

الكفاءة الذاتية كآلية وسيطة في تأثير الإرشاد النفسي على جودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة — دراسة تحليل تلوي (Meta-Analysis)

عفاف الهادي المشري*

كلية التربية ابو عيسى ، جامعة الزاوية ، ليبيا

Email: e.almishri@zu.edu.ly

ORCID: 0640-5637-0007-0009

University of Zawia

تاريخ القبول 2026/6/12م

تاريخ الارسال 2026/5/3م

Self-Efficacy as a Mediating Mechanism in the Effect of Psychological Counseling on Quality of Life among Patients with Chronic Diseases: A Meta-Analytic Study EFAF ALHADI ALMISHRI

Abstract

This meta-analytic research investigates the mediating role of self-efficacy in the relationship between psychological counseling and quality of life among patients with chronic diseases, synthesizing experimental evidence through a rigorous quantitative methodology. Following PRISMA 2020 guidelines, 74 experimental and quasi-experimental studies underwent initial screening, of which 42 met the predefined PICOS criteria, encompassing a total sample of approximately 28,340 patients (ages 18–67) diagnosed with various chronic conditions including diabetes, cardiovascular diseases, cancer, and chronic respiratory disorders, spanning the period from 2015 to 2026.

The meta-analysis revealed a statistically significant overall effect size of psychological counseling on quality of life improvement ($g = 0.73$, 95% CI: [0.61, 0.85]), and an overall effect on self-efficacy ($g = 0.68$, 95% CI: [0.57, 0.79]). Meta-analytic Structural Equation Modeling (MASEM) demonstrated that self-efficacy partially and significantly mediated the relationship between psychological counseling and quality of life,

accounting for 42.3% of the total indirect effect variance ($\beta = 0.41$, $p < .001$). Subgroup analyses indicated that cognitive-behavioral counseling interventions achieved the highest effect sizes in building self-efficacy among cancer patients ($g = 0.81$), while diabetes patients demonstrated stronger mediation responses to group counseling programs. These findings establish a comprehensive mechanistic model explaining pathways through which psychological counseling influences quality of life, with clinical implications for integrating self-management-focused counseling into standard treatment protocols for chronic diseases in Arab healthcare systems.

Keywords: self-efficacy, psychological counseling, quality of life, chronic diseases, meta-analysis, mediation analysis, health psychology, self-management.

الملخص

يسعى هذا البحث التلوي إلى الكشف عن الدور الوسيط للكفاءة الذاتية [Self-Efficacy] في العلاقة بين الإرشاد النفسي [Psychological Counseling] وجودة الحياة [Quality of Life] لدى مرضى الأمراض المزمنة [Chronic Diseases]، وذلك عبر تجميع الأدلة التجريبية وتحليلها كمياً وفق منهجية التحليل التلوي المنضبطة، وقد اعتمدت الدراسة على بروتوكول PRISMA 2020 في تحديد الدراسات المدرجة، إذ خضع ما يزيد على أربعة وسبعين دراسة تجريبية وشبه تجريبية للفرز الأولي، أدرج منها اثنتان وأربعون دراسة استوفت معايير PICOS المحددة، اشتملت على عينة إجمالية ناهزت ثمانية وعشرين ألف مريض (ن = 28,340)، تتراوح أعمارهم بين ثمانية عشر وسبعة وستين عاماً، يعانون من أمراض مزمنة متنوعة تشمل السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية، والأورام السرطانية، وأمراض الجهاز التنفسي المزمن، وذلك على مدى الفترة الزمنية الممتدة من 2015 إلى 2026.

كشف التحليل التلوي عن حجم أثر كلي دال إحصائياً للإرشاد النفسي على تحسين جودة الحياة بلغ ($g = 0.73$)، فترة الثقة 95%: [0.61، 0.85]، وحجم أثر كلي للإرشاد على الكفاءة الذاتية بلغ ($g = 0.68$)، فترة الثقة 95%: [0.57، 0.79]، أما أبرز ما كشف عنه تحليل الأثر الوسيط عبر منهجية التحليل التلوي للمعادلات البنائية (MASEM)، فقد تمثل في أن الكفاءة الذاتية تتوسط العلاقة بين الإرشاد النفسي وجودة الحياة توسطاً جزئياً دالاً، إذ أسهمت في تفسير ما نسبته 42.3% من التباين

الكلّي للأثر غير المباشر ($\beta = 0.41$, $p < 0.001$)، وأظهر تحليل المجموعات الفرعية أن التدخلات الإرشادية المعرفية السلوكية [Cognitive-Behavioral Counseling] حققت أعلى حجوم أثر في بناء الكفاءة الذاتية لدى مرضى الأورام ($g = 0.81$)، في حين أبدى مرضى السكري استجابةً وسيطة أقوى للبرامج الإرشادية الجماعية، تُسهم هذه النتائج في تأصيل نموذج آلي متكامل لتفسير مسارات تأثير الإرشاد النفسي على جودة الحياة في السياقين الصحي العالمي والعربي، وتُرسي توصيات إكلينيكية تنادي بدمج الإرشاد النفسي الموجّه نحو بناء مهارات الإدارة الذاتية ضمن البروتوكولات العلاجية القياسية للأمراض المزمنة في المنظومة الصحية العربية.

المقدمة

تثقل الأمراض المزمنة كاهلَ الإنسان بما يتجاوز حدود الجسد؛ فهي لا تُفني الطاقة البيولوجية وحسب، بل تنخر في صميم الهوية النفسية للفرد وتعيد تشكيل علاقته بذاته، بمحيطه، وبمعنى الحياة ذاتها، تُقدّر منظمة الصحة العالمية (World Health Organization [WHO], 2023) أن الأمراض المزمنة غير السارية تستأثر بأكثر من 74% من إجمالي الوفيات السنوية على مستوى العالم، وأن ما يربو على 1.9 مليار شخص يعيشون مع واحد أو أكثر من هذه الأمراض في لحظة قراءة هذه السطور، الأرقام صادمة، حيث أن ما بين 40% و70% من هؤلاء المرضى يعانون من اضطرابات نفسية مرافقة — اكتئاب، قلق، يأس وجودي — تُضاعف العبء وتُفوّض ما تبقى من جودة حياتهم (Katon et al., 2021; Morin et al., 2022). في مواجهة هذا الواقع، تراكمت على مدى العقود الثلاثة الماضية أدلةٌ تجريبية تدعم فاعلية الإرشاد النفسي [Psychological Counseling] في تحسين الرفاهية النفسية والجسدية لمرضى الأمراض المزمنة (Hofmann et al., 2022)، غير أن المشكلة المنهجية التي تتبدّى بجلاء في مراجعة الأدبيات هي الانحباس عند حدود الفاعلية الكلية: نعم، الإرشاد يُحسن جودة الحياة — هذه حقيقة ثابتة بما يكفي من التحليلات التلوية (Cuijpers et al., 2020)، لكن السؤال الجوهرى الذي يظل يراوغ الباحثين ويرفض الانكشاف هو: عبر أيّ آلية نفسية داخلية تحديداً يُترجم هذا التأثير؟ ما الجسر النفسي الخفي الذي يعبره المريض من غرفة الإرشاد إلى حياة أفضل نوعاً؟

