun, Leventhal, Meyer حيث أكدوا أن المفاهيم المضمنة التمثلات المكونة من قبل المريض حول المرض يمكن تصنيفها إلى ثلاثة نماذج، تبعا لها تحدد درجة تقبل العلاج:

أولا: المرضى الذين اعتبروا ارتفاع ضغط الدم بمثابة مرض ذو طابع حاد، يمكن التكفل به عبر الوقت من خلال علاج معين، لديهم ميل إلى الانقطاع عن العلاج بمجرد عودة مستوى الضغط الدموي إلى العادي.

ثانيا: المرضى الذين اعتبروا ارتفاع ضغط الدم بمثابة مرض ذو طابع دوري (Cyclique) أي: يظهر ثم يختفي ليعاود الظهور من جديد، تابعوا علاجهم بصورة متقطعة.

ثالثا: المرضى الذين اعتبروا ارتفاع ضغط الدم مرضا مزمنًا كان تقبلهم للعلاج وللتوصيات الطبية المقدمة لهم مرتفعا. (Fisher, p.40)

كما استخدم هذا النموذج من قبل 1991 Gonder-Frederik et cox في دراسة الالتزام بالحمية الغذائية لدى مرضى السكري واستخدمه كل من 1996 Buckley و Sharpe, Pertrie, Weinman لدراسة تقبل العلاج لدى مرضى يعانون من انسداد في عضلة القلب. وانطلاقا من هذا النموذج صمم Pertrie, Weinman, Moss-Mauris, Horne استبيان لتقييم التمثلات الصحية لدى المرضى يسهل دراسة العلاقة بين التمثلات الصحية وتقبل العلاج.



الشكل التمثيلي لنموذج التنظيم الذاتي للصحة لـ Leventhal 1984-1980

(Gauchet, p.63)

3-4- نموذج التقبل الصحي لـ Carlson و Heiby 1986 :

طور هذا النموذج من قبل Carlson و Heiby 1986 . وهو نسخة شاملة لنموذج اجتماعي سلوكي مفسر لمختلف أنماط تقبل العلاج (قواعد الصحة، ممارسة التمارين الرياضية، احترام المواعيد الطبية.... الخ) وقد شمل النموذج ثلاثة أنواع من المتغيرات:

أولاً: السوابق أو المتغيرات الوضعية: وتتحدد حسب عدة مظاهر منها:

- خصائص العلاج: التركيز، الطعم، اللون، تعقيد الجرعات، تعبئة الدواء.
- نوعية المعارف المقدمة: نوع وأهداف العلاج، التكيف مع أسلوب الحياة الجديد.
- نوعية المعلومات: كتابية، أو شفوية.
- متابعة المريض: عدد المعاينات، وكذلك الدعم العائلي والاجتماعي ونوعية العلاقة: طبيب/مريض.

ثانيا: العوامل الفردية الذاتية: وتتضمن إدراك المريض لوضعيته كمريض، ومعتقداته ادراكاته المرتبطة بفعالية العلاج، الثمن المدرك، الخطورة المقدرة ودرجة الرضا التي يشعر بها.

ثالثا: النتائج: والتي تتعلق بالسياق الموضوعي، وكذلك الإدراكات الذاتية للمريض، أي أنها تشتمل على المنافع والمساوى الناجمة عن أو التي يمكن أن تنجم بالرجوع إلى العوامل الذاتية وإلى تقبل العلاج في حد ذاته. هذه المنافع قد تكون:

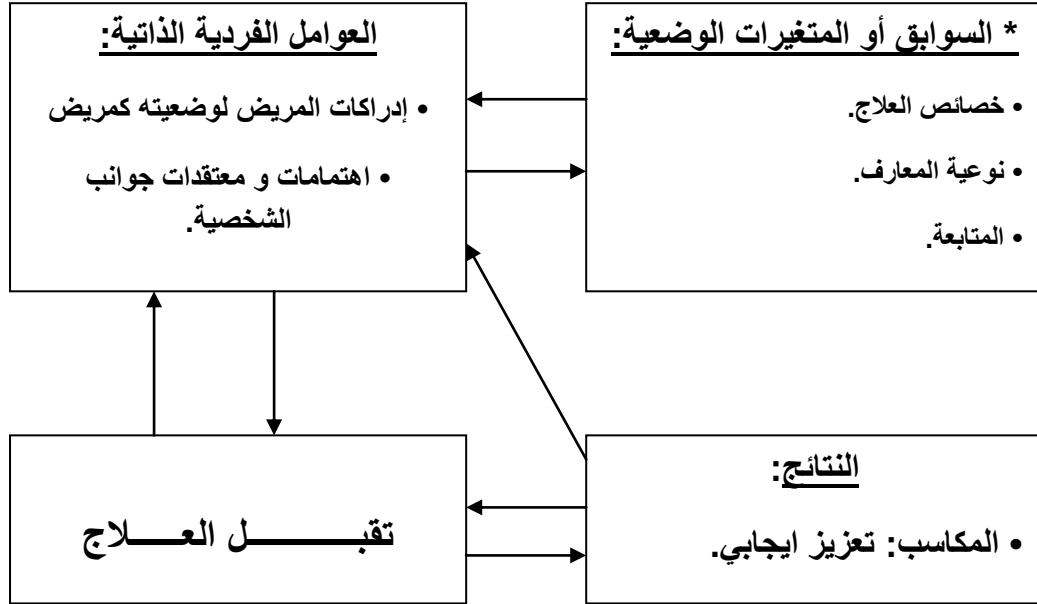
- اجتماعية: التقدير من قبل الآخرين.
 - جسدية: تحسن الحالة الصحية، أو التخفيف من الأعراض.
 - مادية: مكسب اقتصادي بالتوقف عن التدخين مثلا.
- المساوى أيضا قد تكون:
- اجتماعية: الوسم أو التجريم الذي قد يؤدي إليه المرض أو أعراضه.
 - جسدية: زيادة حدة أو عدد الأعراض الجانبية.
 - مادية: التكاليف الباهظة للعلاج.

قد اعتبر النموذج أن تقبل العلاج يتم تبعا للسوابق ولنتائج السلوك القائم دون إغفال الطريقة التي يعيش بها الأفراد، ويحسون فيها بتقبلهم للعلاج عبر الآثار (النتائج المباشرة أو غير المباشرة) التي تحدث في حياتهم، وذكر مستويين للعوامل مكاسب/مساوى لتقبل العلاج:

أولا: في إطار العوامل الفردية لتقبل العلاج: هناك مكاسب ومساوى مدركة قبل السلوك، هذا الإدراك يعد بمثابة محدد لتقبل العلاج.

ثانيا: في إطار النتائج: يتعلق الأمر بالمكاسب والمساوى المدركة والمعاشة بعد السلوك المتبنى (تقبل أو عدم تقبل العلاج) ، أي: نتائج تقبل العلاج.

وتعمل هذه العوامل ضمن حلقة تغذية راجعية وتؤثر على السلوكيات الداخلية المرتبطة بالعلاج في حد ذاته، أو غيرها من السلوكيات الأخرى. وتسمح هذه المقاربة بدينامكية النموذج وبالأخذ بالحسبان عامل الوقت وتأثيره وهو ما لا يطرح في باقي النماذج النظرية الأخرى. (Gaucher, pp.59-60)



الشكل التمثيلي لنموذج التقبل الصحي 1986 Heiby et Carlson

(Gauchet, p.60)

4- مراحل تقبل العلاج:

يعد تقبل العلاج سلوكاً صحياً معقداً بشكل خاص في الأمراض المزمنة ، باعتبار الإزمان يفرض تغيرات دائمة قد يكون من الصعب على المريض الالتزام بها، وفق الدقة والانتظام الأمثلين ، لذلك يتم هذا السلوك تدريجياً ضمن سلسلة من المراحل إمكانية الانتكاس، ثم بدء تبنيه من جديد وفقاً لما حدده Prochaska et De Climente ، حيث يمر المريض بما يلي:

1- مرحلة ما قبل العلاج: وفيها يكون المريض رافضاً للمرض والعلاج ، وهنا لا يشعر المريض أنه معني بالمعلومات المتعلقة بالعلاج.

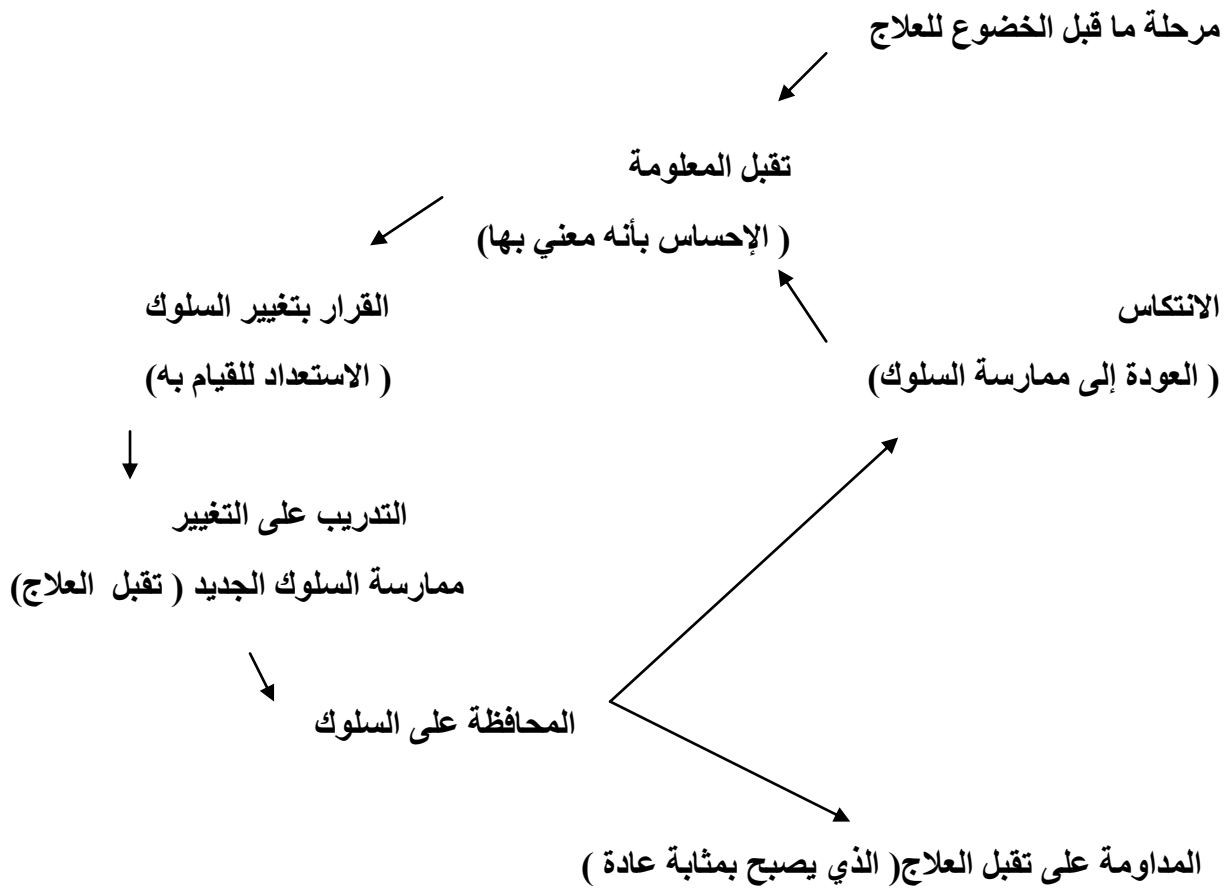
2- الحصول على المعلومة من قبل القائم على الرعاية الصحية، حول تأكيد تشخيص المرض وطبيعته وإمكانية تطوره أو الشفاء منه ونوع العلاج المعتمد وفعاليته وآثاره الجانبية.

3- تقبل المعلومات المقدمة حول المرض والعلاج.

4- اتخاذ القرار ببدء التغيير والاستعداد لممارسته.

5 -البدء في تبني التغييرات بممارسة السلوك الجديد المتمثل في : الخضوع للنظام العلاج والالتزام به.

6 -الاحتفاظ بالسلوك الجديد والمداومة على ممارسته ليصبح عادة من بين عادات المريض.



الشكل التمثيلي لمراحل تقبل العلاج حسب Prochaska et De Climente

(De Blic,p.422)

5 طرق تقييم تقبل العلاج:

يتم تقييم تقبل المرضى للعلاج اعتمادا على عدد من الطرق، لكل منها مزاياها وعيوبها ويمتن التمييز بين الطرق المباشرة وأخرى غير المباشرة في تقييم تقبل العلاج.

5-1- طرق التقييم المباشرة:

يرى Ankri et coll. بأنها طرق تستخدم غالبا في إطار تجريبي ضمن ما يعرف بالتجارب الإكلينيكية، وتشمل عددا من الطرق:

5-1-1- المعايرة البلازمية أو البولية للدواء.

5-1-2- الملاحظة المباشرة لتلقي العلاج.

5-1-3- ملاحظة الأثر العلاجي.

5-1-4- ملاحظة الآثار الصيدلانية أو البيولوجية : مثل الآثار الجانبية للعلاج.

(Drouin,2004,p.45)

5-2- طرق التقييم غير المباشرة: وتشتمل على:

5-2-1- الدقة في احترام المواعيد الطبية.

5-2-2- حساب عدد الأدوية المتناولة مقارنة بعدد الأدوية الموصوفة.

5-2-3- الحكم على تحسن الحالة الصحية للمريض.

5-2-4- الاستبيان.

5-2-5- المقابلة. (Bauer et Tessier, pp.9-10)

6- الكفاءة الذاتية في مجال تقبل العلاج:

يرى 1986 bandura بأن الممارسة الكاملة للسلوكيات الصحية الإيجابية، لا تتحقق إلا عندما تصبح الكفاءة الذاتية متغير أساسيا في النشاط الفيزيولوجي للفرد. (عثمان، ص. 103) ومن هذا المنطلق يمكن للفرد إحداث تغيرات سلوكية هامة، بفضل مجهوداته الشخصية، ذلك أن طريقة إدراك القدرات الخاصة لمواجهة الأحداث والتحكم بها ، تعد بمثابة مؤثر على طريقتنا في التصرف لمواجهة المرض. (Bandura, p.71)

ويظهر مفهوم الكفاءة الذاتية متغيرا هاما في مجال تحسين أثر العوامل الضاغطة على الصحة، مما يدعم بشكل ايجابي أسلوب الحياة الصحي، ويرفع مستوى الكفاءة المناعية ، ويعزز تقبل المرضى للعلاج. (Bruchon-Chweitzer, 2002, p.246) وبهذا الشأن تشير الدراسات إلى أهمية الكفاءة الذاتية في تقبل علاج مرض السل: Barnhoom et 1992 Adrianse والعلاج السلوكي للإقلاع عن التدخين: De Clemente, Prochaska 1985 et Gilbertini ، كذلك العلاج السلوكي لفوبيا الثعابين 1982 (Fisher, p.234) ، والمحافظة على اللياقة البدنية ، والالتزام بالحمية الغذائية، وتفادي السلوكيات الجنسية غير الآمنة، وممارسة السلوك الصحي والمحافظة عليه: 1993 Chwarzer (جميل رضوان، ص. 30) وكذلك سلوكيات التقبل الدوائي. (Gauchet, p.56)

* وقد أكدت الدراسات أهمية الكفاءة الذاتية بشأن تقبل العلاج في المجالات التالية:

6-1- الإقلاع عن التدخين :

تؤكد الدراسات على الأهمية الواضحة للكفاءة الذاتية في مجال الإقلاع عن التدخين حيث توصلت إلى تأكيد ارتفاع مستوى فعالية الذات لدى الأفراد الذين أقلعوا عن التدخين بعد العلاج، مقارنة بالذين فشلوا في محاولتهم الإقلاع عنه، واعتبارها عاملا تنبؤيا في الامتناع عن التدخين على المدى القريب والمتوسط والبعيد، إضافة إلى الإقلاع التلقائي عن التدخين على المدى الطويل.

6-2- خفض الوزن:

• تشير دراسة 1979 Chamblis et Murry إلى أن الكفاءة الذاتية قد حققت انخفاضاً أكبر في الوزن لدى المجموعة التجريبية التي تلقت علاجاً مدعماً بتعزيز الاعتقاد بالكفاءة الذاتية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي تلقت نفس العلاج دون تعزيز إدراكهم لفعاليتهم الشخصية كما أكدت دراسات عديدة على أهمية توقعات الكفاءة الذاتية في رفع القدرة على خفض الوزن ، والمحافظة على خفذه.

3-6- الالتزام بالسلوكيات الصحية المرتبطة بالمرض:

يؤكد Ewart 1992 في دراسة حول علاقة الكفاءة الذاتية بممارسة النشاط البدني لدى مرضى أصيبوا بنوبة قلبية، إلى تأكيد أهمية الفعالية الذاتية في إزالة مخاوف المرضى من ممارسة النشاط البدني ، كما ساعدتهم على اكتساب أنماط سلوكية صحية، ساهمت في الحفاظ على نشاطهم وصحتهم الوعائية القلبية.

كما توصلت الدراسة التي قام بها 1999 Meland et al إلى اعتبار الكفاءة الذاتية أقوى متغير من بين المتغيرات المستقلة العديدة التي تم فحصها، في التأثير على الالتزام بعدد من الممارسات الصحية وكذلك التخلي عن عدد هام من السلوكيات الضارة.

4-6- الالتزام بالتمارين الرياضية:

من أبرز الدراسات التي توصلت إلى تأكيد دور الفعالية الذاتية في الالتزام بممارسة الرياضة دراسة 1999 Meland et al ، وكذلك دراسة 2000 Booth et al ، واللتان توصلتا إلى تأكيد أثر الكفاءة الذاتية في التزام الأفراد بممارسة النشاط الرياضي والذي يعد بعداً هاماً من أبعاد السلوكيات الصحية لدى الأصحاء وكذلك تقبل العلاج لدى المرضى . (عثمان، ص 114-109)

5-6- إدارة المرض:

وفقاً للتعريف الذي حددته الجمعية الأمريكية لإدارة المرض، فإن:

" إدارة المرض هي نظام متناسق من التدخلات والاتصالات المتعلقة بالصحة، الموجهة إلى مجموعة من الأفراد أين تعتبر جهود المريض في حد ذاتها أثر هام" (Brass et al,2006,p.5)

وتشتمل جهود المريض على جملة التغيرات التي يتبناها المرضى تبعا للحالة الصحية الراهنة بما في ذلك مراقبة المريض لحالته الصحية ، تبني سلوكيات الصحة الإيجابية وتصحيح عادات غير صحية متبناة .