تُطرح الكفاءة الذاتية [Self-Efficacy] — بمفهوم باندورا الراسخ (Bandura, 1997) — بوصفها المرشح الأوفر حظاً لملء هذا الفراغ التفسيري، الكفاءة الذاتية ليست مجرد ثقة عامة بالنفس؛ إنها معتقد الفرد المحدد بقدرته على أداء سلوكيات بعينها في سياقات محددة تواجهه بتحديات حقيقية، وفي المريض المزمن، هذه الكفاءة تُترجم إلى سؤال عملي صارخ: هل أستطيع إدارة نظامي الغذائي والدوائي رغم صعوبة الالتزام؟ هل أستطيع العودة إلى ممارسة الحياة رغم الألم؟ بحسب نظرية باندورا المعرفية الاجتماعية [Social Cognitive Theory]، يتعلم المريض داخل جلسات الإرشاد ما يكفي من المهارات والمعارف وتجارب الإتقان لبناء هذه الكفاءة وتغذيتها، وهو ما يقود بدوره إلى سلوكيات أفضل لإدارة المرض، ومن ثم إلى تحسّن ملموس في جودة الحياة (Bandura, 2004).

ثمة فجوة واسعة في الأدبيات العلمية على وجه التحديد: فبينما أثبتت دراسات تجريبية عديدة هذا التسلسل المنطقي في نماذج فردية أو في سياقات مرضية محددة، تبقى الشواهد التلوية الشاملة التي تختبر نموذج الوساطة الكاملة — أي تُقدّر الأثر غير المباشر للإرشاد على جودة الحياة عبر الكفاءة الذاتية بوصفها متغيراً وسيطاً محورياً — في عداد النادرة إن لم تكن معدومة، والأندر من ذلك تلك الدراسات التلوية التي تمتد بتحليلها الوسيط ليشمل السياق العربي بما ينطوي عليه من خصوصيات ثقافية تؤثر في طبيعة العلاقة العلاجية وفي مفهوم الكفاءة الذاتية ذاته (الرياحنة وعريبات، 2022).

الأسئلة البحثية:

- ينهض هذا البحث على أربعة أسئلة قابلة للاختبار الإحصائي التلوي:
- ما حجم الأثر الكلي للإرشاد النفسي على جودة الحياة لدى مرضى الأمراض المزمنة في الأدبيات التجريبية للفترة 2015-2026؟
 - هل تتوسط الكفاءة الذاتية العلاقة بين الإرشاد النفسي وجودة الحياة توسطاً دالاً إحصائياً، وما نسبة التباين التي تُفسرها هذا التوسط؟
 - هل يتباين حجم الأثر الكلي ونموذج الوساطة تبعاً لنوع المرض المزمن (سكري، أمراض قلب، أورام، أمراض تنفسية)؟
 - هل يُعدّل نمط التدخل الإرشادي (معرفي سلوكي، فردي، جماعي، مستند إلى اليقظة الذهنية) قوة الأثر الوسيط للكفاءة الذاتية؟

الأهداف:

- 1- تحديد حجم الأثر الكلي للإرشاد النفسي على جودة الحياة وعلى الكفاءة الذاتية لدى مرضى الأمراض المزمنة.
- 2- اختبار نموذج الوساطة الكاملة للكفاءة الذاتية في العلاقة بين الإرشاد النفسي وجودة الحياة عبر التحليل التلوي للمعادلات البنائية (MASEM).
- 3- تحديد مقدار الأثر غير المباشر المحدد عبر الكفاءة الذاتية وحصة كل متغير معدل في تشكيله.
- 4- مقارنة الفاعلية ونماذج الوساطة عبر مجموعات فرعية مُعرّفة بالمرض وبنمط الإرشاد.
- 5- رصد تحيز النشر وتقييم متانة النتائج عبر اختبارات الحساسية.

الأهمية النظرية والتطبيقية:

نظرياً: يُسهم هذا البحث في تأصيل علم النفس الصحي [Health Psychology] من خلال اختبار تلوي صارم لنموذج الوساطة المزدوجة (إرشاد → كفاءة ذاتية → جودة حياة)، مما يمنح النظرية المعرفية الاجتماعية دعماً كمياً مُجمَعاً يُعلي من قيمتها التفسيرية في السياق الصحي المزمن، ولا يقل عن ذلك أهمية كونه يضع في أيدي المنظرين خريطةً لمتغيرات التعديل التي تُضعف نموذج الوساطة أو تُقوّيه.

تطبيقياً: تتوضع النتائج المرتجاة مباشرةً في خدمة المعالجين الإكلينيكين ومخططي البرامج الصحية، إذ تُمكنهم من تصميم تدخلات إرشادية منحازة منهجياً نحو بناء الكفاءة الذاتية بدلاً من الاكتفاء بالدعم الانفعالي العام، أما في السياق العربي تحديداً، فإن نتائج الدراسة تُعالج شحاً حقيقياً في الأدلة التلوية التي يمكن الاحتجاج بها أمام صانعي القرار الصحي لتبرير إدراج الدعم النفسي ضمن الخدمات العلاجية المعيارية.

حدود الدراسة:

زمنياً: الدراسات المنشورة بين عامي 2015 و2026، جغرافياً: الدراسات العالمية والعربية بلا تقييد بلدي، موضوعياً: تقتصر على الإرشاد النفسي بوصفه متغيراً مستقلاً، والكفاءة الذاتية متغيراً وسيطاً، وجودة الحياة متغيراً تابعاً، وذلك في عينات من مرضى الأمراض المزمنة تحديداً.

منهجياً: تستهدف الدراسات التجريبية وشبه التجريبية التي تتيح قياس المتغيرات الثلاثة أو اختبار الوساطة، مع استبعاد الدراسات الاستعراضية والنوعية.

الإطار النظري والدراسات السابقة

المحور الأول - النظريات النفسية المؤسّسة ونماذج علم النفس الصحي:

(أ) النظرية المعرفية الاجتماعية لألبرت باندورا:

لا تتضح معالم آليات الإرشاد في السياق الصحي المزمّن دون العودة إلى بنيناها النظري الجوهري، المتجذّر في ما أرساه ألبرت باندورا [Albert Bandura] منذ سبعينيات القرن الماضي وتطوّر حتى اكتملت صيغته الراهنة في مؤلّفه المرجعي 'Self-Efficacy: The Exercise of Control' (Bandura, 1997)، الكفاءة الذاتية ليست سمة ثابتة في شخصية المريض، بل هي بناء معرفي ديناميكي يتشكّل وفق أربعة مصادر رئيسية يُتيح الإرشاد النفسي استثمارها باحترافية: الإتيقان الأدائي [Mastery Experiences] من خلال التدرّب على مهارات إدارة المرض، والنمذجة الاجتماعية [Vicarious Experiences] عبر قصص نجاح مرضى من الأقران، والإقناع اللفظي [Verbal Persuasion] الذي يُمارسه المرشد وهو يُعيد للمريض صورته بوصفه كائناً قادراً لا عاجزاً، وأخيراً الاستجابات الفسيولوجية [Physiological States] من خلال تعليم المريض ترجمة تقلّبات جسده ترجمةً مُتفائلة لا مُقيّدة (Bandura, 2004).

تلك المصادر الأربعة تُحيل مباشرةً إلى الميكانيزمات الداخلية للإرشاد: المرشد الحاذق ليس من يُخفف ألم المريض فحسب، بل من يمنحه تجربة الإتيقان ويُصحح توقعاته عن نفسه (توقعات الكفاءة [Efficacy Expectations]) وعن نتائج سلوكياته الصحية (توقعات النتيجة [Outcome Expectations])، إذا ارتفعت هذه التوقعات، ارتفعت معها قدرته على الالتزام بالعلاج والحماية والنشاط البدني، وهي بالضبط السلوكيات التي تُعيد تحسين جودة حياته بصورة قابلة للقياس والتحقق (Shorer et al., 2021).

(ب) نموذج الاعتقادات الصحية:

يُعيد نموذج الاعتقادات الصحية [Health Belief Model] تأطير الكفاءة الذاتية في نسق علائقي أوسع؛ فالمريض لن يُبادر إلى تغيير سلوكه الصحي حتى حين يعتقد أن المرض خطير (الإدراك بالخطورة [Perceived Severity]) وأن التغيير السلوكي سيعود عليه بالنفع (الإدراك بالجدوى [Perceived Benefits])، ما لم يُؤمن في الوقت ذاته بأنه قادر فعلاً على إحداث هذا التغيير (Janz & Becker, 1984)، هنا تتوضع الكفاءة الذاتية كحجر قبة النموذج: يُصبح الإرشاد النفسي الفعّال هو ذلك

التدخل الذي يُعيد انسجام عناصر النموذج مجتمعةً، فيتحول الاعتقاد الصحي من مجرد معرفة ذهنية إلى دافع سلوكي حقيقي، الفجوة التي يسدها الإرشاد — من منظور هذا النموذج — هي الهوة بين «أعلم أن الالتزام بالعلاج مفيد» و«أعتقد أنني قادر على الالتزام».

ج) النموذج المعرفي السلوكي لإدارة الأمراض المزمنة:

يُشكل العلاج المعرفي السلوكي [Cognitive Behavioral Therapy - CBT] الأكثر تمثيلاً في الدراسات المُدرجة في هذا التحليل التلوي، والأكثر استنباطاً للآليات الفاعلة عبر الكفاءة الذاتية، الفنيات المعرفية كإعادة الهيكلة المعرفية [Cognitive Restructuring] تُعيد توجيه عزو المريض لأسباب فشله أو ضعفه من «أنا شخص عاجز بطبعي» إلى «الظروف صعبة لكنها قابلة للتعامل معها»، وهذا التحول بالذات هو ما تُشير إليه أدبيات الكفاءة الذاتية بمصطلح 'self-appraisal accuracy' (Dobson, 2010; Beck, 2011)، وعلى الجانب السلوكي، تُتيح تقنيات التنشيط السلوكي [Behavioral Activation] وحل المشكلات [Problem Solving] للمريض أن يُراكم تجارب الإتقان الصغيرة يوماً بيوم، حتى تتعاضد كفاءته الذاتية المدركة بصورة تدريجية تُفضي في نهاية المطاف إلى تحسّن ملموس في جودة حياته الوظيفية والنفسية.

المحور الثاني - الآليات النفسية والبيولوجية للتعایش وجودة الحياة:

الأطر النظرية السابقة تُمثّل مدخلاً سيكولوجياً، لكن العلم الحديث يمنحنا عدسةً أوسع وأكثر إثارة: يربط علم المناعة النفسية العصبية [Psychoneuroimmunology] بين الحالة النفسية للمريض وبين أجهزته البيولوجية الدقيقة، الكفاءة الذاتية المرتفعة الناجمة عن الإرشاد النفسي تُخفّض من نشاط محور تنظيم الإجهاد (محور HPA: Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis)، مما يؤدي إلى انخفاض إفراز هرمون الكورتيزول [Cortisol] وتخفيف حدة الاستجابة الالتهابية الجهازية — وهي استجابة ثبت تورطها في تدهور مسار الأمراض المزمنة كالسكري والأمراض القلبية (Epel et al., 2018)، ما يعنيه ذلك باختصار شديد: الإرشاد يُحسّن جودة الحياة ليس فقط لأنه يُشعر المريض بتحسّن نفسي، بل لأنه يُعدّل الكيمياء البيولوجية المرتبطة بالمرض ذاته.

التنظيم الذاتي السلوكي [Behavioral Self-Regulation] يمثّل مساراً آخر لا يقل أهمية؛ فالمريض ذو الكفاءة الذاتية المرتفعة يُوظّف موارده المعرفية والانفعالية في

التخطيط لسلوكياته الصحية وتنفيذها ومراقبتها وتصحيحها (Carver & Scheier, 2012)، وفي سياق الأمراض المزمنة، يُترجم ذلك إلى الالتزام بالحماية الغذائية، والانخراط المنتظم في النشاط البدني الملائم، والتعامل المعرفي الناضج مع الألم المزمن [Chronic Pain Management] بدلاً من الاستسلام له أو الانزلاق نحو المسكنات غير الصحية، دراسات الرصد طويلة أكدت أن المرضى الذين حصلوا على تدريب مباشر في الكفاءة الذاتية ضمن جلسات الإرشاد أبدوا التزاماً علاجياً أعلى بفارق دال بعد اثني عشر شهراً من التدخل (Marks et al., 2020).

المحور الثالث- محددات فاعلية الإرشاد والتوسط:

لا يعمل نموذج الوساطة في فراغ؛ ثمة متغيرات معدّلة تُضيق الأثر أحياناً وتوسّعه أحياناً أخرى، من أبرز ما رصدته الأدبيات في هذا الصدد: نوع المرض المزمن: تتباين درجة انسجام الكفاءة الذاتية مع طبيعة كل مرض؛ فمرضى السكري من النوع الثاني يُبدون أعلى استجابة للتدخلات الإرشادية في مجال الإدارة الذاتية [Diabetes Self-Management] نظراً لأن جزءاً كبيراً من مسار المرض خاضع مباشرة لسلوكياتهم اليومية، في المقابل يواجه مرضى الأورام في مراحل متقدمة تحدياً فريداً يتمثل في 'الكفاءة الذاتية في مواجهة اللاتيقين' وهو بُعد نفسي يستدعي تدخلات إرشادية أكثر تخصصاً (Penedo & Dahn, 2005; Bower et al., 2019).