ولضمان نجاح هذه التغيرات التي غالبا ما تكون صعبة على المريض، يتم الارتكاز على الفعالية الذاتية لتعزيز جهود المريض، ومن أهم الدراسات في هذا الصدد الدراسة الطولية التي قام بها Clark et Dodge 1999 على 570 امرأة مصابات بمرض القلب، والتي أكدت على دور الكفاءة الذاتية في التنبؤ بمدى التزام المريضات بتنفيذ وممارسة السلوكيات الصحية الإيجابية المساهمة في إدارة الحياة المرضية ، بما في ذلك:

- الالتزام بالوصفة الطبية وتناول الأدوية.

- الممارسة المنتظمة للتمارين الرياضية.

- الالتزام بالحمية الغذائية.

- إدارة الضغوط.(عثمان،ص.115)

خلاصة:

تقبل علاج مرض السرطان ضرورة لا جدال حول وجوبها ، لضمان لتخفيف من حدة معاناة المريض، وتحسين التنبؤ بمآل مرضه، وكذلك التقليل قدر الإمكان من فرص معاودة ظهور الورم بعد التعافي ، لذلك لابد من الحرص على التكفل بالعوامل التي من شأنها عرقلة استجابات المريض الإيجابية للعلاج، خاصة فيما يتعلق بمعتقداته حول المرض وإمكانيات الشفاء ، وتمثلاته للعلاج، من خلال التركيز على دعم جوانب شخصيته، وتعزيز إدراكه لكفاءته الذاتية ، وتقديم الدعم الاجتماعي الضروري ، مما يرفع من مستويات تقبله للعلاج ، ويمنحه القدرة على تحمل أعراض المرض ، وسلبيات العلاج.

الفصل الرابع مرض السرطان

الفصل الرابع: مرض السرطان

تمهيد

- 1- تعريف السرطان.
 - 2- العوامل المؤدية للإصابة بالسرطان:
 - 1-2- أسلوب الحياة .
 - 2-2- العامل الفيروسي.
 - 3-2- العوامل الوراثية والتاريخ العائلي.
 - 4-2- عامل السن.
 - 5-2- العوامل النفس اجتماعية وأثرها في ظهور وتطور السرطان.
 - 1- النماذج النظرية المفسرة للسرطان:
 - 1-3- نموذج عدم القدرة على التحكم لـ Fisher 1988 .
 - 2-3- نموذج استراتيجيات المواجهة لـ Temeshock 1990 .
 - 3-3- نموذج الانفعالات لـ Contrada et al 1990 .
 - 1- الشخصية نمط ج (الشخصية السرطانية) .
 - 5- علاج الأمراض السرطانية:
 - 1-5- الجراحة.
 - 2-5- العلاج الهرموني.
 - 3-5- العلاج المناعي.
 - 4-5- العلاج بالأشعة .
 - 5-5- العلاج الكيميائي.
 - 6- تقبل العلاج لدى مرضى السرطان.
- خلاصة.

تمهيد:

إطلاع المريض على تشخيص الإصابة بالسرطان يضعه في حالة صدمة، لأن تفسيره من قبل المريض مرادف لفكرة الموت ، وعلى الرغم من احتمالات الشفاء إلا أن تشخيص الإصابة بمرض مثل السرطان، يرتبط غالبا بتوقعات الموت من قبل المريض وعائلته ، مما يفرض معاشا خاصا على كليهما ، يستدعي كذلك عناية واهتماما خاصين سواء بالمريض أو بالأفراد المقربين منه. كما لا تقتصر معاناة مريض السرطان على الآلام الجسدية المزمنة الناجمة عن المرض في حد ذاته، بل قد تنجم عن العلاج وما يرتبط به من تغيرات يوجبها المرض على أسلوب الحياة أو تخلفها الآثار الجانبية الناتجة عن العلاجات المختلفة على مستوى صورة الجسد والذات ، ليس هذا فحسب وانم تتفاقم المعاناة النفسية التي قد تنجم عن المرض ومخاوف المريض ، التي تزيد بدورها من حدة المعاناة الجسدية للمريض. (Weil- Barais et Cupa,2001,pp.77-79) ومن خلال الفصل التالي حاولت الطالبة التعرض إلى الأبعاد المرتبطة بالمرض و كذلك المريض من خلال التطرق إلى ما يلي: تعريف مرض السرطان ، العوامل المؤدية إلى الإصابة به، النماذج النظرية المفسرة للسرطان، الشخصية نمط ج أو ما يعرف بالشخصية السرطانية، علاج الأمراض السرطانية.

1- تعريف السرطان:

1-1 التعريف اللغوي:

مصطلح سرطان ينحدر من الكلمة اللاتينية Cancra والتي تعني: حيوان السرطان ، وهو : حيوان قشري يعيش معظمه في البحر ، وبعضه في المياه العذبة، وتسميته العامة السلطعون. (البستاني، 1994، ص 330)

واستخدم في المجال الطبي بداية لوصف الأعراض الأربعة: الاحمرار، التورم، الحرارة ، والألم. واعتمد في الأصل لتسمية الأورام السرطانية الرئوية ، ثم عمم بعد ذلك ليشمل كل أشكال الأورام الخبيثة. (Aimé-Genty, 1997,p.29)

1-2- التعريف الاصطلاحي:

هناك عدة تعريفات للسرطان أهمها:

- هي مجموعة من الأمراض الناجمة عن الانقسام العشوائي للخلايا التي تستمر في الانقسام دون تحكم أو كبح تكاثرها اللامتناهي ، معرفة الوظائف المفيدة للعضوية التي تنتمي إليها. (Caillier et Verreman, 2004, p.54)

- هو مرض ينشأ انطلاقاً من مجموعة من الخلايا المجردة من الآليات الفيزيولوجية للتحكم في التضاعف الخلوي، لذلك تنمو بطريقة غير منتظمة ، بدءاً من خلية واحدة يمكنها التطور انطلاقاً من أي نسيج وداخل أي عضو ، لتتضاعف مشكلة نسيجا ورميا يعرف بالسرطان. وهذه الخلايا الورمية يمكنها الانتشار من موضعها الأولي إلى سائر الجسد عبر ما يعرف بالإنبثاثات أو النقائل (Les métastases). (Beers, 2008, p.1033)

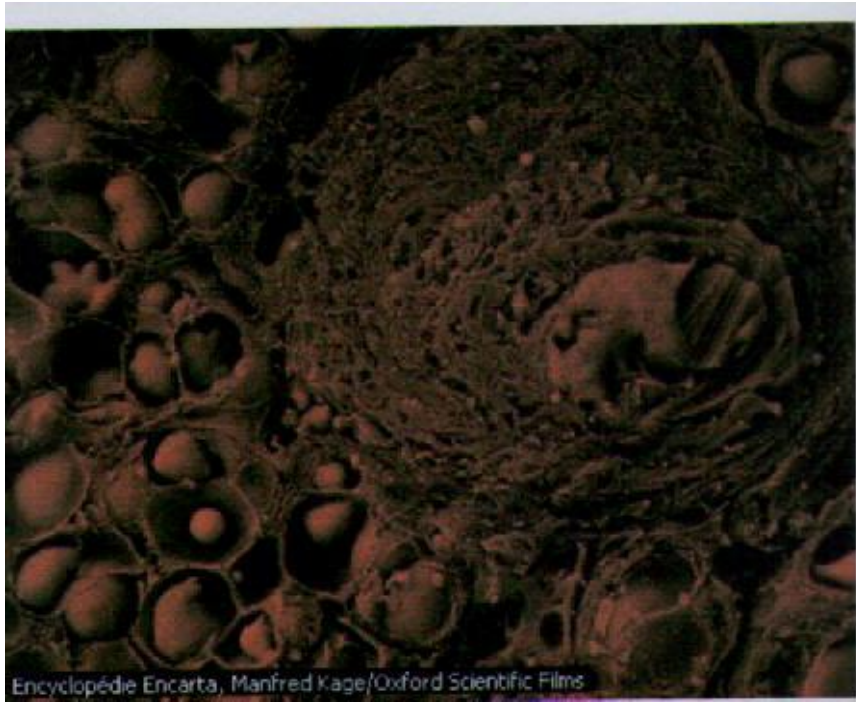
- وتعرف الانبثاثات على أنها كلمة مشتقة من المصطلح اليوناني Metastasis : الذي يشير إلى تغيير الموضع، فهي عملية هجرة للخلايا السرطانية المنحدرة من الورم الأصلي عبر الأوعية الدموية أو اللمفاوية مشكلة أوراما ثانوية في باقي أعضاء الجسد. (Aimé-Genty, pp.134-135)

• وتحدده منظمة الصحة العالمية (OMS) 2007 :

"كاصطلاح يستخدم للاستدلال على التكاثر الخبيث، الذاتي والعشوائي للخلايا، ويؤدي إلى تشكيل الأورام التي يمكنها أن تغزو الأعضاء المجاورة أو البعيدة، محطة الأنسجة السليمة، لتزاحمها حول استخدام الأغذية والأوكسجين". (p.37)

• ومن مجمل التعريفات السابقة، نخلص إلى أن:

السرطان مرض مزمن، ينشأ نتيجة للتكاثر العشوائي و اللامحدود للخلايا المكونة لأي نسيج من أنسجة الجسم، تكمن خطورته في إمكانية انتشاره إلى سائر الجسد عبر الأوعية اللمفاوية أو الدموية، لتدمر خلاياه الأنسجة السليمة وتفقدتها تخصصها الوظيفي.



ورم سرطاني على مستوى المبيض تحت المجهر الالكتروني

* الخلايا السليمة موجودة في الجهة اليسرى.

* الخلايا السرطانية منتشرة في الجهة اليمنى.

2- العوامل المؤدية للإصابة بالسرطان:

يحدث الانقسام الخلوي في حقيقيات النواة، إما لإنتاج خلايا جديدة مطلوبة للنمو أو لإصلاح خلايا تالفة، وإما لاستبدال الخلايا البالية والميتة، وتنقسم معظم هذه الخلايا وفق طريقة الانقسام المباشر أو ما يسمى الانقسام الخيطي: وهي عملية إنتاج خليتين تحمل كل منهما المعلومات الوراثية نفسها الموجودة في الخلية الأصلية.

خلافًا لهذا نجد ما يسمى الانقسام الخلوي غير المباشر المصمم للتكاثر الجنسي، وهو: اتحاد خلايا جنسية لكل من الذكر والأنثى: يتم فيه انقسامان خلويان يعاد فيهما ترتيب المادة الوراثية لتعطي أربع خلايا منفردة تحتوي كل منها نصف عدد الكروموزومات التي كانت في الخلية الأم، عند اتحاد خليتين تحتوي كل منها نصف عدد الكروموزومات التي يتطلبها إنتاج الكائن الجديد، (الطو، 2002، ص34) تخضع جميع هذه الخلايا في عمليات انقسامها لمجموعة من آليات التحكم في التكاثر، والتخصص الوظيفي، وكذلك موت الخلايا

أو محدودية النمو، واستقرار تناسخ وإصلاح الحمض النووي (ADN)، ويتم ذلك عبر مجموعة من المورثات (Les gènes) التي تضمن استمرارية هذا التضاعف الخلوي المنتظم والمتجانس من خلال إنتاج بروتينات معينة، إلا أن بعض المورثات قد تتعرض لتغيير في البنية عبر ما يعرف بالتحول (La mutation). مما يثير عملية تضاعف خلوي لا محدودة، عبر سلسلة من الانقسامات العشوائية للخلايا، وهو ما يؤدي إلى نشأة السرطان. (Etienne et Clauser, 2004, pp.14-17) فالسرطان مرض يتطور في وجود خلايا حساسة لعملية التحول الخلوي (التسرطن)، وعامل مسرطن يتسبب في سيرورة التحول الخلوي.

وتختلف العوامل المسرطنة فقد تكون عوامل متعلقة بأسلوب الحياة اليومي، أو عوامل فيروسية، كما قد تكون عوامل نفسية أو اجتماعية، وفيما يأتي نحاول إبراز أهم العوامل المتسببة في نشأة وتطور السرطان:

2-1- أسلوب الحياة:

يعد أسلوب الحياة عاملاً بالغ الأهمية في الإصابة بالأمراض المزمنة، وهو يشمل عدداً من المتغيرات مثل: الطريقة التي يستجيب بها الأفراد لظروف حياتهم ويختارون ويحضرون أغذيتهم ويقررون أو يمتنعون عن التدخين أو الكحول. (OMS, 1996, p.17)

وتتضح أهمية أسلوب الحياة في الإصابة بالأورام الخبيثة من خلال:

2-1-1- الحماية الغذائية:

تؤكد الدراسات أثر التغذية في الإصابة بالسرطان، من أمثلة ذلك أثر الدهون في زيادة خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وسرطان الثدي والبروستات، وأثر مادة النيتريت (Les nitrites) : المستخدمة كمادة غذائية حافظة في تطور سرطان المعدة. وكذلك مادة الأفلاتوكسين (L'afatoxine) : المنتقلة من المواد الغذائية المحفوظة في الأوساط الرطبة والساخنة في ظهور سرطان الكبد. (Morin, p.145)

في نفس الوقت الذي تجمع فيه الدراسات على أن مجموعات الأغذية التي تشمل الخضروات والفواكه والحمضيات لها أثر وقائي من الإصابة بالسرطان. (OMS, p.16)

2-1-2- التبغ والكحول:

وهما عاملان بارزان ، تؤكد الدراسات ارتباطهما فيما يتعلق بالإصابة بسرطان الفم والحلق والبلعوم و المرئ والرئة والكبد والثدي، وكذلك تدني مستويات الكفاءة المناعية.

* وسنوضح أهم المواد المسرطنة والسرطانات الناجمة عنها من خلال الجدول التالي:

<u>المادة المسرطنة</u>	<u>العضو المصاب</u>
2- مواد مرتبطة بأسلوب الحياة	
L'alcool الكحول	الفم، الحلق، البلعوم
Tabac التبغ	الفم، الحلق، البلعوم، الرئة، الكلى، المثانة

الكبد.	الأفلاتوكسين l'aflatoxine
المعدة	النيتريت Les nitrites
<u>1- محيطية وصناعية</u>	
الرئة	الزرنيخ L'arsenic
الرئة، غشاء الرئة	الأميانت L'amiante
المثانة	الأميانت العطري L'amiante Aromatique
الرئة	الكرومات Chromates
الدم	البنزين Benzène
الرئة، الجيوب الرئوية	النكل Nickel
الكبد	كلورور الفينيل Vinyle Chlorure de
الجلد	الدخان والزيت المعدنية Suie et L'huile ménérale
<u>3- المواد المستخدمة في الطب</u>	
الدم، المثانة	العوامل الألكيلية: العلاج الكيميائي للسرطان Les agents alkylants

الكبد، المهبل	Diéthylstilbestrol
الكبد	Oxymétolone
الأوعية الدموية	Thorotrast
سرطان الأنسجة الضامة.	العلاج بالأشعة

جدول رقم(01): أهم المواد المسرطنة والسرطانات الناجمة عنها

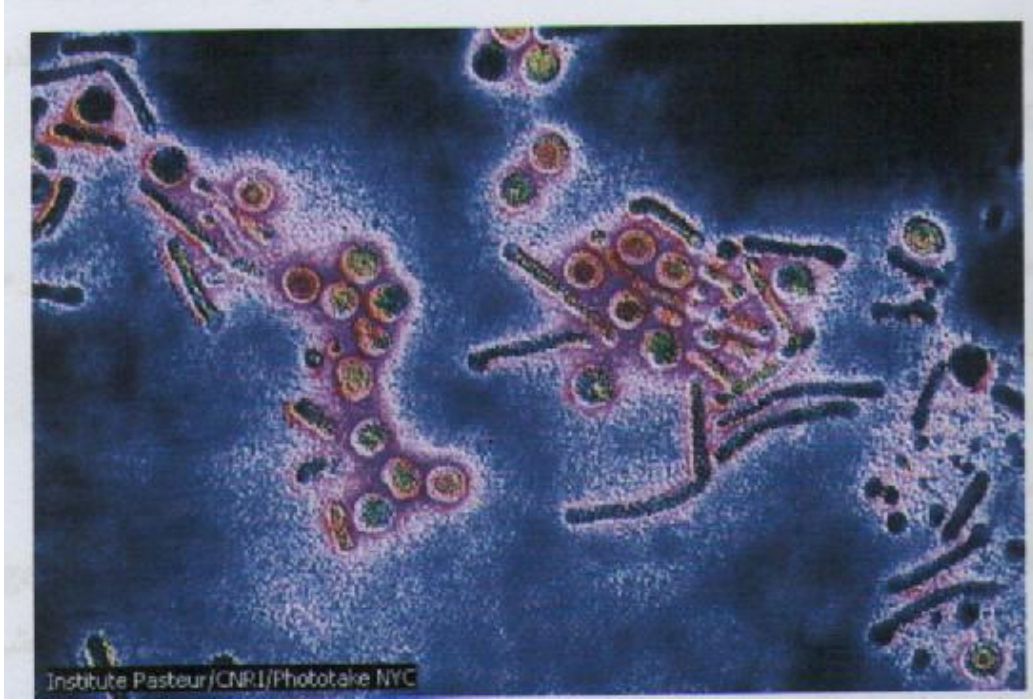
(Beers,p.1035)

2-2- العامل الفيروسي:

هناك عدد من الفيروسات التي يشتبه بإمكانية تسببها بعدد من الأورام الخبيثة، من بينها:
1-2-2- الفيروس الحليمي البشري (HPV) Le papillomavirus : وهو فيروس يمكن انتقاله من خلال العلاقات الجنسية ، ويمثل العامل الأول في الإصابة بسرطان عنق الرحم.(OMS ,p.17)

2-2-2- Le virus de L'hépatite B (HBV) : التهاب الكبد ب

التهاب الكبد الفيروسي من بين الأمراض المتنقلة عن طريق الجنس، (Les infections sexuellement transmissibles) وهو مرض مزمن ينتهي غالبا بتليف الكبد (La cirrhose) ، كما يعد هذا الفيروس العامل الأساسي لتطور سرطان الكبد.
(Beers,pp.1034,1035)



فيروس التهاب الكبد ب

3-2-2- فيروس (EBV) Le Virus d'Epstein-Barr

الذي يتسبب بداء بوركيت الخبيث Lymphome de Burkitt وهو نوع من الأورام الخبيثة التي تصيب الجهاز اللمفاوي، (Morin,p147) كما قد يؤدي إلى الإصابة بسرطان الأنف والبلعوم.