نمط الإرشاد: بيّنت الدراسات أن الإرشاد الجماعي [Group Counseling] يُعزّز الكفاءة الذاتية عبر النمذجة بالأقران بصورة أقوى مما يفعله الإرشاد الفردي [Individual Counseling] في كثير من الحالات، غير أنه يُقَيّد بخصوصية السياق الثقافي العربي الذي قد يُعيق انخراط المريض في مشاركة تفاصيل معاناته الصحية في فضاء جماعي، عدد الجلسات ومدى التدرج فيها يُؤثران هما الآخران في قوة الأثر الوسيط: فالتدخلات القصيرة (أقل من ست جلسات) تحقق بناءً أولياً للكفاءة الذاتية لكنها نادراً ما تُرسّخها بما يكفي للانعكاس على جودة الحياة بصورة مستدامة (Turk et al., 2019).

المحور الرابع- الدراسات السابقة:

أ) الدراسات العربية:

تتشكّل الصورة العربية في هذا الملف البحثي من مجموعة دراسات تجريبية وشبه تجريبية لافتة، تتفاوت في جودتها المنهجية وعمقها الإجرائي، وتتقاطع جميعها في

إثبات الفاعلية العامة للتدخل الإرشادي دون أن تختبر آلية التوسط بالصرامة الإحصائية المطلوبة:

الرياحنة وعريبات (2022) أجريا دراسة تجريبية على عينة لدى من الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة ($n = 68$)، أثبت خلالها أن برنامجاً إرشادياً معرفياً سلوكياً مكوناً من اثنتي عشرة جلسة أسهم في تحسين جودة الحياة بحجم أثر ($d = 0.79$) ورفع مستوى الكفاءة الذاتية بـ ($d = 0.64$)، غير أن الدراسة اقتصرت على رصد المتغيرين مستقلين دون اختبار آلية التوسط الإحصائية.

شاهين (2017) في مجلة دراسات عربية درس فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر ($n = 8$) مرافقين ذكورا وإناثا، وأفادوا بتأثيرات إيجابية دالة على كلا المتغيرين، بيد أن غياب مجموعة ضابطة حقيقية وعدم اختبار الوساطة يُقيدان قدرتهم التفسيرية السببية.

المجدلاي (2021) في مجلة الإرشاد النفسي بكلية التربية - جامعة المنيا تناول لعلاقة بين الألم النفسي والتدين وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن ($n = 277$) مريضاً، وقيست الكفاءة الذاتية كمتغير ثانوي، مُسجلين ارتباطاً وسيطياً استكشافياً لكنهم لم يُشغّلوا نموذجاً إحصائياً رسمياً للوساطة.

سي بشير ومسعودي (2016) اختبرا تأثير التدخل الإرشادي على المعتقدات الصحية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى شرايين القلب التاجية ($n = 50$)، مستخدمين تصميم المجموعتين مع قياس قبلي وبعدي وثلاثة أشهر متابعة، نتائجهم متسقة مع الفرضية الوسيطة لكنها تفتقر إلى الاختبار التحليلي الرسمي لها.

محمود ومدوري (2020) في رسالة ماجستير محكّمة من جامعة غرداية اختبر برنامجاً إرشادياً لتنمية الكفاءة الذاتية لدى مرضى الضغط المزمن ($n = 31$)، وأسفرت النتائج عن تحسّن دال في الكفاءة الذاتية ($d = 0.71$) انعكس على جودة الحياة الوظيفية لكن دون اختبار الأثر الوسيط رياضياً.

محمد (2017) درس في المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة مدى فاعلية جلسات تأهيلية ($n = 49$) مع مرضى الروماتويد في تحسين تقبل الذات والكفاءة الذاتية، وسجلوا بيانات أثر متوسط لكن العينة الصغيرة تحدّ من قابلية تعميم النتائج.

عبد الحميد (2015) في مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس نشر دراسة مقارنة بين نمطين إرشاديين (فردي وجماعي) في تخفيف حدة القلق الاجتماعي ($n =$

24)، وخلصوا إلى تفوق النمط الجماعي في بناء الكفاءة الذاتية للتخفيف من حدة القلق الاجتماعي، مما يُمثل دليلاً أولياً ذا قيمة للمتغيرات المعدلة. شويحات والرمة (2024) اختبرا نموذجاً إرشادياً متكاملاً يستهدف تنمية الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري (ن = 30)، وقد صمّم التدخل انطلاقاً صريحاً من آلية الكفاءة الذاتية. القراءة النقدية لهذه المجموعة تكشف عن فجوة منهجية مشتركة جوهرية: فعلى الرغم من ثراء هذه الدراسات الكيفي وأمانتها التجريبية، فإن أياً منها لا يختبر الوساطة رياضياً وفق نماذج الأثر غير المباشر المعتمدة (Hayes, 2018)، ولا يُقدّر حجم التباين المُفسّر من خلال الكفاءة الذاتية تحديداً، هذا بالضبط ما يُميّز التحليل التلوي الراهن عن ركام هذه الدراسات: فهو لا يضيف دراسة أخرى إلى الأرشيف، بل يتجاوز الأدلة المتفرقة إلى تجميعها في منظومة واحدة تُقدّر الأثر الوسيط تقديراً كمياً صارماً.

ب) الدراسات الأجنبية:

Cuijpers وآخرون (2020) في مجلة World Psychiatry عبر تحليل تلوي واسع ($k = 151$ ، $n = 23,973$) أثبتوا أفضلية التدخلات النفسية على العلاج الدوائي في تحسين جودة الحياة على المدى البعيد، وإن كانت آلية هذا التأثير ظلت غير محددة كافياً في نماذجهم.

Shorer وآخرون (2021) في Journal of Clinical Psychology اختبروا نموذج الوساطة المباشرة: الكفاءة الذاتية لإدارة المرض [Disease Management] [Self-Efficacy] وسيطاً بين التدخل الإرشادي المعرفي السلوكي وجودة الحياة لدى مرضى السكري من النوع الثاني (ن = 342)، مُسجّلين أثراً وسيطاً دالاً ($\beta = 0.38$)، $p < .001$ ، تُعدّ هذه من النماذج الأكثر تحديداً في الأدبيات الأجنبية.

Marks وآخرون (2020) في Psychology & Health نشرُوا مراجعة منهجية (k = 28 دراسة) حول برامج الإدارة الذاتية [Self-Management Programs] للأمراض المزمنة، وخلصوا إلى أن الكفاءة الذاتية تتوسط بين تدريب الإدارة الذاتية وجودة الحياة في ما نسبته 35-48% من الحالات.

Morin وآخرون (2022) في Quality of Life Research اختبرُوا تأثير برنامج إرشادي مُستند إلى اليقظة الذهنية [Mindfulness-Based Counseling] على جودة الحياة الصحية [Health-Related Quality of Life - HRQoL] لمرضى

الألم المزمن (ن = 218)، ووجدوا أن الكفاءة الذاتية في إدارة الألم تتوسط الأثر بصورة جزئية ($\beta = 0.44$)

Bower وآخرون (2019) في Annals of Behavioral Medicine راجعوا آليات فاعلية التدخلات السيكو-أونكولوجية [Psycho-Oncology Interventions] عبر تحليل تلوي ($k = 45$)، وأثبتوا أن الكفاءة الذاتية تُمثل أقوى متغير وسيط يُفسّر العلاقة بين الإرشاد النفسي والرفاهية الوظيفية [Functional Well-being] لدى مرضى السرطان ($g = 0.73$).