4-2-2- فيروس لوكيميا الخلايا التائية البشرية : Le virus T- Lymphotropique Humain (HTLV) : و يتسبب هذا الفيروس بالأورام السرطانية للخلايا اللمفاوية التائية.

(les Lymphocytes T)

3-2- العوامل الوراثية والتاريخ العائلي:

بعض العائلات تبدي خطرا مرتفعا للإصابة بأنواع معينة من السرطانات ، قد يعود هذا التفاعل إلى مورثة واحدة أو إلى تفاعل عدة موروثات فيما بينها، كما قد يؤثر تدخل العوامل المحيطة على هذا التفاعل ويزيد من احتمالات الإصابة.

* فالأفراد المصابين بتناذر داون على سبيل المثال ، والذين يعرضون ثلاث(03) نسخ للكروموزوم(21) بدل اثنين فقط لدى الأفراد العاديين، لديهم خطر أكبر من غيرهم من (12) إلى (20) مرة للإصابة بسرطان دم حاد.(Beers,pp.1034)

* ترتبط الطفرات على مستوى المورثات BRCA1 و BRCA2 بشكل كبير مع سرطان المبيض أو سرطان الثدي.

* ترتبط الطفرة على مستوى المورثة p53 بسرطان الثدي، وسرطان العظم.

* ترتبط الطفرة على مستوى المورثة APC. (Aimé –Genty, pp-68).

2-4- عامل السن:

تظهر بعض الأورام بصفة تكاد تكون استثنائية لدى الأطفال، ولا يفهم سبب هذا التقشي المرضي، من ضمن ذلك:

* ورم ويلمز (Tumeur de Wilms) ، ورم شبكية العين (Le rétinoblastome) ، وبعض أورام الجهاز العصبي، مع ذلك فإن أغلب السرطانات ترتبط بتقدم السن. (Beers, p.1035)

2-5- العوامل النفس اجتماعية وأثرها في ظهور وتطور السرطان:

لم تتوصل أغلبية الدراسات إلى تحديد العلاقة المباشرة بين العوامل النفسية ونشأة السرطان، غير أن البحوث تؤكد أن مواجهة الفرد للأحداث الضاغطة، تحدث تغييرات هامة في الجهاز المناعي ، وفي حالة السرطان إدراك الإصابة يصبح في حد ذاته عاملا ضاغطا يساهم في إضعاف الكفاءات المناعية ويعزز التقدم السريع للورم .

* وعلى الرغم من أنه يصعب تأكيد العلاقات السببية بين العوامل النفسية والاجتماعية من جهة، والمظاهر المختلفة للسرطان من جهة أخرى، إلا أن البحوث القائمة حول الضغط النفسي والجهاز المناعي تقدم مؤشرات حول الآليات التي يمكنها تفسير هذه العلاقات ، إذ يمكن للضغط النفسي الحد من نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة في القضاء على الأورام السرطانية، في الوقت الذي تؤكد الدراسات على أهمية نشاط هذه الخلايا في المحافظة على بقاء بعض المرضى على قيد الحياة وبشكل خاص مرضى سرطان الثدي المبكر.(تاييلور، ص.819)

* إن أي نوع من الإجهاد النفسي أو الجسدي يمكن أن يؤدي إلى استثارة منطقة ما تحت المهاد أو ما يعرف بالوطاء (Hypothalamus) ، مما يؤدي إلى إفراز العامل المحرر للموجهة القشرية (CRF)(coricotropin-releasing factor) : وهو عديد بيبتيدي مكون من 41 حمضا أمينيا، يحفز بدوره إفراز الـ ACTH على مستوى الفص الأمامي للغدة النخامية: وهو الآخر عديد بيبتيدي له سلسلة بطول 39 حمضا أمينيا، هذا الهرمون ينشط إفراز الكورتيزول على مستوى منطقة القشرة من الغدة الكظرية.

إن العلاقة بين زيادة إفراز الكورتيزول والإصابة بالأمراض السرطانية تكمن في أثر زيادة إفراز هذا الهرمون في تثبيط عمل الجهاز المناعي، من خلال التقليل من تكوين الخلايا اللمفاوية وبشكل خاص: اللمفاويات التائية، كما يخفض الكورتيزول من تحرير الأنترلوكين الذي يعد مسؤولاً عن دعم وتقوية الجهاز المناعي وتحفيز نمو الكريات البيضاء، ليس هذا فحسب وإنما يقلل الكورتيزول من هجرة الكريات البيضاء إلى المنطقة المصابة، ومن عملية بلعمة الخلايا التالفة. وهذه الميزة التي تجعل الكورتيزول قادراً على كبت المناعة، تضعه وسيطاً أساسياً بين التعرض لمختلف الضغوط وعدم القدرة على التحكم بمواجهتها من جهة وبين كون الفرد عرضة لخطر الموت نتيجة لمختلف الأمراض التي كان من السهل التغلب عليها سابقاً.(منظمة الصحة العالمية، 1997 ، ص ص.1160-1162)

ويؤكد Ley في مراجعة لعشر دراسات عام 1988 حول العلاقة بين أثر السلوك والوفيات الناجمة عن مرض السرطان، إذ يرتبط الإحساس بالقدرة على المواجهة الناجحة للأحداث

والتحكم بها (الاعتقاد بالكفاءة الذاتية)، المساندة الاجتماعية، الالتزام والتحدي، مشاعر الرضا: بانخفاض مؤشر الإصابة بالأورام السرطانية الناتجة عن الاختلالات الهرمونية لدى النساء ، في حين يرتبط الإدراك المنخفض للدعم الاجتماعي، مشاعر العجز، غياب التعبير عن الانفعالات السلبية و الاكتئاب، (Fisher, p.435) التوقعات السلبية حول المرض والمستقبل الصحي للمريض، بظهور السرطان وتسارع تطوره، والموت المبكر للمريض. (تايلور، ص.818)

وتشير دراسة Ell et coll إلى ارتفاع مؤشر الحياة لدى النساء المصابات بسرطان الثدي عند استفادتهن من الدعم العاطفي، ودراسة كل من 1985 Cohen et Syme وكذلك 2000 Giese Daves et coll اللتان تؤكدان بأن مرضى السرطان في المرحلة الأخيرة، يقومون غالبا بمحاولة تكيف أكبر عندما يتسنى لهم الاعتماد على أفراد لدعمهم. (Fisher, p.391) وتؤكد دراسة أجريت بجامعة ستانفورد الأمريكية حول أثر الدعم العاطفي على القدرة على مواجهة المرض ، حيث قدرت فترة حياة المريضات المصابات بسرطان الثدي اللواتي استفدن من مساندة عاطفية بعد الإصابة بالمرض، ضعف المدة التي عاشتها المريضات اللواتي لم يستفدن من أي مساندة عاطفية.(عثمان، ص.145)

* كما توصل الباحثون إلى أن : تسارع المرض بدرجة تؤدي إلى الموت المبكر، يزداد خاصة لدى المرضى الخاضعين وغير العدوانيين ، الذين يميلون إلى التجنب وعدم القدرة على مواجهة المرض، بينما يرتبط الأداء المناعي الأفضل، وببطء مسار المرض بدرجة كبيرة، بالميل إلى المواجهة والمقاومة والتعبير عن مشاعر الغضب تجاه المرض والأطباء (تايلور، ص.818)

3- النماذج النظرية المفسرة للسرطان:

اقترحت العديد من النماذج لمحاولة تفسير العلاقات القائمة بين الأحداث الضاغطة والأساليب النفسية المعتمدة لمواجهتها من جهة ، و سيرورات تطور مرض السرطان من جهة أخرى . ومن ضمن النتائج المشتركة المتوصل إليها: الفكرة التي تشير إلى أن آثار العوامل النفسية

تظهر من خلال انخفاض في الكفاءة المناعية وتحديد الوظيفة السمية للخلايا للمفاوية وتتأسس هذه الفكرة على نوعين من المعطيات:

أولاً: نشاط الخلايا الطبيعية القاتلة (NK) يتناقص في المراحل المتقدمة للورم القتامي الخبيث (Le mélanome) وسرطان الثدي، في حين أن دور الخلايا NK تحديداً هو تثبيط تطور الانبثاثات (Les métastases) .

ثانياً: العديد من الدراسات أكدت أن الأحداث الضاغطة تؤدي غالباً إلى انخفاض معتبر في عدد الخلايا القاتلة (NK) التي تعد وظيفتها الأساسية التعرف على الخلايا الشاذة في انقسامها وتدميرها قبل تفاقم تكاثرها غير الطبيعي، وهذا التراجع في عمل النظام المناعي يسرع نمو الأورام الخبيثة . (Fisher, p.222)

وفي حين يعتبر البعض أن التغيرات الهرمونية المحرضة عبر عدم القدرة على التحكم (القدرة المدركة) في الوضعيات هي : المسؤولة عن التغيرات المناعية وكذلك نتائجها على نشأة السرطان، يقترح البعض الآخر العديد من الطرق التكميلية السلوكية و الفيزيولوجية التي قد تربط بين الخصائص النفسية للنمط ج والإصابة بالسرطان.

وفيما يأتي توضيح لأهم النماذج النظرية المفسرة لآليات التسرطن، استناداً إلى أساليب المواجهة النفسية للأحداث الضاغطة. (Santiago-Delefos, p.30)

3-1- نموذج عدم القدرة على التحكم لـ Fisher 1988:

اقترح Fisher نموذج حيوي نفسو اجتماعي ذو طابع شامل، عام 1988 لتفسير اتجاه الأفراد الذين لديهم مستوى ضعيف من التحكم المدرك على الأحداث الضاغطة، للإصابة بالسرطان أو بالأمراض المعدية. ورأى أن صعوبة التحكم في الضغوطات بإمكانها أن تؤدي سواء إلى بذل مجهود كبير للتحكم أو إلى اليأس والاستسلام : وفي كلتا الحالتين يترجم ذلك بزيادة تركيز الكورتيزول. (Bruchon-Chweitzer et Dantzer, 2003, p.194) هذا الهرمون يؤثر بدوره على خلايا الجهاز المناعي ، مقللاً من كفاءتها مما يعزز نمو الأورام السرطانية. (Santiago –Delefos , p.30)

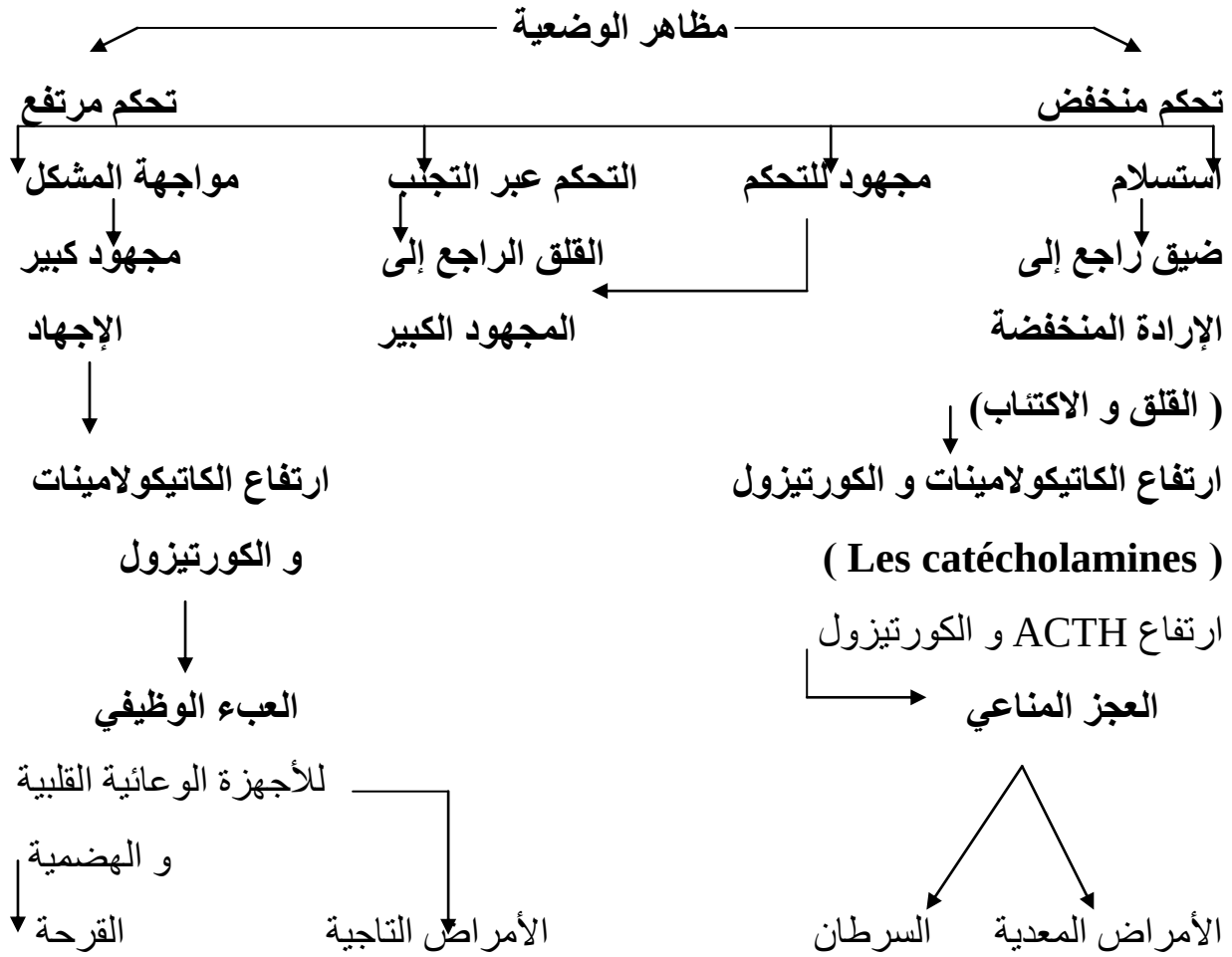
* وتكمن خصوصية هذا النموذج في إدماج التحكم الذي يمكن للفرد ممارسته- أو الاعتقاد (الإدراك) بممارسته- على العوامل الضاغطة ، ونتائج هذا التحكم على نشاط القشرة المخية وإفراز الكورتيزول .

* إن أثر نماذج التحكم على قابلية رد الفعل العصبي الغددي مثبتة لدى الحيوان، ويؤكد كل 1982 Johanson et Sandon بأن التأثير العصبي الغددي من خلال إفراز الكورتيزول بالنسبة للإنسان، أكثر ارتفاعا لدى: الأفراد الذين يمارسون أدوار ذات رقابة بسيطة وبالتالي دون تحكم ، منه لدى الأفراد الأكثر انشغالا على الصعيد المهني. (Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.195) و في هذا السياق أجريت دراسة من قبل Frankenhäuser 1975 على مجموعة من العمال السويديين بمعمل الخشب ، شملت العينة مجموعة من العمال الذين يقومون بتسوية أطراف الخشب والذين يقطعون الخشب إلى أحجام جرى تحديدها مسبقا والذين يقومون بتصنيف الخشب حسب درجة الجودة إلى فئات، وكلها أعمال مملة ترتبط بمستوى جد متدني من التحكم إذ يتقرر ذلك حسب سرعة الآلة .

ويبلغ طول دورة العمل (10) ثواني مما يتطلب السرعة في اتخاذ القرار مع قلة احتمالات الاتصال الاجتماعي.

وتوصلت الدراسة إلى التأكيد أن مستويات الكاتيكولامين كانت عالية جدا لدى هؤلاء العمال بالمقارنة مع غيرهم من العمال ممن يؤدون مهام أخرى بالمعمل ، وهو ما يرتبط بارتفاع احتمالات التعرض للإصابة بالأمراض. (تايلور، ص.399)

وانطلاقا من هذه المعطيات اعتبر Fisher 1988 أن هذه التغيرات الهرمونية الناجمة عن عدم القدرة على التحكم في الأحداث الضاغطة ، هي المسؤولة عن التغيرات المناعية وعن نتائجها على نشأة الأورام السرطانية. (Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.195)



الشكل التمثيلي نموذج عدم القدرة على التحكم لـ Fisher 1988

(Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.195)

3-2- نموذج استراتيجيات المواجهة لـ Temeshock 1990:

يؤكد Temeshock على الطبيعة الديناميكية لنموذجه فالسرطان مرض يتطور خلال الوقت و الجهازين النفسي و الفيزيولوجي يتفاعلان باستمرار، لذلك فالأخذ بالحسبان هذه المظاهر التطورية، و المتفاعلة يسمح حسب ما يراه Temeshock بتفسير أغلبية التناقضات حول المسألة، كما يعتقد أن أسلوب المواجهة التجنبية (Le coping évitant) الذي يميز الشخصية نمط ج (Personnalité type c) يسمح للفرد بالتصرف أمام الأحداث الضاغطة، مخفضاً أثرها الانفعالي و محافظاً على علاقته مع الآخر لكن في خضم سيرورة التوازن الاجتماعي هذه، يتم فقدان الاتزان النفسي أو البيولوجي.