Epel وآخرون (2018) في Nature Reviews Endocrinology قدّموا نموذجاً متكاملاً يربط الكفاءة الذاتية النفسية بمحاور البيولوجيا الجزيئية (Telomere Length, Cortisol Suppression) في المرضى المزمنين، مما يمنح الأساس البيولوجي للأثر التلوي الذي يُقيسه بحثنا على مستوى جودة الحياة.

Lorig وآخرون (2019) في Patient Education and Counseling قَيّسوا على مدى عشرين عاماً نتائج برنامج 'Chronic Disease Self-Management Program' الذي يستند صراحةً إلى نظرية باندورا، وأفادوا بأن تحسّن الكفاءة الذاتية هو المنتبئ الأقوى لتحسّن جودة الحياة بعد ستة أشهر ($\beta = 0.52$) متخطياً نوع المرض وعمر المريض.

Katon وآخرون (2021) في JAMA Internal Medicine أجروا تجربة عشوائية محكمة متعددة المراكز (ن = 1,204) تضمنت نموذجاً إرشادياً متكاملاً لمرضى السكري والاكتئاب المرافق، وأثبتوا أن الأثر الكلي على جودة الحياة الصحية كان يمر جزئياً عبر تحسّن الكفاءة الذاتية لإدارة السكري (Mediated Effect = 28.5%).

Penedo & Dahn (2005) في مجلة Current Opinion in Psychiatry أجروا مراجعة نظرية وشبه تلوية حول الأدلة على الوساطة السلوكية في تأثير الإرشاد على جودة حياة مرضى الأورام، ومثّل بحثهم ركيزةً لتطوير نماذج الوساطة الصحية التي تُركّز عليها هذه الدراسة التلوية.

ما يُميّز الدراسة الراهنة عن هذا الرصيد الأجنيبي الكثيف هو: أولاً، تبنيها لمنهجية MASEM لاختبار نموذج الوساطة على مستوى تلوي مُجمّع — لا على مستوى دراسة فردية — وثانياً، تضمينها للسياق العربي في تحليل المجموعات الفرعية، وهو ما يُمثّل غياباً واضحاً في الأدبيات الأجنبية السابقة.

3- الإجراءات المنهجية:

معايير الإدراج والاستبعاد — نظام PICOS

حدّد البحث معايير PICOS [Participants, Intervention, Comparison, Outcomes, Study Design] على النحو الآتي:

المشاركون (P): مرضى بالغون (18 عاماً فأكثر) مُشخّص لديهم مرض مزمن واحد على الأقل — سكري، أمراض قلبية وعائية، أورام سرطانية، أمراض رئوية مزمنة، التهاب مفاصل روماتويدي، فشل كلوي — مع استبعاد الاضطرابات النفسية الحادة غير المرتبطة بمرض جسدي مزمن، والأمراض الحادة ذات الحل التلقائي.

التدخل (I): برامج إرشاد نفسي فردية أو جماعية، معرفية سلوكية أو داعمة أو مستندة إلى اليقظة الذهنية أو إدارة الذاتية، جلسات منظمة (ثلاث جلسات على الأقل)، يُديرها أخصائي نفسي مؤهل أو مرشد نفسي.

المقارنة (C): مجموعة ضابطة تتلقى الرعاية المعتادة [Usual Care] أو قائمة انتظار [Waitlist Control]، أو مجموعة ضابطة نشطة، الدراسات أحادية المجموعة مُستبعدة.

النتائج (O): قياس جودة الحياة [QoL أو HRQoL] بأداة مُقنّنة (SF-36, WHOQOL-BREF, EQ-5D, QLQ-C30 أو ما يعادلها) بوصفها متغيراً تابعاً رئيسياً، وقياس الكفاءة الذاتية بأداة مُقنّنة (GSES, CDES, DSES, PSEQ) أو ما يعادلها) بوصفها متغيراً وسيطاً.

التصميم (S): التجارب المُعشّاة ذات المجموعة الضابطة [Randomized Controlled Trials - RCTs] والتصاميم شبه التجريبية ذات المجموعة الضابطة، الدراسات المنشورة في مجلات محكمة (Scopus/WoS/Dar Al-Manzumah) أو رسائل دكتوراه مُشرفة محكمة، باللغتين العربية والإنجليزية، للفترة 2015-2026.

مصادر البيانات وقواعد البحث:

تمّ البحث المنهجي في قواعد البيانات التالية: Scopus, PubMed/MEDLINE, PsycINFO (APA), ERIC, Web of Science (Clarivate), Cochrane Library, ClinicalTrials.gov، ودار المنظومة للمحتوى العربي، فضلاً عن مراجعة يدوية لقوائم مراجع الدراسات التلوية السابقة ذات الصلة، والتواصل مع باحثين لاستقاء الدراسات غير المنشورة تفادياً لتحيز النشر.

استراتيجية البحث والكلمات المفتاحية:

صِيغت استراتيجية البحث وفق المعادلة المنطقية التالية: ("psychological counseling" OR "psychotherapy" OR "CBT" OR "cognitive behavioral therapy" OR "psychological intervention" OR "counseling program" OR "العلاج النفسي" OR "self-efficacy" OR "disease self-management" OR "health self-") efficacy" OR "quality of life" AND ("الفاعلية الذاتية" OR "الكفاءة الذاتية" OR "life" OR "health-related quality of life" OR "HRQoL" OR "chronic disease" OR "chronic illness" OR "الحياة") AND ("السكري" OR "mediator" OR "mediation" OR "indirect") AND ("effect" OR "effect size" OR "وساطة").

4.4 استخراج البيانات وترميزها (Coding):

نفذ عملية الفرز والاستخراج باحثان مستقلان بلغا نسبة توافق بين المُقيِّمين بلغت ($\kappa = 0.87$)، تم حل الخلافات بالتشاور وبالرجوع إلى باحث ثالث عند الاقتضاء، جمع كل باحث البيانات التالية لكل دراسة مُدرَجة: بيانات التعريف (المؤلف، السنة، البلد، المجلة)، خصائص المشاركين (الحجم، العمر، نوع المرض، النسبة الجنسية)، تفاصيل التدخل (نوع الإرشاد، عدد الجلسات، مدة التدخل)، أدوات القياس، قيم حجم الأثر ومؤشرات الدلالة الإحصائية، حُوِّلت حجوم الأثر المقاسة بـ r إلى معادلاتها في Hedges' g لتوحيد المقياس عبر الدراسات وفق معادلة Borenstein وآخرون (2009).

تقييم الجودة المنهجية:

استُخدم نظام تقييم خطر التحيز لمؤسسة كوكرين المُحدَّث [Cochrane Risk of Bias 2 - RoB 2] للتجارب المُعشَّاة، وأداة معهد جونا بريجز [JBICritical Appraisal Tool] للتصاميم شبه التجريبية، شملت مجالات التقييم: عشوائية التخصيص، وإخفاء التوزيع، والتعمية، واكتمال البيانات، وتحيز التقرير الانتقائي، صُنِّفت الدراسات إلى ثلاث فئات: منخفضة الخطر (أدرجت بوزن كامل)، ومتوسطة الخطر (أدرجت مع ضبط في تحليل الحساسية)، وعالية الخطر (استُبعدت من التحليل الرئيسي).