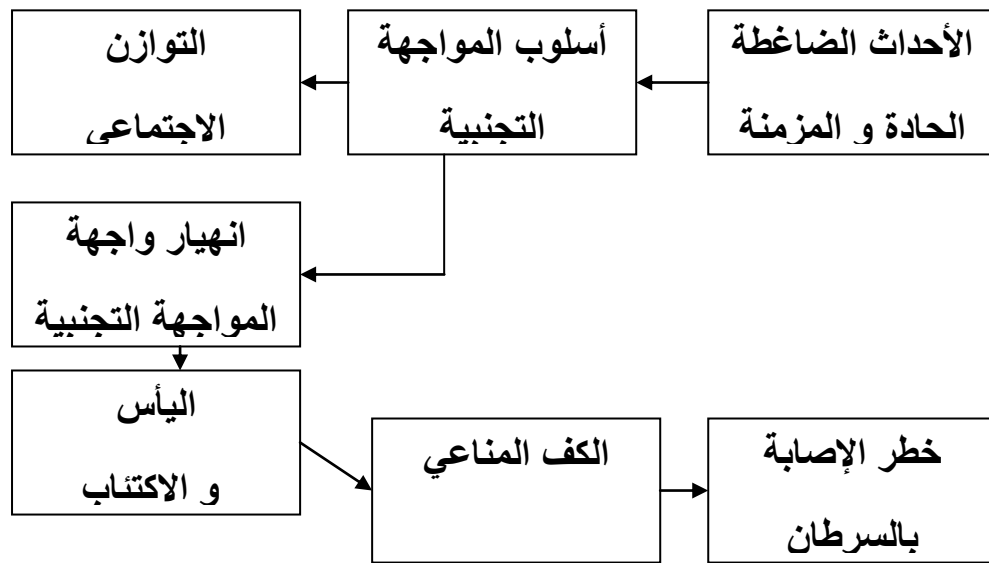
و قد يكون هذا الأسلوب ملائماً أمام الأحداث اليومية، لكنه يبدو غير فعال أمام الضغوطات المتكررة أو الحادة. و في حالة النوبة النفسية المعبر عنها عند فشل أسلوب المواجهة المتبنى، قد تنجم إحدى النتائج التالية:

أولاً: تبني أسلوب مواجهة أكثر فعالية و هو ما يحسن النشاط الفيزيولوجي.

ثانياً: الجمود أو المواقفة على تبني استراتيجيات مواجهة غير فعالة.

ثالثاً: انهيار واجهة المواجهة التجنبية مما يؤدي إلى ظهور اليأس و الاكتئاب.

(Bruchon-Chweitzer et Dantzer, pp.116, 196)



الشكل التمثيلي لنموذج استراتيجيات المواجهة لـ Temeshock 1990

(Bruchon-Chweitzer, p.395)

3-3- نموذج الانفعالات لـ Contrada et al 1990:

في هذا النموذج يرى Contrada et al 1990 أن سلسلة الأحداث تربط بين العوامل البيونفسواجتماعية من جهة و بين الهشاشة الدفاعية المناعية و بالتالي خطر نمو السرطان أو معاودة الإصابة به من جهة أخرى.

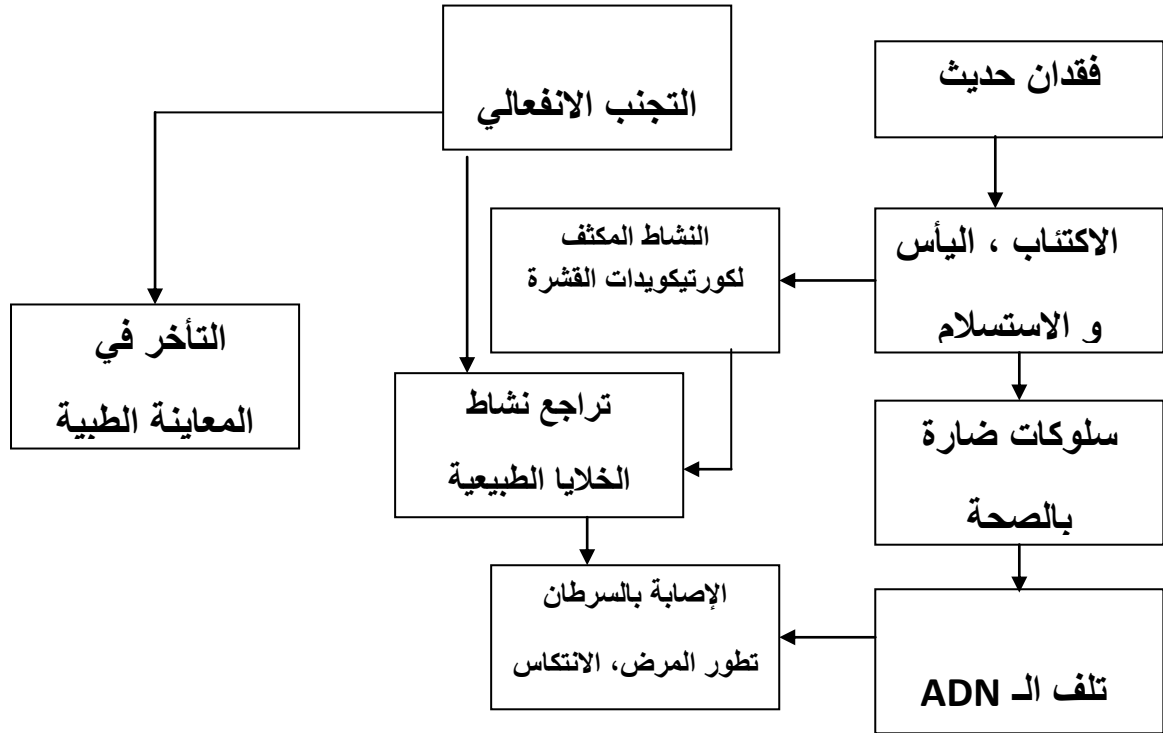
* و في هذا الشأن يعتقد كل من 2001 Cousson-gélie و 2001 Tastet أن: بعض أحداث فقدان (الانفصال، الحداد...) و ما قد يرتبط بها من اكتئاب و قمع للانفعالات السلبية

يرتبط بالتطور الداخلي لبعض الأورام السرطانية وذلك من خلال العلاقة القائمة بين هذه العوامل النفس واجتماعية و المناعة النفسية العصبية الغددية.

في الحالة الأولى: الوضعية الاكتئابية بإمكانها أن تؤدي إلى سلوكيات خطر مثل التعاطي الكثيف للكحول أو التدخين أو السلوكيات الجنسية غير الآمنة، مما يعرض الفرد لخطر الأورام الخبيثة أو للاعتداءات المحيطة التي يمكنها التأثير على عمل الجهاز المناعي و من ثم ارتفاع خطر الإصابة بالسرطان و الذي يكون في هذه الحالة ناجما عن التغيرات السلوكية. و زيادة على ما سبق ذكره فإن الاكتئاب يترافق بزيادة في النشاط العصبي الغددي من خلال إفراز الكورتيزول الذي يحرض و يفاقم تدهور نشاط الخلايا القاتلة الطبيعية (NK). (Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p197).

في الحالة الثانية: التجنب الانفعالي- الذي يماثل ما سماه Freud القمع -La répression- لديه أثر سيئ مضاعف (أثر سلوكي و أثر فيزيولوجي) إذ يرى Contrada أن هذا التجنب الانفعالي أي: صعوبة مواجهة العوامل الضاغطة، يمثل عاملا لنشأة سيرورات معرفية مثل الإدراك المحرف (المشوه) للأعراض، أو التأخر في الذهاب للمعاينة الطبية، مما قد يفاقم، المرض قبل أي تدخل طبي.(Fisher, p.222) كما يترافق التجنب الانفعالي بانخفاض في نشاط الجهاز العصبي الودي (Le système sympathique) و كنتيجة لذلك انخفاض في نشاط الخلايا NK.

كما قدم Contrada 1990 العديد من الطرق التكميلية السلوكية و الفيزيولوجية التي بإمكانها أن تربط الخصائص النفسية للشخصية نمط ج بالخطر المرتفع للإصابة بالسرطان.(Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.197)



الشكل التمثيلي لنموذج الانفعالات لـ 1990 Contrada et al

(Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.196)

4- الشخصية نمط ج (الشخصية السرطانية):

** درست هذه الشخصية في وقت واحد من طرف البحوث السيكوسوماتية والبحوث الوبائية.

* بالنسبة للأولى: اعتبرت أن هنالك بنية وتاريخ خاص (صراع سابق لم يتم حله، فقدان الآخر المهم بالنسبة للفرد، مشاعر الذنب

* بالنسبة للثانية: هي مجموعة مركبة تعرف أحيانا بالشخصية نمط ج (La

personnalité type C) لدى 1990 Contrada et coll، 1990 Temoshock et

coll في حين تعرف بالنمط I لدى 1990 Grossarth Matrick et Eysenck

(Fisher, p.54).

** وقد حدد 1987 Temoshock مجموعة من خطوط الشخصية وأساليب السلوك واستراتيجيات المواجهة تحت هذه التسمية للاستدلال على نمط سلوكي معقد يتميز بدفعات

غير مرنة - تتسم بالجمود - (عدم القدرة على إدراك والتعبير عن الانفعالات السلبية، خاصة العدوانية)، أفكار اكتئابية غامضة، انخفاض قيمة الذات، مشاعر العجز، اليأس، والاستسلام، عدم القدرة على التحكم. (Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.26)

وقد نشر Barraclough مجموعة من البحوث التي أجمعت حول ميل أفراد هذا النمط إلى قمع انفعالات مثل الغضب، الغيظ والعدوانية، في حين يميلون بالمقابل إلى إبداء لطف شديد، رغبة في إرضاء الآخرين والاهتمام بهم، يلبون احتياجاتهم الخاصة في صمت ولا يبدون أي اعتراض، أو لوم. (Fisher, p.326) كما يبدون أعصابا هادئة عند مواجهة أحداث الحياة السلبية ، دون التعبير عن الغضب ولا عن الانفعالات السلبية، وهم أفراد معرضون للاكتئاب ويواجهون المرض بالخضوع والاستسلام.

(Bruchon-Chweitzer et Dantzer, p.189)

وتشير الدراسات التي قام بها Temoshock :1985, 1987, 1990, Jensen: 1987
Contrada et al :1990, Levy et Heiden :1990 إلى العلاقة القائمة بين هذا النمط من الشخصية والخطر المرتفع للإصابة بسرطان الثدي والورم الجلدي القتاميخي الخبيث.

(Le mélanome)

* إلا أن العلاقة الموجودة بين هذه الأنماط وخطر الإصابة بالسرطان تبقى محل نقاش، أي: هل هي مسببة له أو ناجمة عنه ؟ ويرى Schwertzer et coll 1998 أن النمط ج لا يعتبر حاليا طابعا استعداديا ، بل أسلوب تسوية متبنى من قبل بعض الأفراد لمواجهة الأحداث المدركة بمثابة فقدان، مثل: قمع الانفعالات السلبية: ويمثل عامل خطر ومشاعر العجز واليأس: والتي تعد عاملا تنبؤيا للإصابة بالسرطان. (Bruchon-Chweitzer,

p.174)

5- علاج الأمراض السرطانية:

5-1- الجراحة:

يهدف العلاج إلى إزالة الورم السرطاني دون تدمير الخلايا السليمة وقد يتم ذلك من خلال الجراحة التي تسمح باستئصال الورم، إلا أن انتشاره وتمكنه من غزو الخلايا والأنسجة المجاورة يدفع الفريق الطبي إلى تبني أساليب علاجية أكثر فعالية قد يستخدمها منفردة، كما يمتن التدخل بين عدد من العلاجات طلبا لنتائج أفضل وأسرع.

ومن أبرز هذه العلاجات:

5-2- العلاج الهرموني:

هو علاج يعرقل عمل الهرمونات القادرة على تحريض تطور الخلايا السرطانية، ويستخدم في حالة السرطانات الحساسة للهرمونات، مثل العلاج الهرموني الهادف إلى تعطيل إفراز الأوستروجين (Oestrogène) في سرطان الثدي، أو التستوستيرون (Testostérone) في حالة سرطان الخصية. (Morin, p.437)

حيث تعمل هذه الهرمونات على إغلاق مستقبلات الهرمونات التي تحفز تطور الورم السرطاني، ويحول إغلاق هذه المستقبلات دون استقبال الخلايا لمحفزات النمو الورمي الطبيعية: وبذلك يقل معدل نمو الورم . ومن أكثر العلاجات الهرمونية استخداما:

5-2-1- مضادات الأوستروجين:

توقف مضادات الإستروجين عمل الإستروجين بإغلاق مستقبلات الأوستروجين أو بتثبيط تكونه . ومن بين المثبطات الأكثر استخداما:

Megasterol, Raloxifene, Toremfen, Tamoxifen, Vaslodex.

5-2-2- مثبطات إنزيم الأروماتياز:

مثبطات الأروماتياز توقف تكون الأوستروجين بعد سن اليأس وذلك بتنشيط التحول الخارجي للأندر وجين إلى الأوستروجين، وطورت هذه المركبات لعلاج سرطان الثدي الحساس للمهرمونات. (Heron, pp.6-7)

5-3- العلاج المناعي:

هو علاج هادف إلى تنبيه الدفاعات المناعية للعضوية ضد الخلايا السرطانية وإثارة ردود الفعل من خلال دعم الجهاز المناعي ورفع معدلات إنتاج الخلايا المناعية.

ومن أمثلة ذلك استخدام الأنترلوكين أو الأنترفيرون لتحفيز الجهاز المناعي ضد سرطان الكلية، أو اللجوء إلى زرع النخاع العظمي، لتعزيز إنتاج الخلايا المناعية التي تعمل على محاربة تطور الورم. (Russy, 2008, pp.2-3)

5-4- العلاج بالأشعة:

و هو استخدام الأشعة الأيونية عبر حزمة أو حقل من الطاقة الشديدة على منطقة معينة أو عضو ما، بغرض علاج الورم السرطاني، (Beers, p.1045) و هنالك نمطين من العلاج:

5-4-1- العلاج الخارجي بالأشعة:

يكون منبعها خارج جسد المريض، وينتج حزمة تصيب الأنسجة العميقة بعد عبور الجلد و الأنسجة السطحية. وتتم اعتمادا على الأشعة الكهرومغناطيسية {الأشعة السينية وأشعة قأما (Les rayons X et les rayon Gamma)} أو الأشعة المكونة من الأجزاء الدقيقة للمادة (الالكترونات، البروتونات، النيوترونات) وذلك استنادا إلى مصدرين إشعاعيين هما العناصر الإشعاعية (Cobalt 60) أو أجهزة مسرعات الجزيئات. (Morin, 2000, p.869)

5-4-2- العلاج الوريدي بالأشعة:

و يتم ذلك من خلال مادة إشعاعية النشاط، تسير بالاستخدام الوريدي للإيقاف تطور الورم، مثل اليود الإشعاعي النشاط، المستخدم في حالة سرطان الغدة الدرقية.

ويعمل العلاج بالأشعة على تدمير الخلايا سريعة الانقسام وهو بذلك يستهدف الخلايا السرطانية، التي لا تكون دوماً على نفس الدرجة من الحساسية لهذه الأشعة ، في الوقت الذي قد تتسبب الأشعة في إتلاف الخلايا السليمة المجاورة خاصة سريعة النمو مثل: خلايا الجلد ، خلايا نخاع العظمي، الشعر، الأغشية المخاطية للفم، البلعوم والمعي.

ويستخدم هذا النوع غي علاج ورم هودجكن (Le lymphome de Hodgkin) ، الأورام الخبيثة اللاهودجكينية (Les lymphomes non Hodgkinien) ، سرطان البروستات، سرطان الخصية (Le séminome) سرطان الثدي المبكر، سرطان الرئة، سرطان الدماغ والبصلة السيسائية.

كم أن التقنيات الحديثة للعلاج بالأشعة الشديدة والدقيقة التموضع ، مثل الاعتماد على البروتونات، يمكن أن تكون فعالة ضد بعض الأورام الموجودة في أماكن خطيرة مثل أورام العين والدماغ والبصلة السيسائية. (Beers, p.1045)

5-5- العلاج الكيميائي:

هو علاج قائم على استخدام أدوية كيميائية لتدمير الخلايا السرطانية، وتكمن الميزة الأساسية لهذا العلاج في إمكانية التأثير على الانبثاثات ، بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو الجراحة على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة، وتكمن فعاليته في كون الخلايا التي تنقسم الانقسام السريع أكثر حساسية تجاه هذه الأدوية الكيميائية ، وهي خاصية تميز الخلايا السرطانية .

إلا أن هناك نسبة ضئيلة من الأدوية التي قد تحقق ذلك دون أن يمس تأثيرها الخلايا السليمة خاصة خلايا الجلد، الشعر وخلايا الجهاز الهضمي وهو ما يؤدي إلى ظهور الآثار الجانبية (Morin, p.192).

ويمكن استخدام العلاج الكيميائي منفرداً ، أو بالاشتراك مع علاجات أخرى تندرج ضمن برنامج علاجي، يقرره الفريق الطبي بالرجوع إلى عدد من المحكات مثل: موضع الورم

ونوعه ودرجة خطورته، سن المريض، الحالة الصحية العامة للمريض وسوابقه الطبية والجراحية وكذلك فعالية العلاج والآثار الجانبية المحتملة.

ويمكن أن يستخدم العلاج الكيميائي في عدد من الحالات هي:

أولاً: قبل الجراحة:

ويهدف على حد سواء إلى تقليص حجم الورم وتسهيل الجراحة والتقليل من خطر عودة السرطان، كما يسمح بتقييم فعالية أدوية العلاج الكيميائي على الورم دون تأخير. وتدوم مدة العلاج في هذه الحالة من 3 إلى 5 أشهر.

ثانياً: بعد الجراحة:

ويستخدم في هذه الحالة بعد الاستئصال التام للورم وللخلايا السرطانية الظاهرة، أي أنه علاج مكمل للجراحة، التي لا تسمح بإزالة الخلايا السرطانية غير الواضحة للجراح ويهدف في هذه الحالة إلى التقليل من احتمالات العودة الموضعية للورم أو رجوعه في أنسجة أخرى، فهو بذلك يرفع من احتمالات الشفاء ويستمر هذا العلاج من 5 إلى 6 أشهر.