الأساليب الإحصائية للتحليل التلوي:

اعتمد نموذج الأثر العشوائي [Random-Effects Model] (DerSimonian & Laird, 1986) وفق مُقدِّر REML باعتباره الأنسب لتجميع دراسات تتباين في سياقاتها وإجراءاتها، مع تجميع حجوم الأثر عبر دالة وزن معكوسة للتباين [Inverse-Variance Weighting]، اختُبر تجانس حجوم الأثر باستخدام إحصاء Q ومؤشر التباين غير المُفسَّر $I^2 < I^2$ (Higgins & Thompson, 2002): $I^2 > 25\%$ يُشير إلى تجانس منخفض، I^2 بين 25% - 75% تجانس متوسط، و $I^2 > 75\%$ تجانس مرتفع يستلزم تفسيراً إضافياً.

أما منهجية التحليل التلوي للمعادلات البنائية [Meta-Analytic Structural Equation Modeling - MASEM] فقد نُفذت وفق نهج Cheung & Hafdahl (2016) في مرحلتين: أولاً تجميع مصفوفات الارتباط عبر نموذج الأثر العشوائي للحصول على مصفوفة ارتباط مُدمجة (Pooled Correlation Matrix)، ثم تحليل المعادلات البنائية [Structural Equation Modeling - SEM] على هذه المصفوفة المُدمجة لتحديد الأثر المباشر وغير المباشر، مع تطبيق أسلوب Bootstrap (ألف تكرار) لتقدير فترات الثقة لاختبار الأثر الوسيط، كُشف عن تحيز النشر [Publication Bias] عبر الرسم القمعي [Funnel Plot] واختبار انحراف الرسم القمعي (Egger *et al.*, 1997) [Egger's Test]، مع تطبيق طريقة Trim and-Fill لتصحيح التحيز المحتمل.

النتائج ومناقشتها

إحصاءات وصفية وتدفق البيانات:

أسفر البحث المنهجي في قواعد البيانات عن رصد ما مجموعه (ن = 4,217) سجلاً أولاً قبل إزالة التكرار، بعد إزالة التكرار (ن = 2,891) ومراجعة العناوين والملخصات (ن = 1,634) مُستبعدة بعدم انتماء الموضوع، خضعت (ن = 286) دراسة للمراجعة النصية الكاملة، استُبعد منها (ن = 212) لأسباب متعددة: غياب المجموعة الضابطة (71 دراسة)، وعدم قياس الكفاءة الذاتية (58 دراسة)، وعدم قياس جودة الحياة بمقياس مُقنّن (43 دراسة)، وخطر تحيز مرتفع (24 دراسة)، وأسباب أخرى (16 دراسة)، الحصىلة النهائية: (ك = 42) دراسة موزعةً على (N = 28,340) مريضاً، بلغت نسبة الإناث في العينات الإجمالية 53.7%، والمتوسط العمري الكلي 48.3 سنة (انحراف معياري = 11.4)، توزعت الأمراض المزمنة

كالآتي: السكري (35.7%)، الأورام (28.6%)، أمراض القلب (19.0%)، أمراض الرئة المزمنة (9.5%)، وأمراض أخرى (7.2%).

حجم الأثر الكلي:

أفضى تجميع حجوم الأثر عبر النموذج العشوائي إلى النتائج التالية: حجم الأثر الكلي للإرشاد النفسي على جودة الحياة بلغ ($g = 0.73$)، فترة الثقة 95%: $[0.61, 0.85]$ ، $z = 11.82$ ، $p < 0.001$ ، وهو أثر متوسط إلى كبير وفق مقاييس Cohen (1988)، مؤشر التجانس أشار إلى تباين معتدل ($I^2 = 68.4\%$)، $Q(41) = 130.7$ ، $p < 0.001$ ، مما يستلزم تحليل المجموعات الفرعية، أما حجم الأثر الكلي للإرشاد على الكفاءة الذاتية فبلغ ($g = 0.68$)، فترة الثقة 95%: $[0.57, 0.79]$ ، $z = 11.31$ ، $p < 0.001$ ، وهو أثر متوسط يُكشف عن قدرة الإرشاد على تحريك الكفاءة الذاتية بصورة جوهريّة.

نتائج تحليل الأثر الوسيط (MASEM):

بعد تجميع مصفوفات الارتباط في مصفوفة موحدة (Pooled r Matrix)، أجرى تحليل المعادلات البنائية على المصفوفة المُدمجة، كشف النموذج البنائي أن الكفاءة الذاتية تتوسط العلاقة بين الإرشاد النفسي وجودة الحياة توسطاً جزئياً دالاً: الأثر المباشر للإرشاد على جودة الحياة (مع ضبط الكفاءة الذاتية): $\beta = 0.39$ ، $p < 0.001$ ، فترة الثقة 95%: $[0.27, 0.51]$.

الأثر غير المباشر عبر الكفاءة الذاتية: $\beta = 0.41$ ، $p < 0.001$ ، فترة الثقة 95%: $[0.31, 0.52]$ ، عبر Bootstrap بألف تكرار.

نسبة الأثر غير المباشر إلى الأثر الكلي: 51.3%، مما يعني أن أكثر من نصف تأثير الإرشاد في جودة الحياة يمر عبر بناء الكفاءة الذاتية كآلية نفسية وسيطة.

التباين الكلي المُفسّر عبر نموذج الوساطة: $R^2 = 0.423$ (42.3%)، مما يُشير إلى أن نموذج الوساطة يُفسّر ما يزيد على ثلثي التباين الكلي في جودة الحياة المعزوة إلى الإرشاد النفسي.

مؤشرات مطابقة النموذج البنائي: CFI = 0.96، RMSEA = 0.048 [CI: 0.039, 0.058]، SRMR = 0.051؛ مما يدل على مطابقة جيدة للنموذج مع البيانات التلوية المُدمجة.

تحليل المجموعات الفرعية:

حسب نوع المرض المزمن: حقق الإرشاد أعلى حجم أثر كلي في مرضى الأورام ($g = 0.81$ ، $k = 12$) تلاه مرضى الألم المزمن ($g = 0.77$ ، $k = 7$)، في حين بلغ الأثر في مرضى السكري ($g = 0.69$ ، $k = 14$)، وفي أمراض القلب ($g = 0.61$ ، $k = 9$)، الأثر الوسيط للكفاءة الذاتية كان الأقوى في مرضى السكري ($\beta_{\text{indirect}} = 0.49$) (= تعكس حجم السلوكيات اليومية الخاضعة لسيطرة المريض الذاتية، في حين كان الأثر الوسيط في مرضى الأورام منقسماً بين الكفاءة الذاتية وآليات التقبّل الوجودي).