ثالثاً: لإيقاف الانبثاثات:

يستخدم في هذه الحالة لعرقلة تقدم الخلايا السرطانية المنتقلة عبر الأوعية الدموية أو الأوعية اللمفاوية إلى سائر خلايا الجسد وتقدر مدة الخضوع للعلاج من 3 أشهر إلى أكثر من سنة. (Fédération Nationale Des centres De Lutte Contre Cancer

(FNCLCC), 2004, pp.14-45)

5-5-1- طرق إدارة العلاج الكيميائي:

يتلقى مريض السرطان العلاج الكيميائي عبر عدة طرق، يعود تحديدها إلى الفريق الطبي وهي:

أولاً: الحقن الوريدي:

خلال الحصوص الاستشفائية ، ويسمح الحقن الوريدي بالانتشار السريع للأدوية في الجسم، إلا أن هذه الطريقة قد تتسبب بآثار موضوعية أثناء أو بعد تلقي العلاج مثل الألم، التورم، الاحمرار. وإذا تم تلقي العلاج خارج الوريد أي تحت البشرة (الجلد) فذلك يهدد بآثار موضعية طويلة المدى.

ثانيا: عن طريق البلع:

ويتعلق الأمر بالأدوية المركبة على شكل أقراص أو حبوب، والتي تنتقل بعد مرورها بالجهاز الهضمي إلى الدورة الدموية، لتستهدف الخلايا السرطانية وتدمرها.

ثالثا: الحقن العضلي:

هنالك نسبة ضئيلة من العلاجات الكيميائية للسرطان التي تتم عن طريق الحقن ضمن العضلات ، ويتم ذلك بعد التخدير الموضعي (L'anesthésie locale) ، وقد ينجم عن هذه الطريقة أيضا معاناة المريض من بعض الآلام لاحقا.

رابعا: الطرق الأخرى لتسيير العلاج الكيميائي:

في بعض الحالات يمكن استخدام العلاج الكيميائي مباشرة داخل الورم ، أو داخل التجويف الذي يحتوي على الخلايا السرطانية، مثلا عند تموضع الورم على مستوى البطن، يسير العلاج الكيميائي مباشرة داخل تجويف الصفاق (الحقن داخل تجويف الصفاق) .

كما يمكن أن يتم حقن العلاج الكيميائي على مستوى الشرايين، غشاء الجنب، أو داخل السائل النخاعي الشوكي. وتتم كل هذه الطرق بالمستشفى كما قد تستدعي التخدير الموضعي.

5-5-2- الآثار الجانبية للعلاج الكيميائي:

على الرغم من جدوى العلاج الكيميائي في بعض الحالات، إلا أنه يرتبط بمعاناة المريض من عدد هام من الأعراض التي تتفاوت في الشدة أو الخطورة والتي قد تؤدي أحيانا بالفريق المعالج إلى وقف العلاج ، وأهمها:

أولا: آثار جانبية أثناء تلقي العلاج:

وهي الآثار التي يشكو منها المريض خلال الحصة العلاجية ، ومن أكثرها شيوعا :

* الغثيان والتقيؤ: Les nausées et les vomissements

* الألم الموضعي.(موضع الحقن). La douleur cutanée.

* الحساسية. L'allergie.

ثانيا: آثار جانبية بعد تلقي العلاج:

وتظهر بعد أيام أو أسابيع من تلقي المريض للعلاج الكيميائي وتشتمل على:

* الإمساك أو الإسهال. La constipation ou la diarrhée.

* البثور على مستوى الفم. Les aphtes.

* الإحساس بجفاف الفم. La sécheresse de la bouche.

* سيلان الأنف. Un écoulement par le nez.

* انخفاض في القدرة على السمع La baisse de l'audition

* التتميل في اليدين والقدمين. Les fourmillements dans les mains et les pieds.

* اضطرابات الذاكرة. Les troubles de la mémoire.

* تغيرات في الجلد والأظافر: Les modifications de la peau ou des ongles

* تساقط الشعر. La chute des cheveux.

* الإنهاك والالام. La fatigue et les douleurs.

* انخفاض في عدد الكريات الحمراء L'anémie

* انخفاض في عدد الكريات البيضاء La neutropénie

* انخفاض في عدد الصفائح الدموية La Thrombopénie

* اضطراب الحياة الجنسية. Les perturbations de la vie de couple.

* اضطرابات وظائف الكلى. Les perturbations du fonctionnement des reins.

* اضطرابات الوزن. Les perturbations du poids.

* الإحساس بالخدر. Une sensation d'engourdissement.

* جفاف العينين. Une sécheresse des yeux.

* اضطرابات قلبية ورئوية. Des troubles cardiaques ou pulmonaires.

* التهاب المثانة (La cystite) (FNCLCC, pp.77-84)

6- تقبل العلاج لدى مرضى السرطان:

يعتبر تقبل العلاج مشكلا هاما لاسيما في حالة الأمراض المزمنة، أين يخضع المريض مطولا لعلاجات تتسم بكثرة الأعراض الجانبية الناجمة عنها، و تولد لديه إحساسه الدائم بالتعبية لها، مما يخفف من مدى التزام المريض بها، انطلاقا من مضي ستة أشهر على بدء العلاج، الأمر الذي قد يفاقم معاناة المريض، لاسيما في الحالات التي تضع التنبؤ الحيوي للمريض في خطر، مثل: السيدا، السرطان، ارتفاع ضغط الدم، القصور الكلوي المزمن، و السكري.

بالنسبة لمرض السرطان أين يلعب تقبل العلاج دورا أساسيا في رفع احتمالات الشفاء، و التقليل من فرص عودة الورم، وكذلك خفض فترات الاستشفاء التي قد تنجم عن تفاقم المرض، وتؤكد الدراسات على تأثير العديد من العوامل على تقبل العلاج لدى هؤلاء المرضى أهمها: السن (حادثة السن، أو التقدم فيه)، تعقد العلاج (عدد الأدوية، عدد الجرعات، نوع العلاج: كيميائي، هرموني، أدوية مخففة للأعراض المرض أو للآثار الجانبية..)، عدد و طول فترات الاستشفاء، درجة خطورة الورم الذي يعاني منه المريض، و تدهور الحالة الصحية العامة، و تؤثر كل هذه العوامل سلبا على مستوى تقبل المريض لعلاج. Celis et

(al, pp.9-18)

• ويؤكد 1986 Leventhal et al بعد دراسته لتقبل العلاج الكيميائي لدى مريضات مصابات بسرطان الثدي، أن مرضى السرطان يكونون نوعين من التمثلات أو المعتقدات حول العلاج الذي يخضعون له:

الأولى: تتعلق بالآثار الإيجابية للعلاج أي: التقليل من أعراض المرض و تحسن الحالة الصحية للمريض.

الثانية: ترتبط بالآثار الجانبية الناجمة عن العلاج و التي تشكل عائقا أمام تقبل المريض له. كما أن الاستخدام المزمّن للعلاج، يدرك بمثابة خطر، لأنه قد يؤدي إلى التبعية للعلاج و هذه التبعية تكون نفسية بقدر ما تكون فيزيولوجية.

• كما توصل 1999 Weinman et Horne عقب دراسة شملت 324 مريضا ، وزعوا على أربع عينات حسب الأمراض التي يعانون منها (السرطان، الربو، الأمراض الوعائية القلبية، القصور الكلوي المزمن) إلى ارتباط إدراك المرضى لضرورة خضوعهم للعلاج بارتفاع مستوى تقبل العلاج، في حين كلما زاد قلقهم بشأن العلاجات التي يخضعون لها، كانوا أقل تقبلا لها. (Gauchet, p32)

و مما سبق يمكننا حصر العوامل المؤثرة على تقبل العلاج لدى مرضى السرطان فيما يلي:

1- جوانب شخصية المريض، و معتقداته و تمثلاته و مخاوفه.

2- سن المريض.

3- درجة خطورة السرطان الذي يعاني منه المريض.

4- الحالة الصحية العامة.

5- تكرار و طول فترات الاستشفاء.

6- تعقد العلاج.

7- الآثار الجانبية الناجمة عن العلاج.

خلاصة:

من خلال عرضنا لهذا الفصل، حاولنا الإلمام بأبعاد مرض السرطان، من الناحية الطبية وكذلك النفسية عبر عرض النظريات المفسرة للمرض من جهة نظر نفسية، و التطرق إلى الشخصية نمط ج التي أصبحت تشكل موضوعا خصباً للبحوث و الدراسات.

و مما خلصنا إليه بعرضنا لهذا الفصل الأهمية المركزية التي يحتلها تقبل العلاج في تحسين حالة المريض، و كذلك عواقب الانقطاع عنه، أو عدم المواظبة عليه، هذا من جهة، من جهة أخرى أهمية العناية النفسية بمريض السرطان في رفع مستوى تقبله للعلاج، وذلك عبر تحسين تمثلات أو معتقدات المرضى السلبية المرتبطة بالعلاج الذي يخضعون له، و التخفيف من مخاوفهم و قلقهم، وتعريفهم بمزايا التزامهم بالعلاج بدءاً من الحصة الأولى، الأمر الذي يمكن أن يحسن من التنبؤ الحيوي للمرضى، و يرفع من آمال الشفاء.

الجانب الميداني

الفصل الخامس

منهج و إجراءات

الدراسة

الفصل الخامس: منهج و إجراءات الدراسة

أولاً: الدراسة الاستطلاعية.

1- عينة الدراسة الاستطلاعية.

1-1- خصائص العينة الاستطلاعية.

1-1-1- السن.

1-1-2- المستوى الثقافي.

1-1-3- الحالة المدنية.

2- منهج الدراسة.

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية.

3-1- استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة.

3-2- استبيان تقبل العلاج.

4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

4-1- الصدق.

4-2- الثبات.

5- الأساليب الإحصائية.

أولا : الدراسة الاستطلاعية:

• تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على:

أولاً: الظروف التي ستتم بها الدراسة الأساسية.

ثانياً: مختلف الصعوبات التي يمكن أن تواجه الطالبة الباحثة خلالها.

ثالثاً: خصائص مكان وعينة الدراسة.

رابعاً:

• كيفية اختيار العينة.

مدى ملائمة الأدوات المستخدمة في التحقق من فرضيات الدراسة.(التأكد من خصائصها

السيكومترية: الصدق والثبات).

1- عينة الدراسة الاستطلاعية:

تشير العينة إلى مجموعة جزئية من المجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء

الدراسة عليها ، ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة

الأصلي.(عبيدات وآخرون، 1999، ص.84)

• وقد اشتملت العينة النهائية للدراسة الاستطلاعية على 62 فرداً تم اختيارهم من قسمي

أمراض النساء والتوليد وأمراض الدم على مستوى مستشفى ابن رشد، ومستشفى الجسر

الأبيض على الترتيب بولاية عنابة بالاعتماد على العينة الحصصية ، نظراً لصعوبة

الحصول على العينة بالطريقة العشوائية. وتشير العينة الحصصية إلى نوع من العينات غير

العشوائية ، التي تقوم على تقسيم مجتمع الدراسة إلى فئات أو شرائح ضمن معيار معين، ثم

يتم اختيار العدد المطلوب من كل فئة بما يتلاءم مع حجم الفئة.(عبيدات وآخرون، ص.96)

حيث : اختارت الطالبة تقسيم مجتمع الدراسة(مرضى السرطان) تبعاً لسن المريض إلى

الفئات التالية:

* المرضى الذين تراوح سنهم بين 25 و 34 سنة.

*

* المرضى الذين تراوح سنهم بين 35 و 44 سنة.

*

المرضى الذين تراوح سنهم بين 45 و 54 سنة.

المرضى الذين تراوح سنهم بين 55 و 65 سنة.

واشتملت العينة الاستطلاعية على 37 رجلا و 25 امرأة تراوحت أعمارهم بين 28 و 65

سنة بمتوسط حسابي قدره 49.45 وانحراف معياري قدره 9.08 .

و وزع على جميع أفرادها استبيانى: تقبل العلاج ، والكفاءة الذاتية، للتحقق من خصائصهما السيكومترية.

1 1 - خصائص العينة الاستطلاعية:

<u>النساء:25</u>		<u>الرجال:37</u>			
%40.32		%59.67		<u>الخصائص</u>	
النسبة	التكرارات	النسبة	التكرارات	الفئات	<u>السن</u>
%3.22	2	%6.45	4	[25،35]	
%8.06	5	%14.51	9	[35،45]	
%9.67	6	%27.41	17	[45،55]	
%19.35	12	%11.29	7	[55،65]	
%8.06	5	%17.74	11	أُمي	<u>المستوى الثقافي</u>
%6.45	4	%14.51	9	ابتدائي	
%11.29	7	%6.45	4	متوسط	
%8.06	5	%11.29	7	ثانوي	
%6.45	4	%9.67	6	جامعي	
%12.90	8	%9.67	6	أعزب	<u>الحالة المدنية</u>
%27.41	17	%50	31	متزوج	
على الأقل: منذ ثلاث(03) سنوات.				<u>مدة الخضوع للعلاج الكيميائي</u>	

جدول رقم(02) : خصائص العينة الاستطلاعية.

قدر العدد الأولي لأفراد العينة الدراسة الاستطلاعية بـ 75 مريضاً مصاباً بالسرطان، يخضعون للعلاج الكيميائي بالأقسام الاستشفائية السابقة الذكر، وبعد تطبيق أدوات الدراسة تم استبعاد (13) حالة من بينها:

* (07) حالات لم يجب فيها المفحوصون عن جميع العبارات.

* (06) حالات بدء العلاج منذ مدة لم تزيد عن ثمانية (08) أشهر.

ليقدر الحجم النهائي للعينة الاستطلاعية بـ (62) فرداً من بينهم (37) رجلاً أي 59.67% من حجم العينة، و(25) امرأة أي 40.32% من حجم العينة، وتميزت العينة النهائية للدراسة الاستطلاعية بالأخذ بعين الاعتبار عدد المرضى النساء والرجال بما يلي:

1-1-1-السن: وتوزعت أعمار أفراد العينة الاستطلاعية كالتالي:

9.67 % تراوحت أعمارهم بين 25 و 35 سنة. (06 أفراد)

22.58 % تراوحت أعمارهم بين 35 و 45 سنة. (14 فرداً)

37.09 % تراوحت أعمارهم بين 45 و 55 سنة. (23 فرداً)

30.64 % تراوحت أعمارهم بين 55 و 65 سنة. (19 فرداً)

1-1-2-المستوى الثقافي: تراوح المستوى الثقافي لإفراد العينة بين الأمية والمستوى

الجامعي حيث توزعت مستويات أفرادها تبعاً للنسب المئوية الآتية:

25.80 % من حجم العينة: أميين. (16 فرداً)

20.96 % من حجم العينة: مستوى ابتدائي. (13 فرداً)

17.74 % من حجم العينة: مستوى متوسط. (11 فرداً)

19.35 % من حجم العينة: مستوى ثانوي. (12 فرداً)

16.12 % من حجم العينة: مستوى جامعي. (10 أفراد)

3-1-1- الحالة المدنية: اشتملت عينة الدراسة الاستطلاعية على 77.41 % (48 فردا) من حجمها الكلي متزوجين و 22.58 % (14 فردا) من حجمها عزابا.

2- منهج الدراسة الاستطلاعية:

يعرف المنهج على أنه الطريق أو المسلك المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد العامة، التي تهيمن على تسيير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة. (بوي، 1977، ص.5)

وحيث أن الدراسة الاستطلاعية هادفة إلى التعرف على عينة الدراسة وخصائصها ، وكذلك التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، بالاعتماد على جمع البيانات من أفراد العينة ثم ترجمتها على شكل علاقات ارتباطية .

تم الاعتماد على المنهج الوصفي الذي يعد أسلوب من أساليب التحليل، المرتكز على معلومات كافية ودقيقة، عن ظاهرة أو موضوع محدد، خلال فترة أو فترات زمنية معلومة، من أجل الحصول على نتائج علمية ، تم تفسيرها بطريقة موضوعية ، وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. (عبيدات وآخرون، ص.46)، واعتمدت الطالبة في هذه الدراسة على الدراسات الارتباطية: التي تهتم بدراسة وتحديد ما إذا كانت هنالك علاقة بين متغيرات البحث ، وإيجاد قيمة العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي، من خلال ما يعرف بمعامل الارتباط. (ملحم، 2000، ص.350)

3- أدوات الدراسة الاستطلاعية:

اعتمدت الدراسة على استبيانين، هما استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة، واستبيان تقبل العلاج، حيث يشير الاستبيان إلى: مجموعة من الأسئلة التي يطرحها الباحث على المبحوثين، وفقا لتوقعاته لموضوع محل الدراسة. (حسين عقيل، 1999، ص.149)

تم تطبيق الاستبيانين تطبيقاً فردياً، بعد حصص العلاج الكيميائي، بسبب حدة بعض الآثار الجانبية للعلاج (الغثيان، الدوار، الإنهاك...) و كذلك فقدان القدرة على التركيز خلال الحصة العلاجية، باستثناء بعض المرضى أين فضلوا الإجابة عليه خلال فترة تلقي العلاج الكيميائي، أين شرح لهم الهدف من الأدوات، وطريقة الإجابة عليهما.

قسمت بنود كل استبيان إلى عبارات، وأمام كل عبارة مجموعة من البدائل حيث يختار المريض واحدة من البدائل التي تنطبق على سلوكه، وكانت البدائل في كلا الاستبيانين وفق الترتيب الآتي: مطلق، نادراً، غالباً، دائماً.

3-1-1- استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة: لـ Ralf Schwarzer المترجم إلى العربية من قبل جميل رضوان، س حيث: تم التحقق من خصائصه السيكمترية في البيئة العربية وقدر معامل صدقه بـ 0.85 ومعامل ثباته بـ 0.71 وكانت جميع قيم معامل الثبات للقيم منفردة أعلى من 0.80 ، لذلك فقد تمتعت بنود الاستبيان في صيغته العربية بدرجة عالية من الصدق، وبالتالي أمكن الاحتفاظ بجميع البنود. (جميل رضوان، ص.35).

كما طبق من قبل الطالبة على العينة الاستطلاعية للتأكد من هذه الخصائص في البيئة الجزائرية.

3-1-1- طريقة تصحيح الاستبيان:

يصحح استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة بالاعتماد على منح الدرجات تبعا للإجابات كالتالي:

- مطلقاً ← 1
- نادرًا ← 2
- غالبًا ← 3
- دائماً ← 4

3-2- استبيان تقبل العلاج:

الذي تم تصميمه من قبل الطالبة، في ظل غياب أداة قياس ملائمة لتقييم المتغير محل الدراسة، و تم تصميمها استنادا إلى:

أولا: المعلومات النظرية الخاصة بتقبل العلاج (أبعاده، العوامل المؤثرة عليه، و التفسيرات النظرية التي حاولت الإلمام به) و كذلك مرض السرطان و العلاج الكيميائي.

ثانيا: استبيان Morisky لتقبل العلاج

ثالثا: استبيان Gérard لتقبل العلاج.

رابعا: استمارة تقييم تقبل العلاج لـ Tourette Turgis التي استخدمت في عدد من الدراسات مع مرضى السيدا و الربو و السكري و مرضى القلب.

3-2-1- طريقة تصحيح الاستبيان: و يتم تصحيحه من خلال منح الدرجات، بما يقابل إجابات المفحوصين حيث وزعت الدرجات كالتالي:

مطلقا ← 1

نادر ← 2

غالبا ← 3

دائما ← 4

4- الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

بغرض التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة تم تطبيقها على أفراد العينة الاستطلاعية، لحساب الصدق و الثبات في البيئة الجزائرية.

4-1- الصدق:

يشير الصدق على أن الأداة تقيس ما وضعت لقياسه. (عوض صابر و علي خفاجة، 2002، ص.167)

4-1-1- استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة:

تم التأكد من صدق استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة بالاعتماد على:

أولاً: الصدق الإحصائي:

و يمكن حساب الصدق الإحصائي للأداة عن طريق الجذر التربيعي لمعامل الثبات. وبعد حساب الثبات قدر الصدق الإحصائي للأداة بـ: 0.981 و هو قريب جداً من 1، مما يدل على صدق استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة بنسبة كبيرة.

4-1-2- استبيان تقبل العلاج:

بغرض التأكد من صدق استبيان تقبل العلاج، اعتمدت الطالبة على صدق المحكمين، ولتسجيل أنواع صدق أكثر أهمية، تم حساب الصدق الإحصائي:

ثانياً: صدق المحكمين:

قامت الطالبة بعرض الاستبيان على مجموعة من الأساتذة والأطباء - باعتبار أن تقبل العلاج من بين المواضيع المندرجة ضمن اهتمامات الطب والصيدلة- للتحقق من مدى وضوح ودقة العبارات المقترحة لقياس المتغير المدروس لدى العينة. حيث طلب من المحكمين تحديد مدى ملاءمته في ضوء التعريف الإجرائي للمتغير - تقبل العلاج- وفرضيات الدراسة ، بالإشارة إذا كانت كل عبارة من العبارات المعروضة عليهم تقيس أو لا تقيس المتغير المحدد.

* وتم حساب صدق المحكمين اعتمادا على معادلة لوشي وعبارتها كالاتي:

$$\text{ص م} = \frac{\text{ن م} - \text{ن}}{2}$$

ص م: صدق المحكمين.

ن م: عدد المحكمين الذين اعتبروا أن العبارة تقيس.

ن: العدد الكلي للمحكمين.

إذا كانت قيمة ص م ≤ 0.5 تكون الأداة صادقة.

وقد عرض استبيان تقبل العلاج الذي أعدته الطالبة على المحكمين التالية أسماؤهم:

- 1- بوخميس بوفولة: دكتوراه في علم النفس: أستاذة بقسم علم النفس: جامعة عنابة.
- 2- بلخلفي نادية: دكتوراه في علم النفس المرضي : أستاذة بقسم علم النفس :جامعة عنابة.
- 3- بوساحية رياض: دكتوراه في الصيدلة: أستاذ بمدرسة الشبه الطبي : تبسة .
- 4- شركسكي عبد الحميد: أخصائي في أمراض الرئة : أستاذ بكلية الطب، جامعة عنابة.
- 5- بوزيد رضوان: أخصائي في أمراض القلب: أستاذ بكلية الطب، جامعة عنابة.
- 6- عفيفي نذيرك دراسات طبية متخصصة، جامعة باريس، أخصائي في أمراض الكلى و المسالك البولية (القصور الكلوي، تصفية الدم، زرع الكلى، الضغط الدموي، أمراض الكلى الناتجة عن القصور الكلوي)، سوق أهراس.
- 7- بن دير زين الدين: أخصائي في الأمراض الصدرية: سوق أهراس

8- حاج عزام : دكتوراه في الطب:طبيب بمستشفى هوارى بومدين: سوق أهراس

9- بوعصيدة أحمد: دكتوراه في الطب:طبيب.سوق أهراس.

* و بعد مراجعة الملاحظات التي أبدأها المحكمون الذين عرض عليهم الاستبيان، قامت الطالبة بإجراء التعديلات التي اتفق عليها الأغلبية، بحذف و تعديل الصياغة و إعادة ترتيب بعض العبارات لتزداد الأداة وضوحا و ملاءمة لتقييم المتغير المطلوب (تقبل العلاج). حيث اقترح إضافة عبارتين لبند الالتزام بممارسة التمارين الرياضية هما:

العبرة رقم(13):إذا فاتني أحد الأنشطة الرياضية، فأني أحاول استدراكه لاحقا.

العبرة رقم (28): أحرص على أن لا تفوتني التمارين الرياضية الصباحية.

• ليحتوي الاستبيان في صورته المعدلة بذلك، على ما يلي:

1- متغيرات ديمغرافية : وشملت بيانات شخصية خاصة بالمريض هي:

الجنس، السن، المستوى الثقافي، الحالة المدنية.

2- متغيرات خاصة بالحالة الصحية للمريض: وتضمنت عبارتين:

الأولى: المعاناة من أمراض أخرى مصاحبة إلى جانب مرض السرطان.

الثانية: خاصة بمدة تلقي العلاج.(منذ متى بدأت تتلقى العلاج؟)

3- متغيرات الدراسة الأساسية: شملت البيانات الأساسية لمتغير الدراسة واحتوت على 38

سؤالا توزعت على ستة (06) محاور وهي:

المحور الأول: الالتزام الكمي والنوعي بتناول الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب.

واشتمل على (13) عبارة وهي العبارات : 4، 5، 6، 7، 8، 10، 14، 17، 21، 23،

26، 31، 32.

المحور الثاني: الالتزام بحصص العلاج الكيميائي.

وأشتمل على (05) عبارات وهي العبارات : 9 ، 16 ، 20 ، 33 ، 34.

المحور الثالث: الالتزام بالمواعيد الطبية.

وأشتمل على (04) عبارات وهي العبارات : 2 ، 11 ، 19 ، 27.

المحور الرابع: مراقبة الحالة الصحية.

وأشتمل على (06) عبارات وهي العبارات : 1 ، 3 ، 15 ، 25 ، 29 ، 36.

المحور الخامس: الالتزام بممارسة النشاط الرياضي.

وأشتمل على (03) عبارات وهي العبارات: 13، 28، 37.

المحور السادس: إتباع الحمية الغذائية تبعاً لتوصيات الطبيب.

وأشتمل على (07) عبارات وهي العبارات: 12، 18، 22، 24، 30، 35، 38.

وبعد تطبيق معادلة لوشي، وتحويل النتائج إلى النسب المئوية ، قدر صدق استبيان تقبل العلاج بـ 96.84 %.

ثانياً: الصدق الإحصائي:

حيث قامت الطالبة بحسابه من خلال حساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات.

وبعد حساب الثبات قدر الصدق الإحصائي للأداة بـ 0.985 . و هو قريب جداً من 1 مما يدل على صدق استبيان تقبل العلاج بنسبة كبيرة.

2-4- الثبات:

يشير الثبات إلى إمكانية الاعتماد على أداة القياس، لأن تطبيقها تحت ظروف مماثلة يعطي نفس النتائج باستمرار. (عوض صابر وعلي خفاجة، ص.165)

و تم حساب ثبات الاستبيانين اعتمادا على معامل بيرسون ، حيث طبقت الطالبة استبيان الكفاءة الذاتية واستبيان تقبل العلاج على أفراد العينة الاستطلاعية، ثم أعيد تطبيقه بعد فترة قدرت بـ 15 يوما من التطبيق الأول.

وبعد حسابه بالاعتماد على نظام الـ SPSS13.0 ، قدر ثبات الاستبيانين بـ:

1- استبيان الكفاءة الذاتية: 0.964 .

2- استبيان تقبل العلاج: 0.972 .

5- الأساليب الإحصائية.

بعد جمع البيانات من أفراد العينة الاستطلاعية، أفرغت في الحاسوب ، لمعالجتها اعتمادا على البرنامج الإحصائي SPSS13.0 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية) ، حيث تم الاستناد إلى جملة من الأساليب الإحصائية وهي:

- التكرارات والنسب المئوية في خصائص العينة.

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.

- معادلة لوشي لحساب صدق الأداة.

- معامل الارتباط بيرسون للتأكد من ثبات الأداة.

الفصل الخامس: منهج و إجراءات الدراسة

ثانيا: الدراسة الأساسية

1- عينة الدراسة الأساسية.

1-1- خصائص العينة الأساسية

1-1-1- السن

1-1-2- المستوى الثقافي

1-1-2- الحالة المدنية.

2- منهج الدراسة الأساسية .

3- حدود الدراسة الأساسية.

3-1- الحدود المكانية.

3-2- الحدود الزمنية.

3-3- الحدود البشرية.

4- الأساليب الإحصائية.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

هدفت الدراسة الحالية إلى تحديد وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج، لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي ، منذ ثلاث سنوات على الأقل، لتفادي الوقوع في حالة عدم تقبل المرض، اعتمادا على المنهج الوصفي : طريقة دراسة العلاقات الارتباطية باستخدام استبيان الكفاءة الذاتية العامة لـ Ralf Schwarzer ، لقياس متغير الكفاءة الذاتية، واستبيان تقبل العلاج لدى الذي أعدته الطالبة لقياس متغير تقبل العلاج ، وبعد إجراء الدراسة الاستطلاعية، والتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، قامت الطالبة بتطبيق الأدوات في إطار الدراسة الأساسية ، والتي دامت طيلة ثلاثين يوما(30) ، على عينة من مرضى السرطان بولاية عنابة، بكل من مستشفى ابن رشد: قسم أمراض النساء والتوليد: وحدة العلاج الكيميائي. كما شملت مرضى يتلقون العلاج الكيميائي بمستشفى الجسر الأبيض: قسم أمراض الدم.

1- عينة الدراسة الأساسية:

• اشتملت عينة الدراسة الأساسية على (112) فردا تم اختيارهم من مستشفى ابن رشد، ومستشفى الجسر الأبيض بولاية عنابة، بالاعتماد على العينة الحصصية، نظرا لصعوبة الحصول على العينة بالطريقة العشوائية. حيث في الدراسة الحالية اختارت الطالبة تقسيم مجتمع الدراسة (مرضى السرطان) إلى الفئات التالية تبعا لسن المريض:

* المرضى الذين تراوح سنهم بين 25 و34 سنة.

* المرضى الذين تراوح سنهم بين 35 و44 سنة.

* المرضى الذين تراوح سنهم بين 45 و54 سنة.

* المرضى الذين تراوح سنهم بين 55 و65 سنة .

وبعد تطبيق أدوات الدراسة تم استبعاد (19) حالة ، من بينها :

* (11) حالة لم يجب فيها المفحوصون عن جميع العبارات.

* (08) حالات بدأت العلاج منذ مدة لم تزيد عن (09) أشهر.

ليبلغ عدد أفراد العينة الأساسية (93) فردا يعانون من أورام سرطانية مختلفة، من بينهم (51) رجلا و(42) امرأة تراوحت أعمارهم بين 25 و68 سنة بمتوسط حسابي قدره 50.19 وانحراف معياري قدره 11.02 .

1-1- خصائص العينة الأساسية :

<u>الخصائص</u>		<u>الرجال:51</u>		<u>النساء:42</u>	
الفئات	النسبة	التكرارات	النسبة	التكرارات	النسبة
<u>السن</u>	[25،35]	4	% 4.30	5	% 5.37
	[35،45]	9	% 9.67	9	% 9.67
	[45،55]	17	% 18.27	15	% 16.12
	[55،65]	21	% 22.58	13	% 13.97
	أُمي	11	% 11.82	12	% 12.90
<u>المستوى الثقافي</u>	ابتدائي	12	% 12.90	7	% 7.52
	متوسط	9	% 9.67	9	% 9.67
	ثانوي	13	% 13.97	8	% 8.60
	جامعي	6	% 6.45	5	% 5.37
	أعزب	9	% 9.67	8	% 8.60
<u>الحالة المدنية</u>	متزوج	42	% 45.16	34	% 36.55
	مدة الخضوع للعلاج الكيميائي				
على الأقل: منذ ثلاث(03) سنوات.					

جدول رقم(03): خصائص العينة الأساسية.

اشتملت العينة النهائية للدراسة الأساسية على 93 مريضاً مصاباً بالسرطان يخضعون للعلاج الكيميائي منذ ثلاث سنوات على الأقل ، لتفادي الوقوع في حالة عدم تقبل المرض ، من بينهم 51 رجلاً أي 54.83 % من حجم العينة، و42 امرأة أي 45.16 % من حجم العينة، وتميزت العينة الكلية للدراسة الأساسية بالأخذ بعين الاعتبار عدد المرضى للنساء والرجال بما يلي:

1-1-1- السن: توزعت أعمار أفراد العينة الأساسية كالتالي:

9.67 % تراوحت أعمارهم بين 25 و35 سنة. (9 أفراداً)

19.35 % تراوحت أعمارهم بين 35 و45 سنة. (18 فرداً)

34.40 % تراوحت أعمارهم بين 45 و55 سنة. (32 فرداً)

36.55 % تراوحت أعمارهم بين 55 و65 سنة. (34 فرداً)

1-1-2- المستوى الثقافي: تراوح المستوى الثقافي لأفراد العينة الأساسية بين الأمية

و المستوى الجامعي حيث توزعت مستويات أفرادها تبعاً للنسب المئوية الآتية:

24.73 % من حجم العينة: أميين. (23 فرداً)

20.43 % من حجم العينة: مستوى ابتدائي. (19 فرداً)

19.35 % من حجم العينة : مستوى متوسط . (18 فرداً)

22.58 % من حجم العينة : مستوى ثانوي. (21 فرداً)

11.82 % من حجم العينة : مستوى جامعي. (11 فرداً)

1-1-3- الحالة المدنية: اشتملت عينة الدراسة الأساسية على نسبة 81.72 % (76 فرداً) من

حجمها الكلي متزوجين و18.27 % (17 فرداً) من حجمها عزاباً.

2- منهج الدراسة الأساسية :

هذه الدراسة هادفة إلى البحث في وجود علاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى عينة من مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. لذلك تم الاعتماد على المنهج الوصفي :
تحديدا طريقة الدراسات الارتباطية ، أي : البحث في وجود ارتباط أو علاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، والتعبير عن قيمة هذا الارتباط بشكل كمي من خلال معامل بيرسون.

3-حدود الدراسة الأساسية:

3-1- الحدود المكانية:

تمت الدراسة بولاية عنابة، بكل من مستشفى ابن رشد الجامعي على مستوى قسم أمراض النساء والتوليد بوحدة العلاج الكيميائي، وكذلك مستشفى الجسر الأبيض على مستوى قسم أمراض الدم

3-2- الحدود الزمنية :

امتدت الدراسة طيلة السنة الجامعية 2008-2009 .

3-3- الحدود البشرية:

قدر الحجم النهائي لأفراد العينة الأساسية بـ 93 مريضا يعانون من أورام سرطانية مختلفة، تم اختيارهم بالاعتماد على العينة الحصصية، وتم الاعتماد على هذا النوع من العينات نظرا لصعوبة الحصول على العينة بالطريقة العشوائية.

4-الأساليب الإحصائية:

بعد جمع البيانات من أفراد العينة الأساسية ، أفرغت في الحاسوب ،لمعالجتها اعتمادا على البرنامج الإحصائي SPSS13.0 (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)، حيث تم الاستناد إلى جملة من الأساليب الإحصائية وهي:

- التكرارات والنسب المئوية في خصائص العينة.

- المتوسط والانحراف المعياري .

- معامل الارتباط بيرسون للكشف عن نوع العلاقة بين متغيرات الدراسة (تقبل العلاج والكفاءة الذاتية).

الفصل السادس عرض و مناقشة النتائج

الفصل السادس: عرض و مناقشة النتائج

أولاً: عرض النتائج

1- الفرضية العامة.

1-1- التذكير بالفرضية العامة:

1-2- النتائج .

1-3- تحليل نتائج الفرضية العامة.

2- الفرضية الجزئية الأولى.

1-2- التذكير بالفرضية الجزئية الأولى.

2-2- النتائج.

2-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى .

3- الفرضية الجزئية الثانية.

1-3- التذكير بالفرضية الجزئية الثانية.

2-3- النتائج.

3-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

4- الفرضية الجزئية الثالثة.

1-4- التذكير بالفرضية الجزئية الثالثة.

2-4- النتائج.

3-4- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

5- الفرضية الجزئية الرابعة.

1-5- التذكير بالفرضية الجزئية الرابعة.

2-5- النتائج.

3-5- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة.

6- الفرضية الجزئية الخامسة .

1-6- التذكير بالفرضية الجزئية الخامسة.

2-6- النتائج.

3-6- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الخامسة.

7- الفرضية الجزئية السادسة.

1-7- التذكير بالفرضية الجزئية السادسة.

2-7- النتائج.

3-7- تحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة.

أولاً: عرض النتائج

بعد تطبيق أدوات الدراسة المتمثلة في استبيان الكفاءة الذاتية العامة لـ Ralf Schwarzer ، المترجم إلى العربية من قبل : الأستاذ الدكتور سامر جميل رضوان، واستبيان تقبل العلاج المصمم من قبل الطالبة ، وبعد جمع البيانات وتفريغها قامت الطالبة بحساب معاملات الارتباط بالاعتماد على نظام الـ SPSS13.0 في ضوء فرضيات الدراسة.