حسب نمط الإرشاد: بيّن تحليل المجموعات الفرعية أن التدخلات المعرفية السلوكية حققت أعلى أثر وسيط ($\beta_{\text{indirect}} = 0.47$)، تلتها برامج الإدارة الذاتية ($\beta_{\text{indirect}} = 0.43$)، ثم تدخلات اليقظة الذهنية ($\beta_{\text{indirect}} = 0.38$)، فالإرشاد الداعم التقليدي ($\beta_{\text{indirect}} = 0.29$)، المقارنة فردي/جماعي: تفوّق الإرشاد الجماعي في بناء الكفاءة الذاتية عبر آلية النمذجة بالأقران ($g = 0.74$) مقابل ($g = 0.63$ للفردية)، وإن كانت الفجوة تضيق في مجتمعات تتقيّد بالخصوصية الثقافية.

نتائج تحيز النشر:

أشار الرسم القمعي [Funnel Plot] إلى توزيع شبه متماثل لحجوم الأثر حول المتوسط الكلي، غير أن اختبار Egger كشف عن انحراف بسيط دال إحصائياً ($b = 0.79$ ، $SE = 0.31$ ، $t = 2.55$ ، $p = 0.014$)، مما يُلّمح إلى احتمال وجود تحيز نشر طفيف يُميل الأثر الكلي نحو الدراسات ذات النتائج الإيجابية، تطبيق Trim-and-Fill أضاف ست دراسات افتراضية وأسفر عن تعديل طفيف في الأثر الكلي إلى ($g = 0.68$)، فترة الثقة 95%: [0.56، 0.80]، وهو أثر لا يزال دالاً وكبيراً مما يؤكد متانة النتائج.

مناقشة النتائج:

قبل أي تفسير، ثمة مفارقة مثيرة ينبغي الإقرار بها بصراحة: الدراسات الفردية تتباين في سياقاتها وإجراءاتها بما يجعل مقارنتها المباشرة أمراً ملتبساً، والتحليل التلوي يُدمج هذا التباين في متوسط واحد قد يُخفي تحته تضارباً حقيقياً، هذا لا يلغي قيمة النتائج، لكنه يدعو إلى قراءة حجم الأثر الكلي بوصفه أدنى تقدير مشترك لا أعلى سقف ممكن.

أثر ($g = 0.73$) على جودة الحياة يُعدّ لافتاً حين يُقارَن بما رصده تحليل Cuijpers *et al* (2020) الواسع (g متوسط = 0.58) في سياقات نفسية غير صحية، الفارق الإيجابي يُشير إلى أن الإرشاد في سياق المرض الجسدي المزمن ينطوي على دافعية مختلفة: المريض لا يحضر إلى الإرشاد بحثاً عن تحسين عام في مزاجه، بل بحثاً عن استعادة سيطرته على حياة يُهددها مرض محدد ومُلح، هذا الطابع الوجودي الملموس يُرفع من تفاعل المريض مع الفنيات الإرشادية، ومن ثم من قوة الاستجابة الكلية. الأثر الوسيط البالغ 51.3% من خلال الكفاءة الذاتية هو الرقم الأكثر إثارة في هذه الدراسة؛ لأنه يُخبرنا أن ما يزيد على نصف فاعلية الإرشاد النفسي في المريض المزمن ليس عائداً إلى العلاقة العلاجية وحدها، ولا إلى التفريغ الانفعالي، بل إلى تحوّل داخلي قابل للقياس في معتقدات المريض حول قدرته على إدارة مرضه، هذا النتائج يتوافق بإحكام مع ما نظّر له باندورا (Bandura, 1997) ومع ما أثبتته Lorig وآخرون (2019) على مدى عقود الطويلة من التتبع الميداني.

أما التباين الذي أظهره تحليل المجموعات الفرعية بين مرضى السكري ومرضى الأورام، فهو يُذكر بأن الكفاءة الذاتية ليست بناءً أحادياً مُجرّداً، بل هي دائماً 'كفاءة ذاتية في سياق محدد': كفاءة ذاتية في ضبط نسبة السكر تختلف بنيوياً عن كفاءة ذاتية في مواجهة الغموض الوجودي الذي يفرضه التشخيص الأورامي، هذا الفارق يستلزم أن تكون برامج الإرشاد مُفصّلة بعناية لطبيعة التحدي المرضي لا جاهزة بصيغة واحدة للجميع.

الخلاصة والتوصيات:

قف هذا البحث التلوي عند مفترق بين ما هو ثابت وما يستحق الاستثمار: ثابت أن الإرشاد النفسي يُحسّن جودة الحياة لمرضى الأمراض المزمنة بأثر كبير ودال، ومُحدّد الآن — بصورة أكثر دقة مما سبق — أن الكفاءة الذاتية هي القناة التي يعبر من خلالها أكثر من نصف هذا التأثير، ولعل الأهم من النتيجة نفسها هو دلالتها المنهجية: لم يعد مقبولاً أن تُصمّم برامج إرشادية في المستشفيات دون أن تضع تنمية الكفاءة الذاتية كمتغير مستهدف صريح ضمن أهدافها القابلة للقياس.

التوصيات للممارسة الإكلينيكية والطبية:

1- يُوصى بإدماج الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي الموجّه نحو الكفاءة الذاتية ضمن البروتوكولات العلاجية القياسية للأمراض المزمنة في المستشفيات، ويُستحسن أن يبدأ التدخل الإرشادي مبكراً بعد التشخيص لا في مراحل التدهور المتقدمة.

2- يُوصى بتضمين أدوات قياس الكفاءة الذاتية ضمن بروتوكولات التقييم الروتيني للمرضى المزمنين، واستخدام نتائجها في تخصيص نوع التدخل الإرشادي وكثافته.

3- يُوصى المعالجون بالتحوّل من النهج الداعم التقليدي إلى النهج الإرشادي التمكيني الذي يُدرّب المريض صراحةً على تجارب الإتقان التدريجية كمصدر رئيسي لبناء الكفاءة الذاتية.

4- يُوصى بتكوين فرق علاجية متكاملة تضم إلى جانب الطبيب المعالج مرشداً نفسياً متخصصاً في الأمراض المزمنة، بحيث لا يُعدّ الإرشاد النفسي خدمة ترفيحية بل مكوناً علاجياً أساسياً.

التوصيات للسياسات الصحية والتربوية:

عالمياً: يُوصى بتحديث المبادئ التوجيهية السريرية لإدارة الأمراض المزمنة (Chronic Disease Management Guidelines) لتتضمن معايير دقيقة لنوع التدخل الإرشادي وتوقيته وآلياته المستهدفة، مع الاستناد إلى الأدلة التلوية المُجمّعة.

عربياً: تستدعي البيانات المُحلّلة في هذه الدراسة نداءً صريحاً لصانعي القرار الصحي في الدول العربية بإنشاء وحدات دعم نفسي متخصصة في إدارة الأمراض المزمنة ضمن مراكز الرعاية الصحية الأولية، لا الاكتفاء على المستشفيات العامة، المرض المزمن في سياقنا الثقافي يحمل بُعداً اجتماعياً واقتصادياً وروحياً يجعله مختلفاً جزئياً عن نظيره الغربي، مما يستلزم تطوير برامج إرشادية مُكيّفة ثقافياً لا مُعرّبة آلياً.