1- الفرضية العامة:

1-1- التذكير بالفرضية العامة:

**** * توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.**

اعتمدت الطالبة في التحقق من صحة الفرضية العامة على معامل ارتباط «بيرسون» بين درجات الكفاءة الذاتية ودرجات تقبل العلاج المتحصل عليها لدى 93 مريضاً يعانون من أورام سرطانية مختلفة ويخضع هؤلاء المرضى للعلاج الكيميائي بالوحدتين الموجودتين على مستوى المستشفى الجامعي ابن رشد ، ومستشفى الجسر الأبيض بولاية عنابة، حيث جاءت النتائج كالتالي:

1-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.953(**)	0.01	دالة

جدول رقم (04) : نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

1-3- تحليل نتائج الفرضية العامة:

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (04) إلى أن معامل ارتباط بيرسون: $r=0.974$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة

الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي ، وبين درجة تقبله للعلاج الذي يتلقاه.

2- الفرضية الجزئية الأولى:

2-1- التذكير بالفرضية الجزئية الأولى:

** توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام كميًا ونوعيًا بتناول الأدوية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

2-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.953(**)	0.01	دالة

جدول رقم (05) : نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية وبعد الالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

2-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (05) إلى أن معامل ارتباط بيرسون: $r=0.953$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، وبين درجة التزامه بتناول أدويته.

أي أن: الفرضية الجزئية الأولى قد تحققت.

2- الفرضية الجزئية الثانية:

3-1- التذكير بالفرضية الجزئية الثانية:

** توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بحصص العلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

اعتمدت الطالبة في التأكد من صحة الفرضية الجزئية الثانية على حساب معامل بيرسون لدرجات الكفاءة الذاتية والالتزام بحصص العلاج الكيميائي لدى 93 مريضاً من العينة الأساسية وتم توضيح النتائج في الجدول التالي:

3-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.971(**)	0.01	دالة

جدول رقم (06) : نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية والالتزام بحصص العلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

3-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية :

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (06) إلى أن معامل ارتباط بيرسون : $r = 0.971$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي ، ومدى التزام المريض بحصص العلاج الكيميائي .

أي أن: الفرضية الجزئية الثانية قد تحققت.

4- الفرضية الجزئية الثالثة:

4-1- التذكير بالفرضية الجزئية الثالثة:

**** توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالمواعيد الطبية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.**

واعتمدت الطالبة في التحقق من صحتها على حساب معامل ارتباط بيرسون للدرجات المتحصل عليها من قبل المرضى بالنسبة للاستبيانين المذكورين سابقاً ويوضح الجدول التالي النتائج المتحصل عليها:

4-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.963(**)	0.01	دالة

جدول رقم(07) نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية والالتزام بالمواعيد الطبية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

4-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (07) إلى أن معامل ارتباط بيرسون: $r = 0.963$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى التزام المريض بالمواعيد الطبية.

أي أن: الفرضية الجزئية الثالثة قد تحققت.

5- الفرضية الجزئية الرابعة:

5-1- التذكير بالفرضية الجزئية الرابعة:

** توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية ومراقبة الحالة الصحية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

واعتمدت الطالبة على حساب معامل بيرسون للدرجات المتحصل عليها بتطبيق استبيان الكفاءة الذاتية العامة وتقبل العلاج على أفراد العينة . ويوضح الجدول التالي النتائج المتحصل عليها:

5-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.989(**)	0.01	دالة

جدول رقم(08) نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية ومراقبة الحالة الصحية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (08) إلى أن معامل ارتباط بيرسون : $r=0.989$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي ، ومدى مراقبته لحالته الصحية.

أي أن: الفرضية الجزئية الرابعة قد تحققت.

6- الفرضية الجزئية الخامسة:

6-1- التذكير بالفرضية الجزئية الخامسة:

****** توجد علاقة دالة إحصائية بين الكفاءة الذاتية وإتباع الحمية الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

واعتمدت الطالبة في التحقق من صحة الفرضية على حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج على أفراد العينة.

ويوضح الجدول التالي النتائج المتحصل عليها :

6-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.982(**)	0.01	دالة

جدول رقم(09): نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية وإتباع الحمية الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم (09) إلى أن معامل ارتباط بيرسون : $r=0.982$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي، ومدى إتباع الحمية

الغذائية تبعا لتوصيات الطبيب.

أي أن : الفرضية الجزئية الخامسة قد تحققت.

7- الفرضية الجزئية السادسة:

7-1- التذكير بالفرضية الجزئية السادسة:

****** توجد علاقة دالة احصائيا بين الكفاءة الذاتية والمداومة على ممارسة النشاط الرياضي لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. واعتمدت الطالبة في التحقق من صحة الفرضية على حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج على أفراد العينة.

ويوضح الجدول التالي النتائج المتحصل عليها:

7-2- النتائج:

حجم العينة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	الدلالة
93	0.955(**)	0.01	دالة

جدول رقم(10)نتائج معامل بيرسون بين درجات الكفاءة الذاتية وممارسة التمارين

الرياضية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

7-3- تحليل نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

تشير النتائج الموضحة في الجدول رقم(10) إلى أن معامل ارتباط بيرسون : $r = 0.955$ ، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 مما يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجة الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي ومدى مداومته على ممارسة النشاط الرياضي.

أي أن: الفرضية الجزئية السادسة قد تحققت.

الفصل السادس:

عرض و مناقشة النتائج

ثانيا: مناقشة النتائج

- 1- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى.
- 2- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية.
- 3- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة.
- 4- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة.
- 5- مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة.
- 6- مناقشة الفرضية الجزئية السادسة.
- 7- مناقشة الفرضية العامة.

ثانيا: مناقشة النتائج:

1- مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية والالتزام كميًا ونوعيًا بتناول الأدوية، لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، حيث قدر هذا الارتباط بـ 0.953 ، وهو يشير إلى ارتباط طردي قوي بين الكفاءة الذاتية العامة ، والالتزام الكمي والنوعي بتناول الأدوية ، وهو ما يتفق مع نتائج التي توصلت إليها دراسة 2008 Gauchet,A التي تحدثت عن أهمية معتقدات مريض السيدا بشأن قدراته وإمكاناته الشخصية على الأداء الناجح لمختلف المهام أي : اعتقاده بكفاءته الذاتية في مدى التزامه بالعلاج ، بما في ذلك نجاح سلوكيات التقبل الدوائي: أي الالتزام الكمي والنوعي بالدواء الذي حددته الهيئة الطبية المعنية. وهو ما يجعل النتائج المتحصل عليها نتائج منطقية.

ومع ذلك لا يمكننا اعتبار الكفاءة الذاتية العامل الوحيد المؤثر على التزام المريض بالمواعيد الدوائية وحجم جرعات الدواء ، فبإمكان عوامل أخرى مثل مساندة الأفراد المقربين من المريض وحرصهم عليه، أن تشكل مؤثرا هاما على التزامه الكمي والنوعي بتناول أدويته.

2- مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بحصص العلاج الكيميائي من قبل مرضى السرطان. حيث قدر هذا الارتباط بـ 0.971، و هو يشير إلى ارتباط طردي قوي بين الكفاءة الذاتية و الالتزام بحصص العلاج الكيميائي لدى مرضى السرطان الخاضعين.

و تتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه 2000 Tourette-Turgis في دراستها حول تقبل العلاجات القهقرية (Les traitements antirétroviraux) لدى مرضى السيدا: وهو نوع من العلاج المضاد للفيروسات الذي يتشابه في آثاره الجانبية مع العلاج الكيميائي، حيث حددت الدراسة مجموعة من العوامل المتحكممة في الالتزام بالحصص العلاجية، من ضمنها اعتقاد المريض بالكفاءة الذاتية، حيث يؤثر اقتناع المريض بقدرته على النجاح في مسألة

تلقى العلاج بما فيها من أبعاد (الالتزام بالمواعيد الطبية، احترام الجرعات الدوائية، الالتزام بالحصص العلاجية، ممارسة التمارين الرياضية...) و كذلك القدرة على تجاوز العقاقير المرتبطة بنفس المسألة دون استسلام للفشل و الذي يترجم هنا بالانقطاع عن العلاج. ففي الدراسة الحالية، يعد الالتزام بحصص العلاج الكيميائي من أهم المسائل التي تلعب دورا جوهريا في رفع احتمالات الشفاء، على الرغم من الدور الذي تلعبه الآثار الجانبية لهذا العلاج في التقليل من تقبل المرضى له، و دفعهم إلى الانقطاع المبكر عنه و هو ما أكدته دراسة Leventhal 1986.

و على الرغم من أهمية ما توصلت إليه الدراسة الحالية، إلا أنه لا يمكننا اعتبار الكفاءة الذاتية العامل الوحيد الذي يرفع من مستوى التزام المرضى بحصص العلاج الكيميائي، فمخاوف المريض من الموت، و عدم وجود علاجات بديلة أفضل، مساندة المقربين منه... عوامل أخرى يمكنها أن تدفعه إلى تحمل ما ينجم عن العلاجات من آثار جانبية في سعي منه للشفاء.

3- مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالمواعيد الطبية من قبل مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي. حيث قدر هذا الارتباط بـ 0.963 ، وهو يشير إلى ارتباط طردي قوي بين الكفاءة الذاتية العامة ، والتزام مرضى السرطان بالمواعيد الطبية ، وهو ما يتفق مع نتائج الدراسة التي قام بها Clark et Dodge 1999 على مريضات القلب، والتي أكدت على دور الكفاءة الذاتية في التنبؤ بمدى الالتزام بتنفيذ السلوكات الصحية الايجابية المساهمة في إدارة الحياة المرضية. والتي تشمل لدى مرضى السرطان على عدد الممارسات ، من أهمها زيادة على الالتزام بالأدوية والعلاجات الموصوفة : المواظبة على المواعيد الطبية، وعدم التغيب عنها : باعتبار أن الالتزام بالمواعيد الطبية يكشف عن الحالة الراهنة للمريض ، مما يسمح بتدارك ما قد يتعرض له من تدهور مفاجئ في الحالة الصحية أو يحول دون تعرضه للخطر.

وهو ما يؤكد النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية.

4- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية ومراقبة الحالة الصحية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي . حيث قدر هذا الارتباط بـ 0.989، و هو يشير إلى ارتباط طردي بين الكفاءة الذاتية ومراقبة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي لحالتهم الصحية .

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية هي الأخرى مع ما توصلت إليه دراسة 1999 Clarck et Dodge حول أهمية الكفاءة الذاتية في الالتزام السلوكيات المرتبطة بإدارة المرض التي تشتمل على عدد من الممارسات ، من بينها : مراقبة المريض لحالته الصحية .

وعلى الرغم من الارتباط القوي الذي أكدته الدراسة الحالية إلا أن مراقبة المريض لحالته الصحية ، قد لا تنجم عن الاعتقاد بفعاليتها الذاتية فقط، إنما قد تأتي نتيجة لأعراض مرضه، أو ما ينجم من آثار جانبية عن العلاج الكيميائي ، كما قد تنجم عن المخاوف التي يكونها المريض بشأن مرض السرطان مما يدفعه إلى المراقبة المستمرة لحالته الصحية لمعرفة تطور مرضه ودرجة خطورته...

وكل ذلك لا يقلل من أهمية نتيجة الدراسة الحالية التي تؤكد على الارتباط الايجابي القوي بين الكفاءة الذاتية ومراقبة الحالة الصحية لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

5- مناقشة الفرضية الجزئية الخامسة:

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية والالتزام بالحماية الغذائية تبعاً لتوصيات الطبيب من قبل مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي . حيث قدر هذا الارتباط بـ 0.982 ، وهو يشير إلى ارتباط طردي قوي بين الكفاءة الذاتية والالتزام مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي بالحماية الغذائية تبعاً لتوصيات الطبيب.

وهو ما يتفق مع النتائج التي توصلت إليها دراسة 1999 Meland et al التي أكدت على أن الكفاءة الذاتية شكلت أقوى متغير من بين المتغيرات المستقلة التي تم فحصها ، التي مثلت مؤثرا قويا على الالتزام بعدد من السلوكيات الصحية من بينها الالتزام بالحماية الغذائية إلى جانب عدد من الممارسات الصحية الأخرى وفي نفس السياق أكدت دراسة Chwarzer 1993 ، وكذلك دراسة 1979 Chamblis et Murry على الارتباط القوي بين معتقدات الأفراد بالكفاءة الذاتية والتزامهم بالحماية الغذائية وكذا أهمية تعزيز هذه المعتقدات في عدم الانقطاع عن هذه الحماية الصحية.

وعلى الرغم من الارتباط القوي الذي توصلت إليه نتائج الدراسة الحالية ، إلا أنه لا يمكننا اعتبار الكفاءة الذاتية بمثابة العامل الوحيد المؤثر على التزام المريض بالحماية الغذائية ، أو غيرها من السلوكيات ، فقد تتدخل عدة عوامل أخرى مثل المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض، أو مخاوف المريض من تفاقم المرض في حالة عدم تقيده بنصائح الطبيب...

5- مناقشة الفرضية الجزئية السادسة:

دلت نتائج معامل بيرسون على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية التي يدركها مريض السرطان الخاضع للعلاج الكيميائي ومدى مداومة المريض على ممارسة النشاط الرياضي ، حيث قدر هذا الارتباط بـ 0.955 ، وهو يشير إلى ارتباط طردي قوي بين الكفاءة الذاتية ومداومة مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي على ممارسة التمارين الرياضية. وتتفق هذه النتيجة مع ما حققته دراسة 1999 Meland et al ، حول أثر الفعالية الذاتية على الالتزام بممارسة النشاط الرياضي والمواظبة عليه، كما أكدت دراسة Ewart et al ودراسة 2000 Booth et al ، أنها عامل مؤثر قوي في الالتزام بممارسة التمارين الرياضية.

وهو ما يدعم نتائج الدراسة الحالية فاعتقاد مريض السرطان بقدرته على المواظبة على ممارسة التمارين الرياضية وتجاوز بعض العقبات مثل الإحساس بالتعب الناجم عن المرض وكذلك عن العلاج تجعله أكثر التزاما بهذه التمارين، وأشد إصرارا على المداومة عليها.

6- مناقشة الفرضية العامة:

انطلاقاً من النتائج المحققة في الفرضيات الجزئية ، والتي أشارت في مجملها إلى الارتباط القوي بين الكفاءة الذاتية ، وكل بعد من الأبعاد المكونة لتقبل العلاج، فإننا نخلص إلى أنه: يوجد ارتباط قوي بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج أي أن الفرضية العامة التي مفادها : وجود علاقة دالة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان: قد تحققت.

وهو ما ترجم عبر معامل بيرسون الذي قدر بـ 0.974 ، والذي يؤكد ما أشرنا إليه سابقاً. وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج عدد من الدراسات منها دراسة Barnhoom et 1992 Adrianse حول تقبل علاج مرض السل ودراسة De Clemente 1985 حول تقبل العلاج للإقلاع عن التدخين. وكذلك ارتباطها الموجب بتقبل العلاج السلوكي لفوبيا الثعابين والمحافظة على اللياقة البدنية والالتزام بالحمية الغذائية ، وتفادي السلوكات الجنسية غير الآمنة... وكل هذه الدراسات تؤكد على أهمية الكفاءة الذاتية في تعزيز تقبل العلاج .

التوصيات والاقتراحات:

في ضوء النتائج المحققة ، وبعد الإطلاع على المعارف النظرية ، بالموازاة مع العمل الميداني نخلص إلى إيراد التوصيات التالية :

الجانب العلمي:

- 1- تشجيع البحث العلمي في مجال الأبعاد النفسية للأمراض
- 2- الاهتمام بالتخصصات التي تهتم في آن واحد بالجانب الطبي للمرض العضوي وكذلك الأبعاد النفسية المترتبة عنه وعن علاجاته .

بالنسبة للمريض:

- 1- ضرورة تعريف المريض بمرضه، والعلاج الذي يتلقاه والجوانب الإيجابية والسلبية للعلاج، والتأكيد على ضرورة التزامه بعلاجه، وتوصيات الطبيب لتحسين حالته الصحية الراهنة.
- 2- إدماج المريض منذ البداية في الخطة العلاجية، ومشاركته في اتخاذ القرار العلاجي الملائم لحالته حتى لا يكون العلاج قرارا طبيا مفروضا عليه، يستوجب الإذعان له دون مما يزيد من احتمالات عدم الالتزام به.
- 3- التركيز على التربية الصحية للمريض، مما يجعله أكثر قدرة على التكفل الفردي والعناية بصحته وتلقي علاجه.
- 4- ضمان المتابعة الطبية اليقظة، لاسيما في حالة بدء المريض دواء أو علاج جديد.
- 5- ضرورة التكفل النفسي بالمريض من خلال دعم أبعاد شخصيته وتعزيز ادراكاته لقدراته وكفاءته الذاتية ، وتغيير معتقداته السلبية المتعلقة بالمرض والعلاج، بهدف تحسين التنبؤ بمدى تقبله للعلاج وبالتالي رفع احتمالات الشفاء من المرض.
- 6- تشجيع مشاركة الشريك (الزوج الزوجة) أو الأفراد المقربين من المريض في التكفل بالمريض لتعزيز الجوانب المحفزة لتقبل العلاج.
- 7- الاعتماد على كتابة التوصيات والتعليمات للمرضى الذين يجدون صعوبة في تذكرها.

8- إقناع المريض بأهمية الانخراط ضمن الجمعيات التي تساهم في تعزيز الجوانب النفسية للمريض من خلال الاستفادة من مصادر الدعم الاجتماعي وكذلك الاستفادة من خبرات المرضى الآخرين سواء فيما يتعلق بالمرض أو بالعلاج.

بالنسبة للمقربين من المريض:

لتحسين مستوى تقبل العلاج ، من الهام الإلمام بالمعارف والمعلومات الضرورية سواء قبل المريض أو الفريق القائم على رعايته ، مما لا يجعل التكفل مقتصرًا على المريض فحسب وإنما ضرورة تزويد عائلته والمقربين منه بالمعلومات الأساسية لرفع مستوى التزام المريض بالعلاج الذي يتلقاه ، وذلك من خلال التعريف بالمرض وأسبابه ومآله وعلاجه واحتمالات الشفاء منه ، وكذلك تقديم التفسيرات الضرورية حول الحالات النفسية التي قد يعاني منها المريض ومن ثم سبل العناية به ومساندته لمواجهتها وتجاوزها.

بالنسبة للفريق القائم على رعاية المريض:

1- أهمية تنظيم الدورات التعليمية لتزويد الفريق الطبي بأهم المستجدات المتعلقة بالمرض، وسبل العلاج، وأساليب التعامل مع المرضى.

2- أهمية تكوين الأخصائيين النفسيين في مجال الأمراض المزمنة أبعادها النفسية وسبل مساعدتهم على تحسين معتقداتهم وتصوراتهم للمرض والعلاج.

الخاتمة:

بعد عرض موضوع الدراسة بجانبه النظري والميداني، والمتمثل في : العلاقة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي ، بات جليا لنا أهمية الكفاءة الذاتية باعتبارها بعدا من أبعاد الشخصية تتضح قيمتها في كونها الآلية النفسية الفعالة في تبني مختلف الممارسات الصحية الإيجابية لدى الأصحاء ، وكذلك المرضى. وتبرز أهميتها لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة لاسيما الفتاكة منها بشكل خاص، والتي تناولنا أحدها في هذه الدراسة: وهو مرض السرطان، متعرضين إلى مسألة عدتها المنظمة العالمية للصحة مشكلا يهدد الصحة العامة ، ويبدد الموارد الاقتصادية وهي مسألة تقبل العلاج.

وقد دلت نتائج الدراسة الحالية التي اعتمدت على استبيانين : الأول لقياس الكفاءة الذاتية ، والثاني لقياس تقبل العلاج ، على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الكفاءة الذاتية وتقبل العلاج لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي، عند مستوى الدلالة 0.01 ، وهو ما ترجم من خلال قيمة معامل بيرسون للفرضية العامة 0.974 . وكذلك دلالاته على وجود ارتباط قوي بين الكفاءة الذاتية ومختلف أبعاد تقبل العلاج التي عبر عنها من خلال ست(06) فرضيات جزئية تحققت كلها.

المراجع

المراجع العربية :

- 1- البستاني، ك. (1994). المنجد في اللغة والأعلام. بيروت: دار المشرق. ط34.
- 2- الحلو، ج. (2002). موسوعة الأحياء (ط1). الأردن: دار أسامة.
- 3- الزيات محمد، ف. (2001). علم النفس المعرفي (ط1). مصر: دار النشر للجامعات.
- 4- إلياس، ج. (2000). معجم المجاني المصور. (ط1). لبنان: دار المجاني.
- 5- بدوي عبد الرحمان. (1977). مناهج البحث العلمي. الكويت: وكالة المطبوعات.
- 6- بن هادية علي وآخرون. (1991). القاموس الجديد للطلاب. الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- 7- تايلور، ش. (2008). علم النفس الصحي (ط1). ترجمة درويش بريك، و. شاكر داود، ف. الأردن: دار الحامد.
- 8- حسين عقيل، ع. (1999). فلسفة مناهج البحث العلمي. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- 9- عبيدات، م وآخرون. (1999). منهجية البحث العلمي. (ط2). عمان: دار وائل للنشر.
- 10- عثمان، ي. (2001). علم النفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة: دار الثقافة.
- 11- عوض صابر، ف. علي خفاجة، م. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي (ط1). الإسكندرية: مطبعة الإشعاع الفنية.
- 13- ملحم، س. (2000). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. الأردن: دار المسيرة.
- 14- منظمة الصحة العالمية (1997). المرجع في الفيزيولوجيا الطبية. بيروت: دار أكاديميا انترناشيونال.

- 1- Aimé-Genty,N.(1997).La cellule :Dictionnaire Encyclopédique. Paris :Edition Vuibert,Paris.
- 2- Alvin,p.(2005).Médecine de l'adolescent. (3^{ième} édition). Paris : Edition Masson.
- 3- Aubin P-H et al.(2007).Observance du traitement antirétroviral chez des femmes enceintes atteintes du VIH avant et après un conseil pharmaceutique, vol 40 N° 1.PP.17-20.
- 4- Bandura ,A.(1998).Self-efficacy.New york :V.S.Ramachaudran Edition.
- 5- Bandura,A.(2002).Auto-efficacité :Le sentiment d'efficacité personnelle,France :Edition De Boeck.
- 6- Bauer,C ;Tessier,S.(12-13 Novembre2001).Colloque Observance thérapeutique chez les personnes Agées :Synthèse documentaire. Paris. pp.6-17.
- 7- Beers,M-H.(2008).Encyclopédie médicale. Italie :Edition la Tipografica Varese.
- 8- Bensaïde,F et al.(Avril2004).Les 7 expériences qui défient la science science et vie n° 1046.France.pp60.61.
- 9- Blanc,F.X.(2001).Mesure du souffle à domicile :Quelle observance. Revue n°4.France.pp27-29.

- 10- Bouffette.(2008).Atteindre les objectifs thérapeutiques dans la prise en charge de l'insuffisance rénale :Que nous apporte l'éducation thérapeutique ?.France :Edition De Boeck.
- 11- Brass, P-L et al.(2006).Améliorer la prise en charge des malades chroniques :Les enseignements des expériences étrangères de « disease management ».France
- 12- Bruchon-Chweitzer, M.(2002).Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes. Paris :Edition Dunod.
- 13- Bruchon-Chweitzer,M ;Dantzer, R.(2003).Introduction à la psychologie de la santé. (4^{ième} édition).France :Vendôme.
- 14- Caillier, J-C ;Verreman, K.(2004).Dictionnaire de biologie cellulaire et moléculaire.France :Edition Elipses Marketing.
- 15- Calop, J ;Limat, S ;Fernandez, C.(2007).Pharmacie clinique et thérapeutique.(3^{ième} édition).Paris :Edition Masson.
- 16-Celis,H ;Benda,J ;Czerwonogora,C.(2008).Observance d'un traitement de longue durée :Un grand défi pour le médecin et le patient. Bruxelles : Edition Pascal Mertens.
- 17- Centre Régional d'information et de prévention du SIDA(CREPS).(Avril2003).L'observance au cours des traitements antirétroviraux de l'infection à VIH :Dossier documentaire. France.p.03.

18- Centre de lutte contre le cancer :Pierre et Marie Curie.(2008).le cancer en algérie.Trouvé le :22 Mars 2009 dans :

<http://www.6abib.com/news/articles.php?id=138>.

19-Danjou, I.(2004).Entreprendre la passion d'accomplir ensemble. Paris :Edition L'Harmaton.

20-De Blic.(2007).Observance thérapeutique chez l'enfant asthmatique :Recommandation pour la pratique clinique. Revue générale. Paris :Edition Elsevier Masson. P422.

21- Doghmi, Y.et al.(2007).Observance médicamenteuse chez le diabétique (à propos de 106 cas) Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques, Chu Ibn Sina. Rabat.Maroc.

Trouvé Le 18 Mai 2009 dans :

http://www.mgsd.org/IR/G_espace_membre/docs/essais/02.pdf

22- Drouin ,D,(2004). L'inobservance un facteur de risque méconnu ?.Québec :Direction de santé publique.

23- Etienne ,J ;Clauser ,E.(2004) .Biochimie génétique et biologie moléculaire. (8^{ieME} édition).Paris :édition Masson.

24- Fédération Nationale Des Centre De Lutte Contre Cancer(FNCLCC).(février 2004).Comprendre la chimiothérapie :Guide d'information et de dialogue des personnes malades et de leurs proches. France.pp.-84

- 25-Fisher,G-N.(2002).Traité de psychologie de santé. Paris :Edition Dunod.
- 26-Heron,j.F.(2009) .Hormonothérapie du cancer. Trouvé le 21 Mars 2009 sur :http://www.igr.fr/?p_id=183.
- 27- Galand, B ;Vanlede, M.(Septembre 2004).Le Sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation. Les Cahiers de Recherche en éducation et formation –n°29.Belgique. pp.4-10
- 28- Gauchet, A.(2008).Observance thérapeutique et VIH :Enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux. Paris :Edition L'Harmattan.
- 29- Garnier,C ;Levey,J-J.(2007). La chaîne des médicaments : perspective plus disciplinaires.Québec : Presses Universitaire.
- 30- Garnier,Y ;Karoubi, L.(2007).Dictionnaire Larousse maxipoche 2008.France :Editions Larousse.
- 31-Joet, G ;Bressoux, P.(2007).Persuasions sociales et auto-efficacité Congrès international AREF 2007 (Actualité de la Recherche en Education et en Formation).France.
- 32- Lang J-P. (26-29 septembre 2007). Analyse de l'impact des troubles psychiatriques sur l'observance :la réponse virologique prolongée et les effets secondaires psychiatriques après traitement de l'hépatite C .France :Edition Grenoble. pp.1-19.

- 33- Lawrence, A-P ; Olivier.P-J.(2005).La personnalité de la théorie à la recherche. Bruxelles : De Boeck.
- 34- Lévy, J-J ;Pierret, J ; Torttier, G.(2004).Les traitements antirétroviraux.Expériences et défis.(2^{ième} édition).Québec :Presses Universitaire.
- 35- Lydyard,P-M ;Whelan, A ;Franger,M.W.(2002).L'essentiel en immunologie.Paris :Edition Berti.
- 36- Marcelli, D ;Braconnier,A.(2008). Adolescence et psychopathologie. (7^{ième} édition).Paris :Masson.
- 37- Morin, Y.(2003).Petit larouss de la médecine.Paris :Edition Larousse.
- 38- Organisation mondial de la santé (OMS).(1996).Programmes nationaux de lutte contre le cancer :Politique et principe gestionnaires.L'Ile Maurice :Bohrein.
- 39- Organisation mondiale de la santé (OMS).(2007).La lutte contre le cancer du col de l'utérus :Guide des pratiques essentielles. Genève.
- 40- Patrick, Y.(2006).Prise en charge des personnes infectées par le VIH. Paris :Flammarion Médecine-Science.
- 41- Reach,G.(2006). Clinique de l'observation :l'exemple des diabètes. Paris :Edition Eurotext.

42-Roux ,P et al, .(2004).L'observance à un mois des patients SIDA inclus dans l'initiative béninoise d'accès aux traitements antirétroviraux. Bordeaux.

43-Russy,G.(2008).L'immunothérapie. France :institut de cancérologie.Trouvé le :09avril2009 dans :

<http://www.immunotherapie/cancer.fr>

44- santiago-Delefos,M.(2002).psychologie de psychologie de santé :perspective qualitatives et quantitatives. Sprimont : Margada.

45- Scallon, G.(2004).L'évaluation des apprentissages dans une approche par compétence.(5^{ième} édition).Bruxelles : De Boeck.

46- Stanley,M et al.(2005).Soins infirmiers en gériatrie :vieillesse normal et pathologique. (1^{ère} édition) Bruxelles :Edition De Boeck.

47- Thibodeau, S et al.(2007). Croyances d'efficacité sociale et solitude professionnelle. Revue internationale sur le travail et la société. Vol 5 N° 3.p 22.

48- Thiery,M ;Quiviger, P-Y.(2007).Action médicale et confiance. France :Presses Universitaires.

49- Tourette Turgis ;C.Rébillon, M.(2000).Accompagnement et suivi des personnes sous traitement antirétroviral. Paris :Edition Comment Dire.

50-Tourette Turgis, C. Rébillon, M. (2002). Intervention en counseling sur l'observance thérapeutique :Le modèle MOTHIV, concept, stratégie, résultats. Paris : Comment Dire.

51- Weil-Barais, A ;Cupa, D.(2001).100 fiches pour connaître la psychologie. Paris : Edition Breal.

52- Werle, C et al.(2003).Les déterminants de santé préventive.

France :Edition Grenoble.

53-World Health Organisation (WHO).2003. Adherence to long term therapies. Switzerland.

الملاحق

الملاحق:

الملحق الأول:

استبيان توقعات الكفاءة الذاتية العامة

إعداد: رالف شفارتسر Ralf Schwarzer

ترجمة: سامر جميل رضوان.

السن: الجنس:

العمل: (إذا كنت تعمل)

تعليمات: أمامك عدد من العبارات التي يمكن أن تصف أي شخص، اقرأ كل عبارة، و حدد مدى انطباقها عليك بوجه عام، وذلك بوضع علامة (X) أمام كلمة واحدة فقط مما يلي كل عبارة منها.

ليس هنالك إجابة صحيحة وإجابة خاطئة ، وليست هناك عبارات خادعة، أجب بسرعة ولا تفكر كثيرا بالمعنى الدقيق لكل عبارة، ولا تترك أي عبارة دمن إجابة.

العبارات	مطلقا	نادرا	غالبا	دائما
1 - عندما يقف شخص في طريق تحقيق هدف أسعى إليه، فأني قادر على إيجاد الوسائل المناسبة لتحقيق مبتغاي.				
2 - إذا ما بذلت من جهد كفاية، فأني سأنجح في حل المشكلات الصعبة.				
3 - من السهل علي تحقيق أهدافي ونواياي.				
4 - أعرف كيف أتصرف مع المواقف غير				

				المتوقعة.
				5 - أعتقد بأنني قادر على التعامل مع الأحداث حتى ولو كانت هذه مفاجأة لي.
				6 - أتعامل مع الصعوبات بهدوء لأنني أستطيع دائما الاعتماد على قدراتي الذاتية.
				7 - مهما يحدث فأني أستطيع التعامل مع ذلك.
				8 - أجد حلا لكل مشكلة تواجهني.
				9 - إذا ما واجهني أمر جديد فأني أعرف كيفية التعامل معه.
				10 - أمتلك أفكارا متنوعة حول كيفية التعامل مع المشكلات التي تواجهني.

الملحق الثاني:

استبيان تقبل العلاج

إعداد: راحلية سمية

جامعة الحاج لخضر - باتنة - الجزائر

قسم علم النفس

تعلّمة الاستبيان:

إليك الاستبيان التالي، الذي يحتوي على مجموعة من العبارات التي تحاول تقييم موقفك من العلاج الذي تتلقاه، وذلك بغرض الإسهام في إثراء دراسة حول العلاقة بين تقبل العلاج والكفاءة الذاتية، لدى مرضى السرطان الخاضعين للعلاج الكيميائي.

نرجو منك قراءة هذه العبارات، ثم تحديد مدى انطباق كل عبارة منها عليك، بوضع علامة (X) أمام واحدة فقط من الخانات: نادرا، أحيانا، غالبا، دائما.

الاسم:

الجنس: ذكر (.....) أنثى (.....)

المستوى التعليمي: • أمي (....) • ابتدائي (....) • متوسط (....) • ثانوي (....) • جامعي (....)

الحالة المدنية: أعزب (....) متزوج (....)

الأمراض المزمنة الأخرى التي تعاني منها:

منذ متى بدأت تتلقى العلاج؟

العبارات	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1 - أدوام على إجراء فحوصي الدورية.				
2 - أحضر بانتظام لمواعيدي الطبية.				

				3 -أسأل طبيبي عن تقييمه لحالتي الصحية .
				4 -أشتري الأدوية التي يصفها لي الطبيب.
				5 -أتذكر تناول دوائي في المواعيد التي حددها لي الطبيب.
				6- لا أنقص من جرعات دوائي.
				7- لا أغير أدويتي دون الرجوع إلى الطبيب.
				8- أستمر في تناول دوائي رغم تحسن حالتي الصحية.
				9-أحضر إلى حصص العلاج الكيميائي في الموعد المحدد.
				10-لا أزيد في جرعات دوائي للتخفيف من الألم إذا شعرت به.
				11-لا أغير طبيبي بحثا عن طبيب أفضل.
				12- أكل جيدا قبل حصص العلاج الكيميائي.
				13- إذا فاتني أحد الأنشطة الرياضية،فإني أحاول استدراكه لاحقا.
				14- لا أؤخر مواعيد تناول دوائي.
				15- أقوم باستشارة طبيبي لأن علاقتي به جيدة.
				16- أتذكر مواعيد حصص علاجي الكيميائي.
				17- أستمر في تناول دوائي رغم انزعاجي من آثاره الجانبية.
				18- أتجنب الأطعمة المقلية قبل حصص علاجي الكيميائي.
				19- لا أغادر المستشفى إذا كانت حالتي الصحية سيئة.

				20- أحضر إلى حصص علاجي الكيميائي رغم أنني لم ألاحظ تحسن في خالتي الصحية.
				21- أمتنع عن استخدام مواد طبيعية للعلاج.
				22- لا أدخن.
				23- آخذ دوائي معي في حالة ابتعادي عن البيت.
				24- لا أفرط في شرب القهوة.
				25- أجري الفحوصات التي يطلبها طبيبي.
				26- لا أحذف مواعيد لتناول دوائي.
				27- أراجع طبيبي لا اعتقادي أنه كفؤ.
				28- أحرص على أن لا تفوتني التمارين الرياضية الصباحية.
				29- أراجع طبيبي في حالة تفاقم الآثار الجانبية لعلاجي.
				30- أتجنب الأطعمة الكثيرة الدسم.
				31- لا أهمل تناول دوائي.
				32- أتجنب استخدام الأدوية التي لم يصفها لي الطبيب.
				33- أحضر إلى حصص علاجي الكيميائي رغم انزعاجي من آثاره الجانبية.
				34- أواظب على حصص العلاج الكيميائي لأنني أعتقد أن مرضي يتفاقم إذا لم يعالج.
				35- أتجنب المشروبات الكحولية.
				36- أستشير طبيبي في حالة ظهور أعراض مفاجئة.

				37- أداوم على ممارسة النشاط الرياضي بانتظام.
				38- آكل جيدا بعد حصص علاجي الكيميائي.