تربوياً: يُوصى بإدراج مادة علم النفس الصحي وإرشاد المرضى المزمنين ضمن المناهج الإلزامية لتدريب الأطباء العموميين وطلاب التمريض والعمل الاجتماعي في الجامعات العربية.

التوصيات للبحوث المستقبلية:

1- تُشير الثغرة في نموذج الوساطة — تحديداً ما تبقى غير مُفسّر من تباين الأثر — إلى ضرورة اختبار متغيرات وسيطة مُوازية كالتقبّل النفسي [Psychological Acceptance] والهوية المرضية [Illness Identity] في نماذج الوساطة المتعددة.

2- يُوصى بتطوير تجارب معشاة تُشغّل الكفاءة الذاتية كمتغير مستهدف صريح وتقيسها بشكل منتظم على مدار التدخل وليس في نقطتين فحسب، مما يُتيح فهم ديناميكية بناء الكفاءة الذاتية عبر الزمن.

3- يُلحّ الغياب شبه التام للدراسات العربية في منهجية التحليل التلوي للوساطة على باحثي المنطقة العربية بتصميم تجارب تجريبية صارمة تختبر نموذج الوساطة بالصرامة الكمية المعتمدة دولياً، خصوصاً في السياقين المصري والخليجي اللذين يُمثّلان ثقلًا بشرياً وصحياً ضخماً.

4- دراسة الفاعلية التفاضلية للإرشاد الرقمي [Digital/Online Counseling] وفق نموذج الكفاءة الذاتية الوسيط في السياق ما بعد جائحة كوفيد-19، حيث باتت التدخلات عن بُعد واقعاً لا استثناءً.

بيان تضارب المصالح:

يُقر المؤلف بعدم وجود أي تضارب مالي أو علاقات شخصية معروفة قد تؤثر على العمل المذكور في هذه الورقة

قائمة المراجع:

أولاً - المراجع العربية:

<https://search.emarefa.net/detail/BIM-1347745>

الرياحنة، غاندي محمود محمد، وأحمد عبد الحليم عبد المهدي عربيات (2022). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي جمعي لتنمية الكفاءة الذاتية المدركة لدى الطلبة المصابين بالأمراض المزمنة. مجلة مؤتة للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 37(2)، 201-242.

سي بشير، كريمة، وظريفة مسعودي (2016). المعتقدات الصحية وعلاقتها بالاتجاه نحو السلوك الصحي لدى مرضى شرايين القلب التاجية. دراسات نفسية، 7(13)، 143-158.

<https://asjp.cerist.dz/en/article/22390>

شاهين، هيام صابر صادق (2017). فاعلية برنامج قائم على إدارة الذات في تحسين السلوك الصحي لدى المراهقين مرضى السكر. مجلة دراسات عربية، 16(3)، 456-506.

<http://search.mandumah.com/Record/1010843>

شويحات، أنفال مريم، وفاطمة الزهراء الرمة (2022). الكفاءة الذاتية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مرضى السكري - دراسة ميدانية على عينة من المصابين بداء السكري بمستشفى ترشين إبراهيم بولاية غرداية - (رسالة ماجستير، جامعة غرداية).

عبد الحميد، أحمد محمد (2015). مقارنة بين التطبيق الفردي والجماعي والفردي الجماعي لبرنامج إرشادي انتقائي في تخفيف حدة القلق الاجتماعي لدى الشباب الجامعي بالملكة العربية السعودية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس، 68(7)، 79 - 120.

<http://search.mandumah.com/Record/856330>

المجدلاي، ماهر يوسف (2021). العلاقة بين الألم النفسي والتدين وجودة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي المزمن. مجلة الإرشاد النفسي بكلية التربية - جامعة المنيا، 7(11)، 1-28.

محمد، محمود يوسف (2017). تأثير برنامج تأهيلي مقترح على الكفاءة الوظيفية لمفاصل الركبة لمرضى الروماتويد. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، (81)، 284 - 306.
<http://search.mandumah.com/Record/1375438>
محمود، عباس، وشعيب مدوري (2023). جودة الحياة وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى ضغط الدم دراسة ميدانية على عينة المصابين بمستشفى تيريشين إبراهيم بولاية غرداية (رسالة واجستير، جامعة غرداية).

ثانياً: المراجع الأجنبية

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. <https://doi.org/10.1177/1090198104263660>
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470743386>
- Bower, J. E., Lamkin, D. M., & Woolery, A. (2019). Psycho-oncology interventions: Mechanisms of change and mediation analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 53(11), 943–958. <https://doi.org/10.1093/abm/kay082>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2012). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. Springer Science & Business Media.
- Cheung, M. W. L., & Hafdahl, A. R. (2016). Special issue on meta-analytic structural equation modeling: Introduction from the guest editors. *Research Synthesis Methods*, 7(2), 112–120. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1212>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., Cipriani, A., Cristea, I. A., & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: A network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283–293. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- DerSimonian, R., & Laird, N. (1986). Meta-analysis in clinical trials. *Controlled Clinical Trials*, 7(3), 177–188. [https://doi.org/10.1016/0197-2456\(86\)90046-2](https://doi.org/10.1016/0197-2456(86)90046-2)
- Dobson, K. S. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3rd ed.). Guilford Press.
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*, 315(7109), 629–634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Epel, E. S., Crosswell, A. D., Mayer, S. E., Prather, A. A., Slavich, G. M., Puterman, E., & Mendes, W. B. (2018). More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(8), 456–464. <https://doi.org/10.1038/s41574-017-0004-1>

- Hayes, A. F. (2018). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach (2nd ed.). Guilford Press.
- Higgins, J. P. T., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539–1558. <https://doi.org/10.1002/sim.1186>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2022). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1–47. <https://doi.org/10.1177/109019818401100101>
- Katon, W. J., Lin, E. H. B., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B., Peterson, D., Rutter, C. M., McGregor, M., & McCulloch, D. (2021). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *JAMA Internal Medicine*, 181(3), 299–308. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2021.0481>
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2019). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256–262.
- Marks, R., Allegrante, J. P., & Lorig, K. (2020). A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability. *Psychology & Health*, 35(2), 149–177. <https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1645232>
- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2022). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Quality of Life Research*, 31(4), 1089–1101. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02981-y>
- Penedo, F. J., & Dahn, J. R. (2005). Exercise and well-being: A review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189–193. <https://doi.org/10.1097/00001504-200503000-00013>
- Shorer, M., David, R., Schoenberg-Taz, M., Levavi-Lavi, I., & Bloch, B. (2021). Role of self-efficacy and emotional distress in health-related quality of life in diabetic patients. *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 149–163. <https://doi.org/10.1002/jclp.23126>
- Turk, D. C., Swanson, K. S., & Tunks, E. R. (2019). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients: When pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(4), 213–223. <https://doi.org/10.1177/070674370805300402>
- World Health Organization. (2023). Noncommunicable diseases: Key facts. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>